

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/387 vom 15. April 2016

Sg Versicherungsgericht, 2016-04-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_387

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/387 du 15 avril 2016

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/387 del 15 aprile 2016

Regeste

Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG: Abstellen auf ein medizinisches Gutachten, das in den wesentlichen Punkten (insbesondere der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit) mit den übrigen Akten übereinstimmt. Qualifikation der Beschwerdeführerin als vollerwerbstätig, da sie an zwei Arbeitsstellen jeweils längere Zeit vollzeitlich arbeitete. Valideneinkommen: Das letzte vor Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen ist nicht massgebend, da die Beschwerdeführerin noch vor Eintritt der Invalidität eine zusätzliche Ausbildung abschloss, aufgrund derer sie an der aktuellen Stelle ohne gesundheitliche Einschränkung (bei Vollzeitpensum) ein bedeutend höheres Einkommen erzielen könnte als an der vor Eintritt der Invalidität innegehabten Stelle (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. April 2016, IV 2014/387).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streit- und Anfechtungsgegenstand (vgl. dazu BGE 125 V 414 f. E. 1, 2a und 2b) des vorliegenden Verfahrens bildet das mit Verfügung vom 11. Juli 2014 abgewiesene Rentenbegehren. Die richterliche Überprüfung einer Verwaltungsverfügung ist grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung eingetretenen Sachverhalt beschränkt (BGE 131 V 243 E. 2.1; BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). Die am 18. Februar 2016 (act. G 15) eingegangenen medizinischen Unterlagen (act. 15.1-4) gehören daher nicht zum im vorliegenden Verfahren massgeblichen Sachverhalt und können nur berücksichtigt werden, soweit sie sich auf den zurückliegenden relevanten Zeitraum beziehen. 1.2 Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) definiert Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Unter Erwerbsunfähigkeit versteht das Gesetz den durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachten Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.3 Voraussetzung einer invalidisierenden Gesundheitseinschränkung ist zunächst, dass diese Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 130 V 396; BGE 141 V 285 E. 2.1). Dies bedeutet nicht, dass eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität ist. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass

bestimmt sein (BGE 127 V 298 E. 4c; BGE 136 V 279 S. 281 E. 3.2.1). 1.4 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 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 1.5 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 des Experten begründet sind (BGE 141 V 14 E. 6.3.1; BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Zunächst ist zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt ausreichend abgeklärt ist, insbesondere ob auf das Gutachten des ZMB vom 21. März 2013 abgestellt werden kann.

2.2 Das ZMB-Gutachten hält fest, für die geklagten neurologischen Beschwerden mit Gefühlsstörungen in beiden Beinen könnten neurologisch keine Erklärungen gefunden werden. Es handle sich um pseudoneurologische Phänomene. Die geklagte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule habe bei den nicht orthopädischen und nicht neurologischen Untersuchungen nicht beobachtet werden können. Organisch finde sich kein Substrat, welches die geklagte Bewegungseinschränkung und Schmerzhaftigkeit der Halswirbelsäule erklären könnte (IV-126-42 f.). Rein aufgrund der somatisch erheblichen Befunde seien der Beschwerdeführerin körperlich schwere, insbesondere rückenbelastende Tätigkeiten nach postoperativem Zustand nach Sequesterentfernung nicht mehr zuzumuten. Die Beschwerdeführerin sollte auch nicht in Zwangshaltung arbeiten müssen. Alle übrigen Tätigkeiten könne die Beschwerdeführerin rein somatisch beurteilt ohne jegliche Einschränkung ausüben (IV-act. 126-43). Das dominante Problem der Beschwerdeführerin bestehe in einer erheblichen psychosomatischen Entwicklung. Diese könne man als anhaltende Schmerzstörung bei dominant muskulären Beschwerden vor allem im Rücken diagnostizieren. Diese Entwicklung könne man aber bei pseudoneurologischen Beschwerden, Phänomenen wie einer histrionisch anmutenden Panikstörung mit Zittern, unspezifischen Schwindelzuständen, Übelkeit, Erbrechen und so weiter auch als eine dissoziative Störung bzw. Konversionsstörung diagnostizieren. Aufgrund der chronischen, auch somatisch bedingten Schmerzproblematik bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Hiervon seien 40 % psychosomatisch und 10 % somatisch bedingt (IV-act. 126-43). 2.3 Die somatische Beurteilung der Gutachter stimmt im Wesentlichen mit derjenigen der Klinik Valens überein: Diese hatte am 2. November 2009 berichtet, es hätten sich im Jobmatch vor allem Defizite bei der lumbalen Stabilisationsfähigkeit und bei vorgeneigten Positionen gezeigt. Die aktuelle Belastbarkeit liege im Bereich einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit. Arbeiten über Schulterhöhe sowie vorgeneigtes Stehen sollten nur selten vorkommen. Somit sei die bisherige berufliche Tätigkeit als Betreuerin von schwerstbehinderten Menschen im Moment nicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin sei jedoch voll arbeitsfähig für eine andere, leichtere Pflegetätigkeit (IV-act. 36-3). Der RAD nahm am 9. Dezember 2013

