



Fall-Nr.: IV 2021/85
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 21.12.2022
Entscheiddatum: 15.09.2022

Entscheid Versicherungsgericht, 15.09.2022

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Bei mehreren Gutachten ist im vorliegenden Fall in psychiatrischer Hinsicht auf das aktuellste abzustellen. Danach ist die Beschwerdeführerin zu 60 % arbeitsfähig. Die Beschwerdeführerin hätte ohne Gesundheitsschaden das elterliche Geschäft übernommen. Da sie dort bereits vor dem zur Teilinvalidität führenden Unfall bei sämtlichen Tätigkeiten mithalf, gilt die Arbeitsfähigkeitsschätzung auch für die Tätigkeit als Geschäftsführerin, weshalb ein Prozentvergleich erfolgen kann. Gründe für einen Abzug vom Invalideneinkommen von über 10 % bestehen nicht. Die angefochtene Verfügung, gemäss welcher Anspruch auf eine Viertelsrente besteht, wird bestätigt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. September 2022, IV 2021/85).

Entscheid vom 15. September 2022

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus,
Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2021/85

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Postgasse 5, Postfach 48,
9620 Lichtensteig,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) arbeitete teilzeitlich im elterlichen Betrieb und stand kurz vor der Übernahme des Geschäftes, als sie am 26. Juli 1998 zufolge eines Autounfalls eine Rücken- und Nackenverletzung erlitt (Unfall-Anzeige vom 29. August 1998, IV-act. 50; Unfallmeldung UVG vom 28. Juli 1998, Fremdakten, act. 1-29; Bericht Abklärung Haushalt vom 8. März 2001, IV-act. 20). Am 16. September 2000 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung (IV) wegen der Unfallfolgen (Schleudertrauma) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1).

A.b. Die IV-Stelle sprach ihr mit Verfügungen vom 5. Juli 2001 bzw. 7. August 2001 rückwirkend ab 1. September 1999 eine ganze Rente zu (IV-act. 30 und 34). Diese wurde in zwei Revisionsverfahren bestätigt (Mitteilungen vom 21. August 2003, IV-act. 43, und vom 22. Februar 2011, IV-act. 67). Die IV-Stelle sprach der Versicherten im Rahmen eines weiteren, im April 2013 eingeleiteten Revisionsverfahrens am 6. Februar 2014 Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 89), hob nach Vorbescheidverfahren (IV-act. 81) mit Verfügung vom 12. Februar 2014 die Rente gestützt auf die Schlussbestimmung der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) auf (IV-act. 91) und verfügte am 13. Februar 2014 die Weiterausrichtung der ganzen Rente,



solange Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt würden, längstens bis zum 1. März 2016 (max. zwei Jahre; IV-act. 93).

A.c. Am 16. März 2015 fuhr ein Fahrzeug ins Heck der Versicherten, wodurch diese (erneut) ein Schleudertrauma erlitt (Arztzeugnis Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 25. März 2015, IV-act. 111; Arztbericht Dr. med. C.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 2. Juni 2015, IV-act. 158-4 ff.). Die Versicherte weilte vom 8. bis 28. Juli 2015 in stationärer Rehabilitation (Austrittsbericht Reha D.____ vom 28. Juli 2015, IV-act. 158-7 ff.). Mit Vorbescheid vom 17. September 2015 gewährte ihr die IV-Stelle das rechtliche Gehör zum Abbruch der beruflichen Massnahmen und zur Renteneinstellung (IV-act. 117). Die Versicherte liess dagegen am 19. Oktober 2015 Einwand erheben (IV-act. 118) und einigte sich mit der IV-Stelle auf die Weiterausrichtung der Rentenzahlung bei gleichzeitiger Wiederaufnahme der Stellensuche (IV-act. 119 f.; Mitteilung vom 20. November 2015, IV-act. 121). Mit Mitteilung vom 9. März 2016 eröffnete die IV-Stelle der Versicherten den Abschluss beruflicher Massnahmen und die Einstellung der Rentenzahlung per 1. März 2016 (IV-act. 129).

A.d. Der Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. M. Roos, machte mit Schreiben vom 15. März 2016 geltend, die Renteneinstellung sei unzulässig, da sich der Gesundheitszustand der Versicherten verschlechtert habe. Er verlangte eine anfechtbare Verfügung (IV-act. 130). Die IV-Stelle führte mit Schreiben vom 22. März 2016 aus, materiell sei die bisherige Rente mit Verfügung vom 12. Februar 2014 eingestellt worden, und ersuchte um Mitteilung, falls sie eine Wiederanmeldung wünsche und gegebenenfalls um Einreichung medizinischer Unterlagen für den Nachweis der geltend gemachten gesundheitlichen Verschlechterung seit der Renteneinstellungsverfügung vom 12. Februar 2014 (IV-act. 131). Die Versicherte liess der IV-Stelle das Anmeldeformular zukommen (datiert vom 30. März 2016, Posteingang am 18. April 2016) und am 3. Juli 2017 ein bei der unabhängigen medizinischen Gutachterstelle (UMEG) Zürich vom Rechtsvertreter eingeholtes Gutachten vom 22. Juni 2017 (Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie; Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie; Dr. phil. G.____, Neuropsychologin FSP; Fremdakten; act. 5) einreichen. Die Sachverständigen diagnostizierten ein zervikothorakales Schmerzsyndrom mit rechtskonvexer BWS-Skoliose, einen Zustand nach HWS-



Beschleunigungstrauma vom 26. Juli 1998 und vom 16. März 2015 mit invalidisierendem zervikocephalem Symptomenkomplex sowie eine insgesamt leichte neuropsychologische Funktionsstörung nach zweimaligem HWS-Distorsionstrauma 1998 und 2015. Sie attestierten der Versicherten in der angestammten Tätigkeit nach zuvor 100 %iger Arbeitsunfähigkeit eine Leistungsfähigkeit von einem Drittel (66%ige Arbeitsunfähigkeit) seit November 2015 sowie eine Leistungsfähigkeit von knapp 50 % im Haushalt (Fremdakten, act. 5-31). Der RAD-Arzt Dr. H.____ nahm am 10. August 2017 dahingehend Stellung, die attestierte hohe Arbeitsunfähigkeit von 66 % werde zu wenig begründet und sei nicht nachvollziehbar (IV-act. 146).

