



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 23. Februar 2012 (720 11 352)

Invalidenversicherung

IV-Rente (allgemeine Methode)

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin i.V. Marion Wüthrich

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1959 geborene A._____ war seit dem 1. Februar 1998 als Service- und Buffetangestellte in einem Restaurant angestellt. Ihr letzter effektiver Arbeitstag war der 4. Dezember 2009. Mit Gesuch vom 6. April 2010 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Fibromyalgie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die erforderlichen Abklärungen durchgeführt hatte, ermittelte sie bei der Versicherten in Anwendung der allgemeinen Methode einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 5%. Gestützt auf dieses Ergebnis lehnte sie – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – mit Verfügung vom 2. September 2011 einen Anspruch von A._____ auf eine IV-Rente ab.

B. Gegen diese Verfügung erhebt A._____ am 6. Oktober 2011 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragt sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 2. September 2011 und die Ausrichtung einer halben Rente. Allenfalls seien bei behandelnden Ärzten zusätzliche und aktuelle Berichte im Zusammenhang mit den beklagten Beschwerden einzuholen. Zur Begründung macht sie im Wesentlichen geltend, dass der Verdacht auf ein vorhandenes Schlafapnoe-Syndrom (SAS) nicht untersucht worden und somit das Gutachten, auf welches die IV-Stelle ihren ablehnenden Entscheid stützte, unvollständig und mangelhaft sei.

C. Die IV-Stelle lässt sich am 28. November 2011 vernehmen und beantragt die Abweisung der Beschwerde.

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 im Übrigen form- und fristgerecht erhobene Beschwerde vom 6. Oktober 2011 ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2011 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

2.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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).

2.2. Nach Art. 28 Abs. 1 IVG hat die versicherte Person 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.

2.3 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 104 V 136 E. 2a und b). Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Versicherten nach der allgemeinen Methode bemessen, was von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestritten wird.

3. Im Zusammenhang mit der Ermittlung der Einschränkung im Erwerbsbereich ist zu klären, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

3.1 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 132 V 396 E. 2.1, 125 V 261 E. 4, 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 zumutbarerweise 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

pflchtgemäss 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) 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 und in AHl-Praxis 2/2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen 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. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings 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 andererseits (BGE 124 I 170 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztli-

cher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

3.5 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indessen auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. In diesen Fällen geht man von der ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung aus. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; (2) ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; (3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); (4) das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (ULRICH MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77; BGE 131 V 50 f.; vgl. zum Ganzen auch ANDREAS BRUNNER/NOAH BIRKHÄUSER, Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, in: BJM 2007, S. 169 ff.). Diese Grundsätze gelten auch für die zum gleichen Symptomenkomplex gehörenden Somatisierungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2009, 8C_348/2008, E. 3.1 und vom 19. Februar 2010, 9C_959/2009, E. 4.4).

3.6 Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich dabei die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen

Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur Restarbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Letzteres gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind, und ob die von den Ärzten anerkannte Teilarbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.4 in fine).

