



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. August 2013 (720 13 102 / 182)

Invalidenversicherung

Rentenanspruch gestützt auf einen IV-Grad von 38 % verneint; Würdigung der medizinischen Unterlagen; Bemessung des Invalideneinkommens und dabei unter anderem Prüfung der Frage, ob eine weit zurückliegende Berufsausbildung zur Einstufung ins Anforderungsniveau 3 der LSE Tabellenlöhne rechtfertigt

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, indemnis Rechtsanwälte, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente (756.7050.7041.71)

A. Mit Gesuch vom 4. Dezember 2002 (Eingang) beantragte A.____, geboren am 30. Mai 1960, erstmals Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV). Nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens beim Begutachtungsinstitut Z.____ (Gutachten vom 4. Juli 2003) wies die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) das Leistungsbegehren mit Verfügung

vom 8. August 2003 und Einspracheentscheid vom 2. Februar 2004 ab. Mit Gesuch vom 5. Dezember 2007 beantragte A._____ erneut Versicherungsleistungen bei der IV. Nach Abklärung der wirtschaftlichen und medizinischen (u.a. Einholung eines polydisziplinären Gutachtens beim Begutachtungsinstitut Z._____ vom 25. September 2008) Verhältnisse und nach Durchführung des Vorbescheidsverfahrens (u.a. Einholung eines weiteren Verlaufsgutachtens beim Begutachtungsinstitut Z._____ vom 6. September 2011) lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. März 2013 das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 37 % ab.

B. Dagegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, mit Eingabe vom 12. April 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 4. März 2013 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen, mindestens aber eine Viertelsrente, auszurichten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zur Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durchzuführen; alles unter o/e-Kostenfolge.

C. Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Mai 2013 die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Eingabe vom 8. August 2013 reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Unterlagen ein.

Auf die Ausführungen der Parteien in den Schriften und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den Erwägungen eingegangen.

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 erhobene Beschwerde vom 12. April 2013 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 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). 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

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.

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 Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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 anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Die ärztlichen Stellungnahmen bilden in diesem Zusammenhang eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit 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).

3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes 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. Im Weiteren ist es Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes, dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

3.3.1 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 entscheidend, ob der Bericht 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 grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Bundesgerichts 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 AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). In Bezug auf bereits im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte 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, ist laut den Richtlinien des Bundesgerichts 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).

3.3.2 Bei versicherungsexternen Verwaltungsgutachten, die vor der MEDAS-Rechtsprechung (vgl. BGE 137 V 210) und damit vor der Einführung der Vergabe-Plattform Suisse-MED@P in Auftrag gegeben worden sind, hat das Bundesgericht folgendes festgehalten: Ein nach altem Standard (das heisst noch ohne Gewährung der in BGE 137 V 210 statuierten Beteiligungsrechte) in Auftrag gegebenes Gutachten bildet grundsätzlich eine massgebende Entscheidungsgrundlage. Bei der Beweiswürdigung ist aber zu berücksichtigen, dass – ähnlich wie bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen – bereits schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen genügen, um eine (neue) Begutachtung anzuordnen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2; Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juni 2013, 9C_734/2012, E. 3.2, vom 4. Oktober 2012, 9C_495/2012, E. 2.2 und 2.3 sowie vom 17. September 2012, 9C_148/2012, E. 1.3 und 1.4; ferner SVR 2012 IV Nr. 32 S. 127, 9C_776/2010 E. 3.3 in fine).

3.3.3 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 (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) 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). 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 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1).

3.4 Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass im Sozialversicherungsrecht der übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gilt (BGE 125 V 150 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Schweizerisches Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. November 2002, I 58/02, E. 1.2). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 115 V 142 E. 8b mit zahlreichen weiteren Hinweisen; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 451 f.).

4.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Ayurveda-Therapeutin zu 50 % zugemutet werden könne. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine 75 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dabei stützte sie sich auf die von ihr beim Begutachtungsinstitut Z._____ in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten vom 25. September 2008 und vom 4. September 2011.