A.e. Die IV-Stelle erkannte in den Folgen des Unfalls vom März 2015 eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und trat auf die Wiederanmeldung ein (IV-act. 147). Sie holte in der Folge bei der Versicherten verschiedene Auskünfte ein (Angaben zum Gesuch vom 14. September 2017, IV-act. 149; Angaben zur Rentenabklärung, Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit/ Haushalt vom 12. Februar 2018, IV-act. 157, sowie telefonische Auskünfte vom 27. April 2018, IV-act. 164). Sodann liess sie durch die Swiss Medical Assessment- and Business- Center (SMAB) AG Bern ein Gutachten vom 9. November 2018 erstatten (Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen am 17. August, 3. und 10. September 2018; IV-act. 175). Die Experten diagnostizierten als die Arbeitsfähigkeit einschränkend eine rezidivierende depressive Störung in schwerer Episode (F33.2) und eine Agoraphobie (F40.00) sowie als die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigend unter anderem einen Status nach HWS-Zerrung mit verbliebener subjektiver Beschwerdesymptomatik, ohne zu objektivierende Beeinträchtigung, und degenerative Veränderungen HWK 4-6/7 (Osteochondrose, Uncovertebralarthrose; IV-act. 175-6). Zusammenfassend gelangten sie zum Ergebnis, aus führender psychiatrischer Sicht bestehe weder in angestammter noch in adaptierter Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit. Durch geeignete Therapie sei nach etwa sechs Monaten von einer Verbesserung auszugehen (IV-act. 175-9, 57 ff.).

A.f. Die IV-Stelle ersuchte die Versicherte mit Schreiben vom 25. Januar 2019 um Mitteilung, wo sie die vom psychiatrischen Gutachter dringend empfohlene



fachpsychiatrische Behandlung aufnehmen (IV-act. 178). Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Arztbericht vom 3. August 2019 fest, die Versicherte habe ihn zwischen dem 26. Februar und 18. Juli 2019 viermal zur Abklärung konsultiert. Sie leide unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Aufgrund der Chronifizierung werde sie nur teilarbeitsfähig bleiben (IV-act. 183). Die IV-Stelle entschied sich daraufhin, ein monodisziplinäres Gutachten einzuholen (IV-act. 184; IV-act. 186). Prof. Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte im Gutachten vom 26. Februar 2020 (Untersuchungen 27. und 30. Januar 2020; IV-act. 192) zur Beurteilung, bei der Versicherten liege eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) vor. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin im Geschäft der Eltern und in einer angepassten Tätigkeit könne sie zu etwa 80 % anwesend sein. Dabei sei von einer merkbaren Einschränkung der Leistungsfähigkeit von etwa 30 % auszugehen. Bezogen auf ein 100 % Pensum betrage die Arbeitsfähigkeit rund 60 % (IV-act. 192-43 f.). Aufgrund der Aktenlage und auch der Angaben der Versicherten in der aktuellen Untersuchung sei nicht von wesentlichen Schwankungen der Arbeitsfähigkeit in den zurückliegenden Jahren auszugehen (IV-act. 192-44). Der RAD-Arzt Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, mass diesem Gutachten mit Hinweis auf die überdurchschnittliche Sorgfalt einen höheren Beweiswert zu als dem Vorgutachten der SMAB AG vom 9. November 2018 (Stellungnahme vom 30. März 2020, IV-act. 193). Mit Vorbescheid vom 11. Mai 2020 stellte die IV-Stelle der Versicherten zunächst in Aussicht, das neue Gesuch abzuweisen (IV-act. 195). Nachdem die Versicherte am 14. September 2020 dagegen Einwand erheben liess (IV-act. 204), bejahte die IV-Stelle einen Revisionsgrund, da die Versicherte als im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig zu qualifizieren sei (vgl. Feststellungsblatt, IV-act. 207), und gewährte ihr am 26. November 2020 das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Zusprache einer Viertelsrente (IV-act. 208).

A.g. Mit Einwand vom 24. Februar 2021 liess die Versicherte vorbringen, der vorgesehene Entscheid entspreche nicht der Rechtsprechung des Bundesgerichts. Ihr Krankheitsbild habe sich inzwischen chronifiziert, weshalb sie Anspruch auf eine ganze Rente habe. Selbst bei Annahme einer lediglich 40%igen Arbeitsunfähigkeit sei ihr ein Tabellenlohnabzug von 25 % zu gewähren, was zu einem Invaliditätsgrad von 55 %



St.Galler Gerichte

führe (IV-act. 212). Die IV-Stelle konsultierte nochmals ihren Rechtsdienst (Stellungnahme vom 11. März 2021, IV-act. 215).

A.h. Mit Verfügung vom 22. März 2021 sprach sie der Versicherten mit Wirkung ab 1. Oktober 2016 eine Viertelsrente zu. Sie führte aus, das Gutachten von Prof. M.____ sei beweistauglich und werde durch die Vorbringen im Einwand nicht in Frage gestellt. Die zusätzliche Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges würde zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung der bereits in der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigten gesundheitsbedingten Einschränkung führen (IV-act. 219 f.).

