



Fall-Nr.: IV 2014/387
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.10.2019
Entscheiddatum: 15.04.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 15.04.2016

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).

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen

Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner;

Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2014/387

Parteien

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin Géraldine Walker, advokaturbüro

kernstrasse, Kernstrasse 10, Postfach 1149, 8026 Zürich,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 25. Juni 2009 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sie gab dabei an, seit November 2006 leide sie an sehr starker Migräne, die sich seit einem Unfall verstärkt habe, an starken Schmerzen an Nacken und Schulter (Schleudertrauma), sowie an einer Diskushernie (IV-act. 4). Die Versicherte hatte am 5. November 2006 bei einem durch eine fragliche Synkope verursachten Verkehrsunfall eine Commotio cerebri und eine HWS-Distorsion erlitten (Fremdakten, Kurzbericht Kantonsspital Glarus, Klinik für Chirurgie, vom 16. November 2006). Am 29. Januar 2007 hatte sie einen weiteren Verkehrsunfall erlitten (von hinten aufgefahrener Wagen, IV-act. 12). Am 26. Oktober 2008 hatte Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, der Unfallversicherung berichtet, dass die Versicherte nun praktisch vollständig rehabilitiert sei (Fremdakten).

A.b Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Beratungs- und Therapiestelle D.____, behandelte die Versicherte vom 8. Juni bis 18. November 2009. Er diagnostizierte eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome



St.Galler Gerichte

(ICD-10: F32.2) und attestierte der Versicherten für die Behandlungszeit eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 51; Arztbericht vom 19. April 2010).

A.c Zwischenzeitlich, vom 14. September bis 10. Oktober 2009, hatte sich die Versicherte in der Klinik Valens zur stationären Rehabilitation aufgehalten. Dabei wurden als Diagnosen unter anderem ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom linksbetont, ein chronisches cervicospondylogenes Syndrom beidseits, der Verdacht auf analgetika-induzierten Kopfschmerz, Migräne mit und ohne Aura sowie der Verdacht auf eine reaktive depressive Episode festgehalten. Es beständen vor allem Defizite bei der lumbalen Stabilisationsfähigkeit und bei vorgeneigten Positionen. Aufgrund der psychosozialen Belastungssituation bestehe zusätzlich eine psychosomatische Komponente. Die als schwer einzustufende Arbeit als Betreuerin schwerstbehinderter Menschen sei nicht zumutbar. In leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten bzw. in einer leichteren Pflgetätigkeit sei die Versicherte voll arbeitsfähig (Klinik Valens, Arztbericht zuhanden der IV vom 2. Dezember 2009, IV-act. 36-1 ff.).

A.d Das Behindertenzentrum E.____, wo die Versicherte seit 1. September 2008 als Betreuerin (Agogin) mit Fachausbildung in einem seit 1. September 2009 auf 80 % reduziertem Pensum gearbeitet hatte, kündigte das Arbeitsverhältnis aufgrund des krankheitsbedingten Ausfalls auf den 30. September 2009 (IV-act. 11; IV-act. 15-2; IV-act. 23).

A.e Am 18. Dezember 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es seien die Möglichkeiten einer beruflichen Eingliederung zu prüfen (IV-act. 37). Nachdem am 9. Februar 2010 eine Bandscheibenoperation durchgeführt wurde, schloss die Eingliederungsverantwortliche den Fall am 16. Februar 2010 ab (IV-act. 43; vgl. auch Stellungnahme des RAD vom 17. Februar 2010, IV-act. 44). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 24. Februar 2010 mit, es seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 46).

A.f Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, verwies im Arztbericht vom 24. Mai 2010 in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auf die Einschätzung der Klinik Valens. Es sei trotz der Operation keine Besserung eingetreten. Die



St.Galler Gerichte

Einschränkungen liessen sich durch die Umschulung auf einen Beruf ohne körperliche Belastung vermindern (IV-act. 55-1 ff.). Die IV-Stelle nahm daraufhin die berufliche Eingliederung am 1. Juli 2010 wieder auf (IV-act. 57, 61). In einem Assessment wurde übereingekommen, dass die Versicherte vom 1. Dezember 2010 bis 3. Mai 2011 an einem Eingliederungsprogramm des RAV beim G.____ teilnehmen werde (Ergebnisprotokoll nach Assessmentgespräch vom 22. November 2010, IV-act. 77; Assessmentprotokoll bis 13. Dezember 2010, IV-act. 78).

A.g Die Versicherte trat am 1. Februar 2011 eine Stelle als Betreuerin mit Fachausweis im H.____ in einem 50 %-Pensum an (IV-act. 89).

