



Fall-Nr.: IV 2021/160
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.09.2022
Entscheiddatum: 15.06.2022

Entscheid Versicherungsgericht, 15.06.2022

Art. 28 Abs. 1 und 2 IVG, Art. 16 ATSG: Würdigung polydisziplinäres Gutachten, 80%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie adaptierter Tätigkeit, rentenausschliessender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juni 2022, IV 2021/160).

Entscheid vom 15. Juni 2022

Besetzung

Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

IV 2021/160

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) arbeitete bis am 31. März 2011 (letzter Arbeitstag) als Reinigungskraft in Teilzeit (IV-act. 1, 8, 23-1). Anfangs April 2011 wurde bei ihr die Diagnose multiple Sklerose (nachfolgend: MS) gestellt. Es erfolgte eine medikamentöse Behandlung (vgl. IV-act. 1-4, 6-1, 9, 25-3, 25-32 f.). Auf die somatische Diagnose reagierte sie mit einer depressiven Anpassungsstörung (IV-act. 6-1, 35-1).

A.b. Am 29. Juli 2011 meldete sich die Versicherte erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen (berufliche Massnahmen/IV-Rente) an (IV-act. 1). Am 3. Oktober 2011 unterzog sie sich einer Rektomie eines retroperitonealen zystischen Tumors links im kleinen Becken. Postoperativ kam es zu einer Verschlechterung der vorbestehenden Neurologie (DD: perioperative Affektion S1/S2 links) mit Symptomausweitung auf das ganze linke Bein (IV-act. 25-22, 25-34 ff., 35-1). Im Auftrag der IV erfolgte im September und Oktober 2013 eine polydisziplinäre Begutachtung mit den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie (IV-act. 76). Im Gutachten der BEGAZ GmbH, Binningen, vom 6. November 2013 (IV-act. 79) wurden die Diagnosen MS von schubförmigem Verlauf (mit Parästhesien der rechten Hand und des linken Fusses) und ein Zustand nach Exzision eines gutartigen retroperitonealen Tumors gestellt, welchen auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen wurden. Dabei sei die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft vollschichtig ausübbar mit einzuräumender Leistungseinschränkung von 25 % (IV-act. 79-44). Der RAD erachtete das Gutachten als umfassend nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei, so dass auf die gutachterliche Beurteilung abgestellt werden könne (IV-act. 80).

A.c. Am 8. April 2014 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid vom 15. Januar 2014 (IV-act. 86 f.) und wies damit einen Rentenanspruch bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 25 % ab (IV-act. 93). Gegen die Verfügung vom 8. April



St.Galler Gerichte

2014 erhob die Versicherte am 23. Mai 2014 Beschwerde (IV-act. 96-2 ff.). Zugleich reichte sie den Arztbericht vom 12. Mai 2014 von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein. Dieser ging unter Hinweis auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung infolge anhaltender posttraumatischer Belastungsstörung seit 2008 sowie eine chronische rezidivierende depressive Episode zur Zeit mittelgradiger Ausprägung von einer Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von mindestens 80 % aus (IV-act. 98).

A.d. Am 7. Oktober 2015 stellte sich die Versicherte wegen zunehmender Schmerzen am rechten oberen Sprunggelenk zur Verlaufskontrolle im Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vor. Klinisch konnten abgesehen von einer massiven Druckdolenz am Sprunggelenk weder eine Schwellung noch eine Überwärmung oder eine Rötung gefunden werden (vgl. IV-act. 140-16 f.). Am 6. April 2016 konsultierte sie die MS-Sprechstunde in der Klinik für Neurologie des KSSG. Bei stabilem Erkrankungsverlauf und aufgrund der Komorbiditäten wurde keine immunmodulatorische Therapie, sondern es wurden konservative physikalische Massnahmen empfohlen (vgl. IV-act. 140-26 f.). Am 29. Juni 2016 erfolgte eine psychologische Abklärung in der Klinik für Psychosomatik des KSSG. Die Klinikärzte erhoben eine akute psychosoziale Belastungssituation, die durch die Diagnose MS, die Wohnungssuche und das laufende IV-Verfahren erschwert werde. Diagnostiziert wurden chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen mit/bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10: F45.41). Die psychischen Beschwerden wurden als behandlungsbedürftig eingestuft (vgl. IV-act. 140-2 f.). Am 12. Juli 2016 sprach die IV-Stelle der Versicherten nach fachärztlichen Abklärungen eine Hörgerätepauschale zu (vgl. IV-act. 114 ff.).

A.e. Mit Entscheid vom 23. August 2016 (IV 2014/275) wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerde der Versicherten gegen die Verfügung vom 8. April 2014 ab (IV-act. 121).

A.f. Im Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 29. November 2016 über die Untersuchung vom 15. November 2016 wurde festgestellt, dass hinsichtlich der MS-Erkrankung sowohl klinisch als auch kernspintomographisch ein stabiler Befund ohne merkliche Progression im Verlauf der letzten Jahre vorliege (IV-act. 140-4 ff.). Im



Bericht vom 9. Dezember 2016 wurde sodann erklärt, dass von Seiten der MS keine relevanten funktionellen Einschränkungen beständen und die MS-Erkrankung für die Arbeitsfähigkeit kaum relevant sei. Im Vordergrund stehe ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit gewissem Symptomausbau, wahrscheinlich auch im Rahmen der psychiatrischen Begleiterkrankung (IV-act. 140-9).

A.g. Am 4. April 2019 meldete sich die Versicherte erneut bei der IV zum Bezug von Leistungen (berufliche Integration/Rente) an (IV-act. 132). Sie erklärte dabei, seit dem 10. April 2017 als Produktionsmitarbeiterin bei der C.____ in Teilzeit zu arbeiten (Pensum zwischen 20 und 50 %; Anstellung auf Stundenlohnbasis über die D.____ AG, vgl. IV-act. 149, 152, 219-179/-254). Als gesundheitliche Beeinträchtigungen nannte sie insbesondere eine MS, eine ängstliche depressive Symptomatik bei Anpassungsstörung und ein chronisches Schmerzsyndrom. Miteingereicht wurden die Berichte des KSSG über einen am 15. März 2019 erhobenen zystischen Befund im Bereich des rechten Eierstocks (IV-act. 134) und über die am 18. Oktober 2018 durchgeführte Tumorresektion an der Beckenwand links sowie inguinal beidseits (IV-act.135 f.).