B.

B.a. Mit Beschwerde vom 7. Mai 2021 lässt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. M. Roos, beantragen, die angefochtene Verfügung vom 22. März 2021 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es sei ihr eine ganze, eventualiter ab 1. Oktober 2016 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen; subeventualiter sei ein unabhängiges Obergutachten anzuordnen. Zur Begründung lässt sie ausführen, die Ausführungen der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) entsprächen nicht der aktuellen Rechtsprechung. Die Beurteilung von Prof. M.____ widerspreche derjenigen von Dr. K.____. Ein weiterer Hinweis auf den Schweregrad des Krankheitsgeschehens ergebe sich daraus, dass der Ursprung der depressiven und ängstlichen Symptomatik im bereits über 20 Jahren zurückliegenden Autounfall liege und sie noch immer unter dessen Auswirkungen leide. Die Schlussfolgerung des Gutachters Prof. M.____, wonach sie zu 40 % arbeitsunfähig sei, sei nicht klar definiert und daher nicht begründet. Er habe sich mit den Ausführungen des Gutachters Dr. K.____ nicht wirklich auseinandergesetzt, sondern lediglich festgestellt, dass diese nicht nachvollziehbar seien. Die Ausführungen von Dr. L.____ seien nicht als Gutachten zu qualifizieren. Vor diesem Hintergrund sei ihr mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Zudem habe sich ihr Krankheitsbild zwischenzeitlich chronifiziert, weshalb sie eine ganze IV-Rente beanspruchen könne. Unter Berücksichtigung der relevanten Gutachten sei in keiner Weise denkbar, dass sie zu mehr als 30 % arbeitsfähig sei. Nachdem sie noch im laufenden Jahr 58 Jahre alt werde, ihr Gesundheitszustand mit einer Depression belastet sei und sie seit über 20 Jahren keiner Arbeit mehr nachgegangen sei, sei



äusserst fraglich, ob es ihr überhaupt möglich sei, im Arbeitsmarkt eine Anstellung zu finden. Die Beschwerdegegnerin verneine die Gewährung eines Leidensabzuges, ohne sich mit den einzelnen Kriterien auseinanderzusetzen (act. G 1).

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2021, die Beschwerde sei abzuweisen. Sie erklärt, auf das SMAB-Gutachten vom 9. November 2018 sei nicht abgestellt worden, weil sie gestützt auf das Gutachten von Prof. M.____ das psychiatrische Teilgutachten als nicht überzeugend und demzufolge als nicht beweiswertig qualifiziert habe. Die psychiatrische Expertise von Prof. M.____ sei lege artis durchgeführt worden und gebe hinreichend Aufschluss über die seit der Praxisänderung von BGE 141 V 281 im Vordergrund stehenden Standardindikatoren. Seine Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 60 % sei nachvollziehbar, und er habe plausibel aufgezeigt, dass die Diagnosestellung und Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. K.____ nicht nachvollziehbar seien, was auch der RAD bestätigt habe. Damit bestehe kein Grund für die Einholung eines Obergutachtens bzw. eines Gerichtsgutachtens. Das vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene UMEG-Gutachten sei vom RAD mit plausibler Begründung als nicht überzeugend qualifiziert worden. Die von Prof. M.____ begründete Reduktion der Arbeitsfähigkeit trage den gesundheitlichen Einschränkungen umfassend Rechnung. Die zusätzliche Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges würde unter diesen Umständen eine unzulässige doppelte Anrechnung desselben Faktors bedeuten. Das Alter und die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt führten im untersten Kompetenzniveau der Hilfstätigkeiten rechtsprechungsgemäss nicht zu einem Abzug vom Tabellenlohn. Die Beschwerdeführerin habe ab 1. Oktober 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente (act. G 6).

B.c. Mit Replik vom 20. September 2021 lässt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zur Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens von Prof. M.____ gestützt auf das Gutachten von Dr. K.____ bestreiten. Dieser habe die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung ausführlich begründet. Auch die neuropsychologische Gutachterin des UMEG sei zum Ergebnis gekommen, dass von einem chronifizierten Krankheitsleiden auszugehen sei. Dr. K.____ habe sich eingehend mit der Symptomatik auseinandergesetzt und eine umfassende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes vorgenommen. Es sei daher von



einer chronifizierten rezidivierenden Depression und einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit auszugehen. Aufgrund ihres Alters, ihres mit einer Depression belasteten Gesundheitszustands und ihrer mittlerweile über 20-jährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sei unrealistisch, dass sie ihre Restarbeitsfähigkeit tatsächlich noch verwerten könne. Zudem rechtfertige der zusätzliche Pausenbedarf bzw. die verlangsamte Arbeitsweise einen Tabellenlohnabzug (act. G 10).

B.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 12).

Erwägungen

1.

