

SO_GERICHTE VSBES.2018.237 vom 20. August 2018

SO Obergericht, 2018-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.237

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.237 du 20 août 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.237 del 20 agosto 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1969 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) erlitt am 18. Dezember 2004 mit ihrem Personenwagen einen Selbstunfall, wobei sie sich eine HWS-Distorsion zuzog. Die Erstbehandlung erfolgte am 20. Dezember 2004 in der Chirurgischen Poliklinik des B.____ (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 7 S. 133). Daraufhin meldete sie sich am 3. April 2006 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) erstmals zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 4). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) sprach der Beschwerdeführerin in der Folge Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (Arbeitsvermittlung) durch die Stellenvermittlung der IV-Stelle Basel-Land, [...], zu (Mitteilung vom 17. Mai 2006; IV-Nr. 18).

1.2 Am 29. Oktober 2006 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 29). Die Unfallversichererin der Beschwerdeführerin veranlasste eine polydisziplinäre (internistische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung im C.____, an der sich die Beschwerdegegnerin mit Zusatzfragen beteiligte und welche am 7., 21. und 26. Februar 2007 durchgeführt wurde (Gutachten vom 11. April 2007; IV-Nr. 32). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 25. Mai 2007 schloss die Unfallversichererin den Fall rückwirkend per 31. Januar 2005 ab (IV-Nr. 35). Die Beschwerdegegnerin erteilte Kostengutsprache für ein Arbeitstraining vom 1. Juni bis 2. September 2007 in der Logistik der «D.____», [...] (Mitteilung vom 12. Juni 2007; IV-Nr. 38). Am 17. August 2007 wurde der Arbeitsversuch vorzeitig abgebrochen (IV-Nr. 44). Die Beschwerdegegnerin schloss daraufhin die Stellenvermittlung ab (Abschlussbericht vom 7. September 2007 (IV-Nr. 46). Auf die Anfrage der Beschwerdegegnerin hin nahmen die Gutachter des C.____ am 11. Februar 2008 zu den Begutachtungsergebnissen Stellung (IV-Nr. 56).

1.3 Da die Beschwerdeführerin psychische Beschwerden geltend gemacht hatte, holte die Beschwerdegegnerin einen Bericht von Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Februar 2009 (IV-Nr. 68) ein. Der Arzt diagnostizierte eine schwere Panikstörung, die im Juli 2007 aufgetreten sei und sich unter Therapie bis Ende 2008 gebessert habe. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD: IV-Nr. 69) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin aufgrund eines Invaliditätsgrads von 100 % mit rechtskräftiger Verfügung vom 11. November 2009 eine ganze befristete Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Juli 2008 bis 31. Januar 2009 zu; infolge einer gesundheitlichen Verbesserung bestehe ab 1. Februar 2009 kein Rentenanspruch mehr. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, infolge des Unfalls vom 18. Dezember 2004 sei die Beschwerdeführerin vorübergehend in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Ab 31. Januar 2005 seien ihr wieder alle leichten und mittelschweren Tätigkeiten ohne Einschränkung zuzumuten gewesen. Die angestammte Tätigkeit im Service sei nicht

optimal. Ein Arbeitsversuch ab 1. Juni 2007 mit einem Pensum von 50 % habe am 17. August 2007 vorzeitig abgebrochen werden müssen, weil sich der Gesundheitszustand im Juli 2007 verschlechtert habe. Gemäss den Abklärungen habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin jedoch wieder stetig verbessert, sodass seit Ende 2008 jegliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten wieder voll zumutbar seien, wobei eine um 30 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehe. Am 1. November 2008 habe die Beschwerdeführerin einen Arbeitsvertrag für ein 60%-Pensum als hauswirtschaftliche Angestellte (Reinigung) beim F.____, [...], erhalten (IV-Nr. 66) und könne dabei ein entsprechendes rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Ab 31. Oktober 2008 bestehe ein Invaliditätsgrad von nurmehr 28 %. Aus körperlicher Sicht seien der Beschwerdeführerin grundsätzlich sämtliche Tätigkeiten zuzumuten. Aufgrund ihrer körperlichen Konstitution seien schwere körperliche Tätigkeiten jedoch nicht als ideal zu erachten. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit zeitweise Heben und Bewegen von Lasten bis 15 kg seien weiterhin zumutbar. In einer entsprechenden adäquaten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin als zu 70 % arbeitsfähig einzustufen; die um 30 % verminderte Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus der aus psychiatrischer Sicht eingeschränkten Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 79).

1.4 In der Folge gewährte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin Beratung und Unterstützung beim Arbeitsplatzersatz durch die Stellenvermittlung der IV-Stelle Basel-Land (Mitteilung vom 29. April 2010, IV-Nr. 83). Der Arbeitgeber reduzierte das Arbeitspensum der Beschwerdeführerin ab 1. August 2010 von 60 % auf 50 % (IV-Nr. 84 S. 2 ff.). Gemäss dem Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung der IV-Stelle Basel-Land vom 12. November 2010 fand die Beschwerdeführerin eine zusätzliche Tätigkeit in der G.____, [...], welche sich bereit erklärte, die Beschwerdeführerin ab Oktober 2010 für zwei bis drei Nachmittage pro Woche als Verkäuferin anzustellen. Es sei trotz der neuen Tätigkeit an ihrem bisherigen Arbeitsplatz nicht zu vermehrten Ausfällen gekommen. Daraufhin wurde die Arbeitsvermittlung abgeschlossen (IV-Nr. 92.2; vgl. auch Abschlussbericht vom 19. Januar 2011, IV-Nr. 93). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren schloss die Beschwerdegegnerin die Arbeitsvermittlung mit rechtskräftiger Verfügung vom 14. April 2011 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, die Beschwerdeführerin habe mit Unterstützung der Eingliederungsfachperson für ihren bisherigen Arbeitsplatz beim F.____ eine Lösung gefunden. Sie habe dort mit einem Pensum von 50 % weiterarbeiten können. Zusätzlich habe sie ab Oktober 2010 eine der gesundheitlichen Situation angemessene Anstellung als Verkäuferin für 2 bis 3 Nachmittage pro Woche gefunden. Weitere berufliche Massnahmen seien aktuell nicht notwendig. Der Verlust der zusätzlichen Stelle bei der G.____ (vgl. IV-Nr. 95 S. 3) sei aus persönlichen und nicht aus gesundheitlichen Gründen erfolgt. Es bestehe daher keine Veranlassung, die Beschwerdeführerin erneut bei der Suche nach einer geeigneten Stelle zu unterstützen. Bezüglich der Invalidenrente sei auf die rechtskräftige Verfügung vom 11. November 2009 zu verweisen (IV-Nr. 99).

1.5 Am 4. Juni 2018 (Eingang: 12. Juni 2018) meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IV erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 101). Sie gab an, sie leide an chronischen Nervenschmerzen und sei bei der Arbeit überlastet. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 25. Januar 2018. Neben der bisherigen Tätigkeit im F.____ mit einem Pensum von 50 % arbeite sie seit dem 1. Oktober 2015 als Mitarbeiterin im Hausdienst bei der H.____ [...], ohne fixes Pensum im Stundenlohn (IV-Nr. 101). Mit Vorbescheid vom

20. Juni 2018 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten. Zur Begründung wurde angegeben, mit dem neuen Gesuch vom 12. Juni 2018 werde keine Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft gemacht; es bestünden weder neue Diagnosen noch neue Befunde. Die Beschwerdeführerin könne aber noch Beweismittel (Arzt- oder Therapieberichte etc.) einreichen, welche eine Veränderung des Gesundheitszustands als glaubhaft erscheinen liessen (IV-Nr. 105 S. 2 ff.). Daraufhin reichte die Beschwerdeführerin verschiedene medizinische Berichte zur Beurteilung ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation ein (IV-Nr. 107). Nach Konsultation des RAD trat die Beschwerdegegnerin im Sinne des Vorbescheids mit Verfügung vom 20. August 2018 auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin nicht ein. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, mit Blick auf die ausführliche RAD-Aktennotiz vom 14. August 2018 sei die Glaubhaftmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung seit Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 11. November 2009 zu verneinen (IV-Nr. 110; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert.

Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Mit dieser Verordnungsregelung soll verhindert werden, dass die IV-Organen nach vorausgegangenen rechtskräftigen Leistungsverweigerungen oder rechtskräftig abgelehnten Revisionsgesuchen sich immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen müssen. Ist demgegenüber im gesamten für die Anspruchsberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 455 f. Rz. 118 mit Hinweisen).

2.2 Neuanmeldungsrechtlich massgebender Vergleichszeitraum ist seit der mit BGE 130 V 71 präzisierten Rechtsprechung der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung einerseits und der Zeitpunkt, in welchem das Neuanmeldungsgesuch und die Glaubhaftmachung einer anspruchsbeeinflussenden Tatsachenänderung geprüft wird, andererseits (Meyer/Reichmuth, a.a.O., S. 457 Rz. 122).

Die Verwaltung berücksichtigt u.a., ob die frühere rechtskräftige Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und sie wird dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen; insoweit steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht zu respektieren hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 2.2 mit Hinweisen; Meyer/Reichmuth, a.a.O., S. 456 Rz. 119).

2.3 Für das Eintreten auf eine Neuanmeldung und auf ein Revisionsgesuch gilt der Beweisgrad des Glaubhaftmachens. Unter Glaubhaftmachen ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteile des Bundesgerichts 9C_683/2016 vom 30. März 2017 E. 2.2 und 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 2.2, je mit Hinweisen; Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 298, Rz. 1563 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Im vorliegenden Fall bildet die rechtskräftige Verfügung vom 11. November 2009 (IV-Nr. 79) den massgebenden Vergleichszeitpunkt im oben (unter E. II. 2.2 hiervor) dargelegten Sinn. Dies ist die letzte Verfügung der Beschwerdegegnerin, welche auf einer materiellen Prüfung des Leistungsanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht. Dies wird denn auch von keiner Seite bestritten (vgl. Beschwerde, S. 5 Ziff. 4a [A.S. 9]; angefochtene Verfügung, S. 2; A.S. 2). Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 11. November 2009 auf die damals vorliegenden medizinischen Berichte, primär auf das polydisziplinäre Gutachten des C.____ vom 11. April 2007 (IV-Nr. 32.3), die Stellungnahme der Gutachter des C.____ vom 11. Februar 2008 (IV-Nr. 56), den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Februar 2009 (IV-Nr. 68), die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. I.____ vom 18. Mai 2009 (IV-Nr. 69 S. 2 ff.) sowie den Bericht des Hausarztes Dr. med. J.____, Innere Medizin/Allgemeinmedizin FMH, vom 19. August 2009 (IV-Nr. 76). Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin eine seitherige Veränderung bzw. Verschlechterung ihres Gesundheitszustands glaubhaft darlegen konnte. Demnach ist der medizinische Sachverhalt vor Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 11. November 2009 darzulegen:

3.2 Aus dem Gutachten des C.____ vom 11. April 2007 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin dort am 7., 21. und 26. Februar 2007 internistisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht und begutachtet wurde. Die Gutachter konnten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach blander HWS-Distorsion bei Frontralcraash am 18. Dezember 2004, eine ideopathische blande segmentale Gefügestörung C2/3 (radiologischer Befund ohne auffällige klinisch-funktionelle Relevanz), ein funktioneller Hartspann der Rückenstreckmuskulatur links paravertebral der BWS, einschliesslich der Trapeziusmuskulatur, sowie ein Nikotin-abusus angegeben. Zusammengefasst wurde zum neurologischen Zusatzgutachten angegeben, die neurologische Gutachterin habe keine neurologischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit feststellen können. Es sei auch kein typisches Beschwerdebild nach einem HWS-Distorsionstrauma vorgelegen. Die Zusammenfassung des psychiatrischen Zusatzgutachtens lautete dahingehend, die Gutachterin habe keine krankheitswertigen psychischen Störungen finden können. In der psychiatrischen Epikrise und Leistungsbeurteilung sei ausgeführt worden,

dass die 38-jährige Explorandin am 18. Dezember 2004 mit ihrem PW verunglückt sei. In der Folge hätten sich körperliche Beschwerden eingestellt, die ebenfalls vom orthopädischen und internistischen Gutachter gewürdigt worden seien. Eine krankheitswertige psychische Störung lasse sich auch unter Betrachtung des Verlaufs nicht diagnostizieren. Dementsprechend habe keine psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie stattgefunden. Insbesondere habe man krankheitswertige depressive Symptome ausschliessen können. Psychopathologische Funktionseinschränkungen fehlten. Eine psychiatrische Erkrankung scheidet als Ursache für das geklagte Schmerzsyndrom aus. Ebenso seien keine modulierenden psychopathologischen Störungen vorhanden. Eine Therapieempfehlung ergehe daher nicht. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin voll arbeits- und leistungsfähig. Zur internistischen Begutachtung wurde zusammengefasst ausgeführt, als internistische Diagnose sei ein relevanter Nikotinabusus beschrieben worden. In Übereinstimmung mit aktenkundiger und persönlich von der Explorandin erhobener Anamnese sowie aktuellen klinischen Untersuchungen und Laborbefunden sei festgestellt worden, dass der Explorandin in jeder körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Ein Arbeitsplatz sollte der graziolen Konstitution der Explorandin angepasst sein. Sie sei zur Nikotinabstinenz ermuntert worden.

Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» wurde angegeben, die Explorandin habe am 18. Dezember 2004 eine blande Verletzung der Halswirbelsäule erlitten. Beim Befahren einer geraden Landstrasse sei sie unerwartet auf eine Eisplatte gekommen. Sie sei mit einer Geschwindigkeit von ca. 60 km/h unterwegs gewesen. Ihr Fahrzeug sei ins Schleudern gekommen, sie habe die Kontrolle über das Fahrzeug verloren und schliesslich eine Vollbremsung durchgeführt. Das Fahrzeug sei in einen links der Strasse verlaufenden Graben gefahren. Dort sei das Fahrzeug zum Stehen gekommen. Die Explorandin sei angeschnallt gewesen, der Fahrersitz sei mit einer Kopfstütze ausgestattet gewesen. Während des Unfallherganges sei ein Anschlagen des Kopfes innerhalb des Fahrgastraumes ausgeblieben. Die Explorandin habe selbstständig ihrem Fahrzeug entsteigen und den Schaden zur Kenntnis nehmen können. Es habe keine Bewusstlosigkeit bestanden, auch keine Bewusstseinsbeeinträchtigung. Kurzzeitig nach dem Ereignis habe ein entgegenkommendes Fahrzeug die Unglücksstelle erreicht. Die beiden Insassinnen dieses Fahrzeugs hätten die Explorandin in ein nahegelegenes Dorf gebracht. Unmittelbar nach dem Ereignis hätten ausser der Schrecksituation bei der Explorandin keine besonderen Beschwerden bestanden. Am Folgetag, ca. 10 Stunden nach dem Ereignis, habe sie Schmerzen im Nacken und in der Schulter verspürt; es sei ihr auch schwindlig gewesen. Die Beschwerden seien jedoch als minderschwer interpretiert worden. Sie habe sich am folgenden Montag zu ihrer Arbeitsstelle im Gastronomieservice begeben. Während der Tätigkeit sei es zu ansteigenden Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich gekommen, anschliessend zu Schwindelattacken, sodass die Explorandin ihre Arbeit eingestellt habe. Sie habe dann die chirurgische Poliklinik des B. ___ konsultiert. Am 20. Dezember 2004 sei in der chirurgischen Poliklinik eine traumatische HWS-Distorsion nach einer zwei Tage zurückliegenden Frontalkollision dokumentiert worden. Bei der klinischen Untersuchung seien im Bereich der oberen Extremitäten keine neurologischen Ausfälle festgestellt worden. Die HWS sei frei beweglich gewesen. Auf den HWS-Funktionsröntgenaufnahmen sei eine leichte Hypermobilität in Inklination C2 gegenüber C3 ohne grössere Distanz interspinal erkennbar gewesen. Hinweise für eine Luxation hätten nicht bestanden. Es sei über eine Druckdolenz über dem Musculus trapezius links berichtet worden. Die

Arbeitsunfähigkeit sei mit 100 % ab dem 20. Dezember 2004 bis eine Woche angegeben worden. Die Weiterbehandlung sei durch den Hausarzt erfolgt. Die Explorandin habe über eine sich langfristig anschliessende physiotherapeutische, chiropraktische und balneologische Behandlung berichtet. Der Hausarzt habe auch Medikamente wie Analgetica und Muskelrelaxantien verordnet.

