

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00059 vom 31. Januar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00059

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00059 du 31 janvier 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00059 del 31 gennaio 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 197

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da vorliegend ein bereits vor dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch strittig ist, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 1.3

).

Damit hat die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit grundsätzlich in einem strukturierten Beweisverfahren zu erfolgen. Eine Indikatorenprüfung fällt auch dann nicht automatisch und unbesehen der konkreten Umstände ausser Betracht, wenn nach ärztlicher Beurteilung ein Leiden als solches die Arbeitsfähigkeit nicht in relevanter Weise beeinträchtigt

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.1). 4. 6 4. 6 .1

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 4. 6 . 2

Die psychiatrische Beurteilung erfolgte in Berücksichtigung dieser Rechtsprechung und die begutachtende Psychiaterin setzte sich mit den genannten Indikatoren auseinander. So hielt sie zum Schweregrad fest, klinisch-phänomenologisch sei kein depressives Syndrom festzustellen und werde von der Beschwerdeführerin auch nicht beklagt (E. 3.2.2). Die Beschwerdeführerin äusserte explizit, dass sie nicht von einer psychischen Genese ihrer Beschwerden ausgehe (Urk. 8/86/34). Die von der Beschwerdeführerin beklagte Müdigkeit ordnete die psychiatrische Gutachterin nicht im Rahmen eines affektiven Geschehens ein, was aufgrund des weitgehend unauffälligen Psychostatus plausibel ist (vgl. E. 3.2.2). Weiter beurteilte die Gutachterin die vorliegenden Symptome nicht als anhaltend oder schwer (E. 3.2.2). Im Rahmen der Begutachtung berichtete die Beschwerdeführerin denn auch von unterschiedlich auftretenden und ausgeprägten Schmerzen. Diese seien teilweise sehr diskret, sodass sie sie ignorieren könne (Urk. 8/86/33). Insofern erscheinen

die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht besonders ausgeprägt. Ebenso wurden die funktionellen Einschränkungen im Alltag nicht als derart einschneidend beschrieben, dass von einer besonderen Ausprägung ausgegangen werden könnte. So erledigt die Beschwerdeführerin Tätigkeiten im Haushalt oder ihre administrativen Angelegenheiten, geht einkaufen, kocht, spielt PC-Spiele und schaut TV-Serien oder Videos auf YouTube an (Urk. 8/86/36). Somit ist vorliegend von einem eher geringen Schweregrad der Gesundheitsschädigung auszugehen. Darauf weist auch der Therapieverlauf. Diesbezüglich stellte die psychiatrische Gutachterin zutreffend fest, dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben einmal pro Monat bei Dr. J. ___ in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei, einmal pro Monat telefoniere sie mit ihm. Ausserdem nehme sie mehr oder weniger wöchentlich an Video-Konferenzen mit der Ergotherapeutin sowie der Psychologin teil. Eine psychopharmakologische Behandlung lehne sie hingegen ab und die Lichttherapie-Lampe benutze sie nicht mehr, da sie nach verbranntem Plastik rieche (Urk. 8/86/36). Von der Gutachterin wurde berücksichtigt, dass bislang durch die etablierte Behandlung keine relevante Verbesserung eingetreten ist (Urk. 8/86/38). Von einem Scheitern der Therapie kann – insbesondere mit Blick auf das wenig intensive Setting

– trotzdem nicht gesprochen werden. Überdies gab die Beschwerdeführerin an, dass die Psychotherapie hilfreich sei, da sie jammern könne (Urk. 8/86/36). Auf eine besondere Schwere der psychischen Gesundheitsstörung kann vor diesem Hintergrund nicht geschlossen werden. Vorliegend bestehen körperliche Begleiterkrankungen (Adipositas per magna sowie ein unspezifisches zervikal und lumbal betontes paravertebrales Schmerzsyndrom). Die Beschwerdeführerin gab auch an, dass sich die Schmerzen und die Müdigkeit manchmal gegenseitig verstärken würden (Urk. 8/86/33). Die körperlichen Schmerzen wurden seitens der begutachtenden Psychiaterin denn auch im Rahmen der Diagnose der Neurasthenie berücksichtigt. Ebenso wurde die Adipositas per magna mit ihren Folgebeschwerden als zusätzliche Belastung aufgeführt (Urk. 8/86/39), wobei betreffend das massive Übergewicht keine spezifische Behandlung erfolge

respektive die Behandlung bei der Ernährungsberaterin von der Beschwerdeführerin pausiert wurde (Urk. 8/86/34, Urk. 8/86/38). Individuelle Belastungsfaktoren nannte die psychiatrische Gutachterin keine. Soweit die Beschwerdeführerin auf die Stellungnahme des Sanatoriums L. ___ und die darin notierten falschen Sachverhaltserhebungen – insbesondere die zusätzliche Belastung durch die 1995 geborene Tochter, die an einem ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom) leide und auf die Hilfe der Beschwerdeführerin angewiesen sei – verwies (Urk. 1 S. 13, Urk. 8/116), ist darauf hinzuweisen, dass im Gutachten berücksichtigt wurde, dass die Tochter der Beschwerdeführerin an einem ADS und verschiedenen Phobien leide und Schwierigkeiten gehabt habe, eine Lehrstelle zu finden, was vorübergehend belastend gewesen sei (Urk. 8/86/32 f.).