A.h. Am 19. Juli 2019 erklärte RAD-Arzt med. pract. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dass anhand der Unterlagen eine Veränderung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit medizinisch nicht plausibel nachvollzogen werden könne (IV-act. 154). Darauf teilte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 12. August 2019 mit, dass vorgesehen sei, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten, denn eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse seit der letzten Verfügung sei nicht nachgewiesen (IV-act. 156).

A.i. Im Arztbericht vom 18. September 2019 berichtete Dr. B.____ über einen seit April 2014 sehr labilen Verlauf mit schweren depressiven Phasen. Die Versicherte sei kaum mehr belastbar und habe Mühe mit der Konzentration. Von der Operation im Herbst 2018 habe sie sich noch nicht richtig erholt. Trotzdem arbeite sie in einem zirka 30%igen Pensum. Körperlich und psychisch komme sie dabei an ihre Grenzen und sei oft komplett überfordert. Er gehe auch längerfristig nur noch von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 30 % aus (IV-act. 161). In der Stellungnahme vom 8. November 2019 ging RAD-Arzt med. pract. E.____ davon aus, dass es mit überwiegender



Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung des psychischen und somatischen Gesundheitszustandes gekommen sei (IV-act. 164). Die IV-Stelle forderte darauf die Arztberichte über die im KSSG durchgeführten Behandlungen ein (IV-act. 167; es gingen ein der psychologische Abklärungsbericht vom 21. Juli 2016, IV-act. 183, der Operationsbericht vom 24. Oktober 2018, IV-act. 169, der Austrittsbericht vom 12. November 2018, IV-act. 170, der Bericht vom 8. November 2018 über das psychosomatische Konsilium vom 23. Oktober 2018, IV-act. 182, der Bericht der Chirurgie vom 14. November 2018, IV-act. 171, die Berichte der Frauenklinik vom 7. und 18. März, 15. Mai, 2. und 31. Juli sowie 30. November 2018, IV-act. 174 ff., der Bericht der Viszeralchirurgie vom 17. Mai 2019, IV-act. 173, der Bericht des Schmerzzentrums vom 22. November 2019, IV-act. 185, und der Austrittsbericht vom 26. Juli 2019, IV-act. 172).

A.j. Im Verlaufsbericht vom 20. November 2019 ging Dr. B.____ von einem unveränderten psychischen Gesundheitszustand seit dem letzten Bericht vom 18. September 2019 aus und schätzte die Arbeitsfähigkeit in angestammter und adaptierter Tätigkeit auf 30 % (IV-act. 184).

A.k. Im Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 5. November 2019 waren von den Klinikärzten ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.41) und als Nebendiagnose eine MS mit schubförmiger Verlaufsform und der Verdacht auf eine eingeblutete Ovarialzyste rechts erhoben worden (IV-act. 185-6 ff.). Im Bericht vom 22. November 2019 wurde darauf hingewiesen, dass die Versicherte an einem Schmerzbewältigungskurs, an Physio- und Ergotherapien sowie an Akupunktursitzungen teilnehme (IV-act. 185-1 ff.). Im Bericht des Schmerzzentrums vom 21. Januar 2020 wurde ausgeführt, dass die medikamentöse Behandlung eine leichte Besserung gebracht habe, weshalb diese Therapie ausgebaut werde. Ebenso würden die physiotherapeutischen Massnahmen gewisse Verbesserungen zeigen. Insgesamt gebe es zunehmende Fortschritte (IV-act. 190).

A.l. Im Sprechstundenbericht der Ambulanten Reha der Kliniken Valens in St.Gallen vom 28. Februar 2020 (IV-act. 195) wurden die Diagnosen MS (ED 2011, EDSS 4), chronische Schmerzen (Status nach verschiedenen Tumoren mit diversen



Operationen), rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradige Phase (ICD-10: F33.1), chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen sowie Migräne ohne Aura (anamnestisch) gestellt. Anlässlich einer neuropsychologischen Untersuchung (Bericht vom 17. Dezember 2019, vgl. IV-act. 204) habe eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung objektiviert werden können, welche am ehesten im Rahmen der bereits bekannten MS zu interpretieren sei. Weiterhin bestünden eine ausgeprägte Fatigue-Symptomatik, eine Gleichgewichtsstörung, Sensibilitätsdefizite sowie auch eine deutlich reduzierte kognitive und körperliche Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit der MS. Zudem sei die Versicherte von rezidivierenden depressiven Störungen betroffen. Eine Verbesserung der Beschwerden könne durch eine intensive Physiotherapie, Ergotherapie, delegierte Physiotherapie mit intensivem Neurotraining und Anpassung der medikamentösen Therapie erreicht werden.

A.m. Im Austrittsbericht vom 13. Juni 2020 über den stationären Aufenthalt in der Klinik Valens vom 11. Mai bis 13. Juni 2020 berichteten die Klinikärzte über die erreichte verbesserte Gangsicherheit, Gehgeschwindigkeit, Ausdauer und Kraft. Die neuropathischen Schmerzen hätten sich unter der Medikation verbessert. Die Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten schätzten sie aus neurologischer Sicht auf 50 %. Empfohlen wurde, nach zwei Stunden eine Pause zu ermöglichen (IV-act. 202-2 ff., 203). Im Arztbericht vom 21. August 2020 berichtete Dr. B.____ darüber, dass die Versicherte durchgehend ein eher agitiertes depressives Zustandsbild mit Erschöpfungszuständen, Affektlabilität und suizidalen Phasen zeige. Das Zustandsbild nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik Valens habe sich nur wenig gebessert. Die Versicherte sei höchstens zu 30 % arbeitsfähig (IV-act. 208).