Stellung, aus rein somatischer Sicht könne vollumfänglich auf die entsprechenden Teilgutachten des ZMB abgestellt werden. Bei Status nach mikrochirurgischer Sequesterentfernung könnten theoretisch Vernarbungen als Schmerzursache angenommen werden. Zudem liessen sich leichte degenerative Veränderungen feststellen. Für die weiteren geklagten Beschwerden wie Gefühlsstörungen in den Beinen, Flankenschmerzen links sowie Bewegungseinschränkung und Schmerzen der HWS finde sich kein organisches Substrat. Aufgrund dieser Befunde könne eine maximal 10 %ige Arbeitsunfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten (körperlich leichte bis mittelschwere, rückenadaptierte und wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule und ohne repetitive Gewichtsbelastungen von 10 kg oder mehr) bestätigt werden (IV-act. 145-3). Von diesen im Wesentlichen übereinstimmenden fachmedizinischen Beurteilungen weicht jene von Dr. I.____ vom 5. September 2011 ab. Er diagnostizierte ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie Spannungskopfschmerz und zusätzliche Migräneattacken und schätzte die Arbeitsunfähigkeit auch für adaptierte Tätigkeiten auf 50 %. Dies begründete er im Wesentlichen mit dem Vorliegen einer Belastungsinsuffizienz und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber seinem Bericht vom 13. Oktober 2010, wo er noch - wenn überhaupt - eine Arbeitsunfähigkeit auf höchstens 50 % begrenzen wollte (IV-act. 76-2 f.; IV-act. 90). Der RAD beurteilte diese Einschätzung eines verschlechterten Gesundheitszustandes am 29. November 2011 als nicht nachvollziehbar, da die Versicherte seit Februar 2011 in einem 50 %-Pensum die nicht optimal adaptierte Arbeitstätigkeit wieder aufgenommen habe. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit müsste eine ganztägige Arbeitsfähigkeit - gegebenenfalls mit reduzierter Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausen-/Erholungsbedarfs - realisierbar sein; andernfalls sei eine Begutachtung angezeigt, die wie dargelegt durchgeführt wurde (IV-act. 102-3). Für diese Einschätzung spricht auch der Umstand, dass die Hausärztin am 24. Mai 2010 dafür hielt, es sei nach der Operation vom 9. Februar 2010 durch Dr. I.____ wieder derselbe Zustand eingetreten, wie ihn die Klinik Valens beschrieben habe (IV-act. 55). Es erscheint zudem plausibel, dass Dr. I.____ in seine Beurteilung nicht nur organisch nachgewiesene somatische, sondern auch psychogene Beschwerden einbezogen hat, hoffte er doch am 8. Februar 2010 noch, dass sich das Beschwerdebild durch die Operation verbessern lasse und nicht bereits die sekundäre Somatisierung überwiege (IV-act. 55-10). Aus rein somatischer Sicht ist daher auf das ZMB-Gutachten abzustellen und von einer um 10 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten auszugehen.