Entgegen den Ausführungen in der Stellungnahme des Sanatoriums L. ___ hat die Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration mehrfach erwähnt, dass sie im Haushalt von ihrer Tochter unterstützt werde (Urk. 8/86/27, Urk. 8/86/36, Urk. 8/86/45), was sich überdies auch aus dem Sprechstundenbericht des B. ___ ergibt. Demnach werde die Beschwerdeführerin von ihren Kindern beim Einkauf oder der Wäsche unterstützt (Urk. 8/115 ; vgl. im Übrigen auch ihre Angaben anlässlich des Standortgesprächs vom 5. Juni 2020, Urk. 8/18/3). Persönlichkeitsfaktoren, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden, konnte die Gutachterin eben falls keine feststellen (Urk. 8/86/38).

Ferner verfügt die Beschwerdeführerin über eine normale Intelligenz sowie gute sprachliche Fähigkeiten und ist in der Schweiz gut integriert. Wesentliche ressourcenhemmende Faktoren fanden sich demnach nicht.

Die sozialen Aktivitäten sind zwar eingeschränkt, im Rahmen der Begutachtung hatte die Beschwerdeführerin indessen angegeben, Kontakte zu Familienmitgliedern und Menschen in ihrer Nachbarschaft zu pflegen (Urk. 8/86/34 f.). Damit zeigt sich eine ungebrochene Fähigkeit, verlässliche soziale Beziehungen zu pflegen, was auf erhaltene Ressourcen schliessen lässt. Insgesamt enthält der soziale Lebenskontext (Komplex «sozialer Kontext»); vgl. BGE 141 V 281 E.

4.3.3) genügend Ressourcen, auf die die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann, und ergeben sich aus den im Gutachten geschilderten Tagesabläufen keine umfassenden Einschränkungen in allen Lebensbereichen. Die begutachtende Psychiaterin hielt vielmehr fest, dass die von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben zum Tagesablauf und den Aktivitäten

auf keine relevanten psychiatrisch bedingten Auffälligkeiten hin weisen würden.

Ferner

ergaben sich auch keine Hinweise für Inkonsistenzen (Urk. 8/86/39). 4.6.3

Bei gesamthafter Betrachtung der massgeblichen Indikatoren kann daher der gutachterlichen Beurteilung gefolgt werden, wonach die Beschwerdeführerin psychiatrisch in ihrer Funktionsfähigkeit nicht zusätzlich eingeschränkt ist, aus gesamtmedizinischer Sicht für körperlich leichte bis nur selten mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten jedoch im Umfang von 30 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. 5.5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2

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, 128 V 29 E. 1). 5.3.5.3.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit

Hinweis). 5.3.2 Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) 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 verbliebene 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 (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/ aa) .

Ist die Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich, können für die Bestimmung des Invalideneinkommens nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstruktur erhebungen (LSE) herangezogen werden (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E.

2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3.

Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). 5.4 5.4.1

Das Valideneinkommen ist anhand des am Spital Y.____ in einem vollen Pensum erzielbaren Einkommens zu bemessen. Nach Angaben der Arbeitgeberin im Arbeitgeberfragebogen vom 14. Januar 2021 (Urk. 8/37) hatte die Beschwerdeführerin im Jahre 2020 einen Grundlohn von Fr. 92'736.-- (inklusive 13.

Monatslohn) erzielt. Bei der Bestimmung des zuletzt erzielten Einkommens sind sämtliche Erwerbseinkommen, mithin auch Nebeneinkünfte und regelmässig geleistete Überstunden oder Einkommenszusätze, zu berücksichtigen (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2020, N 51 zu Art. 16 ATSG). Dementsprechend sind die regelmässig erzielten Schichtzulagen in der Höhe von Fr. 4'245.80 (im Jahr 2020) hinzuzurechnen (Urk. 8/37/17) . Damit ist das Valideneinkommen

mit Fr. 96'981.80 zu beziffern und nicht wie von der Beschwerdegegnerin ursprünglich berechnet mit Fr. 92'736.-- . 5.4.2

Zur Bemessung des Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin das standardisierte monatliche Durchschnittseinkommen über alle Kompetenzbereiche von Fr. 5'651.-- (Total, Frauen) gemäss LSE 2018 heran (Urk. 8/94).

Die angefochtene Verfügung datiert vom 4. Januar 2023 (Urk. 2), weshalb die zu diesem Zeitpunkt aktuellste veröffentlichte Tabelle der LSE 2020 (publiziert am 22. August 2022) zur Anwendung zu gelangen hat (vgl. E. 5.3.2 vorstehend) . Ausserdem ist der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau nicht mehr zumutbar (vgl. E. 4.1) . Mit Blick auf ihre gesundheitlichen Beschwerden und insbesondere die Tatsache, dass sie bei Tätigkeiten, die Zwangshaltungen oder das Heben und Tragen von schweren Lasten erfordern würden, limitiert ist (vgl. Urk. 8/86/51 f.), kommt auch eine andere Tätigkeit mit pflegerischen Anteilen (beispielsweise Spitex) nicht mehr in Frage.

Andererseits wären der Beschwerdeführerin administrative Tätigkeiten in diesem Berufsfeld zuzumuten. Diesbezüglich fehlt ihr je doch die Berufserfahrung.

In anderen Berufszweigen verfügt sie über keine Fachkenntnisse. Die Beschwerdeführerin kann entsprechend die in ihrer Berufslaufbahn erlernten Fähigkeiten und Kenntnisse nicht auf höherem Anforderungsniveau in anderen Berufen mit praktischen Tätigkeiten einsetzen.

