

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00444 vom 4. August 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00444](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00444)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00444 du 4 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00444 del 4 agosto 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. Oktober 2012 ( Urk. 11/77), mit welcher ein Rentenanspruch von X.\_\_\_\_, geboren 1975, verneint wurde, bestätigt ( Urk. 11/95 Dispositiv Ziff. 1).

Nach am 6. Januar 2014 erfolgter Neuanmeldung der Versicherten zum Leistungsbezug ( Urk. 11/89) wurde mit Urteil vom 13. April 2016 im Verfahren IV.2015.00297 die leistungsanspruchsverneinende Verfügung der IV-Stelle vom 3. Februar 2015 ( Urk. 11/109) bestätigt (vgl. Urk. 11/136 Dispositiv Ziff. 1). Dieses Urteil erwuchs in Rechtskraft.

### **E. 1.1**

): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Adipositas per magna - Schulterschmerzen rechts - lumbovertebrales Syndrom - muzinöser

Borderline -Tumor

Die Fachpersonen führten aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 30. Juli 2015 bei ihnen in Behandlung, und die letzte Kontrolle habe am 3. Mai 2017 stattgefunden ( Ziff.

### **E. 1.2**

). Es finde ein bis zweimal pro Monat eine Einzeltherapie und etwa alle zwei bis drei Monate eine psychiatrisch-medikamentöse Therapie statt ( Ziff. 1.5). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin bestehe seit August 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Gegenwärtig sei

die Beschwerdeführerin

aufgrund der momentanen Ausprägung einer (bei den Diagnosen nicht aufgeführten) posttraumatischen Belastungsstörung für sämtliche Tätigkeiten in der freien Marktwirtschaft zu 100 % arbeitsunfähig ( Ziff. 1.6-7). 4.5

Die Fachpersonen des Z.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 18. Dezember 2017 ( Urk. 11/182/4-7)

die gleichen Diagnosen wie in ihrem Bericht vom 16. Mai 2017 (S. 1, vgl. vorstehend E. 4.4).

Die Fachpersonen führten aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert (S. 1 Ziff. 1.1). Es lägen aktuell keine veränderten Befunde vor (S. 2 Ziff. 1.3). Seit dem Unfall vom 7. August 2009 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (S. 2 Ziff. 1.3, S. 2 Ziff. 2.1). Auch in einer angepassten Tätigkeit sei

die Beschwerdeführerin wegen der rezidivierenden depressiven Störung und der posttraumatischen Belastungsstörung zu 100 % arbeitsunfähig. Sie habe grosse Mühe sich zu konzentrieren und könne auch einfache Handlungen zum Beispiel im Haushalt ohne fremde Hilfe nicht mehr erledigen. Neu zeigten sich seit wenigen Monaten Orientierungsschwierigkeiten beim Verlassen der Wohnung, und sie finde auch in der Wohnung gewohnte Gegenstände nicht mehr ohne fremde Hilfe. Es werde ein rasch zunehmender kognitiver Abbau beobachtet (S. 2 Ziff. 2.1). Sie sei wegen der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), und der Panikstörung zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 2.2). Die Patientin habe von intermittierenden Sinnestäuschungen in Form von visuellen Halluzinationen und von einem Beeinträchtigungswahn berichtet (S. 2 Ziff. 1.3). 4.6

Am 9. Februar 2018 erstattete Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, ihren psychiatrischen Untersuchungsbericht (Urk. 11/186). Dr. F.\_\_\_\_ konnte nach gleichentags erfolgter Untersuchung der Beschwerdeführerin keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine geringgradig ausgeprägte Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine anamnestisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4; S. 10 Ziff. 10).

Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, aufgrund der Aggravation und Selbstlimitierung könnten keine klaren Einschränkungen gemäss Mini-ICF-APP angegeben werden. Zu vermuten sei, dass keine Einschränkungen im psychiatrischen Bereich bestünden (S. 11 oben). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit, sicher seit dem Untersuchungszeitpunkt. Frühere Arbeitsunfähigkeits-Zeiten könnten aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht klar bejaht werden, da der Verdacht auf Aggravation und Selbstlimitierung schon in der Vergangenheit anzunehmen sei (S. 11 Ziff. 11).

Zusammenfassend könne gesagt werden, dass verschiedene, zum Teil gravierende psychosoziale und soziokulturelle Belastungen bestünden, welche die »Krankheiten« und das manipulative Verhalten mit nachfolgendem sekundären Krankheitsgewinn (persönlich und finanziell) verständlich machten. Die Versicherte und ihr Ehemann hätten aufgrund dieser Umstände auch schon profitieren können, zum Beispiel habe das Auto trotz der Lohnpfändungen aufgrund der genannten Ängste nicht verkauft werden müssen (S. 10 Mitte).

Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, während der gesamten Untersuchungszeit habe sich keine depressive Symptomatik gezeigt. Das gelegentliche Weinen sei gezielt eingesetzt worden und habe bei Themenwechsel sofort eingestellt werden können. Eine depressive Symptomatik müsse aktuell verneint werden (S. 8 Ziff. 9). Trotz adäquater Medikamenteneinnahme zeigten sich massive Inkonsistenzen und starke Hinweise auf Aggravation (S. 9 oben). Der Suizidversuch durch die Einnahme von zwei Tabletten Prazine müsse als manipulativ beurteilt werden, indem die Beschwerdeführerin dadurch habe erreichen können, dass der Ehemann ein Verbot gegenüber den Schwiegereltern ausgesprochen habe (S. 9 Mitte). 4.7

Am 9. Februar 2018 erstattete med. pract. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädisches Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, ihren orthopädischen Untersuchungsbericht (Urk. 11/187). Med. pract. G.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 8): - schmerzhaft e Bewegungs- und

Belastungseinschränkung der LWS ohne radikuläre Symptome mit Druckschmerz über dem rechten Iliosakralgelenk ( ISG ) - Bewegungseinschränkung der rechten Schulter bei anamnestisch bekannter retraktiler

Kapsulitis - fragliche Sensibilitätsstörung des rechten Armes und des rechten Beines (kein Dermatombefund)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Med. Pract. G.\_\_\_\_

Senkfüsse sowie anamnestisch einen beidseitigen Fersensporn (S. 10 Ziff. 8). Med. Pract. G.\_\_\_\_ führte aus, bei der Beschwerdeführerin sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und körperlichen Untersuchung vom 9. Februar 2018 ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. In ihrer früheren Tätigkeit als Packerin bestehe weiterhin eine 0%ige Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten, körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Arbeiten sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit jeher gegeben. Der Gesundheitszustand habe sich gegenüber Oktober 2012 nicht wesentlich verändert (S. 11 f. Ziff. 10).

Med. Pract. G.\_\_\_\_ führte aus, die bereits im Oktober 2012 bekannten Beschwerden hätten auch im Rahmen der heutigen Untersuchung erhoben werden können. Die Beschwerdeführerin klagt weiterhin über Schmerzen der LWS und der rechten Schulter. Über Schmerzen im Bereich der HWS und der Brustwirbelsäule ( BWS ) klagt sie nicht mehr. Die geklagten Funktionseinschränkungen hätten nicht objektiviert werden können. So hätten sich keine Hinweise auf eine anhaltende Schonung des rechten Armes gefunden, indem sich der Armumfang seitengleich gezeigt habe und sich keine Atrophien gefunden hätten. Es hätten sich kaum Gebrauchsspuren an den Händen gezeigt, so dass die Angabe der Beschwerdeführerin, sie führe keine Hausarbeiten aus, authentisch wirke (S. 10 Ziff. 9). Weniger authentisch erscheine die Angabe, dass sie eine fast ausschliesslich liegende Lebensweise führe. Die normale Beschwielung der Füsse mit Zeichen alter Hornhaut-Aufbrüche lasse auf ein höheres Mass an Aktivität schliessen. Einzig der Schmerz über dem rechten ISG sei auch bei Ablenkung reproduzierbar gewesen und somit als authentisch zu bewerten (S. 11 oben).

Med. Pract. G.\_\_\_\_ hielt fest, die Untersuchung sei von zahlreichen Inkonsistenzen geprägt gewesen. Die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen seien bei Ablenkung nicht im demonstrierten Ausmass reproduzierbar gewesen. Die Schmerzen und Sensibilitätsstörungen hätten keinen anatomischen Strukturen zugeordnet werden können. Alle Waddell-Zeichen seien ausgeprägt zu beobachten (S. 11 Mitte). 4. 8

Die Fachpersonen des Z.\_\_\_\_ führten in ihrer Stellungnahme zum RAD-Gutachten am 16. April 2018 (Urk. 11/202) aus, die Abhandlung von Dr. F.\_\_\_\_ beschränke sich fälschlicherweise vor allem auf die Panikstörung. Es stelle sich die Frage, wie die Patientin, wenn sie sich nicht auf die Strasse getraue, denn arbeiten solle, da die Reisefähigkeit nicht gegeben sei (S. 2 Ziff. 2-3). Auch sei nicht klar, weshalb die bereits in der Y.\_\_\_\_

im Jahr 2015 vorgebrachten Halluzinationen nicht authentisch sein sollten (S. 2 Ziff. 4). Die Fachpersonen führten aus, sie hätten in den bisher 50 Sitzungen keine Aggravation festgestellt. Die Patientin leide seit 2009 zunehmend unter Depressionen begleitet von Angst und Panik. Sie sei nicht in der Lage, das Haus alleine zu verlassen. Sowohl das

RAD-Gutachten als auch die Verfügung bagatellisierten alles , und die Argumentation sei fehlgeleitet. Es sei eine Verschlechterung des Zustandes der Patientin eingetreten (S. 2 Ziff. 5). 4.9

Dr. D.\_\_\_\_

und med. pra ct .