3.7 Die IV-Stelle beauftragte Dr. B.____, FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. C.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer bidisziplinären Begutachtung. Gemäss deren Gutachten vom 16. November 2010 sei bei der Versicherten aufgrund der rheumatologischen Beurteilung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von einem weichteilrheumatischen Schmerzsyndrom, einem sogenannten Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache (Panalgie oder Panalgiesyndrom), auszugehen. Sollten die psychiatrischen Kriterien erfüllt sein, sei dies als Synonym zur somatoformen Schmerzstörung zu werten. In psychiatrischer Hinsicht könnten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode, anhaltende somatoforme Schmerzstörungen sowie somatoforme autonome Funktionsstörungen des unteren Gastrointestinaltraktes festgestellt werden. Das psychiatrische Teilgutachten legt dabei umfangreich dar, dass die Versicherte im objektiven Psychostatus zwar Hinweise für eine depressive Störung zeige, im Vergleich zu ihren subjektiven Angaben die Untersuchungsbefunde jedoch nicht derart pathologisch ausfallen würden. Auch eine Suizidalität könne ausgeschlossen werden. Die Befunde liessen somit zwar die Diagnose einer leichten depressiven Episode zu, die Störungen würden jedoch nicht genügend pathologisch ausfallen, als dass eine mittelgradige oder gar schwere depressive Episode festgestellt werden könne. Die zwischen den subjektiven Angaben der Versicherten und den objektiven Untersuchungsbefunden bestehende Diskrepanz sei dabei nicht untypisch beim gleichzeitigen Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung. Die Versicherte zeige zum Zeitpunkt der Begutachtung keinerlei Hinweise für eine Verdeutlichungstendenz, eine Aggravation oder Begehrlichkeit. Vielmehr scheine sie in ihren Schmerzen "gefangen" und es gebe keine Hinweise für bewusstseinsnahe Mechanismen, die diesem Schmerz zugrunde liegen würden. Aufgrund der engen psychosozialen Situation, dem Umstand, dass die Versicherte ihre langjährige Arbeitsstelle habe aufgeben müssen, seien die für die somatoforme Schmerzstörung massgebliche psychosoziale Belastungssituation und durch die diagnostizierte depressive Störung auch die emotionale Belastung gegeben. Dessen ungeachtet führt Dr. C.____ im psychiatrischen Teilgutachten weiter aus, dass die bei Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung zu würdigenden Foersterkriterien bei der Beschwerdeführerin nur sehr diskret erfüllt seien. So würden keine spezifischen chronischen körperlichen Erkrankungen vorliegen und es zeige sich auch kein sozialer Rückzug. Hingegen bestehe eine leichte Komorbidität und die Beschwerden seien seit Jahren vorhanden und therapierefraktär. Seit Januar 2010 werde zudem eine ambulante – jedoch äusserst tiefe

antidepressive – psychiatrische Behandlung durchgeführt. Zusammenfassend könne der Beschwerdeführerin eine zumindest teilweise aktive Willensleistung zugemutet werden, um ihre Körperschmerzen zu überwinden. Die sich aus der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung ergebenden qualitativen Funktionseinbussen seien dabei bereits in den sich aus der leichten depressiven Episode ergebenden Einschränkungen mitberücksichtigt, weshalb aus psychiatrischer Sicht eine Funktionseinbusse in der Höhe von 20% bestehe. Gesamtmedizinisch hält das Gutachten der Ärzte Dres. B.____ und C.____ sodann fest, dass für jegliche leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines Ganztagespensums bestehe. Da die Versicherte ihre Arbeit krankheitsbedingt am 8. Dezember 2009 habe aufgeben müssen, könne dieses Datum als Beginn der attestierten Arbeitsunfähigkeit definiert werden.

4.1 In der angefochtenen Verfügung stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die Gutachter Dres. B.____ und C.____ am 16. November 2010 gelangt waren. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.4 hiervor) 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. Solche Indizien liegen keine vor. Das Gutachten beruht auf einer eingehenden Untersuchung der Versicherten und es berücksichtigt auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte. Zudem geht es einlässlich auf die Beschwerden der Versicherten ein und vermittelt ein hinreichendes Bild über deren Gesundheitszustand. Die begutachtenden Ärzte kamen in Würdigung der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde sowie der ihnen überlassenen Unterlagen zum überzeugenden Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin seit Arbeitsniederlegung im Dezember 2009 – bei einem Ganztagespensum – eine volle Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten und für jegliche leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 80% bestehe. Insgesamt erweisen sich sowohl die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch die daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle darauf abgestellt hat. Anzumerken ist, dass auch Dr. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, in dem von der E.____ Lebensversicherung in Auftrag gegebenen rheumatologischen Gutachten vom 18. November 2010 kein rheumatisches Grundleiden objektivieren konnte und das Ergebnis der rheumatologischen Begutachtung der Beurteilung von Dr. B.____ entspricht.

