

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00110 vom 29. Oktober 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00110

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00110 du 29 octobre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00110 del 29 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1

SchlB IVG zur 6. IV-Revision ; Urk. 8/59 und Urk. 8/62 S. 4) und stellte ihr mit Vorbescheid vom 14.

August 2012 die Einstellung der bisher ausgerichteten ganzen Invalidenrente in Aussicht (Urk. 8/63). Auf Einwand der Versicherten (Urk. 8/68 und Urk. 8/72) hin veran lasste die IV-Stelle eine bidisziplinäre Untersuchung bei Dr. med.

A.____ , Innere Medizin FMH spez. Rheumaerkrankungen, und Dr. med.

B.____ , Psychi atrie und Psychotherapie FMH, woran sie nach Remonstration der Versicherten (Urk.

8/86) mit Verfügung vom 1

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen , Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsun fähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psy chischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Ein gliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbs möglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsun fähig keit sind aus schliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichti gen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tat sächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidier bar , wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner

Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen SchlB IVG zur 6. IV-Revision werden Renten, die bei pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungsgemäss und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE

140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweisen). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die „erklärbaren“ Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinander gehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht vereinbar mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder Überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsyndromale“)

Gesundheits schädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht , das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2). 1. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Rentenaufhebung erging gestützt auf die Schlussbestimmung zur 6. IV Revision. Die Beschwerdegegnerin führte hierzu aus, laut dem Gutachten von Dr. A.____ vom 6. September 2013 lasse sich nach wie vor kein organisches Korrelat für die geltend gemachten Beschwerden finden. Sie stellte in ihrer rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Dezember 2013 auf die bis vor kurzem geltende Überwindbarkeitsrechtsprechung des Bundesgerichts bei psychosomatischen Leiden ab und erwog, die von Dr. B.____

im Gutachten vom 3. Oktober 2013 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischen Symptomen, stelle keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer dar. Zudem prüfte sie die Foerster-Kriterien und kam zum Schluss, es liege rechtsprechungsgemäss keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes vor (Urk. 2).

In ihrer Stellungnahme vom 14. September 2015 hielt die Beschwerdegegnerin fest, das interdisziplinäre Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____ halte auch einer Ressourcenprüfung gemäss den Indikatoren der neuen Rechtsprechung stand, weshalb sie an ihrem bisherigen Antrag auf Beschwerdeabweisung festhalte (Urk. 14). 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, eine Rentenrevision gestützt auf lit. a Abs. 1 SchlB IVG zur 6. IV-Revision sei vorliegend nicht möglich, da heute wie damals objektivierbare Befunde (etwa an der Lendenwirbelsäule sowie eine Schwerhörigkeit) vorliegen würden (Urk. 1 Ziff.

E. 3

Juni 2013 festhielt (Urk. 8/89). Am 6.

September und 3.

Oktober 2013 ergingen die Expertisen von Dr. A.____

und von Dr. B.____ (Urk. 8/92/ 2 -49 und Urk. 8/94). Nach Rücksprache mit ihrem regionalen ärztlichen Dienst (RAD, Urk. 8/95 S. 5 f.) und dem Rechts dienst (Urk. 8/97) hob die IV-Stelle die bisher ausgerichtete ganze Rente mit Verfügung vom 10.

Dezember 2013 (Urk. 2) auf den ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung auf. 2.

Dagegen liess die Versicherte mit Eingabe vom 27. Januar 2014 (Urk. 1) Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 10. Dezember 2013 sei aufzuheben und es seien ihr weiterhin die bisherigen Rentenleistungen auszurichten. Eventuell sei sie mit Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8a IVG zu unterstützen (S. 2). Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 3. März 2014 (Urk.

E. 3.1

4

Der Hausarzt Dr. med. R.____ , Allgemeine Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 15. Februar 2005 (Urk. 8/14) die folgenden Diagnosen :

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1.

chronische somatoforme Schmerzstörung, therapierefraktär verlaufend, zum Teil von invalidisierendem Charakter, mit 2.

generalisierten muskuloskelettären Beschwerden, im Sinne eines Fibromyalgie syndroms interpretiert 3.

mittlere gradige depressive Episode bei 4.

psychosozialer und persönlicher Überlastungssituation

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 5.

normaler cardiologischer Befund ohne Hinweise für eine cardiovasculäre Ursache der verminderten Belastungsfähigkeit (Dr. G.____ , Klinik S.____ , T.____ 01/02) 6.

unklare Partialinsuffizienz, verminderte CO-Diffusionskapazität unklarer Genese (Dr. F.____ , V.____ 01/02) 7.

diffuse, unklare, neurologisch nicht zuordnungsfähige sensomotorische Störungen (Dr. D.____ , Klinik S.____ , W.____ , 05/01) 8.