A.n. Die IV-Stelle veranlasste daraufhin eine polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 192, 206; siehe auch die Stellungnahme des RAD vom 3. Juli 2020, IV-act. 210). Die Zuteilung des Gutachtenauftrags erfolgte an die estimed AG in Zug (IV-act. 209, 212). Das polydisziplinäre Gutachten stammt vom 23. Januar 2021 und umfasst die Disziplinen Allgemeine Innere Medizin (Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin), Chirurgie (Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie), Gynäkologie (Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe), Neurologie (Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie), Neuropsychologie (MSc J.____, Fachpsychologin für



St.Galler Gerichte

Neuropsychologie) und Orthopädie (Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie; IV-act. 219). Gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wirkte sich einzig die gestellte Diagnose "leichte neuropsychologische Störung und sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen im Rahmen der schubförmigen MS (ICD-10: F07.8)" auf die Arbeitsfähigkeit aus. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten insbesondere die Diagnosen MS (schubförmige Verlaufsform; ICD-10: G35.10), Läsion Plexus sacralis (S1 und S2; ICD-10: D36.1), episodischer Spannungskopfschmerz (ICD-10: G44.2), Pangenarthrose beidseits (ohne funktionelle Einschränkungen; ICD-10: M17.4), geringgradig ausgeprägtes multilokuläres abdominelles Schmerzsyndrom und fixierte Narbenhernie epigastrisch, Belastungsinkontinenz 3. Grades, rezidivierende Zystitiden und Harnwegsinfekte, Adipositas II°, arterielle Hypertonie, Livido-Vaskulitis, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), und psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten (Schmerzverarbeitungsstörung; ICD-10: F54). Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass die Versicherte sowohl bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin als auch auf eine Verweistätigkeit aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht um insgesamt 20 % eingeschränkt sei, bedingt durch einen erhöhten Pausenbedarf. Aus somatischer Sicht seien schwere Hebe- und Tragtätigkeiten mit Gewichten von über 10 kg aufgrund der fixierten Narbenhernie epigastrisch nicht mehr zumutbar. Die letzte Tätigkeit sei als optimal angepasste Verweistätigkeit anzusehen. Auch andere optimal angepasste Tätigkeiten seien in einem 80%igen Pensum möglich. Im Weiteren wurde ausgeführt, dass sich der Gesundheitszustand gegenüber dem Jahr 2014 eher leicht verbessert habe. So sei die MS bei stabilem Krankheitsverlauf inzwischen als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anzusehen. Spezifische neuropathische Schmerzen seien bei der Untersuchung im Bereich S1 und S2 nicht (mehr) angegeben worden. Die diesbezüglich früher eingeräumten Leistungsbeeinträchtigungen von 25 % seien nicht mehr festzustellen. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer Besserung der im Jahr 2013 vorhandenen depressiven Störung auszugehen. So hätten anlässlich der Begutachtung keine floride depressive Symptomatik, keine somatoforme Störung, keine Angst- und Panikstörung, keine psychotische Erkrankung und auch keine Persönlichkeitsstörung erhoben werden können.



A.o. In der Stellungnahme vom 2. Februar 2021 führte RAD-Arzt med. E.____ zum Gutachten aus, dass die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation bei allen Teilgutachten einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Gutachter begründet seien. Das Gutachten beinhalte eine Beschreibung der funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen, eine Diskussion der relevanten Persönlichkeitsaspekte, Belastungsfaktoren und Ressourcen sowie eine Konsistenzprüfung. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im polydisziplinären Konsens sei plausibel und nachvollziehbar. Die 80%ige Arbeitsfähigkeit angestammt und adaptiert sowie die Adaptionkriterien könnten übernommen werden (IV-act. 222).

A.p. Mit Vorbescheid vom 3. Februar 2021 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass vorgesehen sei, das Leistungsbegehren abzuweisen, denn bei Verwertung der gutachterlich ermittelten 80%igen Arbeitsfähigkeit resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 20 % (IV-act. 225).

B.

B.a. Am 10. März 2021 erhob die Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid vom 3. Februar 2021 (IV-act. 230).

B.b. Mit Arztbericht vom 29. April 2021 nahm Dr. B.____ Stellung zum psychiatrischen Teilgutachten. Kritisiert wird insbesondere, dass der psychiatrische Gutachter das Leiden der Versicherten nicht als spezielle Form der Depression, eine sog. lavierte Depression, anerkannt habe. Davon betroffene Patienten würden vor allem über körperliche Gebrechen klagen, jedoch ständen depressive und psychische Leiden dahinter. Die Versicherte sei schon bei geringster Belastung überfordert, habe Mühe mit der Konzentration und sei körperlich und physisch schnell erschöpft. Dies alles seien depressive Symptome. Es sei daher ein Hohn, wenn der Gutachter sämtliche Diagnosen herunterspiele und am Ende die Versicherte zu 80 % als arbeitsfähig einschätze. Auch nicht nachvollziehbar sei, dass der psychiatrische Gutachter eine andauernde Persönlichkeitsänderung nicht anerkannt habe, obwohl sämtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt seien (IV-act. 234).

B.c. Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik für Kardiologie des KSSG über die Hospitalisation der Versicherten vom 19. bis 22. April 2021 war die Versicherte in



gutem Allgemeinzustand wieder entlassen worden. Ausgeführt wurde, dass die koronarangiographischen Untersuchungen stenosefreie Koronargefässe mit leichter Koronarsklerose und die neurologischen Abklärungen klinisch keine fokalen Defizite gezeigt hätten. Eine zerebrale Ischämie habe nicht festgestellt werden können und die extrakranielle Dopplersonographie habe keine Auffälligkeiten ergeben.

Röntgenmorphologisch hätten degenerative Veränderungen mit Maximum bei LWK2/ LWK3 nachgewiesen werden können (IV-act. 235; siehe auch die weiteren Untersuchungsberichte, IV-act. 236 f., 239).

B.d. Am 20. Mai 2021 äusserte Hausarzt Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, sein Erstaunen über die Schlussfolgerungen im Gutachten. Das polydisziplinäre Gutachten sei aus seiner Sicht schludrig abgefasst und die "Experten" hätten sich in Widersprüche verstrickt. Auch könne er nicht nachvollziehen, weshalb nicht mehr Gewicht auf die Beurteilung der Klinik Valens gelegt worden sei, hätten doch die Klinikärzte die Versicherte als dauerhaft zu 50 % arbeitsunfähig eingestuft. In Würdigung der gesamten Umstände gehe er von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 243).