E. 2.4

2.4.1 Der psychiatrische Gutachter, Dr. L.____, hält fest, die Beschwerdeführerin habe ihre Stimmung als auf und ab gehend, als schwankend zwischen Traurigkeit, Resignation, Verzweiflung und Kämpfenwollen beschrieben. Sie sei einmal traurig, dann wieder eher wütend und frustriert. Objektiv entspreche der Affekt der Selbstbeschreibung. Grundsätzlich werde er getragen von einer eher dominant-depressiven Stimmungslage, einmal im Sinne einer verzweifelten, ernsthaften, dann klagenden Berichterstattung. Immer wieder habe die Beschwerdeführerin Tränen in den Augen, deutlich werde ihre Auflehnung und Frustration über die Erfolglosigkeit aller Therapien. Durchschnittlich könne von einer leichten bis mittelschweren, vorwiegend apathisch gehemmten depressiven Stimmungslage gesprochen werden. An laviert-depressiven Symptomen berichte die Versicherte, dass sie nur mit Seroquel gut schlafen könne. Der Appetit sei wechselnd, sozial habe sie sich zurückgezogen und ihre Hobbys, Turnen und Volleyball, aufgeben müssen. Beim inhaltlichen Denken zeige sich eine deutliche hypochondrische Komponente, die

Beschwerdeführerin äussere Ängste, „durchzudrehen“ oder am liebsten sterben zu wollen, um alle gesundheitlichen, psychologischen und sozialen Probleme, den durch die Schmerzproblematik ausgelösten Druck, auf einen Schlag los zu sein. Aus Ängsten, einem Gefühl des Nicht-mehr-schaffens, meide die Beschwerdeführerin grössere Menschenansammlungen. Auch das Alleinsein bereite ihr Ängste. Sie berichte weiter über Panikattacken, die ein Zittern, Hyperventilieren, ein Schlechtwerden und Bauchschmerzen auslösten. Sie habe Angst, in der Öffentlichkeit ohnmächtig zu Boden zu stürzen und keine Hilfe zu erhalten. Glücklicherweise habe sie jemanden gefunden, der sie ins ZMB begleitet habe (IV-act. 126-36 ff.). Beurteilend hielt der Gutachter fest, in der Lebensgeschichte liessen sich zwei wichtige belastende Faktoren feststellen: Zum einen sei die Beschwerdeführerin als Kind albanischstämmiger und muslimischer serbischer Emigranten in der Schweiz aufgewachsen, habe sich persönlich und kulturell als Schweizerin verstanden und sei damit in Konflikt mit den traditionellen Vorstellungen ihrer Eltern geraten. Sie habe für ihre Eigenständigkeit gekämpft und diese äusserlich erreicht, innerlich bestehe ein gewisser Konflikt zu den Massstäben ihrer Eltern und sie frage sich, ob sich in ihren gesundheitlichen Problemen eine Strafe Gottes manifestiere. Der zweite belastende Moment sei der unvermittelte Tod ihrer Mutter, die im Alter von 43 Jahren auf offener Strasse zusammengebrochen und an einem Herzinfarkt verstorben sei (vgl. dazu IV-act. 126-33). Dies sei zweifellos für die Beschwerdeführerin ein Trauma und auch aktuell habe sie selbst Ängste, irgendwo auf der Strasse umzufallen, keine Hilfe zu erhalten und zu sterben. Der Umstand, dass sie in ihrem gegenwärtigen Leiden ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit eingebüsst habe, belaste sie auf bewusster Ebene stark. Sie sei mit sich selbst unzufrieden, lehne sich gegen ihre Behinderung auf, sei über sich enttäuscht und setze sich unter Druck. Gleichzeitig sei sie aber unbewusst von dieser Situation überfordert und trage Konflikte zwischen Selbständigkeit und Abhängigkeit, zwischen erwarteter Rolle und eigenen Lebensplänen in sich. Dieser unbewusste Konflikt bringe sich in einer deutlichen psychosomatischen Überlagerung möglicherweise somatisch begründbarer Beschwerden zum Ausdruck. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4 [Differenzialdiagnose: dissoziative Störung gemischt, ICD-10: F41.2]) sowie eine Panikstörung (ICD-10: F41.0). In der interdisziplinären Beurteilung wurden zusätzlich histrionisch-akzentuierte Persönlichkeitszüge festgehalten (IV-act. 126-38 und 41). Gesamthaft schätzen die Gutachter die Arbeitsfähigkeit zu 50 % für eingeschränkt (IV-act. 126-43).

