



Entscheid des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 20. Juni 2019 (720 19 50 / 156)

Invalidenversicherung

Die Ablehnung des Rentenanspruchs ist auf der Basis versicherungsinterner Einschätzungen des regional-ärztlichen Dienstes zu Recht erfolgt.

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Monica Armesto, Advokatin, indemnis, Spalenberg 20, Postfach, 4001 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1965 geborene A.____ meldete sich am 25. April 2018 unter Hinweis auf eine rheumatoide Arthritis bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Januar 2019 einen Rentenanspruch mangels eines Renten begründenden IV-Grads ab.

B. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin Monika Armesto, am 13. Februar 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr den gesetzlichen Bestimmungen zufolge mit Wirkung ab 1. Oktober 2017 eine IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zusammenfassend liess sie geltend machen, dass die durchgeführten medizinischen Abklärungen unvollständig seien. Es sei deshalb insbesondere ein interdisziplinäres, rheumatologisches-psychiatrisches Gutachten durch die Vorinstanz einzuholen. Nach Eingang dieses Gutachtens müsse auch die Haushaltsabklärung wiederholt werden. Erst dann könne über den Rentenanspruch entschieden werden.

C. Mit Vernehmlassung vom 29. März 2019 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte und des regional-ärztlichen Dienstes (RAD) sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin aus gesamtmedizinischer Sicht die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von 100% zumutbar sei. Die Beschwerdeführerin befinde sich insbesondere nicht in psychiatrischer Behandlung, und es sei bei ihr keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben worden. Weitere Abklärungen seien bei dieser Sachlage weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht angezeigt.

D. Nachdem die Angelegenheit mit verfahrensleitender Verfügung vom 5. April 2019 dem Gericht zur Beurteilung überwiesen worden war, liess die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 10. April 2019 einen Bericht ihres behandelnden Rheumatologen einreichen. Gestützt darauf machte sie geltend, dass zusätzliche Weichteilbeschwerden bestünden, welche sich nicht durch die rheumatologische Erkrankung erklären liessen. Ihr behandelnder Arzt erachte deshalb eine polydisziplinäre Begutachtung als notwendig.

E. Mit Eingabe vom 29. April 2019 hielt die IV-Stelle am Abweisungsantrag fest.

F. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 3. Mai 2019 wurde der Fall dem Gericht erneut zur Beurteilung überwiesen.

Auf die übrigen Ausführungen der Parteien wird soweit erforderlich in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das

Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 13. Februar 2019 ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

2.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b). Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und sind die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen.

3.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarer-weise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

3.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der

Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Entscheidet das Sozialversicherungsgericht demgegenüber ausschliesslich gestützt auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind strengere Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen, und es sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit solcher versicherungsinternen, ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen; BGE 139 V 225, E. 5.2).

4.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Einschätzung der gesundheitlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf die Beurteilung ihres RAD ab, der insbesondere in seinem Bericht vom 20. März 2018 zum Schluss gekommen war, dass die Versicherte in einer körperlich leichten Arbeit mit spontaner Wechselbelastung und ohne Nässe- oder Kälteexposition vollständig arbeitsfähig sei (IV-Dok 37, S. 5). Diese letztlich auf einer versicherungsinternen Einschätzung beruhende Beurteilung impliziert, dass bei bereits geringen Zweifeln weitere Abklärungen zu erfolgen hätten (oben, Erwägung 3.4 soeben). Nur diesfalls wäre die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen. Vorliegend ist aber zu beachten, dass die Einschätzungen des RAD in Bezug auf das Attest einer vollständigen Restarbeitsfähigkeit der Versicherten nicht etwa im Gegensatz, sondern vielmehr in Übereinstimmung mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte erfolgt sind. So haben sowohl der behandelnde Rheumatologe Dr. med. B.____, FMH Rheumatologie und Physikalische Medizin & Rehabilitation sowie Innere Medizin, in seinem Bericht vom 30. März 2017 als auch der Hausarzt Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, mit Bericht vom 3. Mai 2017 der Versicherten für leichte Arbeiten jeweils eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-Dok 12, S. 3 und S. 7). Insbesondere aus dem Bericht von Dr. B.____ vom 30. März 2017 geht hervor, dass lediglich eine Verdachtsdiagnose auf eine sero-negative, rheumatoide Arthritis erhoben worden war und dazumal kaum weder eine arthritische Aktivität in den Gelenken feststellbar noch in der Blutkontrolle von einer humoralen Aktivität auszugehen war. Nachdem den seither ergangenen Berichten des behandelnden Rheumatologen keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu entnehmen sind, ist davon auszugehen, dass dessen Einschätzung in der Folge zwar nicht mehr bestätigt, andererseits aber auch nicht dementiert worden ist. Auch anlässlich der anschliessenden Haushaltabklärung vom 26. Februar 2018 sind keine Einschränkungen festgestellt worden (IV-Dok 33). Vor diesem Hintergrund kann deshalb festgestellt werden, dass die nunmehr kritisierte Beurteilung des RAD bezüglich einer vollständigen Restarbeitsfähigkeit der Versicherten nicht widersprüchlich ausgefallen ist, sondern vielmehr mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzten übereinstimmt (IV-Dok 24).

