

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/183 vom 28. April 2022**

Sg Versicherungsgericht, 2022-04-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2020\\_183](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_183)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/183 du 28 avril 2022

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/183 del 28 aprile 2022

## **Regeste**

Art. 7 und 61 ATSG, Art. 28 und 59 IVG und Art. 49 und 88a IVV Fehlt es an konkreten und differenzierten Einwänden gegen die ausführliche und nachvollziehbare Einschätzung des Kreisarztes und des RAD, so genügt der pauschale Hinweis der Beschwerdeführerin auf ihre Dauerschmerzen nicht, um auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellung zu wecken (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. April 2022, IV 2020/183).

## **Volltext**

Entscheid vom 28. April 2022 Besetzung Versicherungsrichterin Corinne Schambeck (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren Geschäftsnr. IV 2020/183 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt Am 12. September 2018 meldete sich A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung nannte sie Schmerzen an beiden Hüftgelenken und Oberschenkeln beim Laufen, Sitzen und Schlafen seit einem Unfall vom 16. September 2014. Sie gab an, als Raumpflegerin tätig zu sein (IV-act. 2). Nach ersten Abklärungen (IV-act. 5 ff.) verneinte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 22. Oktober 2018 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen, da die Versicherte sich subjektiv nicht eingliederungsfähig fühlte (IV-act. 26). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. November 2018 stellte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, speziell Unfallchirurgie, folgende Diagnosen: primär Hämatome und Serome am Trochanter major und Glutealregionen bds., nachfolgend Bursitis trochanterica bds., mehrfach punktiert und infiltriert; Bursektomie links am 17. Juni 2015; Weichgewebeexploration rechts am 14. Oktober 2015; Dekompression Nervus cutaneus femoris lateralis links am 21. August 2017, Neurolyse Nervus cutaneus femoris lateralis rechts am 30. Januar 2018; aktuell therapieresistent fortbestehende Hyperästhesie Nervus cutaneus femoris lateralis bds. und Narbenregion trochantär bds. (Suva-act. 310-5). Aus den objektivierbaren Nervenschmerzen resultiere, auch wenn nur die Sensibilität dauerhaft geschädigt sei, eine Funktions-, Belastungs- und Gebrauchseinschränkung im Bereich des Beckens und der unteren Extremitäten. Für den allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit (Suva-act. 310-6). Mit Bericht vom 6. Mai 2019 beschrieb der behandelnde Facharzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie und Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Restbeschwerden bei Druck im Bereiche des Nervus cutaneus femoris lateralis rechts und unklare

Beschwerden im Bereiche der Trochanteren bds. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, welcher die Versicherte wegen der Beschwerden im Bereich der Trochanteren behandle, habe von chirurgischer Seite keine Therapievorschläge machen können (IV-act. 35). Nachdem die IV-Stelle Dr. D.\_\_\_\_ aufgefordert hatte, einen aktuellen Arztbericht einzureichen, liess dieser mitteilen, die Versicherte sei letztmals im September 2018 bei ihm in Behandlung gewesen. Damals hatte Dr. D.\_\_\_\_ festgehalten, eine weitere Diagnostik oder Therapie mache keinen Sinn (vgl. IV-act. 50-2). Am 27. Juni 2019 erlitt die Versicherte eine metatarsale V-Fraktur am Fuss rechts, welche konservativ behandelt wurde (vgl. IV-act. 40-2 f.). Der behandelnde Facharzt Dr. med. E.\_\_\_\_, hielt mit Arztbericht vom 3. September 2019 fest, die Versicherte sei im Alltagsschuh schmerzfrei unterwegs (IV-act. 56). Mit Bericht vom 21. Oktober 2019 teilte er auf Nachfrage der IV-Stelle mit, er habe die Versicherte ausschliesslich wegen der Metatarsal-V-Schaftfraktur behandelt. Diese sei geheilt und Einschränkungen seien dadurch nicht zu erwarten (IV-act. 54-3). Mit Bericht vom 25. September 2019 hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, die Neurolysen hätten gewirkt (IV-act. 47). Im Herbst/Winter 2019/2020 nahm die Versicherte über das RAV an einem Einsatzprogramm der Z.\_\_\_\_ teil (vgl. Suva-act. 321 f.). Mit Stellungnahme vom 7. November 2019 führte der Regionale ärztliche Dienst (RAD) aus, die im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. November 2018 formulierten Adaptionskriterien könnten nach der nun auch rechts erfolgreichen Leistenervenoperation deutlich gelockert werden. Adaptierte Tätigkeiten seien in einem Pensum von 100 % zumutbar. In Anbetracht der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt solle der berufliche Einstieg schrittweise erfolgen (IV-act. 57). Mit Vorbescheid vom 2. Dezember 2019 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führten sie an, die Behandlung der Neuralgien beider Leistenerven sowie beider Hüftgelenke sei bei subjektiver Beschwerdefreiheit bzw. klinisch unauffälligem Befund abgeschlossen. Nach Behandlung der Mittelfussfraktur rechts bestehe eine abgeschlossene Konsolidation ohne Einschränkungen im Alltag. Somit liege aus versicherungsmedizinischer Sicht kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor, womit von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde und im Haushalt ebenfalls keine relevante Einschränkung vorliege (IV-act. 61). Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Michael B. Graf, am 22. Januar 2020 Einwand. Sie machte insbesondere geltend, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden und der Einsatz bei der Z.\_\_\_\_ habe gezeigt, dass sie nicht voll arbeitsfähig sei (IV-act. 64). Nach Durchführung eines zweiten Vorbescheidverfahrens (IV-act. 74 ff.) und einer interdisziplinären Fallbesprechung (IV-act. 78) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 26. Juni 2020 ab. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der medizinische Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt worden. Im Rahmen des Einsatzprogramms bei der Z.\_\_\_\_ sei keine Beurteilung der Leistungsfähigkeit erfolgt und eine Leistungssteigerung sei nicht versucht worden. Bei einer insgesamt unerheblichen Befundlage seien aus medizinischer und juristischer Sicht keine weiteren Abklärungen angezeigt (IV-act. 79). Gegen diese Verfügung erhebt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), nun vertreten durch Rechtsanwalt Ronald Pedergnana, am 31. August 2020 Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei aufzuheben und ihr sei eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei eine interdisziplinäre Begutachtung anzuordnen. Ihr sei die unentgeltliche

Rechtspflege und Rechtsverteidigung zuzugestehen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung bringt sie vor, die Z.\_\_\_\_-Berichte würden eine reduzierte Leistungsfähigkeit aufzeigen. Sie habe eine hohe Leistungsbereitschaft. Ihr Problem seien die Schmerzen, welche dazu geführt hätten, dass sie ihren Beruf habe aufgeben müssen. Wären diese Schmerzen nicht, könnte sie 100 % leisten (act. G1). Am 5. Oktober 2020 reicht die Beschwerdeführerin Unterlagen zur Prüfung der unentgeltlichen Rechtspflege ein (act. G4). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führt im Wesentlichen aus, der Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin vom 24. April 2020 divergiere stark von der Einschätzung des RAD, ohne dass aufgezeigt werde, inwiefern die Einschätzung des RAD unzutreffend sein sollte. Dieser Bericht sei damit nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der RAD-Beurteilung zu wecken. Wegen der unerheblichen Befundlage sei eine gutachterliche Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht nötig. Vielmehr könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin zumindest in einer adaptierten Tätigkeit mindestens seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. November 2018 voll arbeitsfähig sei. Da sie sich am 12. September 2018 zum Leistungsbezug angemeldet habe, komme somit auch kein befristeter Rentenanspruch in Frage. Der Bericht der Z.\_\_\_\_ gebe keinen Anlass zu einer anderen Einschätzung (act. G5). Am 3. November 2020 teilt das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin mit, dass eine wirtschaftliche Notwendigkeit der unentgeltlichen Rechtspflege nicht ausgewiesen sei. Ohne Gegenbericht innert Frist werde davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin mit der formlosen Erledigung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege einverstanden sei, und ein Kostenvorschuss verlangt (act. G6). Am 10. Dezember 2020 fordert das Gericht einen Kostenvorschuss von Fr. 600.-- von der Beschwerdeführerin (act. G11), welchen sie am 14. Dezember 2020 bezahlt. Mit Replik vom 3. Dezember 2020 bringt die Beschwerdeführerin vor, sie könne keine berufliche Tätigkeit mehr ausüben. Wie schon das Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG) gehe auch Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik G.\_\_\_\_, von einer psychiatrischen Begleiterkrankung aus. Der RAD habe mit Stellungnahme vom 7. November 2019 festgehalten, ein schrittweiser Einstieg ins Arbeitsleben solle nun versucht werden, vorerst mit einem 50%-Pensum. Zu diesem Zeitpunkt sei der Z.\_\_\_\_-Bericht von einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit bei einer Belastung von 50 % ausgegangen. Die Beschwerdeführerin hätte deshalb zumindest Anspruch auf eine vorübergehende Rente. Zudem sei völlig unklar, wie die Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der Entwicklung bis zum Verfügungszeitpunkt ausgesehen habe. Die kreisärztliche Beurteilung habe nur die Unfallfolgen berücksichtigt. Die Beschwerdegegnerin müsse dagegen auch die psychiatrischen Diagnosen berücksichtigen (act. G8). Am 4. Dezember 2020 ergänzt die Beschwerdeführerin, der behandelnde Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, halte zur Leistungsfähigkeit fest, diese sei schmerzbedingt sehr eingeschränkt. Die Schmerzen würden sich abhängig von der Belastung verstärken, während häufiger Positionswechsel wie Sitzen oder kurzzeitiges Abliegen Linderung verschafften. Tätigkeiten mit gebeugtem Oberkörper oder Heben von Gewichten über ca. 8 kg seien nicht möglich. Die Leistungsfähigkeit in optimal angepasster Tätigkeit könne bei maximal 50 % liegen. Diese Einschätzung Dr. H.\_\_\_\_s entspreche der Einschätzung der Z.\_\_\_\_ (act. G9). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 16. Dezember 2020 auf eine Duplik (act. G12). Am 20. Juli 2021 reicht die Beschwerdeführerin ein von ihr in Auftrag gegebenes

orthopädisches Privatgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, ein. Wie diesem Gutachten zu entnehmen sei, sei sie in jeglicher Tätigkeit in der Berufsausübung eingeschränkt. Gemäss Gutachten könne sie zwar in einer optimal angepassten Tätigkeit 70 % arbeiten, nur gebe es eine solche Tätigkeit für sie nicht. Sie sei 5\_ Jahre alt, habe Dauerschmerzen und seit 2016 nicht mehr gearbeitet. Zu den orthopädischen Einschränkungen komme eine psychiatrische Erkrankung dazu. Die Kosten für das orthopädische Gutachten seien der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (act. G14). Mit Stellungnahme vom 18. August 2021 hält die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die RAD-Stellungnahme vom 11. August 2021 (act. G17.1) am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Das von der Beschwerdeführerin eingereichte orthopädische Gutachten erfülle die Anforderungen der Rechtsprechung an ein beweiskräftiges Gutachten nicht. Es sei nicht geeignet, um Zweifel an der versicherungsinternen medizinischen Einschätzung zu wecken (act. G17). Mit Stellungnahme vom 7. September 2021 macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin stütze sich nicht auf eigene Untersuchungen, sondern auf einen Bericht des Kreisarztes der Suva, der im Zeitpunkt der Verfügung vom 26. Juni 2020 eineinhalb Jahre alt gewesen und ohnehin mangelbehaftet sei. Die für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit ebenfalls relevante Metatarsale-Fraktur im Fuss links sei in der Beurteilung der Suva nicht enthalten. Noch immer finde sich eine leichte Schwellung am Fussrücken. Die Beschwerdeführerin habe am 11. Juni 2019 wegen ihrer Hüftbeschwerden operiert werden müssen. Die Suva habe dies fälschlicherweise über den Unfall vom 27. Juni 2019 statt über jenen vom 26. September 2014 abgerechnet. Allenfalls müsse zusätzlich eine neurologische Beurteilung erfolgen, der Fall könne aber anhand des orthopädischen Gutachtens beurteilt und eine Rente zugesprochen werden (act. G21). Am 14. September 2021 (Postaufgabe) reicht die Beschwerdeführerin die Rechnungen für die orthopädische Begutachtung sowie die ergänzende Stellungnahme Dr. I.\_\_\_\_s sowie eine Rechnung von Dr. H.\_\_\_\_ ein (act. G25). Mit Stellungnahme vom 20. September 2021 macht die Beschwerdegegnerin geltend, sie habe den Sachverhalt genügend abgeklärt. Das orthopädische Parteigutachten von Dr. I.\_\_\_\_ sei zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts zum Verfügungszeitpunkt weder nötig noch geeignet. Demnach sei die Auferlegung der durch den Beizug von Dr. I.\_\_\_\_ entstandenen Kosten an die Beschwerdegegnerin nicht gerechtfertigt (act. G27). Mit einer weiteren Ergänzung vom 6. Januar 2022 teilt die Beschwerdeführerin mit, die Suva sei auf ihren Entscheid zurückgekommen, weil der Unfall von 2014 im Jahr 2019 eine Operation zur Folge gehabt habe. Wie weit dieser Rückfall wiederum Leistungen der Suva zur Folge haben werde, stehe in den Sternen (act. G29). Mit Stellungnahme vom 28. Januar 2022 führt die Beschwerdegegnerin aus, es sei nicht ersichtlich, inwiefern das Schreiben der Suva vom 17. Dezember 2021 und die kreisärztliche Stellungnahme vom 10. November 2021 Zweifel an der bisherigen Einschätzung des RAD wecken sollten. Die Suva habe lediglich nachträglich die Kausalität zwischen der Operation vom 11. Juni 2019 und dem Unfall vom 16. September 2014 bejaht. Die Operation vom 11. Juni 2019 sei dem RAD bekannt gewesen und dieser habe dessen Auswirkungen gewürdigt. So habe der RAD in seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2019, noch vor Kenntnis der bereits durchgeführten Operation vom 11. Juni 2019, ausgeführt, eine erneute Operation des Leistenervs rechts würde, einen unkomplizierten Verlauf vorausgesetzt, eine lediglich vorübergehende Arbeitsunfähigkeit begründen. Den Einschränkungen wegen der Nervenschmerzen bds. würde im Rahmen der Adaptionskriterien Rechnung getragen. In der nächsten Stellungnahme vom 18. Oktober 2019 habe der RAD dann festgehalten, dass wegen Restbeschwerden im Bereich eines

Leistennervs rechts am 11. Juni 2019 eine erneute Neurolyse durchgeführt worden sei. Gemäss Arzteugnis von Dr. C.\_\_\_\_ sei auch diese Operation erfolgreich gewesen, sodass nun von Seiten der Leistenschmerzen bds. keine Restbeschwerden mehr bestünden. Damit sei der Neurolyse vom 11. Juni 2019 zu Recht keine IV-relevante Auswirkung zugesprochen worden (act. G33). Mit Eingabe vom 10. Februar 2022 reicht die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ ein (act. G35.2) und führt aus, natürlich sei es ärgerlich für die Beschwerdegegnerin, wenn sie die Sache in die Abklärung zurücknehmen müsse. Es zeige aber auch keine Grösse, bei einer offensichtlich irrigen eigenen Sachverhaltsdarstellung darauf zu beharren, einen Gerichtsentscheid herbeizuführen. Die Beschwerdeführerin wäre jedoch auch mit einem vom Gericht in Auftrag gegebenen Gutachten beim asim in Basel oder bei der estimed in Zug einverstanden (act. G35). Am 22. April 2022 reicht die Beschwerdeführerin die mit Eingabe vom 6. Januar 2022 ins Recht gelegten Beilagen erneut ein und ersucht um baldigen Entscheid (act. G37). Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben, und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 26. Juni 2020) eingetretenen Sachverhalt abstellt, sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen materiellen Bestimmungen anwendbar (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Nachfolgend werden sie daher in dieser Fassung zitiert. Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 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). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Der RAD steht der IV-Stelle für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Er legt die für die Invalidenversicherung massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder einer Tätigkeit im Aufgabenbereich fest. Er ist in seinem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (vgl. Art. 59 IVG). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person vom RAD untersucht wird. Der RAD führt für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2011, 9C\_689/2010, E. 3.1.3; Art. 49 IVV). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2021, 9C\_127/2021, E. 2.2.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen). Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in erster Linie auf die Behandlung konzentrieren, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung verlangten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen und aufgrund der vom Bundesgericht postulierten Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden medizinischen Fachpersonen kaum je in Frage kommen. Dies befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzuberücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt deshalb der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen.

Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein, darf bei Bestand solcher Zweifel nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und der versicherungsinternen medizinischen Berichte andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden. Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht vielmehr entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2021, 9C\_127/2021, E. 2.2.2). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 61 N 107). Sind von zusätzlichen Abklärungen keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten, darf das Gericht darauf verzichten. Dies verstösst weder gegen den Untersuchungsgrundsatz noch gegen den Grundsatz der Waffengleichheit oder den Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. Beweisabnahme (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; Urteile des Bundesgerichts vom 10. Januar 2022, 8C\_657/2021, E. 5.4, und vom 14. Mai 2019, 8C\_102/2019, E. 5.6). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Da die Beschwerdeführerin sich am 12. September 2018 bei der Beschwerdegegnerin anmeldete, konnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens per 1. März 2019 entstehen (Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist, Art. 29 Abs. 1 IVG). Für das vorliegende Verfahren relevant ist deshalb lediglich, ob die Beschwerdeführerin zwischen dem 1. März 2019 (Ablauf der Karenzfrist am 12. März 2019) und dem 26. Juni 2020 (Erlass der angefochtenen Verfügung) das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt hatte und danach zu mindestens 40 % invalid war (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Dr. B.\_\_\_\_ setzte sich anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. November 2018 ausführlich mit den geltend gemachten Schmerzen der Beschwerdeführerin auseinander und gelangte zum Ergebnis, dass eine schmerzhaft Überempfindlichkeit der Operationsgebiete bds. trochantär gegeben war. Die Sensibilität sei mit Überempfindlichkeit dauerhaft geschädigt, woraus eine Funktions-, Belastungs- und Gebrauchseinschränkung im Bereich des Beckens und der unteren Extremitäten resultiere. Diese führte gemäss Dr. B.\_\_\_\_ indes nicht zu einer quantitativen Reduktion der Arbeitsfähigkeit, sondern lediglich zu den Leiden angepassten qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (vgl. Suva-act. 310-5 f.). Dr. B.\_\_\_\_ berücksichtigte für seine Beurteilung die bis zu jenem Zeitpunkt vorliegenden medizinischen Vorakten. Seine Ausführungen erscheinen wohlbegründet und nachvollziehbar. Gestützt auf die damalige Aktenlage, namentlich die kreisärztliche Beurteilung, hielt der RAD am 23. Juli 2019 fest, unabhängig von einer erneuten Operation im Bereich des Leistennervs rechts werde der Gesundheitszustand aus Sicht des RAD als stabil eingeschätzt. Die erneute Operation des Leistennervs rechts bedinge – einen unkomplizierten postoperativen Verlauf vorausgesetzt – eine lediglich vorübergehende

Arbeitsunfähigkeit. Den Einschränkungen durch die Nervenschmerzen bds. werde im Rahmen der Adaptionskriterien Rechnung getragen. In der Tätigkeit als Reinigungskraft bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer adaptierten Tätigkeit gemäss den Adaptionskriterien des Kreisarztes bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 37). Mit Stellungnahme vom 7. November 2019 führte der RAD aus, die Behandlung der Neuralgien beider Leistenerven sowie beider Hüftgelenke sei bei subjektiver Beschwerdefreiheit bzw. klinisch unauffälligem Befund abgeschlossen. Somit liege kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor. Die im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. November 2018 formulierten Adaptionskriterien könnten nach nun auch rechts erfolgreichen Leistenervenoperation deutlich gelockert werden. Demnach seien leichte körperliche Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne längere Zwangshaltungen für den Rücken, ohne häufiges Hocken, Kauern, Knien, Treppensteigen, Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten in einem Pensum von 100 % zumutbar. In Anbetracht der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt solle der berufliche Einstieg schrittweise erfolgen, anfangs in einem ca. 50%-Pensum (IV-act. 57). Gestützt hierauf wies die Beschwerdegegnerin das Gesuch um Rentenleistungen ab. Nach der kreisärztlichen Untersuchung gingen diverse Arztberichte ein. Die Beschwerdeführerin bringt im Wesentlichen vor, ihr Gesundheitszustand sei unzureichend abgeklärt worden. Im Fragebogen zur Rentenabklärung vom 12. März 2019 nannte sie lediglich die Dres. H.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ als behandelnde Ärzte, (wobei sie angab, Dr. H.\_\_\_\_ ca. zweimal pro Monat zu besuchen und zuletzt im Juli 2018 an einer Therapie teilgenommen zu haben; vgl. IV-act. 30; vgl. auch Suva-act. 310-4, Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung, wonach sie keine Therapien mehr mache, da diese nur schmerzhaft seien und nur Dafalgan bei Bedarf einnehme, alle anderen Schmerzmittel hätten keine Besserung erbracht). Demnach ist vorliegend zu prüfen, ob der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin spruchreif abgeklärt wurde. Mit Bericht vom 26. April 2019 gab der Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_ gegenüber der Beschwerdegegnerin an, die Beschwerdeführerin leide an einem persistierenden ausgeprägten Schmerzsyndrom und Bewegungseinschränkungen beider Hüften. Wegen Wirkungslosigkeit bestehe derzeit keine Medikation. Einer Eingliederung würden Schmerzen, eine Bewegungseinschränkung der Hüftgelenke und fehlende Ressourcen im Wege stehen (IV-act. 33). Dr. H.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 24. April 2020 aus, der Zustand sei unverändert. Die Therapiemöglichkeiten seien ausgeschöpft. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrage in einer angepassten Tätigkeit zeitlich maximal 30-40 % und die Leistungsfähigkeit sei schmerzbedingt um 50 % reduziert (IV-act. 72). In dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 7. Juli 2020 äussert Dr. H.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin stehe seit 2009 in seiner hausärztlichen Behandlung. Alle krankheits- und unfallbedingten Episoden hätten einen dem jeweiligen Krankheitsbild adäquaten Verlauf gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe sich stets um rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess bemüht. Das Beschwerdebild nach dem Unfall vom 16. September 2014 sei völlig anders verlaufen. Die Beschwerden aufgrund der Weichteilverletzung würden persistieren. Dass die Behandlung mit Antidepressiva und schmerzmodulierenden Medikamenten wegen Wirkungslosigkeit eingestellt worden sei, deute seiner Ansicht nach auf einen somatischen Ursprung der Schmerzen. Die Beschwerdeführerin habe alle Therapiemassnahmen gewissenhaft befolgt und sei immer wieder zu einem Arbeitsversuch bereit gewesen. Ihre Leistungsfähigkeit sei schmerzbedingt sehr eingeschränkt. Er habe die Beschwerdeführerin Ende April 2020 zur schmerzmodulierenden Behandlung an die Klinik G.\_\_\_\_ überwiesen, um wenigstens den Umgang mit den bestehenden Schmerzen zu

verbessern. Die Behandlung könne pandemiebedingt allerdings erst jetzt realisiert werden. Eine Besserung erscheine wenig wahrscheinlich. Dr. B.\_\_\_\_ "schwadroniere" fast ausschliesslich über Hüftgelenksverletzungen, obwohl die Schädigung in den Nerv- und Weichteilverletzungen bestehe. Er erwähne nur die Nervschädigung, lasse aber alle anderen Weichteilschädigungen ausser Acht, einschliesslich der Frage eines iatrogenen Schadens und der konsekutiven chronischen Schmerzstörung. Die Leistungsfähigkeit in optimal behinderungsangepasster Tätigkeit könne bei maximal 50 % liegen, wenn häufige Positionswechsel möglich seien sowie Tätigkeiten mit gebeugtem Oberkörper oder langem Stehen vermieden würden (act. G35.2). Dr. H.\_\_\_\_ führte demnach keine Therapien durch und verschrieb (abgesehen von Dafalgan nach Bedarf) keine Medikation. Er objektivierte die Schmerzangaben, welche die Beschwerdeführerin ihm gegenüber offenbar machte, nicht durch nachvollziehbare klinische oder bildgebende Befunde. Die Diagnosen (Schmerzsyndrom/Bewegungseinschränkung Hüfte) und seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind folglich nicht überzeugend begründet, sodass für das vorliegende Verfahren nicht darauf abgestellt werden kann. Daran ändert nichts, dass bis zum Unfall vom 16. September 2014 bei der Beschwerdeführerin stets adäquate Krankheitsverläufe auftraten. Daraus, dass die antidepressive und schmerzmodulierende Medikation offenbar nicht die gewünschte Wirkung bei der Beschwerdeführerin erreichte, kann entgegen der Ansicht von Dr. H.\_\_\_\_ nicht abgeleitet werden, die Schmerzen seien somatischen Ursprungs, zumal Dr. H.\_\_\_\_ keine somatische Ursache für das von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Ausmass der Schmerzen darlegen konnte. Soweit Dr. H.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 7. Juli 2020 kritisiert, Dr. B.\_\_\_\_ habe fast ausschliesslich über Hüftgelenksverletzungen "schwadroniert", kann ihm nicht gefolgt werden. Dr. B.\_\_\_\_ hat sich nämlich auch ausführlich zu den Bursitiden, Narbenschmerzen, Nervenschmerzen und der schmerzhaften Hyperempfindlichkeit und Hyperästhesie geäussert (vgl. insbesondere Suva-act. 310-5 f.). Somit sind die Angaben des Hausarztes nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung des RAD zu wecken. Dem Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2019 in Verbindung mit früheren Einträgen in die Krankengeschichte, lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin im Bereich des Nervus cutaneus femoris lateralis links im Nachgang zur Operation vom 22. August 2017 (Dekompression, Suva-act. 160-8) Beschwerdefreiheit erzielt werden konnte, während durch die Operation vom 30. Januar 2018 (Neurolyse rechts, Suva-act. 177) die Beschwerden im Bereich des Nervus cutaneus femoris lateralis rechts insofern verbessert werden konnten, als kein Ruheschmerz mehr, sondern nur noch Restbeschwerden bei Druck bestanden. Die Schmerzen in der Region der Trochanteren betreffend äusserte Dr. C.\_\_\_\_, deren Ursachen seien ihm nicht klar. Er hatte die Beschwerdeführerin zu diesbezüglichen Abklärungen an Dr. D.\_\_\_\_ verwiesen (vgl. IV-act. 35 i.V.m. IV-act. 8-12 f.). Dr. C.\_\_\_\_ stellte nach der kreisärztlichen Begutachtung keine neuen Diagnosen und erhob auch keine neuen Befunde. Er hielt im Wesentlichen fest, die Beschwerdeführerin habe einfach Schmerzen (vgl. hierzu insbesondere IV-act. 8-12), ohne die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin indes weitergehend als Dr. B.\_\_\_\_ zu objektivieren. Es ist deshalb mit dem RAD davon auszugehen, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin im Bereich des Nervus cutaneus femoris lateralis bds. jedenfalls seit November 2018 (kreisärztliche Untersuchung) keine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zur Folge hatten. Am 11. Juni 2019 führte Dr. C.\_\_\_\_ eine erneute Neurolyse des Nervus cutaneus femoris lateralis rechts durch (IV-act. 40-4). Mit Arztbericht vom 25. September 2019 stellte er fest, bezüglich Kompressionsneuropathien im Bereich beider Cutanei femoris habe die

Beschwerdeführerin bei ihm in der Behandlung gestanden. Die Neurolysen hätten gewirkt (IV-act. 47). Demnach hatte Dr. C.\_\_\_\_ die Behandlung der Beschwerdeführerin zu jenem Zeitpunkt abgeschlossen. Nachdem somit im September 2019 im Bereich beider Leistenerven Beschwerdefreiheit hatte erzielt werden können, kann daraus spätestens ab jenem Zeitpunkt ohnehin keine Arbeitsunfähigkeit mehr abgeleitet werden. Zwischen der Neurolyse vom 11. Juni 2019 und dem Bericht Dr. C.\_\_\_\_s vom 25. September 2019, aus welchem der Abschluss der Behandlung hervorgeht, sind knapp dreieinhalb Monate vergangen, sodass die Operation überwiegend wahrscheinlich keine über mindestens drei Monate andauernde stabile vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte. Die Einschätzung des RAD, wonach bei unkompliziertem postoperativen Verlauf durch die erneute Operation des Leistenervs lediglich vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit eintrete (IV-act. 37-3), war folglich korrekt. Demnach konnten diese Behandlung unabhängig davon, ob die übrigen Voraussetzungen erfüllt waren oder nicht, keinen Anspruch auf eine befristete Rente auslösen (vgl. hierzu Art. 88a Abs. 2 IVV). Die von Dr. C.\_\_\_\_ behandelten Beschwerden im Bereich beider Nervi cutanei femoris lateralis hatten somit keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Betreffend Beschwerden im Bereich der Trochanteren überwies Dr. C.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin an Dr. D.\_\_\_\_. Dieser stellte im Bericht vom 13. November 2018 fest, alle bisherigen Behandlungen durch Dr. C.\_\_\_\_ und ihn hätten die Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht wirklich wesentlich verbessert. Seines Erachtens mache eine weitere Diagnostik oder Therapie im Augenblick keinen Sinn. Man scheine einen Endzustand erreicht zu haben. Dr. D.\_\_\_\_ stellte keine eigenen Diagnosen, sondern wies lediglich auf einen Status nach Neurolyse Nervus cutaneus femoris lateralis rechts vom 30. Januar 2018 mit Rezidiv hin (vgl. IV-act. 50-2). Erfreulicherweise konnte Dr. C.\_\_\_\_ danach, wie voranstehend dargelegt, betreffend Leistenerven noch eine Besserung bei der Beschwerdeführerin erzielen. Betreffend Schmerzen im Bereich der Trochanteren ist jedoch festzuhalten, dass Dr. D.\_\_\_\_ hierfür keine Ursache fand und die Behandlung abschloss. Er stellte mithin insbesondere gerade keine orthopädischen Diagnosen, welche eine Bewegungseinschränkung oder ein Schmerzgeschehen erklären würden. Somit sind seine Ausführungen nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung des RAD zu wecken. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei zu Unrecht nicht berücksichtigt worden, dass sie am 27. Juni 2019 eine metatarsale V-Fraktur am Fuss rechts erlitten habe (vgl. act. G21), kann ihr nicht gefolgt werden. Denn bereits einen Monat nach diesem Unfall zeigte sich bei nur angedeutetem Hämatom im Bereich des Rückfusses ein sehr erfreulicher Verlauf mit praktisch beschwerdefreier Beschwerdeführerin (vgl. act. G21.3). Schon Anfang September 2019 war die Beschwerdeführerin im Alltagsschuh wieder schmerzfrei unterwegs (vgl. IV-act. 56). Dr. E.\_\_\_\_ hielt auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin im Oktober 2019 fest, die Fraktur sei geheilt und Einschränkungen durch sie nicht zu erwarten (IV-act. 54-3; vgl. auch IV-act. 58, Bericht vom 5. November 2019, mit welchem Dr. E.\_\_\_\_ noch einmal bestätigte, dass keine Einschränkungen für die Zukunft zu erwarten seien). Auch wenn, wie die Beschwerdeführerin gestützt auf die Untersuchung Dr. I.\_\_\_\_s geltend macht, eine diskrete Schwellung am Fussrücken verblieben ist (vgl. act. G21), wirkt sich diese als solche nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die Beschwerdeführerin bringt vor, wie schon das KSSG gehe auch Dr. F.\_\_\_\_ von einer psychiatrischen Begleiterkrankung aus (act. G8). Soweit aus den Akten ersichtlich, besuchte die Beschwerdeführerin nur einmal am 21. Dezember 2016 die ambulante Sprechstunde der Klinik für Psychosomatik des KSSG. Anlässlich dieser

Sprechstunde gab sie an, sie sei nie psychisch krank gewesen und habe noch nie einen Psychiater oder Psychologen konsultiert. Sie sehe ihre Erkrankung auch nicht als psychisch (vgl. Suva-act. 319-12). Zwar wurde seitens des KSSG eine Behandlung mit Cymbalta empfohlen (vgl. Suva-act. 319-13). In den Akten findet sich indes kein Hinweis darauf, dass diese Behandlung durchgeführt oder die Beschwerdeführerin erneut in der ambulanten Sprechstunde der Klinik für Psychosomatik vorstellig geworden wäre. Unklar ist, in welchem Umfang der Ärzteschaft der Klinik für Psychosomatik die medizinischen Vorakten bekannt waren und ob die Diagnose dementsprechend unter Berücksichtigung der Gesamtsituation erging. Auch wenn die anlässlich der erstmaligen Sprechstunde gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren in der Folge teilweise auch von anderen Behandlern aufgeführt wurde, blieb die Beschwerdeführerin, soweit aus den Akten ersichtlich, ohne entsprechende Behandlung und es wurden keine vertieften Abklärungen in diesem Bereich vorgenommen. Namentlich äusserten weder Dr. C.\_\_\_\_ noch Dr. D.\_\_\_\_, dass eine psychiatrische Erkrankung berücksichtigt werden müsste. Die Diagnose scheint demnach für die weitere Behandlung zumindest von den Fachärzten verworfen worden zu sein. Dr. H.\_\_\_\_ macht mit dem erst am Ende des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht vom 7. Juli 2020 (act. G35.2) geltend, er habe die Beschwerdeführerin zur schmerzmodulierenden Behandlung an die Klinik G.\_\_\_\_ überwiesen. Dies geschah mithin erst rund fünfeinhalb Jahre nach dem Unfallereignis (16. September 2014) und die Therapie dort wurde vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Juni 2020 noch nicht aufgenommen (vgl. dazu E. 4.5 nachstehend). Auffallend ist zudem, dass die Schmerzstörung Ende 2016 zu einer Zeit diagnostiziert wurde, in welcher die Beschwerdeführerin für eine längere Periode keine Taggelder der Suva bezog (vgl. hierzu Suva-act. 244). Selbst wenn sich die Diagnose durch weitere medizinische Akten bestätigen liesse, würde sie also offenbar die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, die nach eigenen Angaben im Jahr 2016 zu 60 % arbeitete und parallel den Haushalt für eine fünfköpfige Familie führte (vgl. hierzu Suva-act. 319-12), nicht beeinträchtigen. Die Diagnose des KSSG wurde denn auch nicht von Dr. F.\_\_\_\_, Klinik G.\_\_\_\_, übernommen. Dieser stellte in seinem Bericht vom 28. August 2020 (mithin nach Erlass der Verfügung vom 26. Juni 2020, IV-act. 79) im Sinne einer vorläufigen Beurteilung vielmehr die Diagnose einer stressbedingten/reaktiven (schmerzbedingten) generalisierten Angststörung (IV-act. 80-3). Wiederum erfolgte diese Beurteilung bereits nach einem einzigen Gespräch mit der Beschwerdeführerin zwei Tage vor der Berichterstattung. Dr. F.\_\_\_\_ hielt denn auch transparent fest, dass es sich lediglich um eine vorläufige Beurteilung handle. Zudem ist unklar, inwiefern Dr. F.\_\_\_\_ mit der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin zu jenem Zeitpunkt bereits vertraut war. Zwar empfahl er die Einleitung einer Gesprächstherapie und die Aufnahme einer Medikation mit Zoldorm und Solian (IV-act. 80-3). Angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin mit der Replik vom 3. Dezember 2020 (act. G8) lediglich den Bericht Dr. F.\_\_\_\_s vom 28. August 2020 einreichte, jedoch weder zu diesem noch zu einem späteren Zeitpunkt weitere Unterlagen über eine allfällige psychiatrische Erkrankung, ist anzunehmen, dass die von Dr. F.\_\_\_\_ vorgeschlagene Behandlung in der Folge nicht aufgenommen wurde. Dementsprechend finden sich denn auch in den Dr. I.\_\_\_\_ zur Verfügung gestellten Akten keine neueren psychiatrischen Akten (vgl. act. G14.1, S. 8) und kein Hinweis auf eine psychiatrische Medikation (lediglich Dafalgan ein bis zweimal pro Tag bei Bedarf, vgl. act. G14.1, S. 11). Daran vermag die Aussage Dr. H.\_\_\_\_s anlässlich seines Berichts vom 7. Juli 2020, wonach die Behandlung in der Klinik G.\_\_\_\_

pandemiebedingt erst verzögert habe aufgenommen werden können, nichts zu ändern. Denn zwischen der Überweisung Dr. H. \_\_\_s vom April 2020 und dem Abschluss des Schriftenwechsels im vorliegenden Verfahren sind rund zwei Jahre vergangen, sodass auch mit Blick auf die Covid-19-Epidemie nicht von einer blossen Verzögerung der Aufnahme der Therapie ausgegangen werden kann, zumal die Beschwerdeführerin noch bis Februar 2022 laufend Arztberichte eingereicht hat. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin lediglich im Dezember 2016 und im August 2020 je eine Sprechstunde bei der Klinik für Psychosomatik am KSSG bzw. bei Dr. F. \_\_\_ besucht, sich jedoch nie einer psychiatrischen Behandlung unterzogen. Eine rentenrelevante psychiatrische Begleiterkrankung erscheint daher nicht überwiegend wahrscheinlich, sodass die Berichte der Klinik für Psychosomatik am KSSG und von Dr. F. \_\_\_ keine auch nur geringen Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD zu wecken vermögen. Die Beschwerdeführerin liess ein orthopädisches Parteigutachten durch Dr. I. \_\_\_ erstellen, welches vom 6. Juli 2021 datiert (act. G14.1). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung genießt ein Privatgutachten als Parteigutachten nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder Sozialversicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es gibt auch keinen Anspruch der versicherten Person, abschliessend nach einem Parteigutachten beurteilt zu werden, genauso wenig wie die rechtsanwendenden Behörden ein solches allein mit Blick auf diese Eigenschaft unbeachtet lassen dürfen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2018, 8C\_200/2018, E. 6.2 mit Hinweisen). Das orthopädische Parteigutachten wurde vorliegend nicht in Kenntnis der vollständigen medizinischen Vorakten erstellt. Auch wenn Dr. I. \_\_\_ diesbezüglich später ausführte, die Bereitstellung weiterer Aktenunterlagen ergebe keine Änderung seiner Beurteilung, wirkt sich die Unvollständigkeit der zur Verfügung gestellten Vorgeschichte negativ auf den Beweiswert des Gutachtens aus, zumal Dr. I. \_\_\_ sich als Folge davon nicht fachlich vertieft mit der divergierenden Meinung des Kreisarztes und des RAD auseinandersetzte. Hinzu tritt, dass der Privatgutachter die Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht mittels Bildgebung objektivieren, mithin keine somatische Ursache dafür aufzeigen konnte. Wenngleich er sich auf seinen klinischen Untersuchungsbefund beruft, stützte er sich im Endeffekt doch lediglich auf die subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin, die ihm glaubhaft erschienen (vgl. act. G14.1). Indem Dr. I. \_\_\_ eine Veränderung der Schmerzsymptomatik beschrieb (ohne jedoch medizinische Ursachen hierfür aufzeigen zu können), ist zudem fraglich, ob überhaupt noch der gleiche Gesundheitszustand vorlag wie zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung. Eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustands seit Verfügungserlass dürfte für das vorliegende Verfahren nicht berücksichtigt werden. Vielmehr wäre eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Erlass der angefochtenen Verfügung im Rahmen einer Neuanschuldung geltend zu machen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2018, 8C\_562/2018, E. 3.2). Bei den von Dr. I. \_\_\_ gestellten Diagnosen fällt sodann auf, dass weitgehend der Zustand nach Behandlungen aufgeführt (Z.n. Burssektomie, Nervendekompression, Neurolyse) und eine Verdachtsdiagnose (V.a. Rezidiv-Kompressionsneuropathie) genannt wird. Als einzige aktuelle Hauptdiagnose wird ein Schmerzsyndrom genannt, ohne dass jedoch die Ursachen der Schmerzen nachvollziehbar dargelegt werden. Namentlich hat der orthopädische Privatgutachter kein organisch-orthopädisches Korrelat hierfür beschrieben (vgl. act. G14.1, S. 17 f. und S. 20 f.). Dr. I. \_\_\_ vertritt sodann die Auffassung, dass die Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausschliesslich Folge des Unfalls vom 16. September 2014 ist (act. G14.1, S. 22). Wird dieser Ansicht gefolgt, so verfängt das Argument der

Beschwerdeführerin, bei der kreisärztlichen Untersuchung seien nur die Unfallfolgen berücksichtigt worden, wohingegen im IV-Verfahren weitere gesundheitliche Einschränkungen zu beachten seien (vgl. act. G8) nicht. Die Unfallfolgen einschliesslich der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Schmerzen wurden von Dr. B. \_\_\_ in der kreisärztlichen Beurteilung ausführlich gewürdigt und einleuchtend beurteilt. Nicht nachvollziehbar ist sodann die Einschätzung Dr. I. \_\_\_s betreffend die Leistungsfähigkeit von bloss 40 % im Aufgabenbereich Haushalt. Zwar listete er verschiedene Tätigkeiten im Haushalt auf und hielt fest, ob die Beschwerdeführerin in diesen Tätigkeiten leicht, mittel oder schwer eingeschränkt sei (vgl. act. G14.1, S. 23 f.). Da die Beschwerdeführerin in der Zeiteinteilung und Organisation des Haushalts frei ist, sind die weitgehenden Einschränkungen jedoch wenig einleuchtend, zumal Dr. I. \_\_\_ sämtliche gesundheitlichen Einschränkungen auf den Unfall aus dem Jahr 2014 zurückführte, die Beschwerdeführerin im Dezember 2016 noch angegeben hatte, den Haushalt selbständig zu erledigen (vgl. Suva-act. 319-12) und sich die gesundheitliche Problematik seither zwar etwas gewandelt hat, die Beschwerden aber nach wie vor die gleichen Bereiche betrafen (Hüfte/Leistengegend). Zusammenfassend ergeben sich aus der Privatbegutachtung keine wesentlichen neuen Erkenntnisse über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor bzw. bis zum Verfügungszeitpunkt, sodass auf die Einschätzung des RAD abgestellt werden kann. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die von Dr. I. \_\_\_ vertretene Arbeitsfähigkeitsschätzung von 70 % sei aufgrund ihres Alters und langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt nicht verwertbar (vgl. act. G14) ist darauf hinzuweisen, dass für die Verwertung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit der hypothetisch ausgeglichene Arbeitsmarkt massgebend ist (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Nach der Rechtsprechung handelt es sich dabei um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von demjenigen der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhält und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2020, 8C\_416/2020, E. 4; BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b). Mit Blick auf die Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit nicht leichthin anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C\_485/2014, E. 3.3.1). Hilfsarbeiten werden auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2018, 9C\_862/2017, E. 3.3.3 mit Hinweis). Angesichts der strengen Bundesgerichtspraxis sind die Hürden für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auch bei älteren Arbeitnehmenden hoch (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. Dezember 2015, 9C\_847/2015, E. 4; zur Rechtsprechung des Bundesgerichtes vgl. auch Entscheid des Versicherungsgerichts vom 7. Dezember 2017, IV 2015/384, E. 3.3.2). Das Alter der Beschwerdeführerin führt deshalb vorliegend ebenso wenig zu einer Unverwertbarkeit ihrer Arbeitsfähigkeit wie ihre jahrelange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt. Die Beschwerdeführerin macht geltend, aus den Z. \_\_\_-Berichten vom 29. November 2019 und 14. Februar 2020 gehe hervor, dass sie trotz hoher Motivation ihre Arbeitsfähigkeit nicht über 50 % habe steigern können. Dem kann nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin wurde nicht von der Beschwerdegegnerin, sondern vom RAV dem Einsatzprogramm der Z. \_\_\_ zugewiesen. Ziel dieses Einsatzes war nicht die Abklärung des

Gesundheitszustands oder die Steigerung der Leistungsfähigkeit. Es erfolgte denn auch keine medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Seitens der Programmleitung wurde lediglich vermerkt, die Beschwerdeführerin jammere nie, äussere aber, permanent unter Schmerzen zu leiden. Die Beschwerdeführerin fehlte nie ("keine einzige Absenz") und konnte nebst dem Einsatzprogramm bei der Z.\_\_\_\_ auch noch die Sprachschule J.\_\_\_\_ zweimal wöchentlich besuchen (vgl. zum Ganzen Suva-act. 321 f.). Insgesamt lässt sich aus den Beurteilungsbögen der Z.\_\_\_\_ (Suva-act. 231 f.) somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Im Übrigen äusserte auch Dr. I.\_\_\_\_, es sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass eine Steigerung des Arbeitspensums bei der Z.\_\_\_\_ nicht möglich gewesen sein solle, denn die Beschwerdeführerin habe dort eine adaptierte Tätigkeit ausgeübt. Sie habe versichert, dass sie die Arbeiten bei der Z.\_\_\_\_ uneingeschränkt habe verrichten können (act. G14.1, S. 23). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, auch der RAD habe eine Arbeitsaufnahme im Umfang von 50 % empfohlen, sodass zumindest eine befristete Rente zu sprechen sei (act. G8), ist ihr entgegenzuhalten, dass der RAD einen schrittweisen beruflichen Einstieg nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern wegen des IV-fremden Grunds der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt empfahl (vgl. IV-act. 57). Daraus kann kein Anspruch auf befristete Rente abgeleitet werden. Wie sich aus den voranstehenden Ausführungen ergibt und wie auch die Beschwerdegegnerin korrekt dargelegt hat (vgl. act. G33), wurde die Operation vom 11. Juni 2019 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin durchaus berücksichtigt. Auf welchen Unfall der Beschwerdeführerin sie zurückzuführen ist, ist für das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren nicht weiter von Belang. Die Beschwerdeführerin bringt immer wieder vor, sie leide unter Dauerschmerzen, welche ihr eine Erwerbstätigkeit verunmöglichen würden. Gestützt auf die voranstehenden Erwägungen ist an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich festzuhalten, dass es sich bei den Schmerzangaben der Beschwerdeführerin um ihre subjektive Schilderung handelt. Den geltend gemachten Schmerzen konnte weder ein somatisches noch ein psychisches Korrelat gegenübergestellt werden und eine therapeutische oder medikamentöse Behandlung findet nicht statt. Nach dem Gesagten vermögen die Berichte der behandelnden Arztpersonen und das orthopädische Privatgutachten Dr. I.\_\_\_\_s keine auch nur geringen Zweifel an der medizinischen Einschätzung des RAD zu wecken. Eine Veränderung des Gesundheitszustands ist nicht ausgewiesen. Von neuerlichen medizinischen Abklärungen sind keine rentenrelevanten Ergebnisse zu erwarten, sodass davon abzusehen ist. Auf die Ergebnisse der kreisärztlichen Untersuchung bzw. die Einschätzung des RAD betreffend Arbeitsfähigkeit ist somit abzustellen. Die Berechnung des Invaliditätsgrades der Beschwerdegegnerin ist korrekt und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Selbst wenn im Übrigen auf das Privatgutachten Dr. I.\_\_\_\_s insofern abgestellt würde, als eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 70 % in einer adaptierten Tätigkeit angenommen würde (wobei für den Aufgabenbereich aber, wie bereits dargelegt, nicht von einer tieferen Leistungsfähigkeit ausgegangen werden dürfte, vgl. E. 5.4 vorstehend), würde sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergeben. Die Beschwerde ist somit vollumfänglich abzuweisen. Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt hatte und von der orthopädischen Begutachtung zum Vornherein keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten waren zumal die Beschwerdeführerin sich im Vorfeld dazu nicht einmal in orthopädischer Behandlung befunden hatte, verbleiben die Kosten der Privatbegutachtung wie auch der Rechnungsbetrag des Hausarztes bei der Beschwerdeführerin. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden

nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegenden Angelegenheit angemessen. Da die Beschwerdeführerin vollumfänglich unterliegt, ist die Gerichtsgebühr ihr aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt unter Anrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 600.-- die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.--.

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