B.e. In der Stellungnahme vom 1. Juni 2021 erklärte RAD-Arzt med. pract. E.____, dass der psychiatrische Gutachter bei der Versicherten anhand von Anamnese, Krankheitsverlauf und psychopathologischem Befund nachvollziehbar eine remittierte, also zurückgebildete rezidivierende depressive Störung diagnostiziert habe. Beim Bericht von Dr. B.____ handle es sich deshalb um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts. Zur von Dr. B.____ geltend gemachten speziellen Form der Depression führte er aus, dass es sich um eine früher verwendete Hypothese handle, die im ICD-10 jedoch nicht abgebildet sei, weshalb auch keine Depression diagnostiziert werden könne. Zudem beschreibe Dr. B.____ auch keinen psychopathologischen Befund, sondern übernehme einfach die subjektiven Angaben der Versicherten. Hausarzt Dr. L.____ habe in seinen Bericht ebenfalls keinen neuen medizinischen Sachverhalt angeführt. Med. pract. E.____ empfahl, die Kritiken von Dr. B.____ und Dr. L.____ dem Gutachtensinstitut zur Stellungnahme vorzulegen. Zu den weiteren medizinischen Berichten erklärte er, dass sich aus den MS-Verlaufsuntersuchungsberichten keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Begutachtung ergebe. Weder bei den im Nephrologie-



Untersuchungsbericht enthaltenen Befunden noch bei der im kardiologischen Untersuchungsbericht gestellten Diagnose einer leichten Koronarsklerose handle es sich um Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 245). Die Fragen des RAD wurden darauf dem Gutachtensinstitut estimed AG am 2. Juni 2021 unterbreitet (IV-act. 246), welches in der Stellungnahme vom 17. Juni 2021 insbesondere ausführte, dass sich die Arbeitsfähigkeit aufgrund der polydisziplinären gutachterlichen Untersuchungen wie im Gutachten festgehalten bestimmen lasse. Die beigebrachten Berichte von Dr. B.____ und Dr. L.____ seien nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeitsbemessung zu verändern (IV-act. 248). In der Stellungnahme vom 22. Juni 2021 erklärte RAD-Arzt med. pract. E.____, dass die Fragen des RAD von der estimed AG vollumfänglich beantwortet worden seien. Aus Sicht des RAD könne weiterhin auf das polydisziplinäre Gutachten vom 23. Januar 2021 abgestellt werden (IV-act. 249).

B.f. Mit Schreiben vom 23. Juni 2021 wurde der Versicherten die Möglichkeit gegeben, sich zu den durchgeführten Abklärungen und den eingegangenen Dokumenten (Stellungnahmen des RAD vom 1. und 22. Juni 2021 sowie des Gutachteninstituts vom 17. Juni 2021) zu äussern. Man halte am "bisherigen Entscheid" fest, wonach ihr keine Rente zustehe (IV-act. 250). Die Versicherte verzichtete mit Schreiben vom 7. Juli 2021 auf die Einreichung einer Stellungnahme (IV-act. 252).

B.g. Mit Verfügung vom 16. Juli 2021 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten ab (IV-act. 253).

C.

C.a. Am 1. September 2021 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. Juli 2021. Gerügt wird insbesondere das Abstellen auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung von 80 %, obwohl die behandelnden Ärzte höchstens von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgingen. Diese verwerte sie seit Jahren im ersten Arbeitsmarkt als Produktionsmitarbeiterin. Die arbeitsfreie Zeit benötige sie zur Erholung, damit sie am nächsten Tag ihre halbtägige Arbeit wiederaufnehmen könne. Sie beantragte deshalb die Neuüberprüfung der Invalidität. Zudem stellte sie ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (act. G 1). Miteingereicht wurden der Untersuchungsbericht der Klinik für Angiologie des KSSG



St.Galler Gerichte

vom 9. August 2021 (act. G 1.2) sowie ein Kurzbericht von Dr. med. M.____ über eine notfallmässige Konsultation wegen Schmerzen in der rechten Fusssohle und in der linken Wade (act. G 1.3).

C.b. In der Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Begründet wurde dies insbesondere damit, dass auf das polydisziplinäre Gutachten der estimed AG abgestellt werden könne, denn es handle sich um ein alle Gesundheitsprobleme abdeckendes Gutachten. Die Gutachter hätten die früheren medizinischen Berichte und Diagnosen gesichtet und sich fallbezogen zu den Standardindikatoren geäussert. Die Einschätzungen der Sachverständigen seien umfassend und überzeugend. Das Gutachten entspreche im Wesentlichen den geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien. Die Rügen der Behandler seien sehr oberflächlich gehalten und ihre abweichenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen seien zu wenig konkret. Die gutachterlich erhobene Einschränkung der Leistungsfähigkeit (um 20 %) sei begründet durch die im neuropsychologischen Fachgebiet festgestellten leichten Störungen im Rahmen der schubförmigen MS und des dadurch bedingten erhöhten Pausenbedarfs. Darüber hinausgehende Gesundheitsschädigungen hätten weder auf somatischem noch psychiatrischem Fachgebiet erhoben werden können (act. G 4).

C.c. Am 15. Dezember 2021 entsprach das Versicherungsgericht dem Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten; act. G 8).

C.d. Mit Schreiben vom 25. Januar 2022 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie auf die Einreichung einer Replik verzichte (act. G 10), worauf der Schriftenwechsel für abgeschlossen erklärt wurde (act. G 11).



Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

1.1. Da vorliegend ein vor dem 1. Januar 2022 beginnender Rentenanspruch im Streit liegt, finden die am gleichen Tag in Kraft getretenen Anpassungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) keine Anwendung (siehe das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100 ff.). Nachfolgend werden daher die Bestimmungen in der bis Ende 2021 gültig gewesenen Fassung zitiert.

1.2. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

1.3. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.4. 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 mit Hinweisen, 115 V 134 E. 2). 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 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1).

1.5. 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 und Art. 28a Abs. 1 IVG).

1.6. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist.

2.

Zunächst ist die Frage zu klären, ob die medizinische Situation und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin rechtsgenügend abgeklärt wurden.