2.4.2 Der die Beschwerdeführerin seit 5. Dezember 2012 in der Tagesklinik des Psychiatrie-Zentrums N.____ behandelnde Dr. M.____ berichtete am 1. Oktober (IV-act. 141) bzw. 3. Dezember 2013 (IV-act. 144), aufgrund der depressiven Symptomatik und der wiederholten Schmerzzustände bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die Beschwerdeführerin befinde sich mit der Tätigkeit als Behindertenbetreuerin mit 50 % Pensum an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) vor dem Hintergrund einer familiären Belastungssituation sowie eine aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Dr. M.____ beschreibt eine Störung der Affektivität, Affektarmut und eine deutliche Störung der Vitalgefühle. Die Beschwerdeführerin sei deutlich deprimiert, hoffnungslos, gereizt, innerlich unruhig und ausgeprägt klagsam. Es bestünden Anzeichen für Insuffizienzgefühle und Affektstarrheit und ein sozialer Rückzug (IV-act. 144-2, 3).

2.4.3 Es erscheint fraglich, ob bei dieser Aktenlage als ausgewiesen angenommen werden kann, es liege keine Panikstörung vor, wie

der RAD in den Stellungnahmen 8. Juli 2013 und 9. Dezember 2013 annimmt (IV-act. 135-2, 145-1). Wesentlich erscheint aber, dass sowohl der Gutachter wie auch Dr. M.____ ein im Wesentlichen vergleichbares Zustandsbild im Sinne einer mittelgradigen depressiven Symptomatik in Kombination mit einer gestörten Schmerzverarbeitung beschreiben, wie der RAD am 9. Dezember 2013 festhält, und die Arbeitsunfähigkeit übereinstimmend auf 50 % einschätzen (IV-act. 145-2, 3). Dem ist zu folgen. Nachdem sowohl der psychiatrische Gutachter (Stellungnahme vom 3. Juni 2013, IV-act. 134) als auch Dr. M.____ (IV-act. 144-2) einen relevanten Konsum psychotroper Substanzen verneinen, drängen sich auch keine weiteren Abklärungen auf.

E. 2.5

2.5.1 Rückblickend bezeichneten die Gutachter ihre Beurteilung als seit dem ersten Unfall 2006 geltend (IV-act. 126-44), allerdings ohne dies zu begründen oder auf die Vorakten einzugehen, wie der RAD zu Recht kritisch bemerkte (vgl. IV-act. 135-2). Der RAD führte zum Verlauf aus, die Schmerzen hätten 2006 begonnen. Eine psychische Komponente im Sinne einer Anpassungsstörung sei erst seit Juni 2009 beschrieben. Bei der Anpassungsstörung handle es sich in der Regel um eine leichte Symptomatik. Im Juni 2010 sei erstmals deutlich aus psychiatrischer Sicht der Beginn einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erwähnt worden. Die anhaltende Schmerzstörung habe zu einer zunehmenden depressiven Entwicklung geführt. Seit der Behandlung bei Dr. M.____ ab dem 5. Dezember 2012 sei eine mittelgradige depressive Symptomatik anzunehmen. Seither sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Agogin wie auch in einer angepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 50 % eingeschränkt (IV-act. 145-2 f.).

2.5.2 Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist überwiegend durch dem Fachgebiet der Psychiatrie zuzuordnende Beschwerden eingeschränkt (IV-act. 126-43). In somatischer Hinsicht attestierte die Klinik Valens der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (IV-act. 36-3, Bericht vom 2. Dezember 2009), welche Einschätzung die Gutachter praktisch übernahmen (IV-act. 126-43). Das Psychiatrie-Zentrum N.____ erklärte die Beschwerdeführerin noch im Sommer 2010 aus psychiatrischer Sicht als Agogin zu 100 % arbeitsfähig; einzig wegen orthopädischer Beschwerden (Bandscheibenprolaps) habe an der letzten Arbeitsstelle eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert (IV-act. 64, Berichteingang am 2. Juli 2010; vgl. auch Austrittsbericht des Kantonsspitals Glarus vom 12. Februar 2010, IV-act. 55-5 f.). Ab September 2011 erfolgten verschiedene Abklärungen und Behandlungen (Kopfwehzentrum Klinik S.____ [IV-act. 126-62 ff.], Schmerzzentrum Kantonsspital St. Gallen [IV-act. 126-58 ff.], Behandlung im Spital T.____ wegen dreitägiger Migräneattacke [IV-act. 126-53 ff.], neurologische Abklärung durch Dr. med. U.____ [IV-act. 126-50 f.]). Diese überwiegend somatischen Abklärungen führten zu keiner Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit. Vom 4. Juni bis 13. Juli 2012 wurde sodann nach einer Panikattacke ein längerer Spitalaufenthalt notwendig, wonach eine gestufte Wiederaufnahme der Arbeit im August vorgesehen war (IV-act. 119-3). Indessen schloss sich an den stationären Aufenthalt zunächst eine tagesklinische Behandlung an (vgl. IV-act. 126-45). Seither befindet sich die Beschwerdeführerin in anhaltender psychiatrischer Behandlung, wie aus dem Arztbericht von Dr. M.____ zu schliessen ist (IV-act. 144-2). Die erwartete Besserung trat trotz fortgesetzter Behandlung nicht ein. Das zeigt sich auch daran, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2013 nur noch im Stundenlohn angestellt war und einen Beschäftigungsgrad von knapp 50 % erreichte (vgl. act. G 5.6). In Anbetracht dieses Verlaufes erscheint überwiegend wahrscheinlich, dass die von den Gutachtern geschätzte

Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit 4. Juni 2012 bestand.

E. 3

3.1 Zu beurteilen bleibt die invalidisierende Wirkung der medizinisch festgestellten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. 3.2 Beim Zusammentreffen einer zuverlässig diagnostizierten depressiven Episode oder Störung mit einer Schmerzstörung sind in erster Linie die (fach-) ärztlichen Feststellungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit massgeblich. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob es sich bei der depressiven Problematik um ein vom Schmerzgeschehen losgelöstes selbständiges Leiden von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer handelt. Dazu ist fachärztlicherseits Stellung zu nehmen wie auch zur Bedeutung psychosozialer und soziokultureller Belastungsfaktoren im Kontext (vgl. Urteil 8C_162/2013 vom 17. Juli 2013 E. 4.2). Das Bundesgericht hat die Vermutung, Schmerzsyndrome und vergleichbare psychosomatische Leiden seien überwindbar, in BGE 141 V 381 aufgegeben. Das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell wurde durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 294 f. E. 3.5 f.). Das funktionelle Leistungsvermögen sei anhand von Indikatoren zu beurteilen (BGE 141 V 296 f. E. 4.1 und S. 298 ff., E. 4.3). Diese betreffen den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung (zit. Urteil E. 4.3.1), die Persönlichkeit (zit. Urteil E. 4.1.3 ff.), den sozialen Kontext (zit. Urteil E. 4.3.3) sowie die Konsistenz (zit. Urteil E. 4.4). Der medizinische Gutachter hat das Leistungsvermögen einzuschätzen und dabei den einschlägigen Indikatoren zu folgen. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen in diesem Sinn, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (zit. Urteil, E. 5.2.2. und 5.2.3). 3.3 Hinsichtlich der invalidisierenden Wirkung führt das Gutachten aus, theoretisch könne aufgrund der Anamnese davon ausgegangen werden, dass tatsächlich ein psychischer Konflikt im Hintergrund die Hauptursache der gegenwärtigen psychosomatischen Problematik sei. Die Beschwerdeführerin habe einerseits ein Leben lang für ihre Unabhängigkeit und Loslösung aus ihrem primären kulturellen Umfeld gekämpft. Sie habe sich immer als Schweizerin verstanden und unbedingt ihre Unabhängigkeit verteidigen wollen, womit sie in einen Konflikt zu ihrer Familie gekommen sei. Als weiteres belastendes Moment finde sich der überraschende Todesfall der Mutter im Alter von 43 Jahren; die Beschwerdeführerin sei damals __ Jahre alt gewesen. Auch dieses Ereignis habe nicht adäquat verarbeitet werden können (IV-act. 126-44; vgl. auch IV-act. 126-38 f.). Die Ursachen der psychischen Konfliktverhältnisse werden ausführlich und plausibel begründet. Auch Dr. M. __ vermerkte, die belastende Familiensituation könnte in einem Zusammenhang mit der Schmerzverarbeitung der Beschwerdeführerin stehen (IV-act. 144-3). Gegenüber Dr. J. __ berichtete die Beschwerdeführerin, anders als die restlichen Familienmitglieder „eine Schweizerin sein“ zu wollen. Ergänzend wird in dieser Anamnese festgehalten, die Beschwerdeführerin sei im Alter von 20 Jahren zur Eheschliessung mit einem albanischen Mann gezwungen worden, mit dem sie eine ganz kurze Begegnung gehabt habe. Nach kurzer Zeit habe sie die