Wenn die Beschwerdegegnerin nun aufgrund der Fachkompetenzen der Beschwerdeführerin im Pflegebereich auf den Totalwert der Tabelle TA1_tirage_skill_level über alle Kompetenzbereiche und über alle Wirtschaftszweige abstellt, sind darin auch komplexe praktische Tätigkeiten, die ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen sowie Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entschuldigungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen, mit umfasst. Dass die Beschwerdeführerin in einer Verweistätigkeit ihre Kenntnisse im Pflegebereich über alle vier Niveaus nutzen kann, ist nicht ausgewiesen und davon ist angesichts ihrer beruflichen Laufbahn nicht auszugehen. Damit rechtfertigt sich für die Festlegung des Invalideneinkommens der Rückgriff auf den Durchschnittslohn über alle Kompetenzniveaus nicht; vielmehr ist auf den Durchschnittslohn im Kompetenzniveau 2 (Fr. 5'046.--) abzustellen. 5.4.3

Demzufolge ist das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 5'046.--

unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2020 von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, U 4) auf ein Jahreseinkommen von Fr. 44'187.80 (70%-Pensum) hochzurechnen (Fr. 5'046.-- x 12 : 40 x 41,7 x 0.7). Das anzurechnende hypothetische Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 44'187.80

und nicht wie von der IV-Stelle ursprünglich berechnet Fr. 50'430.50. 5.4.4

Wird das Invalideneinkommen für das Jahr 2020 von Fr. 96'981.80.-- (vgl. 5.4. 1) dem Invalideneinkommen für das Jahr 2020 gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 52'794.-- oder ein Invaliditätsgrad von gerundet 54 % .

Da die Beschwerdeführerin gleichzeitig jedenfalls seit Oktober 2019 in ihrer angestammten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsunfähig war, wird der notwendige Durchschnitt während des Wartejahres erfüllt (vgl. E. 1. 4). Damit erwarb die Beschwerdeführerin am 1. November 2020 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung.

Die angefochtene Verfügung ist mithin, in teilweiser

Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde, aufzuheben, wobei festzustellen ist , dass die Beschwerdeführerin ab 1. November 2020 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Ausgangsgemäss steht der obsiegenden Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das

Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streit wert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist. 6.3

Rechtsanwalt M.A. HSG in Law Matthias Fricker

machte mit Honorarnote vom 28. Juni 202 3

einen Aufwand , sowohl von ihm persönlich als auch von Rechts anwalt Füllemann , von total 6.6 Stunden à Fr. 300.-- und 10 Stunden à Fr.

450.- - sowie Barauslagen von Fr. 194.40

und damit eine Entschädigung von insgesamt Fr. 7'188.30 (inkl. MWSt) geltend (Urk. 1 1/1-2). Dies ist der Bedeutung der Streit sache und der Schwierigkeit des Prozesses , insbesondere vor dem Hinter grund, dass das vorliegende Verfahren von der Untersuchungsmaxime geprägt ist, nicht angemessen. Namentlich erscheint ein Aufwand von

E. 2

3. November 2020 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht aufgenommen werden würde n (Urk. 8/30). In der Folge veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch das Z.____ , über welche am 1 8. Februar 2022

(Urk. 8/86) sowie ergänzend am 2 3. Februar 2022 (Urk. 8/91) berichtet wurde. Gestützt darauf und ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 46 % stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 1 2. Mai 2022 ab 1. No vember 2020 eine Viertelsrente in Aussicht (Urk. 8/98). Hiergegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 1 3. Juni 2022 (Urk. 8/110) sowie ergän zend am

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2023 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, medizinische Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin seit Oktober 2019 die Ausübung ihre r bisherigen Tätigkeit als Pflegefachfrau nicht mehr möglich sei. Aus medizinischer Sicht sei die Ausübung einer körperlich leichten, nur selten mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit an einem ergonomisch eingerichteten Arbeitsplatz bei ganztägiger Ausübung und einer Leistung von 70 % möglich und zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 46 %, weshalb ab 1. November 2020 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung bestehe.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 30. Ja nuar 2023 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, auf das Z.____ -Gutachten könne nicht abgestellt werden . Das von den behandelnden Ärzten diagnostizierte chronische Erschöpfungssyndrom werde im Gutachten als Neurasthenie behan delt . Dass es sich dabei, wie von den Gutachtern festgehalten, um ähnliche Diagnosen handle respektive diese nebeneinander verwendet werden würden, treffe nicht zu. Die Symptomatik bei einer Neurasthenie könne sehr variabel sein und eine Neuras thenie ohne Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei denkbar. Für die Diagnose des chronischen Er schöpfungssyndroms müsse hingegen die Schwere der Symp tome zu einer beträchtlichen Verminderung des Akti vi tät s niveaus (im Durchschnitt 50 % oder weniger) des Erkrankten führen. Mithin habe diese Diagnose

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Spezialisten der Sprechstunde Müdigkeit seien qualifiziert, die Diagnose eines chronischen Erschöpfungssyndroms zu stellen. Diesbezüglich sei das Z.____-Gutachten falsch, insbesondere im Punkt «ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit». Somit sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis dato noch nicht rechtsgenügend abgeklärt. Weiter sei kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden und die Sachverhaltsfeststellung für die Erhebung der Standardindikatoren sei unvollständig bzw. falsch. Entsprechend sei die Sache zur Durchführung eines korrekten, weiteren Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2023 (Urk. 2) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.____

vom 6.