1.1. Anfechtungsobjekt ist die Verfügung vom 22. März 2021, mit der die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2016 eine Viertelsrente zusprach (IV-act. 219 f.). Vorangegangen waren Verfügungen gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket). So verfügte die Beschwerdegegnerin am 12. Februar 2014 gestützt auf deren lit. a Abs. 1 die Einstellung der bisherigen ganzen Rente (IV-act. 91) und am 13. Februar 2014 gemäss lit. a Abs. 3 die Weiterausrichtung der Rente während der Durchführung beruflicher Massnahmen bzw. während längstens zwei Jahren bis 1. März 2016 (IV-act. 93). Dass die Feststellung der Einstellung der Rentenzahlung per 1. März 2016 am 9. März 2016 erneut mit Mitteilung erfolgte (vgl. IV-act. 129) und eine verlangte Verfügung (vgl. IV-act. 130-1 f.) nicht erlassen wurde, wurde nicht weiter angefochten bzw. gerügt, so dass die Mitteilung vom 9. März 2016 rechtsverbindlich wurde. Im Übrigen erscheint fraglich, ob deren Inhalt in Anbetracht der in Rechtskraft erwachsenen Verfügungen vom 12. und 13. Februar 2014 sowie der in Abs. 3 von lit. a der Übergangsbestimmungen festgehaltenen maximal zweijährigen Weiterausrichtung der Rente neben dem rein informativen Aspekt überhaupt Verfügungscharakter zukommt (vgl. dazu Markus Müller, Kommentar VwVG, 2. Aufl. 2018, Art. 5 Rz 94 und Rz 102; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 51 Rz 7). Die Beschwerdegegnerin ist jedenfalls richtigerweise von einer Wiederanmeldung ausgegangen.

1.2. Da der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die Beschwerdegegnerin bereits am 15. März 2016 über eine seit dem erneuten Verkehrsunfall eingetretene gesundheitliche Verschlechterung informierte (IV-act. 130), ist diese zu Recht von



diesem Datum der Wiederanmeldung ausgegangen, auch wenn das Anmeldeformular vom 30. März 2016 erst am 18. April 2016 (Eingangsstempel, IV-act. 132-1) bei der Beschwerdegegnerin einging (Art. 29 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Beschwerdegegnerin ist sodann (zu Recht) auf die Wiederanmeldung eingetreten; sie hat das neue Gesuch materiell umfassend geprüft und der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 22. März 2021 eine Viertelsrente zugesprochen. Dass dabei die Beschwerdeführerin neu als im Gesundheitsfall 100 % erwerbstätig qualifiziert wurde, ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten.

2.

2.1. Art. 8 Abs. 1 ATSG umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2. Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen), psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen ist der Beweis einer lang andauernden und erheblichen gesundheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6; BGE 143 V 429 E. 7.2; BGE 141 V 294 f., E. 3.5 f. und S. 298, E. 4.2). Er kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6).

2.3. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der vorliegend anwendbaren, bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2022, 8C_803/2021, E. 3.2) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach



Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

2.4. 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 (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3).

2.4.1. Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Kieser, a.a.O., Art. 61 N 107). Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden notwendigen Abklärungen beinhalten indes nicht das Recht des



Versicherungsträgers, eine «second opinion» zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt. Die Notwendigkeit der Anordnung eines weiteren Gutachtens ergibt sich aus der Beantwortung der Frage, ob bereits bei den Akten liegende Gutachten die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2007, U 571/2006, E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a; Entscheid des Versicherungsgerichts vom 29. Mai 2020; IV 2019/297, E. 1.4).

2.5. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

3.1. Umstritten ist die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht: Die Beschwerdeführerin rügt, dass die Beschwerdegegnerin nicht auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten von Prof. M. ___ hätte abstellen dürfen, welches ihr eine (rund) 60%ige Arbeitsfähigkeit attestiere. Vielmehr sei gemäss psychiatrischem SMAB-Teilgutachten von Dr. K. ___ von keiner bzw. gestützt auf das neuropsychologische UMEG-Teilgutachten lediglich von einer Arbeitsfähigkeit von (höchstens) 33 % bzw. 30 % auszugehen.

3.2. Das polydisziplinäre Gutachten der UMEG vom 22. Juni 2017 (Fremdakten, act. 5) enthält keine psychiatrische Beurteilung. Die Gutachter begründeten ihre Einschätzung im Wesentlichen mit einem nach zweimaligem HWS-Trauma bestehenden invalidisierenden zervikozephalen Symptomenkomplex und einer gegenseitigen Verstärkung von Schmerzen und eingeschränkter Belastbarkeit (Fremdakten, act. 5-30 f.). Der RAD befand dies als nicht einleuchtend (Stellungnahme vom 10. August 2017, IV-act. 146). Zudem fehlt es an einer Würdigung der Indikatoren gemäss strukturiertem Beweisverfahren. Die hohe attestierte Arbeitsunfähigkeit erscheint auch nicht plausibel in Anbetracht des grösstenteils durchschnittlichen neuropsychologischen Leistungsprofils (Fremdakten, act. 5-23). Als Parteigutachten kommt dem UMEG-Gutachten schliesslich nicht der gleiche beweismässige Rang zu wie einem vom Gericht oder von einem Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholten Gutachten (BGE 125 V 354, E. 3c).

3.3. Der psychiatrische SMAB-Gutachter Dr. K. ___ diagnostizierte im Gutachten vom 9. November 2018 eine rezidivierende depressive Störung, schwere Episode (ICD-10: F33.2). Im Befund führte er aus, die Beschwerdeführerin habe die knapp 90-minütige