4.2.1 Das Begutachtungsinstitut Z._____ hatte die Beschwerdeführerin bereits im Jahre 2003 begutachtet und gelangte damals zur Auffassung, dass ihr leichte adaptierte und wechselbelastende berufliche Tätigkeiten noch zu 75 % zumutbar seien (Gutachten vom 4. Juli 2003). Der Beginn der Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht genau eruieren. Die Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränken würden, seien im Jahr 2000 gestellt worden. Man gehe deshalb davon aus, dass seit dem 1. Dezember 2000 eine 25 %-ige Einschränkung bestehe.

4.2.2 Im Rahmen der mit Gesuch vom 5. Dezember 2007 getroffenen Abklärungen beauftragte die Beschwerdegegnerin erneut das Begutachtungsinstitut Z._____ mit der polydisziplinären (internistisch, psychiatrisch und rheumatologisch) Begutachtung der Beschwerdeführerin. Mit Gutachten vom 25. September 2008 diagnostiziert das Gutachterteam mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5), ein generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9), eine somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltraktes (ICD-10 F45.32), ein chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom mit Zervikozephalgien und Zer-

vikobrachialgien beidseits (ICD-10 M53.1) mit Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, kernspintomographisch bis auf leichte Osteochondrose C5/6 unauffälliger Befund, klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom beidseits (ICD-10 M54.5) mit myostatischer Insuffizienz mit entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, degenerativ-dehydratative Diskopathie und Bandscheibenherniation L4/5, klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik und Hypermobilitätssyndrom (ICD-10 M35.7), in diesem Rahmen rezidivierende Arthralgien. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hält das Gutachterteam fest, dass die Explorandin für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 75 % arbeits- und leistungsfähig sei, vollschichtig realisierbar. Für die Tätigkeit im Haushalt bestehe eine Einschränkung von 20 %. Für die Tätigkeit als Ayurveda-Therapeutin mit regelmässigen Massagen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

4.2.3 Im polydisziplinären Gutachten vom 4. September 2011 gelangt das Gutachterteam zu folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80), anamnestisch Status nach wiederholter HWS-Distorsion, letztmals im Rahmen einer Heckauffahrkollision am 11. Mai 2011, radiologisch diskrete degenerative Veränderungen der HWS ohne Hinweis für Neurokompression oder Myelopathie, radiologisch im Bereich der HWS kein Hinweis für Fraktur, ligamentäre, kapsuläre oder muskuläre Veränderung; kein Anhaltspunkt für Läsion von Bandscheiben oder Myelon, radiologisch mässige degenerative Veränderungen der LWS ohne Hinweis für Neurokompression, Iliosakralgelenke unauffällig, Polyarthralgie im Handbereich beidseits (ICD-10 M79.64), radiologisch bis auf minime Zeichen der Rhizarthrose beidseits unauffälliger Befund. In Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kommen die Gutachter erneut zum Schluss, dass bei der Explorandin in der angestammten Tätigkeit als Ayurveda-Therapeutin eine 50 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. In einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit bestehe eine 75 %-ige Arbeitsfähigkeit, die vollschichtig realisierbar sei. In Bezug auf die Exploration habe sich in psychiatrischer Sicht im Vergleich mit der letztmaligen Begutachtung eine leichte Angstsymptomatik gezeigt, weshalb neu die Diagnose ängstlich-depressive Störung genannt werden könne. Ansonsten seien die gleichen Diagnosen zu nennen wie im Jahr 2008 (S. 20/32). In orthopädischer Hinsicht hätten sich keine anderen Diagnosen ergeben als im Jahr 2008. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit könne das Ergebnis der Begutachtung vom September 2008 vollumfänglich bestätigt werden.

4.3.1 Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 3.3.1 hiavor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und –ärzte volle Beweiskraft zuzuerkennen, wenn die Gutachter aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen und keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier nicht vor. Die polydisziplinären Gutachten vom 25. September 2008 und vom 4. September 2011 weisen weder formale noch inhaltliche Mängel auf. Sie sind – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchten in der Darlegung der medizinischen

Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und setzen sich mit den vorhandenen ärztlichen Einschätzungen auseinander und sind in den Schlussfolgerungen überzeugend.

4.3.2 Die Beschwerdeführerin stellt die ausschlaggebende Beweiskraft der Gutachten unter Hinweis auf diverse abweichende ärztliche Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit in Frage. Da den Gutachten keine vorrangige Stellung zukomme, seien weitere medizinische Abklärungen angezeigt.

