

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00428 vom 9. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00428

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00428 du 9 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00428 del 9 marzo 2023

Erwägungen

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 zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems , K S ÜB WE IV , gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da jedoch eine anspruchrelevante Veränderung und ein allfälliger Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 zu prüfen sind, 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).

E. 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 unbeschrieben 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, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.5

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.

E. 2

) . Am

2. April 2013 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte ein internistisch-rheumatologisches Gutachten (Urk. 6/38) ein.

Mit Verfügung vom 7. Juli 2015 (Urk. 6/81, Urk. 6/74) sprach die IV-Stelle der Versicherten für die Zeit vom

1. Oktober 2013 bis

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 Verfügungs - teil 2) fest, sie habe nach dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. Januar 2019 medizinische Unterlagen und ein psychiatrisches Gutachten eingeholt. Die Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin in der selbständigen Erwerbstätigkeit aufgrund der neu aufgetretenen psychischen Beschwerden

seit April 2015 zu 70 % arbeitsunfähig sei. Die Wartezeit sei daher neu zu eröffnen. Nach Ablauf des einjährigen Wartejahres im April 2016 bestehe hinsichtlich der angestammten selbständigen Tätigkeit unverändert eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % . In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht dagegen eine Arbeitsfähigkeit von 70 % . Aus somatischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 85 % (S. 1 Mitte). Die Beschwerdegegnerin ermittelte sodann bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'149.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 38'146.50 mit Wirkung ab dem 1. April 2016

einen Invaliditätsgrad von 46 % , womit Anspruch auf eine Viertelsrente bestünde (S. 1 unten).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor ,

die der Berentung bis April 2014 zugrunde liegenden Beschwerden und die ab April 2015 erneut invalidisierenden Beschwerden

gründeten auf den identischen Leiden einer generalisierten Degeneration des Achsenorgans (Urk. 1 S. 3 Ziff. 6). Gemäss der Beurteilung durch den psychiatrischen Gutachter

sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufgrund der depressiven und somatoformen Symptome zeitlich auf fünf Arbeitsstunden täglich beschränkt. Dadurch bestehe eine zusätzliche qualitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50 % , so dass die Arbeitsfähigkeit 30 % betrage (S. 4 Ziff. 7 oben). In einer angepassten Tätigkeit im kaufmännischen Bereich bestehe nach erfolgter Einarbeitung eine Leistungseinschränkung von 30 %

(S. 4 Ziff. 7 Mitte).

Werde von den Beurteilungen durch den RAD und Dr. Y.____ ausgegangen stehe fest, dass die Beschwerdeführerin ab April 2015 vollumfänglich erwerbsunfähig gewesen sei. Bei der Berechnung der Wartezeit seien gemäss Art. 29 bis IVV die früher zurückgelegten Zeiten anzurechnen, so dass ab dem 1. April 2015 Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (S. 4 Ziff. 8). Aufgrund des zusätzlichen psychischen Leidens sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu 70 % und in einer angepassten Tätigkeit bei einer möglichen Präsenzzeit von 100 %

qualitativ um 30 % eingeschränkt. Wegen des erhöhten Pausenbedarfs von täglich einer Stunde bestehe gemäss der Beurteilung durch den RAD zusätzlich eine quantitative Einschränkung von 15 % . Die Arbeitsfähigkeit des somatisch erbringbaren Zeitpensums von 85 % werde demgemäss qualitativ zusätzlich um 30 % reduziert, so dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit 45 % betrage (S. 5 oben).

Vorweg sei

die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu prüfen . Dabei seien das Alter und die Verhältnisse entscheidend, die im Zeitpunkt vorgelegen hätten , in welchem die medizinischen Unterlagen die zuverlässige Feststellung der Restarbeitsfähigkeit definitiv aufzeigen (S. 5 Mitte) . Die medizinische Zumutbarkeit der Teilerwerbstätigkeit habe erst nach Vorliegen des Gutachtens von Dr. Y.____ im Dezember 2020 definitiv festgestanden, mithin zu einem Zeitpunkt, als die Beschwerdeführerin das 62. Altersjahr bereits überschritten habe. Entgegen der Beschwerdegegnerin könne nicht auf die Verhältnisse im Jahr 2015 abgestellt werden (S. 5 unten). Aufgrund des ohnehin nicht zumutbaren Berufswechsels in ein Anstellungsverhältnis sei aufgrund der Arbeitsunfähigkeit von 70 %

in der angestammten selbständigen Tätigkeit ein Anspruch auf eine ganze Rente ausgewiesen (S. 7 oben). Die Beurteilung durch Dr. Y.____ taue sodann nicht als schlüssige medizinische Grundlage für die Invaliditätsbemessung (S. 8 Ziff. 9b). So sei in keiner Weise nachvollziehbar, weshalb in einer Tätigkeit im kaufmännischen Bereich die depressiven und somatoformen Symptome keine quantitative Einschränkung des zeitlichen Arbeitspensums bewirken sollten

(S. 9 oben).

E. 2.3

Mit Verfügung vom 7. Juli 2015 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab dem 1. Oktober 2013 befristet bis 30. April 2014 eine ganze Rente zu (Urk. 6/81, Urk. 6/74 S. 3 unten) . Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 21. Dezember 2015 wurde die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, wobei

einzig die Verhältnisse ab April 2015 ergänzend abzuklären waren (vgl. Urk. 6/105 S. 13 E. 5.2, S. 14 Dispositiv Ziff. 1). Daraus folgt , dass die

Verfügung vom 7. Juli 2015

soweit sie die Rentenzusprache für die Zeit

vom 1. Oktober 2013

bis 30. April 2014 betrifft in Rechtskraft erwachsen ist. Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. Januar 2019 erfolgte eine erneute Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung der psychischen Beschwerden (Urk. 6/191 S. 25 Dispositiv Ziff. 1).

Im vorliegenden Verfahren ist insbesondere zu prüfen , ob die Beschwerdegegnerin die Wartezeit zu Recht per

1. April 2015 neu

eröffnet hat. Streitig ist daher, ob - wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht - ein Rentenanspruch bereits ab dem 1. April 2015

und ab dem 1. April 2016 ein Anspruch auf eine höhere als eine Viertelsrente besteht. 3.

E. 3

Am 10. April 2014 eine ganze Rente zu. Ab dem 1. Mai 2014 verneinte sie einen Rentenanspruch. Die von der Versicherten dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 6/93/3-18) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 21. Dezember 2015 (Verfahren- Nr. IV.2015.00799) in dem Sinne gut, dass es die Sache an die IV-Stelle zurückwies, damit diese nach erfolgter medizinischer Abklärung

über den Anspruch auf eine Rente ab April 2015 neu verfüge. Im Übrigen wurde die Beschwerde abgewiesen (Urk. 6/105 S. 14 Dispositiv Ziff. 1). Eine

von der Versicherten

dagegen erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit Urteil vom 16. Juni 2016 ab (Urk. 6/116 S. 7 Dispositiv Ziff. 1).