4.2 Ohnehin ist in rheumatologischer Hinsicht nur von einer Verdachtsdiagnose auszugehen: Trotz ergänzender Zusatzuntersuchungen, wie sie Ende des Jahres 2016 noch als erforderlich erachtet worden waren (IV-Dok 12, S. 12), hat der behandelnde Rheumatologe in seinen anschliessenden Berichten an einer Verdachtsdiagnose festgehalten. Es trifft zwar zu, dass in seinem Bericht vom 28. Juni 2017 unter dem Titel Diagnosen kein Verdacht mehr aufgeführt wird; indessen ist seiner Beurteilung zu entnehmen, dass nur leichte Synovitis-verdächtige Befunde an

den Kleinfingern und Handgelenken bestehen würden. Diese Aussage lässt sich nur so verstehen, dass auch weiterhin keine gesicherte Diagnose bestanden hat (IV-Dok 20, S. 1). Gleiches gilt für den Arztbericht des behandelnden Rheumatologen vom 13. August 2018 (IV-Dok 43, S. 4, ad Beurteilung), wonach ein Teil der Beschwerden auch rheumatischer Natur sein „könnte“. Zumal der behandelnde Rheumatologe die ausgeprägt geklagten Beschwerden der Versicherten als etwas diskrepant zu den fehlenden Schwellungen der Gelenke und zu der normalen humoralen Reaktion bezeichnet hat, geht er mithin auch in dieser Beurteilung von einer nicht gesicherten somatischen Erkrankung aus. Gleiches geht aus seinem, von der Beschwerdeführerin replicando eingereichten Bericht vom 22. Februar 2019 hervor (Einzelbeilage zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 10. April 2019). Bei dieser Sachlage kann nicht davon gesprochen werden, die geklagten Beschwerden seien somatisch erklärbar. Mangels Angabe einer funktionellen Einschränkung kann auch nicht davon gesprochen werden, dass aus somatischer Sicht eine allfällige Arbeitsunfähigkeit bestehen würde. Der von der Beschwerdegegnerin vertretenen Auffassung, dass die rheumatische Arthritis bei Vorliegen lediglich einer Verdachtsdiagnose keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat, ist deshalb beizupflichten. Bei diesem Zwischenergebnis kann somit ohne weiteres auch auf die von ihr beantragte rheumatologische Begutachtung verzichtet werden. Es kann in dieser Hinsicht insbesondere auf die letzte Berichterstattung des behandelnden Rheumatologen vom 22. Februar 2019 verwiesen werden: Nachdem sich durch einen Vergleich der Röntgenbilder keine Veränderungen feststellen liessen, und die Laborkontrollen auch weiterhin keine erhöhte, humorale Reaktion ergeben hatten, liegt in somatischer Hinsicht eine stabile gesundheitliche Situation ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Dies gilt umso mehr, weil der rheumatologische Facharzt sowohl eine Intensivierung der Behandlung als auch das Vorliegen schwerer organischer Veränderungen explizit verneint hat (a.a.O.). Eine ergänzende Abklärung aus somatischer Sicht erweist sich bei dieser Aktenlage weder als notwendig noch als zweckmässig.

4.3 Nichts anderes gilt in Bezug auf die psychiatrischen Verhältnisse. Während die IV-Stelle gestützt auf die Berichterstattung ihres RAD davon ausgegangen ist, dass in psychiatrischer Hinsicht ein versicherungsmedizinisch ausgewiesener Gesundheitsschaden weder ausgewiesen noch zu erwarten sei, vertritt die Beschwerdeführerin den Standpunkt, dass ihre Schmerzproblematik nicht alleine durch die rheumatologische Erkrankung verursacht werde. Dies mag allenfalls zutreffen. Nichts desto trotz drängen sich entgegen der von ihr vertretenen Auffassung keine zusätzlichen Abklärungen auf. Es ist an dieser Stelle in Erinnerung zu rufen, dass die Annahme insbesondere einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung stets eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraussetzt (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Gemäss der im Leiturteil des Bundesgerichts revidierten Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 140 V 13 f.) kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Diese Voraussetzung liegt hier nicht vor. Die Beschwerdeführerin weist selber darauf hin, dass allfällige psychosomatische Beschwerden lediglich im Raum stehen (Replik vom 10. April 2019). Eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erhobene Diagnose ist damit weder dargetan noch