Januar 2022 ab. Darin werden die bis zur Begutachtung der Beschwerdeführerin aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 8/86/16 ff.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen. 3.2 3.2.1

Gegenüber Prof. Dr. med. A.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, beklagte die Beschwerdeführerin vor allem eine ausgeprägte Müdigkeit und eine Schmerzsymptomatik am ganzen Körper. Sie leide trotz der Müdigkeit unter Ein- und Durchschlafstörungen. Ferner berichtete die Beschwerdeführerin von einer anstrengungsabhängigen Atemnot, sehr häufigem Wasserlösens und einer Urininkontinenz (Urk. 8/86/25 f.). Prof. Dr. A.____ führte aus, betreffend die Schmerzsymptomatik werde auf das rheumatologische Teilgutachten verwiesen. Ein Schlafapnoe-Syndrom sei durch die Pneumologie des Universitätsspitals B.____ ausgeschlossen worden. Die Beschwerdeführerin führe die erhöhte Müdigkeit auf ein chronisches

Fatigue-Syndrom zurück. In Belgrad seien erhöhte Titer für EBV IgG und HHV IgG festgestellt worden, ohne dass sich die Beschwerdeführerin jedoch ganz klar an symptomatische Infektionen erinnern könne. Eine Assoziation dieser beiden Erreger mit einem chronischen

Fatigue-Syndrom werde in der Literatur kontrovers diskutiert. Viel eher liege bei der Beschwerdeführerin eine Neurosen vor, die gemäss aktueller psychiatrischer Begutachtung die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht einschränke. Die beklagte Müdigkeit sei anlässlich der Exploration nicht zu spüren gewesen. Die Beschwerdeführerin habe vielmehr einen viften und engagierten Eindruck hinterlassen. Trotzdem sei die ursprüngliche Tätigkeit als Pflegefachfrau mit zum Teil körperlich schweren Tätigkeitsanteilen bei der ausgeprägten Adipositas mit einem BMI von 53 kg/m² nicht mehr möglich. In einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit bestehe hingegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/86/28 ff.). 3.2.2

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration bei Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie sich aufgrund ihrer Müdigkeit und sekundär auch wegen der Schmerzen nicht mehr vorstellen könne, als Pflegefachfrau zu arbeiten (Urk. 8/86/35). Dr. C.____ konstatierte, die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert und bewusstseinsklar, angemessen gekleidet, gepflegt und von stark übergewichtiger Statur. Die Stimme und das Sprechverhalten seien unauffällig, der

Blickkontakt werde gesucht und gehalten. Mimik und Gestik seien unauffällig, das Kontaktverhalten offen und freundlich. Während der Exploration sei kein Schmerzerleben erkennbar gewesen. Die Beschwerdeführerin sei vor und nach der Begutachtung zügig vom Stuhl aufgestanden. Die Konzentration habe für die Dauer des 80-minütigen Gesprächs problemlos aufrechterhalten werden können. Hinweise für Störungen der Auffassung, der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses gebe es keine. Die unpräzisen Angaben seien bei sonstigem Fehlen mnestischer Auffälligkeiten nicht auf Gedächtnisstörungen zurückzuführen. Formalgedanklich sei sie klar und kohärent, dem Gesprächsverlauf habe sie ohne Probleme folgen können. Hinweise für psychotisches Erleben wie Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Ebenso seien keine Befürchtungen, Zwangsgedanken oder -handlungen erkennbar. Die Gutachterin stellte keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Die von der Beschwerdeführerin als Hauptbeschwerde beklagte Müdigkeit sei unspezifisch. Schmerzen lägen zwar vor, seien jedoch weder anhaltend noch schwer oder quälend.

Klinisch-phänomenologisch könne kein depressives Syndrom festgestellt werden. Entsprechende Beschwerden würden auch nicht beklagt werden. Die beklagte Müdigkeit und die Schmerzen seien nicht im Rahmen eines affektiven Geschehens einzuschätzen. Aufgrund der beklagten Beschwerden mit Schwäche und Erschöpfung nach nur geringen Anstrengungen, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen, zudem Auftreten von unter anderem Schwindelgefühlen, sei diagnostisch vom Vorliegen einer Neurasthenie auszugehen. Die Diagnosekriterien nach ICD-10 hierfür seien erfüllt. So habe die Beschwerdeführerin über eine gestiegene Ermüdbarkeit und körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringen Anstrengungen, Muskelschmerzen und -beschwerden sowie Schwindelgefühle geklagt. Die vorliegenden autonomen oder depressiven Symptome seien jedoch nicht anhaltend oder schwer genug, um die Kriterien für eine der spezifischen Störungen in dieser Klassifikation zu erfüllen. Die behandelnde Psychologin habe die Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung gestellt, was nicht bestätigt werden könne. Hierfür müsste ein andauernder, schwerer oder quälender Schmerz, der in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftritt, vorliegen. Dies könne bei der Beschwerdeführerin nicht festgestellt werden (Urk. 8/86/37 f.). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/86/39). 3.2.3