E. 3.1

Mitte). Kontakte bestünden noch zu einer Kollegin, die ihr beim Einkaufen helfe, und zu zwei Freundinnen, mit denen sie sich gelegentlich treffe (S. 8 oben). Die Beschwerdeführerin habe bei ihrer Hausärztin einen Zusammenbruch

erlitten und drei Tage nur noch geweint, aus Enttäuschung, dass sie nicht mehr habe arbeiten können (S. 8 Mitte).

In psychiatrischer Hinsicht leide sie seit zirka acht Jahren an einer schweren Depression mit Tagesmüdigkeit, Zukunftsängsten und Unkonzentriertheit. Dies sei ein «Teufelskreis». Die körperlichen Schmerzen und die Depression seien miteinander verbunden und machten eine regelmässige, längere Arbeit unmöglich. Von ihren sozialen Kontakten habe sie sich weitgehend zurückgezogen. Früher sei sie mitten im Leben gestanden (S. 8 Ziff. 3.2).

Abgesehen von den ständigen, schweren Schmerzen leide die Beschwerdeführerin täglich an Müdigkeit, einer Konzentrationsstörung, innerer Unruhe, einem Druck auf der Brust und Angst vor einem Herzinfarkt. Sie habe dann auch Panikattacken (S. 9 oben). Sie sei als Einzelkind in äusserlich angepassten, aber emotional desolaten Verhältnissen aufgewachsen (S. 11 unten). 4. 4. 2

Die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert, bewusstseinsklar, ausreichend aufmerksam und wechselnd konzentriert, ohne klinisch fassbare Defizite der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses. Während der Untersuchung habe sie insgesamt leicht müde gewirkt (S. 13 Ziff. 4.3 Mitte). Dr. Y. ___ nannte als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1, S. 14 Ziff. 6). Der Beschwerdeführerin sei wegen anhaltender Rückenschmerzen und einer zeitweisen Fussheberschwäche von Oktober 2013 bis April 2014 eine befristete Rente der Invalidenversicherung zugesprochen worden. Psychische Probleme hätten in dieser Zeit keine Rolle gespielt (S. 14 Ziff. 7.1 Mitte).

Die Beschwerdegegnerin habe in einer Abklärung für Selbständigerwerbende

auf die fehlende Wirtschaftlichkeit des Unternehmens der Beschwerdeführerin seit 2007 bis heute hingewiesen. In den ersten drei Jahren bis 2009 habe sie ein durchschnittliches Einkommen von knapp Fr. 17'000.-- pro Jahr erzielt. Einzig im Jahr 2010

habe sie ein Einkommen von Fr. 68'100.-- erreicht (S. 15 oben). Die angegebene Störung der Aufmerksamkeit und der Konzentration könne nur leichtgradig sein. Dies gelte auch angesichts ihres täglichen Arbeitspensums (S. 15 f.). Die Beschwerdeführerin

fahre regelmässig längere Strecken mit ihrem Auto. Weiter führe sie Verkaufsverhandlungen durch, erstelle Offerten und organisiere die Lagerhaltung für ihren Betrieb. Dabei handle es sich um Funktionen, die zumindest eine durchschnittliche Aufmerksamkeit und Konzentration erforderten. Der Beginn der psychischen Symptomatik werde für das Jahr 2011 angegeben. Die Beschwerdeführerin habe dazu eine Reihe von wichtigen Ereignissen, wie den Tod ihrer Mutter und die Scheidung von ihrem zweiten Ehemann, erwähnt (S. 16 oben). 4. 4. 3

Der Gutachter führte zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde aus, es zeige sich eine mittelschwere depressive Symptomatik mit somatischem Syndrom. Es handle sich um eine traurige Verstimmung, den Verlust von Interessen, Freudlosigkeit, eine Störung des psychomotorischen Antriebs, eine geringe affektive Modulation, negative Zukunftsperspektiven, einen sozialen Rückzug, Schlafstörungen und einen verminderten Appetit mit Gewichtsverlust. Eine manifeste Suizidalität sei nicht vorhanden. Präpsychotische oder psychotische Symptome, wie von Dr. D. ___ angegeben, seien bei der Untersuchung nicht aufgetreten (S. 16 f.). Die Schmerzen hätten auch eine psychosomatische Qualität, da sie in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen zu verstehen seien. Die seit 2011 vorhandene Überlastung habe die nachfolgende Krankheitsentwicklung beeinflusst und bestimme die Beschwerdeführerin bis heute.

Es sei von einem zirka neunjährigen Krankheitsverlauf auszugehen, wenn auch mit unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Vorzeichen. Seit Oktober 2016 bestehe eine regelmässige psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung. Im Rahmen der aktuellen Behandlung sei es gelungen, eine sehr niedrige antidepressive Medikation zu etablieren, was zumindest gegen die Schlafstörungen helfe

(S. 17 oben). Die Beschwerdeführerin lehne eine Intensivierung der Behandlung ab (S. 17 Mitte).

Als Komorbidität bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die schon in der Entstehung sowohl somatisch wie psychisch zu verstehen sei. Die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sei vor allem durch die lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit einem sadistischen, alkoholabhängigen Vater einerseits, und einer hilflosen, unterwürfigen Mutter andererseits geprägt worden. Die emotionale Entwicklung habe auf einer vorwiegend anankastischen Ebene erhebliche Fixierungen ausgebildet mit Abwehrformen, wie einer Affektisolierung und einer Rationalisierung des Erlebens. Die emotionalen Einschränkungen seien durch eine vorwiegend histrionische

Persönlichkeitsakzentuierung mit dramatisierenden, emotional eher oberflächlichen Verhaltensweisen kompensiert worden (S. 17 f.).