H.\_\_\_\_ , Assistenzärztin, Y.\_\_\_\_ , stellten in ih rem Bericht vom 1 6. Mai 2018 ( Urk. 8) folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1 f.): - rezidiv ierende depressive Störu n g , gegenwärtig schwere Episode mit psy chotischen Symptomen, Differenzialdiagnose dissoziative Symptomatik , ICD-10 F33.3 - Agoraphobie: Mit Panikstörung, ICD-10 F40.1 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.40 - rezidivierende Zustände mit Bewusstseinsminderung und generalisiertem Tonusverlust der Muskulatur

Als somatische Diagnosen nannte die Ärzte (hier

in gekürzt wiedergegebener Fas sung ) einen Status nach Ovarrektomie beidseits , eine benigne essentielle Hyperto nie , sonstige näher bezeichnete Bandscheibenschäden, eine Adipositas, eine bö s artige Neubildung des Ovars, eine gutartige Neubildung des Ovars, Läsion en der Rotatorenmanschette , eine nicht näher bezeichnete Schlafapnoe, Schulterschmer zen rechts nach einem Autounfall im August 2009 , eine Periarthropathia humeroscapularis rechts, aktuell Frozen

Shoulder ( B.\_\_\_\_ , Januar 2011) sowie ein lumbovertebrales Syndrom mit verschiedenen degenerativen Veränderungen

(S. 1 f.) .

Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin sei vom 2 8. Februar bis 2. Mai 2018 in der Klinik stationär behandelt worden (S. 1 Mitte). Es sei ein freiwilliger Eintritt auf Zuweisung des I.\_\_\_\_ bei aku ter Suizidalität vor dem Hintergrund einer bekannten rezidivierenden depressiven Störung erfolgt (S. 2 oben). Laut Angaben der Beschwerdeführerin denke sie viel an den Tod und habe bereits einen Plan gemacht, sich mit Medikamenten zu suizidieren und einen Abschiedsbrief schreiben wollen. Sie habe angegeben, im Haushalt seit längere Zeit nicht mehr helfen zu können, da sie Angst habe , einen Unfall zu verursachen. So sei es zweimal zum Brand beim Kochen gekommen, weshalb sie sich nun fürchte, diverse elektrische Geräte zu benutzen. Aus ihrem sozialen Kreis habe sie sich ebenfalls zurückgezogen und gehe nur selten und in Begleitung aus dem Haus, da sie Angst vor Menschenmengen habe

(S. 2 Mitte). Zu psychischen Befund bei Eintritt führten die Ärzte aus, es zeige sich eine al tersentsprechend gekleidete, gepflegte Patientin. Sie sei wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert und psychomotorisch leicht verlangsamt. Im interpersonellen Kontakt sei die Beschwerdeführerin freundlich zugewandt, und es bestehe ein adäquater Blickkontakt. Die Ärzte verneinten weiter offensichtliche Störungen von Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sowie der mnes tischen Funktionen . Im formalen Gedankengang sei sie geordnet und kohärent. Es bestehe kein Anhalt für Ich-Störungen. Die Patientin äussere akustische Hal luzinationen (Stimme des Bruders) und Akoasmen (Rauschen und Rasseln). Im Affekt sei sie deprimiert, weinerlich, reduziert schwingungsfähig und der Antrieb sei deutlich reduziert. Die Impulskontrolle erscheine nicht reduziert. Es bestehe eine gute Krankheitseinsicht und Therapiemotivation (S. 3 Mitte).

Zum Verlauf führten die Ärzte aus, bei Eintritt habe ein schwer depressives Zu standsbild imponiert. Die Patientin habe rezidivierend Akoasmen , akustische und taktile Sinnestäuschungen geschildert und in Belastungssituationen kurze Anfälle mit qualitativer Bewusstseinsminderung und Tonusver lust der Willkürmuskulatur gebot en, die selbstlimitierend gewesen seien und am ehesten als dissoziativ ge wertet würden (S. 4 oben) . Es sei mittels einer Verhaltensanalyse die agorapho bische Angstsymptomatik bearbeitet worden. Zudem seien die agoraphobischen Ängste im Menschenmengen und bei der Arbeit mit elektrischen Geräten im Rah men eines Expositionstrainings adressiert worden. Der Patientin sei es zunehmen gelungen, sich selbständig für kurze Spaziergänge zu mobilisieren und sie habe es geschafft, ausgeschaltete Küchengeräte in die Hand zu nehm en (S. 4 Mitte). Im Rahmen von Familiengesprächen seien die psychosoziale Situation der Patientin erläutert und die Fortführung des gestuften Expositionstrainings im ambulanten Rahmen besprochen worden. Die chronifizierte depressive Symptomatik sei im Verlauf jedoch therapieresistent gewesen (S. 4 unten). 4.10