Im Weiteren wurde ausgeführt, zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt habe die Explorandin mitgeteilt, noch immer unter Rückenschmerzen zu leiden. Die Beschwerden seien ca. ein Jahr nach dem Ereignis vom 18. Dezember 2004 zwar deutlich rückläufig und nur noch gelegentlich vorhanden, es komme jedoch immer wieder zu Beschwerdeattacken mit Rückenschmerzen, welche in der Mitte des Rückens lokalisiert seien, auch links paravertebral der oberen BWS einschliesslich des vorderen Trapeziusrandes. Bei der aktuellen orthopädischen gutachterlichen Diagnostik sei die Statik der Wirbelsäule in allen 3 Funktionsabschnitten unauffällig gewesen, ebenso die Beweglichkeit. Der festgestellte Bewegungsradius der Halswirbelsäule sei im Normbereich gelegen. Man habe keine Hinweise für eine noch persistierende cervikale segmentale Dysfunktion finden können. Insofern komme im röntgenologischen Befund einer blanden segmentalen Gefügestörung C 2/3 kein Krankheitswert zu. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit handle es sich nicht um eine Unfallfolge. Bereits in der chirurgischen Poliklinik des B. ___ sei am 16. Februar 2005 mitgeteilt worden, der Röntgenbefund im Sinne einer segmentalen Hypermotilität C 2/3 sei wahrscheinlich degenerativ bedingt. Auch die Rumpfbeweglichkeit sei allseits frei gewesen bei einer harmonischen Entfaltung der Dornfortsatzreihe bei der Rumpfbeuge. Die Fingerspitzen hätten mühelos den Boden erreicht. Das Rumpfmuskelkorsett einschliesslich der Nackenmuskulatur sei als suffizient festgestellt worden. Es seien keine Hinweise für eine Dysbalance festgestellt worden. Es bestehe lediglich ein blander, gering druckdolenter Hartspann links paravertebral der oberen BWS einschliesslich des vorderen Trapeziusrandes. Dieser sei nicht krankheitswertig.

Schliesslich wurde angegeben, die Explorandin sei wegen der Kündigung seit dem 7. November 2006 arbeitslos. Sie habe mitgeteilt, dass sich ihre muskuloskelettalen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule in erheblichem Mass gebessert hätten, seitdem sie nicht mehr im Service arbeite und nicht mehr heben und tragen müsse. Aktuell bemühe sie sich um eine Servicestelle in einem Selbstbedienungsrestaurant, um den früheren allfälligen statischen Belastungen bei der Arbeit nicht mehr ausgesetzt sein zu müssen. Sowohl im aktuellen neurologischen Gutachten als auch im psychiatrischen Gutachten seien keine Befunde festgestellt worden, welche die Arbeits- und/oder Leistungsfähigkeit einschränken würden. Im internistischen Gutachten sei der Explorandin geraten worden, in Eigenregie vom Nikotinkonsum abzulassen.

Zusammenfassend wurde vermerkt, Folgen des Unfalles vom 18. Dezember 2004 seien nicht mehr nachweisbar. Allfällige Beschwerden der Explorandin gingen zu Lasten konstitutioneller und unfallunabhängiger Verursachungen. Für die Explorandin seien leichte und mittelschwere Tätigkeiten geeignet, dies ohne Einschränkungen. Bei einer kritischen retrospektiven Einschätzung habe es sich beim Unfall um ein blandes HWS-Distorsionstrauma bei einem Frontalcrash entsprechend einem Stadium I nach Erdmann bzw. I QTF gehandelt. Die unfallverursachte Beschwerdedauer und eine damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit werde auf maximal 6 Wochen, d.h. bis einschliesslich den 31. Januar 2005 geschätzt. Alle darüber hinausgehenden Beschwerden seien nicht mehr unfallbedingt zu werten und gingen zu Lasten einer konstitutionellen Veranlagung bzw. zu

Lasten der Einwirkungen durch arbeitstypische Belastungen bei Heben, Tragen und Bewegen von Lasten im Gastronomieservice (IV-Nr. 32.3). In ihrer Antwort auf eine Zusatzfrage der Beschwerdegegnerin hielten die Gutachter fest, es bestünden auch keine invalidisierenden unfallfremden Krankheiten (IV-Nr. 32.3 S. 16).

3.3 In ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2008 führten die Gutachter des C.____ aus, es werde eine gewisse Ratlosigkeit signalisiert, gründend auf einem vordergründigen Widerspruch zwischen den Ergebnissen der polydisziplinären Abklärung vom 11. April 2007 einerseits und den Beobachtungen, Feststellungen und Schlussfolgerungen im Rahmen der gewährten beruflichen Massnahmen andererseits. Demnach habe die Explorandin glücklicherweise einen Arbeitgeber gefunden, welcher bereit gewesen sei, einen Arbeitsversuch in ein Angestelltenverhältnis überzuleiten. Die Explorandin habe leichte Arbeiten mit Gewichten zwischen 1 und 2 kg verrichten müssen. Dabei habe es sich um Konfektionieren und Verpacken von Süswaren an Automaten und in Handarbeit gehandelt. Trotz einem Einstieg mit nur 50 % am 1. Juni 2007 habe die Explorandin schon nach kurzer Zeit Schmerzen in der Schulterregion, Erschöpfung und erhöhte Müdigkeit beklagt. Zusätzlich habe sie unter Angstattacken gelitten und ihren Arbeitsplatz verlassen müssen, um von einem befreundeten Kollegen zum Arzt gefahren zu werden. Es werde über einen angeblichen psychischen Zusammenbruch berichtet, der zum Abbruch des Arbeitsversuches am 17. August 2007 Anlass gegeben habe. Die Explorandin habe u.a. betont, sie traue ihrem Körper nicht mehr viel zu, vor allem nicht mehr als ein Pensum von 50 %. Schmerzen im Oberkörper würden immer wieder einschliessen, verbunden mit Krämpfen, Übelkeit und grosser Angst, die Kontrolle über ihren Körper zu verlieren. Darüber hinaus leide sie unter starkem Hyperventilieren.

Im Rahmen der polydisziplinären gutachterlichen Abklärung vom 11. April 2007 sei u.a. eine grazile körperliche Konstitution beschrieben worden, welche mit der Ausübung schwerer körperlicher Tätigkeiten, u.a. auch dem häufigen Heben, Tragen und Bewegen von schweren Lasten als Servicekraft in der Gastronomie, nicht vereinbar sei. Im internistischen Zusatzgutachten sei festgehalten worden, dass der Arbeitsplatz der grazilen Konstitution der Explorandin angepasst sein sollte. Darüber hinaus seien weder orthopädisch im Bereich des Bewegungsapparates noch im Bereich der inneren Organe, noch im Bereich des Nervensystems oder der Psyche Pathologica auffindig gemacht worden. Die psychiatrische Gutachterin habe angegeben, psychopathologische Funktionseinschränkungen fehlten. Eine psychiatrische Erkrankung scheidet als Ursache für das geklagte Schmerzsyndrom aus. Ebenfalls bestünden auf psychiatrischen Gebiet keine modulierenden psychopathologischen Störungen. Die Beschreibung des Tätigkeitsspektrums gemäss Abschlussbericht vom 7. September 2007 (Konfektionieren und Verpacken von Süswaren an Automaten und in Handarbeit, einfache leichte und repetitive Arbeit, kaum Heben von Gewichten, fertige Verpackungen mit Gewichten von 1 bis 2 kg) sei ohne jeden Zweifel als konstitutions- und leistungskonform zu interpretieren.

Resümierend könne man nichts Anderes feststellen, als dass nach der gutachterlichen Überzeugung keine Störungen vorhanden seien, welche die Explorandin daran hindern würden, die vorgenannten Tätigkeiten auch mit einem Pensum von 100 % auszuüben. Die Notiz des RAD zum Arztbericht von Dr. med. K.____ vom 21. November 2006 schein zutreffend zu sein. Es führe nicht weiter, kritiklos den subjektiven Angaben der Explorandin zu folgen. Deren Leidensangaben seien ja der Grund der polydisziplinären Abklärung. Das Ergebnis dieser Abklärung decke sich tatsächlich nicht mit den subjektiven

Angaben der Explorandin. Diese seien medizinisch nicht nachvollziehbar, auch wenn die Explorandin immer wieder auf ihren subjektiven Beschwerdebekundungen beharre. Auch ein noch so intensives Wehklagen und Beharren begründe nicht ein Abweichen von den aufwendig ermittelten polydisziplinären medizinischen Erkenntnissen und Schlussfolgerungen. Die Tatsache, dass die Abklärungsergebnisse im Widerspruch zu den gemachten Erfahrungen in der Stellenvermittlung stünden, sollte dazu Anlass geben, nach den gesetzlichen Bestimmungen zu verfahren. Nicht das Gutachten stehe im Widerspruch zu den gemachten Erfahrungen bei der Eingliederung, sondern die subjektiven Angaben der Explorandin stünden im Widerspruch zum geringen Anforderungsprofil, welches im Rahmen der Eingliederung angeboten worden sei. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Explorandin sei hinreichend abgeklärt worden (IV-Nr. 56).

3.4 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, diagnostizierte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 7. Februar 2009 eine seit Frühjahr 2007 bestehende schwere Panikstörung (F41.01) sowie ein posttraumatisches Schulter-/Nacken-Schmerzsyndrom laut somatischen Angaben. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Serviceangestellte bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vom Hausarzt Dr. med. J.____ definiert). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht angezeigt. Die Behandlung habe vom 15. April bis 5. Dezember 2008 gedauert. Es sei ein günstiger Verlauf der Panikattacken festzustellen. Als Focus bestehe der schambehaftete Zustand ohne Arbeit. Die Patientin ziehe sich seit längerem zurück von allen Bekanntschaften. Früher sei sie stark vernetzt gewesen. Nun sei sie vereinsamt und führe ein «spartanisches» Leben. Sie missgönne sich jede Annehmlichkeit. Diese Problematik sei erfolgreich bearbeitet worden, dennoch habe sich keine Besserung der Schmerzen eingestellt.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, jegliches Tragen von Lasten, welche den Schulterbereich vor allem links belasteten, sei mit sofortiger Schmerzexazerbation verbunden. Sonst sei der Schmerzverlauf eher günstig. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien zuzumuten, sofern die erwähnte Einschränkung berücksichtigt werde. Die Patientin schätze den Umgang mit Menschen und sei dabei auch geschickt, wie es scheine. Sie sei aber zurückhaltend und habe eher die Tendenz, wenig selbstwirksam und «respektvoll abwartend» zu sein. Eine angepasste Tätigkeit sei initial zu 70 % zumutbar, wobei sie vermutlich bald auf 100 % gesteigert werden könne. Die psychiatrische Behandlung sei im Zusammenhang mit einer Episode schwerer Panikattacken erfolgt. Deren Verlauf erscheine derzeit günstig. Eine abschliessende Beurteilung sei allerdings verfrüht (IV-Nr. 68).

3.5 RAD-Arzt Dr. med. I.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2009 fest, die bisherigen Diagnosen stünden ausser Frage und seien im Gutachten ausführlich dokumentiert worden. Ebenso gut dokumentiert sei die im Juli 2007 aufgetretene und im Verlauf zumindest teilweise abgeklungene Panikstörung. Gemäss dem Telefonat mit dem Hausarzt sei diese aktuell unter Arbeitsbelastung wieder fortschreitend, was jedoch nicht eingehender dokumentiert sei. Klar sei weiterhin die seit längerem bestehende Schmerzstörung der Explorandin, wobei hier relevante objektivierbare Befunde fehlten. Aus psychiatrischer Sicht habe aufgrund der Panikstörung seit Juli 2007 keine Restarbeitsfähigkeit mehr bestanden, bei psychiatrischem Behandlungsabschluss im Dezember 2008 jedoch wieder eine solche von 70 %. Aus somatischer Sicht müsse ergänzt werden, dass hier weiterhin die subjektiven Angaben den objektiven Befunden

entgegenstünden. Rückblickend hätten keine relevanten unfallbedingten oder unfallfremden Leiden ab Februar 2005 bestanden. Insgesamt widerspreche diese Beurteilung derjenigen im Gutachten nicht, da die Panikstörung offenbar erst in der Zeit nach der Begutachtung relevant bzw. symptomatisch gewesen sei. Dementsprechend stellte der RAD-Arzt die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines Status nach schwerer Panikstörung (ICD-10: F41.01), aktuell mindestens in Teilremission. Die Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lauteten: Status nach HWS-Distorsion am 18. Dezember 2004, idiopathische Gefügestörung C2/C3 und Nikotinabusus. Zur Arbeitsfähigkeit hielt der RAD-Arzt fest, aus körperlicher Sicht seien der Versicherten prinzipiell sämtliche Tätigkeiten zuzumuten. Aufgrund der eher schwachen körperlichen Konstitution seien schwere körperliche Tätigkeiten jedoch nicht als ideal zu erachten. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit zeitweise Heben und Bewegen von Lasten bis 15 kg seien weiterhin zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht habe aufgrund der Panikstörung von Juli 2008 (recte: 2007) bis maximal Dezember 2008 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, seit Januar 2009 sei die Leistungsfähigkeit um 30 % eingeschränkt. Soweit beurteilbar, entspreche die angestammte Tätigkeit als Serviceangestellte einer leichten bis maximal mittelschweren Tätigkeit, somit erübrige sich die Formulierung einer Verweistätigkeit (IV-Nr. 69 S. 3 f.).

3.6 Der Hausarzt Dr. med. J. ___ hielt in seinem ärztlichen Begleitbrief vom 19. August 2009 zum Einwand der Beschwerdeführerin vom 5. August 2009 (IV-Nr. 74) fest, er beobachte den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nun schon seit Oktober 2004. Damals seien bis auf interkurrierende Krankheitsepisoden wie Erkältungskrankheiten und dergleichen keine Auffälligkeiten zu vermerken gewesen. Mit dem Selbstunfall auf Glatteis im Dezember 2004 habe sich die Situation jedoch geändert. Seither leide die Patientin an Schmerzen im oberen Rücken-/Nackengebiet, weshalb eine intensive medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung erforderlich gewesen sei. Im Verlauf sei die Patientin, die eine hohe Motivation zeige, möglichst bald ihr früheres Leistungsniveau zu erreichen, immer wieder an Grenzen gestossen. In letzter Zeit müsse festgestellt werden, dass zwar weitere Fortschritte nicht ausgeschlossen seien, die Versicherte aber mit einem 50 bis maximal 60 %-Arbeitspensum an ihre Grenze stosse. Ein Überschreiten dieses Pensums räche sich regelmässig, indem danach wieder Arbeitsausfälle zu verzeichnen seien.

