

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01070 vom 26. April 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-04-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01070](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01070)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01070 du 26 avril 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01070 del 26 aprile 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1965 geborene

X.\_\_\_\_ war vom 1. April 2008 bis am 30. November 2008 bei der Y.\_\_\_\_ AG angestellt (vgl. Arbeitszeugnis vom 10. Februar 2009, Urk. 7/19/1). Vom 1. Dezember 2008 bis 28. Februar 2009 arbeitete sie bei der Z.\_\_\_\_

AG (Arbeitgeberbescheinigung vom 4. Juni 2010, Urk. 7/8). Ab 1. März 2009 bezog X.\_\_\_\_

Taggelder der Arbeitslosenversicherung (Bericht der Unia Arbeitslosenkasse vom 11. Juni 2010, Urk. 7/11). Am 31. Mai 2010 (Eingangsdatum gemäss Aktenverzeichnis) meldete sich X.\_\_\_\_ bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Die IV-Stelle nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, in deren Rahmen sie unter anderem bei der Begutachtungsstelle A.\_\_\_\_ ein internistisch-rheumatologisches Gutachten einholte (Gutachten vom 14. November 2011, Urk. 7/38). Mit Vorbescheid vom 5. März 2012 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 7/48). Nachdem X.\_\_\_\_ dagegen Einwand erhoben hatte (Einwand vom 22. März 2012, Urk. 7/52, und vom 14. Mai 2012, Urk. 7/59), gab die IV-Stelle bei der A.\_\_\_\_ ein weiteres interdisziplinäres Gutachten in Auftrag, diesmal in den Fachdisziplinen Rheumatologie und Psychiatrie. Die A.\_\_\_\_ erstattete dieses am 1. November 2012 (Urk. 7/81). Mit Verfügungen vom 2. August (Urk. 7/9

### **E. 4**

) und vom 12. August 2013 (Urk. 7/10

#### **E. 4.1**

Im Nachgang zum Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. Oktober

2014 (Urk. 7/122) sind insbesondere die folgenden Berichte aktenkundig:

#### **E. 4.2**

). Die B.\_\_\_\_-Gutachter konnten den Verdacht eines HIV-assoziierten neurokognitiven Defizits in der Folge aber nicht bestätigen (vgl. E. 4.8). In Anbetracht dessen, dass die Ärzte der Klinik für Neurologie des D.\_\_\_\_ lediglich eine Verdachtsdiagnose stellten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_855/2009 vom 3. März 2010 E. 2.4 und 8C\_953/2010 vom 29. April 2011 E. 5.3) und die B.\_\_\_\_-Gutachter umfangreiche neuropsychologische Tests durchführten (vgl. Urk. 7/150/44-48), vermag der Bericht der Ärzte der Klinik für Neurologie die Einschätzung der B.\_\_\_\_-Gutachter ebenfalls nicht in Frage zu stellen. 5.7

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auch nach August 2012 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit ausgegangen ist und ihr, da sich das zumutbare Arbeitsprofil im Wesentlichen nicht verändert hat (vgl. E.

3, Urk. 7/81/29 und E.

#### **E. 4.3**

Die Beschwerdeführerin wurde vom 25. September 2013 bis 30. April 2014 in der Tagesklinik der E.\_\_\_\_ behandelt. Mit Austrittsbericht vom 30. April 2014 (Urk. 7/133/11-13) nannten die behandelnden Ärzte als psychiatrische Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0)

Die Beschwerdeführerin leide unter diversen körperlichen und psychischen Einschränkungen, die in einer grossen Komplexität miteinander interagierten. Im Verlauf der Behandlung sei es zu einer leichten Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen. In den letzten Wochen habe die Beschwerdeführerin aber wieder verstärkt unter verschiedenen körperlichen Beschwerden wie Gelenkschmerzen, Übelkeit und Schwindel gelitten. Die Beschwerdeführerin verlasse die Tagesklinik auf eigenen Wunsch. Die intensive Therapie an der Tagesklinik sei eine zu grosse zusätzliche Belastung, die Beschwerdeführerin müsse sich aktuell zuerst wieder körperlich stabilisieren.

