Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. August 2014 (720 14 85 / 188)

Invalidenversicherung

Invalidenrente, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, Berechnung des Invaliditätsgrades

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber i.V. Thomas Hunkeler
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen gegen **IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente (756.5230.0298.54)

A. Die am 3. Januar 1956 geborene A.____ arbeitete gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 17. Februar 2011 (Eingang bei der IV-Stelle) zuletzt vom 1. Januar 2005 bis 30. April 2011 als Zimmermädchen im Hotel B.____ in Muttenz. Am 11. September 2010 stürzte sie bei der Arbeit auf den Rücken. Im Rahmen der Untersuchung auf der Notfallstation wurden keine Verletzungen, jedoch eine deutliche depressive Symptomatik festgestellt. Mit Hinweis auf eine Arthrose im Nacken und in der Halswirbelsäule (HWS) meldete sich die Versicherte am 2. Februar 2011 bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle führte

medizinische und erwerbliche Abklärungen durch und holte namentlich ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. C.____, FMH Neurologie, und Dr. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. September 2012 ein. Gestützt darauf und nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Februar 2014 das Leistungsbegehren der Versicherten bei einem IV-Grad von 29 % ab.

B. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, am 12. März 2014 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, dass auf das von der IV-Stelle eingeholte bidisziplinäre Gutachten nicht abgestützt werden könne. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei stattdessen auf die Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e Kostenfolge.

C. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 15. Mai 2014 auf Abweisung der Beschwerde. Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Kritik am bidisziplinären Gutachten sowie den medizinischen Einschätzungen der IV-Stelle seien unberechtigt. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht die Ausübung einer angepassten Erwerbstätigkeit zu 70 % zugemutet werden könne.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 12. März 2014 ist somit einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Februar 2014 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 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).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

3.3 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).

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

3.5 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.

3.6 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 30 E. 1).

4. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

4.2 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).

4.3 Dennoch erachtet es die 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 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). 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). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteile des EVG vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen zwar auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2013, 8C_733/2012, E. 3.2 mit Hinweisen).

5. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

5.1 Im Kurzbericht des Spitals E.____ vom 13. September 2010 diagnostizierten Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. G.____, Assistenzarzt, im Rahmen der ambulanten Konsultation vom 11. September 2010 einen Schwächeanfall, am ehesten im Rahmen einer depressiven Störung, bei Angabe von deutlich depressiver Symptomatik. Zudem leide die Patientin an einer Pilzinfektion beider Füsse, welche dermatologisch behandelt werde.

5.2 Dem Abklärungsbericht von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Assistenzärztin Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Dezember 2010 zufolge leide die Versicherte an einer zunehmend depressiven Entwicklung mit Schlafstörungen, Gedankenkreisen, Grübeln und ausgeprägten Zukunftsängsten. Aus psychiatrischer Sicht entspreche diese Symptomatik einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom.

5.3 Gemäss dem Arztbericht des Hausarztes Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 4. März 2011 sei bei der Versicherten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine zervikale Myelopathie, am ehesten im Rahmen einer generalisierten degenerativen HWS-Veränderung, DD eine abgelaufene Myelitis mit chronischen zervikozephalen Kopfschmerzen und Tetraspastik sowie rezidivierende Synkopen DD orthostatisch, vasovagal, und eine reaktive-depressive Verstimmung zu diagnostizieren. Daneben leide die Patientin ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einem chronischen Ekzem an den Füssen und es bestehe des Weiteren ein Verdacht auf einen beginnenden Diabetes Mellitus. Da es der Patientin unmöglich sei, nach oben zu blicken, sei ihr die Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit nicht mehr möglich. Für körperlich anstrengende Arbeit sei die Patientin generell nicht mehr geeignet.

5.4 Mit Bericht vom 12. April 2011 diagnostizierten Dr. H.____ und Dr. I.____ eine leichte bis mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom, bestehend seit Dezember 2010, und attestierten ihr eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der depressiven Episode sei die Patientin zum gegenwärtigen Zeitpunkt in ihrer psychischen Belastbarkeit sowie geistigen Flexibilität leichtgradig eingeschränkt. Es sei davon auszugehen, dass sich die Patientin bei der Arbeit als Zimmermädchen schlechter konzentrieren könne und rascher ermüde.