4.3.3 Die Beschwerdeführerin verweist einerseits auf die Beurteilungen der Rehaklinik Y.____, wo sie mehrmals stationäre Rehabilitationen durchgeführt hat. Im Attest vom 4. Januar 2011 diagnostiziert Dr. med. B.____, Oberarzt der Rehaklinik Y.____, ein chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom vom Fibromyalgiety, eine rezidivierende Lumboischialgie beidseits bei degenerativem LWS-Syndrom, Zustand nach Bandscheibenvorfällen L4/5 und L5/S1, rezidivierende Zervikalgie bei chronisch generalisiertem HWS-Syndrom, Fingerpolyarthrose beidseits, chronische Epicondylitis humeri ulnaris und radialis bds., Depression, psychovegetative Erschöpfung und Penicillin-Allergie. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hält Dr. B.____ fest, dass die Patientin aufgrund dieser Diagnosen in der Lage sei, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine leichte Tätigkeit überwiegend im Sitzen, zeitweise im Stehen und Gehen, möglichst im Wechselrhythmus, in Tagesschicht, keine Früh, Spät- oder Nachtschicht, ohne erhöhte psychische Belastung, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, insbesondere erhöhte Belastung der Hände, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 5 kg und ohne erhöhte Unfallgefahren, häufige wechselnde Temperaturen oder häufig wechselnde Arbeitszeiten im Umfang von drei bis vier Stunden täglich auszuüben.

Dieses Attest von Dr. B.____ lag den Gutachtern bei ihrer Exploration vor und wurde bei der Beurteilung berücksichtigt. In nachvollziehbarer Weise legen die Gutachter dar, weshalb sie sich der Einschätzung von Dr. B.____ nicht anschliessen können (vgl. die diesbezüglichen Ausführungen in Ziff. 4.2.7, S. 27/32 des Gutachtens vom 6. September 2011). Wie von den Gutachtern festgestellt, begründet Dr. B.____ insbesondere nicht, inwiefern sich die psychiatrischen und somatischen Diagnosen einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Möglicherweise ist die höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darauf zurückzuführen, dass Dr. B.____ sowohl die Auswirkungen der Fibromyalgie als auch diejenigen der psychovegetativen Erschöpfung in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen hat.

4.3.4 Weiter liegen zwei Austrittsberichte der Rehaklinik Y.____ vom 21. Oktober 2011 und vom 16. August 2012 bei den Akten. Als Hauptdiagnosen werden im Bericht vom 21. Oktober 2011 eine anhaltende Zervikozephalgie und Zervikobrachialgie beidseits bei Zustand nach HWS-Distorsionstrauma am 11. Mai 2011 einhergehend mit unsystematischem Schwindel, Sehstörungen und Tinnitus genannt. Zudem werden eine rezidivierende Lumboischialgie beidseits bei chronisch degenerativem LWS-Syndrom, eine beginnende Rhizarthrose beidseits, eine reaktive Depression, ein chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom vom Fibromyalgiety, eine Penicillin-Allergie, Fingerpolyarthrose beidseits sowie eine chronische Epicondylitis humeri ulnaris und radialis beidseits diagnostiziert. Seit dem 12. Mai 2011 bestehe durchgehend eine

Arbeitsunfähigkeit. Im Bericht vom 16. August 2012 werden folgende Diagnosen genannt: Lumboischialgie beidseits bei NPP L4/5 mit degenerativem LWS-Syndrom, rezidivierende Zervikalgien und Zervikozephalgie bei Zustand nach HWS-Distorsion am 11. Mai 2011 und chronischem HWS-Syndrom, Fingerpolyarthrose beidseits, Restless-legs-Syndrom, Fibromyalgie-Syndrom, reaktive depressive Verstimmung, Penicillin-Allergie, Colon irritabile, Asthma bronchiale und chronische Refluxkrankheit mit Ösophagitis in der Vergangenheit. Im Zeitpunkt des Austritts sei die Patientin 20 % arbeitsfähig mit der Option einer langsamen Steigerung bis 50 % bei Linderung der beklagten Beschwerden. Als Ziel sei eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit anzustreben.