#### **E. 4.4**

Die Ärzte der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des D.\_\_\_\_ erklärten mit Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 26. Februar 2015 (Urk. 7/131), seit ihrem letzten Bericht vom August 2012 seien bezüglich HIV-Infektion keine wesentlichen Veränderungen eingetreten. Seit ihrem letzten Bericht habe sich jedoch die depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin deutlich verschlechtert. Im Vordergrund der depressiven Störung bestünden eine Antriebsstörung und eine hoffnungslose Grundstimmung. Es lägen zudem neuropsychologische Defizite vor, welche zum Teil organisch bedingt sein dürften. Wie derholte neuropsychologische Abklärungen und MRI-Untersuchungen, zuletzt 2014, hätten Befunde erbracht, welche mit einer HIV-assoziierten Enzephalopathie vereinbar seien. Ebenfalls nicht gebessert hätten sich die rheumatologischen Beschwerden. Die Beschwerden seien teilweise klar in Gelenken festgelegt. Es liessen sich sonographisch

Synovitiden nachweisen. Zum Teil bestehe auch ein eher uncharakteristisches, fibromyalgieartiges Beschwerdebild. Es seien verschiedene rheumatologische Therapieversuche unternommen worden, welche allerdings mässig erfolgreich gewesen seien. Die Prognose betreffend neue Morbidität und Mortalität der HIV-Infektion sei mit der aktuell erfolgreichen antiviralen Therapie nicht ungünstig. Die Arbeitsunfähigkeit sei nicht hauptsächlich infektiologisch bedingt. Unter Berücksichtigung der rheumatologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen erscheine eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aber plausibel. Die Beeinträchtigungen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hätten sich seit dem Bericht vom Juli 2010 nicht verändert und am höchsten im Ausmass verschlechtert. 4.5

Dr. C.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 7. April

2013 (richtig wohl: 2015 ; Urk. 7/133/1-5 ) als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung leichten bis mittleren Grades (ICD-10 F33.1) mit rasch wechselnde r Symptomatik und Angstsymptomen (bestehen d vermutlich seit etwa 2008) - Panikstörung (paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0; bestehe nd sicher seit 2013)

Im Bereich ihrer angestammten Tätigkeit in der Montage medizinischer Präzisionsinstrumente sei die Arbeitsunfähigkeit mit Sicherheit 100 % (Kombination feinmotorischer Einschränkungen und psychische Schwankungen). Der Anteil der psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sei mit 50 bis 70 % zu veranschlagen. Der Beginn lasse sich aus seiner Perspektive nicht mit Sicherheit festlegen, die Arbeitsunfähigkeit bestehe in diesem Ausmass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ohne Zweifel seit Therapiebeginn bei ihm (12. März 2013) , mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bereits seit einigen Monaten zuvor. Aufgrund von Vorberichten müsse der Beginn der Reduktion der Arbeitsfähigkeit aber weit vordatiert werden, wobei sich das Ausmass von ihm nicht beurteilen lasse. Bei der vorliegenden Polymorbidität lasse sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit nicht fachspezifisch präzise beurteilen. Durch die Interaktion der Beschwerden könne aber bis auf Weiteres von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. 4 .

#### **E. 4.8**

; vgl. auch Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. Oktober 2014 E. 5, Urk. 7/122 ) , auch über November 2012 eine halbe Invalidenrente ausgerichtet. 6 .

Die Beschwerde erweist sich demzufolge als unbegründet und ist abzuweisen. 7 .

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger- Wyttenbach - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. 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 Der Gerichtsschreiber Hurst Wyler

#### **E. 6**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, erklärte mit Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 28. April 2015 ( Urk. 7/136 ), im Vergleich zu November 2012 zeige sich aus rein rheumatologischer Sicht ein etwa unverändertes, leicht progredientes Beschwerdebild mit unveränderten Diagnosen. Vor allem die Spondyl o arthritidis sei in den letzten Monaten wie der vermehrt aktiv geworden. Der zwischenzeitliche Verlauf sei charakterisiert von einer passageren Besserung der entzündlichen Schmerzkomponente unter der TNF-Hemmer-Behandlung. Diese Behandlung habe sistiert werden können. Dabei sei es jedoch wieder zu vermehrter Aktivität gekommen und es sei ein Wiederbeginn der Behandlung geplant. Im Übrigen hätten sich die Beschwerden von Seiten der Fingerpolyarthrose ebenfalls etwas akzentuiert. Es persistierten zudem immer wieder Beschwerden von Seiten der Epicondyl o pathia

humeri

ulnaris rechts. Im Übrigen habe sich der Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin leicht verschlechtert. 4.7