2.1. Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Abweisung des Rentenanspruchs im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der estimed AG vom 23. Januar 2021 (IV-act. 219), die Stellungnahme der estimed AG vom 17. Juni 2021 zu den Rückfragen des RAD (IV-act. 248) sowie die darauffolgende Stellungnahme des RAD vom 22. Juni 2021 (IV-act. 249). Die Beschwerdeführerin bestreitet dagegen deren Beweiskraft und verweist dabei insbesondere auf die abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte (vgl. insbesondere die Berichte von Dr. B. ___ vom 29. April 2021, IV-act. 234, und von Dr. L. ___ vom 20. Mai 2021, IV-act. 243, sowie den Austrittsbericht der Klinik Valens vom 13. Juni 2020, IV-act. 202-2 ff., 203) sowie auf die derzeitige Erwerbstätigkeit mit einem Arbeitspensum von zuletzt 50 % (act. G 1).

2.2. Vorweg ist auf die Argumentation der Beschwerdeführerin einzugehen, es sei höchstens von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit entsprechend ihrem derzeitigen



Arbeitspensum auszugehen, da die derzeitige Arbeitsstelle optimal an ihre Leiden angepasst und sie auf genügend Erholungszeit angewiesen sei (vgl. act. G 1). Gemäss den vorliegenden Akten fand die Beschwerdeführerin nach Jahren der Arbeitslosigkeit ab dem 10. April 2017 eine Anstellung auf Stundenlohnbasis in einem Produktionsbetrieb (Stundenlohn von Fr. 23.55 inkl. Ferien- und Feiertagsentschädigung sowie Gratifikationsanteil; IV-act. 149). Im Jahr 2018 erzielte sie damit ein Einkommen von Fr. 18'818.00 (IK-Auszug, IV-act. 146). Dies entspricht rund 800 geleisteten Arbeitsstunden bzw. ausgehend von einer Normalarbeitszeit bei Vollerwerbstätigkeit von 1957 Stunden im Jahr 2018 einem Arbeitspensum von zirka 41 %. Offensichtlich konnte die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum in den nachfolgenden Jahren erhöhen, berichtete sie doch bei den gutachterlichen Untersuchungen von einem derzeitigen 50%igen Arbeitspensum und erwähnte die Verwertung der in dieser Höhe verbleibenden Arbeitsfähigkeit auch in der Beschwerde (vgl. bspw. IV-act. 219-254; act. G 1). Da aus den vorliegenden Akten nicht ersichtlich ist, dass die Versicherte bei einem höheren Arbeitspensum aus gesundheitlichen Gründen gescheitert wäre, liefert das pensumsmässige Ausmass der realen Umsetzung der Restarbeitsfähigkeit jedenfalls keinen Beweis dafür, dass mehr als 50 % nicht möglich bzw. zumutbar wären und beim Invalideneinkommen auf das derzeit erzielte Einkommen abzustellen wäre.

2.3.

2.3.1. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann zunächst nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 15. Mai 2017, 8C_95/2017, E. 5.4.3; BGE 130 V 396).

2.3.2. Da bei psychischen Störungen die diagnostische Einordnung allein das objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht festlegt, sind die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.1, 143 V 418 E. 4.1.2). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – gemäss BGE 141 V 281 also in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich. Diese hat das Bundesgericht wie



folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

2.3.3. Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet einer psychiatrischen Fachperson – sei sie nun in therapeutischer oder in begutachtender Funktion – daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Beurteilung des Experten oder der Expertin die Beweisanforderungen erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_694/2008, E. 5.1.1).

2.3.4. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden und Anlass zu weiteren Abklärungen bieten, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen).

2.4. Nachfolgend ist die Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens der estimed AG vom 23. Januar 2021 (IV-act. 219) zu prüfen.

2.4.1. Im internistischen Teilgutachten vom 11. Dezember 2020 (IV-act. 219-73 ff.) berichtete Dr. F.____, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung als ihr Hauptproblem wiederkehrende Schmerzen, insbesondere Stirnkopfschmerzen und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm mit teilweise bestehendem Taubheitsgefühl bis in alle Finger, angegeben habe. Im Weiteren habe sie brennende Schmerzen an den Innenseiten beider Oberschenkel sowie genital, gelegentliche, lumbal betonte Rückenschmerzen, Knieschmerzen bei linksseitiger Arthrose,



wiederkehrende Unterbauchschmerzen nach diversen Bauchoperationen, Gang- und Sehstörungen beklagt. Zudem bestehe kardiopulmonal eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei intensiver körperlicher Belastung (IV-act. 219-79 f.). Die Beschwerdeführerin erachte sich maximal zu 50 % als arbeitsfähig (IV-act. 279-82). Die internistische Untersuchung ergab u.a. Klopfschmerzfreiheit aller Nervenaustrittspunkte, reizlose Narben, regelmässige Herzaktionen ohne vitientypische Geräusche, ein erhebliches Lipödem glutaeeal und im Bereich der Oberschenkel, eine unauffällige Atmung sowie normale Darmgeräusche (vgl. IV-act. 219-86 f.). Darauf gestützt erklärte Dr. F.____, dass die beklagten multiplen Schmerzen und insbesondere die als druckschmerzhaft empfundene Palpation von multiplen Körperstellen nicht nachvollziehbar seien. Er habe auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber demjenigen von April 2014 erheben können. Dass der Facharzt aus internistischer Sicht angesichts der erhobenen Befunde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnte und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausging, ist nachvollziehbar und vermag zu überzeugen (vgl. IV-act. 219-89 ff.).

2.4.2. Im neurologischen Teilgutachten vom 12. Januar 2021 (IV-act. 219-96 ff.) erklärte Prof. I.____, dass er angesichts der erhobenen fachspezifischen Befunde hinsichtlich der Hirnnerven, der Motorik und Reflexe, der Sensibilität, der Koordination, der Neuropsychologie und des Vegetativums (vgl. IV-act. 219-106 f.) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe stellen können (vgl. IV-act. 219-108). Erläuternd führte er aus, dass nach zwei sensiblen MS-Schubereignissen keine funktionellen Defizite im rechten Arm mehr bestehen würden. Von der Beschwerdeführerin seien auch keine spezifischen neuropathischen Schmerzen im Bereich S1 und S2 mehr geltend gemacht worden. Insofern würden Diagnose und Symptomatik auch in Übereinstimmung mit dem Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 7. Januar 2020 stehen, wo die MS als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt worden sei (IV-act. 219-109). Diese gutachterlichen Ausführungen und Einschätzungen sind nachvollziehbar und überzeugend und erscheinen auch im Kontext mit weiteren Arztberichten schlüssig, so dass auch auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung aus neurologischer Sicht von 100 % abgestellt werden kann.