Status nach Herpes Zoster Trig . V/1 links 09/02

Er attestierte der Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Laborantin vom 1.

Dezember 2003 bis 9. Januar 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und vom 10.

bis 31.

Januar 2005 eine 75 %ige Arbeitsunfähigkeit sowie seit dem 1. Februar 2005 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres . Er führte zudem aus, es sei damit zu rechnen, dass die Versicherte in ihrem angestammten Beruf als Laborantin allerhöchstens und maximal ein 50%iges Arbeitspensum werde erreichen können ; es sei die Steigerung bis auf zwei bis vier Stunden im Tag geplant . Zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sprach er sich nicht explizit aus. Er machte aber Angaben zum Ausmass der zumutbaren Arbeitsbelastung (S. 1 f.).

E. 3.1.1

Am 4. März 2004 diagnostizierte PD Dr. med. C.____, FMH für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, (Urk. 8/22/11-12) den Verdacht auf funktionelle Beschwerden mit/bei Hyperventilation, generalisierten unspezifischen skelettomuskulären Beschwerden und funktionellen Herz- und Lungenbeschwerden. Er stellte fest, die im Verlauf der letzten Monate durchgeführten konsiliarischen

Abklärungen

in Bezug auf Neurologie (Dr. med. D.____, E.____), Pneumologie (Dr. med. F.____, E.____), Kardiologie (PD Dr. med. G.____) und Rheumatologie (Dr. med. H.____, Spezialärztin FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, und Dr. I.____, Oberärztin an der Rheumaklinik des J.____) hätten alle nach gründlicher Abklärung durchwegs keine strukturellen Defizite beziehungsweise Pathologien feststellen können. Dr. H.____ spreche von unklaren nicht-rheumatologisch zu Zuordnenden Beschwerden am Bewegungsapparat. Dr. I.____

spreche von einem Fibromyalgiesyndrom. Nach gründlicher Erhebung der Anamnese und klinischer Abklärung teile er die Meinung von Dr. H.____, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um funktionelle Beschwerden handle, die rheumatologisch nicht zuzuordnen seien. Es seien zwar Beschwerden im skelettomuskulären Bereich vorhanden – aufgrund der diagnostischen Kriterien entsprächen sie aber weder einer Fibromyalgie noch einem Hyperlaxizitätsyndrom noch sonst einer nosologischen

einteilbaren Erkrankung in

rheumatologischer

Hinsicht. Ob die funktionellen Beschwerden Ausdruck der langen psychosozialen Stresssituation der Beschwerdeführerin seien (Todesfall in der Familie, Scheidung), müsste durch einen psychosomatisch geschulten Arzt abgeklärt werden, damit die funktionellen Beschwerden nicht nur aufgrund einer Ausschlussdiagnose, sondern positiv aufgrund von spezifischen Faktoren diagnostiziert werden könnten. Zu diesem Zweck empfehle er, die Beschwerdeführerin im Medizinischen Zentrum Löwenstrasse anzumelden.

E. 3.1.2

Dr. med. K.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, L.____, gab im Bericht vom 16. April 2004 (Urk.

8/22/5-8) an, es sei sicher, dass die psychosoziale Situation bei den Beschwerden der Beschwerdeführerin vielleicht pathogenetisch nicht eine primär ursächliche, aber dennoch wichtige Rolle spiele. Der Suizid des Bruders sei noch nicht verarbeitet, der Unfall des Ehemannes mit dem Tod eines Dritten habe die Ehefrau in erheblichem Ausmass mitlabilisiert. Hinzu kämen die belastenden psychischen Veränderungen des Ehemannes seit dem Unfall. Psychopathologisch sei von einem leichten depressiven Syndrom auszugehen. Dabei gelte es zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin bereits antidepressiv

behandelt sei und mit grosser Wahrscheinlichkeit die Depression durch die Schmerzen maskiert werde. Man könne annehmen, dass die in grossem Ausmass vorhandenen psychischen Schmerzen im Rahmen eines psychosomatischen Prozesses in somatische Schmerzen umgewandelt würden und so das vorhandene Schmerzsyndrom, welcher

Ätiologie auch immer, verstärkten Mangels eigener Kapazitäten sei der Beschwerdeführerin ein Therapieplatz bei lic. phil. M. ___ vermittelt worden.