4.2 Daran vermögen die abweichenden Stellungnahmen von Prof. Dr. F.____, FMH Psychiatrie und Psychologie, und Dr. G.____, Assistenzärztin, H.____-Spital, vom 19. Februar 2010 sowie des behandelnden Arztes Dr. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 21. April 2010, nichts zu ändern. So benennen deren Berichte keine wichtigen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Die von Prof. Dr. F.____/Dr. G.____ und Dr. I.____ diagnostizierte Fibromyalgie kann durch das Gutachten der Dres. B.____ und C.____ vom 16. November 2010 nicht bestätigt werden. Das interdisziplinäre Gutachten legt vielmehr schlüssig dar, dass das Krankheitsbild nicht einer Fibromy-

algie, sondern einem Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache entspreche. So müssten bei einer Fibromyalgie 11 von 18 Druckpunkten vorhanden sein, Kontrollpunkte wie Stirn und volarer Vorderarm jedoch nicht schmerzhaft reagieren. Die Unterscheidung der beiden Diagnosen sei – da beides weichteilrheumatische Schmerzsyndrome – letztlich jedoch arbiträr. Soweit Dr. J.____, FMH für Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation, in seinem Bericht vom 16. Juni 2010 auf die Möglichkeit eines beginnenden Schlafapnoe-Syndroms (SAS) hinweist, ist – entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin – entgegenzuhalten, dass die Gutachter Dres. B.____ und C.____ die wesentlichen medizinischen Unterlagen und Informationen vollumfänglich zur Kenntnis genommen und in ihr Gutachten einbezogen haben; so auch die von Dr. J.____ geäußerte Verdachtsdiagnose eines beginnenden SAS. Schliesslich ist festzuhalten, dass eine derartige Diagnose keinen zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte, da es für ein schwerwiegenderes Schlafapnoe-Syndrom genügend Therapieoptionen gebe, um damit einhergehende eventuelle bedeutsame Probleme ausreichend zu behandeln. Im Bericht von Dr. J.____ findet sich sodann keine Begründung, weshalb der Diagnose eines Schlafapnoe-Syndroms der Vorzug zu geben sei. Dies um so mehr, als auch die Beschwerdeführerin selbst ihre Schlafprobleme mit den – vor allem während der Nacht bestehenden – physischen Schmerzen erklärt. Schliesslich ändert auch der Arztbericht der behandelnden Ärztin Dr. K.____, FMH Psychiatrie und Psychologie, vom 13. August 2010 nichts an der Massgeblichkeit des Gutachtens der Dres. B.____ und C.____. Abgesehen davon, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen soll und muss, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung, in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. 3.4 hiavor), ist festzuhalten, dass auch Dr. K.____ von einer leichten depressiven Episode ausgeht. Damit besteht in diagnostischer Hinsicht Übereinstimmung mit dem bidisziplinären Gutachten der Ärzte Dres. B.____ und C.____. Wenn Dr. K.____ aufgrund dieser Diagnose von einer auf unbestimmte Dauer ausgerichteten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgeht, vermag dies die differenzierte Beurteilung der Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen. Vielmehr ist ersichtlich, dass von Dr. K.____ in ihrem psychiatrischen Bericht vor allem die somatischen Gesichtspunkte einbezogen worden sind. Dr. C.____ legt im psychiatrischen Teilgutachten hingegen eingehend dar, dass gemäss heutiger versicherungsmedizinischer Richtlichtlinien beim Vorliegen einer leichten depressiven Episode – auch in Kombination mit einer somatoformen Schmerzstörung – qualitative Funktionseinbussen in der Höhe von maximal 20% attestiert werden können. Die von Dr. K.____ beschriebene Suizidalität konnte während der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. C.____ klar ausgeschlossen werden. Anzumerken bleibt, dass der im Anschluss an die Beschwerdebegründung eingereichte und vom 3. Februar 2012 datierte pneumologische Bericht des L.____-Spitals, mit dem zu beurteilenden Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang steht und deshalb im vorliegenden Verfahren grundsätzlich zu berücksichtigen ist. Gleichwohl vermag auch dieser Bericht die begründeten Schlussfolgerungen der Ärzte Dres. B.____ und C.____ nicht in Frage zu stellen. Insbesondere lässt die darin gestellte Diagnose eines hochgradigen Verdachts auf das Vorliegen eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms nicht herleiten, dass damit eine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Plausibler erscheint die Einschätzung der Gutachter Dres. B.____ und C.____, wonach – selbst wenn sich der Verdacht des Schlafapnoe-Syndroms bestätigen sollte – diese Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wäre.