Zusätzlich aufgetreten und im Verlauf phasenweise verschlechtert habe sich eine Angsterkrankung, welche sich in Panikattacken äussere und per se immer wieder eine Arbeitsunfähigkeit am angestammten Arbeitsplatz zur Folge habe. Die Auswirkung dieser Krankheit habe abgefedert werden können, indem die Versicherte nun eine Arbeitsstelle ohne repräsentative Funktion ausübe. Eine Verhaltens- oder andere Psychotherapie sei hier sicher angezeigt und bereits aufgenommen worden. Die Versicherte werde als eine Persönlichkeit erlebt, welche einerseits realistisch ihre Grenzen einsehe, andererseits infolge des finanziellen Drucks diese Grenzen immer wieder überschreite mit den bekannten, geschilderten Folgen. Zusammenfassend sei in Erwägung zu ziehen, dass die Versicherte auch am neuen, weniger belastenden Arbeitsplatz, wo ihr vom Arbeitgeber auch etlicher Goodwill entgegengebracht werde, bei einem Arbeitspensum von 50 %, maximal 60 %, limitiert sei. Die Versicherte leide neu unter einer für die Arbeitsfähigkeit relevanten Angststörung, welche seit einiger Zeit behandelt werde, ohne dass sich bislang eine Besserung hätte dokumentieren lassen. Die längerfristige Prognose sei aber nicht a priori ungünstig (IV-Nr. 76).

4. Mit Neuanmeldung vom 4. Juni 2018 wies die Beschwerdeführerin darauf hin, sie sei seit dem 25. Januar 2018 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Sie leide an chronischen Nerven- bzw. Sehnenschmerzen und sei bei der Arbeit überlastet. Die Hand sowie der Ellenbogen schmerzten (IV-Nr. 101). Den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Vorbescheid vom 20. Juni 2018; IV-Nr. 105 S. 2 ff.) von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Akten kann Folgendes entnommen werden:

4.1 Dr. med. L.____, Spezialarzt für Neurologie FMH, hielt in seinem Bericht über die Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 13. November 2017 fest, die motorischen und sensiblen neurografischen Parameter des Nervus medianus links seien normal. Neurografisch könne zurzeit kein Carpaltunnelsyndrom links nachgewiesen werden. Die Patientin habe schon vor ca. 4 Monaten unter Schmerzen im Bereich des linken Handgelenks gelitten. Vor 2 Monaten seien zusätzlich Schmerzen im linken Daumenballenbereich aufgetreten. Im Spital [...] habe man zuerst von einer chronischen Sehnenentzündung gesprochen. Die Patientin habe eine Bandage erhalten. Bei fehlender Besserung sei am 9. Oktober 2017 eine Beurteilung durch die Handchirurgen erfolgt. Die Patientin habe eine Cortisoninjektion erhalten. Im Weiteren habe sie eine Schiene. Seitdem sei es bezüglich der Schmerzen besser geworden. Sie arbeite als Putzfrau. Das Auswringen des Lappens verursache linksseitige Handgelenksschmerzen. Zu Beginn habe sie ein Kribbeln und Brennen im Bereich des Daumenballens und im linken Mittelfinger verspürt, manchmal auch ein Kribbeln im Bereich des linken radialseitigen Daumens bis zum Handgelenk. Sie verspüre manchmal auch Schmerzen im Bereich des linken Vorderarmes bis zum Ellbogen. Nacken- und Schulterschmerzen bestünden nicht. Ein Status nach Handgelenksfraktur bestehe nicht. Die Patientin sei Rechtshänderin. Medikamente nehme sie nicht ein.

In der neurologischen Untersuchung habe sich eine gute Beweglichkeit der HWS gezeigt. Der Nacken- und Schürzengriff sei beidseits möglich gewesen. Die Muskeleigenreflexe TSR, BSR und RPR hätten schwach und symmetrisch ausgelöst werden können. Paresen und Sensibilitätsstörungen hätten nicht nachgewiesen werden können. Die motorischen und sensiblen neurografischen Parameter des Nervus medianus links seien in allen Abschnitten normal. Neurografisch könne zurzeit kein Carpaltunnelsyndrom links nachgewiesen werden. Die motorischen und sensiblen neurografischen Parameter des Nervus ulnaris links seien im distalen Abschnitt normal. Die sensiblen neurografischen Parameter des Ramus superficialis Nervus radialis links seien ebenfalls normal. Es bestehe eine normale Berührungs- und Schmerzempfindung (IV-Nr. 107 S. 24 f.).

4.2

4.2.1 Dem weiteren Bericht des M.____, Klinik Orthopädie/Traumatologie, vom 25. Januar 2018 (ambulante Sprechstunde vom 20. November 2017) kann entnommen werden, es erfolge nochmals eine Vorstellung der Patientin nach der neurologischen Untersuchung durch Dr. med. L.____. Die Patientin berichte, die Infiltration vor rund 6 Wochen habe eindeutig zu einer Beschwerderegressions geführt. Die Beschwerden auf Höhe des Daumengrundgelenks seien deutlich regressiert. Aktuell bestünden kein Schnappen und keine Schmerzen in diesem Bereich. Es persistierten lediglich eine Kribbelparästhesie und eine Hypästhesie im Bereich des Versorgungsgebiets des Ramus superficialis Nervus radialis am Daumen dorsalseitig. Zudem komme es intermittierend auch zu Einschlafsymptomen und Kribbelparästhesien der Langfinger.

Im Rahmen der Beurteilung und des Procedere wurde ausgeführt, einerseits zeige sich ein erfreulicher Verlauf, zumal die Beschwerden seit der letzten Konsultation deutlich regredient seien. Aktuell liessen sich die noch beschriebenen Kribbelparästhesien neurologisch/elektroneurographisch nicht objektivieren. Gegebenenfalls könnte auch ein Zusammenhang mit den anamnestisch beschriebenen ehemaligen Halswirbelkörperfrakturen bei einem schweren Autounfall vor Jahren zusammenhängen. Man werde bei aktuell eher regredienten Beschwerden und geringem Leidensdruck ein beobachtendes/abwartendes Verhalten propagieren und die Patientin erneut in rund 2 Monaten in der handchirurgischen Sprechstunde kontrollieren. Gegebenenfalls sei bei Wiederauftreten der Beschwerden oder Progredienz ein erneutes wirbelsäulenorthopädisches Konsilium zu reevaluieren (IV-Nr. 107 S. 20 und 23).

4.2.2 Aus dem Bericht des M.____, Klinik Orthopädie/Traumatologie, [...], vom 25. Januar 2018 (ambulante Sprechstunde vom 8. Januar 2018) gehen folgende Diagnosen hervor: «St.n. Infiltration bei symptomatischer Tendovaginitis stenosans Dig. I Hand links, Tendinopathie der EDC V-Sehne, EDQ-Sehne, elektroneurographischer Ausschluss eines Karpaltunnelsyndroms sowie Ausschluss einer Kompression im Bereich des N. ulnaris sowie des R. superficialis N. radialis (13.11.17, Dr. L.____) bei Kribbelparästhesien/Hypästhesien im Versorgungsgebiet des R. superficialis N. radialis sowie klinisch V.a. beginnendes Karpaltunnelsyndrom Handgelenk links, aktuell komplett beschwerdefrei.» Als Nebendiagnose wurde ein Status nach schwerem Autounfall vor Jahren angegeben. Zur Zwischenanamnese wurde angegeben, es handle sich um eine geplante klinische Verlaufskontrolle. Die Patientin habe beinahe den Termin abgesagt, da es ihr nun sehr gut gehe. Die Beschwerden im Sinne der Ringbandstenose vom Daumen links seien komplett regredient, ebenso die Hypästhesie im Bereich des Ramus superficialis Nervus radialis. Teils noch unregelmässig beschreibe sie ein Kribbeln in den medianusinnervierten Langfingern, sodass sie darauf achte, wie sie ihren Arm lagere. Nächtliche Parästhesien beschreibe sie nicht. Es bestehe kein Einschlafen der Langfinger während der Arbeit.

Zur Beurteilung wurde angegeben, die Beschwerden seien recht unklar und nicht genau einzuordnen. Es sei vorstellbar, dass das Arbeiten an Vibrationsgeräten zu einer Reizung bzw. zu einer Irritation der sensiblen Endäste führen könne. Es seien nun eine antiphlogistische Therapie unter Einnahme eines Magenschutzes sowie der Beginn mit Lyrica angezeigt. Eine klinische Kontrolle sei in 2 Wochen geplant. Die Patientin habe noch angegeben, dass sie vor Jahren einen schweren Autounfall gehabt habe mit Wirbelkörperfrakturen der HWS. Der Befund passe nicht unbedingt für eine Discopathie bzw. Myelopathie, aber ansonsten sei die Patientin auch noch einmal orthopädisch bzw. wirbelsäulenchirurgisch abklären zu lassen (IV-Nr. 107 S. 21 f.).

4.2.3 Dem dritten Bericht des M.____, Klinik Orthopädie/Traumatologie, vom 25. Januar 2018 (ebenfalls betreffend die ambulante Sprechstunde vom 8. Januar 2018) kann folgende Beurteilung entnommen werden: «Es zeigt sich ein sehr schöner Verlauf, so dass die Behandlung abgeschlossen werden kann» (IV-Nr. 107 S. 18 f.).

4.3 Im Sprechstundenbericht des M.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 22. März 2018 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Cervicobrachialgie links C6/7 bei/mit neu aufgetretenen Kribbelparästhesien im Versorgungsgebiet des Ramus superficialis Nervus radialis aber auch Nervus medianus, anamnestisch St.n. erneuter Tendovaginitis stenosans Dig. I sowie Dig. IV Hand links. St.n.

ENMG 13.11.2017 mit unauffälligem ENMG Nervus medianus/Nervus ulnaris sowie Ramus superficialis Nervus radialis». Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Zuweisung sei hausintern durch das Handteam erfolgt. Die Patientin beschreibe generell Beschwerden am linken Arm seit dem Autounfall im Jahr 2004, damals sei keine Fraktur diagnostiziert und keine spezifische Therapie eingeleitet worden. Aktuell seit mehreren Wochen bestünden wieder zunehmende Kribbelparästhesien und Schmerzzustände im gesamten linken Ober- und Unterarm sowie der Hand. Die Patientin gebe an, dass sie bei der Arbeit schwere Putzmaschinen steuern müsse, zum Teil verschlechtere dies die Situation massiv. Von der Handchirurgie habe man die Beschwerden nicht eindeutig zuordnen können. Es sei eine antiphlogistische Therapie verordnet worden. Die Beurteilung lautete dahingehend, zur weiteren Diagnostik sei eine MRT-Untersuchung der HWS durchzuführen und es seien die Befunde der neurologischen Befunde bei Dr. med. L.____ anzuordern (IV-Nr. 107 S. 12 f.).

4.4 Das MRI der HWS vom 13. April 2018 zeigte eine unauffällige Darstellung der HWS ohne Nachweis einer Bandscheibenherniation. Es seien keine Spinalkanalstenosen, keine foraminale Nervenwurzelaffektionen und keine Myelopathie vorhanden (IV-Nr. 107 S. 11).

4.5 Im Sprechstundenbericht des M.____ vom 20. April 2018 wurde der Verlauf dahingehend beschrieben, die klinische Untersuchung in der wirbelsäulenchirurgischen Sprechstunde, die Vorlage des neurologischen Befundes von Dr. med. L.____ und die jetzt durchgeführte Bildgebung (MRI) zeigten keinen Hinweis auf eine Halswirbelsäulenbeteiligung. Die Patientin berichte, dass sie seit 3 Monaten arbeitsunfähig sei. Sie arbeite parallel bei der H.____ und im Hausdienst. Dies beinhalte in erster Linie Putzarbeiten. Diese körperliche Belastung habe sie in der Vergangenheit nicht mehr toleriert. Aktuell und auch in der Vergangenheit sei die Patientin grob neurologisch unauffällig. Auch eine Tendinitis stenosa de Quervain an der linken Hand sei nicht nachzuvollziehen. Ein Carpaltunnelsyndrom sei ebenfalls ausgeschlossen worden. So bestehe in der Zusammenfassung kein Hinweis auf ein chirurgisches Problem. Anamnestisch nach nochmaliger Aufarbeitung der vergangenen Jahre und des Familienhintergrundes seien ebenfalls rheumatologische Erkrankungen nicht erinnerlich. Es werde die Fortsetzung der Physiotherapie und ein Arbeitsversuch empfohlen (IV-Nr. 107 S. 10).

4.6 Im Bericht des M.____, Klinik Orthopädie/Traumatologie, vom 30. April 2018 wurden folgende Diagnosen gestellt: «Intermittierende/persistierende Kribbel-/Hypästhesien diffus in der linken Hand; St.n. ENMG Untersuchung 13.11.2017 mit unauffälligem ENMG Nervus medianus/Nervus ulnaris sowie Ramus superficialis und Nervus radialis; St.n. schwerem Flexions-/Distractionstrauma im Rahmen eines schweren Autounfalles mit anamnestisch mehreren HWS-Frakturen vor über 14 Jahren, seitdem immer wieder oben genannte Beschwerden im Bereich des linken Armes; V.a. Zervikobrachialgie links C6/C7 (Bericht vom 19.04.2018, Wirbelsäulensprechstunde)». Zur Zwischenanamnese wurde angegeben, es handle sich um eine geplante Vorstellung nun nach zweimaliger Abklärung in der Wirbelsäulensprechstunde. In der Zwischenzeit sei ein MRI der HWS erfolgt. In dieser Abklärung hätten sich keine Hinweise für eine Halswirbelsäulenbeteiligung gezeigt. Nach den Aussagen der Patientin gehe es insgesamt etwas besser, wahrscheinlich hauptsächlich deshalb, weil sie bislang noch arbeitsunfähig geschrieben sei. Dies bedeute, sie könne ihren körperlichen schweren Aufgaben beim täglichen Putzen und Reinigen sowie Führen von schweren Maschinen entgehen. Die Schmerzmedikation sowie auch das

Lyrica seien durch sie abgesetzt worden, sodass sie nun ohne Schmerzmedikamente sei. Am meisten empfinde sie aktuell eine Irritation im Bereich des Sulcus ulnaris am störendsten, allerdings wiederum mit Kribbeln und unangenehmen Empfindungen in allen Fingerbeeren. Die Beschwerden auf Höhe des Ramus superficialis Nervus radialis seien aktuell eher rückläufig.

Die Beurteilung lautete dahingehend, insgesamt sei man hier nicht wesentlich weiter. Die Patientin gebe nun an, mit dem Hausarzt besprochen zu haben, dass ab dem 7. Mai 2018 für 3 Nachmittage mit einem Arbeitsversuch gestartet werden solle (Arbeitsfähigkeit für 60 %). Dies sei ein guter Start. Der Patientin sei ■ falls die Beschwerden nicht rückläufig seien oder nun mit dem Start wieder zunehmen ■ empfohlen worden, sie hier in die Schmerzklinik einzubinden (IV-Nr. 107 S. 8 f.).