E. 3.1.5

Am 15. April 2005 stellte der RAD-Arzt Dr. med. AA. ___ fest, die Aktenlage sei vollständig. Die angestammte Tätigkeit als Laborantin sei gleichzeitig auch als angepasste Tätigkeit zu betrachten. Zurzeit bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 20 %, die auf maximal 50 % gesteigert werden könne. Eine Revision in kurzem Abstand sei angezeigt (Urk. 8/26 S. 1). 4.

In der Folge wurde der Anspruch auf eine ganze Rente mit Mitteilung vom 28.

März 2007 bestätigt (Urk. 8/46). Dabei stützte sich die IV-Stelle auf einen Bericht des Hausarztes Dr. R. ___

vom 17. September 2006 (Urk. 8/43), der einen unveränderten Gesundheitszustand mit gleich gebliebenen Diagnosen erwähnte und anfügte, die Beschwerdeführerin könne ein zeitliches Pensum von zirka 20 % der normalen Arbeitszeit nach freiem Ermessen bei ihrem Arbeitgeber Y. ___ absolvieren.

Dr. BB. ___ gab im Fragebogen für Arbeitgebende der Y. ___ AG vom 12.

März 2007 an, sie würden die Beschäftigung eher als Therapie anschauen, das heisse, sie gebe der Beschwerdeführerin einen Halt (Urk. 8/44). Entsprechend diesen Auskünften lag seit der Rentenzusprache

ein unveränderter Gesundheitszustand und eine unveränderte berufliche Situation vor. 5.1

Vor der Rentenaufhebung holte die Beschwerdegegnerin erneut einen Bericht beim Hausarzt Dr. R. ___ ein. Dieser nannte am 25. Mai 2012 (Urk. 8/57) die bekannten Diagnosen und fügte diesen die Diagnose eines chronisch rezidivierenden

lumbospondylogenen Syndroms mit intermittierendem Lumboradikulärsyndrom links bei rechts mediolateraler bis lateraler Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur L5-Wurzel rechts (ED 11/2001; richtig wohl: 11/2011) an.

Dr.

R. ___ wies auf eine stationäre Behandlung vom 21. November bis 5.

Dezember 2011 in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des CC. ___ sowie einen anschliessenden Rehabilitationsaufenthalt vom 5. bis 23.

Dezember 2011 in der DD. ___ hin. Er machte keine Angaben zu Anamnese und Befund und führte weiter aus, die Versicherte sei seit dem 1.

Februar 2005 als zu 80 %

aus medizinischen Gründen arbeitsunfähig zu bezeichnen. Die jetzige Tätigkeit in einem Teilzeitarbeitsumfang sei ihr aus medizinischer Sicht bis auf weiteres noch zumutbar. Es bestehe dabei eine deutlich geminderte Leistungsfähigkeit. Eine anderweitige behinderungsangepasste Tätigkeit mit einem anderen Belastungsprofil sei der Beschwerdeführerin nicht möglich. 5.2.5.2.1

Im Vorbescheidverfahren liess die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin von Dr. med. A.____

und Dr. med. B.____

begutachten .

Dr. A.____ nannte in ihrem internistisch-rheumatologischen Teilgutachten vom 6. September 2013 (Urk. 8/92/2-49) die folgenden rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 42) : - I umbospondylogenes Syndrom linksbetont bei - leichten bis mässigen degenerativen Veränderungen und - paramedianer Diskushernie L5/S1 rechts mit

Kontakt zur Nervenwurzel L5 rechts ohne Kompression - i m W esentlichen bildgebend seit Jahren stationär (CT 12/2002 , MRI 11/2011 gegen über MRI 08/2013) - o hne radikuläre Zeichen

Dr. A.____ stellte zudem die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Nikotin-Abusus - ausgedehnte chronische Schmerzen - subklinische Hyperthyreose (Erstdiagnose 11/2011), aktueller TSH-Wert (0.015 mU /l) bei normalem T4 frei und T3 frei - arterielle Hypertonie mit medikamentöser Therapie

Dr. A.____ gab an, in der klinischen Untersuchung seien deutliche Diskrepanzen aufgefallen. Die Beurteilung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und der Brustwirbelsäule gelinge wegen kräftiger Gegenspannung nicht. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei bei der direkten Untersuchung deutlich vermindert und normalisiere sich unter Ablenkung. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Die Beschwerdeführerin nehme spontan den Langsitz ein. Dies schliesse eine wesentliche lumbale neurale Kompression aus. Diskrepanz dazu sei, dass sie beim Prüfen des Lasègues rechts bereits bei 40 Prozent und links bei 30 Prozent laut wehgeklagt und keine weitere Prüfung zugelassen habe . Da kein reflektorischer Bewegungswiderstand feststellbar sei, handle es sich keinesfalls um einen pathologischen Lasègue , sondern am ehesten um eine Verdichtungstendenz . Auch bei der Messung der Handkraft habe sicher eine Selbstlimitierung bestanden. Die links gezeigte Handkraft werde in der Regel sogar von Patientinnen mit einer fortgeschrittenen erosiven rheumatoiden Arthritis mit verkrüppelten Händen übertroffen. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Beide Schultergelenke seien bei der direkten Prüfung deutlich eingeschränkt beweglich mit Normalisierung der Beweglichkeit unter Ablenkung. Gelenksergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden. In der Dolorimetrie seien alle 18 Tender Points pathologisch sowie auch alle acht Kontrollpunkte. Dies entspreche einem pathologischen Dolorimetrie -Befund im Sinne einer Schmerzausweitung. Da alle acht Kontrollpunkte pathologisch seien, erfülle die Beschwerdeführerin die aktuell