Untersuchung nur unter Anstrengung absolvieren können. Sie sei überaus verzweifelt. Die kognitiven und mnestischen Fähigkeiten waren bis auf eine beeinträchtigte Konzentration unauffällig. Der Gedankengang war eher negativ fokussiert, Willenskräfte, Antrieb und Stimmung erschienen reduziert (IV-act. 175-50 ff.). Das Ergebnis des Depressionsinventars wies auf eine leichte depressive Symptomatik hin (IV-act. 175-52). Weiter hielt er fest, die Beschwerdeführerin erlebe zwar noch Freude beim Kochen und mit den Enkeln, aber in nahezu allen weiteren Lebensbereichen beschreibe sie einen Verlust an Freude und Interessen. Berichtete Konzentrationsstörungen hätten auch im Verlauf der Untersuchung beobachtet werden können. Schuldgefühle gegenüber der Familie und der reduzierte Selbstwert würden authentisch berichtet und als glaubwürdig eingeschätzt, ebenso die Suizidgedanken und die Schlafstörungen. Somit seien die Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllt. Das (abweichende) Ergebnis des Depressionsinventars könne bei langjährigen und chronischen depressiven Störungen dadurch erklärt werden, dass die depressiven Symptome als persönlichkeitsimmanent wahrgenommen würden. Als kombiniert mit der depressiven Störung diagnostizierte Dr. K.____ eine Agoraphobie bzw. eine Angsterkrankung. Hingegen verneinte er das Vorliegen einer somatoformen Störung, da die Beschwerdeführerin zwar unter einem somatischen Syndrom leide, aber keinen Zusammenhang zu einer körperlichen Erkrankung sehe (IV-act. 175-53). Aufgrund der insbesondere seit 2014 fehlenden fachpsychiatrischen Behandlung und Dokumentation könne nicht beurteilt werden, weshalb die Depression bisher abweichend von der aktuellen Einschätzung als leicht oder mittelschwer eingestuft worden sei. Das Belastungsprofil gemäss Mini-ICF-App schilderte Dr. K.____ als überwiegend schwer eingeschränkt (vgl. IV-act. 175-56). Er beurteilte die Beschwerdeführerin als nicht arbeitsfähig, wobei durch geeignete Therapie innerhalb von sechs Monaten eine Besserung zu erwarten sei (IV-act. 175-57 ff.).

3.4. Die Beschwerdeführerin nahm zwischen dem 26. Februar und dem 18. Juli 2019 vier Konsultationen bei Dr. L.____ wahr. Dieser diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und hielt in angepasster Tätigkeit eine Teilarbeitsfähigkeit bzw. als Hausfrau ein tägliches Arbeitspensum von vier Stunden für zumutbar (Arztbericht vom 3. August 2019, IV-act. 183). In der interdisziplinären Besprechung mit dem RAD vom 11. November 2019 wurde daraufhin festgehalten, dass schwer nachvollziehbar sei, wenn ein behandelnder Psychiater eine schwere depressive Episode nicht erkenne und behandle; angesichts des Verlaufs vor und nach der Begutachtung bestehe weiterer Abklärungsbedarf (IV-act. 184). Diese Einschätzung und Schlussfolgerung des RAD ist nachvollziehbar. Es ist daher beim eingeholten



Gutachten von Prof. M.____ nicht von einer unzulässigen Zweitmeinung (second opinion) auszugehen.

3.5. Es ist somit darüber zu befinden, ob auf das Gutachten von Prof. M.____ abgestellt werden kann.

3.5.1. Die Beschwerdeführerin gab an, sie leide nicht unter psychischen Beschwerden, sondern unter Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Schluckbeschwerden, Unkonzentriertheit und Lichtempfindlichkeit (IV-act. 192-21). Die von Prof. M.____ veranlasste neuropsychologische Untersuchung war sowohl hinsichtlich der Leistungen als auch bezüglich der Beschwerdevalidierung unauffällig (vgl. IV-act. 192-28, 57 ff.), was auch seinem Untersuchungsbefund entsprach (vgl. IV-act. 192-26 f.). Der Gutachter führte aus, affektiv berichte die Beschwerdeführerin über eine deutliche Störung der Vitalgefühle und über Insuffizienzgefühle, über Gereiztheit vor allem bei Kopfschmerzen oder wenn etwas nicht wunschgemäss laufe, über innere Unruhe und Schuldgefühle. Sie gebe an, gelegentlich deprimiert zu sein, vor allen Dingen, wenn sie von früher rede. Sie berichte nicht über eine Antriebsarmut oder Antriebshemmung. Objektiv lägen eine leichte Affektarmut und eine leichtgradig verminderte Modulationsfähigkeit vor (vgl. IV-act. 192-27 f.). Im Gespräch wirke sie stark motorisch unruhig. Sie beschreibe einen deutlichen sozialen Rückzug (IV-act. 192-28). Der Gutachter diagnostizierte eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; IV-act. 192-38). Er hielt fest, dass Dr. K.____ seine Diagnose einer depressiven Störung in schwerer Episode kaum begründet habe, diese diskrepanz zu den von ihm selbst erhobenen Befunden und völlig unplausibel sei (IV-act. 192-31 f.). Die Beschwerdeführerin habe in beiden Rentenansuchen keine psychiatrische Symptomatik angegeben und in der aktuellen Untersuchung retrospektiv keine anhaltenden Phasen schwerer psychiatrischer Beeinträchtigung beschrieben. Zudem habe sie immer wieder auf psychosoziale Faktoren hingewiesen (IV-act. 192-32). Entgegen der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10 weise die beschriebene gedrückte Stimmung eine deutliche Abhängigkeit von den Lebensumständen auf und es liessen sich im Verlauf keine Episoden abgrenzen (vgl. IV-act. 192-33). Ein depressives Syndrom liege allenfalls in leichter Ausprägung vor; Antriebsstörungen, Deprimiertheit oder Schuldgefühle in deutlicher Ausprägung seien in der Untersuchung nicht festgestellt bzw. berichtet worden. Allerdings zeige die Beschwerdeführerin ein Erschöpfungssyndrom mit Störung der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle und Hoffnungslosigkeit bezüglich einer zukünftigen Veränderung ihres Zustands. Das ganze Gespräch sei geprägt gewesen von einem klagsam-jammrigen Affekt (im Sinne des Fachbegriffs gemäss AMDP; IV-