4.7 Am 18. Mai 2018 konsultierte die Beschwerdeführerin die interdisziplinäre Notfallstation des M.____, [...]. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «Muskuloskelettaler Schmerz paravertebral rechts Höhe BWK 3; intermittierende/persistierende Kribbel-/Hypästhesien diffus in der linken Hand, St.n. ENMG Untersuchung 13.11.2017 mit unauffälligem ENMG Nervus medianus/Nervus ulnaris sowie Ramus superficialis und Nervus radialis, St.n. schwerem Flexions-/Distractionstrauma im Rahmen eines schweren Autounfalles mit anamnestisch mehreren HWS-Frakturen vor über 14 Jahren, seitdem immer wieder oben genannte Beschwerden im Bereich des linken Armes; V.a. Zervikobrachialgie links C6/C7 (Bericht vom 19.04.2018, Wirbelsäulensprechstunde)». Zur Anamnese wurde festgehalten, es sei zur notfallmässigen Selbstvorstellung bei Schmerzen unter dem rechten Schulterblatt gekommen. Am Vortag habe die Patientin schwer gearbeitet und habe bei chronischen Schmerzen im linken Knie wahrscheinlich die Gegenseite falsch belastet. Die Patientin befinde sich bei chronischen Sehnen- und Venenentzündungen in physiotherapeutischer Behandlung. Sie habe nach 3 ½-monatiger Pause seit ca. 2 Wochen mit der Arbeit im Hausdienst wieder angefangen. Ansonsten sei die beschwerdefreie Patientin ohne Fieber oder Schüttelfrost. Die Beurteilung lautete dahingehend: Bei klinisch fehlendem Verdacht auf eine ossäre Läsion habe man auf eine bildgebende Diagnostik verzichtet. Bei Verdacht auf muskuloskelettalen Schmerz bei Überlastung habe man die Patientin mit symptomatischer Therapie in ihre ambulante Weiterbetreuung entlassen (IV-Nr. 107 S. 6 f.).

4.8 Aus dem Verlaufsbericht von N.____, Manualtherapeut, vom 29. Juni 2018 geht folgende Diagnose hervor: «Rezid. Reizung mit Kribbeln, para-/dysästhesie im Unterarm und Hand links». Im Zeitraum vom 2. Februar bis 27. Juni 2018 seien 2 x 9 Physiotherapie-Behandlungen erfolgt. Zum Verlauf wurde angegeben, die Patientin berichte beim erstmaligen Untersuchen über Schmerzen im Unterarm und im Hand-/Daumenbereich über ein kribbelndes und ziehendes Gefühl, welches seit dem Jahr 2017 immer wiederkehrend zu Schmerzen führe. Diese verschlimmerten sich beim Reinigen mit dem Wischmopp und der Reinigungsmaschine. Druckdolenzen befänden sich im radialen distalen Bereich, beim Daumengrundgelenk, beim Epicondylus humeri radialis und im Bereich der HWS. Verspannungen beständen im ganzen Armbereich, an den Hand-Extensoren, beim Musculus triceps brachii und im Schulternackebereich linksseitig. Die Bewegungseinschränkungen seien im Handgelenk in sämtliche Bewegungseinrichtungen leicht im Seitenvergleich. Krafttests lösten keinen grösseren Schmerz aus bei einmaliger Anspannung, bei Ermüdung beständen zunehmende Beschwerden. Kribbeln und Schmerz träten erst bei längerer Tätigkeit auf. In der

Behandlung sei versucht worden, die Spannungen der Muskulatur zu verringern. Es sei mit leichtem Krafttraining begonnen worden, um die Gelenke zu stabilisieren und die Muskulatur zu kräftigen. Bis zum ersten Versuch und bei 50%iger Arbeit sei die Problematik besser geworden. Jedoch seien beim Arbeitsversuch die Schmerzen und die Gefühlsmissempfindungen wieder grösser geworden. In der zweiten Serie habe die Therapie keinen grossen Erfolg mehr gehabt.

Als Problem sei die Benützung des Wischmobbs und des Reinigungsfahrzeuges zu sehen, welche beide einen grossen Druck auf die Grundgelenke und Unterarmmuskulatur erzeugten. Der Druck sei zu gross, solange der Reizzustand der Muskulatur und des Nervensystems so hoch sei. Da schon eine längere Geschichte mit Schleudertrauma und Beschwerden im Bereich der Nacken-, Schulter- und Armhand vorliege, sei im jetzigen Zustand eher eine intensive Physio-/Ergotherapie mit Schwerpunkt Schmerztherapie zu empfehlen, um die Überempfindung des Gewebes reduzieren zu können (IV-Nr. 107 S. 3).

4.9 Aus dem Kurzbericht der O.____ vom 27. Juli 2018 geht hervor, die Beschwerdeführerin komme seit dem 7. Juni 2018 zweimal wöchentlich zur Ergotherapie. Bei der Patientin zeigten sich starke Muskelverspannungen vom ganzen Schulter-/Nackebereich bis zum Daumen links und auch im Rücken. Auch rechts gebe sie, vor allem im Schulter-/Nackebereich, aber auch im Unterarm, einige Schmerzpunkte an. Das sei für sie auch erklärbar mit ihrer Arbeit als Raumpflegerin. Die grossen Bodenflächen, die mit dem Mob mit seitlichen Armbewegungen zu reinigen seien, förderten keine ergonomische Arbeitshaltung. Links sei die Haut hypersensibel und reagiere als Schmerz auf Berührung. Für die Patientin äussere sich der Schmerz als starkes Brennen, v.a. im Ellenbogen und Daumenbereich. Der linke Arm werde in einer Schonhaltung gehalten ■ er sei immer leicht flektiert. An der linken Hand trage die Beschwerdeführerin eine weiche Daumenorthese, dadurch setze sie die Hand weniger ein. Anfangs sei hauptsächlich im Nacken und im oberen Rückenbereich gearbeitet worden, damit überhaupt eine Entspannung in das Gewebe komme. Ebenso am Ober- und Unterarm. Das Hauptproblem sei der brennende Schmerz an der Haut. Es werde nun versucht, die Daumenorthese weniger zu tragen, dafür mit einem «Tape» Halt zu geben. Gleichzeitig erfolge eine Desensibilisierung der Haut und des Nervenschmerzes. Im Moment seien die Fortschritte eher gering. Es werde aber auch nicht schlechter. Inwieweit sich die Situation wieder normalisiere, sei nur schwer abzuschätzen. Ob die Patientin ihre Arbeit im Hausdienst des Altersheimes angesichts ihrer Beschwerden wieder aufnehmen könne, sei ihm Moment eher fraglich (IV-Nr. 107 S. 2).

4.10 RAD-Ärztin Dr. med. P.____, praktische Ärztin, hielt in ihrer Aktennotiz vom 14. August 2018 fest, nach der gründlichen Medas-Begutachtung vom Mai 2007 seien keine Folgen des Unfallereignisses vom Dezember 2004 mehr nachweisbar. Es habe sich beim Unfallereignis um ein blandes HWS-Distorsionstrauma Stadium I gehandelt, bei welchem spätestens nach 6 Wochen Beschwerdefreiheit zu erwarten sei. Die aktuell im Jahr 2018 erbrachten neuen medizinischen Untersuchungsberichte zeigten durchwegs normale/unauffällige somatische Befunde, mit welchen keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne. Ein organisches Korrelat für die geltend gemachten Beschwerden sei nicht nachgewiesen und auch nicht objektivierbar. Anamnestisch erstaune allerdings, dass die Explorandin jetzt angebe, vor 14 Jahren einen schweren Autounfall mit mehreren HWS-Frakturen erlitten zu haben, was die jetzigen Beschwerden bedinge (z.B. im Bericht des M.____ vom Mai 2018). Dies sei weder in den

alten Untersuchungsergebnissen ab Unfall im Jahr 2004 noch in den neuen radiologischen Untersuchungen der HWS nachzuweisen (Bericht des M.____, Radiologie, vom April 2018. Dies ergebe folgendes Fazit: Bei gründlicher Spiegelung der bisher seit dem Jahr 2004 vorliegenden gesundheitlichen Symptomatik mit den Untersuchungsergebnissen in den jetzt neu erbrachten medizinischen Berichten aus dem Jahr 2018 könne keine Verschlechterung des medizinischen Zustandes festgestellt werden. Auch liege kein andersartiger medizinischer Sachverhalt vor (IV-Nr. 109).

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Vorinstanz. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. November 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf Bemerkungen zur Beschwerde verzichtet (A.S. 31). 2.3 Mit Verfügung vom 21. Dezember 2018 wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Thomas Locher, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 32 f.). 2.4 Mit Eingabe vom 1. Januar 2019 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote und weitere Unterlagen ein (A.S. 34 ff.; Urkunden Nr. 30). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 20. August 2018 zu Recht auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 4. Juni 2018 (IV-Nr. 101) nicht eingetreten ist. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Mit dieser Verordnungsregelung soll verhindert werden, dass die IV-Organen nach vorausgegangenem rechtskräftigen Leistungsverweigerungen oder rechtskräftig abgelehnten Revisionsgesuchen sich immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen müssen. Ist demgegenüber im gesamten für die Anspruchsberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 455 f. Rz. 118 mit Hinweisen). 2.2 Neuanmeldungsrechtlich massgebender Vergleichszeitraum ist seit der mit BGE 130 V 71 präzisierten Rechtsprechung der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung einerseits und der Zeitpunkt, in welchem das Neuanmeldungs-gesuch und die Glaubhaftmachung einer anspruchsbeeinflussenden Tatsachenänderung geprüft wird, andererseits (Meyer/Reichmuth, a.a.O., S. 457 Rz. 122). Die Verwaltung berücksichtigt u.a., ob die frühere rechtskräftige Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und sie

wird dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen; insoweit steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht zu respektieren hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 2.2 mit Hinweisen; Meyer/Reichmuth, a.a.O., S. 456 Rz. 119).

2.3 Für das Eintreten auf eine Neuanmeldung und auf ein Revisionsgesuch gilt der Beweisgrad des Glaubhaftmachens. Unter Glaubhaftmachen ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteile des Bundesgerichts 9C_683/2016 vom 30. März 2017 E. 2.2 und 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 2.2, je mit Hinweisen; Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 298, Rz. 1563 mit Hinweisen).

3. 3.1 Im vorliegenden Fall bildet die rechtskräftige Verfügung vom 11. November 2009 (IV-Nr. 79) den massgebenden Vergleichszeitpunkt im oben (unter E. II. 2.2 hiervoor) dargelegten Sinn. Dies ist die letzte Verfügung der Beschwerdegegnerin, welche auf einer materiellen Prüfung des Leistungsanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht. Dies wird denn auch von keiner Seite bestritten (vgl. Beschwerde, S. 5 Ziff. 4a [A.S. 9]; angefochtene Verfügung, S. 2; A.S. 2). Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 11. November 2009 auf die damals vorliegenden medizinischen Berichte, primär auf das polydisziplinäre Gutachten des C.____ vom 11. April 2007 (IV-Nr. 32.3), die Stellungnahme der Gutachter des C.____ vom 11. Februar 2008 (IV-Nr. 56), den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Februar 2009 (IV-Nr. 68), die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. I.____ vom 18. Mai 2009 (IV-Nr. 69 S. 2 ff.) sowie den Bericht des Hausarztes Dr. med. J.____, Innere Medizin/Allgemeinmedizin FMH, vom 19. August 2009 (IV-Nr. 76). Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin eine seitherige Veränderung bzw. Verschlechterung ihres Gesundheitszustands glaubhaft darlegen konnte. Demnach ist der medizinische Sachverhalt vor Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 11. November 2009 darzulegen:

3.2 Aus dem Gutachten des C.____ vom 11. April 2007 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin dort am 7., 21. und 26. Februar 2007 internistisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht und begutachtet wurde. Die Gutachter konnten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach blander HWS-Distorsion bei Frontalcrash am 18. Dezember 2004, eine ideopathische blande segmentale Gefügestörung C2/3 (radiologischer Befund ohne auffällige klinisch-funktionelle Relevanz), ein funktioneller Hartspann der Rückenstreckmuskulatur links paravertebral der BWS, einschliesslich der Trapeziusmuskulatur, sowie ein Nikotin-abusus angegeben. Zusammengefasst wurde zum neurologischen Zusatzgutachten angegeben, die neurologische Gutachterin habe keine neurologischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit feststellen können. Es sei auch kein typisches Beschwerdebild nach einem HWS-Distorsionstrauma vorgelegen. Die Zusammenfassung des psychiatrischen Zusatzgutachtens lautete dahingehend, die Gutachterin habe keine krankheitswertigen psychischen Störungen finden können. In der

psychiatrischen Epikrise und Leistungsbeurteilung sei ausgeführt worden, dass die 38-jährige Explorandin am 18. Dezember 2004 mit ihrem PW verunglückt sei. In der Folge hätten sich körperliche Beschwerden eingestellt, die ebenfalls vom orthopädischen und internistischen Gutachter gewürdigt worden seien. Eine krankheitswertige psychische Störung lasse sich auch unter Betrachtung des Verlaufs nicht diagnostizieren. Dementsprechend habe keine psychiatrische Behandlung oder Psychotherapie stattgefunden. Insbesondere habe man krankheitswertige depressive Symptome ausschliessen können. Psychopathologische Funktionseinschränkungen fehlten. Eine psychiatrische Erkrankung scheidet als Ursache für das geklagte Schmerzsyndrom aus. Ebenso seien keine modulierenden psychopathologischen Störungen vorhanden. Eine Therapieempfehlung ergehe daher nicht. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin voll arbeits- und leistungsfähig. Zur internistischen Begutachtung wurde zusammengefasst ausgeführt, als internistische Diagnose sei ein relevanter Nikotinabusus beschrieben worden. In Übereinstimmung mit aktenkundiger und persönlich von der Explorandin erhobener Anamnese sowie aktuellen klinischen Untersuchungs- und Laborbefunden sei festgestellt worden, dass der Explorandin in jeder körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Ein Arbeitsplatz sollte der graziolen Konstitution der Explorandin angepasst sein. Sie sei zur Nikotinabstinenz ermuntert worden. Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» wurde angegeben, die Explorandin habe am 18. Dezember 2004 eine blande Verletzung der Halswirbelsäule erlitten. Beim Befahren einer geraden Landstrasse sei sie unerwartet auf eine Eisplatte gekommen. Sie sei mit einer Geschwindigkeit von ca. 60 km/h unterwegs gewesen. Ihr Fahrzeug sei ins Schleudern gekommen, sie habe die Kontrolle über das Fahrzeug verloren und schliesslich eine Vollbremsung durchgeführt. Das Fahrzeug sei in einen links der Strasse verlaufenden Graben gefahren. Dort sei das Fahrzeug zum Stehen gekommen. Die Explorandin sei angeschnallt gewesen, der Fahrersitz sei mit einer Kopfstütze ausgestattet gewesen. Während des Unfallherganges sei ein Anschlagen des Kopfes innerhalb des Fahrgastraumes ausgeblieben. Die Explorandin habe selbstständig ihrem Fahrzeug entsteigen und den Schaden zur Kenntnis nehmen können. Es habe keine Bewusstlosigkeit bestanden, auch keine Bewusstseinsbeschränkung. Kurzzeitig nach dem Ereignis habe ein entgegenkommendes Fahrzeug die Unglücksstelle erreicht. Die beiden Insassinnen dieses Fahrzeugs hätten die Explorandin in ein nahegelegenes Dorf gebracht. Unmittelbar nach dem Ereignis hätten ausser der Schrecksituation bei der Explorandin keine besonderen Beschwerden bestanden. Am Folgetag, ca. 10 Stunden nach dem Ereignis, habe sie Schmerzen im Nacken und in der Schulter verspürt; es sei ihr auch schwindlig gewesen. Die Beschwerden seien jedoch als minderschwer interpretiert worden. Sie habe sich am folgenden Montag zu ihrer Arbeitsstelle im Gastronomieservice begeben. Während der Tätigkeit sei es zu ansteigenden Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich gekommen, anschliessend zu Schwindelattacken, sodass die Explorandin ihre Arbeit eingestellt habe. Sie habe dann die chirurgische Poliklinik des B. ___ konsultiert. Am 20. Dezember 2004 sei in der chirurgischen Poliklinik eine traumatische HWS-Distorsion nach einer zwei Tage zurückliegenden Frontalkollision dokumentiert worden. Bei der klinischen Untersuchung seien im Bereich der oberen Extremitäten keine neurologischen Ausfälle festgestellt worden. Die HWS sei frei beweglich gewesen. Auf den HWS-Funktionsröntgenaufnahmen sei eine leichte Hypermobilität in Inklination C2 gegenüber C3 ohne grössere Distanz interspinal erkennbar gewesen. Hinweise für eine Luxation hätten nicht bestanden. Es sei über eine Druckdolenz über dem Musculus trapezius links berichtet worden. Die