ausgewiesen. Der behandelnde Rheumatologe geht im Gegenteil von einem generellen und unspezifischen Verdacht nicht somatischer Faktoren aus. Aus seinem Bericht vom 13. August 2018 geht zwar hervor, dass zahlreiche nicht-organische Faktoren die Bildung eines Schmerzgedächtnisses verstärken könnten. Auch in seinem neuesten Bericht vom 22. Februar 2019 berichtet er, dass die Schmerzproblematik nicht alleine durch die rheumatologische Erkrankung erklärt werden könne. Aufgrund der sprachlichen und kulturellen Barrieren sei allerdings schwer festzustellen, inwieweit nicht-organische Anteile die Schmerzwahrnehmung der Patientin ungünstig beeinflussen würden. Diese lediglich verdachtsweise, nur allgemein gehaltenen Aussagen genügen mit Blick auf die dargelegten Voraussetzungen wie bereits erwähnt aber nicht, um eine ergänzende Abklärung der psychiatrischen Verhältnisse zu rechtfertigen, andernfalls praktisch in allen Fällen eine ergänzende Begutachtung immer schon dann zu erfolgen hätte, in welchen nur schon eine vage Möglichkeit einer psychiatrischen Komponente vermutet würde. In solchen Fällen von einem unvollständig abgeklärten Sachverhalt auszugehen, widerspräche auch der im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismaxime, wonach allfällige Gesundheitsschäden stets mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein müssen. Dies ist hier nicht der Fall. Es tritt hinzu, dass der behandelnde Rheumatologe den Verdacht auf eine allfällige psychische Mitkomponente insbesondere auf die fehlende Integration und das laufende IV-Verfahren (Bericht vom 13. August 2018, IV-Dok 43, S. 4) sowie auf sprachliche und kulturelle Barrieren zurückführt (Bericht vom 22. Februar 2019). Solchen psychosozialen Faktoren und soziokulturellen Umständen kommt im Kontext allenfalls rentenmässig abzugeltender psychischer Leiden kein Krankheitswert zu. Schliesslich können anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare Leiden nur dann eine Invalidität begründen, sofern auch konkrete funktionelle Auswirkungen in einem anspruchserheblichen Ausmass ausgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6). Im hier vorliegenden Fall geht jedoch der Hausarzt der Versicherten davon aus, dass der Verdacht auf ein depressives Zustandsbild gerade keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nach sich zieht (IV-Dok 23, S. 1). Gegenteilige Anhaltspunkte sind den Akten keine zu entnehmen. Festzustellen ist vielmehr, dass sich die Versicherte bisher nicht in die von ihrem Hausarzt empfohlene psychiatrische Behandlung begeben hat (IV-Dok 23, a.a.O). Entsprechende Behandlungen sind in den Akten jedenfalls keine dokumentiert.

4.4 In Anbetracht dieser Aktenlage drängen sich weitere medizinische Abklärungen, wie sie die Beschwerdeführerin verlangt, nicht auf, und es kann von der von ihr beantragten Anordnung einer bidisziplinären Begutachtung abgesehen werden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben, und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Dies ist dem Gesagten zufolge hier der Fall. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 60 E. 3.3, 122 V 157 E. 1d). Als weiteres Zwischenergebnis ist demnach festzustellen, dass die IV-Stelle gestützt auf die zi-

tierten Unterlagen insbesondere seitens der behandelnden Ärzte zu Recht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer leichten, angepassten Verweistätigkeit ausgehen durfte.

5. Die erwerblichen Auswirkungen der verbleibenden, vollen Restarbeitsfähigkeit sind zwischen den Parteien zu Recht unbestritten geblieben. Auszugehen ist sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen von einem zumutbarerweise erzielbaren Salär im Umfang von je Fr. 54'062.--. Grundlage bildet jeweils die LSE 2014, Tabelle TA1, Totalwert Frauen, Kompetenzniveau 1 für einfache und repetitive Arbeiten (12 x Fr. 4'300.-- x 12 / 40 x 41,7 Wochenstunden, zuzüglich Nominallohnentwicklung per 2015 für den Totalwert im Umfang von ebenfalls 0,5% [Tabelle BFS 1.2.10 Nominallohnindex Frauen 2011-2015]). Es resultiert somit keine Einkommenseinbusse und damit ein IV-Grad von 0%. Unbesehen eines allfälligen leidensbedingten Abzugs beim Invalideneinkommen selbst im maximal zulässigen Umfang von 25% wird der für einen Rentenanspruch massgebende Schwellenwert von 40% demnach so oder anders nicht erreicht. Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ist daher zu Recht abgelehnt worden. Dies führt im Ergebnis zur Abweisung der vorliegenden Beschwerde.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihr ist allerdings mit Verfügung vom 14. Februar 2019 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

6.2 Dem Verfahrensausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 14. Februar 2019 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin bewilligt worden ist, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 6. Mai 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 7 Stunden und 55 Minuten geltend gemacht, der im Umfang der noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung geltend gemachten Aufwendungen zu kürzen ist, sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen im Übrigen aber als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen, welche allerdings ebenfalls um die noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung aufgeführten Spesen zu kürzen sind. Der Rechtsvertreterin ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'655.05 (7 Stunden und 25 Minuten à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 53.40 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

6.3 Die Beschwerdeführerin wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar von Fr. 1'655.05 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.