

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00793 vom 8. September 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00793

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00793 du 8 septembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00793 del 8 settembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 1. 2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.

E. 1.2

Am 30. April 2016 meldete sich die Versicherte, die seit dem 7. September 2015 eine neue Stelle als Gastronomie-Mitarbeiterin innehatte, wegen erneuter Arbeitsunfähigkeit seit dem 25. Januar 2016 wieder zum Leistungsbezug an (Urk. 7/37).

Zur gesundheitlichen Beeinträchtigung gab ihr Hausarzt, Dr. Y. ____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, an, dass zurzeit die Diagnose in der neurologischen Universitätsklinik Z. __ abgeklärt werde. Die IV-Stelle trat auf die Neuanmeldung ein, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen (Urk. 7/43-44; Urk. 7/47-48; Urk. 7/58-59; Urk. 7/62-63; Urk. 7/65) und stellte der Versicherten gestützt auf die Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes, RAD, (Urk. 7/66) mit Vorbescheid vom 13. Februar 2017 die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht, da kein Gesundheitsschaden mit langfristigen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 7/67). Dagegen liess die Versicherte unter Beilage verschiedener Arztberichte Einwände erheben (Urk. 7/72; Urk. 7/76; Urk. 7/79; Urk. 7/85-88). Am 5. April 2017 nahm die IV-Stelle das interdisziplinäre psychiatrisch-neurologische Gutachten (datiert 22. März 2017) zuhanden des Krankentaggeldversicherers SWICA zu den Akten (Urk. 7/75). In der Folge holte die IV-Stelle Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/82; Urk. 7/84) und nahm die

weiteren medizinischen Unterlagen des Krankentaggeldversicherers am 28. August 2017 zu den Akten (Urk. 7/90). Nachdem der Versicherte die Frist zur Stellungnahme mehrmals erstreckt wurde, nahm

sie

am 12. Januar 2018 und am 2. Februar 2018 unter Beilage weiterer Arztberichte Stellung (Urk. 7/99-102; Urk. 7/104-108). Weitere Arztberichte reichte sie am 7. Mai 2018 (Urk. 7/109-111) und am 20. Juli 2018 (Urk. 7/115-116) ein. Mit Verfügung vom 14. August 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 13. September 2018 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte die Ausrichtung einer ganzen Rente und eventuell die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur polydisziplinären Abklärung. Mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2018 (Urk. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 22. Oktober 2018 (Urk. 8) mitgeteilt wurde.

E. 3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 3.1

Am 28. Mai 2016 berichtete der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. Y.____, zuhanden des Krankentaggeldversicherers SWICA, dass die Beschwerdeführerin seit fünf Monaten über Schmerzen und Missempfindungen im linken Thoraxbereich klagt. Zur Abklärung dieser Beschwerden sei erstmals am 17. Februar 2016 ein MRI durchgeführt worden. Dort habe sich eine intramedulläre Raumforderung in Höhe des Wirbelkörpers BWK 4/5 gezeigt. Diese korreliere auch mit den angegebenen Beschwerden. Nachdem die Beschwerdeführerin neurochirurgisch untersucht und ein Verdacht auf einen intramedullären Tumor geäussert worden sei, sei sie an das Universitätsklinikum E.____, Neurochirurgie, überwiesen worden. Dort habe man nach erneutem MRI die gleiche Läsion festgestellt, allerdings habe man jetzt von einer Entzündung und nicht mehr von einem Tumor gesprochen. Es hätten sich Hinweise darauf verdichtet, dass die Beschwerdeführerin eine isolierte Myelitis erlitten habe. Da aber die Diagnose immer noch unklar sei, werde es zu weiteren MRI-Untersuchungen kommen. Aufgrund dieser diagnostischen Odyssee habe ihre Psyche sehr gelitten, weshalb sie zusätzlich unter depressiven Symptomen leide. Durch die intramedulläre Entzündung und die reaktive Depression sei es der Beschwerdeführerin zurzeit nicht möglich, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Es sei gut möglich, dass sich die ganze Situation mit einer eindeutigen Diagnose erheblich verbessern werde (Urk. 7/44/2-3).

E. 3.2

Am 15. September 2016 berichteten die E.____-Ärzte, dass sie die Beschwerdeführerin als durch die chronischen Schmerzen stark belastet erlebt hätten. Ätiologisch gehe man derzeit

von einer durchgemachten, lokalen Myelitis auf Höhe BWK 4/5 aus. Die Beschwerdeführerin beschreibe eine deutlich lokalisierte Druckdolenz im Bereich des ventralen Rippenbogens und gebe im Liegen annähernd Schmerzfreiheit an. Sie berichte von regelmässiger Schwellung und von einem Gefühl der Wärme; diese Symptomatik habe im Untersuchungszeitraum nicht vorgelegen. Es müsse deshalb aber im Verlauf allenfalls noch eine weitere Bildgebung zum Ausschluss einer Hernie oder einer anderen lokalen Pathologie

erfolgen. Man habe eine systematische Medikamentenaustestung vereinbart. Eine Psychotherapie habe bisher nicht stattgefunden, müsste aber in albanischer Sprache erfolgen (Urk. 7/58/5-13).