4.3 Als Zwischenergebnis ist festzustellen, dass die vorhandenen medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Versicherten zulassen und die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu Recht auf das Gutachten der Ärzte Dres. B.____ und C.____ vom 16. November 2010 abgestellt hat. Die IV-Stelle durfte demnach davon ausgehen, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste Arbeit im Umfang von 80% zumutbar ist.

5. Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. 2.3 hiavor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Nachdem die Beschwerdeführerin die Berechnung des Invaliditätsgrades beanstandet, ist nachfolgend der von der IV-Stelle vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen.

5.1 Bei der Bemessung des für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgebenden Einkommens ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (BGE 135 V 59 E. 3.1 mit Hinweis, 131 V 51 E. 5.1.2). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 135 V 59, 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Es ist unbestritten und nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz das Valideneinkommen aufgrund der Angaben des ehemaligen Arbeitgebers ermittelt hat. Nach dessen Bescheinigung vom 3. Mai 2010 hätte die Versicherte im Jahr 2009 ohne Gesundheitsschaden, bei einem Pensum von 100%, ein Jahreseinkommen von Fr. 44'200.-- (Fr. 3'400.-- x 13) erzielt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung des Jahres 2010 (frühestmöglicher Rentenbeginn unter Berücksichtigung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) gegenüber dem Vorjahr resultiert ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 44'554.-- (Fr. 44'200 x 0.8%; vgl. Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex 2006 - 2010, Gastgewerbe, Ziff. 55). Dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2011 auf die ihr zum damaligen Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Zahlen des Jahres 2009 abstellte, hat dabei keinen Einfluss auf die Ausrichtung der IV-Rente.

5.2 Nicht zu beanstanden ist, dass die IV-Stelle für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik abgestellt hat. Laut Tabelle TA 1, belief sich der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Frauen im privaten Sektor im Jahr 2010 auf Fr. 4'225.-- (LSE 2010, Total privater Sektor). Zu berücksichtigen ist, dass der ermittelte Tabellenlohn auf einer einheitlichen Arbeitszeit von 40 Wochenstunden beruht und für das Jahr 2010 auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen; Total) umzurechnen ist. Daraus resultiert ein hypothetisches Jahreseinkommen von Fr. 52'728.--

(Fr. 4'225.-- : 40 x 41.6 x 12). Berücksichtigt man, dass die zumutbare Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin laut den massgebenden medizinischen Beurteilungen (vgl. E. 3.7 hiervor) lediglich noch 80% beträgt, reduziert sich das Invalideneinkommen auf Fr. 42'182.40 (Fr. 52'728.-- x 80%). Die von der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung verwendeten – auf dem Jahr 2009 basierenden – Zahlen, führen bei der Bemessung des IV-Grades zum gleichen Ergebnis.

5.3.1 Von einem anhand der Tabellenlöhne der LSE erhobenen Invalideneinkommen sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Im Entscheid 126 V 75 ff. hat das damalige EVG seine Rechtsprechung zu den Abzügen vom Tabellenlohn bereinigt und weiterentwickelt. Dabei hat es betont, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles abhängt (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (BGE 126 V 80 E. 5b).

5.3.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonnierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich freiwillig mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (vgl. BGE 134 V 326 E. 4.1, 125 V 157 E. 5c/bb mit Hinweisen). Es ist somit zu prüfen, ob das Einkommen einer versicherten Person allenfalls bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens unter dem Durchschnitt für eine vergleichbare Tätigkeit gelegen hat. Trifft dies zu, kann gemäss Rechtsprechung eine Kürzung des Tabellenlohns in dem Umfang vorgenommen werden, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5% übersteigt (vgl. BGE 135 V 303 E. 6.1.2 f.).