gültigen ACR-Kriterien für die Diagnose einer Fibromyalgie nicht. Die MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (August 2013) zeige leichte bis mässige degenerative Veränderungen mit einer paramedianen Diskushernie L5/S1 und Kontakt zur Nervenwurzel L5 rechts ohne Kompression. Dieser Befund sei seit der ersten bildgebenden Lendenwirbelsäulenuntersuchung im Dezember 2002 und der Kontrolluntersuchung im November 2011 im Wesentlichen unverändert und keinesfalls gravierend. Da die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden links betont angebe, der bildgebende Befund jedoch rechtsbetont sei, sei es fraglich, ob der bildgebende Befund überhaupt eine Relevanz habe.

Die vorhandenen Befunde erklärten das Ausmass der Beschwerden nicht. Die Beschwerdeführerin könne eine angepasste Tätigkeit zu 100 % beziehungsweise ganztags ausüben (S.

43).

Die angestammte Tätigkeit als Laborantin bei der Y.____ AG könne sie zu 100

% ausüben. Unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung habe nie eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 47). Es sei seit dem Jahr 2005 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Die Diskushernie L5/S1 sei seit 12/2002 bekannt gewesen und habe sich seither bildgebend nicht wesentlich verändert (S. 49). 5.2.2

Im psychiatrischen Gutachten mit interdisziplinärer Zusammenfassung (psychiatrisch und rheumatologisch) vom 3. Oktober 2013 (Urk. 8/94) diagnostizierte Dr. B.____

(S. 9) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) sowie Hyperventilationsattacken (ICD-10 F45.33). Er führte aus, es sei von einer depressiv bedingten 50%igen Arbeitsunfähigkeit seit Ende 2004 auszugehen (S. 10).

Zur Begründung gab Dr. B.____ an, gemäss dem Bericht von Dr. H.____ vom 23. September 2003 habe die Beschwerdeführerin bereits seit dem Jahr 1991 unter diffusen, nicht sicher fassbaren körperlichen Beschwerden, Verspannungen, Parästhesien, krampfartigen Muskelschmerzen, verbunden mit Zittern, Kältegefühl und ziehenden Dyssensationen, dazu vermehrter Müdigkeit und Schlafstörungen gelitten, die allerdings keiner psychischen Störung nach ICD-10 zugeordnet werden könnten und seines Erachtens auf die Störung einer Stressmodulationsfähigkeit bei Doppelbelastung (100%ige Arbeit und Hausfrau Tätigkeit) zurückzuführen gewesen seien. Dazu habe die Beschwerdeführerin sowohl anamnestisch als auch aktenmässig unter wiederholten Hyperventilationsattacken gelitten, die aber ihre Arbeitsfähigkeit nie nachhaltig eingeschränkt hätten. Die zunehmenden emotionalen Belastungen, insbesondere der Selbstmord des Bruders, der die Beschwerdeführerin hätte besuchen sollen und sich in EE.____ das Leben genommen habe, der tragische Unfall des Ehemannes (er habe einen Mann überfahren) sowie weitere mehrfache psychophysische Belastungen hätten bei der Beschwerdeführerin vor zirka zehn Jahren (anamnestisch und aktenmässig) zum Ausbruch einer depressiven Störung geführt. Aufgrund der mittelschweren Einschränkungen ihrer psychokognitiven Funktionen, insbesondere der reduzierten Konzentrationsdauer, der reduzierten geistigen Flexibilität, der reduzierten psychischen Belastbarkeit, der Antriebsstörungen und der verlangsamten Psychomotorik könne bei der Beschwerdeführerin von einer eher mittelschweren depressiven Symptomatik seit dem Jahr 2004 beziehungsweise seit der Rentenzusprache im Jahr 2005 ausgegangen werden (S. 9 f.).