Arbeitsunfähigkeit sei mit 100 % ab dem 20. Dezember 2004 bis eine Woche angegeben worden. Die Weiterbehandlung sei durch den Hausarzt erfolgt. Die Explorandin habe über eine sich langfristig anschliessende physiotherapeutische, chiropraktische und balneologische Behandlung berichtet. Der Hausarzt habe auch Medikamente wie Analgetica und Muskelrelaxantien verordnet. Im Weiteren wurde ausgeführt, zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt habe die Explorandin mitgeteilt, noch immer unter Rückenschmerzen zu leiden. Die Beschwerden seien ca. ein Jahr nach dem Ereignis vom 18. Dezember 2004 zwar deutlich rückläufig und nur noch gelegentlich vorhanden, es komme jedoch immer wieder zu Beschwerdeattacken mit Rückenschmerzen, welche in der Mitte des Rückens lokalisiert seien, auch links paravertebral der oberen BWS einschliesslich des vorderen Trapeziusrandes. Bei der aktuellen orthopädischen gutachterlichen Diagnostik sei die Statik der Wirbelsäule in allen 3 Funktionsabschnitten unauffällig gewesen, ebenso die Beweglichkeit. Der festgestellte Bewegungsradius der Halswirbelsäule sei im Normbereich gelegen. Man habe keine Hinweise für eine noch persistierende cervikale segmentale Dysfunktion finden können. Insofern komme im röntgenologischen Befund einer blanden segmentalen Gefügestörung C 2/3 kein Krankheitswert zu. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit handle es sich nicht um eine Unfallfolge. Bereits in der chirurgischen Poliklinik des B. ___ sei am 16. Februar 2005 mitgeteilt worden, der Röntgenbefund im Sinne einer segmentalen Hypermotilität C 2/3 sei wahrscheinlich degenerativ bedingt. Auch die Rumpfbeweglichkeit sei allseits frei gewesen bei einer harmonischen Entfaltung der Dornfortsatzreihe bei der Rumpfbeuge. Die Fingerspitzen hätten mühelos den Boden erreicht. Das Rumpfmuskelkorsett einschliesslich der Nackenmuskulatur sei als suffizient festgestellt worden. Es seien keine Hinweise für eine Dysbalance festgestellt worden. Es bestehe lediglich ein blander, gering druckdolenter Hartspann links paravertebral der oberen BWS einschliesslich des vorderen Trapeziusrandes. Dieser sei nicht krankheitswertig. Schliesslich wurde angegeben, die Explorandin sei wegen der Kündigung seit dem 7. November 2006 arbeitslos. Sie habe mitgeteilt, dass sich ihre muskuloskelettalen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule in erheblichem Mass gebessert hätten, seitdem sie nicht mehr im Service arbeite und nicht mehr heben und tragen müsse. Aktuell bemühe sie sich um eine Servicestelle in einem Selbstbedienungsrestaurant, um den früheren allfälligen statischen Belastungen bei der Arbeit nicht mehr ausgesetzt sein zu müssen. Sowohl im aktuellen neurologischen Gutachten als auch im psychiatrischen Gutachten seien keine Befunde festgestellt worden, welche die Arbeits- und/oder Leistungsfähigkeit einschränken würden. Im internistischen Gutachten sei der Explorandin geraten worden, in Eigenregie vom Nikotinkonsum abzulassen. Zusammenfassend wurde vermerkt, Folgen des Unfalles vom 18. Dezember 2004 seien nicht mehr nachweisbar. Allfällige Beschwerden der Explorandin gingen zu Lasten konstitutioneller und unfallunabhängiger Verursachungen. Für die Explorandin seien leichte und mittelschwere Tätigkeiten geeignet, dies ohne Einschränkungen. Bei einer kritischen retrospektiven Einschätzung habe es sich beim Unfall um ein blandes HWS-Distorsionstrauma bei einem Frontalcrash entsprechend einem Stadium I nach Erdmann bzw. I QTF gehandelt. Die unfallverursachte Beschwerdedauer und eine damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit werde auf maximal 6 Wochen, d.h. bis einschliesslich den 31. Januar 2005 geschätzt. Alle darüber hinausgehenden Beschwerden seien nicht mehr unfallbedingt zu werten und gingen zu Lasten einer konstitutionellen Veranlagung bzw. zu Lasten der Einwirkungen durch arbeitstypische Belastungen bei Heben, Tragen und Bewegen von Lasten im Gastromieservice (IV-Nr. 32.3). In ihrer Antwort auf eine

Zusatzfrage der Beschwerdegegnerin hielten die Gutachter fest, es bestünden auch keine invalidisierenden unfallfremden Krankheiten (IV-Nr. 32.3 S. 16). 3.3 In ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2008 führten die Gutachter des C.____ aus, es werde eine gewisse Ratlosigkeit signalisiert, gründend auf einem vordergründigen Widerspruch zwischen den Ergebnissen der polydisziplinären Abklärung vom 11. April 2007 einerseits und den Beobachtungen, Feststellungen und Schlussfolgerungen im Rahmen der gewährten beruflichen Massnahmen andererseits. Demnach habe die Explorandin glücklicherweise einen Arbeitgeber gefunden, welcher bereit gewesen sei, einen Arbeitsversuch in ein Angestelltenverhältnis überzuleiten. Die Explorandin habe leichte Arbeiten mit Gewichten zwischen 1 und 2 kg verrichten müssen. Dabei habe es sich um Konfektionieren und Verpacken von Süswaren an Automaten und in Handarbeit gehandelt. Trotz einem Einstieg mit nur 50 % am 1. Juni 2007 habe die Explorandin schon nach kurzer Zeit Schmerzen in der Schulterregion, Erschöpfung und erhöhte Müdigkeit beklagt. Zusätzlich habe sie unter Angstattacken gelitten und ihren Arbeitsplatz verlassen müssen, um von einem befreundeten Kollegen zum Arzt gefahren zu werden. Es werde über einen angeblichen psychischen Zusammenbruch berichtet, der zum Abbruch des Arbeitsversuches am 17. August 2007 Anlass gegeben habe. Die Explorandin habe u.a. betont, sie traue ihrem Körper nicht mehr viel zu, vor allem nicht mehr als ein Pensum von 50 %. Schmerzen im Oberkörper würden immer wieder einschliessen, verbunden mit Krämpfen, Übelkeit und grosser Angst, die Kontrolle über ihren Körper zu verlieren. Darüber hinaus leide sie unter starkem Hyperventilieren. Im Rahmen der polydisziplinären gutachterlichen Abklärung vom 11. April 2007 sei u.a. eine grazile körperliche Konstitution beschrieben worden, welche mit der Ausübung schwerer körperlicher Tätigkeiten, u.a. auch dem häufigen Heben, Tragen und Bewegen von schweren Lasten als Servicekraft in der Gastronomie, nicht vereinbar sei. Im internistischen Zusatzgutachten sei festgehalten worden, dass der Arbeitsplatz der grazilen Konstitution der Explorandin angepasst sein sollte. Darüber hinaus seien weder orthopädisch im Bereich des Bewegungsapparates noch im Bereich der inneren Organe, noch im Bereich des Nervensystems oder der Psyche Pathologica ausfindig gemacht worden. Die psychiatrische Gutachterin habe angegeben, psychopathologische Funktionseinschränkungen fehlten. Eine psychiatrische Erkrankung scheidet als Ursache für das geklagte Schmerzsyndrom aus. Ebenfalls bestünden auf psychiatrischen Gebiet keine modulierenden psychopathologischen Störungen. Die Beschreibung des Tätigkeitsspektrums gemäss Abschlussbericht vom 7. September 2007 (Konfektionieren und Verpacken von Süswaren an Automaten und in Handarbeit, einfache leichte und repetitive Arbeit, kaum Heben von Gewichten, fertige Verpackungen mit Gewichten von 1 bis 2 kg) sei ohne jeden Zweifel als konstitutions- und leistungskonform zu interpretieren. Resümierend könne man nichts Anderes feststellen, als dass nach der gutachterlichen Überzeugung keine Störungen vorhanden seien, welche die Explorandin daran hindern würden, die vorgenannten Tätigkeiten auch mit einem Pensum von 100 % auszuüben. Die Notiz des RAD zum Arztbericht von Dr. med. K.____ vom 21. November 2006 scheine zutreffend zu sein. Es führe nicht weiter, kritiklos den subjektiven Angaben der Explorandin zu folgen. Deren Leidensangaben seien ja der Grund der polydisziplinären Abklärung. Das Ergebnis dieser Abklärung decke sich tatsächlich nicht mit den subjektiven Angaben der Explorandin. Diese seien medizinisch nicht nachvollziehbar, auch wenn die Explorandin immer wieder auf ihren subjektiven Beschwerdebekundungen beharre. Auch ein noch so intensives Wehklagen und Beharren begründe nicht ein Abweichen von den aufwendig ermittelten polydisziplinären medizinischen Erkenntnissen und

Schlussfolgerungen. Die Tatsache, dass die Abklärungsergebnisse im Widerspruch zu den gemachten Erfahrungen in der Stellenvermittlung stünden, sollte dazu Anlass geben, nach den gesetzlichen Bestimmungen zu verfahren. Nicht das Gutachten stehe im Widerspruch zu den gemachten Erfahrungen bei der Eingliederung, sondern die subjektiven Angaben der Explorandin stünden im Widerspruch zum geringen Anforderungsprofil, welches im Rahmen der Eingliederung angeboten worden sei. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Explorandin sei hinreichend abgeklärt worden (IV-Nr. 56).

3.4 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, diagnostizierte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 7. Februar 2009 eine seit Frühjahr 2007 bestehende schwere Panikstörung (F41.01) sowie ein posttraumatisches Schulter-/Nacken-Schmerzsyndrom laut somatischen Angaben. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Serviceangestellte bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vom Hausarzt Dr. med. J.____ definiert). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht angezeigt. Die Behandlung habe vom 15. April bis 5. Dezember 2008 gedauert. Es sei ein günstiger Verlauf der Panikattacken festzustellen. Als Focus bestehe der schambehaftete Zustand ohne Arbeit. Die Patientin ziehe sich seit längerem zurück von allen Bekanntschaften. Früher sei sie stark vernetzt gewesen. Nun sei sie vereinsamt und führe ein «spartanisches» Leben. Sie missgönne sich jede Annehmlichkeit. Diese Problematik sei erfolgreich bearbeitet worden, dennoch habe sich keine Besserung der Schmerzen eingestellt. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, jegliches Tragen von Lasten, welche den Schulterbereich vor allem links belasteten, sei mit sofortiger Schmerzexazerbation verbunden. Sonst sei der Schmerzverlauf eher günstig. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien zuzumuten, sofern die erwähnte Einschränkung berücksichtigt werde. Die Patientin schätze den Umgang mit Menschen und sei dabei auch geschickt, wie es scheine. Sie sei aber zurückhaltend und habe eher die Tendenz, wenig selbstwirksam und «respektvoll abwartend» zu sein. Eine angepasste Tätigkeit sei initial zu 70 % zumutbar, wobei sie vermutlich bald auf 100 % gesteigert werden könne. Die psychiatrische Behandlung sei im Zusammenhang mit einer Episode schwerer Panikattacken erfolgt. Deren Verlauf erscheine derzeit günstig. Eine abschliessende Beurteilung sei allerdings verfrüht (IV-Nr. 68).