Trennung und Scheidung durchgesetzt. Sie lebe jetzt mit ihrem Schweizer Freund zusammen, was ihr Vater jedoch nicht wissen dürfe (IV-act. 119-2, Bericht Psychiatrie Kantonsspital Glarus, Psychiatrie, vom 19. Juli 2012). 3.4 Die schwierige familiäre Situation ist zwar gemäss den medizinischen Gutachten eine wesentliche Ursache dafür gewesen, dass die Beschwerdeführerin erkrankt ist. Dies ändert aber nichts daran, dass sie gemäss den Einschätzungen der Gutachter und der behandelnden Ärzte an einer Krankheit leidet, die eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung auslösen kann. Weil es sich bei der Invalidenversicherung um eine finale Versicherung handelt, ist irrelevant, ob die Gesundheitsbeeinträchtigung die Folge einer Erkrankung, eines Unfalls, einer psychosozialen Belastung oder einer Sucht ist. Massgebend sind vielmehr die Schwere der Gesundheitsbeeinträchtigung respektive deren Auswirkungen. Vorliegend ist die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch eine psychosomatisch bedingte chronische Schmerzsymptomatik beeinträchtigt, für die die Invalidenversicherung grundsätzlich die gesetzlichen Leistungen zu erbringen hat. Die Sachverständigen haben zwar auf eine Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung von der psychosozialen Belastungssituation hingewiesen. Daraus kann für die Prüfung des Rentenbegehrens der Beschwerdeführerin aber nichts abgeleitet werden. Eine psychosoziale Entlastung dürfte zwar die Erkrankung positiv beeinflussen und damit letztlich eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bewirken. Die belastende familiäre Situation der Beschwerdeführerin kann jedoch nicht in dem Sinne beeinflusst werden, als die Gründe für die psychosomatische Problematik durch eine Veränderung in ihrem Leben entfallen könnten. Es besteht lediglich die Möglichkeit einer therapeutischen Aufarbeitung der die Beschwerden verursachenden Konflikte. Der psychiatrische Gutachter führt hierzu aus, es bleibe offen, ob eine vertiefte Psychotherapie mit Aufdeckung der hintergründigen und auch unbewussten Konflikte möglich sei. Generell könne dazu angemerkt werden, dass eine Intensivierung der Therapie auf mindestens eine Sitzung pro Woche indiziert wäre (IV-act. 126-39). Dr. M.____ erwähnt in seinem Bericht vom 3. Dezember 2013, die Beschwerdeführerin habe sich motiviert gezeigt, die psychotherapeutische Behandlung wieder intensiver aufzunehmen. Eine unterstützende antidepressive medikamentöse Therapie wäre aus psychiatrischer Sicht sinnvoll. Jedoch habe die Beschwerdeführerin Schwierigkeiten gehabt, sich auf diese Form der Therapie einzustellen und regelmässig mit starken Nebenwirkungen reagiert und die Medikation jeweils frühzeitig beendet (IV-act. 144-3). In Anbetracht der aktenkundigen, ohne durchschlagenden Erfolg verlaufenen Therapieversuche kann nicht davon ausgegangen werden, die Beschwerden könnten durch eine intensivere Therapie ohne weiteres überwunden werden. Zusammenfassend ist die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund einer psychosomatischen Erkrankung beeinträchtigt, die ihre mögliche Ursache in psychosozialen Belastungsfaktoren findet. Da zur Zeit auch keine schadenmindernde Massnahme in Betracht fällt, die eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit infolge einer psychosozialen Entlastung versprechen würde, kommt der psychosozialen Belastungssituation in diesem Verfahren keine Relevanz zu. Mangels vorhandener Inkonsistenzen in den Angaben der Beschwerdeführerin erscheint insgesamt überwiegend wahrscheinlich, dass das von der Beschwerdeführerin ausgeübte rund 50 %ige Arbeitspensum der Grenze ihrer zumutbaren Leistungsfähigkeit entspricht. Es besteht daher - auch mit Blick auf die neue Rechtsprechung (E. 3.2) - kein Anlass, aus rechtlichen Gründen von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen.