2.4.3. Dr. K.____ berichtete im orthopädischen Teilgutachten vom 4. November 2020 (IV-act. 219-115 ff.) über die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten diffusen Schmerzen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates. Diesbezüglich weist er auf eine Diskrepanz hin. So seien sämtliche durchgeführten Untersuchungsschritte



schmerzkommentiert gewesen, das Entkleiden und das Ankleiden vor und nach der Untersuchung seien dagegen zügig, unbehindert und ohne spontane Schmerzäusserungen vonstatten gegangen (vgl. IV-act. 219-130 f./-133/-135). Die Untersuchung habe gezeigt, dass sämtliche Gelenke beider unteren und oberen Extremitäten seitengleich frei bewegbar gewesen seien. An keinem Gelenk hätten entzündliche Veränderungen festgestellt werden können. Bei den Kniegelenken habe es keine nennenswerten Auffälligkeiten gegeben. Motorische und sensible Störungen hätten keine gefunden werden können. Die Wirbelsäule sei in allen Ebenen sehr gut bewegbar gewesen (IV-act. 219-131). Die mitgebrachten Röntgenbilder des linken Knies vom 28. Februar 2020 und des rechten Knies vom 7. April 2017 würden leichte degenerative Veränderungen mit kleinen randständigen Osteophyten, ansonsten jedoch keine wesentlichen Auffälligkeiten zeigen (IV-act. 219-132). Angesichts dieser erhobenen Befunde ist es nachvollziehbar, dass aus orthopädischer Sicht einzig die Diagnose Pagonarthrose beidseits, ohne funktionelle Einschränkung (ICD-10: M17.4; IV-act. 219-133), gestellt wurde. Dass diese Diagnose keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat, überzeugt ebenso.

2.4.4. Im chirurgischen Teilgutachten vom 17. November 2020 (IV-act. 219-142 ff.) berichtete Dr. G. ___ darüber, dass für die Beschwerdeführerin insbesondere die Ermüdung der Beine und die ziehenden Schmerzen im Arm problematisch seien. Ausserdem habe sie beklagt, dass im Verlauf der Arbeit zunehmend Spannungsschmerzen und Schmerzen im Bereich der Füsse aufträten und es zur Ermüdung komme (IV-act. 219-148 f.). Die Untersuchung ergab aus chirurgischer Sicht insbesondere eine reizlose Narbe nach medianer Laparotomie mit Druckschmerz suprasymphysär und epigastrisch sowie ein massiv adipöses Abdomen, weich und ohne fokussierten Druckschmerz. Die Sonographie des Abdomens, der Leisten beidseits und der Bauchdecke habe unauffällige innere Organe gezeigt (IV-act. 219-152). Die im Bereich der Bauchwand nachweisbar fixierte Narbenhernie habe einen auslösbaren Druckschmerz in der Tiefe gezeigt, sei jedoch als medizinisch nicht mehr gefährlich einzustufen (IV-act. 219-152/-154). Gestützt auf die erhobenen Befunde ging Dr. G. ___ aus chirurgischer Sicht hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin von einer vollzeitlichen Arbeitsfähigkeit aus. Als Einschränkung nannte er das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg (IV-act. 219-157). Auch die Einschätzungen von Dr. G. ___ erscheinen angesichts der erhobenen Befunde nachvollziehbar und schlüssig, weshalb darauf abzustellen ist.

2.4.5. Die Gynäkologin Dr. H. ___ berichtete in ihrem Teilgutachten vom 24. November 2020 (IV-act. 219-161 ff.) über eine unauffällige Untersuchung. Auf gynäkologischem



Fachgebiet stellte sie keine Diagnosen mit Auswirkungen (IV-act. 219-186). Aus gynäkologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Wichtig bei der Arbeit seien Wechselpositionen sowie nur langsames Arbeiten mit idealerweise längeren Pausen (IV-act. 219-189 f.). In den Akten fehlen konkrete Hinweise, die diese nachvollziehbare gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen vermöchten.

2.4.6. Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 18. Dezember 2020 (IV-act. 219-194 ff.) berichtete die Fachpsychologin J.____, dass die Beschwerdeführerin keine Probleme während der Arbeit geltend gemacht habe. So gebe es bei der Arbeit keine Schwierigkeiten mit der Konzentration, manchmal jedoch mit dem Gedächtnis, so dass sie nachfragen müsse. Bei Arbeitsschluss sei sie erschöpft (IV-act. 219-210). Im Weiteren führte die Gutachterin aus, dass die persönliche Untersuchung sowie die Testresultate eine leichte neuropsychologische Störung ergeben hätten. Die Hauptschwierigkeiten lägen in Einbussen der Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen. Die Tests hätten eine deutliche Beeinträchtigung der kognitiven Flexibilität gezeigt. Die festgestellten Ausfallmuster mit Einbussen in der Aufmerksamkeitsaktivierung, Daueraufmerksamkeit und Flexibilität seien ätiologisch der MS mit inaktiven multiplen entzündlichen Herden supra- und infratentoriell zuzuordnen. Die Einbussen in der Daueraufmerksamkeit und die verminderte Aktivierung seien überwiegend wahrscheinlich Ausdruck der Fatigue, welche in Abhängigkeit von der Ausprägung ein einschränkendes Symptom im Alltag sei und mit einer verminderten Funktionsfähigkeit in den körperlichen und sozialen Aktivitäten sowie in der Bewältigung des alltäglichen Lebens einhergehe. Auch die Einbussen in der kognitiven Flexibilität würden einen alltagsrelevanten Faktor darstellen. Diese Einbussen würden überwiegend wahrscheinlich vorwiegend unter neuen und komplexen Anforderungen zum Ausdruck kommen. Die Gutachterin stellte die Diagnose leichte neuropsychologische Störung im Rahmen der schubförmigen MS mit Einbussen in den Aufmerksamkeitsleistungen und der kognitiven Flexibilität (ICD-10: F07.8). Im Weiteren führte sie aus, dass sich gegenüber der Voruntersuchung vom 17. Dezember 2019 die Leistungsfähigkeit verbessert habe. Dazu beigetragen habe das neurokognitive Training in der Klinik Valens vom 11. Mai bis 13. Juni 2020 (IV-act. 219-214 ff.). Aus neuropsychologischer Sicht sei derzeit von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit (normales Arbeitspensum mit Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % infolge eines erhöhten Pausenmanagements) auszugehen (IV-act. 219-220). Die Fachpsychologin hat mit diesen Ausführungen insgesamt nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, welche arbeitsrelevanten Beeinträchtigungen vorliegen und



inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit um 20 % dürfte bezogen auf die derzeitige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin ausreichend sein, zumindest dann, wenn die Beschwerdeführerin die Möglichkeit für eine längere Mittagspause hat, so dass ausreichend Zeit zur Erholung vorhanden ist. Es kann daher auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung aus neuropsychologischer Sicht von 80 % abgestellt werden.

2.4.7. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 12. Dezember 2020 (IV-act. 219-224 ff.) berichtete Gutachter med. pract. N.____ darüber, dass während der Untersuchung keine erheblichen Auffälligkeiten hinsichtlich Orientierung, Ich-Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung, Affektivität, Persönlichkeit, Zwängen und Phobien, Wille und Antrieb, Realitätsorientierung sowie Motivation hätten erhoben werden können. Lediglich der formale Gedankengang habe zum Teil etwas sprunghaft und ausufernd gewirkt. Die Konzentration der Beschwerdeführerin habe im Verlauf der Untersuchung unmerklich nachgelassen. Sie sei zum Teil etwas abgelenkt und auch leichter ablenkbar gewesen (IV-act. 219-258 ff.). Im Weiteren wird ausgeführt, dass das Ergebnis der testpsychiatrischen Untersuchung mit der Hamilton Depressionsskala (HAMD17) gegen das Bestehen einer depressiven Störung spreche. Sollte eine solche Störung vorbestehend bestanden haben, so sei diese als remittiert zu bezeichnen (vgl. IV-act. 219-261). Gestützt auf die erhobenen Befunde stellte med. pract. N.____ aus psychiatrischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit allein die Diagnose sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (leichte neuropsychologische Störung; ICD-10: F07.08). Erläuternd führte er dazu aus, dass die von der Beschwerdeführerin beklagte Schmerzsymptomatik nicht den Diagnosekriterien etwa der ständigen Beschäftigung mit einem dauernd vorhandenen quälenden Schmerz entspreche. Auch liege kein Zusammenhang mit einem (unbewussten) intrapsychischen Konflikt vor (IV-act. 219-262). Hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Würdigung der erhobenen Befunde wies med. pract. N.____ darauf hin, dass psychosoziale und versicherungspsychiatrisch nicht zu berücksichtigende Faktoren an der Verursachung und insbesondere Aufrechterhaltung der von der Beschwerdeführerin erlebten Symptome und der Gegebenheiten massgeblich beteiligt sein dürften. Die von der Beschwerdeführerin angeführte körperliche Symptomatik könne mit der Diagnose Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (Schmerzverarbeitungsstörung, ICD-10: F54) gefasst und beschrieben werden. Im



Weiteren führte der Gutachter aus, dass er entgegen den früheren Arztberichten bei der Untersuchung keine chronisch rezidivierende depressive Phase, keine floride depressive Symptomatik und auch keine Dysthymie habe feststellen können. Deshalb habe er die Gegebenheiten mit der Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, gefasst (IV-act. 219-262 f.). Zu der von Psychiater Dr. B.____ angeführten Diagnose der andauernden Persönlichkeitsveränderung infolge der langjährigen Depression und Schmerzen (vgl. ICD-10: F62.1) erklärte er, dass er diese Diagnose nach der Untersuchung und Exploration nicht habe nachvollziehen können, denn es sei unklar, welche Wesens-/Persönlichkeitsveränderung vorliegen solle. Eine Diagnose aus dem Angst- und Panikdiagnosespektrum habe er – entgegen den Ausführungen in den Berichten des KSSG – derzeit nicht stellen können. Völlig haltlos sei die vom behandelnden Psychiater Dr. B.____ gestellte Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), denn es habe sich kein entsprechender auslösender Moment nach ICD-10 bei der Beschwerdeführerin exponieren lassen (IV-act. 219-263 f.). Zur Arbeitsfähigkeit erklärte er, dass aus rein psychiatrischer Sicht und unter Berücksichtigung der auf neuropsychologischem Fachgebiet erhobenen Befunde davon auszugehen sei, dass der Versicherten alle ihrem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten mit einer integralen Reduktion von 20 % zumutbar seien (IV-act. 219-268). Diese Einschätzung sei spätestens ab Dezember 2019 gültig (IV-act. 219-270).

2.4.8. Zur Kritik des behandelnden Psychiaters Dr. B.____ am psychiatrischen Teilgutachten (vgl. Bericht vom 29. April 2021, IV-act. 234) nahm med. pract. N.____ im Rahmen des Berichtes der estimed AG vom 17. Juni 2021 (IV-act. 248) Stellung. Er führte zur geltend gemachten Depression infolge Überforderung aus, dass er anlässlich der psychiatrischen Exploration keine floride depressive Symptomatik habe feststellen können. Er gehe daher davon aus, dass die Depression – möglicherweise als Folge der Behandlung – bei der Untersuchung remittiert gewesen sei. Zur erneut geäußerten Ansicht Dr. B.____s, dass von einer Persönlichkeitsveränderung auszugehen sei, wiederholte er, dass er eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung oder nach einem chronischen Schmerzsyndrom nicht habe feststellen können. So habe er keinerlei, wie auch immer geartete, traumaassoziierte Symptomatik feststellen können. Auch habe sich keine Chronifizierung, auch nicht im Sinne einer Dysthymie, bei der Beschwerdeführerin gezeigt (IV-act. 248-2 ff.). Zur Kritik von Dr. L.____ im Bericht vom 20. Mai 2021 (IV-act. 243), dass zu wenig Gewicht auf die Einschätzungen behandelnder Psychiater und Kliniken – insbesondere der Klinik Valens, wo die Versicherte vier Wochen zur Rehabilitation gewesen sei – gelegt werde,



wird angeführt, dass es sicherlich grosse Unterschiede in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Auswirkungen der Symptomatik daraus zwischen den Behandlern und den Gutachtern gebe. Dies beruhe für gewöhnlich darauf, dass bei den Behandlern im grösseren Ausmass persönliche und psychosoziale Umstände berücksichtigt würden, welche von den Gutachtern als invaliditätsfremd eingestuft werden müssten (IV-act. 248-5).