Die Beschwerdeführerin lebe alleine in einer 5 1/2-Zimmerwohnung. Das von ihr betriebene Unternehmen sei praktisch von Anfang an ohne ausreichenden wirtschaftlichen

Erfolg geblieben. Inzwischen habe sie zunehmende Schulden. Bis auf ihren Sohn und ihren ersten Ehemann bestünden keine verlässlichen sozialen Kontakte

(S. 18 oben). Bezüglich der Konsistenz lägen keine gravierenden Auffälligkeiten vor. Die von RAD-Ärztin Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, angedeuteten Inkonsistenzen bestünden im Versuch der Beschwerdeführerin, ihr Leben positiv zu beschreiben und dabei Niederlagen und Fehlentscheidungen auszublenden. Aggravierende Verhaltensweisen seien dabei nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Der Aspekt der Existenzsicherung mit Hilfe einer IV-Rente beeinflusse ihr Verhalten, führe aber nicht zur Vortäuschung von Symptomen (S. 18 Mitte). Der Leidensdruck sei durch die langjährige somatoforme Schmerzsymptomatik und durch die Depression bedingt. Dabei sei auf die äusseren Lebensumstände hinzuweisen, mit der seit Jahren anhaltenden existenziellen Bedrohung, wenigen verlässlichen Bezugspersonen und einer geringen psychischen Flexibilität. In der Folge bestehe die Unfähigkeit zur Trennung von schädlichen Strukturen (S. 18 unten). Die Beschwerdeführerin habe vielfältige beruflichen Erfahrungen in verschiedenen kaufmännischen und gastronomischen Tätigkeiten. Zumindest im familiären Bereich sei sie ausreichend kontaktfähig (S. 19 Ziff. 7.4). 4. 4. 4

Die Beschwerdeführerin könne in der bisherigen, selbständigen Tätigkeit im Handel aufgrund der depressiven und somatoformen Symptome nur bis zu fünf Stunden täglich anwesend sein. Die Arbeit unterteile sich in Fahrzeiten, Verkaufsgespräche und Tätigkeiten zu Hause. Motivation, Antrieb, Aufmerksamkeit und Konzentration seien aufgrund der psychischen Erkrankung mässig und fluktuierend reduziert, so dass sich in der Arbeit eine erhöhte Ermüdbarkeit, Langsamkeit, mangelndes Selbstvertrauen und zunehmende Schmerzen bemerkbar machten. Auf Misserfolge reagiere die Beschwerdeführerin leicht mit Agieren beziehungsweise sozialem Rückzug. Durchschnittlich sei mit einem Rendement von 50 % zu rechnen (S. 19 f.). In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30 %. Dabei seien die somatischen Einschränkungen aufgrund der sich überlappenden Schmerzsymptomatik inbegriffen (S. 20 oben).

Somatisch habe bis zum 30. September 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Danach sei von einer stufenweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Seit dem 10. Januar 2016 habe in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % und von 85 % in einer angepassten Tätigkeit bestanden. Die Beschwerdeführerin selber konstatiere eine Arbeitsfähigkeit von 20-25 %. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit lasse sich im Einzelnen nicht mehr monatsweise erfassen. Seit April 2015 sei überwiegend wahrscheinlich eine depressive Symptomatik anzunehmen. Das Ausmass der Depression sei über die Jahre wechselhaft gewesen, ohne dass sich eine eindeutige Progression nachweisen lasse (S. 20 Mitte). Dr. I.____ habe die Beschwerdeführerin 2017 als leicht depressiv beurteilt. Dr. D.____ habe sie im gleichen Jahr als langjährig, chronisch schwer depressiv erachtet. In der heutigen Untersuchung imponiere die Beschwerdeführerin als mittelgradig depressiv. Die Schmerzwahrnehmung und die Schmerzäusserungen spielen dabei keine besondere Rolle (S. 20 unten). Eine angepasste Stelle im kaufmännischen Bereich müsse durch eine klare übersichtliche Aufgabenstellung gekennzeichnet sein. Nach der Einarbeitung sei auch die Übernahme einer grösseren Verantwortung und Arbeit im Team möglich. Im freien Arbeitsmarkt schätze der Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Diese lasse sich nach der Einarbeitung innerhalb eines Jahres auf 80 % steigern (S. 21 oben).

Das aktuelle therapeutische Setting verspreche keine wesentlichen positiven Veränderungen. Die medikamentöse antidepressive Behandlung erfolge nicht in ausreichender Dosierung. Weiter solle eine therapeutische Behandlung erfolgen, die auch innere Konflikte und notwendige äussere Veränderungen zu bearbeiten versuche. Eine längerfristige stationäre Behandlung wäre geeignet, die Patt-Situation aufzulösen und eine lebbarere Perspektive zu erarbeiten (S. 21 unten). 4.5

Dr. F.____

nannte im Bericht vom 20. Juni 2021 (Urk. 6/238/3-9) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches linksbetontes Nacken-, Schulter-Arm-Syndrom bei aktuell neu aufgetretener Anterolisthese C6/7 und foraminärer Einengung C5 links und C6 beidseits, jedoch links mehr als rechts, einer Osteochondrose und Spondylarthrose sowie eine chronische linksbetonte Lumboischialgie bei Retrolisthese L2/3 und erosiver

Osteochondrose in diesem Segment mit zunehmender dorsaler Diskushernie sowie eine schwere Ausprägung einer chronischen Depression, Angst und Panikstörung (S. 6 Ziff. 2.5).

Dr. F.____ gab zur aktuellen Situation an, die stärksten Beschwerden beständen im Nacken und im Bereich Schulter- Arme, links stärker als rechts. Durch die Beschwerden im Bereich der HWS träten wieder häufiger Kopfschmerzen auf. Die Beschwerden korrelierten mit den aktuellen Befunden des MRI und seien mit der Wirbelsäulenchirurgie besprochen worden. Von deren Seite sei zunächst vorge schlagen worden, weiterhin konservativ zu verfahren mit Infiltrationen im Bereich der Nervenwurzeln C5 und C6 links. Weiter beständen hauptsächlich drückende, aber auch brennende lumbale Rückenschmerzen. Zusätzlich würden brennende Schmerzen im linken Bein dorsal und im Bereich der linken Leiste sowie rezidivierende Beinkrämpfe auftreten. Im linken Bein sei das Gefühl reduziert. Die Schmerzen hätten eine minimale Schmerzstärke von 4 und maximal 10 auf der NRS-Skala. Sie verstärkten sich durch Erschütterungen während des Autofahrens und bei einseitiger Körperhaltung wie beim Stehen, Sitzen oder Liegen über längere Zeit (S. 2 f. Ziff. 2.2).

Es bestehe eine massive Einschränkung der Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule. Der Beschwerdeführer sei es nicht möglich, über Kopf zu arbeiten oder schwere Gegenstände zu tragen. In öffentlichen Verkehrsmitteln und im Auto komme es durch Vibrationen zu einer Verstärkung der Schmerzen (S. 7 Ziff. 3.4). 4.6

Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, nahm am

6. August 2021 (Urk. 6/242 S. 11 f.) Stellung zum Bericht von Dr. F.____ vom 20. Juni 2021. Er führte aus, bei der Untersuchung sei im Bereich der Schulter ein Abstand von 4 cm zwischen Kinn und Jugulum festgestellt worden. Zudem beständen eine schmerzhafte Einschränkung der Rotation beidseits, eine geringe Einschränkung der Seitneige beidseits, und es sei eine schmerzhafte Reklination der HWS festgestellt worden (S. 12 oben).