Dr. B.____ führte weiter aus, die Beschwerdeführerin arbeite stundenweise in ihrem Beruf als medizinische Laborantin. Diese Tätigkeit könne sie teilweise routinemässig ausführen. Es bestehe am jetzigen Arbeitsplatz auch die Möglichkeit einer selbständigen Arbeitseinteilung. Die gegenwärtige Tätigkeit sei damit als adaptiert zu betrachten (S. 11). 6.6.1

Vorliegend ist zunächst festzuhalten, dass keine Besserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist, die eine Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG rechtfertigen würde.

Von dieser Ausgangslage gehen auch die Parteien aus (Urk. 1

Ziff. 35 und Urk. 2) . Die Gutachter kamen zum Schluss, aus psy chiatrisher Sicht könne von einer anhaltenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit seit Ende 2004 ausgegangen werden. Aus rheumatol ogischer Sicht sei die Beschwer de führerin unter Berücksichtigung der neusten Rechtsprechung (gemeint ist offen sichtlich die mit BGE 130 V 352 begründete Überwindbar keits recht sprechung) nie über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen (Urk. 8/94 S. 12). 6 .2

Bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache waren sich die vom Hausarzt Dr.

R. ___ hinzugezogenen Experten einig, dass die Beschwerden der Patientin grössten teils nicht erklärbar seien (vgl. E. 3 , Urk. 8/ 22/13-15 sowie Urk.

8/ 22/ 16 19) . Den bereits damals bildgebend dokumentierten leichten dege nerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Diskushernie (vgl.

Urk. 8/22/ 16-17 und Urk. 8/22/13-15 S. 3) massen die Ärzte in Bezug auf das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin keine besondere Bedeutung zu.

Aus der medizinischen Aktenlage vor Erl ass der Rentenverfügung erhellt , dass die Rentenzusprache

in erster Linie aufgrund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes , nämlich aufgrund d er

unklaren nicht-rheumatologisch zuzuordnenden Beschwerden am Bewegungsapparat erfolgte .

Zudem wurden damals depressive Episoden mittelschweren Ausmasses diagno sti ziert . 6 .3

Da die Rentenzusprache

nach Lage der damaligen medizinischen Akten in erster Linie auf den unerklärbaren Schmerzen fusste, sind die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit von lit . a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision erfüllt. Auf eine Ver besserung des Gesundheitszustandes kommt es dabei nicht an (vgl. E. 1. 3).

Die Ausschlusskriterien gemäss Abs. 4 (Erreichen des 55. Altersjahres im Zeit punkt des Inkrafttretens der Änderung oder Bezug einer Rente seit mehr als 15

Jahren im Zeitpunkt der Überprüfung) dieser Bestimmung sind vorliegend nicht gegeben und die Überprüfung der Rente erfolgte innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012. Folglich ist lit . a Abs. 1 der SchlB IVG zur 6. IV-Revision anwendbar und eine Herabsetzung oder Auf hebung der Rente der Beschwerdeführerin ist grundsätzlich möglich, auch wenn die Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Zu prü fen bleibt, ob auch im Revisionszeitpunkt ein unklares Beschwer debild vorlag. 6 .4

Dabei kann auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. A. ___ und Dr. B. ___ abgestellt werden, das

die Anfor der ungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 1. 4) erfüllt . Es ist für die strittige Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und dessen Aus wirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie dem Verlauf

seit Rentenbeginn umfassend, beruht auf fachärztlichen Untersuchungen in den massgebenden Disziplinen, berücksichtigt die relevanten Vorakten wie auch die geklagten Beschwerden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Verhältnisse und in der Begründung der Schlussfolgerungen ein. Aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Sachverständigen entscheidungswesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt hätten oder nicht lege artis vorgegangen wären.

6.5.6.5.1

Die Gutachter diagnostizierten zwar keine Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache oder ein vergleichbares psychosomatisches Leiden. Die Diagnose einer Fibromyalgie (vgl. der Einwand in Urk. 1 Ziff. 24) verneinten sie

wegen Schmerzangaben auch bei sämtlichen Kontrollpunkten; sie war im Übrigen schon bei der Rentenzusprache strittig. Die Gutachterin Dr. A. ___ schilderte allerdings im Wesentlichen dasselbe klinische Bild, wie es sich auch in den medizinischen Akten im Zeitpunkt der Rentenzusprache präsentierte. Für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen von Kopf bis Fuss

(Urk. 8/92/2-49 S. 43) konnte keine adäquate organische Ursache gefunden werden, wobei Dr. A. ___ darüber hinaus angesichts der festgestellten Diskrepanzen und Selbstlimitierung von einer Verdeutlichungstendenz und Schmerz ausweitung ausging.