5.3.3 Mit Blick auf das Valideneinkommen (vgl. E. 5.1 hiervor) ist festzustellen, dass vorliegend ein Minderverdienst ausgewiesen ist. Wie bereits ausgeführt, war die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens als Service- und Buffetangestellte tätig. Laut der LSE 2010 betrug der Durchschnittslohn für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Frauen im privaten Sektor im Jahre 2010 im Bereich "Gastronomie" Fr. 3'825.-- (LSE 2010, Privater Sektor, Tabelle TA1, Ziff. 56). Dieser Betrag ist wiederum auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit dieser Branche von 42,2 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Gastronomie, Ziff. 56) umzurechnen. Dies ergibt für das Jahr 2010 einen Tabellenlohn von Fr. 48'424.50 (Fr. 3'825.-- : 40 x 42.2 x 12). Setzt man diesen Betrag dem oben (vgl. E. 5.1 hiervor) ermittelten Validenlohn von Fr. 44'554.-- gegenüber, so zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ein Einkommen erzielte, welches um 8% unter dem branchenüblichen Durchschnittslohn gelegen hat. Da keine Anhaltspunkte ersichtlich sind, dass sich die Versicherte aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen be-

gnügen wollte, als sie hätte erzielen können, und da weiter anzunehmen ist, dass sie angesichts ihrer Qualifikation nicht Einkünfte in Höhe des erhobenen Durchschnittslohnes erreichen könnte, ist – unter Berücksichtigung des Erheblichkeitsgrenzwertes von 5% – eine sich zu Gunsten der Versicherten auswirkende Parallelisierung der Vergleichseinkommen in der Höhe von 3% durchzuführen. Die Parallelisierung kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiven erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (vgl. BGE 134 V 326 E. 4.1 mit Hinweisen). Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Versicherten angepasste Tätigkeiten im Umfang von 80% zumutbar sind, resultiert ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 40'916.90 (Fr. 42'182.40 x 97%). Vorliegend hat die IV-Stelle keine Parallelisierung vorgenommen. Dies führt im Ergebnis in Bezug auf den Rentenanspruch jedoch zu keinem anderen Resultat.

5.3.4 In einem zweiten Schritt ist allenfalls ein Abzug vom Invalideneinkommen vorzunehmen (vgl. BGE 134 329 E. 6.2). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 134 V 328 E. 5.2). 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 desjenigen 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; Entscheid des EVG vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3). Vorliegend hat die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2011 keinen Abzug für invaliditätsbedingte Beeinträchtigungen vorgenommen. Den Behinderungen der Beschwerdeführerin wurde bereits durch die Annahme eines reduzierten Arbeitspensums im Umfang von 20% Rechnung getragen. Zudem hat die Vorinstanz mit der Anerkennung des Anforderungsnieveaus 4 die persönlichen und beruflichen Umständen der Beschwerdeführerin hinreichend berücksichtigt, weshalb das Vorgehen der IV-Stelle nicht zu beanstanden ist und dies auch von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht in Frage gestellt wird.

5.4 Setzt man im Einkommensvergleich das massgebliche, parallelisierte Invalideneinkommen von Fr. 40'916.90 dem Valideneinkommen von Fr. 44'554.-- gegenüber, so ergibt dies eine Einkommenseinbusse von Fr. 3'637.10. Daraus resultiert ein IV-Grad von rund 8% (zur Rundungspraxis des Bundesgerichts vgl. BGE 130 V 121 ff.).

6. Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle aufgrund des rentenausschliessenden IV-Grades von 8% einen Rentenanspruch verneinte. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

7. Gemäss den Änderungen des IVG vom 1. Juli 2006 ist das Beschwerdeverfahren vor kantonalem Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig (vgl. Art. 69 Abs. 1 und 1^{bis} IVG, je in der seit 1. Juli 2006 geltenden Fassung). 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 Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 600.-- werden mit dem von der Beschwerdeführerin 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.

Vizepräsident

Gerichtsschreiberin i.V.