A.h Dr. med. I.____, Facharzt für Neurochirurgie, berichtete am 5. September 2011, der Gesundheitszustand habe sich seit 13. Oktober 2010 verschlechtert. Die Versicherte leide an einem lumbovertebralen Schmerzsyndrom, insbesondere mit Flankenschmerz links, sowie an Spannungskopfschmerz und zusätzlichen Migräneattacken. Eine höhere Arbeitsfähigkeit als 50 % sei voraussichtlich nicht zu erreichen (IV-act. 90). Da sich die Versicherte nicht mehr als 50 % arbeitsfähig fühlte, wurden weitere berufliche Massnahmen am 29. November 2011 mit Mitteilung an die Versicherte abgewiesen (IV-act. 98; IV-act. 101).

A.i Am 23. Dezember 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es sei eine medizinische Abklärung im Zentrum für Medizinische Begutachtung Basel (ZMB) durchzuführen (IV-act. 104, 120). Der Arbeitgeber teilte der IV-Stelle am 6. Juni 2012 mit, die Versicherte habe am 4. Juni 2012 während der Begutachtung einen psychischen Zusammenbruch erlitten und befinde sich aktuell in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 111). Dr. med. J.____, Ärztin Psychiatrie, Kantonsspital Glarus, berichtete am 19. Juli 2012 der Hausärztin Dr. med. K.____, Allgemeine Innere Medizin, die Versicherte sei vom 4. Juni bis 13. Juli 2012 hospitalisiert worden. Die notfallmässige Aufnahme sei erfolgt nach Panikattacken bzw. Neigung zu hypochondrischem Dramatisieren und Agieren mit erregten, hoch emotionalen Auftritten in verschiedenen medizinischen Institutionen. Als Noxen sei tägliches Kiffen angegeben worden, da die Schmerzen sonst nicht auszuhalten seien. Offensichtlich sei das bei Bedarf verschriebene Xanax vermehrt eingenommen worden. Als Diagnosen nannte sie eine Angst- und Somatisierungsstörung bei Persönlichkeit mit histrionischen



St.Galler Gerichte

und dependenten Zügen, eine chronische Lumboischialgie sowie Cannabiskonsum und Tranquilizermissbrauch (IV-act. 119).

A.j Vom 4. bis 8. Februar 2013 wurde die Versicherte im ZMB polydisziplinär (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie) begutachtet (Gutachten vom 21. März 2013, IV-act. 126). Dabei wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben: eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, differenzialdiagnostisch eine dissoziative Störung, gemischt (=Konversionsstörung), eine Angst- und depressive Störung, gemischt, eine Panikstörung, histrionisch-akzentuierte Persönlichkeitszüge, chronische cervikothorakale Schmerzen sowie ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom (IV-act. 126-41). Rein somatisch seien der Versicherten körperlich schwere, insbesondere rückenbelastende Tätigkeiten, sowie Arbeiten in Zwangshaltung nicht mehr zuzumuten. Alle übrigen Tätigkeiten könne die Versicherte rein somatisch betrachtet ohne jegliche Einschränkung ausüben. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus der chronischen Schmerzsymptomatik, welche dominant durch das psychosomatische Leiden bedingt sei. Hier sei der Versicherten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % zuzubilligen, wovon 40 % auf den psychosomatischen Anteil und 10 % auf die somatische Komponente entfielen (IV-act. 126-43). Diese Einschätzung gelte seit dem ersten Unfall von 2006 (IV-act. 126-44).

A.k Die Versicherte bestritt am 2. Mai 2013 gegenüber der IV-Stelle, dass sie je täglich Cannabis konsumiert habe. Sie nehme Cannabis nur bei ausserordentlichen Schmerzen und in der Freizeit ein (IV-act. 132). Der psychiatrische Gutachter des ZMB, Dr. med. L.____, äusserte sich auf Anfrage der IV-Stelle am 3. Juni 2013, über den Konsum seien im Austrittsbericht des Kantonsspitals Glarus keine weitere Angaben, z.B. über dessen Ausmass, vermerkt. Die Versicherte habe einen Abusus psychotroper Substanzen verneint und es hätten klinisch auch keine Hinweise dafür bestanden. Ein allfällig wieder aufgenommenen Cannabiskonsum würde nicht zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen und damit an der Gesamtbeurteilung des Gutachtens nichts ändern (IV-act. 134).

A.l Der RAD befand am 8. Juli 2013, auf das Gutachten des ZMB könne nicht abgestellt werden. Der Bericht des Kantonsspitals Glarus beschreibe eine zeitweise ausgeprägte



St.Galler Gerichte

Entzugssymptomatik des Tranquilizers Xanax. Der Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Jahr 2006, die psychiatrisch attestierte 40 %ige Arbeitsunfähigkeit sowie die Diagnose der Panikstörung seien nicht nachvollziehbar bzw. plausibel begründet (IV-act. 135).