Med. pract . G.\_\_\_\_ , RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 1 9. September 2018 ( Urk. 18) aus, dem Bericht der Y.\_\_\_\_ vom 2 8. März 2018 ( vgl. Urk. 11/197 ) liessen sich aus somatischer Sicht keine neuen Aspekte entnehmen. Der Bericht des Z.\_\_\_\_

vom 1 6. April

2018 befasse

sich ausschliesslich mit psychi schen Befun den, weshalb an der Stellungnahme vom 2 4. Februar

20 18 fest ge halten

werde (S. 2 Mitte) . 4.11

Dr. F.\_\_\_\_ , RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 2 1. September 2018 ( Urk. 18) aus, mangels psychopathologische r Befunde und Beschwerdeschilderung sei der Bericht der Y.\_\_\_\_ vom 2 8. März 2018 (vgl.

Urk. 11/197 ) nicht verwertbar (S. 2 unten) . Was den Bericht der Y.\_\_\_\_ vom 1 6. Mai 2018 (vgl. vorstehend E. 4.9 ) an belange, seien bei der Beschwerdeschilderung und im psychopathologischen Be fund praktisch die gleichen Beschwerden, Einschränkungen und Symptome be geschrieben w orden , wie im Bericht

der Y.\_\_\_\_

vom 2. März 2017 (vgl. Urk. 11/150 ). Neu seien lediglich « akustische » Halluzinationen, « Akoasmen » und die Differen tialdiagnose einer dissozialen Symptomatik (ohne ICD-10-Code) angegeben wor den .

Bereits im Bericht des Z.\_\_\_\_

vom Juni 2017 sei ausgeführt worden, dass die Ver sicherte über intermittierende Sinnestäuschungen in Form von vi suellen - nicht aber akustische n - Halluzinationen berichtet habe , ohne dass diese näher be geschrieben worden seien.

Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, d ie Diagnose einer r ezidivierende n depressive n Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Sympto men ( ICD-10 F33.3) , k önne aufgrund der genannten « akustischen » Halluzinatio nen und « Akoasmen » nicht klar nachvollzogen werden (S. 3 Mitte) . Im Allgemei nen w erde die Diagnose einer schweren

Depression mit psychotischen Symptomen dann gestellt, wenn eine begleitende Wahnsymptomatik vorliege. Die Aussage der Beschwerdeführerin, dass sie die Stimme des Bruders und Geräusche höre, ohne genauere Angaben und ohne eine Wahnsymptomatik könne nicht als psychotische Symptomatik beurteilt und kurze Anfälle mit qualitativer Bewusstseinsminderung und Tonusverlust könnten nicht diskussionslos als dissoziative Symptomatik interpretiert werden (S. 3 Mitte). Hierbei dürfte es einer genaueren Analyse, wie auch der Frage nach Aggravation und Manipulation. Weder auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) noch auf die Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) sei näher eingegangen worden (S. 3 unten).

Zum Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 16. April

2018 führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, es seien lediglich Argumente aus früheren Arztberichten aufgelistet und keine neuen medizinischen Tatsachen/Fakten aufgezeigt worden (S. 4 oben). 5.5.1

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. April 2016 (Urk. 11/136) wurde festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der mit Urteil vom 3. Juni 2014 (Urk. 11/95) bestätigten Verfügung vom 18. Oktober 2012 (Urk. 11/77) weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht in invaliden versicherungsrechtlich relevanter Weise verändert respektive verschlechtert hat. Nach wie vor wurde eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 100% für zumutbar erachtet (vgl. vorstehend E. 3.2-4). 5.2

Gestützt auf die Untersuchungsberichte

von Dr. F.\_\_\_\_ und med. pract. G.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 4.6-7) verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit letztmaliger eingehender Prüfung ihres Leistungsanspruches im Zusammenhang mit der Verfügung vom 3. Februar 2015 (Urk. 11/109) und ging von einer nach wie vor bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit aus (vgl. vorstehend E. 2.1). 5.3