In Bezug auf diese beiden Berichte führt Dr. med. C.____ vom regionalen ärztlichen Dienst bei der Basel (RAD) in seiner Stellungnahme vom 20. September 2012 in nachvollziehbarer Weise aus, dass seit der Begutachtung vom 4. September 2011 keine wesentliche Gesundheitsveränderung eingetreten sei. Seit Jahren liege ein in etwa gleicher Gesundheitszustand vor, der von den involvierten Personen zum Teil unterschiedlich beurteilt werde. Zudem gehen die Ärzte der Rehaklinik Y.____ im aktuellsten Bericht übereinstimmend mit den Gutachtern davon aus, dass in der angestammten Tätigkeit eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne.

4.3.5 Die Beschwerdeführerin verweist im Weiteren auf ärztliche Zeugnisse von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie. Dieser stellt in seinen Zeugnissen vom 16. Mai 2011 und vom 25. Mai 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % fest. In Anbetracht des Umstands, dass diese Zeugnisse in zeitlicher Nähe zum Auffahrunfall vom 11. Mai 2011 erstellt worden sind, ist davon auszugehen, dass die Einschätzung von Dr. D.____ sich auf die unmittelbaren Unfallfolgen bezogen hat. Sie steht daher nicht im Gegensatz zur Einschätzung der Gutachter. Denn auch diese gehen von einer vorübergehenden 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit von maximal zwei Monaten nach dem Unfallereignis vom 11. Mai 2011 in der angestammten Tätigkeit aus (Gutachten vom 6. September 2011, Ziff. 4.2.5, S. 26/32). In seinem Bericht vom 14. Mai 2010 (IV-Akte 82) verweist Dr. D.____ auf Beschwerden und Diagnosen, die seit Jahren bekannt sind und auch von den Gutachtern erkannt worden sind. Zudem bestätigt er die Einschätzung der Gutachter, wonach in der Tätigkeit als Ayurveda-Therapeutin eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. Zur Frage der Verweistätigkeit hingegen hat er sich nicht geäußert. Zusammenfassend stehen seine Einschätzungen nicht im Widerspruch zur Beurteilung im Gutachten und können keine Zweifel an dessen Zuverlässigkeit zu wecken. Es ist darauf hinzuweisen, dass die abweichende Meinung eines Arztes, selbst wenn er im betreffenden Gebiet ebenfalls spezialisiert ist, für sich allein genommen nicht genügt, um einen medizinischen Bericht als nicht schlüssig erscheinen zu lassen und, wie vorliegend beantragt, die Einholung weiterer medizinischer Abklärungen zu rechtfertigen. Gleiches gilt umso mehr, wenn sich ein Arzt ohne die notwendigen fachspezifischen Erhebungen (Anamnese und Befunde) äussert.

4.3.6 Weiter verweist die Beschwerdeführerin auf die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. med. E.____, Rheumatologie und Allgemeinmedizin FMH, vom 19. August 2011 und vom 27. Oktober 2011. Darin hält Dr. E.____ fest, dass in der bisherigen Tätigkeit vom 1. September 2011 bis 31. Dezember 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestehe. Den Attesten kann ent-

nommen werden, dass es sich um eine Arbeitsunfähigkeit handelt, die auf einen Unfall zurückzuführen ist. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass es sich hierbei ebenfalls um Einschätzungen handelt, bei denen eine unfallbedingte Einschränkung bis Ende 2011 bestätigt worden ist. Da sie sich somit weder mit der Frage auseinander setzen, welche Diagnosen zu stellen sind noch inwiefern eine Verweistätigkeit möglich ist und zudem offensichtlich eine vorübergehende Genesungsphase zum Inhalt haben, vermögen sie aufgrund ihrer Kürze und Unbegründetheit keine Zweifel an der Beurteilung des Begutachtungsinstituts Z.____ zu wecken.