E. 4

4.1 Die angefochtene Verfügung qualifiziert die Beschwerdeführerin als 80 % im Erwerb und 20 % im Haushalt tätig und begründet dies damit, dass die Beschwerdeführerin vor Eintritt der gesundheitlichen Einschränkungen zu 80 % erwerbstätig gewesen sei (IV-act. 166-2). Die Beschwerdeführerin wurde nie ausdrücklich nach dem hypothetischen Arbeitspensum im Gesundheitsfall gefragt. Die Angabe von 80 % bis 90 % im Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (IV-act. 126-59) bezieht sich auf die „nächsten Monate“. Die Beschwerdeführerin war im V.____ vom 1. September 2001 bis zum 31. August 2008 zunächst vollzeitlich beschäftigt. Sie reduzierte ihr Pensum auf den 1. Januar 2005 auf 80 % und ab 16. August 2007 auf 50 % (IV-act. 18-3). Da sie am 4. Juli 2007 ihren Fähigkeitsausweis als Agogin erhielt, welcher in der dreijährigen Berufsausbildung 1'200 Lektionen im schulischen Bereich voraussetzt (IV-act. 15-2 f.), ist davon auszugehen, dass diese Reduktion des Pensums auf 80 % wegen dieser Ausbildung erfolgte. Die Herabsetzung auf 50 % dürfte bereits gesundheitsbedingt erfolgt sein. Vom 1. September 2008 bis 1. September 2009 arbeitete die Beschwerdeführerin im Behindertenzentrum E.____ wiederum 100 % (IV-act. 11). Es fehlen Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nicht vollerwerbstätig wäre. Im Gegenteil gab sie bei der Begutachtung wiederholt an, ihr Wunsch sei es, wieder vollständig gesund zu werden und wieder zu 100 % berufstätig zu sein (IV-act. 126-20, 34). Es erscheint insgesamt überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung vollerwerbstätig wäre. Die Invalidität ist demnach mit einem allgemeinen Einkommensvergleich zu ermitteln (vgl. nachfolgend E. 4.2).

4.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens 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).

4.3 Die Beschwerdeführerin verdiente als Betreuerin in der Institution V.____ im Jahr 2005 (dem Jahr vor ihrem Unfall im November 2006) Fr. 38'725.-- (Auszug individuelles Konto, IV-act. 9-2). Dieses Einkommen erzielte sie ab der Pensumreduktion auf 80 % ab 1. Januar 2005 (IV-act. 18). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik [BFS], Lohnentwicklung 2014, T39, Index Frauen 2005: 2386, 2012: 2630) bis zum massgeblichen Jahr 2012 (BGE 129 V 222; vgl. nachfolgend E. 4.5) resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 42'685.--. Hochgerechnet auf ein Vollpensum ergibt sich ein Jahreslohn von Fr. 53'356.--. Indes erzielte die Beschwerdeführerin im Werkheim H.____ im Jahr 2011 ein monatliches Einkommen von Fr. 2'884.-- (IV-act. 89-7). Infolge der Orientierung der Gehaltspolitik des Werkheims H.____ an den Anstellungsbedingungen für das Staatspersonal des Kantons Zürich ist von einem 13. Monatslohn auszugehen, (act. G 19 und http://www.pa.zh.ch/internet/finanzdirektion/personalamt/de/anstellungsbedingungen/lohn_leistungen.html, act. G 18, eingesehen am 17. März 2016), woraus sich ein Jahreseinkommen von Fr. 37'492.-- bei einer ihrer Arbeitsfähigkeit entsprechenden Beschäftigungsgrad von 50 % ergibt. Dies legt nahe, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkung ebenso von der mit der Ausbildung zur Agogin verbundenen

Einkommensentwicklung profitiert hätte und bei vollzeitlicher Tätigkeit den Jahreslohn von Fr. 74'984.-- erzielen könnte. Unter Berücksichtigung der Nettolohnentwicklung (Index Frauen 2011: 2604; 2012: 2630) beträgt das Valideneinkommen Fr. 75'733.--. Das Valideneinkommen als Lohn, den die betroffene Person erreichen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, entspricht somit vorliegend nicht dem ansonsten grundsätzlich massgeblichen letzten Verdienst vor Eintritt des Gesundheitsschadens (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2008, 9C_189/2008, E. 4.2), sondern aufgrund der ausgewiesenen Einkommensentwicklung dem mutmasslichen Einkommen als Agogin.

E. 4.4

4.4.1 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können die Tabellenlöhne der LSE herangezogen werden (BGE 135 V 301 E. 5.2; U. MEYER/M. REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 28a Rz 79).