Sowohl der Untersuchungsbericht von med. pract. G.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 4.7) als auch jener von Dr. F.\_\_\_\_ gleichen Datums (vgl. vorstehend E. 4.6), ergänzt durch deren Stellungnahme vom 19. und 21. September 2018 (vgl. vorstehend E. 4.10-11), erfüllen vorliegend die formalen Beweiswert-Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. vorstehend E. 1.8) ohne weiteres, sind

sie doch für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten der Beschwerdeführerin und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchten die Untersuchungsberichte auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthalten nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen. Dies betrifft auch die Feststellungen betreffend die psychosoziale Belastungssituation sowie hinsichtlich des aggravatorischen Verhaltens der Beschwerdeführerin, welches sowohl anlässlich der orthopädischen als auch der psychiatrischen Untersuchung festgestellt wurde. 5.4

In somatischer Hinsicht ging med. pract. G.\_\_\_\_

in ihrem Gutachten vom 9. Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 4.7) von einem seit Oktober 2012 nicht wesentlich veränderten Gesundheitszustand aus und stellte in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fest.

Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit geht einher mit der übrigen Aktenlage. Die neugeltend gemachten Sensibilitätsstörungen betreffend die rechten Extremitäten konnte bereits Dr. C.\_\_\_\_ anlässlich seiner neurologischen Untersuchung im Mai 2017 (vgl. vorstehend E. 4.2), nachdem die Beschwerdeführerin geltend machte, sie könne wegen der Sturzgefahr nicht mehr alleine nach draussen gehen,

keinem objektivierbaren Korrelat zuordnen. Demnach erweist sich auch die während des stationären Aufenthaltes an der Y.\_\_\_\_

vom 25. Januar bis 12. April 2017 gezeigte eingeschränkte Gehfähigkeit, wonach sich die Beschwerdeführerin fast ausschliesslich mit einer Gehhilfe fortbewegte, aus somatischer Sicht als

nicht nachvollziehbar (vgl. vorstehend E. 4.3). Allfällige Stürze wurden dann von der Beschwerdeführerin im Rahmen der RAD-Untersuchung im Februar 2018 auch nicht mehr erwähnt, und sie konnte sich ohne Gehhilfen fortbewegen.

Weiter wies med. pract. G.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Untersuchung der Beschwerdeführerin von zahlreichen Inkonsistenzen geprägt gewesen sei und die angegebenen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen bei Ablenkung nicht im demonstrierten Ausmass reproduzierbar gewesen seien. 5.5

Nach neuer Praxis des Bundesgerichts führt die Diagnose einer psychischen Erkrankung nur dann zur Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades, wenn einerseits die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.3) schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind, und andererseits keine Ausschlussgründe namentlich keine Aggravation vorliegen.

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). 5.6

In psychiatrischer Hinsicht konnte Dr. F.\_\_\_\_ nach Untersuchung der Beschwerdeführerin am 9. Februar 2018 bei starken Hinweisen auf Aggravation und Selbstlimitierung sowie dem Vorliegen von psychosozialen Belastungsfaktoren keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennen.

Dr. F.\_\_\_\_

konnte einen gut herstellbaren affektiven Rapport fest stellen , eine uneinge schränkte Schwingungsfähigkeit und eine grosse emotionale Spannbreite. Auch der Antrieb und die Psychomotorik sowie Konzentration und Aufmerksamkeit wurde n als unauffällig beschrieben ( Urk. 11/186 S. 6 Ziff. 8, S. 7 Mitte). Dass unter diesen Gesichtspunkten das Vorliegen eines depressiven Geschehens ver neint wurde, erweist sich als korrekt. Gegen eine eigentliche Depressivität spricht weiter der Umstand, dass die Beschwerdeführerin, wie Dr. F.\_\_\_\_ festhielt, je nach Thema gezielt geweint und bei einem The menwechsel dies sofort wieder einge stellt habe (vgl. Urk. 11/186 S. 7 Mitte).

Auch die konkreten Ausführungen der Beschwerdeführerin auf Befragung durch med. pract . G.\_\_\_\_ , weshalb sie denn im Haushalt nichts mehr machen könne, ergab, dass dieser Umstand nicht etwa in einer durch eine depressive Erkrankung bedingte n Antriebslosigkeit gründete, sondern im Umstand, dass sich die Be schwerdeführerin infolge eines durch sie verursachten Brandes nun vor den elektrischen Geräten fürchtete, weshalb sie sich nicht mehr getraue , diese zu be dienen . In der Folge wurde dann anlässlich des Aufenthaltes in der Y.\_\_\_\_

eine Expositionstherapie mit elektrischen Küchengeräten durchgeführt (vgl. Urk. 11/187 S. 2 oben, vorstehend E. 4.9) .