Keine Zweifel an der Beweiswertigkeit des Gutachtens ergeben sich daraus, dass in der Q. ___ Anfang Dezember 2012 deutliche Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule festgestellt wurden, während Dr. A. ___ im September 2013 von einer

namentlich unter Ablenkung

altersentsprechend guten Beweglichkeit ausging (vgl. Urk. 1 Ziff. 23). Eine ausreichende organische Erklärung für die Schmerzen fanden auch die Ärzte der Q. ___ nicht. Vielmehr stellten sie fest, die objektiven Befunde würden auf einen diffusen Schmerz im Sinne einer Chronifizierung hinweisen (Urk. 8/77/1-8 S. 2).

Anzu merken bleibt, dass die Gutachterin zwar auf den Grundsatz hinwies, dass bei Rückenfunktionseinschränkungen längeres Verharren in vorgeneigter Haltung

ob stehend oder sitzend - zu vermeiden sei (Urk. 8/92/2-49 S. 46). Dies lässt allerdings den Schluss, die Tätigkeit im Labor mit Arbeiten am Mikroskop und Blutentnahmen sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zu 100 % zumutbar, nicht zu (vgl. Einwand in Urk. 1 Ziff. 22). Es ist dem Gutachten nicht zu entnehmen, weshalb gelegentliches vornübergeneigtes Sitzen nicht möglich sein soll. Im Übrigen hob die Arbeitgeberin im Fragebogen hervor, die Arbeit der Beschwerdeführerin sei namentlich durch permanente Bewegungsänderungen (sitzen, gehen, stehen; Urk. 8/23/5) geprägt, was als geradezu optimal rücken angepasst gelten kann. 6.5.2

Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht unlängst von der Rechtsprechung, wonach die somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutungsweise mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet (E. 6): An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG -

ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Die Standardindikatoren umschreibt das Bundesgericht in massgebenden Leitentscheid BGE 141 V 281 wie folgt: Kategorie „funktioneller Schweregrad“ Komplex „Gesundheitsschädigung“ Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz Komorbiditäten Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) Komplex „sozialer Kontext“ Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens)

Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen Behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck

Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen. 6.5 .3

Zunächst ist festzuhalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinn gemässiger Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beige gezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). 6. 5.4

Vorliegend erhellt aus dem Gutachten und den übrigen medizinischen Akten hinreichend, dass die weitgehend unerklärbaren Schmerzen an sich keine invalidenversicherungsrechtlich

erhebliche Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen.

Die Gesundheitsschädigung, ihr funktioneller Schweregrad sowie die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde wiegen nicht schwer.

So gab etwa bereits Dr.

C. ___ im Bericht vom 4. März 2004 an, dass die im Verlauf der letzten Monate durchgeführten konsiliarischen Abklärungen in Bezug auf Neurologie, Pneumologie, Kardiologie und Rheumatologie durchwegs keine strukturellen Defizite beziehungsweise

Pathologien ergeben hätten. Er konnte einzig unklare rheumatologisch nicht zuzuordnen Beschwerden am Bewegungsapparat feststellen (vgl. 3.1.1). An diesem klinischen Bild hat sich im Wesentlichen nichts geändert, wobei Dr. A.____ zudem Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz und Inkonsistenzen fand. Was die degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit paramedianer Diskushernie L5/S1 und Kontakt zur Nervenwurzel L5 rechts ohne Kompression betrifft, kam Dr.

A.____ zum Schluss, dieser Befund sei seit den bildgebenden Untersuchungen in den Jahren 12/2002 und 11/2011 im Wesentlichen unverändert und keineswegs gravierend. Zudem sei fraglich, ob dieser bildgebende Befund angesichts der linksbetont angegebenen Beschwerden überhaupt relevant sei. Schmerzmittel waren im Blut nur unterhalb des therapeutischen Bereichs nachweisbar (vgl. 8/92/2-49 S. 47). Die subklinische Hyperthyreose sowie arterielle Hypertonie schränken die Arbeitsfähigkeit nicht erheblich ein. Den von der Beschwerdeführerin erwähnten Verständigungsschwierigkeiten am Arbeitsplatz wegen Schwerhörigkeit (vgl. Urk. 1 Ziff. 18) wurde mit der Abgabe von zwei Hörgeräten begegnet (vgl. Mitteilung vom 7. August 2012, Urk. 8/61).