Die von Dr. F.____ vordergründig als Verschlechterung geltend gemachten Beschwerden würden sich im Aktenvergleich mehrheitlich auf die vorgetragene subjektiven Beschwerden beziehen. Klinisch funktionell betrage der Kinn-Jugulum-Abstand aktuell zirka 4 cm, während dieser zum Zeitpunkt der RAD-Untersuchung im April 2017 deutlich schlechter mit 6/18 cm angegeben worden sei bei gleichzeitiger Einschränkung der Rotation und Seitneige. In jenem Bericht sei wie im aktuellen Bericht vom Juni 2021 erwähnt

worden, dass die Beschwerdeführerin eine deutliche Abschwächung der Kraft in der K ennmuskulatur der oberen und unteren Extremitäten zeige. Die als neu beschriebene Anterolisthesis C6/7 habe Dr. A.____ mindestens seit 2018 erwähnt. Objektiv bestehe keine wesentliche Verschlechterung seit August 2019. 4.7

Dr. D.____ nahm am 4. Dezember 2021 (Urk. 6/252) Stellung zum Gutachten von Dr. Y.____. Er gab an, der Vater der Beschwerdeführerin habe schon vor der Geburt und bis ins Erwachsenenalter der Patientin an einer chronischen Alkoholsucht gelitten mit regelmässig schwersten Gewaltexzessen (S. 1 Ziff. 1). Dr. Y.____ habe auf S. 15 des Gutachtens eine nur leichtgradig gestörte Aufmerksamkeit und Konzentration beschrieben. Diesbezüglich bestehe ein Widerspruch zu den Aussagen von Zuständen einer Lähmung und eines psychischen Zusammenbruchs, die sich nicht nur bei der Hausärztin, sondern während des ganzen Krankheitsgeschehens in Form von Retraumatisierungen ergeben hätten (S. 1 Ziff. 2).

Dr. Y.____ stelle die Diagnose einer rezidivierenden Depression mittelgradigen Ausmasses. Die Diagnose stehe jedoch in Widerspruch zu seiner Aussage einer seit April 2015 durchgehend vorhandenen depressiven Symptomatik, welche überwiegend wahrscheinlich anzunehmen sei. Die Depression sei nicht rezidivierend, sondern chronisch. Dr. D.____

beharrt sodann auf einem hohen Schweregrad der Depression (S. 2 Ziff. 3). Aufgrund der beschriebenen Befunde und der Dynamik der Krankheit sei der Unterschied zwischen der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf und in einer angepassten Tätigkeit sodann in keiner Weise nachvollziehbar (S. 2 Ziff. 4). 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.2

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, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweiselastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). 5.3

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). 5.4

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 ihrer zumutbaren Tätigkeit bei ausgeglichener 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). 5.5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn

55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.6

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1 mit Hinweis).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein Invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und

beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

6.

E. 3.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 1. April 2015 (Urk. 6/66) neu von zervikalen Schmerzen. Die Halswirbelsäule (HWS) sei in der Inklination und Reklination eingeschränkt, und es bestünden Einschränkungen der Rotation beidseits. Dr. A.____ attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 3.3

Dr. A.____ führte in einem Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 11. August 2015 (Urk. 6/93/59) alle von ihm seit Beginn der Behandlung attestierten Arbeitsunfähigkeiten auf: 100 %

vom 10. Oktober 2012 bis 2. Januar 2013, 60 %

am 3. Januar 2013, 100 % vom 4. Januar bis 30. Oktober 2013, 70 % vom 1. November bis 10. Dezember 2013, 50 %

vom 10. Februar bis 28. März 2014, 60 % vom 29. März 2014 bis 31. März 2015 sowie 100 %

vom 1. April bis 29. September 2015 .

E. 3.4

Dr. A.____ attestierte im Bericht vom 8. Januar 2016 (Urk. 6/106) eine Arbeitsfähigkeit von 20-30 % .

E. 3.5

Nach durchgeführter Magnetresonanz- und CT-Abklärung führte Dr. A.____ im Bericht vom 28. April 2016 (Urk. 6/115) aus, klinisch habe die Beschwerde führe rin chronifizierte Nacken-/Schulterschmerzen beidseits. Morphologisch sei die Spondylodese C4/5 und C5/6 durchgebaut, und es lägen keine Hinweise für eine persistierende Neurokompression vor ,

ausser der grenzwertigen Einengung des Neuroforamens C6/7 links. Aus chirurgischer Sicht könne die Situation für die Beschwerdeführerin nicht verbessert werden. Bis zur nächsten klinischen Kontrolle im Oktober bestehe eine 25%ige Arbeitsfähigkeit.

E. 3.6

PD Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie, führte im Bericht vom 7. Oktober 2016 (Urk. 6/127) aus, bei der Beschwerdeführerin liege ein komplexes zervikobrachiales sowie linksbetontes lumbovertebrales und -spondylogenes

Schmerzsyndrom nach mehreren wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen vor. Gegenwärtig bestünden anamnestisch und klinisch keine Hinweise auf eine relevante radikuläre Problematik oder ein myeläres Syndrom. Im Vordergrund stünden muskuloskelettale Mechanismen (S. 1). Die Arbeitsfähigkeit sei auf 25 % zu schätzen. Hauptsächlich ein schränkend würden sich derzeit die nuchalen und lumbal linksbetonten Schmerzen auswirken, die nach spätestens dreissig Minuten Sitzen in unveränderter Stellung manifest würden. Die 25 % seien realistisch, sofern sich die Beschwerdeführerin selber einteilen könne, was glücklicherweise aufgrund ihrer selbständigen Tätigkeit möglich sei (S. 2).

E. 3.7

Dr. med. C.____, Facharzt für Anästhesiologie und für Intensivmedizin, führte im Bericht vom 30. September 2016 (Urk. 8/129) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 2. August 2016 (Ziff. 1.2) und nannte als Diagnosen eine chronische Lumboischialgie linksseitig sowie ein chronisches Nacken-/Schulter-/

Armsyndrom linksseitig (Ziff. 1.1). Eine Prognose könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgegeben werden (Ziff. 1.4). Die körperliche Belastbarkeit sei durch oben angegebenes Schmerzsyndrom deutlich eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei in einem Teilpensum von 40 % zumutbar. Es bestehe eine deutlich verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms (Ziff. 1.7).

E. 3.8

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 13. Januar 2017 (Urk. 8/134) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 6. September 2016 (Ziff. 1.2). Er nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Depression schweren Grades mit präpsychotischer Desorientierung, Panikstörung und sozialer Isolierung bei einem Rückzugsverhalten (ICD-10 F33.3) und chronische Beschwerden der LWS und der HWS (Ziff. 1.1).