4.3.7 Zuletzt verweist die Beschwerdeführerin auf den Austrittsbericht von Dr. med. F.____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, Klinik X.____, vom 20. Juli 2009, um die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Darin werden die folgenden Diagnosen genannt: Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt, Status nach Aufenthalt in einer stationären psychiatrischen Einrichtung, Colon irritabile, Fibromyalgie, Ritzarthrose beidseits, Tendovaginitis beider Handgelenke, adduktorenseitig, Status nach Störung durch Alkohol, schädlicher Konsum, gegenwärtig abstinert. Dr. F.____ attestiert der Beschwerdeführerin ab dem 22. Juni 2009 eine Arbeitsfähigkeit zu max. 50 % im Sinne eines Arbeitsversuchs in der eigenen Praxis zur Evaluation der spezifischen Leistungsfähigkeit. Zwischen Dr. F.____ und dem Gutachterteam besteht betreffend Arbeitsfähigkeit als Ayurveda-Therapeutin Übereinstimmung. Zur Höhe der Verweistätigkeit nimmt der behandelnde Arzt hingegen keine Stellung. Somit vermag auch dieser Bericht die Schlussfolgerungen der Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die medizinische Aktenlage nicht als widersprüchlich anzusehen ist, sondern dass verschiedene Blickwinkel bestehen, aus denen die involvierten behandelnden Ärzte und das Gutachterteam ihre Beurteilung abgegeben haben. Entscheidend erscheint im vorliegenden Fall, dass die gesundheitlichen Beschwerden seit Jahren Bestand haben und unter den Ärzten diesbezüglich übereinstimmende Diagnosen bestehen. Das Gutachterteam hat sich mit abweichenden ärztlichen Auffassungen auseinander gesetzt und Gründe aufgeführt, welche nachvollziehbar die unterschiedlichen Einschätzungen erklären. Die Beschwerdeführerin weist zwar zu Recht darauf hin, dass vorliegend bereits relativ geringe Zweifel an der Schlüssigkeit und Zuverlässigkeit genügen würden, um eine neue Begutachtung anzuordnen. Die Gutachten genügen aber selbst diesen strengen Anforderungen an die Beweiswürdigung. Von weiteren medizinischen Abklärungen ist daher abzusehen. Insoweit die Beschwerdeführerin auf die Richtlinie hinweist, wonach Verlaufsgutachten, die innert drei Jahren nach Erstellung des Erstgutachtens erfolgen, keine neue zufällige Auswahl der Gutachterstelle benötigen, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Denn selbst wenn das erste Gutachten nach BGE 137 V 210 und damit nach dem Zufallsprinzip ausgewählt worden wäre, so wäre das Verlaufsgutachten innerhalb der drei Jahre in Auftrag gegeben worden, weshalb auf eine neue zufällige Auslosung hätte verzichtet werden dürfen.

4.5 Es ist daher gestützt auf die Beurteilung des Gutachterteams des Begutachtungsinstituts Z.____ davon auszugehen, dass in der angestammten Tätigkeit als Ayurveda-Therapeutin eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit besteht. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Einnahme von Zwangshaltungen und

repetitiven Überkopfarbeiten kann der Beschwerdeführerin eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 % zugemutet werden. Das Pensum kann vollschichtig umgesetzt werden mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10 Minuten pro Stunde und einem leicht reduzierten Rendement. In Bezug auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der Verweistätigkeit ist gemäss Gutachten vom 25. September 2008 und die bestätigenden Ausführungen vom 6. September 2011 unter Hinweis auf die Beurteilung im ersten Gutachten vom 4. Juli 2003 vom 1. Dezember 2000 auszugehen.

5.1 Zu klären bleibt die Höhe der Invalidität der Beschwerdeführerin. Wie bereits oben ausgeführt (vgl. Erwägung 2.2 hiervor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten 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 (BGE 104 V 136 E. 2a und b).

5.2.1 Die Beschwerdeführerin hatte sich am 4. Dezember 2002 erstmals zur Ausrichtung von IV-Leistungen angemeldet. Nach dem daraufhin ergangene, unangefochten in Rechtskraft erwachsene Einspracheentscheid vom 2. Februar 2004, mit dem die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Rente abgelehnt hatte, meldete sie sich am 5. Dezember 2007 erneut zum Leistungsbezug an. Die angefochtene Verfügung datiert vom 4. März 2013. Damit ist ein Sachverhalt zu beurteilen, der sich teilweise vor dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 verwirklicht hat (nachfolgend: aIVG). Da eine Invalidenrente strittig ist, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (BGE 130 V 445, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b).