A.m Dr. med. M.___, Oberarzt, Leiter Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum N.___, hielt im Arztbericht vom 3. Dezember 2013 fest, die Versicherte werde seit 5. Dezember 2012 ambulant behandelt (zuvor durch Frau O.___, Ambulatorium P.___). Sie konsumiere keine psychotropen Substanzen. Es bestehe unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) vor dem Hintergrund einer familiären Belastungssituation und eine aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 50 % (IV-act. 144).

A.n Der RAD hielt am 9. Dezember 2013 dafür, sowohl der Gutachter als auch Dr. M.___ beschrieben ein im Wesentlichen vergleichbares psychisches Zustandsbild im Sinne einer mittelgradigen depressiven Symptomatik in Kombination mit einer gestörten Schmerzverarbeitung. Die Diagnosen des Behandlers seien nachvollziehbar und plausibel. Seit Beginn der Behandlung bei Dr. M.___ am 5. Dezember 2012 sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht zu 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (IV-act. 145).

A.o Mit Vorbescheid vom 16. Januar 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens (Rentenanspruch) in Aussicht (IV-act. 148). In der Folge erhoben die Versicherte am 20. Februar 2014 (IV-act. 152; IV-act. 162) und die Personalvorsorge Q.___ am 16. Mai 2014 (IV-act. 160) gegen den Vorbescheid Einwand.

A.p Mit Verfügung vom 11. Juli 2014 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren (Anspruch auf eine Invalidenrente) bei einer Qualifikation von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Tätigkeit im Haushalt und einem Invaliditätsgrad von 8 % ab. Eine mittelgradige depressive Episode stelle gemäss gängiger Rechtsprechung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar. Das Leiden sei grundsätzlich therapeutisch angebar. Aus den vorliegenden Unterlagen gehe hervor, dass eine Intensivierung der Therapie indiziert wäre. Deshalb seien die Voraussetzungen zum Bezug einer IV-Rente



trotz Vorliegens einer medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt (IV-act. 166).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 11. Juli 2014 erhebt A.____ am 4. September 2014 Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben. Es sei ihr rückwirkend ab 22. Juni 2009 eine halbe IV-Rente zuzüglich Zins von 5 % auszurichten. Bei der Berechnung sei ein invaliditätsbedingter Abzug von 15 % einzusetzen. Es seien ihr die unentgeltliche Rechtspflege und die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu bewilligen. Die im MEDAS-Gutachten (vom 21. März 2013) aufgeführten Diagnosen, welche Einfluss auf ihre Arbeitsfähigkeit hätten, würden völlig ausser Acht gelassen. Es sei zudem nicht nachvollziehbar, wieso die Beschwerdegegnerin auf eine mittelgradig depressive Episode komme und diese als einziges relevantes psychisches Leiden für erwähnenswert halte. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter bleibe offen, ob es gelinge, sie auf die Hintergründe und anschliessend auf eine Psychotherapie hinzuführen. Somit sei klar, dass eine Intensivierung der Therapie nicht zwingend zu einer Verbesserung des Zustandes führe. Der Verweis auf die Rechtsprechung zur mittelgradigen depressiven Episode sei unzutreffend (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der RAD habe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und die Arbeitsfähigkeit angestammt sowie adaptiert auf 50 % festgelegt. Es sei möglich, aus juristischer Sicht von den medizinischen Arbeitsfähigkeitseinschätzungen abzuweichen. Somatisch bedingt werde der Beschwerdeführerin sowohl von den Gutachtern als auch vom RAD eine lediglich 10 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten attestiert. Die Berichte wiesen die Depression zudem klar als therapeutisch angebares reaktives Geschehen auf bestimmte belastende Lebensereignisse aus (schwierige familiäre Verhältnisse, Tod der Mutter). Aus den Berichten ergebe sich ferner, dass die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht optimal und nachhaltig ausgeschöpft



St.Galler Gerichte

worden seien. Es fehle somit an einer dauerhaften Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde (act. G 4).

B.c Mit Verfügung vom 5. Januar 2015 wies die Verfahrensleitung das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ab (act. G 11).

B.d Die Beschwerdeführerin verzichtet auf eine Replik (act. G 14).

B.e Mit am 18. Februar 2016 beim Versicherungsgericht eingegangener Eingabe informiert die Beschwerdeführerin über stationäre Aufenthalte in den Kliniken R.____ vom 26. bis 27. März 2015 und Valens vom 14. September bis 10. Oktober 2015 und reicht aktuelle medizinische Unterlagen ein (act. G 15-15.4).

Erwägungen

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).

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 erhebbaren 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 Pflgetätigkeit (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.



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.

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 (Kopfwehrzentrum 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.

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.

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 vollwerbstätig 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 vollwerbstätig 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/anstellungs_bedingungen/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.

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 Pflegeassistenten 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 Pflegetätigkeiten 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.

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.