5.5 Im fachärztlichen Bericht an den zuständigen Krankentaggeldversicherer vom 15. August 2011 diagnostizierte Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine leichte bis mittelgradige depressive Episode unklarer Ätiologie. Aus rein psychiatrischer Sicht könne eine verminderte Belastbarkeit aufgrund der depressiven Störung begründet werden, welche sich aufgrund der sehr geringen Ressourcen der Explorandin eher etwas schwerer auswirke. Die Versicherte dürfte verlangsamt sein und einen erhöhten Pausenbedarf aufweisen, woraus sich eine etwa 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe.

5.6 Den Berichten vom 3. Januar 2012 und 8. März 2012 der behandelnden Ärztin Dr. med. L.____, FMH Neurologie, kann entnommen werden, dass die Versicherte unter einer zervikalen Myelopathie bei degenerativen HWS-Veränderungen mit chronischen Spannungskopfschmerzen und Tetraspastik sowie einer depressiven Entwicklung leide. Aufgrund dieser körperlichen Einschränkungen sei es der Patientin nicht mehr möglich die körperlich anstrengende Tätigkeit als Reinigungsfachfrau im Hotel weiter auszuüben. In einer rein sitzenden Tätigkeit mit gelegentlichem leichten körperlichen Einsatz sei aus rein neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 30 – 50 % möglich, sofern die Möglichkeit bestünde, bei eventuellen Schmerzdekompensationen eine Pause einzulegen.

5.7 Gemäss dem Bericht der behandelnden Ärzte Dr. med. M.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. N.____, der O.____ vom 27. Juni 2012 sei bei der Versicherten eine rezidivierende, gegenwärtig mittelgradige depressive Störung zu diagnostizieren. Aufgrund dieser depressiven Symptomatik sei der Versicherten aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 70 – 80 % zu attestieren.

5.8 In dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen bidisziplinären (neurologischen und psychiatrischen) Gutachten vom 14. September 2012 stellte Dr. C.____ aus neurologischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgeprägte degenerative Veränderungen im Bereich der HWS sowie ein leichtes bis mässig ausgeprägtes, rechtsbetontes Lumbovertebralsyndrom ohne neurologische Ausfälle fest. Aufgrund der Probleme im Bereich der Wirbelsäule seien der Explorandin keine körperlich mittelschweren und/oder schweren Arbeiten mehr zumutbar. Weiter sei es der Versicherten auch nicht mehr möglich Arbeiten über Schulterhöhe, im Bücken oder im Knien zu verrichten und sie benötige deutlich vermehrte Pausen. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Zimmermädchen bestehe für die Versicherte keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. Körperlich leichte, rückenadaptierte Arbeitstätigkeiten, welche vorwiegend sitzend und mit vermehrten Pausen verrichtet werden könnten, seien der Explorandin hingegen zumutbar. Bei einer solchen Tätigkeit bestünde aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %.

Im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. D.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatischem Syndrom. Infolge dieser Diagnose sei seit Oktober 2010, sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit, von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. In Abweichung zum Bericht der O.____ vom 27. Juni 2012 könne keine reduzierte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit der Versicherten festgestellt werden. Zudem zeige sich die Versicherte affektiv auch nicht durchgehend weinerlich und niedergeschlagen und könne sogar wiederholt lächeln, weshalb sich die Diagnose einer ausschliesslich mittelgradigen depressiven Episode nicht bestätigen liesse.

Aus gemeinsamer bisdisziplinärer Sicht kommen die beiden Gutachter zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit seit Oktober 2010 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Bis Ende 2010 habe die Einschränkung 30 % betragen, seit Januar 2011 würde in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehen. In einer körperlich leichten, rückenadaptierten Arbeitstätigkeit bestehe seit Oktober 2010 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %.

5.9 Mit Bericht vom 10. Mai 2013 nahmen Dr. med. P.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. N.____ von der O.____ zu dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten vom 14. September 2012 Stellung. Das Denk- und Konzentrationsvermögen der Explorandin erscheine sowohl fremd-, als auch eigenanamnestisch deutlich eingeschränkt. Im Gespräch wirke sie deutlich psychomotorisch gehemmt. Aufgrund ihrer Symptomatik leide die Versicherte unter erheblichen Schwierigkeiten, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten

durchzuführen. Insgesamt habe sich das Zustandsbild der Versicherten in den letzten Monaten noch weiter verschlechtert, sodass mindestens von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden müsse. Die Patientin könne aufgrund ihrer Erkrankung bestenfalls 50 % ihrer Ausgangsleistung erbringen und diese höchstens noch über 50 % der Zeit abrufen, woraus insgesamt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 75 % resultiere.