Dr. F.\_\_\_\_ begründete in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise, weshalb der Diagnostik der behandelnden Fachpersonen der Y.\_\_\_\_

(vgl. vorstehend E. 4.2 und E. 4.9) und des Z.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.4-5 und E. 4.8) nicht gefolgt werden könne.

Hinsichtlich der vo n Seiten der behandelnden Fachpersonen der Y.\_\_\_\_ und des Z.\_\_\_\_ diagnostizierten Panikstörung (ICD-10 F 41.0) befand Dr. F.\_\_\_\_ die se als geringgradig ausgeprägt und in dem Sinne als ohne Auswirkung auf die Ar beitsfähigkeit.

Im Rahmen der Befragung zu ihren Ängsten durch Dr. F.\_\_\_\_

führte die Beschwerdeführerin denn auch aus, sie habe Ängste vor Katzen und Hunden sowie vor der Angst (vgl. Urk. 11/186 S. 7 unten). Selbst wenn die Panikstörung das Antreffen von Spinnen beträfe (vgl. Urk. 11/186 S. 3 oben ) , würde dies keine aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht bedeutende Auswirkung auf die Ar beitsfähigkeit begründen.

A us den Ausführungen der Beschwerdeführerin zu ihrem «Spinnensehen» geht klar hervor, dass sie sich entgegen ihren sonstigen A ngaben auch alleine nach draussen begibt, auch wenn sie dies im Nachhinein dadurch relativierte, dass sie in einem solchen Fall die gesamte Zeit mit ihrem Ehemann via Handy i n Kontakt stehe (vgl. Urk. 11/186 S. 3 oben) . Zudem wurde die Angst, nicht alleine nach draussen gehen zu können, je nach Untersuchungs kontext anders begründet. So wurde anlässlich der Untersuchung vom 2. Mai 2017 beim Neurologen Dr. C.\_\_\_\_ ausgeführt, die Beschwerdeführerin könne wegen der Angst zu stürzen nicht alleine nach drauss en gehen (vgl. vorstehend E. 4.2) , und im Bericht der Fachpersonen des Z.\_\_\_\_ vom 1 8. Dezember 2017 wur den weiter Orientierungsstörungen im Rahmen eines beobachteten kognitiven Abbaus angegeben (vgl. vorstehend E. 4.5). Entsprechend sind auch die Ausfüh rungen der Beschwerdeführerin, dass sie nicht alleine nach draussen gehen könne, aufgrund der Inkonsistenzen mit Z urückhaltung zu würdigen .

Gleiches gilt hinsichtlich des

von ihr geltend gemachten Stimmenhörens, wonach unter anderem ihr verstorbener Bruder und eventuell der Teufel zu ihr gesprochen hätten (Urk. 11/186 S. 3 Mitte).

Bereits in ihrem Untersuchungsbericht vom 9. Februar 2018 (vgl. Urk. 11/186 S. 7 oben) und erneut in ihrer Stellungnahme vom 2

### **E. 1.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.4**

). 4.4

Die Fachpersonen des

Z. \_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 16. Mai 2017 (Urk. 11/163/6-9)

in der Hauptsache folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff.

### **E. 1.5**

Wurde eine Rente, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Anders falls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1.6

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder

aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.7**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Da bei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

### **E. 1.8**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

### **E. 2**

9. August 2018 wurde eine Kopie der Berichte der Y.\_\_\_\_ vom 28. März 2018 (Urk. 11/197) und vom 16. Mai 2018 (Urk. 8) sowie des Z.\_\_\_\_

vom 16. April 2018 (Urk. 11/202) der Beschwerdegegnerin zugestellt, um diese dem RAD zur eingehenden Stellungnahme zu unterbreiten (Urk. 16). Am 28. September 2018 (Urk. 17) reichte die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme des RAD vom 19. respektive

2 1. September 2018 ( Urk. 18) ein , welche der Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 3. Oktober 2018 zur Kenntnis gebracht wurde. Weiter wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 1 ) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt ( Urk. 19 ). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung ( Urk. 2) damit, dass mit Verfügung vom 3. Februar 2015 das Gesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen worden sei, da keine langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung ausgemittelt worden sei. Dies sei mit Urteil des hiesigen Gerichts

vom 13. April 2016 bestätigt worden. Aufgrund des Gesuchs der Beschwerdeführerin vom 8. November 2016 sei der Rentenanspruch überprüft worden. Den neu eingereichten Berichten sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu entnehmen . Dies sei auch durch die psychiatrische und orthopädische Untersuchung durch den RAD bestätigt worden, wonach keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden und sie aus orthopädischer Sicht für eine leichte Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde ( Urk. 1) geltend, trotz zahlreicher eingereichter Berichte, welche eine volle Arbeitsunfähigkeit be stätigten, habe die RAD-Untersuchung ergeben , dass sie vollumfänglich arbeits fähig sei (S. 2 unten). Der Entscheid der Beschwerdegegnerin sei willkürlich (S. 3 oben) . Sie leide vor allem an psychischen Krankheiten, Wirbelschmerzen, Kopfschmerzen , und ihre Bewegung sei eingeschränkt. Aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im März 2018 habe sie stationär in die