Der rheumatologische Gutachter

Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie, konstatierte, die Beschwerdeführerin klage über seit Jahren unverändert chronische, mehr oder weniger 24 Stunden anhaltende multilokuläre Beschwerden am ganzen Körper unterschiedlicher Intensität und eine, vor allem in den letzten Jahren, zunehmende Müdigkeit und sehr rasche Leistungsintoleranz, sodass sie sich subjektiv auch für ganz einfache alltägliche Verrichtungen energiemässig massiv eingeschränkt erachte. Für die Beschwerdeführerin stehe es ausser Frage, dass sie aufgrund der beklagten Beschwerden an einem Chronic Fatigue Syndrom leide. Dr. D.____

führte aus, ein effektiver Nachweis für das Vorliegen einer relevanten objektivierbaren Pathoanatomie am Bewegungsapparat respektive einer entzündlich-rheumatischen Systemerkrankung habe, trotz ausführlicher Abklärungen der Klinik E.____ in F.____, zu keinem Zeitpunkt belegt werden können. Dementsprechend hätten die Rheumatologen der Klinik E.____ die Diagnose eines chronifizierten generalisierten Schmerzsyndroms, differentialdiagnostisch Fibromyalgiesyndrom, postuliert. Hinweise für eine das chronische Müdigkeitssyndrom auslösende entzündliche Grunderkrankung würden ebenfalls nicht

vorliegen. Dr. D.____ hielt fest, die Beschwerde führerin präsentiere sich im klinischen Status in einem äusserts adipösen Ernährungszustand (Adipositas Grad III nach WHO). Die segmentale Bewegungsprüfung am Achsenskelett habe insgesamt nur eine geringfügige Einschränkung der lumbalen Bewegungsfähigkeit, durchaus korrelierend mit den radiomorphologischen Befunden von 2019, ergeben. Die bildgebenden Befunde vom November 2019 hätten nur sehr geringe degenerative diskopathische Veränderungen und nur geringe bilaterale Spondylarthrosen im Segment LWK 4/5 ergeben. Diese Veränderungen seien sicherlich nicht geeignet, die anhaltend chronifizierten Schmerzen lumbal und am Beckengürtel pathoanatomisch zu erklären. Die Bildgebung habe bereits im November 2019 eine nach kaudal progrediente, fettige Atrophie der rückenstabilisierenden Muskulatur gezeigt. Im Rahmen der erheblichen muskulären Dekonditionierung und der konsekutiven muskulären Abschwächung seien die beklagten Beschwerden primär myogen lotisch reaktiv zu erklären und nicht auf der Basis einer relevanten degenerativ-mechanischen Pathologie. Weitere Auffälligkeiten am Gelenkstatus gebe es keine. Auch der kursorisch-neurologische Status habe keinerlei Hinweise für zervikale oder lumbale sensomotorische Defizite ergeben. Die chronische Müdigkeit und ausgeprägte Leistungsintoleranz könne aus rheumatologischer Sicht nicht nachvollzogen werden (Urk. 8/86/49 f.). Die Symptomatik werde durch eine erhebliche Adipositas per magna mit einem BMI von 53

kg/m² und einer konsekutiv erheblichen allgemeinen muskulären Dekonditionierung betreffend die abdominellen, rücken-, gesäss- sowie kniestabilisierenden Muskelgruppen sicherlich ungünstig beeinflusst. Aus Sicht des Gutachters sei die Tätigkeit als Pflegefachfrau in einer Akutklinik nicht vorstellbar. Grundsätzlich bestehe für jegliche körperlich regelmässige mittelschwer oder gar schwer belastende berufliche Tätigkeit keine verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der freien Wirtschaft. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Zur Gewährung von gewissen Arbeitspausen sei von einer um 30% reduzierten Leistungsfähigkeit auszugehen (Urk. 8/86/51 f.). 3.2.4

Die Beschwerdeführerin beklagte auch im Rahmen der neurologischen Exploration bei Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, primär die Müdigkeit und Erschöpfung sowie ein generalisiertes Schmerzsyndrom. Der neurologische Gutachter konstatierte, bezüglich der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden gebe es keine Anhaltspunkte für eine organisch-neurologische Erkrankung oder für eine möglicherweise die Schmerzen miterklärende Polyneuropathie, periphere Kompressionssyndrome oder eine zentrale Erkrankung. Dr. G.____ verwies auf die Einschätzung der Neurologin Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie FMH, auf welche vollumfänglich abgestellt werden könne (vgl. hierzu auch Urk. 8/36/23 f.). Es ergebe sich keinen Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkende neurologische Erkrankung. Die Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie sich kaum in der Lage fühle, für sich selbst zu sorgen, und die sich keine Tätigkeit mehr vorstellen könne

(vgl. Urk.

8/86/56), seien nicht plausibel. Die motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten seien vorhanden (Urk. 8/86/57 f.). 3.2.5

In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/86/10): - Massive Adipositas per magna (ICD-10: E66.0) - aktuell BMI 53 kg/m² - ausgeprägte allgemeine muskuläre Dekonditionierung mit reaktiven Myogelosen - asymptomatische Hyperurikämie (ICD-10: E79.0) - enzymmässig leichte Hepatopathie bei anamnestisch Lebersteatose (ICD-10: K76.0) - Unspezifisches zervikal sowie lumbal betontes

panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.8) .

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter: - Neurasthenie (ICD-10: F48.0) - Ganzkörperschmerz bei chronischer Erschöpfung und Müdigkeit (ICD-10: R53) - Anamnestisch intermittierender, wahrscheinlich physiologischer Tremor (ICD-10: R25.1) - Anamnestisch Laktoseintoleranz (ICD-10: E73.9) - Gemischte Harnbelastungs- und Darminkontinenz (ICD-10: R32).