3.5 RAD-Arzt Dr. med. I.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2009 fest, die bisherigen Diagnosen stünden ausser Frage und seien im Gutachten ausführlich dokumentiert worden. Ebenso gut dokumentiert sei die im Juli 2007 aufgetretene und im Verlauf zumindest teilweise abgeklungene Panikstörung. Gemäss dem Telefonat mit dem Hausarzt sei diese aktuell unter Arbeitsbelastung wieder fortschreitend, was jedoch nicht eingehender dokumentiert sei. Klar sei weiterhin die seit längerem bestehende Schmerzstörung der Explorandin, wobei hier relevante objektivierbare Befunde fehlten. Aus psychiatrischer Sicht habe aufgrund der Panikstörung seit Juli 2007 keine Restarbeitsfähigkeit mehr bestanden, bei psychiatrischem Behandlungsabschluss im Dezember 2008 jedoch wieder eine solche von 70 %. Aus somatischer Sicht müsse ergänzt werden, dass hier weiterhin die subjektiven Angaben den objektiven Befunden entgegenstünden. Rückblickend hätten keine relevanten unfallbedingten oder unfallfremden Leiden ab Februar 2005 bestanden. Insgesamt widerspreche diese Beurteilung derjenigen im Gutachten nicht, da die Panikstörung offenbar erst in der Zeit nach der Begutachtung relevant bzw. symptomatisch gewesen sei. Dementsprechend stellte der RAD-Arzt die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines Status nach schwerer Panikstörung (ICD-10: F41.01), aktuell mindestens in Teilremission. Die Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit)

lauteten: Status nach HWS-Distorsion am 18. Dezember 2004, idiopathische Gefügestörung C2/C3 und Nikotinabusus. Zur Arbeitsfähigkeit hielt der RAD-Arzt fest, aus körperlicher Sicht seien der Versicherten prinzipiell sämtliche Tätigkeiten zuzumuten. Aufgrund der eher schwachen körperlichen Konstitution seien schwere körperliche Tätigkeiten jedoch nicht als ideal zu erachten. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit zeitweise Heben und Bewegen von Lasten bis 15 kg seien weiterhin zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht habe aufgrund der Panikstörung von Juli 2008 (recte: 2007) bis maximal Dezember 2008 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, seit Januar 2009 sei die Leistungsfähigkeit um 30 % eingeschränkt. Soweit beurteilbar, entspreche die angestammte Tätigkeit als Serviceangestellte einer leichten bis maximal mittelschweren Tätigkeit, somit erübrige sich die Formulierung einer Verweistätigkeit (IV-Nr. 69 S. 3 f.). 3.6 Der Hausarzt Dr. med. J. ___ hielt in seinem ärztlichen Begleitbrief vom 19. August 2009 zum Einwand der Beschwerdeführerin vom 5. August 2009 (IV-Nr. 74) fest, er beobachte den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nun schon seit Oktober 2004. Damals seien bis auf interkurrierende Krankheitsepisoden wie Erkältungskrankheiten und dergleichen keine Auffälligkeiten zu vermerken gewesen. Mit dem Selbstunfall auf Glatteis im Dezember 2004 habe sich die Situation jedoch geändert. Seither leide die Patientin an Schmerzen im oberen Rücken-/Nackebereich, weshalb eine intensive medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung erforderlich gewesen sei. Im Verlauf sei die Patientin, die eine hohe Motivation zeige, möglichst bald ihr früheres Leistungsniveau zu erreichen, immer wieder an Grenzen gestossen. In letzter Zeit müsse festgestellt werden, dass zwar weitere Fortschritte nicht ausgeschlossen seien, die Versicherte aber mit einem 50 bis maximal 60 %-Arbeitspensum an ihre Grenze stosse. Ein Überschreiten dieses Pensums räche sich regelmässig, indem danach wieder Arbeitsausfälle zu verzeichnen seien. Zusätzlich aufgetreten und im Verlauf phasenweise verschlechtert habe sich eine Angsterkrankung, welche sich in Panikattacken äussere und per se immer wieder eine Arbeitsunfähigkeit am angestammten Arbeitsplatz zur Folge habe. Die Auswirkung dieser Krankheit habe abgefedert werden können, indem die Versicherte nun eine Arbeitsstelle ohne repräsentative Funktion ausübe. Eine Verhaltens- oder andere Psychotherapie sei hier sicher angezeigt und bereits aufgenommen worden. Die Versicherte werde als eine Persönlichkeit erlebt, welche einerseits realistisch ihre Grenzen einsehe, andererseits infolge des finanziellen Drucks diese Grenzen immer wieder überschreite mit den bekannten, geschilderten Folgen. Zusammenfassend sei in Erwägung zu ziehen, dass die Versicherte auch am neuen, weniger belastenden Arbeitsplatz, wo ihr vom Arbeitgeber auch etlicher Goodwill entgegengebracht werde, bei einem Arbeitspensum von 50 %, maximal 60 %, limitiert sei. Die Versicherte leide neu unter einer für die Arbeitsfähigkeit relevanten Angststörung, welche seit einiger Zeit behandelt werde, ohne dass sich bislang eine Besserung hätte dokumentieren lassen. Die längerfristige Prognose sei aber nicht a priori ungünstig (IV-Nr. 76). 4. Mit Neuanmeldung vom 4. Juni 2018 wies die Beschwerdeführerin darauf hin, sie sei seit dem 25. Januar 2018 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Sie leide an chronischen Nerven- bzw. Sehnenschmerzen und sei bei der Arbeit überlastet. Die Hand sowie der Ellenbogen schmerzten (IV-Nr. 101). Den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Vorbescheid vom 20. Juni 2018; IV-Nr. 105 S. 2 ff.) von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Akten kann Folgendes entnommen werden: 4.1 Dr. med. L. ___, Spezialarzt für Neurologie FMH, hielt in seinem Bericht über die Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 13. November 2017 fest, die motorischen und sensiblen neurografischen Parameter des Nervus medianus links

seien normal. Neurografisch könne zurzeit kein Carpalunnelsyndrom links nachgewiesen werden. Die Patientin habe schon vor ca. 4 Monaten unter Schmerzen im Bereich des linken Handgelenks gelitten. Vor 2 Monaten seien zusätzlich Schmerzen im linken Daumenballenbereich aufgetreten. Im Spital [...] habe man zuerst von einer chronischen Sehnenentzündung gesprochen. Die Patientin habe eine Bandage erhalten. Bei fehlender Besserung sei am 9. Oktober 2017 eine Beurteilung durch die Handchirurgen erfolgt. Die Patientin habe eine Cortisoninjektion erhalten. Im Weiteren habe sie eine Schiene. Seitdem sei es bezüglich der Schmerzen besser geworden. Sie arbeite als Putzfrau. Das Auswringen des Lappens verursache linksseitige Handgelenksschmerzen. Zu Beginn habe sie ein Kribbeln und Brennen im Bereich des Daumenballens und im linken Mittelfinger verspürt, manchmal auch ein Kribbeln im Bereich des linken radialseitigen Daumens bis zum Handgelenk. Sie verspüre manchmal auch Schmerzen im Bereich des linken Vorderarmes bis zum Ellbogen. Nacken- und Schulterschmerzen beständen nicht. Ein Status nach Handgelenksfraktur bestehe nicht. Die Patientin sei Rechtshänderin. Medikamente nehme sie nicht ein. In der neurologischen Untersuchung habe sich eine gute Beweglichkeit der HWS gezeigt. Der Nacken- und Schürzengriff sei beidseits möglich gewesen. Die Muskeleigenreflexe TSR, BSR und RPR hätten schwach und symmetrisch ausgelöst werden können. Paresen und Sensibilitätsstörungen hätten nicht nachgewiesen werden können. Die motorischen und sensiblen neurografischen Parameter des Nervus medianus links seien in allen Abschnitten normal. Neurografisch könne zurzeit kein Carpalunnelsyndrom links nachgewiesen werden. Die motorischen und sensiblen neurografischen Parameter des Nervus ulnaris links seien im distalen Abschnitt normal. Die sensiblen neurografischen Parameter des Ramus superficialis Nervus radialis links seien ebenfalls normal. Es bestehe eine normale Berührungs- und Schmerzempfindung (IV-Nr. 107 S. 24 f.).

E. 4.2

4.2.1 Dem weiteren Bericht des M.____, Klinik Orthopädie/Traumatologie, vom 25. Januar 2018 (ambulante Sprechstunde vom 20. November 2017) kann entnommen werden, es erfolge nochmals eine Vorstellung der Patientin nach der neurologischen Untersuchung durch Dr. med. L.____. Die Patientin berichte, die Infiltration vor rund 6 Wochen habe eindeutig zu einer Beschwerderegradienz geführt. Die Beschwerden auf Höhe des Daumengrundgelenks seien deutlich regredient. Aktuell beständen kein Schnappen und keine Schmerzen in diesem Bereich. Es persistierten lediglich eine Kribbelparästhesie und eine Hypästhesie im Bereich des Versorgungsgebiets des Ramus superficialis Nervus radialis am Daumen dorsalseitig. Zudem komme es intermittierend auch zu Einschlafsymptomaten und Kribbelparästhesien der Langfinger. Im Rahmen der Beurteilung und des Procedere wurde ausgeführt, einerseits zeige sich ein erfreulicher Verlauf, zumal die Beschwerden seit der letzten Konsultation deutlich regredient seien. Aktuell liessen sich die noch beschriebenen Kribbelparästhesien neurologisch/elektroneurographisch nicht objektivieren. Gegebenenfalls könnte auch ein Zusammenhang mit den anamnestisch beschriebenen ehemaligen Halswirbelkörperfrakturen bei einem schweren Autounfall vor Jahren zusammenhängen. Man werde bei aktuell eher regredienten Beschwerden und geringem Leidensdruck ein beobachtendes/abwartendes Verhalten propagieren und die Patientin erneut in rund 2 Monaten in der handchirurgischen Sprechstunde kontrollieren. Gegebenenfalls sei bei Wiederauftreten der Beschwerden oder Progredienz ein erneutes wirbelsäulenorthopädisches Konsilium zu reevaluiieren (IV-Nr. 107 S. 20 und 23). 4.2.2

Aus dem Bericht des M.____, Klinik Orthopädie/Traumatologie, [...], vom 25. Januar 2018 (ambulante Sprechstunde vom 8. Januar 2018) gehen folgende Diagnosen hervor: «St.n. Infiltration bei symptomatischer Tendovaginitis stenosans Dig. I Hand links, Tendinopathie der EDC V-Sehne, EDQ-Sehne, elektroneurographischer Ausschluss eines Karpaltunnelsyndroms sowie Ausschluss einer Kompression im Bereich des N. ulnaris sowie des R. superficialis N. radialis (13.11.17, Dr. L.____) bei Kribbelparästhesien/Hypästhesien im Versorgungsgebiet des R. superficialis N. radialis sowie klinisch V.a. beginnendes Karpaltunnelsyndrom Handgelenk links, aktuell komplett beschwerdefrei.» Als Nebendiagnose wurde ein Status nach schwerem Autounfall vor Jahren angegeben. Zur Zwischenanamnese wurde angegeben, es handle sich um eine geplante klinische Verlaufskontrolle. Die Patientin habe beinahe den Termin abgesagt, da es ihr nun sehr gut gehe. Die Beschwerden im Sinne der Ringbandstenose vom Daumen links seien komplett regredient, ebenso die Hypästhesie im Bereich des Ramus superficialis Nervus radialis. Teils noch unregelmässig beschreibe sie ein Kribbeln in den medianusinnervierten Langfingern, sodass sie darauf achte, wie sie ihren Arm lagere. Nächtliche Parästhesien beschreibe sie nicht. Es bestehe kein Einschlafen der Langfinger während der Arbeit. Zur Beurteilung wurde angegeben, die Beschwerden seien recht unklar und nicht genau einzuordnen. Es sei vorstellbar, dass das Arbeiten an Vibrationsgeräten zu einer Reizung bzw. zu einer Irritation der sensiblen Endäste führen könne. Es seien nun eine antiphlogistische Therapie unter Einnahme eines Magenschutzes sowie der Beginn mit Lyrica angezeigt. Eine klinische Kontrolle sei in 2 Wochen geplant. Die Patientin habe noch angegeben, dass sie vor Jahren einen schweren Autounfall gehabt habe mit Wirbelkörperfrakturen der HWS. Der Befund passe nicht unbedingt für eine Discopathie bzw. Myelopathie, aber ansonsten sei die Patientin auch noch einmal orthopädisch bzw. wirbelsäulenchirurgisch abklären zu lassen (IV-Nr. 107 S. 21 f.). 4.2.3 Dem dritten Bericht des M.____, Klinik Orthopädie/Traumatologie, vom 25. Januar 2018 (ebenfalls betreffend die ambulante Sprechstunde vom 8. Januar 2018) kann folgende Beurteilung entnommen werden: «Es zeigt sich ein sehr schöner Verlauf, so dass die Behandlung abgeschlossen werden kann» (IV-Nr. 107 S. 18 f.). 4.3 Im Sprechstundenbericht des M.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 22. März 2018 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Cervicobrachialgie links C6/7 bei/mit neu aufgetretenen Kribbelparästhesien im Versorgungsgebiet des Ramus superficialis Nervus radialis aber auch Nervus medianus, anamnestisch St.n. erneuter Tendovaginitis stenosans Dig. I sowie Dig. IV Hand links. St.n. ENMG 13.11.2017 mit unauffälligem ENMG Nervus medianus/Nervus ulnaris sowie Ramus superficialis Nervus radialis». Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Zuweisung sei hausintern durch das Handteam erfolgt. Die Patientin beschreibe generell Beschwerden am linken Arm seit dem Autounfall im Jahr 2004, damals sei keine Fraktur diagnostiziert und keine spezifische Therapie eingeleitet worden. Aktuell seit mehreren Wochen bestünden wieder zunehmende Kribbelparästhesien und Schmerzzustände im gesamten linken Ober- und Unterarm sowie der Hand. Die Patientin gebe an, dass sie bei der Arbeit schwere Putzmaschinen steuern müsse, zum Teil verschlechtere dies die Situation massiv. Von der Handchirurgie habe man die Beschwerden nicht eindeutig zuordnen können. Es sei eine antiphlogistische Therapie verordnet worden. Die Beurteilung lautete dahingehend, zur weiteren Diagnostik sei eine MRT-Untersuchung der HWS durchzuführen und es seien die Befunde der neurologischen Befunde bei Dr. med. L.____ anzufordern (IV-Nr. 107 S. 12 f.). 4.4 Das MRI der HWS vom 13. April 2018 zeigte eine unauffällige Darstellung der HWS ohne Nachweis einer

Bandscheibenherniation. Es seien keine Spinalkanalstenosen, keine foraminale Nervenwurzelaffektionen und keine Myelopathie vorhanden (IV-Nr. 107 S. 11). 4.5 Im Sprechstundenbericht des M.____ vom 20. April 2018 wurde der Verlauf dahingehend beschrieben, die klinische Untersuchung in der wirbelsäulenchirurgischen Sprechstunde, die Vorlage des neurologischen Befundes von Dr. med. L.____ und die jetzt durchgeführte Bildgebung (MRI) zeigten keinen Hinweis auf eine Halswirbelsäulenbeteiligung. Die Patientin berichte, dass sie seit 3 Monaten arbeitsunfähig sei. Sie arbeite parallel bei der H.____ und im Hausdienst. Dies beinhalte in erster Linie Putzarbeiten. Diese körperliche Belastung habe sie in der Vergangenheit nicht mehr toleriert. Aktuell und auch in der Vergangenheit sei die Patientin grob neurologisch unauffällig. Auch eine Tendinitis stenosa des Quervain an der linken Hand sei nicht nachzuvollziehen. Ein Carpal-Tunnelsyndrom sei ebenfalls ausgeschlossen worden. So bestehe in der Zusammenfassung kein Hinweis auf ein chirurgisches Problem. Anamnestisch nach nochmaliger Aufarbeitung der vergangenen Jahre und des Familienhintergrundes seien ebenfalls rheumatologische Erkrankungen nicht erinnerlich. Es werde die Fortsetzung der Physiotherapie und ein Arbeitsversuch empfohlen (IV-Nr. 107 S. 10). 4.6 Im Bericht des M.____, Klinik Orthopädie/Traumatologie, vom 30. April 2018 wurden folgende Diagnosen gestellt: «Intermittierende/persistierende Kribbel-/Hypästhesien diffus in der linken Hand; St.n. ENMG Untersuchung 13.11.2017 mit unauffälligem ENMG Nervus medianus/Nervus ulnaris sowie Ramus superficialis und Nervus radialis; St.n. schwerem Flexions-/Distractionstrauma im Rahmen eines schweren Autounfalles mit anamnestisch mehreren HWS-Frakturen vor über 14 Jahren, seitdem immer wieder oben genannte Beschwerden im Bereich des linken Armes; V.a. Zervikobrachialgie links C6/C7 (Bericht vom 19.04.2018, Wirbelsäulensprechstunde)». Zur Zwischenanamnese wurde angegeben, es handle sich um eine geplante Vorstellung nun nach zweimaliger Abklärung in der Wirbelsäulensprechstunde. In der Zwischenzeit sei ein MRI der HWS erfolgt. In dieser Abklärung hätten sich keine Hinweise für eine Halswirbelsäulenbeteiligung gezeigt. Nach den Aussagen der Patientin gehe es insgesamt etwas besser, wahrscheinlich hauptsächlich deshalb, weil sie bislang noch arbeitsunfähig geschrieben sei. Dies bedeute, sie könne ihren körperlichen schweren Aufgaben beim täglichen Putzen und Reinigen sowie Führen von schweren Maschinen entgehen. Die Schmerzmedikation sowie auch das Lyrica seien durch sie abgesetzt worden, sodass sie nun ohne Schmerzmedikamente sei. Am meisten empfinde sie aktuell eine Irritation im Bereich des Sulcus ulnaris am störendsten, allerdings wiederum mit Kribbeln und unangenehmen Empfindungen in allen Fingerbeeren. Die Beschwerden auf Höhe des Ramus superficialis Nervus radialis seien aktuell eher rückläufig. Die Beurteilung lautete dahingehend, insgesamt sei man hier nicht wesentlich weiter. Die Patientin gebe nun an, mit dem Hausarzt besprochen zu haben, dass ab dem 7. Mai 2018 für 3 Nachmittage mit einem Arbeitsversuch gestartet werden solle (Arbeitsfähigkeit für 60 %). Dies sei ein guter Start. Der Patientin sei – falls die Beschwerden nicht rückläufig seien oder nun mit dem Start wieder zunehmen – empfohlen worden, sie hier in die Schmerzklinik einzubinden (IV-Nr. 107 S. 8 f.). 4.7 Am 18. Mai 2018 konsultierte die Beschwerdeführerin die interdisziplinäre Notfallstation des M.____, [...]. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «Muskuloskelettaler Schmerz paravertebral rechts Höhe BWK 3; intermittierende/persistierende Kribbel-/Hypästhesien diffus in der linken Hand, St.n. ENMG Untersuchung 13.11.2017 mit unauffälligem ENMG Nervus medianus/Nervus ulnaris sowie Ramus superficialis und Nervus radialis, St.n. schwerem Flexions-/Distractionstrauma im Rahmen eines schweren Autounfalles mit anamnestisch