Dr. D.____ führte weiter aus, der hohe Schweregrad der Depression ergebe sich einerseits reaktiv aufgrund der tiefgreifenden, für die Beschwerdeführerin in diesem Ausmass nicht fassbaren psychischen Erschütterung und totaler Verwirrung (Desorientierung) durch die somatischen Erkrankungen, andererseits durch Persönlichkeitsanteile tiefster psychischer Entleerung und Sinnlosigkeit mit imperativem Abwehrverhalten zwanghaften hyperaktiven Verhaltens und überhöhten Ansprüchen an die eigene Autonomie. In solch pathologischer und überhöhter Ansprüchlichkeit

sei die Patientin Opfer ihrer eigenen Zwänge. Im jetzigen Zeitpunkt und auf weiterhin sei sie vom psychiatrischen Gesichtspunkt aus zu 100 % arbeitsunfähig. Wegen der hohen Bedeutung autonomer Aktivität könne die Beschwerdeführerin, falls es das Krankheitsgeschehen zulasse, probatorisch zu 25 % Arbeitsversuche unternehmen. Falls von der Sozialversicherung weitere Abklärungen gefordert seien, empfehle sich eine

polydisziplinäre Abklärung (Ziff. 1.11).

E. 3.9

Die Beschwerdeführerin veranlasste

eine orthopädische Untersuchung der Beschwerdeführerin durch ihren RAD. Med. pract. E.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Untersuchungsbericht vom 13. April 2017 (Urk. 8/143) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung der LWS bei Status nach Spondylodese L4/S1 (im MRI epifusionale Degenerationen) sowie eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung der HWS bei Status nach Spondylodese C4/5 und C5/6 am 29. Juni 2015. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Status nach Pericarditis und Spreizfüsse mit Hallux valgus (S. 8 Ziff. 8).

Die RAD-Ärztin führte weiter aus, in der Zusammenschau aller vorliegenden Befunde sei festzustellen, dass zirka im April 2015 neu ein Schmerzsyndrom des rechten Armes aufgetreten sei. Dr. A.____ habe daraufhin die Indikation zur Operation gestellt und am 11. August 2015 feststellen können, dass die rechts seitigen Armschmerzen abgeklungen seien. Dies sei auch weiterhin der Fall. Es bestünden keine Schmerzen in den Armen und keine wesentlichen Schmerzen der HWS bei der Bewegungsprüfung. Die HWS sei in ihrer Beweglichkeit insbesondere für die Seitneigung eingeschränkt. Die Reklination sei frei, und es bestehe eine mässige Inklinationseinschränkung (S. 9 unten). Hinweise auf radikuläre Symptome der HWS würden sich aktenkundig mindestens seit August 2015 und auch bei der heutigen Untersuchung nicht finden (S. 9 f.). Im Bereich der LWS fänden sich ebenfalls keine radikulären Symptome. Die Zeichen nach Lasègue und Bragard seien negativ, motorische Ausfälle bestünden nicht. Einzig im Einbeinstand links bestehe eine leichte Unsicherheit. Die bei der Untersuchung demonstrierten Kraftverluste im linken Arm und linken Bein seien nicht objektivierbar. Es fänden sich keine wesentlichen Umfangsdifferenzen an Armen und Beinen. Es würden Inkonsistenzen bestehen. Während im Liegen bei der Kraftprüfung eine fast vollständige Parese der Fussheber und -senker links bestehe, sei der Zehen- und Fersenstand mit Last des Körpergewichts möglich. Ebenso sei die Funktion der linken Hand im spontanen Verhalten ungestört.

Es sei insbesondere darauf hin zuweisen, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, ihre Schmerzmedikation am Tag der Untersuchung vergessen zu haben. Die Untersuchungsbefunde hätten also ohne Einfluss von Schmerzmitteln erhoben werden können. Gegenüber dem von Dr. Z.____ im Gutachten vom 28. August 2014 erhobenen Befund sei eine deutliche Besserung der LWS-Beweglichkeit eingetreten. Während Dr. Z.____ eine Bewegungseinschränkung von 2/3 in allen Ebenen festgestellt habe, fänden sich heute nur noch mässige Einschränkungen. Im Bereich der HWS bestünden Einschränkungen der Beweglichkeit, die zum Zeitpunkt des Gutachtens nicht vorgelegen hätten, die jedoch keine schwerwiegende Funktionsminderung nach sich ziehen würden. Hinweise auf neurologische Ausfälle fänden sich weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten (S. 10 oben). Aus medizinischer Sicht könne angenommen werden, dass mit Beginn der HWS-Beschwerden im April 2015 bis zur Nachbehandlung der Operation eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Am 30. September 2015 bestehe aktenkundig im Wesentlichen bereits der heutige Befund, die Röntgenkontrolle des Operationsergebnisses sei regelrecht gewesen (S. 10 Mitte).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht wäre anhand der heutigen Untersuchung und anhand der Aktenlage eine stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten ab dem 1. Oktober 2015 bis sechs Monate postoperativ möglich gewesen. Aufgrund der weiterhin bestehenden Degenerationen der HWS und LWS und aufgrund der Spondylodese in mehreren Abschnitten der Wirbelsäule könne von einem erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf auch bei angepasster Tätigkeit von einer halben Stunde pro Halbtage ausgegangen werden. Damit ergebe sich aus versicherungsmedizinischer Sicht: Beginn der stufenweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit am 1. Oktober 2015 mit 30 % bis zu einer Arbeitsfähigkeit von 85 % angepasst ab dem 1. Januar 2016. Zur Prognose sei festzustellen, dass die derzeit geklagten nächtlichen Beschwerden aus medizinischer Sicht unspezifisch seien. Hinweise auf eine klinische Relevanz der im MRI beschriebenen Spinalstenose L2/3 würden sich nicht finden. Daher sei nicht zu erwarten, dass eine operative Verlängerung der lumbalen Spondylodese bis L2 oder eine zweite Spondylodese L2/3 zu einer Besserung des Beschwerdebildes oder der Funktion der LWS führen werde. Anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung sei ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (S. 10 unten). In angepasster Tätigkeit mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende schultergürtelbelastende Arbeiten sei eine 85%ige Arbeitsfähigkeit seit 1. Januar 2016 gegeben (S. 11 oben).

E. 3.10

Dr. A.____ führte im Bericht vom 23. November 2017 (Urk. 8/171) aus, nach den Angaben der Beschwerdeführerin hätten sich die Beschwerden etwas beruhigt. Die Wirbelsäule sei in der Inklination eingeschränkt, der Finger-Boden-Abstand betrage 20 cm und beim Aufrichten führe die Beschwerdeführerin wegen der Schmerzprovokation eine Ausweichbewegung aus. Die Seitneigung sei beschwerdefrei.