5.2.2 Gestützt auf diese Sachlage und die anwendbaren Bestimmungen (Art. 29 Abs. 1 aIVG, Art. 29 Abs. 2 aIVG und Art. 48 Abs. 2 aIVG) könnte sich eine allfällige Nachzahlung von Rentenleistungen lediglich auf die letzten der Anmeldung vorangehenden zwölf Monate erstrecken. Frühestmöglicher Rentenbeginn wäre daher der 1. Dezember 2006.

5.3.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat, auszugehen ist (Urteil des EVG vom 26. November 2002, I 491/01, E. 2.3.1 mit zahlreichen Hinweisen).

5.3.2 In Anbetracht der etwas unklaren erwerblichen Situation der Beschwerdeführerin in Bezug auf ihre selbständige Erwerbstätigkeit erscheint es im vorliegenden Fall als sachgerecht, zur Ermittlung des Valideneinkommens grundsätzlich auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) abzustellen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist aber wegen des frühestmöglichen Rentenbeginns im Jahr 2006 die LSE 2006 heranzuziehen. In Bezug auf die anzuwendenden Parameter ist von der Tabelle TA7, Zeile 33 (medizinische, pflegerische und soziale Tätigkeiten), Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes 3, Spalte Frauen, Fr. 5'450.-- monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden, auszugehen. Nach Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.5 Stunden im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Die Volkswirtschaft, 11-2013, B9.2, Gesundheits- und Sozialwesen) resultiert ein jährliches Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 67'852.50 (Fr. 5'450.- : 40 Std. x 41.5 Std. x 12 Monate).

5.4.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

5.4.2 Zwischen den Parteien ist umstritten, auf welches Anforderungsniveau der LSE Tabellenlöhne bei der Berechnung des Invalideneinkommens abzustellen ist. Nicht umstritten ist dagegen die Anwendung des Totalwerts der Tabelle TA1 der LSE. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass das Invalideneinkommen ausgehend vom Anforderungsniveau 3 ermittelt werden müsse, da die Beschwerdeführerin über ein grosses Fachwissen in diversen Bereichen verfüge. Sie habe einen medizinisch-kaufmännischen Berufsabschluss, sei geprüfte Pharmareferentin und habe sich ein breites Fachwissen im Bereich ayurvedischer Heil- und Kosmetikanwendungen angeeignet. Es könne daher nicht davon ausgegangen werden, dass sie nur noch einer Hilfsarbeitertätigkeit nachgehen könne. Die Anwendung vom Anforderungsniveau 4 sei deshalb nicht gerechtfertigt.

Die Beschwerdeführerin bringt vor, dass sie eine allfällige Arbeitssuche auf sämtliche leichten Tätigkeiten, die sie allenfalls in Teilzeit noch ausüben könnte, ausdehnen müsse. Sie könne sich somit nicht nur auf den Gesundheitsbereich beschränken. Die Ausbildung als medizinische kaufmännische Assistentin gehe ins Jahr 1981 zurück und diejenige als Pharmareferentin ins Jahr 1987, weshalb diese Ausbildungen heute nicht mehr verwertbar seien. Anforderungsniveau 3 setze aber Berufs- und Fachkenntnisse in einer bestimmten Tätigkeit voraus. Liege nun der erlernte Beruf mehr als 20 Jahre zurück, so könne nicht mehr davon ausgegangen werden,

dass die einmal erworbenen Kenntnisse und die Berufserfahrung noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt berücksichtigt würden. Die zweifellos vorhandenen medizinischen Kenntnisse könne sie nur im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit gewinnbringend einsetzen. Müsse sie eine unselbständige Tätigkeit suchen, so müsse sie dies im Bereich der allgemeinen Hilfsarbeiten, die keine Berufs- und Fachkenntnisse voraussetzen würden, versuchen. Deshalb habe sich das Invalideneinkommen am Anforderungsniveau 4 zu orientieren.