Die Ärzte der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des D.\_\_\_\_ erklärten mit Bericht vom 29. Oktober 2015 ( Urk. 3/4 ) unter anderem, nach wie vor bestehe eine Fatiguesymptomatik, welche wahrscheinlich multifaktoriell bedingt sei. Wegen der depressiven Störung, der fatiguesymptomatik sowie wegen des Schmerzsyndroms sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig. 4.

#### **E. 8**

Mit Gutachten vom 14. Dezember 2015 (Urk. 7/150)

hielten die Gutachter des B.\_\_\_\_ fest ( Urk. 7/150/51 -52 ), von Seiten des HIV-Infektes scheine die Situation relativ stabil zu sein. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Konzentrationsstörungen hätten sie auch anlässlich der neuropsychologischen Untersuchungen nicht verifizieren können. Die Beschwerdeführerin habe durch durchschnittliche Resultate ohne eindeutigen Hinweis auf eine Konzentrationsstörung erreicht. Sämtliche diesbezüglichen Tests hätten im Normbereich gelegen. Von Seiten des Morbus Menière sei die Beschwerdeführerin nach der Operation weitgehend beschwerdefrei. Sie sei allerdings nahezu vollständig taub auf

dem linken Ohr. Hinsichtlich der Allergie sei die Beschwerdeführerin weitestgehend ebenfalls beschwerdefrei. Es hätten keine asthmatischen Beschwerden bestanden. Im Rahmen sämtlicher dieser internistischen Diagnosen sei der Zustand seit 2012 stabil.

Im Bereich des Bewegungsapparates bestehe eine Beschwerdesymptomatik seit etwa 2009 mit Schmerzen im Bereich der Hände und der Finger-Region beidseits, der Ellbogen, der Schulterregion sowie der Knie- und Sprunggelenke. Im Jahr 2011 hätten sonographisch Arthrosynovitiden im Handbereich beidseits festgestellt werden können. Bei anhaltender Beschwerdesymptomatik im Sinne von Arthrosynovitiden im Bereich der Hände und

Sprunggelenke rechts betont sei im Jahr 2012 über etwa drei Monate eine Basistherapie mit Enbrel durchgeführt worden, wodurch gemäss Aktenlage eine Remission erreicht worden sei. In der Folge sei bis Frühjahr 2015 keine Rheumabasistherapie mehr durchgeführt worden. Von April bis September 2015 sei wie der eine Therapie mit Enbrel erfolgt. Gemäss Angabe der Beschwerdeführerin sei damit jedoch keine Remission der Gelenkbeschwerden erreicht worden. Im Vordergrund stünden morgenbetonte Schmerzen im Handbereich. Im Bereich der Kniegelenke und im Bereich der Fusssohlen bestünden Schmerzen vor allem beim Gehen. Aktuell zeigten sich klinisch keine Hinweise auf eine Arthrosynovitis. Man finde jedoch das Bild einer Fasziiitis

plantaris beidseits und

periartikuläre Befunde an den Ellbogen beidseits linksbetont und im Bereich des Schultergürtels. Im Abschnitt des Achsenskelettes (LWS) bestehe eine Situation mit chronischem tendomyotisch-betontem zervikovertebralem

Syndrom und lumbovertebralem Syndrom ohne Hinweise auf radikuläre

Reiz- oder Ausfallphänomene (vgl. Urk. 7/150/32). In den bisher durchgeführten bildgebenden Untersuchungen mit MRI LWS im Juni 2012 habe sich eine mögliche Romanus-Läsion im Sinne einer abgelaufenen entzündlichen Affektion im Rahmen einer undifferenzierten, wahrscheinlich HIV-assoziierten Spondyloarthritis gezeigt. In den Nativ-Röntgenbildern der Hände und Füsse seien keine erosiven Veränderungen festgestellt worden. Weiterhin zeigten sich weichteilrheumatische Beschwerden an den Ellbogen beidseits, linksbetont. Es