act. 192-29). Das Ausmass des zervikozephalen Syndroms mit Schulter-/Nackenschmerzen und deren über 20-jährige Dauer sei nur durch den zusätzlichen Faktor einer psychischen Komponente bzw. einer zusätzlichen dysfunktionalen psychischen Verarbeitung erklärbar. Insofern sei nach Prüfung der Diagnosen-Kriterien und unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage, wie auch der Befunde in der eigenen gutachterlichen Untersuchung, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) gerechtfertigt (IV-act. 192-37 f.). Aktuell ergäben sich die Funktions- und Fähigkeitsstörungen einerseits aus den chronischen Schmerzen, andererseits aus deren psychischen Fehlverarbeitung. Zudem habe sich aufgrund der gesamten Lebenssituation und immer wieder sich andeutender psychosozialer Beschwerden über die Jahre ein leichtes depressives Syndrom herausgebildet. In diesem Sinne beeinflussten sich die Dysthymia, die dysfunktionale Schmerzverarbeitung sowie die tatsächlich objektivierten Schmerzen gegenseitig ungünstig. Aktuell sei die Beschwerdeführerin vor allen Dingen durch die depressive Restsymptomatik mit starker Erschöpfbarkeit in ihrer Leistungsfähigkeit behindert (IV-act. 192-42). Bezüglich Aktivität und Partizipation seien gemäss Mini-ICF-APP vor allem Widerstands- und Durchhaltefähigkeit erheblich und Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Proaktivität, Spontanaktivitäten sowie Gruppenfähigkeit mässig beeinträchtigt (IV-act. 192-38). In ihrer Persönlichkeit erscheine die Beschwerdeführerin leicht gereizt und misstrauisch. Sie sei (jedoch) durchaus beziehungsfähig, habe ein offensichtlich gutes Verhältnis zu ihren Kindern und auch die sonstigen biographischen Angaben über die letzten 20 Jahre deuteten nicht auf eine für eine Persönlichkeitsstörung geforderte schwere Normabweichung ihres Erlebens oder Verhaltens hin. Auch sei der Schweregrad einer Krankheit oder eines Unfalls, wonach sich eine Persönlichkeitsveränderung entwickeln könne, nicht erfüllt (IV-act. 192-39). Als Ressourcen würden die familiären Beziehungen und die unbelasteten finanziellen Verhältnisse genannt (IV-act. 192-39 f.). Das Fehlen einer leitliniengerechten Behandlung seit mindestens zehn Jahren führte er darauf zurück, dass die Beschwerdeführerin keine Einsicht in die psychische Begleitkomponente ihrer Erkrankung habe. Ein Leidensdruck bestehe lediglich in Bezug auf die somatischen Beschwerden, das Medikament Citalopram werde aufgrund seiner schmerzdistanzierenden Wirkung eingenommen. Die dysfunktionale Schmerzverarbeitung sei durch die somatoforme Schmerzstörung zu erklären und unbewusst (vgl. IV-act. 192-40 f., 46). Es bestünden keine gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen. So sei die Beschwerdeführerin immer wieder aktiv, mache Urlaub, unternehme dafür auch längere Autofahrten mit dem Ehemann, wenn auch immer wieder Pausen eingelegt werden



müssten. Sie geniesse Wellness-Gelegenheiten und erledige weitgehend alleine die Haushaltsaufgaben. Dazu sei diskrepant, dass sie bezüglich einer Erwerbstätigkeit eine vollständige Einschränkung des Aktivitätsniveaus angebe (IV-act. 192-41).

3.5.2. Prof. M.____ beschreibt einleuchtend das Wesen der somatoformen Schmerzstörung, indem die Schmerzen nicht ausschliesslich psychiatrisch bedingt seien, sondern vor dem Hintergrund einer somatischen Störung bzw. eines "somatischen Ereignisses", hier eines durch somatische Befunde objektivierten zervikozephalen Syndroms, aufträten (vgl. IV-act. 192-37). Das Ausmass der funktionellen Beeinträchtigung wird anhand der einschlägigen Standardindikatoren ausführlich erörtert und bestimmt. Der RAD-Arzt Dr. N.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 30. März 2020 fest, das Gutachten sei mit überdurchschnittlicher Sorgfalt erstellt worden. Ihm könne unter formellen und inhaltlichen Aspekten aus versicherungsmedizinischer Sicht rückblickend auf den Dossierverlauf und das letzte psychiatrische Gutachten von Herrn Dr. K.____ eine höhere Aussagesicherheit attestiert werden. Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der beklagten Einschränkungen und den erhobenen Befunden seien bei der Bewertung der Höhe der Arbeitsunfähigkeit einbezogen worden. Diese resultiere aus den gutachterlich "objektivierbaren" Befunden. Insofern sei die versicherungsmedizinische Gesamtbeurteilung in sich konsistent und plausibel (IV-act. 193). Diese Würdigung des Gutachtens ist nachvollziehbar. Prof. M.____ hat sich an der geltenden Rechtsprechung orientiert und seine Diagnosen und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. Objektive Befunde, die von ihm nicht berücksichtigt wurden und geeignet wären, seine Beurteilung in Frage zu stellen, bringt die Beschwerdeführerin nicht vor. Es ist somit auf die Einschätzung von Prof. M.____ abzustellen, wonach sie sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu rund 60 % (80 % Anwesenheit, 30 % Leistungseinbusse) arbeitsfähig ist.