4. 4.1

Dr. A.____ nannte im Bericht vom 26. April 2019 (Urk. 6/194) als Diagnosen ein zervikales Schmerzsyndrom bei beginnender Degeneration C6/7 mit Anterolisthese

C6 auf C7 ,

einen Status nach Spondylodese C4/5 und C5/6 am 29. Juni 2015 mit Spinalkanalstenosen C4/5 und C5/6, ein lumbales Schmerzsyndrom bei zunehmender Segmentdegeneration L2/3 und einen Status nach Spondylodese L4 bis S1 am 13. Juni 2013.

Die Wirbelsäule sei in der Inklination eingeschränkt mit einem Finger-Boden-Abstand von 20 cm, einem Aufrichte- und einem deutlichen Reklinationsschmerz . Die Sensomotorik der unteren Extremitäten sei erhalten. Bezüglich der Röntgenbefunde bestehe im Vergleich zu den Voraufnahmen von 2014 eine zunehmende Segmentdegeneration bei L5/2 mit Reposition von L2 auf L3. 4.2

Dr. A.____ antwortete im Bericht vom 14. August 2019 (Urk. 6/209/3-4) auf die Fragen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin. Er führte aus, anamnestisch habe die Beschwerdeführerin über eine Zunahme der Rückenschmerzen mit zunehmenden Beschwerden in die Beine berichtet. Früher hätten Phasen mit weniger Schmerzen bestanden, während jetzt ein Dauerschmerz vorliege . Demzufolge sei rein subjektiv eine

Verschlimmerung der Rückenschmerzen aufgetreten. Morphologisch liege eine deutliche Zunahme der Segmentdegeneration bei L2/3 vor. Im Vergleich zu einer früheren Aufklärung zeigten die neuen Bilder vom 12. Juli 2019 nicht nur eine progrediente Einengung des Spinalkanals, sondern eindeutig Modic-Veränderungen Typ 1 des Bandscheibenfaches L2/3. Modic-Veränderungen Typ 1 seien hoch assoziiert mit Rückenschmerzen. Er gehe davon aus, dass die zunehmende Degeneration L2/3 mit jetzt nachgewiesenen Modic-Veränderungen und einer deutlichen Spinalkanalstenose ursächlich für die zunehmenden Rücken- und Beinschmerzen seien (S. 1 Ziff. 1). 4.3

RAD-Ärztin E. ___ nahm am 27. September 2019 (Urk. 6/242 S. 6) Stellung zu den neuen medizinischen Berichten. Sie führte aus, die Beschwerdeführerin leide inzwischen an Dauerschmerzen. Der letzte Bericht von Dr. A. ___ enthalte keinen klinischen Untersuchungsbefund mit Angaben zur Funktion der Wirbelsäule. Nach dessen Angaben seien die Modic-Veränderungen Typ 1 im MRI hochgradig mit Schmerzen assoziiert und diese objektivierten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. In der MRT-Diagnostik degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen würden die sogenannten high intensity

zone und

die Modic-Veränderungen (besonders Modic II) als spezifisch schmerzkorreliert angesehen. Eine 100%ige Korrelation mit Schmerzen bestehe

bei den genannten Veränderungen aber nicht. Die Datenlage sei uneinheitlich. Die genannten Veränderungen könnten auch ohne entsprechende Symptomatik vorliegen. Die klinische Relevanz der degenerativen Veränderungen nach Modic sei gering (S. 6 oben).

Der

im Bericht von Dr. med. F. ___, Fachärztin für Anästhesiologie, und Prof. Dr. med. G. ___, Facharzt für Anästhesiologie, Chefarzt, Spital H. ___, vom 20. September 2019 (vgl. Urk. 6/209/5-11) wiedergegebene Befund der Wirbelsäule unterscheidet sich kaum vom RAD-Untersuchungsbericht vom April 2017. Dem Bericht vom 20. September 2019 sei in Anteilen sogar eine verbesserte Beweglichkeit der Wirbelsäule zu entnehmen. Zum Beispiel werde neu ein Fingerbodenabstand von zirka 10 cm dokumentiert, während bei der RAD-Untersuchung 35 cm gemessen worden seien. Dem Bericht vom 20. September 2019 sei daher keine wesentliche Verschlechterung zu entnehmen, die eine Neubeurteilung des Sachverhaltes auf orthopädisch/rheumatologischem Fachgebiet erfordern würde. Die im Bericht dokumentierte Schwäche des linken Beines mit einer Unsicherheit im Einbeinstand habe ebenfalls schon zum Zeitpunkt der Untersuchung durch die RAD-Ärztin bestanden. Dies sei in der Beurteilung des Belastbarkeitsprofils berücksichtigt worden (S. 6 Mitte).

4.4

4.4.1

Dr. Y. ___ erstattete am 30. Dezember 2020 (Urk. 6/229/1-22) gestützt auf die Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 26. November 2020 (S. 2 Ziff. 1.1) und die dem Gutachter zur Verfügung gestellten Akten das psychiatrische Gutachten.

Der Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass die Situation schwierig sei. Sie sei eigentlich eine sehr aktive Mensch. Aufgrund der Beschwerden am Rücken könne sie aber fast nicht mehr Autofahren und müsse während der Fahrt alle 20 Minuten eine Pause einlegen. Bei den Gesprächen mit Kunden müsse sie auch längere Zeit

sitzen (S. 7 Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

PD Dr. B.____

stellte

im Oktober 2016

von somatischer Seite

ein komplexes zervikobrachiales sowie linksbetontes lumbovertebrales und -
spondylogenes Schmerzsyndrom nach mehreren wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen fest
(E. 3.6 hiervor). Med. pract . E.____ nannte im Bericht vom 13. April 2017 als Diagnosen
mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung
der LWS bei Status nach Spondylodese L4/S1 sowie eine Bewegungs- und
Belastungseinschränkung der HWS bei Status nach Spondylodese C4/5 und C5/6. Die
RAD-Ärztin kam zur Einschätzung, dass die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit
ab dem 1. Oktober 2015 30 %

betrug und diese

per

1. Januar 2016 auf

85 %

gesteigert werden konnte (E. 3.9).

Im Nachgang zum Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. Januar 2019 (vgl. Urk. 6/191 S. 24
E. 5) wurde

der psychiatrische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergänzend abgeklärt .

Dr. Y.____

nannte im psychiatrischen Gutachten vom 30. Dezember 2020 als Diagnosen eine
rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig, eine anhaltende somatoforme
Schmerzstörung und akzentuierte Persönlichkeitszüge (vorstehend E. 4.4.2). Der Gutachter
gab zur Arbeitsfähigkeit an, dass in der angestammten Tätigkeit seit Januar 2016 eine
Arbeitsunfähigkeit von 70 %

bestehe. Für eine angepasste Tätigkeit im kaufmännischen Bereich attestierte er dagegen eine
Arbeitsfähigkeit von 70 % , die nach der Einarbeitung auf 80 % gesteigert werden
könne (E. 4.4.4).