mehreren HWS-Frakturen vor über 14 Jahren, seitdem immer wieder oben genannte Beschwerden im Bereich des linken Armes; V.a. Zervikobrachialgie links C6/C7 (Bericht vom 19.04.2018, Wirbelsäulensprechstunde)». Zur Anamnese wurde festgehalten, es sei zur notfallmässigen Selbstvorstellung bei Schmerzen unter dem rechten Schulterblatt gekommen. Am Vortag habe die Patientin schwer gearbeitet und habe bei chronischen Schmerzen im linken Knie wahrscheinlich die Gegenseite falsch belastet. Die Patientin befinde sich bei chronischen Sehnen- und Venenentzündungen in physiotherapeutischer Behandlung. Sie habe nach 3 ½-monatiger Pause seit ca. 2 Wochen mit der Arbeit im Hausdienst wieder angefangen. Ansonsten sei die beschwerdefreie Patientin ohne Fieber oder Schüttelfrost. Die Beurteilung lautete dahingehend: Bei klinisch fehlendem Verdacht auf eine ossäre Läsion habe man auf eine bildgebende Diagnostik verzichtet. Bei Verdacht auf muskuloskelettalen Schmerz bei Überlastung habe man die Patientin mit symptomatischer Therapie in ihre ambulante Weiterbetreuung entlassen (IV-Nr. 107 S. 6 f.).

4.8 Aus dem Verlaufsbericht von N.____, Manualtherapeut, vom 29. Juni 2018 geht folgende Diagnose hervor: «Rezid. Reizung mit Kribbeln, para-/dysästhesie im Unterarm und Hand links». Im Zeitraum vom 2. Februar bis 27. Juni 2018 seien 2 x 9 Physiotherapie-Behandlungen erfolgt. Zum Verlauf wurde angegeben, die Patientin berichte beim erstmaligen Untersuchen über Schmerzen im Unterarm und im Hand-/Daumenbereich über ein kribbelndes und ziehendes Gefühl, welches seit dem Jahr 2017 immer wiederkehrend zu Schmerzen führe. Diese verschlimmerten sich beim Reinigen mit dem Wischmob und der Reinigungsmaschine. Druckdolenzen befänden sich im radialen distalen Bereich, beim Daumengrundgelenk, beim Epicondylus humeri radialis und im Bereich der HWS. Verspannungen beständen im ganzen Armbereich, an den Hand-Extensoren, beim Musculus triceps brachii und im Schulternackebereich linksseitig. Die Bewegungseinschränkungen seien im Handgelenk in sämtliche Bewegungseinrichtungen leicht im Seitenvergleich. Krafttests lösten keinen grösseren Schmerz aus bei einmaliger Anspannung, bei Ermüdung beständen zunehmende Beschwerden. Kribbeln und Schmerz träten erst bei längerer Tätigkeit auf. In der Behandlung sei versucht worden, die Spannungen der Muskulatur zu verringern. Es sei mit leichtem Krafttraining begonnen worden, um die Gelenke zu stabilisieren und die Muskulatur zu kräftigen. Bis zum ersten Versuch und bei 50%iger Arbeit sei die Problematik besser geworden. Jedoch seien beim Arbeitsversuch die Schmerzen und die Gefühlsmissempfindungen wieder grösser geworden. In der zweiten Serie habe die Therapie keinen grossen Erfolg mehr gehabt. Als Problem sei die Benützung des Wischmobbs und des Reinigungsfahrzeuges zu sehen, welche beide einen grossen Druck auf die Grundgelenke und Unterarmmuskulatur erzeugten. Der Druck sei zu gross, solange der Reizzustand der Muskulatur und des Nervensystems so hoch sei. Da schon eine längere Geschichte mit Schleudertrauma und Beschwerden im Bereich der Nacken-, Schulter- und Armhand vorliege, sei im jetzigen Zustand eher eine intensive Physio-/Ergotherapie mit Schwerpunkt Schmerztherapie zu empfehlen, um die Überempfindung des Gewebes reduzieren zu können (IV-Nr. 107 S. 3).

4.9 Aus dem Kurzbericht der O.____ vom 27. Juli 2018 geht hervor, die Beschwerdeführerin komme seit dem 7. Juni 2018 zweimal wöchentlich zur Ergotherapie. Bei der Patientin zeigten sich starke Muskelverspannungen vom ganzen Schulter-/Nackebereich bis zum Daumen links und auch im Rücken. Auch rechts gebe sie, vor allem im Schulter-/Nackebereich, aber auch im Unterarm, einige Schmerzpunkte an. Das sei für sie auch erklärbar mit ihrer Arbeit als Raumpflegerin. Die grossen Bodenflächen, die mit dem Mob mit seitlichen Armbewegungen zu reinigen seien,

förderten keine ergonomische Arbeitshaltung. Links sei die Haut hypersensibel und reagiere als Schmerz auf Berührung. Für die Patientin äussere sich der Schmerz als starkes Brennen, v.a. im Ellenbogen und Daumenbereich. Der linke Arm werde in einer Schonhaltung gehalten – er sei immer leicht flektiert. An der linken Hand trage die Beschwerdeführerin eine weiche Daumenorthese, dadurch setze sie die Hand weniger ein. Anfangs sei hauptsächlich im Nacken und im oberen Rückenbereich gearbeitet worden, damit überhaupt eine Entspannung in das Gewebe komme. Ebenso am Ober- und Unterarm. Das Hauptproblem sei der brennende Schmerz an der Haut. Es werde nun versucht, die Daumenorthese weniger zu tragen, dafür mit einem «Tape» Halt zu geben. Gleichzeitig erfolge eine Desensibilisierung der Haut und des Nervenschmerzes. Im Moment seien die Fortschritte eher gering. Es werde aber auch nicht schlechter. Inwieweit sich die Situation wieder normalisiere, sei nur schwer abzuschätzen. Ob die Patientin ihre Arbeit im Hausdienst des Altersheimes angesichts ihrer Beschwerden wieder aufnehmen könne, sei ihm Moment eher fraglich (IV-Nr. 107 S. 2).

4.10 RAD-Ärztin Dr. med. P.____, praktische Ärztin, hielt in ihrer Aktennotiz vom 14. August 2018 fest, nach der gründlichen Medas-Begutachtung vom Mai 2007 seien keine Folgen des Unfallereignisses vom Dezember 2004 mehr nachweisbar. Es habe sich beim Unfallereignis um ein blandes HWS-Distorsionstrauma Stadium I gehandelt, bei welchem spätestens nach 6 Wochen Beschwerdefreiheit zu erwarten sei. Die aktuell im Jahr 2018 erbrachten neuen medizinischen Untersuchungsberichte zeigten durchwegs normale/unauffällige somatische Befunde, mit welchen keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne. Ein organisches Korrelat für die geltend gemachten Beschwerden sei nicht nachgewiesen und auch nicht objektivierbar. Anamnestisch erstaune allerdings, dass die Explorandin jetzt angebe, vor 14 Jahren einen schweren Autounfall mit mehreren HWS-Frakturen erlitten zu haben, was die jetzigen Beschwerden bedinge (z.B. im Bericht des M.____ vom Mai 2018). Dies sei weder in den alten Untersuchungsergebnissen ab Unfall im Jahr 2004 noch in den neuen radiologischen Untersuchungen der HWS nachzuweisen (Bericht des M.____, Radiologie, vom April 2018. Dies ergebe folgendes Fazit: Bei gründlicher Spiegelung der bisher seit dem Jahr 2004 vorliegenden gesundheitlichen Symptomatik mit den Untersuchungsergebnissen in den jetzt neu erbrachten medizinischen Berichten aus dem Jahr 2018 könne keine Verschlechterung des medizinischen Zustandes festgestellt werden. Auch liege kein andersartiger medizinischer Sachverhalt vor (IV-Nr. 109).

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin trat mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 20. August 2018 auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 4. Juni 2018 (IV-Nr. 101) im Wesentlichen mit der Begründung nicht ein, mit Blick auf die ausführliche RAD-Aktennotiz vom 14. August 2018 (IV-Nr. 109) sei eine gesundheitliche Verschlechterung seit Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 11. November 2009 nicht glaubhaft gemacht worden (IV-Nr. 110 S. 2; A.S. 2).

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf das Neuanmeldungs-gesuch vom 4. Juni 2018 einzutreten. Die Sache sei an diese zur weiteren Abklärung und materiellen Prüfung zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, die Beschwerdeführerin arbeite seit rund zehn Jahren (2008) im F.____ im Hausdienst mit einem Pensum von 50 %. Sie werde flexibel als Allrounderin eingesetzt, insbesondere für Reinigungsarbeiten in sämtlichen Bereichen. Dieses langjährige Arbeitsverhältnis sei nur durch viel Goodwill und Verständnis seitens

der Arbeitgeberin zu erhalten gewesen, was nicht selbstverständlich sei. Es sei eine Tatsache, dass die Beschwerdeführerin immer wieder Absenzen aus gesundheitlichen Gründen zu verzeichnen gehabt habe. Seit etwa zwei Jahren sei sie auch noch bei der H.____ angestellt, etwa in einem 20 %-Pensum, jedoch im Stundenlohn. Ihr Aufgabenbereich betreffe Hausdienst, Haushaltshilfe, Betreuung etc.. Sie sei jedoch nicht in die Pflege involviert. Es sei eine Tatsache, dass sie seit dem 25. Januar 2018 ■ mit einem Kurzunterbruch durch einen Teil-Arbeitsversuch im Mai 2018 ■ zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sie müsse jederzeit mit den Kündigungen der beiden Anstellungen rechnen.

Mit Neuanmeldung vom 4. Juni 2018 verlange die Beschwerdeführerin berufliche Eingliederungsmassnahmen und/oder die Rentenprüfung. Sie mache geltend, dass die Beeinträchtigungen auf den Unfall im Jahr 2004 sowie auf «chronische Nervensehnschmerzen» sowie «Überlastung bei der Arbeit» zurückzuführen seien. Sie mache nicht primär Unfallfolgen geltend, sondern ein neues gesundheitliches Problem. Es sei eine Tatsache, dass sie seit nunmehr zehn Monaten keiner Arbeit mehr nachgehen könne und sie sich schon deswegen psychisch sehr schlecht fühle. Trotz Schonung während der Arbeitsunfähigkeit trete keine Besserung ein. Sie habe u.a. grosse Ohnmacht- und Angstgefühle, nebst den physischen Leiden. Sie ziehe sich im Leben stark zurück, unterhalte kaum noch soziale Kontakte und hoffe, dass es irgendwie besser gehe oder allenfalls eine Therapie helfe. Den eingereichten Unterlagen könne u.a. entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin u.a. an sehr starken Muskelverspannungen im Schulter-, Nacken- und Rückenbereich bis hin zu den oberen Extremitäten leide. Sie berichte zudem über hypersensible Haut und verspüre grosse Schmerzen. Im Weiteren berichte sie über Kribbeln, Gefühlslosigkeit bzw. Taubheit und wiederkehrende Schmerzen in den Händen, der HWS sowie generell über Druckschmerzen. Erwähnt würden zudem vermutete Probleme im Zusammenhang mit der Benützung von Wischmobb oder vibrierenden Reinigungsfahrzeugen. Auch die Schleudertraumaproblematik von früher sowie degenerative Veränderungen seien nicht zu vernachlässigen. Namentlich werde auch der Verdacht auf eine Cervicobrachialgie erwähnt, etc..

Der Hausarzt, Dr. med. J.____, könne bei Bedarf einen Bericht einreichen, was aus zeitlichen Gründen offenbar nicht möglich gewesen sei. Es sei jedoch eine Tatsache, dass man die Meinungen und die über längere Zeit gewonnenen Erkenntnisse der behandelnden Medizinalpersonen nicht übersehen dürfe. Bloss einen Tag nach Eingang der Unterlagen sowie des kurzen Einwands der Beschwerdeführerin habe der RAD am 14. August 2018 bereits entschieden, dass keine Veränderung eingetreten sei und dementsprechend kein andersartiger medizinischer Sachverhalt vorliegen solle. Die Beschwerdegegnerin sei auf die Schmerzproblematik gar nicht eingegangen, obwohl diese stark zugenommen habe und die Beschwerdeführerin seit nunmehr acht Monaten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sie bringe Elemente vor, welche früher schlicht kein Thema gewesen seien (Gefühllosigkeiten in Körperpartien, Druckschmerzen und generell starke Schmerzen etc.). Hinzu komme, dass die Anmeldung nicht nur die Rentenabklärung, sondern auch mögliche berufliche Massnahmen (Arbeitsplatzerhaltung) beinhalte. Bereits vor neun Jahren seien gewisse Fragen für die Zukunft offen geblieben. Eine angemessene und willkürfreie Auseinandersetzung mit dem Anliegen der Beschwerdeführerin sei nicht vorgenommen worden. Im Weiteren müsse auch die geänderte Rechtsprechung beachtet werden, weil zu vermuten sei, dass hier eine Schmerzverarbeitungsstörung sowie psychische Leiden wohl eine erhebliche Rolle spielten. Das tatsächlich erreichbare berufliche Leistungsvermögen

der Beschwerdeführerin sei unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits in einer Gesamtbetrachtung einzelfallgerecht zu beurteilen. Im «Schnellverfahren» ■ wie vorliegend ■ sei dies nicht möglich.