fänden sich zudem Hinweise auf ein mögliches Karpaltunnelsyndrom beidseits mit differentialdiagnostischer Erwägung einer Neuropathie bei HIV-Infektion. Im Weiteren lägen Hinweise auf ein Raynaud-Syndrom und eine partielle Sicca-Symptomatik vor. Klinische Anzeichen für das Vorliegen einer Dermatomyositis, Myositis oder Psoriasis fehlten. Es lägen chronifizierte Myalgien vor, diese seien möglicherweise im Zusammenhang mit der laufenden antiretroviralen Therapie zu interpretieren. Weiterhin fehlten Hinweise für Vaskulitisherde.

Die psychisch eigentlich stabile, intelligente und ressourcenreiche Beschwerdeführerin sei durch eine Kombination von Erkrankung, psychosozialen Problemen und strukturellen Schwierigkeiten durch Firmenschliessungen in ihrer Existenz so massiv belastet worden, dass sie im Jahr 2012 nach einem vermutlichen Suizidversuch per fürsorgliche Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert worden sei. Die Beschwerdeführerin habe ausser einer mittelschweren depressiven Symptomatik auch eine ausgeprägte iatrogene Benzodiazepinabhängigkeit gezeigt, die sicherlich die psychische Befindlichkeit der Beschwerdeführerin weiter verschlechtert habe. Durch die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. C. \_\_\_\_, der sowohl eine Reduktion der Benzodiazepine wie auch die Etablierung einer antidepressiven Medikation veranlasst habe, habe sich der psychische Zustand im Vergleich zum Jahr 2012 markant stabilisiert. Auch heute finde sich jedoch noch eine mittelschwere depressive Symptomatik. Aufgrund der raschen Ermüdbarkeit, dem erhöhten Erholungsbedürfnis, der Antriebsminderung und der Schmerzsymptomatik

erachteten

die Gutachter die psychische Belastbarkeit der Beschwerdeführerin als zu 50 % reduziert. Sie hielten fest, diese Einschätzung decke sich mit der Einschätzung des behandelnden Psychiaters, liege jedoch etwas unterhalb der Einschätzung des A.\_\_\_\_-Gutachtens von 2012 und der Beurteilung durch die Psychiatrische Universitätsklinik, ebenfalls im Jahr 2012. Hierbei handle es sich nicht um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sondern um eine unterschiedliche Einschätzung der Belastbarkeit der Beschwerdeführerin.

Eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mit vor allem manueller feinmotorischer Anforderung sei nicht mehr gegeben. Dies gelte auch für eine Tätigkeit im Reinigungsdienst, welche einer mittelschweren bis schweren Tätigkeit entspreche. In einer adaptierten Tätigkeit erachteten

die Gutachter die Beschwerdeführerin als zu 50 % arbeitsfähig. Diese Arbeitsfähigkeit sei sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht und auch in Kombination dieser beiden Teilaspekte gegeben. Nicht mehr möglich seien Tätigkeiten auf Gerüsten und Leitern und Tätigkeiten, die höhere Anforderungen an das Gehör stellen. Zu fordern wäre eine leichte Tätigkeit ohne längere Gehstrecken und nicht in engen Räumen (Klaustrophobie). Es sei dabei auch zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin bereits ein solches Pensum zu Haus im Haushalt absolviere, das heisst mit dem Haushalt und der Pflege ihres Gatten und ihres Schwiegervaters. Besonders sei zudem darauf hinzuweisen, dass eine Tätigkeit der Beschwerdeführerin auch von

psychischer Seite eine gewisse Struktur und Halt geben würde, und dies durchaus auch therapeutisch sinnvoll wäre (Urk. 7/150/54-55) . 4 .