E. 6.2

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____

vom 30. Dezember 2020 beruht auf der persönlichen Untersuchung der
Beschwerdeführerin vom 26. November 2020 und erweist sich für die streitigen Belange
als umfassend. Der Gutachter trug

den geklagten Beschwerden

sodann ausreichend Rechnung, und das Gutachten wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den massgeblichen

Vorakten erstellt.

Dr. Y.____ legte ausgehend

von einer mittelschweren depressiven Symptomatik mit somatischem Syndrom (E. 4.4.3)

nachvollziehbar dar, dass in der angestammten, selbständigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % beziehungsweise eine Arbeitsfähigkeit von noch 30 % besteht. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit ist dagegen

von einer höheren zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % und nach der Einarbeitung in die neue Tätigkeit

gar von 80 % auszugehen

(E. 4.4.4 hiervor). Zunächst vermag zu überzeugen, dass

nach der Einschätzung durch Dr. Y.____

für eine eher einfache Tätigkeit im kaufmännischen Bereich mit einer klaren, übersichtlichen Aufgabenstellung trotz der erwähnten depressiven Symptomatik eine höhere zumutbare Arbeitsfähigkeit als in der selbständigen Erwerbstätigkeit besteht. Der Gutachter wies weiter

darauf hin, dass der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit Arbeiten wie die Durchführung von Verkaufsverhandlungen, die Erstellung von Offerten und die Organisation der Lagerhaltung möglich sind und sie zudem

längere Strecken mit dem Auto fahren kann, was eine zumindest durchschnittliche Aufmerksamkeit und Konzentration

erfordert (E. 4.4.2). Dass die depressiven und somatoformen Symptome in einer angepassten Tätigkeit gemäss Gutachten keine (quantitative) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

zur Folge hätten, wie die Beschwerdeführerin vorbrachte (Urk. 1 S. 9 oben), trifft nicht zu. Die Einschränkung

kommt darin zum Ausdruck, dass der Gutachter für eine solche Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und 80 % anstelle einer vollen Arbeitsfähigkeit attestierte.

Dr. D.____

kodierte die von ihm im Bericht vom 13. Januar 2017 als

chronische Depression schweren Grades

bezeichnete psychische Störung

mit ICD-10 F33.3 (E. 3. 8 hiervor). Die Diagnose entspricht nach ICD-10 einer rezidivierenden depressiven Störung bei gegenwärtig schwerer Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl., S. 180). Nachdem Dr. D.____

also selber eine rezidivierende depressive Störung diagnostizierte,

braucht entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht weiter auf die Unterscheidung zwischen einer rezidivierenden depressiven Störung oder einer chronischen Depression eingegangen werden (vgl. Urk. 1 S. 9 Mitte).

Das Gutachten vermag somit

auch bezüglich der

Darlegung der medizinischen Situation und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter

zu überzeugen. Es erfüllt daher die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. E. 5.1), so dass darauf abgestellt werden kann. Auf eine erneute psychiatrische Begutachtung (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 9b) ist daher zu verzichten.

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin eröffnete die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG per 1. April 2015 neu (Urk. 2 Verfügungsteil 2 S. 1 oben).

Tritt nach einem wesentlichen Unterbruch wieder eine Arbeitsunfähigkeit (von wenigstens 20 %) ein, so beginnt die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG neu zu laufen, ohne Anrechnung der bis zum wesentlichen Unterbruch bereits zurückgelegten Perioden von Arbeitsunfähigkeit. Von dieser Regel macht Art. 29 bis IVV unter den dort umschriebenen Voraussetzungen eine Ausnahme (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, S. 303 f. Rz 35 zu Art. 28): Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet (Art. 29 bis IVV).

Grundlage für die Zusprache einer befristeten Rente vom 1. Oktober 2013 bis 30. April 2014 bildeten einzig die Beschwerden an der LWS nach mehreren operativen Eingriffen (vgl. das Gutachten von Dr. Z.____ vom 28. August 2014, E. 3.1). Entgegen der Beschwerdeführerin lässt sich daher nicht sagen, dass die ab dem 1. April 2015 zu prüfenden psychischen Beschwerden und die gemäss Dr. A.____

ebenfalls seit April 2015

bestehenden zervikalen Beschwerden (E. 3.2) auf dasselbe Leiden im Sinne von Art. 29 bis IVV zurückzuführen wären. Dies gilt umso mehr, nachdem sich die Beschwerden an der LWS gemäss dem Untersuchungsbericht von med. pract. E.____ vom 13. April 2017 im Vergleich mit dem Gutachten von Dr. Z.____

sogar verbessert haben (E. 3.9 hiervor). Nachdem die Voraussetzungen nach Art. 29 bis IVV nicht erfüllt sind, hat die Beschwerdegegnerin die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 2 lit. b IVG zu Recht per 1. April 2015 neu eröffnet.

E. 6.4

Med. pract. E.____ wies in der Stellungnahme vom 27. September 2019 darauf hin, dass die von Dr. A.____

beschriebenen

Modic -Veränderungen Typ I des Bandscheibenfaches L2/3 (vgl. E. 4.2)

auch ohne eine entsprechende Schmerzsymptomatik vorliegen können und die klinische Relevanz von degenerativen Veränderungen nach Modic gering ist. Dies spricht gegen eine gesundheitliche Verschlechterung der somatischen Beschwerden seit dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. Januar 2019. Eine Verschlechterung lässt sich auch dem Bericht von Dr. F.____ und Prof. G.____ vom 20. September 2019 nicht entnehmen. So wurden im Bericht von med. pract. E.____ vom 13. April 2017 und jenem vom 20. September 2019 weitgehend identische Befunde bei einer neu sogar verbesserten Beweglichkeit der Wirbelsäule beschrieben (E. 4.3 hiervor). Auf die Stellungnahme des RAD vom 27. September 2019 kann abgestellt werden.

Der Bericht von Dr. F.____ vom 20. Juni 2021 lässt gemäss Dr. J.____ ebenfalls nicht auf eine gesundheitliche Verschlechterung schliessen, nachdem Dr. A.____

bereits 2018 eine Anterolisthese bei C6/7

beschrieben hatte (vgl. Urk. 6/182, E. 4.6). Gestützt auf die Stellungnahmen des RAD ist aus somatischer Sicht für eine angepasste Tätigkeit nach wie vor von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 85 %

auszugehen.

E. 6.5

Die Beschwerdegegnerin führte am 12. August 2021 eine Ressourcenprüfung durch und gelangte für eine angepasste Tätigkeit zur Einschätzung einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % (Urk. 6/242 S. 12 f.).

Gemäss Gutachter

Dr. Y.____ kann die Beschwerdeführerin längere Strecken mit dem Auto fahren, Verkaufsverhandlungen durchführen und die Lagerhaltung organisieren.