3.5.3. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit führte Prof. M.____ aus, aufgrund der Aktenlage, der Angaben der Beschwerdeführerin und der Inkonsistenzen des SMAB-Gutachtens vom 9. November 2018 sei mindestens seit dem Jahr 2013 von der eingeschätzten Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 192-44). Der RAD-Arzt Dr. N.____ folgte dem (Stellungnahme vom 30. März 2020, IV-act. 193-2). Dies erscheint für den hier massgeblichen Zeitraum ab 1. Oktober 2016 schlüssig, zumal die in den früheren Einschätzungen berücksichtigten Beschwerden nachvollziehbar als teilweise inkonsistent bzw. nicht objektivierbar betrachtet und die Diagnose einer schweren depressiven Episode einleuchtend als nicht gegeben dargelegt wurde.



4.

4.1. In somatischer Hinsicht ist unbestritten, dass auf das orthopädisch-traumatologische SMAB-Teilgutachten vom 20. September 2018 (IV-act. 175-23 ff.) abgestellt werden kann und keine Arbeitsunfähigkeit besteht.

4.2. Der orthopädische Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin gebe mannigfaltige Beschwerden vor allem der HWS, aber auch vegetative Symptomatik wie Schluckbeschwerden, Schwindel und Übelkeit an (IV-act. 175-31). Eine mindestens dem üblichen Umfang entsprechende Untersuchung ergab vor allem passiv eine nahezu normale Beweglichkeit, wobei die Beschwerdeführerin Schmerzen äusserte. Isolierte Druckschmerzen der Muskulatur, der Nervenaustrittspunkte und -verläufe waren indes nicht zu reproduzieren. Signifikante Verspannungen im Bereich der Wirbelsäule waren nicht vorhanden. Auch die orientierende neurologische Untersuchung ergab keine Auffälligkeiten (IV-act. 175-30). Die Bemuskelung der Extremitäten war seitengleich (IV-act. 175-5, 29). Der Gutachter führte aus, es hätten zu keinem Zeitpunkt Anhaltspunkte für eine strukturelle Verletzung der HWS bzw. objektivierende Einschränkungen der HWS festgestellt werden können (IV-act. 175-31). Dass die Beschwerdeführerin regelmässig Yoga und Pilates praktiziere (vgl. aber die relativierende Aussage gegenüber dem psychiatrischen Gutachter, wonach sie dies lediglich versuche, jedoch nicht mehr im vor dem Unfall ausgeübten Ausmass betreiben könne, IV-act. 175-45), sei diskrepant zu den beklagten Beschwerden und Funktionseinbussen. Die geschilderten Beschwerden könnten auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet nicht nachvollzogen und objektiviert werden (IV-act. 175-32 f.). Es bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 175-34). Der RAD-Arzt Dr. H.____ schloss sich der Beurteilung des orthopädischen Gutachters vorbehaltlos an (Stellungnahme vom 23. November 2018, IV-act. 176-1 f.). Es sind keine Gründe ersichtlich, die dieser Beurteilung entgegen stehen. Der orthopädischen Einschätzung kann somit gefolgt werden (vgl. BGE 143 V 128 f., E. 2.2.4). Es ist auch nicht ersichtlich und wird nicht geltend gemacht, dass seit der Begutachtung durch das SMAB in somatischer Hinsicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

5.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, ihre Restarbeitsfähigkeit sei nicht mehr verwertbar, geht sie von der Diagnose einer schweren depressiven Episode aus, die jedoch nicht bestätigt wurde. Ihr Alter im massgeblichen Zeitpunkt (vgl. BGE 138 V 461 f. E. 3.3 f.) ist noch nicht dermassen fortgeschritten und die Arbeitsfähigkeit in



qualitativer Hinsicht nicht so sehr eingeschränkt, dass in Anbetracht der strengen Rechtsprechung von einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auszugehen wäre (Urteile des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2020, 8C_416/2020, E. 4 mit Verweisen, und vom 6. Januar 2020, 9C_797/2019, E. 5 mit Hinweisen).

6.

6.1. Die Beschwerdegegnerin hielt bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 7. August 2001 als mit genügender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass die Beschwerdeführerin das elterliche Geschäft übernommen hätte und dort mit einem Pensum von rund 75 % tätig gewesen wäre (IV-act. 33). Dies erscheint nachvollziehbar, da sie angab, die Finanzierung der Übernahme sei bereits geregelt gewesen und sie habe bereits Kurse für die Ausbildung Lernender absolviert (Bericht Haushaltsabklärung vom 8. März 2001, IV-act. 20-2). Weiter erachtete die Beschwerdegegnerin als nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin zum für die aktuelle Verfügung relevanten Zeitpunkt zu 100 % erwerbstätig gewesen wäre (Aktennotiz vom 27. April 2018, IV-act. 164-2; Besprechungsprotokoll vom 16. November 2020, IV-act. 205-3). Indes hielt sie für nicht stringent, dass sich die Erwerbskarriere der Beschwerdeführerin auf Basis des früher angenommenen Einkommens von rund Fr. 21'997.-- bei 75%iger Tätigkeit entwickelt hätte und ermittelte das Valideneinkommen aufgrund der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und den Invaliditätsgrad anhand der prozentualen Einschränkung (vgl. Besprechungsprotokoll vom 16. November 2020, IV-act. 205; Einkommensvergleich, IV-act. 206). Dieser Prozentvergleich ist nicht zu beanstanden, wenn davon ausgegangen werden kann, dass sich die gesundheitlichen Einschränkungen in der Tätigkeit als Geschäftsinhaberin gleich ausgewirkt hätten wie damals als Mithilfe im elterlichen Betrieb.