Y.\_\_\_\_ gehen müssen. Auch die somatischen Diagnosen seien durch den RAD nur unzureichend berücksichtigt worden (S. 3 Mitte ) . Nach mehrmonatiger Behandlung und Beobachtung hätten Fachärzte festgestellt, dass sie unter anderem an einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide. Dabei habe sie auch Selbstmordversuche unternommen. Sie sei schwerkrank und nicht arbeitsfähig (S. 4 oben). Die Beschwerdegegnerin habe die Berichte der behandelnden Ärzte nicht berücksichtigt (S. 4 Mitte).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob sich seit Erlass der Verfügung vom 3. Februar 2015 eine anspruchrelevante Veränderung ergeben hat (vgl. vorstehend 1. 5 -7 ). 3.

#### **3.1**

Ob eine anspruchrelevante Änderung eingetreten ist, beurteilt sich im Vergleich des Sachverhaltes wie er sich im Zeitpunkt der mit Urteil vom 13. April 2016 ( Urk. 11/136 ) bestätigten leistungsverneinenden Verfügung vom 3. Februar 2015 (Urk. 11 /1

### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

### **E. 8**

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungs- zuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

## **E. 09**

) präsentierte, mit jenem, welcher der nun angefochtenen Verfügung vom 11. April 2018 (Urk. 2) zugrunde liegt. 3.2

Im Urteil vom 13. April 2016 wurde davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer in eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar sei. Mangels seit dem Urteil vom 3. Juni 2014 eingetretener Veränderung blieb es bei dem dort festgehaltenen einen Rentenanspruch ausschliessenden Invaliditätsgrad von 17 % (vgl. Urk. 11/136 E. 5.4 und Urk. 11/95 E. 4.8). 3.3

In somatischer Hinsicht wurde im Urteil vom 13. April 2016 (Urk. 11/136) eine seit dem mit Urteil vom 3. Juni 2014 bestätigten Verfügung vom 18. Oktober 2012 (Urk. 11/77) eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin verneint. Im Urteil vom 3. Juni 2014 wurde zur Beurteilung der somatischen Beschwerden auf die Ausführungen der Ärzte der A.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2010 (vgl. Urk. 11/20), welche eine Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion, eine Schulterkontusion rechts sowie ein panvertebrales Schmerzsyndrom und ein Schulterschmerzsyndrom rechts bei retraktiler Kapsulitis und lumbale degenerative Läsionen sowie eine Adipositas diagnostizierten, und gestützt auf die Einschätzung der Ärzte B.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2011 (Urk. 11/52/7-10), wo ein generalisiertes Schmerzsyndrom, ein chronisches zervikales- und thorakospondylogenes sowie lumbospondylogenes Syndrom nebst einer Adipositas diagnostiziert wurde, davon

ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht ab Februar 2010 für eine angepasste berufliche Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 11/95 E. 3.4, E. 3.10, E. 4.2 und E. 4.4).

Aus somatischer Sicht lagen zum Zeitpunkt des Urteils vom 13. April 2016 lediglich neue gynäkologische Diagnosen vor, wobei diesbezüglich, nach im März 2014 durchgeführter Ovariectomie, von fachärztlicher Seite her keine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. Urk. 11/136 E. 4.2 und E. 5.1).

Auch aus psychiatrischer Sicht wurde im Urteil vom 13. April 2016 eine seit der Verfügung vom 18. Oktober 2012 (Urk.

## **E. 11**

/77) eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneint. Namentlich wurde ein Krankheitswert der von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) aufgrund der dominierenden psychosozialen Belastungssituation und der mangelnden Abgrenzung zum eigentlichen Krankheitsgeschehen in den Berichten sowie vor dem Hintergrund der damals geltenden Rechtsprechung des Bundesgerichts verneint (vgl. Urk. 11/136 E. 5.2-4).