Die Gutachter hielten konsiliarisch fest, im Vordergrund stehe einerseits die ausgeprägte Adipositas per magna mit einem BMI 53 kg/m², andererseits die unspezifische zervikale sowie lumbal betonte panvertebrale Schmerzsymptomatik mit radiomorphologischem Nachweis geringer degenerativer Veränderungen im Bereich der unteren Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule. Es imponiere eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden, für welche die psychiatrische Diagnose einer Neurasthenie verantwortlich sei, die sich aber nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke. Abgesehen von der Adipositas könne aus allgemeininternistischer Sicht keine zusätzliche Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Auch aus neurologischer Sicht könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Während in der angestammten Tätigkeit in der Pflege keine Arbeitsfähigkeit mehr

bestehe, würden keine Diagnosen vorliegen, die die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit einschränken würden (Urk. 8/86/10). Zu berücksichtigen seien die Arbeitsplatzbedingungen, wie sie im rheumatologischen Teilgutachten genannt würden (Urk. 8/86/11). 3.2.6

Am 23. Februar 2022 präzisierte Prof. Dr. A.____, die Beschwerdeführerin erfülle die ICD-Kriterien für das Vorliegen einer Neurasthenie mit gesteigerter Ermüdbarkeit, körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach geringer Anstrengung, Muskelschmerzen und -beschwerden sowie Schwindelgefühlen. Die Symptome beider Krankheitsbilder – Chronic Fatigue Syndrom und Neurasthenie – seien sehr ähnlich, die Ätiologie beider Diagnosen ungeklärt. Entscheidend bei der Beurteilung des Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit bei der Neurasthenie und beim Chronic Fatigue Syndrom sei nicht das « Labeling » der Diagnose, sondern die Diskussion der Standardindikatoren (Urk. 8/91). 3.3

Am 29. März und 20. Mai 2022 wurde die Beschwerdeführerin in der Sprechstunde für Chronische Müdigkeit im B.____ vorstellig. Dr. med. I.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, im September 2020 sei das chronische Müdigkeitssyndrom (ICD-10: G93.3) bzw. die Neurasthenie (ICD-10: F48.0) diagnostiziert worden (vgl. auch Urk. 8/36/2). In den letzten 1,5 Jahren habe sich die Beschwerdesymptomatik verschlechtert. Die substantielle Beeinträchtigung in der Fähigkeit soziale, alltägliche, berufliche und private Aktivitäten bzw. Angelegenheiten zu absolvieren, spreche weiterhin für das chronische Müdigkeitssyndrom.

Hinzu kämen körperliche (Fibromyalgie, mehrere chirurgische Eingriffe, wiederkehrende HWI- und Atemwegsinfekte, Kopfschmerzen, Laktoseintoleranz) und psychosoziale Stressoren (finanzielle Sorgen, Arbeitsunfähigkeit, Nichtanerkennung der Müdigkeit) als prädisponierende, auslösende und aufrecht erhaltende Faktoren. Die Kriterien für das chronische Müdigkeitssyndrom, die myalgische

Enzephalomyelitis, seien weiterhin hinreichend erfüllt. Zu dieser Diagnose habe sich ausserdem eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) entwickelt (Urk. 8/115). 3.4

Dr. med. J.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie die Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

lic. phil. K.____ des Sanatoriums

L.____, Zentrum für Psychosomatik,

verwiesen in ihrer Stellungnahme vom 21. Juni 2022 (Urk. 8/116) auf die von ihnen gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), welche seitens der Z.____-Gutachter ignoriert worden sei. Dr. J.____ und lic. phil. K.____ fügten ausserdem an, dass die Neurasthenie als Diagnose veraltet und kaum mehr in Gebrauch sei. Selbst im ICD-10 stehe als Kommentar, dass die Neurasthenie in vielen Ländern nicht als übliche diagnostische Kategorie verwendet werde. Viele derartige Fälle würden wahrscheinlich anderswo als chronisches Ermüdungssyndrom (CFS) diagnostiziert werden. Nicht nachvollziehbar sei überdies, dass im Gutachten die Adipositas als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt werde. Das Übergewicht habe die Beschwerdeführerin schon seit gut 25 Jahren und bis vor drei Jahren sei sie 100% arbeitsfähig gewesen. Ferner entspreche die Beschreibung, dass die Beschwerdeführerin eine gute psychosoziale Unterstützung habe und ihren Alltag gut bewältigen könne, nicht den Fakten. Das Gegenteil sei der Fall. Es sei auch in einer angepassten Tätigkeit von einer höchstens 20%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. 3.5

Pract. med. M.____, Allgemeine Innere Medizin, konstatierte in ihrer Stellungnahme vom 23. Juni 2022 (Urk. 8/117), angesichts des langen, chronischen Verlaufs der Krankheit der Beschwerdeführerin sei eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit in einem höheren Pensum sehr unrealistisch. Die Beschwerdeführerin sei bereits im Alltag derart stark eingeschränkt, dass selbst sehr leichte, passive Tätigkeiten, wie z.B. fernsehen, eine grosse Erschöpfung hervorrufen würden. Aktive körperliche Tätigkeiten führten nach wenigen Minuten zur Erschöpfung mit anschliessend sehr langer Erholungszeit. Die Beschwerdeführerin habe über eine zunehmende Immobilität, teilweise sogar Bettlägerigkeit berichtet. Pract. med. M.____ erachtet die Adipositas als Hauptursache der Beschwerden als unwahrscheinlich und fügte an, da das Chronic Fatigue Syndrom nicht einem einzigen Fachgebiet zuzuordnen sei, gestalte sich deren Beurteilung sowie Abschätzung des Einschränkungsgades betroffener Patienten häufig erschwert. Hinzu komme, dass typischerweise häufig nicht ein eindeutiges organisches Korrelat gefunden werden könne. Dennoch sei die Beschwerde fühlerin in ihrem täglichen Leben massiv beeinträchtigt. 3.6