6.2. Die Beschwerdeführerin übernahm im elterlichen Betrieb Büroarbeiten, war im Verkauf und in der Lehrlingsbetreuung tätig, bevor sie das erste Mal verunfallte (Gutachten MEDAS Ostschweiz vom 12. Januar 2004, Fremdakten, act. 3-3). Es ist daher nicht davon auszugehen, dass sich der Inhalt der Tätigkeit mit der Geschäftsübernahme wesentlich verändert hätte. Der orthopädische Gutachter formulierte im SMAB-Gutachten vom 9. November 2018 keine qualitativen Einschränkungen (IV-act. 175-34). Prof. M. ___ attestierte sowohl für die frühere Tätigkeit als auch für eine (andere) angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von ca. 60 % (Anwesenheit 80 %, Einschränkung der Leistungsfähigkeit ca. 30 %; IV-act. 192-44). Die neuropsychologische Testung zeigte keine kognitive Störung (IV-act. 192-71). Mithin kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung auch für die Tätigkeit als Geschäftsführerin zutrifft



und sich der gleiche Invaliditätsgrad ergäbe, wenn er nicht anhand eines Tabellenlohnes, sondern anhand des Valideneinkommens als Inhaberin des elterlichen Geschäfts berechnet würde. Die Beschwerdeführerin macht denn auch zu Recht nicht geltend, es wäre ein höheres Valideneinkommen zu berücksichtigen gewesen.

6.3. Schliesslich beantragt die Beschwerdeführerin einen leidensbedingten Abzug von 25 %. Sie begründet dies mit ihrem fortgeschrittenen Alter, dem mit einer Depression belasteten Gesundheitszustand und der seit über 20 Jahren bestehenden Abwesenheit vom Arbeitsmarkt.

6.3.1. Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit einem unterdurchschnittlichen erwerblichen Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 146 V 16 E. 4.1).

6.3.2. Nach ständiger Rechtsprechung können gesundheitliche Einschränkungen, die bereits in der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen. Bestehen jedoch über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf an ausserordentlichen Pausen, oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzuges vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2018, 8C_552/2017, E. 5.3.1, mit weiteren Verweisen). Vorliegend wurden sämtliche medizinische Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt. Die Leistungseinbusse wurde aufgrund vermehrt notwendiger Pausen mit 30 % beziffert. Eine schwere Depression kann nicht zusätzlich berücksichtigt werden, da diese Diagnose nachvollziehbar nicht bestätigt wurde.

6.3.3. Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführerin aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt in Verbindung mit ihrem Alter ein Tabellenlohnabzug zu gewähren ist. Die Rechtsprechung verneint einen solchen lediglich, wenn die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt invaliditätsfremd ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 25. November



St.Galler Gerichte

2020, 8C_390/2020, E. 4.5.1 und vom 30. April 2021, 8C_111/2021, E. 4.3.3) und bei Stellen ohne Kaderfunktion bzw. im Bereich der Hilfsarbeiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018, E. 5.3.2). Die Beschwerdeführerin hatte bis zur Einstellung der ganzen Rente mit Verfügung vom 12. Februar 2014 (IV-act. 91) Anspruch auf eine ganze Rente, weshalb die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bis zu diesem Zeitpunkt nicht invaliditätsfremd war. Gemäss der LSE-Tabelle T1_tirage_skill_level 2016, Frauen, beträgt das durchschnittliche monatliche Einkommen über alle Kompetenzniveaus für Frauen im Detailhandel (Ziff. 47) Fr. 4'605.--. Gemäss Ph. Mülhauser, Lohnbuch 2016 (Hrsg.: Amt für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich), Zürich 2016, beträgt der Lohn eines Geschäftsleiters/einer Geschäftsleiterin im Z. ___ Fr. 4'900.--. Mit Blick darauf ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin keine höhere Lohneinbusse als von 10 % hätte in Kauf nehmen müssen, wenn sie im massgeblichen Jahr 2016 die Erwerbstätigkeit als selbständige oder angestellte Detailhändlerin (wieder) aufgenommen hätte. Statistisch ist schliesslich eine Einkommenseinbusse aufgrund der lediglich 80%igen zumutbaren Anwesenheit im Sinne eines Teilzeitabzugs nicht ausgewiesen (LSE 2016, T 18). Insgesamt ist somit ein Tabellenlohnabzug von maximal 10 % begründet. Es resultiert damit ein Invaliditätsgrad von 46 % ($1 - [0,9 \times 60 \%$]). Damit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente.

7.

Zu prüfen bleibt der in der angefochtenen Verfügung festgelegte Rentenbeginn auf den 1. Oktober 2016.

7.1. Die Frist von der Gesuchseinreichung am 15. März 2016 bis zum verfügten Anspruchsbeginn am 1. Oktober 2016 entspricht der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG. Da die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer Wiederanmeldung ausgegangen ist (E. 1.1 f.), entstand der Rentenanspruch erst nach Ablauf der Karenzfrist, obwohl die ihm zugrunde liegende Erwerbsunfähigkeit von 40 % gemäss dem beweiskräftigen Gutachten (IV-act. 192-44) bereits seit der RAD-Stellungnahme aus dem Jahr 2013 vorlag (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. November 2019, 8C_607/2019, E. 3.2, und vom 1. April 2019, 8C_54/2019, E. 3.2).

7.2. Da seit dem Jahr 2013 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit vorlag, ist das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt. Der in der angefochtenen Verfügung festgesetzte Anspruchsbeginn ist demnach korrekt.



8.

8.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

8.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.