Die Beschwerdeführerin verfügt sodann über erhebliche persönliche und soziale Ressourcen, weil im Juli 2013 während drei Wochen in FF.____ in den Ferien (Urk. 8/92/2-49 S. 34), nimmt auf eigene Initiative Kuraufenthalte in ihrem Heimatland in Angriff (vgl. Urk. 8/57 S. 2), geht einmal pro Woche ins GG.____ und weist einen geregelten Tagesablauf auf (Urk. 8/92/2-49 S. 34). Prämorbid psychische Probleme mit Krankheitswert, inklusive einer Persönlichkeitsstörung, bestanden keine (Urk. 8/94 S. 9). Zudem haben die Schmerzen auch nach Einschätzung des Hausarztes nur phasenweise und zum Teil einen erheblich einschränkenden Charakter (vgl. E. 5.1). In der Mal- und Gestaltungstherapie der Q.____ konnte die Beschwerdeführerin

mit den Schmerzen doch recht gut umgehen und sich damit arrangieren (Urk. 8/77 /

S. 6). Insgesamt bleibt die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit allein aufgrund der Schmerzen nach den genannten Kriterien unbewiesen, weshalb die Renten Anpassung gestützt auf lit.

a Abs. 1 der SchlB IVG 6. IV Revision als rechtens erscheint.

Die Eingliederungsmassnahmen samt Weiteausrichtung der ganzen Rente gemäss lit. a Abs. 3 der SchlB IVG 6. IV-Revision bilden Gegenstand eines separaten Entscheides (Urk. 2 S. 4). 7.

E. 7

) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 4. März 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Am 19. Juni 2015

erstattete die Beschwerdeführerin mit Bezugnahme auf den neuen Leitentscheid des Bundesgerichts betreffend psychosomatische Leiden und rentenbegründende Invalidität (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015, veröffentlicht in der amtlichen Sammlung als BGE 141 V 281

) erneut eine Eingabe samt Beilage (Urk.

E. 7.1

Der psychiatrische Gutachter

diagnostizierte indes eine

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischen Symptomen. Er nannte als

Hauptursache der gesundheitlichen Störung die depressive Entwicklung. Diese Diagnose begründete er einleuchtend und sie wird

auch durch die früheren Berichte und Mutmassungen der behandelnden Ärzte zum Beschwerdebild der Beschwerdeführerin

gestützt. Schon in den damaligen Berichten gab es Hinweise, wonach auch die Schmerzen ihren Ursprung in der Depression haben könnten anstatt umgekehrt (vgl. E. 3.1.1, Urk. 8/22/13-15 sowie die weiteren in E.

3 wiedergegebenen Berichte). Gestützt auf das Gutachten von Dr. B.____ kann nicht davon ausgegangen werden, die depressive Entwicklung sei bloss Begleiterscheinung der Schmerzstörung und habe invalidenversicherungsrechtlich

keine eigenständige Bedeutung. 7. 2

Mittelgradige

depressive Störungen sind praxisgemäss nicht an sich ungeeignet, einen Rentenanspruch zu begründen (vgl. etwa Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SJZ 04/2015 S.

308-322).

Dass es sich bei der Beschwerdeführerin nicht um ein vorübergehendes Leiden handelt(e) machen die aktenkundigen Arztberichte und die Ausführungen des Gutachters Dr.

B.____

deutlich, der davon ausging, dass die Beschwerdeführerin seit 2005 an der

rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischen Symptomen

leide und deswegen seither zu 50% in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Vorliegend kann auch nicht auf den allgemeinen Grundsatz abgestellt werden, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis medizinisch anhebbar

sind (vgl. Rahel Sager, a.a.O S.

137 f. mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung), da der psychiatrische Gutachter dies in Bezug auf die Krankheitsentwicklung und -dauer

bei der Beschwerdeführerin ausdrücklich und nachvollziehbar in Frage stellt. Dr.

B.____ führte in diesem Zusammenhang aus, die fehlende konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe zu einer Teilchronifizierung der depressiven Störung beziehungsweise Entwicklung geführt. Bei jahrelang fehlender fachgerechter psychiatrischer Behandlung der depressiven Störung und bei bereits aufgetretener Rezidivierung der depressiver Störung könne er sich über die weitere Prognose der Arbeitsfähigkeit mit bestem Wissen und Gewissen nicht äussern (Urk. 8/94 S.

10) .

Nicht angezeigt scheint es bei dieser Sachlage aber auch, die invalidisierende Wirkung der Depression deshalb zu verneinen, weil die Therapieoptionen aus psychiatrischer Sicht bei der Beschwerdeführerin

nicht ausgeschöpft worden sind . Dr.