4.4.2 Nachdem die Beschwerdeführerin gemäss Angaben der Arbeitgeberin vom 29. September 2014 im Jahr 2013 bloss noch im Stundenlohn beschäftigt war, im Jahr 2014 mit einem 60 %-Einsatz überfordert war und die Arbeitgeberin durchblicken liess, dass sie auf Dauer nur begrenzte Möglichkeiten für eine Weiterbeschäftigung habe (vgl. act. G 5.6), fehlt es dem Arbeitsverhältnis beim Werkheim H.____ an der für ein Abstellen auf das tatsächliche Einkommen notwendigen Stabilität. Das Invalideneinkommen ist daher aufgrund des Tabellenlohnes zu ermitteln. Die Beschwerdeführerin verfügt über einen Ausweis in Pflegeassistentin sowie einen Fähigkeitsausweis als Agogin (IV-act. 15-1 und 15-2). Sie ist daher dem Kompetenzniveau 2 gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) zuzuordnen. Gemäss Ziff. 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen) LSE 2012, Tab. T1 beträgt der Tabellenlohn demnach Fr. 5'152.--. Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,8 Std. (BFS, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit [BUA], Ziff. 87) resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 64'606.--. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % beträgt es Fr. 32'303.--. Dies ergibt einen Invaliditätsgrad von 57 %. Ein Grund für einen Tabellenlohnabzug, welcher nicht gesundheitsbedingt und damit bereits bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt ist, ist nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin hat somit Anspruch auf eine halbe Rente.

4.5 Zum Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs ist Folgendes festzuhalten: Die Beschwerdeführerin meldete sich am 25. Juni 2009 bei der IV zum Leistungsbezug an. Ein Rentenanspruch kann somit gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG frühestens ab Dezember 2010 bestehen, sofern zu diesem Zeitpunkt das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bestanden war und eine mindestens 40 %ige Invalidität vorlag (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Die Klinik Valens, wo die Beschwerdeführerin vom 14. September bis 10. Oktober 2009 stationär behandelt wurde, beurteilte im Arztbericht vom 2. Dezember 2009 die bisherige Tätigkeit - die Beschwerdeführerin arbeitete damals in einem 80 %-Pensum im Behindertenzentrum E.____ (IV-act. 11) - als nicht mehr zumutbar (IV-act. 36-3). Somit bestand zwar seit spätestens

Dezember 2009 während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Hingegen attestierten sowohl die Klinik Valens als auch das Psychiatriezentrum N.____ eine volle Arbeitsfähigkeit für leichtere Pfl egetätigkeiten bzw. aus psychiatrischer Sicht (IV-act. 36-3; IV-act. 64-2 f.). Die Beschwerdeführerin war mithin am 1. Dezember 2009 in adaptierter Tätigkeit voll arbeitsfähig. Da - wie angeführt - das Einkommen aus adaptierter Tätigkeit als Agogin höher ist als jenes in der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin/Behindertenbetreuerin (vgl. E. 4.3), lag bei Ablauf der einjährigen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit keine Invalidität von mindestens 40 % (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) vor. Erst ab 4. Juni 2012 liegt auch in adaptierter Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor und aufgrund des Einkommensvergleichs eine Invalidität von 57 % (E. 4.4). In Anbetracht der fortdauernden vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit war das Wartejahr am 1. Juni 2012 erfüllt. Die Beschwerdeführerin hat somit ab 1. Juni 2012 Anspruch auf eine halbe Rente.

E. 5

5.1 Die Beschwerde ist dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 11. Juli 2014 aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Juni 2012 eine halbe Rente zuzusprechen ist. Die Beschwerdeführerin beantragte nebst einer halben Rente einen Zins von 5 % ab 22. Juni 2009. Darüber ist im Beschwerdeverfahren mangels Anfechtungsgegenstands nicht zu befinden. Es wird Sache der Beschwerdegegnerin sein, im Rahmen der Umsetzung dieses Entscheids als erste Instanz auch über die Zinspflicht zu entscheiden (vgl. Art. 26 ATSG und Art. 7 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11). Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung samt allfälligen Zinsen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 5.2 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 als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten. 5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der vorliegenden Streitsache erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die Verfügung vom 11. Juli 2014 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Juni 2012 eine halbe Rente zugesprochen wird. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung samt allfälligen Zinsen wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.