## **E. 9**

Dr. C.\_\_\_\_ nahm am 6. März 2016 zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zum B.\_\_\_\_-Gutachten dahingehend Stellung (Urk. 7/159), als er das Gutachten als sehr umfassend und vollständig erachte, mit Ausnahme der fehlenden Berücksichtigung der ausgeprägten Schwankungen der Intensität zentraler gesundheitlicher Parameter im Verlauf. Im August 2013 habe die Beschwerdeführerin eine akute Krise mit somatischer und psychiatrischer Hospitalisation mittels Fürsorgerischer Unterbringung im Anschluss an eine Tablettenintoxikation entwickelt. Seither zeigt es sich massive Schwankungen im Verlauf hinsichtlich der Schmerzsymptomatik, der depressiven Stimmungslage sowie der Angst- und Panikphasen. Diese Instabilität sei bei Therapiebeginn bei ihm im März 2013 nicht vorhanden gewesen und sei aus der Aktenlage für die Zeit davor auch nicht auszumachen. Gegenüber 2012 müsse demzufolge von einer Verschlechterung ausgegangen werden, die sich 2014 auf einem tieferen Niveau stabilisiert und seither leicht verbessert habe. Im B.\_\_\_\_-Gutachten heisse es hingegen, der psychische Zustand der Beschwerdeführerin habe sich seit 2012 markant stabilisiert, was für ihn nicht nachvollziehbar sei.

Aufgrund des wechselhaften Verlaufes in Kombination mit einer raschen und ausgeprägten Ermüdbarkeit wegen der rheumatisch bedingten Schmerzen könne er die Einschätzung der B.\_\_\_\_-Gutachter betreffend Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zwischen Therapiebeginn bei ihm im April 2013 und heute weder nachvollziehen noch teilen. Er erachte die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit 2013 bis heute in der psychischen und somatischen Kombination als erheblich reduziert mit einer Veranschlagung von 60 bis 80 %, wovon die psychische Komponente alleine 50 bis 70 % ausmachen dürfte. Eine genauere Differenzierung vorzunehmen wäre sehr willkürlich. Die

Beschwerdeführerin sei stunden- oder halbtagesweise aus gesprochen leistungsfähig, was es ihr ermögliche, flexibel Hausarbeit und Betreuung von Verwandten vorzunehmen, was aber bedingte, dass keine genaue zeitliche Planung notwendig sei. 4 .

#### **E. 10**

Am 31. Mai 2016 nahmen die B.\_\_\_\_-Gutachter zu den Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ Stellung (Urk. 7/165) und führten dabei als Gründe, weshalb sie im Verlauf eine Besserung des psychischen Zustandes insbesondere im Vergleich zum Jahr 2012 festgestellt hatten, an: Der massiv reduzierte Benzodiazepin-Konsum von einer damaligen Dosis von bis zu 15mg pro Tag habe auf eine gelegentliche Einnahme von 1mg pro Tag gesenkt werden können. Dies und dessen Folgen stellten in ihren Augen eine markante Verbesserung des Gesundheitszustandes dar. Ein weiteres Indiz sei die Verringerung der Frequenz der Panikattacken, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die erfolgreiche Psychotherapie und die oben erwähnte Reduktion der Benzodiazepine zurückzuführen sei. Zudem stelle auch die reduzierte depressive Stimmungslage mit Rückgang der Suizidalität und des Lebensüberdrusses aus ihrer Sicht eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes dar. Schliesslich könne auch die fehlende Notwendigkeit erneuter stationärer oder teilstationärer Aufenthalte als ein Hinweis auf eine Verbesserung des psychischen Zustandes gewertet werden. 5 . 5 .1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtene n Entscheid vom 22. August 2016 (Urk. 2) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab August 2012, das heisst nach Vornahme der Untersuchungen der A.\_\_\_\_-Gutachter, nicht wesentlich verändert habe und sie weiterhin in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei und Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe. Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei im Wesentlichen auf das B.\_\_\_\_-Gutachten vom 14. Dezember 2015 (vgl. E. 4 .8). 5 .2

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien

gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E.

3 b/ bb ). Vorliegend bestehen keine Indizien, welche gegen die Beweistauglichkeit des B.\_\_\_\_-Gutachtens vom 14. Dezember 2015

sprechen würden. Vielmehr erfüllt das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, welche an beweistaugliche medizinische Gutachten gestellt werden (vgl. BGE 125 V 351 E.

3a ).

Wie die Beschwerdeführerin zutreffend einwendete (Urk. 1 S.