B.____ empfahl dringend eine fachgerechte psychiatrische Behandlung, etwa eine intensive ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive fachgerechter antidepressiver Therapie sowie eine regelmässige intensive Gesprächspsychotherapie und fügte an, bei fehlenden Therapieerfolgen sollte eine stationäre psychiatrische Behandlung vorgenommen werden. Er meinte, erst nach Durchführung dieser Behandlungsmassnahmen könne etwas über die weitere Prognose beziehungsweise über die Möglichkeit der weiteren Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gesagt werden (Urk. 8/94 S. 10). Eine entsprechende Schadenminderungspflicht wurde der Beschwerdeführerin bisher nicht auferlegt , obwohl bereits in den bei der Rentenzusprache vorhandenen Berichten eine psychiatrische Behandlung als zwingend notwendig erachtet wurde . Gestützt auf das Gutachten wurde dies nun auch vom RAD empfohlen (vgl. Urk. 8/95 S.

5) . Wenn das Fehlen von Therapien aber nach Jahr und Tag zu einer Teilchronifizierung der depressiven Entwicklung führte , kann dies nicht mit dem Hinweis auf die bisher ungenügenden Behandlungsmassnahmen wieder verneint werden. Massgebend ist allein, ob die bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Defizite aus objektiver Sicht eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit begründen (vgl. Art. 6 und 7 Abs. 2 ATSG), was mit der im Gutachten erhobenen Befundlage, wonach eine mittelschwere Einschränkung in den psychokognitiven Funktionen bestehe, insbesondere eine reduzierte Konzentrationsdauer , eine reduzierte geistige Flexibilität, eine reduzierte psychische Belastbarkeit sowie eine Antriebsstörung und eine verlangsamte Psychomotorik, erstellt ist. 7 . 3

Für die vorliegende Fragestellung nicht entscheidend ist der von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht der Klinik HH.____ (Urk. 11) , der am 2. Juni 2015 und damit eineinhalb Jahre nach der angefochtenen Verfügung verfasst wurde, und zur Arbeitsfähigkeit auch nicht grundsätzlich Stellung nimmt.

Anzufügen bleibt, dass sich die

Auffassung des Hausarztes, wonach die Beschwerdeführerin seit Februar 2005 zu 80 % arbeitsunfähig sei, in erheblichem Mass auf die Schmerzdiagnosen, die wie ausgeführt keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen , stützte . Es kommt hinzu , dass es die unterschiedliche

Natur von Behandlungsauftrag des Hausarztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170

E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- (oder Gerichtsgutachten) stets in Frage zu stellen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_642/2011 vom 14. Februar 2012 E. 5.2 mit Hinweisen) , zumal es wie erwähnt keine Anzeichen dafür gibt, dass

Dr. B.____ und Dr.

A. ___ nicht de lege artis vorgeworfen wären oder wesentliche Aspekte ausser Acht gelassen hätte n .

E. 7.4

Nach dem Gesagten besteht kein Anlass , von der Einschätzung der

Gutachter abzuweichen . Anzumerken bleibt, dass die Berichte des langjährigen Arbeitgebers (Urk. 8/44 und Urk. 8/71) , der die Beschwerdeführerin in etwa einem 20% Pensum (seiner Ansicht nach auch aus therapeutischen Gründen) weiterbeschäftigt , ebenfalls keinen Anlass zur Annahme geben , dass in Anwendung eines objektiven Massstabes keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bestehe .

Die Beschwerdeführerin ist nach dem Gesagten sowohl in der bisherigen als auch in anderen angepassten Tätigkeiten zu 50 % arbeitsunfähig. 8 .

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG 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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen) , in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. 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, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs ; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin entspricht dem Einkommen einer medizinischen Laborantin. Da diese angestammte Tätigkeit gleichzeitig auch eine angepasste Tätigkeit darstellt , kann ein sogenannter Prozentvergleich vorgenommen werden. Die Beschwerdeführerin ist somit zu 50 % invalid und hat Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 9 .1

Die Kosten sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 9 .2

Die Beschwerdeführerin hat gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung , die unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'800.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 10.

Dezember 2013 (Urk. 2) aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2014 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Rainer Deecke -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen - SwissLife, Postfach, 8022 Zürich sowie an: - Gerichtskasse (im
Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub-Oertli

E. 10

und Urk. 11). Die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin hierzu erging am 14. September 2015 (Urk. 14) und wurde der Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 17. September 2015 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 15

ff.). Sie bestritt die Beweiswertigkeit des Gutachtens von Dr. A.____ und Dr. B.____ (Urk. 1 Ziff.

E. 20

ff.). Mit Eingabe vom 19. Juni 2015 machte die Beschwerdeführerin zudem geltend, die angefochtene Verfügung sei angesichts der mit BGE 14 I V 281 geänderten Rechtsprechung ohne Weiteres aufzuheben (Urk. 10). 3.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.