5.2 Zunächst ist festzuhalten, dass der erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren am 16. Oktober 2018 nachgereichte Bericht des Hausarztes Dr. med. J.____ vom 28. September 2018 (Beschwerdebeilage Nr. 5; vgl. A.S. 15) nicht berücksichtigt werden kann. Nach der Rechtsprechung ist für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung der Sachverhalt massgeblich, wie er sich der Verwaltung bot, d.h. die Aktenlage bei Erlass der angefochtenen Verfügung ist massgeblich (Urteile des Bundesgerichts 8C_65/2018 vom 14. Februar 2018 E. 4.1, 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 2.1 und 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1, je mit Hinweisen). Somit sind ausschliesslich die ärztlichen Berichte, die der Beschwerdegegnerin bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 20. August 2018 (IV-Nr. 110) vorlagen, zu berücksichtigen, während jene, die erst im kantonalen Gerichtsverfahren eingereicht wurden, unbeachtlich bleiben (Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.3.2). Der vorerwähnte Hausarztbericht vom 28. September 2018 bleibt nach dem Gesagten im vorliegenden Beschwerdeverfahren unbeachtlich.

E. 5.3

5.3.1 Nach einem Vergleich der medizinischen Unterlagen aus den Jahren 2007 bis 2009 (vgl. E. II. 3. hiavor), aufgrund welcher der Beschwerdeführerin mit rechtskräftiger Verfügung vom 11. November 2009 für den Zeitraum von Juli 2008 bis Januar 2009 eine ganze befristete Invalidenrente zugesprochen wurde, und den im Vorbescheidverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen vom November 2017 bis Juli 2018 (vgl. E. II. 4. hiavor) kann nicht davon ausgegangen werden, dass aus medizinischer Sicht eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin glaubhaft gemacht ist. Die im Jahr 2018 geltend gemachten Beschwerden (Muskelverspannungen im ganzen Schulter-/Nackebereich bis zum Daumen links und im Rücken, Schmerzpunkte im Schulter-/Nackebereich und im Unterarm rechts, hypersensible Haut am linken Arm, starkes Brennen vor allem im Ellenbogen- und Daumenbereich links; vgl. IV-Nr. 107 S. 2) könnten zwar als Anhaltspunkt für Veränderungen der gesundheitlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin gewertet werden und allenfalls Anlass für weitere Abklärungen geben, es gilt jedoch zu beachten, dass aus den im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens eingereichten medizinischen Untersuchungsberichten weitgehend unauffällige somatische Befunde hervorgehen, welche keine längerfristige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit zu begründen vermögen. Gemäss dem Bericht des Neurologen Dr. med. L.____ vom 13. November 2017 sind die motorischen und sensiblen neurografischen Parameter des Nervus medianus links in allen Abschnitten normal; neurografisch könne aktuell kein Carpal-tunnelsyndrom links nachgewiesen werden. Im Weiteren sind auch die motorischen und sensiblen neurografischen Parameter des Nervus ulnaris links im distalen Abschnitt sowie die sensiblen neurografischen Parameter des Ramus superficialis Nervus radialis links normal. Ferner zeigte sich in der neurologischen Untersuchung eine gute Beweglichkeit der Halswirbelsäule (IV-Nr. 107 S. 24 f.; vgl. E. II. 4.1 hiavor). Die behandelnde Oberärztin (Team Handchirurgie) der Klinik Orthopädie/Traumatologie des M.____ diagnostizierte aufgrund ihrer Untersuchung vom 20. November 2017 zwar eine persistierende Kribbelparästhesie bzw. Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Ramus

superficialis Nervus radialis, sie verwies jedoch gleichzeitig auf die von Dr. med. L.____ vorgenommene ENG-Untersuchung vom 13. November 2017, aus welcher keine Auffälligkeiten hervorgingen. Es zeige sich ein erfreulicher Verlauf, zumal die Beschwerden seit der letzten Konsultation deutlich regredient seien (IV-Nr. 107 S. 20 und 23). Im Bericht über die ambulante Sprechstunde vom 8. Januar 2018 wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin hätte die geplante klinische Verlaufskontrolle beinahe abgesagt, da es ihr nun sehr gut gehe. Die Beschwerden im Sinne der Ringbandstenose vom Daumen links seien komplett regredient, ebenso die Hypästhesie im Bereich des Ramus superficialis Nervus radialis. Es zeige sich ein sehr schöner Verlauf, sodass die Behandlung abgeschlossen werden könne (IV-Nr. 107 S. 18 f. sowie 21 und 22; vgl. E. II. 4.2 hiervor).

5.3.2 Gemäss dem Bericht des M.____ vom 5. März 2018 über die gleichentags durchgeführte Sprechstunde traten in der Folge jedoch erneut unklare Kribbelparästhesien sowohl im Versorgungsgebiet des Ramus superficialis Nervus radialis als auch des Nervus medianus auf, wobei die behandelnde Fachärztin ausführte, die Beschwerden seien unklar und nicht genau einzuordnen. Sie könne sich vorstellen, dass das Arbeiten an Vibrationsgeräten zu einer Reizung bzw. Irritation der sensiblen Endäste führen könne (IV-Nr. 107 S. 14 f.); das in der Folge veranlasste MRI der HWS vom 13. April 2018 (vgl. auch Bericht des M.____ vom 22. März 2018; E. II. 4.3 hiervor) ergab dann aber eine unauffällige Darstellung der Halswirbelsäule ohne Nachweis einer Bandscheibenherniation, ohne Spinalkanalstenosen oder foraminale Nervenwurzelaffektionen und ohne eine Myelopathie (Schädigung des Rückenmarks; IV-Nr. 107 S. 11, vgl. E. II. 4.4 hiervor). Im Sprechstundenbericht des M.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. April 2018 wurde dann zwar der Verdacht auf eine Cervicobrachialgie links C 6/7 angegeben, zum Verlauf jedoch festgestellt, die klinische Untersuchung in der wirbelsäulenchirurgischen Sprechstunde, die Vorlage des neurologischen Befundes von Dr. med. L.____ und die jetzt durchgeführte Bildgebung (MRI) zeigten keinen Hinweis auf eine Halswirbelsäulenbeteiligung. Die Patientin sei aktuell und auch in der Vergangenheit grob neurologisch unauffällig gewesen. Es bestehe kein Hinweis auf ein chirurgisches Problem und rheumatologische Erkrankungen seien nicht erinnerlich (IV-Nr. 107 S. 10, vgl. E. II. 4.5 hiervor). Demnach ergaben die fachärztlichen Untersuchungen im M.____ keine relevante gesundheitliche Verschlechterung. Daran ändert auch die Notfallkonsultation im M.____ vom 18. Mai 2018 aufgrund eines muskuloskelettalen Schmerzes paravertebral rechts auf Höhe BWK 3 nichts. Bei klinisch fehlendem Verdacht auf eine ossäre Läsion wurde auf eine bildgebende Diagnostik verzichtet und die Beschwerdeführerin konnte bei Verdacht auf einen muskuloskelettalen Schmerz bei Überlastung mit symptomatischer Therapie in die ambulante Weiterbetreuung entlassen werden (IV-Nr. 107 S. 6 f., E. II. 4.7 hiervor).

5.4 Sodann ist festzustellen, dass sich die Beschwerdeführerin keine Wirbelkörperfrakturen der Halswirbelsäule (HWS) infolge des Autounfalls vom 18. Dezember 2004 zugezogen hatte, wie dies in verschiedenen Arztberichten des M.____ angegeben wurde (Nebendiagnose «Status nach schwerem Autounfall vor Jahren» bzw. «Status nach schwerem Flexions-/Distractionstrauma im Rahmen eines schweren Autounfalles mit anamnestisch mehreren HWS-Frakturen vor über 14 Jahren, seitdem immer wieder oben genannte Beschwerden im Bereich des linken Armes»; vgl. E. II. 4.2 und 4.6 hiervor, IV-Nr. 107 S. 16 f.). So wurde im Sprechstundenbericht des M.____ vom 22. März 2018 zur Anamnese ausdrücklich festgehalten, die Patientin beschreibe generell

Beschwerden im linken Arm seit dem Autounfall im Jahr 2004, damals sei jedoch keine Fraktur diagnostiziert und keine spezifische Therapie eingeleitet worden (IV-Nr. 107 S. 12 f.; E. II. 4.3 hiervor). Eine entsprechende Korrektur der Arztberichte des M.____ wurde denn auch veranlasst (vgl. E-Mail vom 12. Januar 2008, Beschwerdebeilage Nr. 5). Gemäss dem MRI der HWS vom 13. April 2018 liegen keine strukturellen Veränderungen der HWS vor, welche die Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären könnten (vgl. E. II. 4.4 und 4.5 hiervor). Die Beschwerdeführerin macht denn auch nicht primär Unfallfolgen, sondern eine neue gesundheitliche Problematik geltend (vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 3b; A.S. 8).

5.5 Die von der Beschwerdeführerin nun angegebenen Beschwerden (starke Ohnmacht- und Angstgefühle; Beschwerde, S. 4 Ziff. 3c; A.S. 8) werden mit entsprechenden ärztlichen Berichten weder dokumentiert noch substantiiert. Die weiteren Beschwerden (starke Muskelverspannungen im ganzen Schulter- und Nackenbereich bis zum Daumen links und auch im Rücken, Schmerzpunkte auf der rechten Seite vor allem im Schulter- und Nackenbereich, aber auch im Unterarm, kribbelndes und ziehendes Gefühl im Hand/Daumenbereich; vgl. E. II. 4.8 und 4.9 hiervor) werden von den Therapeuten mit der körperlich belastenden Arbeit als Raumpflegerin erklärt. Gemäss ihren Angaben sei die Benützung des Wischmobbs und des Reinigungsfahrzeugs diesbezüglich als Problem anzusehen, da dadurch ein zu grosser Druck auf die Grundgelenke und Unterarmmuskulatur ausgeübt werde, solange der Reizzustand der Muskulatur und des Nervensystems so hoch seien (vgl. E. II. 4.8 hiervor). Diese Beschwerden werden mit intensiver Ergotherapie behandelt, wobei versucht wird, brennende Hautschmerzen zu vermeiden, indem die Daumenorthese weniger getragen und mit einem haltgebenden «Tape» ergänzt wird; damit werde die Haut und der Nervenschmerz gleichzeitig auch desensibilisiert. Nach den Angaben der behandelnden Ergotherapeutin sind die Fortschritte im Moment eher gering, es werde aber auch nicht schlechter. Inwieweit sich die Situation wieder normalisiere, sei noch schwer abzuschätzen (E. II. 4.9 hiervor).

Im Vergleich zu den früher erhobenen Befunden kann zwar bei körperlicher Belastung von einer gelegentlichen Ausweitung der Beschwerdesymptomatik ausgegangen werden, diese kann jedoch therapeutisch behandelt werden und es ist nicht ersichtlich, inwiefern sich deswegen der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin relevant verschlechtert hätte. So zeigen die im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten neuen medizinischen Untersuchungsberichte vom November 2017 bis Juli 2018 durchwegs normale bzw. unauffällige somatische Befunde, mit welchen sich keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründen lässt. Erheblich im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV ist eine Sachverhaltsänderung nur, wenn angenommen werden kann, ein Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände auch tatsächlich als gegeben erweisen sollten. Für eine Neuanschuldung reicht es daher nicht aus, eine ausschliesslich gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen. Insbesondere genügt eine neue gestellte Diagnose per sei nicht, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern Veränderung des Gesundheitszustands nicht zwingend etwas ausgesagt wird. Mit andern Worten muss die Sachverhaltsänderung «rentenwirksam» sein, der Eintritt «irgendeiner» Veränderung im Sachverhalt genügt nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_676/2018 vom 20. Februar 2019 E. 3.2, 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.4 f. und 8C_676/2014 vom 26. November 2014 E. 3.2, je mit Hinweisen). Vorliegend wird mit den neu eingereichten medizinischen Unterlagen nicht glaubhaft gemacht, dass sich die

gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin in anspruchsrelevantem Ausmass und somit erheblich verändert haben könnte. Dafür genügen die vorerwähnten, gelegentlich auftretenden und behandelbaren Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht. Diese Auffassung vertritt auch die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 14. August 2018, wonach ein organisches Korrelat für die geltend gemachten Beschwerden nicht objektivierbar sei. Dementsprechend kommt sie zum Schluss, ein Vergleich der bisher seit dem Jahr 2004 bestehenden gesundheitlichen Symptomatik mit den Untersuchungsergebnissen in den aktuell neu eingereichten medizinischen Berichten ergebe keine Verschlechterung des medizinischen Zustands; auch liege kein neuer medizinischer Sachverhalt vor (vgl. E. II. 4.10 hiervor). Dem ist beizupflichten. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass die Verrichtung körperlich schwerer Tätigkeiten schon bei der früheren Anspruchsbeurteilung als unzumutbar betrachtet wurde, dies aber nicht wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, sondern wegen der grazilen Konstitution der Beschwerdeführerin (vgl. E. II. 3.3 hiervor).

6. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin keine relevante Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes seit der rechtskräftigen Verfügung vom 11. November 2009 glaubhaft dargetan. Die Beschwerdegegnerin hat sich angesichts der eingereichten Unterlagen genügend mit dem Verlauf der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin, den von ihr geltend gemachten Beschwerden und einer allfälligen relevanten Veränderung ihres Gesundheitszustands auseinandergesetzt. Nach der Rechtsprechung muss die versicherte Person die massgebliche Tatsachenänderung mit der Neuanmeldung glaubhaft machen, ansonsten auf das Gesuch nicht einzutreten ist. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_65/2018 vom 14. Februar 2018 E. 4.1). Für die Beschwerdegegnerin bestand daher auch kein Anlass, eine «andere oder umfassendere Abwägung» bezüglich der von der Beschwerdeführerin vermuteten Rolle einer allenfalls bestehenden Schmerzverarbeitungsstörung oder anderer psychischer Leiden vorzunehmen und diesbezüglich weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die rechtskräftige Verfügung vom 11. November 2009 schon längere Zeit zurückliegt. Ebenso wenig war die Beschwerdegegnerin verpflichtet, berufliche Massnahmen einzuleiten, gelten doch praxisgemäss dieselben Grundsätze in analoger Weise auch für Eingliederungsleistungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_291/2017, 9C_482/2018 vom 20. September 2018 E. 7.2 mit Hinweisen). Zusammenfassend ist der vorliegend angefochtene Nichteintretensentscheid der Beschwerdegegnerin vom 20. August 2018 nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 7

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 21. Dezember 2018; A.S. 32 f.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Locher hat am 1. Januar 2019 seine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 1'803.80 (9 Std. x CHF 180.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 54.85) geltend macht (A.S. 34 ff.).

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gelten praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Demnach können die unter den Daten vom 20. September 2018 («Brief an Mandantin», 10 Minuten), 27. September 2018 («Brief an Mandantin», 5 Minuten) und 16. Oktober 2018 («Brief an Mandantin», 5 Minuten) angegebenen Positionen nicht berücksichtigt werden, da hier von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist, was Kanzleiarbeit darstellt. Von nicht zusätzlich abzugeltem Kanzleiaufwand ist auch bei der Position vom 16. Oktober 2018 («Komplettieren und Kopieren Beilagen URP-Gesuch», 45 Minuten) auszugehen. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 7 Stunden und 55 Minuten bzw. 7.92 Stunden. Somit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'594.45 (Honorar von CHF 1'425.60 zuzüglich Auslagen von CHF 54.85 und MwSt. von CHF 114.00 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.
3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Thomas Locher, [...], wird auf CHF 1'594.45 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).
4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des

Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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