12), weist keiner der an der Begutachtung mitwirkenden Ärzte spezielle Fachkenntnisse bezüglich Infektionskrankheiten auf. Vorliegend besteht je doch kein Anlass, aufgrund des Fehlens einer spezialärztlichen infektiologischen Untersuchung die Beweistauglichkeit des B.\_\_\_\_-Gutachtens in Frage zu stellen. So geht aus den Berichten der Ärzte der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des D.\_\_\_\_ klar hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit August 2012, das heisst seit ihrem Bericht vom 30. August 2012 (Urk. 7/77), welcher bei der Begutachtung durch die A.\_\_\_\_-Gutachter Berücksichtigung fand (vgl. Urk. 7/81/3), bezüglich HIV-Infektion nicht wesentlich verändert hat (E.

4.4). Die Ärzte der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des D.\_\_\_\_ führten lediglich Veränderungen des Gesundheitszustandes betreffend die ( Folge-)Erkrankungen aus den Bereichen Psychiatrie und

Rheumatologie an, hinsichtlich welcher spezialärztliche Begutachtungen durchgeführt wurden. In Anbetracht dessen, dass das hiesige Gericht mit Urteil vom 31. Oktober 2014 ( Urk. 7/122) den infektiologischen Gesundheitszustand als rechtsgenügend abgeklärt erachtete und seither keine Veränderung eingetreten ist, ist nicht zu beanstanden, dass die Gutachter, welche letztverantwortlich für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage sind (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3), keine spezialärztliche infektiologische Abklärung durchführten.

Entgegen des Vorbringens der Beschwerdeführerin ( Urk. 1 S.

11) berücksichtigen die Gutachter sehr wohl die Auswirkungen der von der Beschwerdeführerin geklagten Fatigue. Die Gutachter ordneten die entsprechenden Symptome jedoch dem psychischen Gesundheitszustand zu und hielten entsprechend auch aufgrund der raschen Ermüdbarkeit und dem erhöhten Erholungsbedürfnis eine reduzierte Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht fest (vgl. E. 4.8).

Hinsichtlich der geltend gemachten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ( Urk. 1 S. 10) gilt es zu beachten, dass die B.\_\_\_\_-Gutachter zwar gesamtmedizinisch wie das hiesige Gericht im Urteil vom 31.

Oktober 2014 ( Urk. 7/122), welches im Wesentlichen auf der Beurteilung der A.\_\_\_\_-Gutachter vom 1. November 2012 ( Urk. 7/81) beruhte, bis August 2012 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgingen (vgl. E. 4.8, E. 3 und Urk. 7/81/6). Aus rein psychiatrischer Sicht hielten die B.\_\_\_\_-Gutachter jedoch eine 50%ige Einschränkung fest (E. 4.8), während die A.\_\_\_\_-Gutachter eine 30%ige Einschränkung attestiert hatten ( Urk. 7/81/7-8). Ob die Einschätzung der B.\_\_\_\_-Gutachter - wie diese festhielten - in einer anderen Beurteilung oder einer Verschlechterung gegenüber der vormaligen Beurteilung durch die A.\_\_\_\_-Gutachter gründet, ist vorliegend ohne Belang. Fest steht jedenfalls, dass die B.\_\_\_\_-Gutachter den Beschwerden der Beschwerdeführerin mit einer höheren Einschränkung aus psychiatrischer Sicht hinreichend Rechnung getragen haben. Dass diese Einschätzung keinen Einfluss auf die gesamtmedizinische Arbeitsfähigkeit zeitigt, kann den B.\_\_\_\_-Gutachtern selbstredend nicht zum Vorwurf gereichen. Offen bleiben kann, welche Ursache zur Hospitalisation der Beschwerdeführerin im August 2013 geführt hatte

( vgl. Urk. 1 S. 12 und Urk. 7/165/1 ). Da sich der Zustand der Beschwerdeführerin nach Eintritt in die Klinik unmittelbar besserte und einer leichten depressiven Symptomatik entsprach ( Urk. 7/120/6 und Austrittsbericht der G.\_\_\_\_-vom 27. August 2013, Urk. 7/113/5-6), steht nämlich unabhängig der konkreten Ursache fest, dass die zur Hospitalisation führende Ursache nicht eine an dauernde Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zur Folge hatte. 5.3