5.10 Gemäss der Stellungnahme von Dr. D.____ vom 12. Oktober 2013 seien die Vorbringen der Ärzte der O.____ im Bericht vom 10. Mai 2013 nicht überzeugend. Die behandelnden Ärzte würden sich bei ihrer Beurteilung der Symptome vorwiegend auf die subjektiv geklagten Beschwerden der Versicherten berufen, weshalb keine Gründe ersichtlich seien, von der Einschätzung einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit abzuweichen.

5.11 Gemäss der Stellungnahme von Dr. C.____ vom 4. November 2013 seien aus neurologischer Sicht keine Gründe ersichtlich, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 – 50 % begründen würden.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 4. Februar 2014 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vollumfänglich auf das Gutachten der Dres. C.____ und D.____ vom 14. September 2012. Sie ging demnach davon aus, dass der Beschwerdeführerin aus gesamtmedizinischer Sicht die Ausübung einer angepassten Erwerbstätigkeit zu 70 % zumutbar sei. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Die Berichte beruhen auf eingehenden Untersuchungen und berücksichtigen die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen. Zudem wird einlässlich sowohl auf die psychischen wie auch auf die somatischen Beschwerden eingegangen und es wird insgesamt ein hinreichendes Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vermittelt. Auch die fachärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit sind ausreichend begründet und nachvollziehbar. Es wird deutlich, dass der Beschwerdeführerin aufgrund der gestellten Diagnosen eine angepasste Erwerbstätigkeit zu 70 % zumutbar ist. Insgesamt erweisen sich die Ausführungen der Dres. C.____ und D.____ sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als grundsätzlich nachvollziehbar.

6.2 In Bezug auf die somatischen, namentlich die neurologischen Befunde, bestehen bei der medizinischen Diagnose weitgehend übereinstimmende Einschätzungen der involvierten Fachpersonen. Bei der Beurteilung der Auswirkung dieser medizinischen Befunde auf die Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin besteht hingegen Uneinigkeit. Dr. C.____ kommt im neurologischen Gutachten vom 14. September 2012 zum Schluss, dass bei der Versicherten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (vermindertes Rendement) für leichte Verweistätigkeiten vorliege. Die behandelnde Ärztin Dr. L.____ geht in ihren Berichten vom 3. Januar

2012 und 8. März 2012 bei gleichem Befund hingegen lediglich von einer 30 – 50%igen Arbeitsfähigkeit aus. Die Beschwerdeführerin bringt vor, es sei nicht einleuchtend begründet, weshalb die Einschätzung der behandelnden Fachärztin Dr. L.____ nicht zutreffend sei. Diesem Vorbringen kann nicht gefolgt werden. Wie vorstehend in Erwägung 6.1 ausgeführt, ist die fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. C.____ ausreichend begründet. Zudem wird nachvollziehbar ausgeführt, weshalb eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als 30 % vorliegend nicht gegeben sei. Bei der in der Beschwerde zusätzlich geltend gemachten hyperkeratotischen Tinea pedis handelt es sich um Fusspilz mit Befall der Fusssohle. Dr. J.____, der Hausarzt der Versicherten, stellte bereits mit Bericht vom 4. März 2011 diese Diagnose und hielt fest, dass sie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe.

6.3 Hinsichtlich der psychiatrischen Einschätzung von Dr. D.____ moniert die Beschwerdeführerin im Wesentlichen, dass das für die Versicherte notwendige Vertrauensverhältnis zum Gutachter nicht aufgebaut werden konnte und die Exploration mit 1,5 Stunden zu kurz ausgefallen sei. Es sei deshalb auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte der O.____ abzustellen. Bezüglich der Explorationsdauer kann festgehalten werden, dass es sich bei der Untersuchung nur um ein Element einer Begutachtung handelt. Weiteres Gewicht kommt namentlich dem Studium der ärztlichen Berichte und der Auseinandersetzung mit den Vorakten, bzw. mit abweichenden ärztlichen Einschätzungen, der Darstellung des bisherigen Verlaufs der Krankheit und der Auswertung der Befunde zu. Für die Aussagekraft eines Arztberichts kann es auch nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht im Ergebnis schlüssig und inhaltlich vollständig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2006, I 719/05, E. 3). Da das vorliegende Gutachten schlüssig und inhaltlich vollständig ist und der bisherige Verlauf durch Arztberichte dokumentiert wurde, ist die Explorationsdauer vorliegend nicht zu beanstanden. Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin bemängelten Vertrauensverhältnisses wies Dr. D.____ in seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 2013 nachvollziehbar darauf hin, dass während der Untersuchung zu keinem Zeitpunkt der Eindruck entstanden sei, die Versicherte bekunde Mühe, ihre Gefühle, Phantasien und Gedanken in Worte zu fassen. Zudem wird die Kooperation im Gutachten bis auf gelegentliches Ausweichen als gut bezeichnet, weshalb von einem genügend guten Vertrauensverhältnis zum Gutachter ausgegangen werden kann. Ausserdem weist Dr. D.____ in seiner Stellungnahme zum Bericht der O.____ darauf hin, dass sich die Autoren des Berichts vorwiegend auf die subjektiv geklagten Beschwerden der Versicherten abstützen würden und die Aussagen nicht mit erhobenen Befunden belegt seien. Im Hinblick auf die divergierenden Einschätzungen von Dr. D.____ und den Ärzten der O.____ kann zudem festgestellt werden, dass sowohl die Dres. H.____ und I.____ im Bericht vom 12. April 2011 als auch Dr. K.____ im Bericht vom 15. August 2011 der Beschwerdeführerin bei einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestieren. Somit bestätigen diese beiden Berichte den medizinischen Befund und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. D.____. Der Bericht der behandelnden Ärzte der O.____, auf welchen sich die Beschwerdeführerin stützt, vermag die gutachterliche Beurteilung von Dr. D.____ daher nicht in Frage zu stellen.