5.4.3 Die Beschwerdeführerin hat Abitur gemacht und danach mehrere berufliche Ausbildungen absolviert, die alle als leichte angepasste Tätigkeiten bezeichnet werden können (kaufmännische Ausbildung, Pharmareferentin, Kosmetikerin). Sie könnte daher ihre bisherigen erlernten Tätigkeiten, mit Ausnahme der Ayurveda-Therapeutin, weiterhin ausüben und würde über Berufs- und Fachkenntnisse verfügen. Der Beschwerdeführerin steht daher nicht nur das Segment der einfachen und repetitiven Tätigkeiten zur Verfügung, auch wenn die Ausbildungen bereits vor einiger Zeit absolviert worden sind. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer selbständigen Tätigkeit weitere wertvolle Erfahrungen schöpfen konnte, die sie auf dem Arbeitsmarkt verwerten kann und die ihr eine Arbeitstätigkeit auf einem höheren Niveau ermöglichen. Die Tätigkeit als Ayurveda-Therapeutin setzt breite intellektuelle und soziale Fähigkeiten voraus, welche die Beschwerdeführerin durchaus als elementare Berufs- und Fachkenntnisse in anderen Tätigkeiten insbesondere im Gesundheits- oder Sozialbereich einbringen kann. Im Übrigen setzt das Anforderungsniveau 3 nicht qualifiziertes und selbständiges Arbeiten voraus, wie es die bisherige Tätigkeit als selbständige Therapeutin verlangt hat. Aus diesen Gründen erscheint ein Abstellen auf das Anforderungsniveau 3 als sachgerecht.

5.4.4 Im frühestmöglichen Zeitpunkt des Rentenbeginns im Jahr 2006 könnte die Beschwerdeführerin somit ein jährliches Einkommen von Fr. 61'949.50 erzielen. Grundlage dafür bildet die LSE 2006, Tabelle TA1, Privater Sektor, Total, Anforderungsniveau 3 des Arbeitsplatzes, Spalte Frauen, Fr. 4'952.-- monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden. Nach Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft, 11-2013, B9.2) x 12 Monate ergibt sich ein jährliches Einkommen von Fr. 61'949.50 (Fr. 4'952.-- : 40 Std. x 41.7 Std. x 12 Mt.).

5.4.5 Von dem auf diese Weise erhobenen statistischen Wert sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig (BGE 126 V 75 ff.). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (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). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. 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. Rechtsprechungsgemäss ist ein Abzug auf dem Invalideneinkommen insbesondere dann zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

5.4.6 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung von einem leidensbedingten Abzug in der Höhe von 10 % aus. Die Beschwerdeführerin beanstandet, dass ein Abzug von mindestens 15 % angemessen sei. Sie habe erhebliche Leidenseinschränkungen, die sich auch in einer Teilzeiterwerbstätigkeit auswirken würden. Zudem habe sie lange Zeit nicht als Unselbständige gearbeitet, was einen empfindlichen Nachteil auf dem Arbeitsmarkt bedeute. Ausserdem könne sie ihre Tätigkeit aufgrund der Leiden nicht regelmässig ausüben.

5.4.7 In Anbetracht des Umstands, dass der Beschwerdeführerin nur noch leichte Tätigkeiten mit zusätzlichen Einschränkungen zuzumuten sind, dürfte sie im Vergleich mit gesunden Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnmässig benachteiligt sein. Andere Kriterien wie Alter, Teilzeit, Aufenthaltsstatus, Nationalität berechtigen vorliegend jedoch nicht zu einem höheren Abzug. Es ist somit nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin eine weitere Lohneinbusse erleiden könnte. Ein Abzug von 10 % erweist sich daher als angemessen. Gestützt auf das in Erwägung 5.4.4 hiervor ermittelte Jahreseinkommen in der Höhe von Fr. 61'949.50 beträgt der Abzug Fr. 6'194.95. In einem zumutbaren Pensum von 75 % resultiert somit ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 41'815.90 (Fr. 61'949.50 – Fr. 6'194.95 x 0.75).

5.5 Wenn nun dieses Invalideneinkommen von Fr. 41'815.90 dem Valideneinkommen von Fr. 67'852.50 gegenübergestellt wird, ergibt sich ein IV-Grad von 38 %. Bei einem Invaliditätsgrad von unter 40 % hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung vom 4. März 2013, mit welcher die Beschwerdegegnerin – wenn auch gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 37 % – das Leistungsbegehren abgewiesen hat, ist somit im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

6. Es bleibt über die Kosten zu entscheiden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 Satz 2 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 bei diesem 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>