Dr. med. N.____, Facharzt Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, bestätigte in seinem Verlaufsbericht vom 19. Januar 2023 (Urk. 3/4) das stark ausgeprägte chronifizierte Schmerzsyndrom. Sämtliche therapeutische Massnahmen hätten keinen nachhaltigen Effekt zur Folge gehabt. Hierfür verantwortlich sei auch das vom B.____ bestätigte Chronic

Fatigue Syndrom. Diese beiden Krankheitsbilder würden dazu führen, dass die Beschwerdeführerin unter ausgeprägten Schmerzen leiden würde und therapeutische Ansätze, wie beispielsweise aktive Physiotherapie, nicht möglich seien. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms erheblich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt; zusammen mit dem chronischen Müdigkeitssyndrom sei wahrscheinlich keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben.

4. 4.1

Umstritten ist zunächst der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2023 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Z.____ -Gutachten vom 6. Januar 2022, wonach der Beschwerdeführerin aufgrund eines unspezifischen zervikal sowie lumbal betonten panvertebralen Schmerzsyndroms (ICD-10: M53.8) sowie einer massiven Adipositas per magna (ICD-10: E66.0) ihre bisherige Tätigkeit als Pflegefachfrau mit zum Teil körperlich schweren Tätigkeitsanteilen nicht mehr zumutbar ist. In jeder körperlich leichten bis selten mittel schweren wechsel belastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit zur selbständigen Pausengestaltung wurde eine maximale Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % angerechnet (vgl. vorstehend E. 3.2.3 und E. 3.2.5).

4.2

Das interdisziplinäre Gutachten des Z.____

wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten

(Urk. 8/86/16-23) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben (vgl. Urk. 8/86/27 f. , Urk. 8/86/37 , Urk. 8/86/45 f f ., Urk. 8/86/56 f.), die geklagten Beschwerden berücksichtigt (vgl. Urk. 8/86/25 f. , Urk. 8/86/33 f. , Urk. 8/86/43 ff. , Urk. 8/86/55) und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten begründet und sind nachvollziehbar. Das Gutachten erfüllt demnach die rechtsprechungs gemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 5).

4.3

Aus somatischer Sicht sind eine Adipositas per magna sowie ein unspezifisches zervikal und lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (vgl. E. 3.2.5). Für mittelschwere und schwere Tätigkeiten attestierten die Gutachter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Da die Beschwerdeführerin auf vermehrte Pausen angewiesen sei, reduziere sich die

Leistungsfähigkeit deshalb auch für leichte Tätigkeiten im Umfang von 30 % (vgl. E. 3.2.3). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar. Entgegen der von Dr. M.____ (E. 3.5) wie auch der von behandelnden Fachpersonen des Sanatoriums L.____ (E. 3.4) geäußerten Ansicht ist der Einfluss der Adipositas auf die Arbeitsfähigkeit augenfällig; im Jahre 2017 betrug der BMI noch 46.4 kg/m² (Urk. 8/86/78) gegenüber 53 kg/m² im Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration bei gleichzeitig ausgeprägter allgemeiner muskulärer Dekonditionierung mit bildgebend nachgewiesener, nach kaudal progredienter, fettiger Atrophie der rückenstabilisierenden Muskulatur (Urk. 8/86/49 f.).

4.4

Die Beschwerdeführerin machte geltend, auf das Z.____ -Gutachten könne nicht abgestellt werden, da – entgegen der Auffassung der Gutachter

und des RAD – die Diagnosen Neurasthenie und CFS nicht nebeneinander verwendet würden. Während bei Neurasthenie die Symptome variabel seien, werde ein CFS erst ab einer Verminderung des Aktivitätsniveaus von 50 % diagnostiziert (vgl. E. 2.2; Urk. 1 S. 11). Dem hielten die Z.____-Gutachter entgegen, entscheidend sei die Beurteilung des Einflusses der Neurasthenie auf die Arbeitsfähigkeit und nicht das « Labeling » der Diagnose (vgl. E. 3.2.6).

Dem ist insofern zuzustimmen, als dass ärztlicherseits substantiiert darzulegen ist, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Mithin ist die diagnostische Einordnung medizinisch zwar notwendig, entscheidend bleibt je doch die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, wobei die objektivierbaren Folgen und nicht subjektive Einschätzung massgebend sind. Im Rahmen dieser Folgeabschätzung steht die Diagnose nicht mehr im Zentrum, sondern sie ist Ausgangspunkt zur Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. BGE 143 V 418 E. 6).

Gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien des ICD-10 wird die Diagnose der Neurasthenie oder auch Erschöpfungssyndrom nur gestellt, wenn – unter anderem – ein postvirales Erschöpfungssyndrom respektive ein chronisches Müdigkeitssyndrom oder « Chronic Fatigue Syndrom » (ICD-10: G93.3) ausgeschlossen werden kann (Dilling, Mombour, Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 236). Eine somatische Ursache für die von der Beschwerdeführerin beklagte Müdigkeit und Erschöpfung ist nicht gesichert. Im Rahmen einer respiratorischen Polygraphie im September 2020 in der Klinik für Pneumologie des B.____ zeigte sich ein normales Atmungsmuster ohne vermehrte Apnoen oder Hypopnoen mit normaler Sauerstoffsättigung. Ein Schlafapnoe-Syndrom wurde verneint. Ebenso wurde laboranalytisch seitens Fachärzte eine Anämie und eine Hypothyreose als alternative Ursachen der Müdigkeit ausgeschlossen (vgl. Arztbericht vom 22.

September 2020, Urk. 8/36/7; vgl. auch Arztbericht der Praxis O.____ vom 19. Februar 2020, in dem eine Schilddrüsenfunktionsstörung verneint wurde [Urk. 8/36/20]). Bei einer von der Klinik E.____ durchgeführten Blutuntersuchung zum Ausschluss einer dem CFS zugrunde liegenden entzündlichen Erkrankung bewegten sich die Werte ebenfalls im Normbereich (vgl. Arztbericht vom 11.

September 2020, Urk. 8/36/19). Mit Blick auf diese Aktenlage ist nachvollziehbar, wenn Dr. D.____ die beklagte chronische Müdigkeit aus rheumatologischer und somatischer Sicht nicht bestätigen konnte (E 3.2.3). Daran ändern auch die von der Beschwerdeführerin aufgelegten Literaturzitate, in welchen ein Zusammenhang eines CFS mit gewissen Infektionen durch virale Erreger (z.B. Epstein-Barr-Virus, humanes Herpes 6-Virus) erörtert wurden (vgl. Urk. 8/86/66), nichts, wird der Zusammenhang in der Literatur doch kontrovers diskutiert und ist ein solcher damit nicht nachgewiesen, zumal sich die Beschwerdeführerin selber nicht klar an eine symptomatische Infektion erinnern kann (Urk. 8/86/28).

Vor diesem Hintergrund ist es plausibel, dass die Z.____-Gutachter eine psychiatrische Einordnung der Müdigkeit vornahmen, zumal auch die Ärzte des B.____ am ehesten eine depressive Episode als Ursache der Beschwerden in Betracht zogen (vgl. Urk. 8/36/8). 4. 5

Die psychiatrische Gutachterin diagnostizierte aufgrund der beklagten Beschwerden mit Schwäche und Erschöpfung nach nur geringen Anstrengungen, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen sowie Schwindelgefühlen, eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0; E. 3.2.2). Das Beschwerdebild der Neurasthenie zählt zu den mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. 9C_472/2015 vom 9. Februar 2016 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 und 141 V 281 E. 4.2, vgl. auch E.

E. 7

Juli 2022 (Urk. 8/120) Einwand und legte diverse Arztberichte ins Recht (Urk. 8/115-118). Die IV-Stelle veranlasste eine aktenbasierte Einschätzung durch den regionalen ärztlichen Dienst (RAD; vgl. Feststellungsblatt, Urk. 8/123). Mit Verfügung vom 4. Januar 2023 sprach die IV-Stelle der Versicherten wie vorbeschrieben ab November 2020 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu (Urk. 8/136 = Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 30. Januar 2023 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 24. April 2023 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 25. April 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7). Dies gilt auch für das sog. Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und die Neurasthenie (Urteile des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44, und 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, in: SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektiver Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens ist davon abzusehen, einzelne Beschwerden und Störungen ohne Einzelfallprüfung wegen grundsätzlich fehlen der invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz auszuschneiden (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1). Indes gilt unverändert, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis). Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren

zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich indes mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 1. 4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 5 1.5.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen). 1.5.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1). 2.

E. 10

Stunden für die Beschwerdeschrift als deutlich überhöht. Ferner wurde der Zeitaufwand für diverse Schreiben und Telefonate sowie diverse Besprechungen mit der Klientin sowie intern geltend gemacht, deren Erforderlichkeit für das vorliegende Verfahren nicht ausgewiesen ist.

Entschädigt werden sodann bloss notwendige, effektive (nicht pauschale) Barauslagen (vgl. das Merkblatt Amtliche Mandate der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich, Version 1. Oktober 2016, 3. Auflage, welches weit gehend den früher massgebenden Richtlinien des Büros für amtliche Mandate des Bezirksgerichts Zürich entspricht). Die geltend gemachten Auslagen von Fr. 194.40 sind nicht ausgewiesen , weshalb die mutmasslich effektiven Auslagen für die Einreichung der Beschwerdeschrift von insgesamt rund Fr. 70.-- zu vergüten sind.

Angesichts der zu studierenden 151 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der etwa 14-seitigen Beschwerdeschrift sowie der in ähnlichen Fällen zugeprochenen Beträge kann bei grosszügiger Betrachtung 1 Stunde Aufwand für Instruktion, 4 Stunden für das Aktenstudium und 4 Stunden für die Redaktion der Beschwerdeschrift, soweit notwendig und sachbezogen, als gerechtfertigt betrachtet werden. Eine weitere Stunde Aufwand kann zudem anerkannt werden, wenn berücksichtigt wird, dass der Rechtsvertreter das Urteil mit der Beschwerde führen noch zu besprechen hat. Zu entschädigen ist somit ein Gesamtaufwand von 10 Stunden und die Entschädigung ist bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) für freiberufliche Anwälte auf Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. Januar 2023 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2020 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Matthias Fricker - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
Hurst Stadler

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