6.4 Die Beschwerdeführerin bringt schliesslich vor, es werde im Gutachten der Dres. C.____ und D.____ nicht begründet, weshalb die festgestellten Einschränkungen der Ar-

beitsfähigkeit von je 30 % nicht addiert würden. Der Einwand erweist sich als nicht stichhaltig. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts überschneiden sich beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen deren erwerblichen Auswirkungen in der Regel, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit diesfalls aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen ist. Eine blosse Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade ist nicht zulässig (RDAT 2002 I Nr. 72 S. 485; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2007, 8C_518/07, E. 3.2). Die Gutachter kamen in ihrer Konsensbeurteilung zum Schluss, dass die Leistungseinbusse unter Berücksichtigung sowohl der psychischen als auch neurologischen Einschränkungen gesamthaft 30 % betrage. Gründe, welche für eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit sprechen würden, ergeben sich aus den medizinischen Akten nicht.

6.5 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die IV-Stelle sowohl für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts wie auch in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu Recht auf die Ausführungen der Dres. C.____ und D.____ vom 14. September 2012 abstellte. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Erwerbstätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist. Die vorhandenen medizinischen Unterlagen lassen eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit der Versicherten bis zum Verfügungserlass zu, weshalb auf eine zusätzliche medizinische Abklärung verzichtet werden kann. 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. Eine solche antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (vgl. BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Das Begehren der Beschwerdeführerin, weitere medizinische Abklärungen anzuordnen, ist somit abzuweisen.

7.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.6 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Unter Hinweis darauf, dass die Kündigung der letzten Arbeitsstelle nicht aus gesundheitlichen Gründen erfolgte, stellte die Beschwerdegegnerin nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen ab, sondern stützte sich sowohl bei der Bestimmung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf die Schweizerischen Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2010. Beim Valideneinkommen ging sie davon aus, dass die Beschwerdeführerin in einer Tätigkeit als Raumpflegerin ohne Gesundheitsschaden ein Jahreseinkommen von Fr. 47‘184.-- erzielen könnte. Grundlage hierfür war die Tabelle TA7, Sektor Reinigung und Öffentliche Hygiene, Anforderungsniveau 4, Spalte Frauen (Fr. 3‘741.-- pro Monat, basierend auf 40 Wochenstunden). Nach Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42 Stunden und die Nominallohnentwicklung von 0.1 % resultierte das vorstehend genannte Jahreseinkommen. Das Invalideneinkommen berechnete die IV-Stelle gestützt auf das Total der Tabelle TA1, Privater Sektor, Anforderungsni-

veau 4, Spalte Frauen (monatlich Fr. 4‘225.--, basierend auf 40 Wochenstunden). Nach Anpassung an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche und die Nominallohnentwicklung von 1 % und unter Berücksichtigung des zumutbaren Pensums von 70 % sowie einem leidensbedingten Abzug von 10 % resultierte ein Jahreseinkommen von Fr. 33‘631.--.