Dr. C.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 7. April 2015 aus rein psychiatrischer Sicht eine 50- bis 70%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (E. 4.5). Die von den B.\_\_\_\_-Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht von 50 % liegt somit innerhalb des von Dr. C.\_\_\_\_ festgehaltenen Rahmens. Unter Berücksichtigung, dass es bei der Würdigung der Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ auch der

Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen gilt, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc) und in Anbetracht der Verschiedenheit

von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4) besteht gestützt auf den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 7. April 2015 kein Anlass, die psychiatrische Einschätzung der B.\_\_\_\_-Gutachter in Frage zu stellen. Gleiches gilt für die von Dr. C.\_\_\_\_ gesamtmedizinisch attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ist es Dr. C.\_\_\_\_ als Psychiater doch nicht im gleichen Ausmass

wie den begutachtenden Fachärzten möglich, die somatischen Einschränkungen zu beurteilen.

In seiner Stellungnahme vom 6. März 2016 (E. 4.9) hielt Dr. C.\_\_\_\_ zwar erhebliche Schwankungen des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin fest, attestierte aus rein psychiatrischer Sicht jedoch unverändert eine 50- bis 70%ige Arbeitsunfähigkeit. Dr. C.\_\_\_\_ führte im Weiteren eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber 2012 an, welche sich ab Sommer 2013 manifestiert habe (Urk. 7/159/3). Hierbei gilt es zu beachten, dass Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 7. April 2015 erklärt habe, die attestierte 50- bis 70%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe ohne Zweifel seit Therapiebeginn bei ihm am 12. März 2013, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit seit einigen Monaten zuvor (Urk. 7/133/3). Damit ging

Dr. C.\_\_\_\_

mit Bericht vom 7. April 2015 davon aus, dass bereits vor Sommer 2013 im gleichen Umfang eine Arbeitsunfähigkeit bestand. Eine länger dauernde, wesentliche Verschlechterung ab Sommer 2013 ist daher gestützt auf die Berichte von Dr. C.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar. 5.4

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ machten in ihrem Bericht vom 30. April 2014 (E. 4.3) keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Aus dem Bericht gehen zudem keine Angaben hervor, welche einer grundsätzlichen 50%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht entgegenstehen würden. Selbst bei Eintritt in die Klinik am 25. September 2013 war mit Ausnahme einer leicht gedrückten Stimmung, einer verminderten Schwingungsfähigkeit, teilweiser Nervosität und vermindertem Antrieb der psychische Befund unauffällig. So waren insbesondere Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit sowie semantisches und biographisches Gedächtnis unauffällig (vgl. Urk. 7/133/12). 5.5

Dr. F.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 28. April

2015 fest, dass das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht etwa unverändert, leicht progredient sei (E. 4.6). Auch wenn sich die Beschwerden von Seiten der Fingerpolyarthrose etwas akzentuiert haben und immer wieder Beschwerden von Seiten der Epicondylopathia

humeri

ulnaris rechts persistieren, kann hieraus nicht eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu August 2012 abgeleitet werden. So ist die angeführte Veränderung hinsichtlich der Fingerpolyarthrose – wenn überhaupt – von geringem

Ausmass (vgl. auch den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 8. August 2012, Urk. 7/59/5-6) und geht aus dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ hervor, dass es durch die am 31. August 2012 (vgl. Urk. 7/79/2) begonnene TNF-Hemmer-Behandlung zu einer Besserung der entzündlichen Schmerzkomponente gekommen ist. Hinsichtlich der gesamtmedizinischen Beurteilung, bezüglich welcher Dr. F.\_\_\_\_ eine leichte Verschlechterung angeführt hat, kann die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ diejenige der Gutachter von vorn herein nicht in Frage stellen, erklärt er doch selber, zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin keine Stellung nehmen zu können (vgl. E. 4.6). 5.6

Die Ärzte der Klinik für Neurologie des D.\_\_\_\_

hielten mit Bericht vom 28. April 2014 einen Verdacht auf ein HIV-assoziiertes mildes neurokognitives Defizit fest, wobei sie ausdrücklich auf eine Überlagerung durch die depressive Verstimmung sowie die Schmerzsymptomatik hinwiesen (E.

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