Der Gutachter beschrieb zwar eine depressive Symptomatik mit einer traurigen Verstimmung, dem Verlust an Interessen, Freudlosigkeit, einer Störung des psychomotorischen Antriebs, einer geringen affektiven Modulation und

negativen Zukunftsperspektiven. Er hielt jedoch auch fest, dass die von Dr. D.____

erwähnten präpsychotischen oder psychotischen Symptome bei der Begutachtung nicht festgestellt werden konnten (E. 4.4.2 und 4.4.3 hiervor). Die diagnostisch relevanten Befunde erweisen sich somit

gesamthaft als leicht bis mittelgradig eingeschränkt.

Dr. Y.____ gab weiter an, dass aus therapeutischer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten bestehen, wie eine Intensivierung der medikamentösen Therapie oder eine stationäre Behandlung

(E. 4.4.4). Im Falle der Intensivierung der aktuellen Therapie kann daher grundsätzlich mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gerechnet werden. Als Komorbidität besteht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Dr. Y.____

gab hierzu jedoch an, dass die Schmerzwarnnehmung und die Schmerzäußerungen keine besondere Rolle spielen würden (E. 4.4.4).

Der Komplex «Gesundheitsschädigung» erweist sich daher als höchstens mittelgradig ausgeprägt.

Von sozialer Seite bestehen gewisse Kontakte zum Sohn und zum ersten Ehemann der Beschwerdeführerin sowie nach

ihren Angaben zu zwei Freundinnen und einer Kollegin (E. 4.4.1 und 4.4.3). Die Beschwerdeführerin ist somit nicht völlig isoliert. Bezüglich der Konsistenz bestehen keine Auffälligkeiten (vorstehend E. 4.4.3). Nach Prüfung der Standardindikatoren ist für eine behinderungsangepasste Tätigkeit daher von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. Da die Arbeitsfähigkeit

auf ein Pensum von 80 % gesteigert werden kann, kann die von med. pract. E. ____

von somatischer Seite attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der von Dr. Y. ____ attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 %

als miterfasst gelten. Mit der Beschwerdegegnerin ist für eine angepasste Tätigkeit daher von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen.

E. 6.6

Nach der Rechtsprechung ist für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer Teilerwerbsfähigkeit abzustellen. Diese ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1). Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund des fortgeschrittenen Alters ist erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realisiertem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts 9C_712/2017 vom 12. Januar 2018 E. 4.2.2 und 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.1.1). Die Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund fortgeschrittenen Alters bleibt nach der Rechtsprechung in der Regel eine Ausnahme (Marco Weiss, Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters - Rechtsprechungstendenzen, SZS 2018, S. 630 ff., S. 640 unten).

Für die Prüfung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist

der Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens von Dr. Y. ____

im Dezember 2020 heranzuziehen.

Die Beschwerdeführerin war damals 62 Jahre alt. Massgebend ist sodann,

dass die Beschwerdeführerin bis zuletzt in der angestammten selbständigen Tätigkeit

gearbeitet hat. Da kein Unterbruch der Erwerbstätigkeit vorliegt, kann ihr der Wechsel in eine gegenüber der angestammten Tätigkeit einfachere kaufmännische Tätigkeit trotz ihres Alters

zugemutet werden. Für die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit spricht auch die relativ hohe attestierte zumutbare Arbeitsfähigkeit von 70 %

sowie der Umstand, dass die Beschwerdeführerin über eine vielfältige Berufserfahrung in unterschiedlichen Branchen verfügt (vgl. Urk. 1

S. 6 unten). Das Bundesgericht bejahte etwa die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei einem zum massgebenden Zeitpunkt 61-jährigen Versicherten, der über eine Ausbildung zum Elektromonteur verfügte (Urteil des Bundesgerichts 9C_124/2010 vom 21. September 2010 E. 5.3). Trotz des Alters der Beschwerdeführerin ist daher von der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen.

E. 6.7

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

Die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin

ermittelte im Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende

vom 22. Oktober 2014 für die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin

gestützt auf die Daten der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2010

(LSE 2010 Tabelle T1 Ziff. 47 [Detailhandel], Anforderungsniveau 1+2)

und angepasst an die Lohnentwicklung bis 2013 ein Valideneinkommen

von

Fr. 68'560.-- (Urk. 6/42 S. 8 Ziff. 4). Das so ermittelte Einkommen passte die Beschwerdeführerin im Feststellungsblatt vom 8. November 2021 an die Lohnentwicklung des Jahres

2016 an, wobei sie ein Valideneinkommen von Fr. 70'149.--

errechnete (Urk. 6/241 S. 1).

Da ein Rentenanspruch ab dem

1. April 2016 zu prüfen ist, ergibt sich

angepasst an die Nominallohnentwicklung für 2016 ein Einkommen von Fr. 70'139.-- (Fr. 68'560.-- : 2648 x 2709, Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallohne, 2010-2020 [3/3] T39). Das ermittelte Einkommen liegt über dem von der Beschwerdeführerin im Jahr 2010 erwirtschafteten Gewinn von Fr. 62'196 (Urk. 6/42 S. 7 oben), worauf alternativ ebenfalls hätte abgestellt werden können. Das ermittelte Valideneinkommen

ist damit nicht zu bestanden und erweist sich als grosszügig bemessen. Es ist mit

Fr. 70'139.-- zu veranschlagen.

Das Invalideneinkommen ist ebenfalls anhand von Tabellenlöhnen zu bestimmen. Gemäss LSE 2016 Tabelle TA1_tirage_sill_level

hätte die Beschwerdeführerin 2016 in einer Hilfsarbeit (Anforderungsniveau 1) bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ein Einkommen von Fr. 3'054.-- (Fr. 4'363.-- x 0.7) erwirtschaften können. Der verwendete Tabellenlohn umfasst bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2017 vom 7.

August 2017 E. 4.2.2). Nachdem der Beschwerdeführerin eine einfache kaufmännische Tätigkeit mit einem Arbeitspensum von 70 %

zugemutet werden kann, scheidet ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn aus. Damit resultiert bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2016 ein Einkommen von

Fr. 38'207.-- (Fr. 4'363 x.

E. 6.8

Zusammenfassend besteht ab dem 1. April 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 46 % Anspruch auf eine Viertelsrente . Die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2022 erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- festzulegen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grieder-Martens Brugger

E. 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). 2.

E. 10

unten). Die Beschwerdeführerin könne Lasten bis 10 kg heben oder tragen, was einem leichten Belastungsprofil entspreche (S. 41

oben).

E. 12

: 40 x 41.7 x 0.7). Vergleicht man das Validen einkommen von Fr. 70'139.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 38'207.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 31'932.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 46 % entspricht.

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