7.2 Die Beschwerdeführerin macht zunächst in Bezug auf das Valideneinkommen geltend, die IV-Stelle hätte ihrer Berechnung das Anforderungsniveau 3 des Totalwerts der Tabelle T7S der LSE 2010 und damit den Betrag von Fr. 4‘354.-- zugrunde legen müssen. Infolge der zwanzigjährigen Berufserfahrung als Reinigungskraft bzw. Zimmermädchen könne nicht mehr das Anforderungsniveau 4 zur Anwendung gelangen. Nach solch einer Zeitspanne seien die für den Beruf Reinigungskraft notwendigen Berufs- und Fachkenntnisse vorhanden, so dass vom Anforderungsniveau 3 ausgegangen werden müsse. Diesem Vorbringen kann nicht gefolgt werden. Eine langjährige Erfahrung in einer angelernten Tätigkeit als Zimmermädchen reicht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht aus, um die Anwendung des Anforderungsniveaus 3, welches Berufs- und Fachkenntnisse und damit in der Regel eine entsprechende Ausbildung voraussetzt, zu begründen. Dem Auszug aus dem individuellen Konto und dem Arbeitgeberfragebogen kann zudem entnommen werden, dass die Versicherte während ihrer Tätigkeit als Zimmermädchen zu keinem Zeitpunkt einen Verdienst erzielt hat, welcher den Basiswert des Anforderungsniveaus 3 erreicht hätte. Das damalige Einkommen hat gar unter dem des Anforderungsniveaus 4 des Sektors Reinigung und Öffentliche Hygiene gelegen. Die IV-Stelle hat somit bei der Wahl des Tabellenlohnes zu Recht auf das Anforderungsniveau 4 abgestellt.

Die Beschwerdeführerin stützt sich für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die Tabelle T7S, während die Beschwerdegegnerin die Tabelle TA7 anwendet. Da beide Tabellen grundsätzlich anwendbar wären und es im konkreten Fall keinen rentenrelevanten Einfluss auf die Bestimmung des IV-Grads hat, kann die Frage, ob auf die Tabelle TA7 oder die Tabelle T7S abgestellt werden sollte, hier letztlich offen gelassen werden.

7.3.1 Das von der IV-Stelle ermittelte Invalideneinkommen wird von der Beschwerdeführerin im Grundsatz – zu Recht – nicht beanstandet. Sie macht jedoch geltend, die Beschwerdegegnerin hätte für das Invalideneinkommen einen höheren leidensbedingten Abzug zubilligen müssen. Bereits aufgrund der gesundheitlichen Probleme sei ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % angebracht. Zudem rechtfertige sich aus den konkreten Lebensumständen, der Nationalität und dem Niedriglohnsegment beim Invalideneinkommen ein Abzug von mindestens weiteren 10 %.

7.3.2 Von dem gestützt auf statistische Werte ermittelten Invalideneinkommen sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 78 f. E. 5a). Der Abzug soll aber

nicht automatisch erfolgen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 327 f. E. 5.2, 126 V 79 f. E. 5b/aa-cc). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näher liegend erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3).

7.3.3 Die Beschwerdegegnerin begründet den von ihr vorgenommenen leidensbedingten Abzug damit, dass die Beschwerdeführerin auch in einer körperlich leichten Tätigkeit eingeschränkt sei. So solle sie vorwiegend im Sitzen arbeiten und benötige vermehrte Pausen zur Entspannung und Lockerung. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin besteht vorliegend kein Grund, in das Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen. Mit dem leidensbedingten Abzug von 10% wird das eingeschränkte Belastungsprofil der Beschwerdeführerin berücksichtigt. Die weiteren gesundheitlichen Einschränkungen sind bereits im reduzierten Arbeitspensum enthalten. Nicht anzurechnen sind ferner die fremde Nationalität und das damit verbundene sprachliche Defizit der Beschwerdeführerin, welches sich im Anforderungsniveau 4 in der Regel nicht lohnmindernd auswirkt. Mit einer Niederlassungsbewilligung C gehört die Versicherte einer Ausländerkategorie an, für die der monatliche Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar über dem entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegen kann (vgl. BGE 126 V 78 f., E. 5a/cc, Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2009, 8C_567/2009, E. 7.2). Es gibt somit keinen Anlass, in das Ermessen der Vorinstanz einzugreifen und einen höheren leidensbedingten Abzug vorzunehmen.

7.4 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (Fr. 47‘184.--) und Invalideneinkommen (Fr. 33‘631.--) resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 29 %. Die gegen die Verfügung vom 4. Februar 2014 erhobene Beschwerde erweist sich nach dem Ausgeführten als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

8. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Entsprechend dem Ausgang dieses Verfahrens hat die Versicherte die Verfahrenskosten zu tragen. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 600.-- werden mit dem von der Versicherten geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht