

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00598 vom 6. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00598

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00598 du 6 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00598 del 6 marzo 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , er halten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gebe nenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arz tes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versi cherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärzt lichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funkti onelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich

auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu normalerweise auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch 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 die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. 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 (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 1. 5

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231

E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 4. Juli 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. Juni 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. August 2018 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 20. Dezember 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinische Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) da von aus, dass der Beschwerdeführer in eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei, weshalb sie einen Rentenanspruch verneinte (vgl. auch Urk. 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bestritt beschwerdeweise (Urk. 1) die von der Beschwerdegegnerin angenommene volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und machte geltend, es liege noch kein definitiver Gesundheitszustand vor und es sei aufgrund der bestehenden medizinischen Dokumentation davon auszugehen, dass sie auch in einer angepassten Tätigkeit nur noch teilweise arbeitsfähig sei (S. 2 unten).

Es könnten zurzeit noch keine abschliessenden Angaben zum Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen gemacht werden. In diesem Sinne liege auch kein definitiver Zustand vor, weshalb die vorliegende Streitsache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei. Diese solle verpflichtet werden, die Berichte über die erfolgten Behandlungen einzuholen. Je nach Ergebnis der Untersuchungen werde auch eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig sein, sollte die Beschwerdegegnerin nicht auf die interdisziplinäre Beurteilung des Z.____ abstellen wollen (S. 6 unten).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Versicherten. 3. 3.1

Am 5. Oktober 2013 war die Beschwerdeführerin in einen Auffahrunfall mit Kollision der Leitplanke verwickelt (vgl. Unfallmeldung vom 7. Oktober 2013, Urk. 7/55/25-28, sowie den Polizeirapport vom 19. November 2013, Urk. 7/5

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

/ 3-9, insbesondere S. 4 und S. 7). Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags im A.____ (Urk. 7/55/23). Mit Austrittsbericht vom 6. Oktober respektive 15. Oktober 2013 (Urk. 7/55/19-22) berichteten die Ärzte von der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 5. bis 6. Oktober 2013 und nannten als Diagnose eine Commotio cerebri sowie eine Schulterkontusion links. Als Nebendiagnose nannten sie eine beginnende Coxarthrose links bei Retroversion der Hüfte beidseits. Dazu hielten sie fest, dass die initiale Diagnostik bis

auf eine Retroversion der Hüfte beidseits keine Auffälligkeiten gezeigt habe. Die neurologische Überwachung auf der Station sei unauffällig gewesen. Die Beschwerdeführerin habe einmalig erbrechen müssen, habe den darauffolgenden Kostenaufbau dann aber gut toleriert (S. 1). 3.2

Dr. med.

B.____, Facharzt für Chirurgie und für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt Klinik für Orthopädie und Traumatologie des A.____, nannte im Sprechstundenbericht vom 30. Oktober 2013 (Urk. 7/55 / 17-18) als Diagnosen eine azetabuläre Retroversion beidseits, links mehr als rechts mit/bei Impingement-Symptomatik sowie beginnender Coxarthrose beidseits, einen Status nach Autounfall am 5. Oktober 2013 mit/bei Rippenkontusion/-fraktur links basal, Schulterkontusion links und Comotio cerebri sowie eine vorbestehende Lumbalgie mit/bei anamnestisch Morbus Scheuermann. Die Beschwerdeführerin habe sich erneut in der Sprechstunde zur Beurteilung der Hüftbefunde vorgestellt. Bezüglich des Autounfalls klagte sie noch über persistierende Rippenschmerzen links basal, insbesondere beim Husten. Bezüglich der Hüfte bestünden nach wie vor inguinale Schmerzen, insbesondere linksseitig mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel, teilweise auch von posterior herziehend. Die Hüftbeschwerden bestünden anamnestisch seit drei Jahren und seien durch den aktuellen Autounfall akzentuiert worden (S. 1).

Mit der Beschwerdeführerin seien die Hüftbefunde nochmals besprochen worden. In dieser Konfiguration sei eine Reversed

PAO (periazetabuläre Osteotomie) klar indiziert, da die Beschwerdeführerin bereits seit drei Jahren anamnestische Beschwerden aufweise und sich bereits konventionell-radiologisch eine leichte Mehrsklerosierung im Sinne einer beginnenden Coxarthrose zeige (S. 2). 3.3

Die Ärzte der C.____ nannten im Bericht vom 20. Dezember 2013 (Urk. 7/55/15-16) neben den bereits bekannten (Neben-)Diagnosen eine Hüftdysplasie beidseits mit femoroacetabulärem

Impingement bei femoraler Torsion von 0°. Dazu führten sie aus, die Beschwerdeführerin habe stärkste Schmerzen im Stehen rechts mehr als links seit zirka drei Jahren, zunehmend. Nun habe sie auch Schmerzen im Sitzen und in Ruhe, hingegen keinen Nachtschmerz jedoch diffuse Muskelkrämpfe in beiden Beinen (S. 1 unten). Bei der Patientin könne man nur mittels PAO versuchen, die beschriebenen Beschwerden zu verbessern. Eine PAO sei ein grösserer Eingriff, welcher bei Übergewicht noch deutlich mehr Risiken berge. Daher solle primär ein Gewichtsverlust bis zu einem BMI von 25 erfolgen. Sportliche Tätigkeiten sollten sich auf Schwimmen und Fahrradfahren, welche die Hüfte nicht zu sehr belasten würden, beschränken (S. 2). 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Arztzeugnis vom 14. Februar 2014 (Urk. 7/55 / 12-13) als Diagnosen eine Kontusion der Hüften bei Hüftdysplasie beidseits, eine Rippenfraktur links basal sowie eine

Comotio cerebri (Ziff. 1). Er behandle die Versicherte seit dem 9. Oktober 2013. Die Beschwerdeführerin

klage über Schmerzen in der linken Hüfte/im linken Bein bei längerem Sitzen und schon nach kurzer Zeit beim Stehen. Er attestierte der Beschwerdeführerin vom 5. Oktober 2013

bis 1 2. Januar 2014 eine 100%ige, vom 1 3. bis 3 1. Januar 2014 eine 50%ige und ab 1. Februar bis auf weiteres eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 6) . 3.5

Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie und beratender Arzt des Unfallversicherers, führte in der Aktenbeurteilung vom 5. März 2014 (Urk. 7/ 55 /

E. 10

kg abgenommen worden seien (S. 11 oben).

Dazu führte die Gutachterin aus, anhand der erhobenen Untersuchungsbefunde ergebe sich die Indikation zu intensiven konservativen Therapiemaßnahmen mit Detonisierung des Musculus

psoas und Kräftigung der kleinen Glutealmuskulatur. Im weiteren Verlauf solle beobachtet werden, ob die vorgeschlagene Operation überhaupt zeitnah durchgeführt werden müsse. Im jetzigen Zeitpunkt ergebe sich eine volle Arbeitsfähigkeit für durchschnittlich sitzende Tätigkeiten bei vollem Pensum (S. 12 Mitte).

Die Gutachterin führte weiter aus, im Vordergrund der notwendigen Therapie stünden eine weitere Gewichtsabnahme und konservative Therapiemaßnahmen bei muskulären Verspannungen und muskulärer Schwäche. Bei Seitendifferenz der Anatomie der Hüftgelenke solle zunächst der weitere Verlauf abgewartet werden, bevor eine aufwändige Operation am linken Hüftgelenk erfolgen sollte. Bei unklaren Beschwerden und Krankheitsbildern mit aufwändigen diagnostischen Maßnahmen solle insgesamt eher Abstand gewonnen werden zu operativen Maßnahmen (S. 13 Mitte). Durch Fortführung der konservativen Therapie mit gezielter Behandlung der linken Hüfte sei von einer deutlichen Besserung der Beschwerden auszugehen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin Empfang im Wellnessbereich, derzeit in der Administration eingesetzt und nur zeitweise am Empfang tätig, ergebe sich ab sofort ein volles Arbeitsvermögen (S. 13 unten). Die Tätigkeit dürfe als angepasste Tätigkeit betrachtet werden, somit ergebe sich auch für körperlich leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes, die bevorzugt im Sitzen verrichtet werden könnten, ab sofort ein volles Arbeitsvermögen. Zu vermeiden seien ständiges Gehen und Stehen, häufiges Bücken, ständige Zwangshaltungen und häufiges Treppensteigen (S. 14 oben).

Wie bereits ausgeführt worden sei, sei die Indikation zu einer Operation mit Korrekturosteotomie der linken Hüfte sehr zurückhaltend zu stellen, zum einen da der Befund nicht ausgeprägt sei, und zum anderen wegen der langjährigen unklaren Beschwerdesymptomatik (S. 14 Mitte). Die Hüftdysplasie links sei angeboren und bestehe somit seit Geburt. Ein wesentlicher Hinderungsgrund der sofortigen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im vollen Umfang bzw. die Fortführung der beruflichen Tätigkeit an jedem Arbeitstag in der Woche werde verhindert durch den langen Weg zur Arbeit (S. 14 unten). Der Arbeitsweg sei kein Grund für eine bestehende Arbeitsunfähigkeit, von daher müsse eine andere Lösung gefunden werden (S. 15 oben). 3.7

Die Ärzte der G.____, nannten im Bericht vom 4. Februar 2015 (Urk. 7/64 = Urk. 7/73/5-7) als Diagnosen eine ausgeprägte schmerzhafte proximal betonte sensomotorische Beinparese links und einen Status nach antevvertierender sowie lateral überdachender PAO und antero-superiorer Off-set-Verbesserung über ventrale Kapsulotomie am 1 1. November 2014. Dazu führten sie aus, subjektiv sei es in der Zwischenzeit zu einer leichten Besserung der sensomotorischen Beinparese links mit Verbesserung vor allem der

Fusshebung links gekommen. Die objektiven Befunde seien weitgehend unverändert, allenfalls bestehe eine leichte Verbesserung der distalen Paresen.

Differentialdiagnostisch sei

in Zusammenschau der objektivierbaren Befunde mit Nachweis von wenig pathologischer Spontanaktivität in den Femoralis - innervierten Muskeln im Dezember 2014, der leichten Atrophie des M. quadriceps

femoris links und dem im Seitenvergleich

abgeschwächtem Patellarsehnenreflex (PSR) links eine perioperative partielle Neuropathie des N. femoralis links und des N. cutaneus

femoris

lateralis links möglich. Die restliche Symptomatik mit vor allem auch distalen Beinparesen ohne nachweisbare Veränderungen im EMG beziehungsweise in den Neurographien des N. tibialis und des N. peroneus

communis

seien damit nicht zu erklären,

differentialdiagnostisch müsse eine funktionelle Beinparese diskutiert werden. Auffallend sei das Verhalten der Beschwerdeführerin mit normaler bis euphorischer Stimmung bei Vorliegen einer schweren Beinparese links. Die dokumentierte Umfangdifferenz zu Ungunsten der linken Wade könne

auch durch eine Inaktivitätsatrophie erklärt werden (S. 2 unten).

In der heutigen Untersuchung bestehe kein Nachweis pathologischer

Spontanaktivität im M.

vastus

lateralis und M. rectus

femoris links. Die

Willkürinnervation habe bei fehlender Mitarbeit differentialdiagnostisch bei ausgeprägten Paresen nicht konklusiv geprüft werden können (S. 3 oben).

Im Bericht vom 11. Februar 2015 (Urk. 7/63) führten die Ärzte weiter aus, die Beschwerdeführerin sei zurzeit in einer Rehabilitationsklinik (Ziff. 1.6-9). Aus neurologischer Sicht könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden, ab wann und in welchem Umfang sei derzeit noch offen (Ziff. 1.9). Die Arbeitsfähigkeit sei aktuell aufgrund des stationären Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik nicht gegeben (Ziff. 1.11). 3.8

Die Ärzte der G.____, führten im Bericht vom 27. April 2015 (Urk. 7/73/2-4) aus, in Zusammenschau aller bis her durchgeführten Untersuchungen und des klinischen Verlaufs stehe

aktuell eine schwere funktionelle schmerzhaftes Beinparese links mit generalisierten Sensibilitätsstörungen (Rollstuhlabhängigkeit) im Vordergrund. Zusätzlich sei eine im Rahmen des Hüfteingriffes vom November 2014 aufgetretene Neuropathie des N. cutaneus

femoris

lateralis links wahrscheinlich. Für eine funktionelle Parese spreche das normale MRI der LWS und des Beckens inklusive Kontrastmittel vom 18. Dezember 2014 in der H.____ und die normale elektrophysiologische Untersuchung mit normalen motorischen Neurographien des N. tibialis und N. peroneus links und mit fehlendem Nachweis von pathologischer Spontanaktivität im EMG als Hinweis auf eine akute neurogene Schädigung (S. 2 unten f.) .

Ausserdem sei in der heutigen Untersuchung erneut eine deutliche Diskrepanz zwischen gezielter Untersuchung (Einzelkraftprüfung im Liegen) und den spontanen Bewegungsabläufen der Beschwerdeführerin zum Beispiel beim Hose an- und ausziehen auf gefallen , bei denen die Beschwerdeführerin zeitweise das linke Bein aktiv beuge .

Aus neurologischer Sicht

werde eine stationäre Rehabilitation mit Schwerpunkt Psychosomatik dringend empfohlen (S. 3 oben) . 3.9

Dr. med. I.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Leitender Arzt J.____ , nannte im Bericht vom 4. Mai 2015 (Urk. 7/75) über die stationäre Rehabilitation vom 21. November 2014 bis 4. Mai 2015 als Diagnosen eine kombinierte Grenzwerterhöhung mit femoral betontem Impingement (femorale Retroversion sowie Offsetstörung) und einen Verdacht auf Neurapraxie des N. femoralis links, peripher (S. 1). Dazu führte er aus, der Gesamtverlauf sei sehr langwierig und schwierig gewesen. Zu Beginn der Rehabilitation habe die Beschwerdeführerin noch starke Schmerzen sowohl im Hüftbereich wie auch im Oberschenkelbereich gehabt und eine hochdosierte Schmerzmedikation benötigt . Zuletzt habe sie durch durchschnittlich 2 bis 3 Ampullen Pethidin täglich erhalten , wobei von Anfang an der Fahrplan bekannt gegeben worden sei , dass bei Austritt das Pethidin

abgesetzt werde . Dieses sei durch

Oxynorm ersetzt worden . Wegen der brennenden Schmerzen erhalte die Beschwerdeführerin 2 x 50 mg Lyrica .

Während der ersten 3 bis 4 Monate habe die Beschwerdeführerin das linke Hüftgelenk nicht belasten dürfen , sodass das linke Bein nur therapeutisch geübt

worden sei . Von Anfang an sei eine erhebliche funktionelle Parese auf gefallen , so habe die Beschwerdeführerin zu Beginn weder die Fussheber noch Fussheber bewegt , eine Funktionseinschränkung, welche sich nicht durch die vermutete Neurapraxie des Nervus

femoralis erklären lasse . Im Verlauf habe die Beschwerdeführerin dann bezüglich Fussheber und Fussheber eine normale Aktivität gezeigt , hingegen habe die Oberschenkel- und Gesäßmuskulatur nicht richtig aktiviert werden können . Die Physiotherapeuten hätten mit allen ihren Möglichkeiten versucht , die Aktivität zu verbessern, es habe aber kein Fortschritt erzielt werden können (S. 2 Mitte) .

Bis Austritt habe die Beschwerdeführerin keine Gehfähigkeit erreicht , sie schaffe lediglich eine Standbeinphase, während welcher

eine Schwungbeinphase nicht möglich sei. Das linke Bein werde am Boden nachgezogen, und auch eine Gehfähigkeit mit Rollator oder zwei Vorderarmgehstöcken sei nicht zu

erzielen gewesen. Das Gesamtbild bleibe demnach geprägt durch eine massive funktionelle Einschränkung, welche wiederum durch die neurologische Situation nicht zu erklären sei. Bezüglich der genauen neurologischen Verlaufsbeurteilung sei auf die Berichte der neurologischen Abteilung der G.____ zu verweisen. Der orthopädische Verlauf sei sowohl radiologisch als auch im MRI dokumentiert worden und die orthopädische Heilungsphase sei erwartungsgemäss verlaufen.

Bei diesem unbefriedigenden funktionellen Gesamtergebnis sei die Frage des weiteren Procederes vordiskutiert worden. Der Vorschlag der Neurologie der G.____

sei gewesen, dass

die Beschwerdeführerin in eine andere Rehabilitationsklinik wechsle, wobei diesmal der Fokus verstärkt auf die psychosomatische Seite gelegt werden solle neben der Fortführung eines intensiven Physiotherapieprogrammes. Die Beschwerdeführerin

denke selber nach wie vor, dass bei der Operation etwas schiefgelaufen sei, dass zum Beispiel eine Schraube irgendwo auf den Nerv drücke, auf jeden Fall möchte sie nun auf eigene Initiative das Gesamtbild noch einmal abklären lassen und werde nach Belgrad in das K.____ gehen (S. 2 unten). 3.10

PD Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie, Leitender Arzt Paraplegie, C.____, berichtete am 10. März 2016 (Urk. 7/110/32-34) über eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung und führte aus, die Vorstellung sei zur Zweitmeinung wegen fortbestehender Beschwerden im Sinne von Brenn- und Berührungsschmerzen im Bereich des linken lateralen Oberschenkels und in diesem Zusammenhang wegen Schlafstörungen erfolgt. Ferner bestehe eine Belastungsschmerzhaftigkeit der linken Hüfte im Stehen und Sitzen, die nach längerem Gehen zu Einschränkungen der Gehfähigkeit führe. Gelegentlich schlage das Bein unvermittelt aus. Schmerzen würden dann auch bis in den Bereich des Unterschenkels und Fusses ziehen. Liegen bessere die Beschwerden. Sehr selten habe sie auch einen Gefühlsverlust für die Blase, verliere dann in kleinen Mengen Urin, kein Dranggefühl. Das Gefühl für die Blase sei "nicht wie früher, nicht normal". Zum Verlauf gebe die Beschwerdeführerin an, dass sich die Kraft des linken Beines vor allem in den vergangenen vier Monaten deutlich gebessert habe, die Brennschmerzen am Oberschenkel links nicht (S. 1 unten). Die Beschwerdeführerin moniere vor allem, dass die Ausfälle des linken Beines postoperativ zunächst nicht zur Kenntnis und im Verlauf nicht ernst genommen worden seien (S. 2 oben).

Aufgrund des klinischen und neurophysiologischen Untersuchungsbefundes ergebe sich aktuell die Diagnose einer Meralgia

paraesthetica links. Anhand der klinischen und elektrophysiologischen Befunde sei von einer sehr inkompletten Schädigung des sensorischen N. cutaneus

femoris

lateralis links auszugehen. Die therapeutischen Möglichkeiten (weiteres Zuwarten, Infiltrationsversuch mit Lokalanästhetikum und Kortison) seien mit der Beschwerdeführerin eingehend erläutert worden. Sie möchte sich diesbezüglich bedenken und gegebenenfalls wie der vorstellen.

Darüber hinaus fänden sich keine sicher pathologischen Befunde mehr, die die anamnestischen Angaben der hochgradigen Beinparese links retrospektiv zuordnen liessen

. Die auswärtigen neurologischen und neurophysiologischen Vorbefunde sprächen für eine protrahierte N.femoralis -Neurapraxie mit geringem axonalen Schädigungsanteil. Diese sei anhand der heutigen Befunde weitgehend ausgeheilt, und die Funktion sei zum überwiegenden Teil wieder hergestellt. Nach den Schilderungen der Beschwerdeführerin könnte eine elektrophysiologisch nicht messbare Sensibilitätsstörung die lange anhaltende Parese mit unterhalten haben.

Mit der Beschwerdeführerin sei eingehend darüber gesprochen worden, dass die vorliegende Gefühlsstörung so wie veränderte Wahrnehmung des linken Beines durchaus eine Schwäche und Funktionsstörung lange Zeit unterhalten könnten, die Prognose aber langfristig sehr gut sei und durch intensive Übung und Eigeninitiative der Beschwerdeführerin weiter bessern werde, wobei die Funktion anhand der vorliegenden Untersuchungsbefunde bereits weitgehend wiederhergestellt sei (S. 2 unten). 3.11

PD Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Arzt und Stv. Leiter Hüft- und Beckenchirurgie, C.____, nannte im Bericht vom 21. April 2016 (Urk. 7/110/29-31) die folgenden Diagnosen: - Verdacht auf Rehabilitationsdefizit der pelvitrochantären

Muskulatur - Status nach postoperativer Femoralisneurapraxie mit Propriozeptionsstörung nach PAO November 2014, weitgehend restituiert - Meralgia

paraesthetica

links, inkomplette Schädigung - Status nach Autounfall mit Polytrauma

Dazu führte

heraus, die Beschwerdeführerin sei zur Abklärung der persistierenden Hüftschmerzen zugewiesen worden. In der neurophysiologischen Untersuchung habe sich eine sehr inkomplette Schädigung des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis gezeigt. Des Weiteren habe sich eine weitgehend ausgeheilte Nervus

femoralis

Neurapraxie mit grösstenteils wiederhergestellter Funktion gezeigt (S. 2 oben). Bei der Beschwerdeführerin habe sich eine weitgehend unauffällige neurophysiologische Untersuchung gezeigt, welche die Beinschwäche nicht erkläre. Klinisch bestehe passiv eine gute Beweglichkeit, radiologisch zeige sich eine regelrechte Korrektur der Hüftdysplasie auf der linken Seite. Anamnestisch sprächen nur das Auftauchen der Schmerzen nach längerem Sitzen für eine artikulare Problematik (z.B. Adhäsionen). Zur genaueren Abklärung wären hier die therapeutische-diagnostische Gelenksinfiltration oder ein Arthro-MRI hilfreich.

Da zurzeit weder strukturelle noch entzündliche noch neurologische Ursachen für eine Muskelschwäche vorlägen, seien die aktuellen Schmerzen und die Schwäche im Rahmen einer muskulären Reizung bei einem Trainingsdefizit, insbesondere der Hüftflexoren und Abduktoren, zu interpretieren und dies solle vorerst konservativ angegangen werden.

Es werde Physiotherapie zur Kräftigung und Dehnung der pelvitrochantären Muskulatur verschrieben insbesondere des Iliopsoas und der Hüft abduktoren und -flektoren mit Instruktion zum Heimtraining sowie eine MTT (S. 2 unten) .

Sollten diese Massnahmen nicht zum gewünschten Erfolg führen , könnten Steroidinfiltrationen oder ein Verlaufs-MRI zur Beurteilung der muskulären Situation überlegt werden. Die Nervenschmerzen im Bereich des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis könnten ergotherapeutisch mit einer Desensibilisierung, gegebenenfalls mit Infiltrationen angegangen werden (S. 3 oben) . 3.1.2

Dr. med.

N.____, Facharzt für Rheumatologie, für Allgemeine Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Oberarzt C.____, nannte im Bericht vom 24. Januar 2017 (Urk. 7/109/6-7) folgende Diagnosen: - Meralgia

paraesthetica links; sehr inkomplette Schädigung - Rehabilitationsdefizit der pelvitrochantären Muskulatur - Status nach postoperativer Femoralisneuropathie mit Propriozeptionsstörung nach PAO im November 2014, weitgehend restituiert - kombinierte Grenzwertüberschreitung mit femoral betontem Impingement (femorale Retrotorsion sowie Offsetstörung) - Status nach Autounfall mit Polytrauma

Dazu führte Dr. N.____ aus, die Beschwerdeführerin berichte, dass sie unter einem permanenten Schmerz im Bereich der Hüfte und des linken Oberschenkels leide. Am schlimmsten seien die Schmerzen abends. Zusätzlich auch zunehmende Beschwerden bei jeglicher Belastung. Weiter berichte sie von persistierenden Dysästhesien-Hyperalgie im Bereich des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis . Es bestehe eine komplexe Vorgeschichte (S. 2 oben). Bei der Befunderhebung stellte Dr. N.____ einen normalen Allgemein- und adipösen Ernährungszustand fest. Die Wirbelsäule sei klopfindolent und es bestehe ein flüssiges Gangbild ohne Rollator und ein gerader Beckenstand. Es bestehe eine Parästhesie und Allodynie im Bereich des lateralen Oberschenkels bis zum Knie und im Bereich des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis , beim Unterschenkel und Fuss

sei die Sensibilität normal . Die Trendelenburgzeichen seien beidseits negativ, wobei die Kraft am proximalen Oberschenkel auf Grund der Schmerzen nicht konklusiv beurteilbar gewesen sei .

Aufgrund des klinischen und neurophysiologischen Untersuchungsbefundes vom März 2016 ergebe sich aktuell die Diagnose einer Meralgia

paraesthetica links. Anhand der klinischen und elektrophysiologischen Befunde sei von einer inkompletten Schädigung des sensorischen N. cutaneus

femoris

lateralis links auszugehen. Die therapeutischen Möglichkeiten (weiteres Zuwarten, Infiltrationsversuch mit Lokalanästhetikum und Kortison) seien der Beschwerdeführerin eingehend erläutert worden. Sie möchte sich diesbezüglich nochmals bedenken, gegebenenfalls wieder vorstellen. In Rücksprache mit den Radiologen (Dr. O.____) im Hause wäre dies trotz Voroperation möglich. In der Zwischenzeit sei eine neurologische Verlaufsbeurteilung zu empfehlen (S. 2 unten). 3.1 3

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.4) führte im Bericht vom 15. September 2017 (Urk. 7/110/6-10) und unter Beilage von weiteren Berichten (Urk. 7/110/12-36) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit Dezember 2001 (Ziff. 1.2). Die Art und der Umfang der gegenwärtigen Behandlung bestehe in einer Ernährungsberatung (Ziff. 1.5). Es bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kosmetikerin/Handelsdiplom eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.6). Das Einnehmen von Positionen über längere Zeit sei ungünstig und führe zu Schmerzexazerbation mit Problemen bei der Konzentration. Es sei eine Wechselbelastung und ein eingeschränkter Zeitrahmen notwendig (Ziff. 1.7). Die Einschränkungen liessen sich eventuell mit intensiver Kräftigung vermindern, wodurch eventuell eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sei (Ziff. 1.8). 3.1 4

Dr. med.

P.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, nannte in seiner Stellungnahme vom 22. September 2017 (Urk. 7/113/4-6)

als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Rehabilitationsdefizit der pelvitrochantären Muskulatur (S. 1). Als Einschränkungen in Bezug auf eine Tätigkeit nach abgeschlossenerm Handelsdiplom im Juli 2017 bestünden eine reduzierte Gehstrecke sowie eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung der linken Hüfte. Es sei eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, überwiegend sitzend, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne hüftbelastende Zwangshaltungen (Bücken, Hocken, Knien) und ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände möglich. Andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe- / Kälteexposition seien ebenfalls zu vermeiden.

Davon ausgehend, dass eine Tätigkeit mit Handelsdiplom dem Belastungsprofil entsprechen würde, bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

Gemäss Dr. F.____ bestehe für sitzende Tätigkeiten ab 16. Juli 2014 eine 0%ige Arbeitsunfähigkeit. Von November 2014 (Hüft-OP) bis 4. Februar 2015 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab März 2015 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass (abgesehen von der 100%igen Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisation) keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Es würden keine plausiblen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vorliegen. Auf die Beurteilung durch

Dr. D.____ könne nicht abgestellt werden, da in seinen Berichten auch längst abgeheilte und fast abgeheilte Diagnosen sowie Bagatellen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt würden (S. 2 unten). Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes sei nicht zu erwarten. Die degenerativen Veränderungen würden im Laufe des Lebens zunehmen. Es sei nicht davon auszugehen, dass weitere medizinische

Massnahmen zu einer relevanten Reduktion der Arbeitsunfähigkeit führen würde (S. 3 oben). 3.15

Am 7. Dezember 2017 erfolgte im Q.____

eine laparoskopische

Rektopexie, worüber mit provisorischem Austrittsbericht vom gleichen Tag berichtet wurde. Die Versicherte sei vom 7. - 10. Dezember 2017 hospitalisiert gewesen

(Urk. 7/126/1). 3.16

Die Fachpersonen des R.____ berichteten am 13. März 2018 (Urk. 7/126/2-5 = Urk. 7/129/2-5) über zwei Vorgespräche, welche am 2. und am 15. Februar 2017 stattgefunden hätten. Als Diagnosen nannten sie eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), einen Status nach sexuellem Missbrauch (ICD-10 Z61.4) sowie Adipositas (S. 1). Dabei nannten sie den folgenden psychopathologischen Befund: « 27-jährige Patientin, äusserlich gepflegt, hinkend alterssprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert, in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, zurückhaltend, bedächtig, sachlich, aktiv im Spontananverhalten, Stimmung wechselhaft, immer wieder weinend, affektiv kontrolliert, im Gesprächsverlauf verbal mittelgradig aktiv, psychomotorisch ruhig, muss nach langem Sitzen wegen Schmerzen aufstehen, guter Blickkontakt, stimmlich sanft, schildert ihr Symptomerleben und -verhalten im Zusammenhang mit der Traumatisierung durch die temporäre Geheunfähigkeit sowie dem sexuellen Missbrauch. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis leicht verlangsamt bzw. eingeschränkt, deutliche Vergesslichkeit, Denken formal beweglich, detail-orientiert, inhaltlich problemzentriert, reflektierend, leichtes Übergewicht. Keine AP für psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen). Anamnestisch konkrete Suizidgedanken/-wünsche, 3 SV 2012 mit Tabletten, aktuell keine akute Suizidalität » (S. 2 unten f.).

Die Störung habe Krankheitswert und es bestehe seit August 2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Realistische Ziele seien die Aktivierung und Beschäftigung der Versicherten (S. 3). 3.17

Dr. med. S.____, Facharzt für Chirurgie, führte im Bericht vom 16. April 2018 (Urk. 7/135/2-4 = Urk. 7/136; vgl. auch den Bericht vom 16. März 2018, Urk. 7/131) aus, aus medizinischer Sicht stelle sich vorliegend die Frage, in wie weit die bestehende Schmerzproblematik mit medizinischen Massnahmen verbessert werden könne. Die Beschwerdeführerin werde seit Jahren mit Schmerzmitteln inklusiv Opiaten behandelt, die jedoch nur einen Teilerfolg bewirkten. Als weitere Möglichkeit könne das Einsetzen eines sogenannten Neurostimulators diskutiert werden (S. 2 Mitte). Ein weiteres Problem würden die eigentlichen neurologischen Defizite beziehungsweise Ausfälle mit entsprechender Auswirkung auch auf das Gehen darstellen. Die Paresen am linken Bein, betroffen seien vor allem Streckerfunktionen,

seien überwiegend funktionell bedingt, das heisse aufgrund eines Verlustes des Innervationsmusters und somit zentralbedingt.

Es sei davon auszugehen, dass postoperativ ein gewisser Nervenschaden bestanden habe, der sich jedoch lokal erholte. Geblieben sei jedoch ein Verlust des Innervationsmusters für die entsprechenden Muskeln.

Die Parese des M. gluteus

maximus links sei im Status spürbar, die Kontraktion sei weniger kräftig als rechts, im EMG liessen sich jedoch keine sicheren Pathologien finden. Eine durch gemachte Schädigung des zuständigen N. gluteus inferior würde der Neurologe aber trotzdem nicht ausschliessen, nach mehr als drei Jahren dürfte dieser Nervenschaden jedoch weitgehend ausgeheilt sein. Geblieben sei jedoch ein Verlust des Innervationsmusters mit entsprechender Auswirkung auf das Gehen, das heisst es besteht ein Trendelenburg Hinken links (S. 2 unten).

Bei den Kniestreckern sei bei erhaltenem Patellarsehnenreflex eine organische Genese weitgehend ausgeschlossen und im EMG habe durch Auslösen des Patellarsehnenreflexes direkt ein motorisches Einheitspotential abgeleitet werden können. Dies beweise ebenso, dass der N. femoralis links intakt sei. Ähnlich sei es bei den Fuss- und Zehenheberfunktionen links.

Im Liegen sei eine gewisse Heberfunktion vorhanden und für eine funktionelle Genese würden die normalen EMG Befunde sprechen mit normaler Leitungsgeschwindigkeit des N. peroneus links und normalem Nadel EMG in den M. tibialis

anterior links und Extensor

digitorum links.

Hier gelte ebenso, dass für die tatsächliche Parese dieser Muskeln der Verlust des Innervationsmusters verantwortlich

sei (S. 3 oben).

Zusammengefasst handle es sich bei einer funktionellen Parese um den Verlust des Innervationsmusters und es sei somit zentral bedingt.

Um diese Muster wieder zu erlangen, sei über längere Zeit eine intensive und langfristige physiotherapeutische Behandlung mit insbesondere Muskelaufbautraining beziehungsweise gezielten Therapien notwendig, um die Innervation wieder zu gewinnen (S. 4 unten). 3.18

Dr. P. (vorstehend E. 3.14), RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 4. Mai 2018 (Urk. 7/138/3) aus, Dr. S. führe in seinen Arztberichten vom 16. März und 16. April 2018 keine Untersuchungsbefunde an, die nicht schon längstens bekannt seien. Am 7. Dezember 2017 werde aus dem Q. über eine Rektopexie berichtet. Da keine Komplikationen aufgetreten seien, sei davon auszugehen, dass sechs Wochen später die Situation abgeheilt sei. Im Bericht des R. vom 13. März 2018 werde keines der in der ICD-10 geforderten Hauptsymptome angegeben. Somit sei die Diagnose «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode» nicht zutreffend. Dieser Bericht könne nicht verwertet werden. Es würden seit der letzten Stellungnahme des RAD vom 22. September 2017 keine neuen medizinischen Sachverhalte vorliegen, die eine länger dauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten. Die Beurteilung in der Stellungnahme des RAD vom 22. September 2017 habe weiterhin Bestand. 4.4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte zur Begründung der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf die Stellungnahme des RAD-Arztes

Dr. med. P. (Urk. 2)

ab, wonach bei der Beschwerdeführer in von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei (vorstehend E. 3.

E. 14

).

4. 2

Dr. P.____

berücksichtigte im Rahmen seiner medizinischen Beurteilungen (vgl. vorstehend E. 3.14 und 3.17) die medizinischen Akten

und die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin. Seine Darlegung der medizinischen Befunde sowie deren Beurteilung leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Die Beurteilung wurde ausserdem in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die vorhandenen Befunde werden dabei in nachvollziehbarer Weise bei der Einschränkung der Leistungsfähigkeit beziehungsweise dem entsprechend formulierten Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt. Im Übrigen handelt es sich bei Dr. P.____ um einen Facharzt

für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, womit er insbesondere geeignet ist, die geklagten somatischen Beschwerden zu beurteilen, und seine Stellungnahme ist für die Beantwortung der gestellten Fragen in ausreichendem Ausmass umfassend. Die Stellungnahme erfüllt somit die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.3, E. 1.5-6), so dass für die Entscheidungsfindung und insbesondere die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit darauf abgestellt werden kann. 4. 3

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass Dr. S.____

(vgl. vorstehend E. 3.16)

erst zweimalig einen Bericht verfasst habe, die weiteren Berichte noch fehlten und aus diesem Grund noch gar keine Schlüsse zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden könnten (Urk. 1 S. 6), kann ihr nicht gefolgt werden. So gehen aus dem Bericht vom 16. April 2018 (vgl. vorstehend E. 3.16) keine neuen oder anderslautenden Befunde hervor, welche nicht schon in früheren Berichten festgehalten und vom RAD berücksichtigt wurden. Insbesondere führte Dr. S.____ aus, dass sich der postoperativ vorgelegene Nervenschaden erholt habe und weitgehend abgeheilt sei, sich für die Parese im EMG keine sicheren Pathologien finden liessen, bei erhaltenem Patellasehnenreflex eine organische Genese weitgehend ausgeschlossen sei, was beweise, dass der N. femoralis links intakt sei, und es bei den Fuss- und Zehenheberfunktionen links ähnlich sei, wobei im Liegen eine gewisse Heberfunktion vorhanden sei und für eine funktionelle Genese die normalen EMG Befunde sprechen würden (vgl. vorstehend E. 3.16). 4. 3 .1

Sodann erweist sich die Einschätzung von Dr. P.____ vor dem Hintergrund der von den behandelnden Fachärzten erhobenen Befunden als nachvollziehbar und plausibel. So wies Dr. F.____ in ihrem Bericht vom 16. Juli 2014 auf zahlreiche bereits vor dem Unfall erfolgte radiologische Abklärungen bei Lähmungen der oberen/unteren Extremitäten unklarer Genese hin und stellte ihrerseits wiederum unklare Beschwerden und Krankheitsbilder fest, weshalb sie aufgrund der nicht ausgeprägten Befunde und wegen der langjährigen unklaren Beschwerdesymptomatik gegenüber einer Operation mit Korrekturosteotomie der linken

Hüfte sehr zurückhaltend war. Bereits sie ging durch Fortführung der konservativen Therapie mit gezielter Behandlung der linken Hüfte von einer (deutlichen) Besserung der Beschwerden aus und erachtete die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten vorwiegend sitzenden Tätigkeit unter Vermeidung von ständigem Gehen und Stehen, von häufigem Bücken, ständigem Zwangshaltungen und häufigem Treppensteigen als vollständig

arbeitsfähig (vorstehend E. 3.6). Weiter stellten die Ärzte der G.____ im Bericht vom 27. April 2015 eine deutliche Diskrepanz zwischen gezielter Untersuchung und den spontanen Bewegungsabläufen zum Beispiel beim An- und Ausziehen der Hose fest (vorstehend E. 3.8). Im Bericht über die stationäre Rehabilitation führte Dr. I.____ sodann aus (vgl. vorstehend E. 3.9) , dass die funktionelle Einschränkung sich durch die neurologische Situation nicht erklären lasse. Bei orthopädisch erwartungsgemäss verlau fener Heilungsphase schlug er aufgrund des unbefriedigenden funktionellen Gesamtergebnisses die Fortführung eines intensiven Physiotherapieprogramms und Rehabilitation mit verstärktem Fokus auf die psychosomatische Seite vor, was die Beschwerdeführerin jedoch nicht in Angriff nahm. Stattdessen liess sie sich im K.____ in Belgrad nochmals abklären und begann dann im August 2015 eine durch die Invalidenversicherung finanzierte (Neu-)Ausbildung.

In der Folge holte die Beschwerdeführerin bei PD Dr. L.____ eine (weitere) Zweitmeinung ein. Dieser hielt im Bericht vom 10. März 2016 fest, dass die Kraft des linken Beines vor allem in den vergangenen vier Monaten deutlich gebessert habe , die Brennschmerzen am Oberschenkel links hingegen nicht. Die Beschwerdeführerin würde vor allem monieren, dass die Ausfälle des linken Beines postoperativ zunächst nicht zur Kenntnis und im Verlauf nicht ernst genommen worden seien. PD Dr. L.____

stellte keine sicheren pathologischen Befunde (mehr)

fest , die die anamnestischen Angaben der hochgradigen Beinparese links retrospektiv zuordnen liessen. Die auswärtigen neurologischen und neurophysiologischen Vorbefunde sprächen für eine protrahierte N. femoralis-Neurapraxie mit geringem axonalen Schädigungsanteil. Diese sei anhand der heutigen Befunde weitgehend ausgeheilt und die Funktion sei zum überwiegenden Teil wiederhergestellt (vorstehend E. 3.10). Auch PD Dr. M.____

berichtete von einer weitgehend unauffälligen neurophysiologischen Untersuchung, welche die Beinschwäche nicht erkläre. Klinisch bestehe passiv eine gute Beweglichkeit, radiologisch zeige sich eine regelrechte Korrektur der Hüftdysplasie. Da zurzeit weder strukturelle noch entzündliche noch neurologische Ursachen für eine Muskelschwäche vorlägen, seien die aktuellen Schmerzen und die Schwäche im Rahmen einer muskulären Reizung bei einem Trainingsdefizit, insbesondere der Hüftflektoren und Abduktoren, zu interpretieren und dies solle vorerst konservativ angegangen werden (vorstehend E. 3.11).

4. 3 .2
Sodann ist festzuhalten, dass die von

Dr. S.____

in seinem Bericht vom 16. April 2018 (vorstehend E. 3.16) nach einer Gesamtbeurteilung vorgeschlagene intensive und langfristige physiotherapeutische Behandlung mit insbesondere Muskelaufbautraining bereits von

allen bisherigen behandelnden Ärzten empfohlen wurde. So riet bereits Dr. F.____ in ihrer Beurteilung im Juli 2014 (vgl. vorstehend E. 3.6) zu intensiven konservativen Therapiemassnahmen, Gewichtsabnahme und aufgrund von muskulärer Schwäche Kräftigung der Muskulatur. Auch Dr. I.____ riet der Beschwerdeführerin im Mai 2015 zur Fortführung eines intensiven Physiotherapieprogrammes (vorstehend E. 3.9) und PD Dr. L.____

stellte im Bericht im März 2016 eine langfristig sehr gute Prognose und erwartete eine weitere Besserung durch intensive Übung und Eigeninitiative der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 3.10).

Gleiches hielt auch PD Dr. M.____

im Bericht im April 2016 (vorstehend E.

3.11) fest und verschrieb Physiotherapie zur Kräftigung und Dehnung der pelvitrochantären Muskulatur mit Instruktion zum Heimtraining sowie eine MTT, mit der Bemerkung, dass die Beschwerdeführerin seit September 2015 keine Physiotherapie mache (vgl. Urk. 7/110/30 oben).

Der Beschwerdeführerin wurden im Verlauf neben der intensiven Physiotherapie und Kräftigung der Muskulatur

auch weitere Therapiemöglichkeiten vorgeschlagen und erläutert, worauf sie jedoch jeweils dahingehend reagierte, dass sie sich nochmals bedenken und gegebenenfalls wieder bei den Ärzten vorstellen möchte (vgl. vorstehend E. 3.10 und E. 3.12). Schliesslich führte auch Hausarzt Dr. D.____ aus, dass sich die Einschränkungen eventuell mit intensiver Kräftigung vermindern liessen und eine Steigerung der von ihm attestierten Arbeitsfähigkeit möglich sei (vgl. vorstehend E. 3.13). 4.3.3

Angesichts der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und Einschränkungen wäre davon auszugehen, dass sie die ihr von mehreren Ärzten vorgeschlagenen vorwiegend konservativen Therapiemassnahmen (vgl. vorstehend E.

4.3.2) konsequent in Angriff nimmt. Aus den Akten ergibt sich jedoch ein anderes Bild. So besuchte die Beschwerdeführerin von September 2015 bis April 2016 trotz Empfehlung offenbar keine Physiotherapie mehr (vgl. Urk. 7/110/30 oben). Ob die Beschwerdeführerin die im April 2016 verschriebene Physiotherapie (vorstehend E.

3.11) schliesslich in Angriff nahm, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Aus dem Bericht des Hausarztes

Dr. D.____ vom 15. September 2017 geht diesbezüglich hervor, dass die Art und der Umfang der gegenwärtigen Behandlung einzig in Ernährungsberatung besteht. Zu den Empfehlungen für zukünftige Therapien erwähnt Dr. D.____ unter anderem Physiotherapie/Kräftigung, was darauf hindeutet, dass zumindest in diesem Zeitpunkt trotz Empfehlung aller Ärzte

keine Physiotherapie oder Kräftigung

durchgeführt

wurde (vorstehend E. 3.13).

Die Ärzte schlugen auch anderweitige Therapieansätze vor, sofern die konservativen Massnahmen nicht zum Erfolg führen sollten. So schlug PD Dr. M.____ im Bericht vom 21. April 2016 unter anderem vor, dass die Nervenschmerzen ergo therapeutisch mit einer Desensibilisierung, gegebenenfalls mit Infiltrationen an gegangen werden könnten (vorstehend E. 3.11). Wie bereits schon PD Dr. L.____

im März 2016 (vorstehend E. 3.10) schlug in der Folge auch Dr. N.____ im Januar 2017 (vorstehend E. 3.12) weitere therapeutische Möglichkeiten (weiteres Zuwarten, Infiltrationsversuch und Kortison) vor.

Dass die Beschwerdeführerin Physiotherapie, einen Kraftaufbau oder eine der anderen therapeutischen Möglichkeiten , wie sie von den behandelnden Ärzten vorgeschlagen wurde n, in Angriff genommen hätte, ergibt sich aus den Akten nicht und geht überdies auch nicht aus den Berichten von Dr. S.____ hervor. 4. 4

Zusammenfassend liegen in somatischer Hinsicht keine medizinischen Einschätzungen vor, welche die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD umzu stossen oder diese in Zweifel zu ziehen vermögen.

Zudem ist in Bezug auf die zahlreichen nicht ausgeschöpften beziehungsweise nicht in Anspruch genommenen Therapiemöglichkeiten festzuhalten, dass gemäss Art. 7 Abs. 1 ATSG im Bereich der Invalidenversicherung nur der nach zumutbarer Behandlung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt relevant ist. Dr. P.____ hielt in seinen Stellungnahmen zu Recht fest, dass keine plausiblen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vorliegen würden und auf die Beurteilung von Dr. D.____ nicht abgestellt werden könne, da in seinen Berichten auch längst abgeheilte und fast abgeheilte Diagnosen sowie Bagatellen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt würden (vgl. vorstehend E. 3.14). Zu den Berichten von Dr. S.____ hielt er in seiner Stellungnahme vom 4. Mai 2018 sodann fest, dass darin keine Untersuchungsbefunde aufgeführt würden, die nicht schon längststens bekannt seien und es würden seit seiner letzten Beurteilung keine neuen medizinischen Sachverhalte vorliegen, die eine länger dauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten (vgl. vorstehend E. 3.17). Für die Beurteilung des RAD spricht indes , dass die Beschwerdeführerin in der Lage war, bereits kurze Zeit nach der stationären Rehabilitation und trotz noch vorhandener Einschränkungen am 17. August 2015

eine (Neu -)Ausbildung zum Bürofach- und Handelsdiplom

zu beginnen und am 31. Juli 2017 erfolgreich abzuschliessen , wo bei sie im dritten und vierten Semester ein halbtägiges Praktikum absolvierte

(vgl. Urk. 7/79). Soweit sich die Beschwerdeführerin nach ihrem Abschluss nicht vollständig, sondern lediglich im Umfang von 60 bis 80 % arbeitsfähig fühlte (vgl. Urk. 7/108/5 oben), ist festzuhalten, dass die rein subjektive Einschätzung der versicherten Person betreffend ihre Arbeitsfähigkeit nicht relevant ist. Vielmehr ist es primär ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen (Urteil 8C_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 4.1.2 und 4.2.2).

4. 5

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich vorbringt, dass in psychischer Hinsicht zwei Vorgespräche stattgefunden hätten, entsprechende Diagnosen gestellt worden seien und die weiteren Behandlungen abgewartet werden müssten (vgl. Urk. 1 S. 5 oben), so kann sie

auch daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Beim Bericht des R.____ (vorstehend E. 3.15) fällt zunächst auf, dass dieser nach zwei Vorgesprächen, welche auf Empfehlung einer Mitpatientin am 2. und 15. Februar 2017 stattgefunden haben, erst am 13. März 2018 verfasst wurde. Zwischen den Vorgesprächen und dem Verfassen des Berichts liegt damit mehr als ein Jahr, in welchem gemäss eingereichter Terminliste weder Gespräche noch eine Behandlung stattfanden (vgl. Urk. 3/9). Die im Bericht aufgeführte 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit August 2015 (an einer anderen Stelle im Bericht wird August 2016 angegeben) - sofern sich diese überhaupt auf die psychiatrischen Diagnosen bezieht - erscheint nur schon vor diesem Hintergrund als nicht nachvollziehbar.

Angesichts der Dauer zwischen den Vorgesprächen und dem Bericht kann nicht von einer echtzeitlichen Stellungnahme ausgegangen werden. Hinzu kommt, dass der Bericht einzig eine knappe und kurze Befundschilderung enthält und es unklar ist, wer den Bericht tatsächlich verfasst hat. Eines der beiden Vorgespräche im Februar 2017 fand bei der Psychotherapeutin T.____ und das andere Gespräch bei med. pract. U.____, einer Ärztin ohne psychiatrischen Facharzt titel, statt (vgl. Urk. 3/9 S. 2). Der Bericht vom 13. März 2018 wurde dann

aber offenbar von Dr. Phil V.____, Fachpsychologe,

verfasst, jedoch nicht von ihm unterzeichnet. Dass der ebenfalls auf dem Bericht aufgeführte Psychiater Dr. med. W.____, welcher den Bericht ebenfalls nicht selber unterzeichnete, die Beschwerdeführerin jemals selber untersucht oder gesehen hätte, ist mit Blick auf die Terminliste nicht anzunehmen. Gemäss Terminliste (vgl. Urk. 3/9) hatte die Beschwerdeführerin lediglich einen einzigen Termin bei einer Psychiaterin des Z.____, dies nach Erstellung des vorliegenden Berichts. Damit fehlt es grundsätzlich an einer fachärztlichen psychiatrischen Stellungnahme. Schliesslich ist auch nicht klar, inwiefern vorliegend überhaupt eine Behandlung stattfindet. Im Bericht vom 13. März 2018 wird angegeben, dass eine Behandlung bei der Psychotherapeutin T.____ stattfinden soll, aus der Terminliste geht dann aber hervor, dass die Beschwerdeführerin Termine bei verschiedenen Psychologinnen und Psychologen, teilweise auch ohne fachpsychologische Weiterbildung wahrnahm, wobei erst noch eine unregelmässige Behandlungsfrequenz auffällt.

Schliesslich erscheint die Herleitung der Diagnose einer PTBS mit Blick auf die diagnostischen Leitlinien als wenig nachvollziehbar. So bedarf gemäss Rechtsprechung die Herleitung und Begründung der Diagnose einer PTBS einer besonderen Achtsamkeit. Dies gilt zunächst für das Belastungskriterium, mithin das auslösende Trauma. Neben der für die Bejahung einer PTBS bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_548/2019 vom 16. Januar 2020 E. 6.3.1 mit Hinweis; zu den diagnostischen Leitlinien siehe auch

Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, 2015, S. 208).

Vorliegend erscheint die Diagnose einer PTBS bereits schon aufgrund der in den diagnostischen Leitlinien geforderten Latenzzeit mehr als fraglich, zumal keine Begründung für einen ausnahmsweise späteren Beginn aufgeführt wird. So liegt

beispielsweise die Gehunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Vorgespräche im Februar 2017 mehr als eineinhalb Jahre zurück und es erscheint fraglich, ob die Traumatisierung für die nach erfolgter Hüftoperation während der Rehabilitation vom 21. November 2014 bis 4. Mai 2015 aufgetretene vorübergehende Gehunfähigkeit überhaupt als Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere qualifiziert werden kann, zumal die Beschwerdeführerin spätestens am 14. Juli 2015 wieder laufen konnte (vgl. Urk. 7/81/6 unten). Inwiefern eine allfällige Traumatisierung in der Kindheit im Zeitpunkt der Vorgespräche zu einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit führte oder immer noch beiträgt, wird nicht weiter dargelegt. Schliesslich lässt sich dem Bericht zur Herleitung der Diagnose im psychopathologischen Befund einzig entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihr Symptomerleben und -verhalten im Zusammenhang mit der Traumatisierung durch die temporäre Gehunfähigkeit sowie dem sexuellen Missbrauch geschildert habe (vorstehend. E. 3.15). Inwiefern die von der Beschwerdeführerin geschilderten und von den Psychologen des R.____ als Traumatisierungen aufgeführten Ereignisse einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hatten respektive immer noch haben, wird nicht weiter erläutert, womit anzunehmen ist, dass sich die erhobenen psychopathologischen Befunde und die daraus abgeleiteten Diagnosen hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützten. Aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin kurz nach der Rehabilitation eine zweijährige Ausbildung zum Bürofach- und Handelsdiplom inklusive Praktikum in Angriff nahm und diese erfolgreich abgeschlossen hat (vgl. Urk. 7/87, Urk. 7/90, Urk. 7/100, Urk. 7/104), ist davon auszugehen, dass die geschilderten Traumatisierungen zumindest keinen langandauernden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten und das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin trotz vorübergehender Gehunfähigkeit auch in der Folge nicht massgeblich eingeschränkt war.

Angesichts einer fehlenden echtzeitlichen und insbesondere psychiatrischen Stellungnahme, der knappen und kurzen Befundschilderungen und der weitergenannten Auffälligkeiten hielt Dr. P.____

in seiner Stellungnahme zu Recht fest, dass auf den Bericht des R.____ nicht abgestellt werden könne (vgl. vorstehend E. 3.17). Allein die Tatsache, dass ein RAD-Arzt keinen Facharztstitel für Psychiatrie innehat, rechtfertigt es im Übrigen nicht, seine Stellungnahme ausser Acht zu lassen. Ein Arzt ist unabhängig von seiner Fachrichtung grundsätzlich in der Lage, die Kohärenz des Berichts eines Kollegen zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 9C_149/2008 vom 27. Oktober 2008). 4. 6

Soweit die Beschwerdeführerin in schliesslich geltend machte, dass der medizinische Sachverhalt aufgrund der noch laufenden medizinischen Abklärungen noch nicht rechtsgenügend abgeklärt und

dass die Diagnosen erst nach Abschluss der weiteren Abklärungen feststehen würden (vgl. Urk. 1 S. 6 unten), ist festzuhalten, dass der Gesundheitszustand sowie die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Beurteilung gebührend berücksichtigt wurden. Die Beschwerdeführerin vermag sodann nicht darzutun, inwiefern die Aktenlage unzutreffend beziehungsweise unvollständig sein soll. Trotz der von der Beschwerdeführerin erwähnten (laufenden) interdisziplinären Abklärungen, Behandlungen und Beurteilungen des Z.____, reichte die Beschwerdeführerin bis heute keine weiteren Berichte oder fachärztlichen Stellungnahmen/Beurteilungen nach, die einen

anderweitigen Schluss zulassen würde n . Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich damit als ausreichend, wes halb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aufgrund der gestellten Diagnosen nachvollziehbar, so dass darauf abgestellt werden kann. Somit ist nicht ersicht lich, inwiefern die von der Beschwerdeführer in nach den Ergebnissen der laufen den Untersuchungen geforderte Durchführung eines polydisziplinären Gutach tens neue, für die Beurteilung der vorliegenden Sache entscheidende Erkenntnisse liefern könnte, sodass darauf im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu ver zichten ist (BGE 122 V 157 E. 1d). 4. 7

Nach dem Gesagten steht damit fest, dass auf die überzeugende Einschätzung des RAD abzustellen und somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit gemäss be schriebenem Zumutbarkeitsprofil auszugehen ist. 5.

5.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen.

Angesichts des erfolgreiche n Erlangen s des Handelsdiploms VSH im Sommer 2017 (Urk. 7/106; vgl. auch Urk. 7/104) und der medizinischen Zumutbarkeit, eine entsprechende Tätigkeit zu 100 % auszuüben (körperlich leichte, wechselbe lastende Tätigkeite n , überwiegend sitzend, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüs ten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne hüftbelastende Zwangshaltungen , ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände und ohne a ndauernde Vibrationsbelas tungen und Nässe- / Kälteexposition ;

vgl. vorstehend E. 3.14 und 3.1 8), erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs . 5.2

Die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2018 erweist sich nach dem Gesagten somit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskos ten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzule gen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerle gen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesge setzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1

5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
P. Sager

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