2.4.9. Die psychiatrische Diagnosestellung des Gutachters beruht vorrangig auf der zum Untersuchungszeitpunkt vorgefundenen Lage. Die Würdigung der Befunde, die Diagnosestellung wie auch die Arbeitsfähigkeitseinschätzung sind – wie in Erwägung 2.3.3 ausgeführt – nie ermessensfrei. Trotzdem räumt die bundesgerichtliche Rechtsprechung Gutachten einen Vorrang gegenüber anderen ärztlichen Berichten ein, zumindest solange als nicht objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorliegen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. Erwägung 2.3.4). Solche konkreten Fehler sind im psychiatrischen Teilgutachten nicht ersichtlich. Bereits bei der früheren polydisziplinären Begutachtung (vgl. Gutachten vom 6. November 2013, IV-act. 79) wurden der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und die resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von den Gutachtern im Vergleich zu den behandelnden Ärzten als weniger schwerwiegend eingestuft. Die aktuelle gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (80 %) entspricht in etwa der früheren gutachterlichen Einschätzung (75 %). Aus der Aktenlage ergibt sich nicht, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ersten Begutachtung wesentlich verändert – insbesondere anhaltend verschlechtert – hätte. Die Würdigung des Sachverhalts gemäss den bundesgerichtlichen Standardindikatoren (vgl. Erwägung 2.3.2) ergibt ein stimmiges Bild passend zur gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung. So konnte die Beschwerdeführerin denn auch ihr Arbeitspensum in den Jahren vor Erlass der angefochtenen Verfügung sukzessive auf ein 50%iges Arbeitspensum ausbauen und fand – trotz den beklagten Schmerzen und Beeinträchtigungen – noch Zeit und Energie für andere Aktivitäten wie die Pflege des Schrebergartens, die Haushaltsführung und die Enkelkinderbetreuung. Es scheint auch, dass die Beschwerdeführerin ärztlicherseits gut versorgt wird. Dazu gehören Kontrolluntersuchungen, verschiedenste aufeinander abgestimmte ambulante Therapien und bedarfsgerechte stationäre Klinikaufenthalte. Auch verfügt sie über ein intaktes soziales Netzwerk, welches ihr als Stütze und Ressource dient. Belastend – in psychischer Hinsicht – dürfte vor allen die schwierige finanzielle Situation der Familie sei. Trotz allem lebt die Beschwerdeführerin weder zurückgezogen noch vermeidet sie



den Kontakt zu anderen Personen. Auch ist sie fähig, ein Motorfahrzeug sicher zu führen. So nutzt sie das Auto regelmässig für kürzere Fahrstrecken beispielweise um zur Arbeit oder zu Arztterminen zu gelangen (vgl. IV-act. 219-180 ff./-209/-211/-251 f./-255 f.). In Anbetracht des Gesagten ist festzuhalten, dass die Erkenntnisse aus der Würdigung der Standardindikatoren passend zur gutachterlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 80 % sind.

2.5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 80 % in Anbetracht der im neuropsychologischen und im psychiatrischen Gutachten erhobenen Befunde und Diagnosen zu überzeugen vermag. So berücksichtigten die Gutachter die geklagten Beschwerden und die vorhandenen medizinischen Akten. Insbesondere erscheint die gegenüber dem behandelnden Psychiater Dr. B. ___ abweichende Beurteilung des psychiatrischen Gutachters mit Blick auf die gutachterlich erhobenen Befunde als nachvollziehbar und überzeugend (vgl. dazu die ausführliche und zutreffende Stellungnahme des RAD vom 22. Juni 2021, IV-act. 249). Das Gutachten beinhaltet auch Aussagen zu den nach neuer Rechtsprechung für sämtliche psychiatrischen Diagnosen erforderlichen Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens. Diese wurden in ausreichendem Masse im Gutachten berücksichtigt. Für eine abweichende rechtliche Beurteilung hinsichtlich der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz der neuropsychologischen und psychiatrischen Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bleibt jedenfalls kein Raum. Somit ist auf das polydisziplinäre Gutachten der estimated AG vom 23. Januar 2021 (IV-act. 219) abzustellen und infolgedessen ist von einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin sowie in anderen leidensangepassten Tätigkeiten von 80 % auszugehen.

3.

Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt, so dass sie als Hilfsarbeiterin einzustufen ist. Es ist ihr deshalb ohne weiteres zumutbar, im Ausmass ihrer verbliebenen Arbeitsfähigkeit einer Hilfsarbeit nachzugehen. Es muss sich um eine der Behinderung optimal gerecht werdende Hilfsarbeit handeln, damit die verbleibende Arbeitsfähigkeit – der allgemeinen Schadenminderungspflicht Rechnung tragend – bestmöglich verwertet werden kann. Ausgehend von einer 100%igen Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin (Produktionsmitarbeiterin) im Validenfall und einer solchen von 80 % im Invalidenfall erübrigen sich die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs und insbesondere die Festsetzung eines Tabellenlohnabzugs, da die Beschwerdeführerin im Vergleich zum Bundesamt für Statistik ermittelten Tabellenlohn für Hilfsarbeiterinnen (privater Sektor, TA1, Frauen,



Kompetenzniveau 1; vgl. Anhang 2 der Gesetzesausgabe IVG, hrsg. von der Informationsstelle AHV/IV) unterdurchschnittlich verdiente und selbst bei Gewährung eines vorliegend maximal zu rechtfertigenden 15%igen Tabellenlohnabzugs kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 40 % (vgl. Erwägung 1.6) resultierte.

4.

4.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde vom 1. September 2021 gegen die Verfügung vom 16. Juli 2021 abzuweisen.

4.2. 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). Gerichtskosten von Fr. 600.- erscheinen in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzugewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. act. G 8) ist sie von der Bezahlung zu befreien.

4.3. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.- befreit.