Im Rahmen der Neuanmeldung vom 7. November 2016 (Urk. 11/137) gingen die folgenden wesentlichen medizinischen Berichte ein: 4.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 3. Mai 2017 (Urk. 11/163/19-21) folgende Diagnosen (S. 1) : - posttraumatisches

cervicocephales und lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit wahrscheinlich zervikal bedingtem Begleitschwindel bei Status nach Autounfall im Jahr 2009 mit Commotio cerebri und Überdehnungstrauma der HWS sowie Prellungen der linken Schulter und der Lendenwirbelsäule (LWS) - Meralgia

paraesthetica links

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, laut der Beschwerdeführerin gehe es ihr seit der letzten Untersuchung vom 28. November 2016 kaum besser. Gemäss dem Ehemann könne sie

wegen der Angst zu stürzen draussen kaum selbständig herumgehen, und er müsse sie deshalb immer begleiten (S. 1 Mitte).

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, im Vergleich zur Voruntersuchung vom November 2016 habe sich grundsätzlich keine Veränderung ergeben. Der cervicocephale Befund sei unverändert, mit schmerzbedingter Bewegungseinschränkung der HWS sowie palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Die von der Patientin angegebene Schwäche in den rechten Extremitäten lasse sich nicht objektivieren und die durchgeführte neuroangiologische Untersuchung habe einen unauffälligen Befund ergeben (S. 2 unten).

4.3

Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. E.\_\_\_\_, Psychologin, Y.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 12. Mai 2017 (Urk. 11/160) folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (eigenanamnestisch spätestens seit 2011), ICD-10 F33.3 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (eigenanamnestisch seit Auto unfall

2009), ICD-10 F45.40

Die Fachpersonen nannten als somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit August 2009 bestehende sonstige Rückenschmerzen im Lumbalbereich, Läsionen der Rotatorenmanschette, Schulerschmerzen rechts sowie eine Periarthropathia

humeroscapularis rechts, aktuell Frozen

Shoulder (B. \_\_\_; Ja nur 2011) und ein lumbovertebrales Syndrom mit degenerativen Veränderungen. Als somatische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine benigne essentielle Hypertonie, eine Adipositas, eine bösartige Neubildung des Ovars, eine gutartige Neubildung des Ovars sowie einen Zustand nach Ovariectomie beidseits in den Jahren 2011 und 2014 (Ziff. 1.1).

Die Beschwerdeführerin sei vom 25. Januar bis 12. April 2017 stationär in der Klinik gewesen (Ziff. 1.2). In der zuletzt ausgeübten Aushilfstätigkeit als Abpackerin bestehe seit dem Jahr 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es bestünden chronische Schmerzen im Rücken, der Schulter und in den Beinen sowie ausgeprägte Ängste, welche sich durch vegetative Symptome (Herzrasen, Schwindel, Schweißausbruch), emotionale Symptome (panische Angst, Todesangst) und Symptome auf der Verhaltensweise (Vermeidungsverhalten), Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Gedankenkreisen und eine sehr geringe Stresstoleranz

äußerten. Die Fachpersonen führten aus, es sei der Patientin aktuell nicht möglich, einen Beruf auf dem ersten Arbeitsmarkt auszuführen. Aufgrund der Schmerzen sitze oder liege sie einen grossen Teil des Tages im Bett, und ihre Bewegungsfreiheit sei stark eingeschränkt. Sie laufe fast ausschliesslich mit Gehhilfe. Der Haushalt werde fast vollständig vom Ehemann und ihrem Sohn geführt. Die ausgeprägten Ängste führten dazu, dass die Patientin nur noch selten das Haus verlassen könne und dies dann ausschliesslich in Begleitung tue. Daher sei sie aktuell zu 100% arbeitsunfähig (Ziff. 1.6-7).

Die Fachpersonen führten aus, der Eintritt sei in Begleitung des Ehemannes aufgrund eines am Aufnahmetag vorausgegangenen Suizidversuches erfolgt. Der Ehemann habe die Patientin entdeckt, als sie zwei Tabletten

Prazine

à 50 mg eingenommen habe. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie sonst alle Tabletten der Packung eingenommen hätte und auch schon einen Abschiedsbrief geschrieben habe.

Zum psychischen Befund bei Eintritt führten die Fachpersonen aus, die gepflegte Patientin sei wach, bewusstseinsklar, örtlich unscharf, sonst orientiert, und psychomotorisch leicht verlangsamt gewesen. Es hätten keine offensichtlichen Störungen von Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sowie der mnestischen Funktionen bestanden. Im formalen Gedankengang sei sie geordnet und ausreichend kohärent gewesen. Es habe sich kein Anhalt für wahnhaft inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen

gezeigt. Sie sei affektiv deprimiert gewesen, weinend und reduziert schwingungsfähig. Bei Eintritt habe eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen bestanden. Die ausgeprägte Angstsymptomatik habe sich mit vegetativen Symptomen sowie

psychotischen Symptomen in Form von Körperhalluzinationen und akustischen Halluzinationen gezeigt. Die psychotischen Symptome seien nach Eindosierung von Risperdal vollständig verschwunden ( Ziff.

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