E. 3.3

Am 31. Oktober 2016 nannten die E.____ - ärzte (Klinik für Neurologie) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schmerzen der Thoraxwand unklarer Zuordnung sowie eine intramedulläre Läsion Höhe BWK 4/5. Zurzeit habe man der Beschwerdeführerin Tramadol und Gabapentin verordnet und eine schmerztherapeutische Behandlung angeregt. Die Arbeitsunfähigkeit müsse gutachterlich abgeklärt werden. Im Vordergrund stünden permanente gürtelförmige Schmerzen unterhalb des Rippenbogens links, die durch Bewegung und Belastung verstärkt würden. Ebenfalls habe die Beschwerdeführerin an der linken Ferse Schmerzen beim Berühren und Auftreten. Ausserdem bestehe eine depressive Reaktion. Diese Beschwerden würden sich durch eine verminderte Belastbarkeit bei der Arbeit auswirken. Der Verlauf der Schmerztherapie sollte abgewartet werden, wobei angepasste Tätigkeiten im Verlauf wieder möglich sein sollten (Urk. 7/63).

E. 3.4

Am 1. März 2017 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der SWICA von Dr. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, psychiatrisch-neurologisch begutachtet (bidisziplinäres psychiatrisch-neurologisches Gutachten vom 22. März 2017, Urk. 7/75).

Im psychiatrischen Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: (1) eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.41), dazu als Differentialdiagnose eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, sowie (2) ein Status nach aktenkundig dokumentierter Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: 43.22) bei Status nach Auffahrunfall mit Frontalkollision am 13. Juli 2013. Gegenwärtig bestehe keine psychiatrische Behandlung; Medikamente würden nicht eingenommen. Analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-APP bestünden allenfalls leichtgradige Störungen der Aktivität und Partizipation, insbesondere im Bereich der Durchhaltefähigkeit.

Im objektiven psychopathologischen Befund anlässlich der Untersuchung am 1. März 2017 hätten keine psychopathologischen Auffälligkeiten bestanden. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin nicht schmerzgequält gewirkt. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinsshelligkeit gezeigt. Auch habe man

weder Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen noch

auf Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden. Die Beschwerdeführerin sei während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einstellen können. Der formale Gedankengang sei kohärent, stringent und im Tempo ungestört gewesen. Es seien keine krankheitswertigen inhaltlichen Denkstörungen und keine strukturellen Ich-Störungen feststellbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe während der Exploration eine breite Variation an emotionalen Qualitäten gezeigt. Die Stimmungslage sei unauffällig und ausgeglichen gewesen. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich nicht eingeschränkt. Es hätten sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad gezeigt. In der Untersuchungs- und Beobachtungssituation seien erhebliche Inkonsistenzen und ein ausgesprochen selbstlimitierendes Verhalten aufgefallen. Die Beschwerdeführerin erlebe sich durch ein subjektives Schmerzsyndrom insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. Die diagnostischen Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht seien keine Hinweise vorhanden, die schwere Deprivation aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (zum Beispiel durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden. Ebenfalls bestünden Diskrepanzen zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation. Auch hätten sich Inkonsistenzen gezeigt zwischen den eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage. Insbesondere habe die Beschwerdeführerin trotz Nachfrage nach früheren psychischen Beschwerden und Behandlungen keine korrekten Angaben gemacht. Die schwere subjektive Beeinträchtigung stehe im Widerspruch zum weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung. Schliesslich sei das Ausmass der geschilderten Beschwerden diskrepanz zur bisherigen Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe. Es erfolge keine medikamentöse Behandlung trotz des Ausmasses der geklagten Beschwerden. Zusammenfassend ergebe sich in Bezug auf die vorliegenden Befunde ein unschlüssiges, inkonsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Selbsteinschätzungsskalen). In der Selbsteinschätzung erlebe sich die Beschwerdeführerin für alle Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt als zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der im Rahmen der aktuellen Exploration und Untersuchung erhobenen medizinischen Befunde könne dieser Selbstbeurteilung nicht gefolgt werden. Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Gastronomie wie auch in allen anderen in Frage kommenden Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig.

Dem neurologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass auch hier keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Nach einer ausführlichen Auseinandersetzung mit der Anamnese wurde berichtet, dass die Beschwerdeführerin in der neurologischen Untersuchung über diffuse Beschwerden im Sinne von Schmerzen im Bereich der linken oberen Extremität, Schmerzen über Hautarealen der linken Schulter, entlang der Wirbelsäule, der linken Flanke bis zur medianen Begrenzung des linken

Abdomens und darüber hinaus über belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der linken Ferse geklagt habe. Eine Hypästhesie werde gegenwärtig verneint. Die Schmerzen, die vom Rücken kämen, würden laut Beschwerdeführerin nach vorne strahlen und zu Blockaden führen. Es würden diffuse Blockaden «quasi überall» vorgetragen. Zusätzlich werde auf Nachfrage von Kopfschmerzen ca. viermal pro Monat berichtet und eine Schmerzintensität von 8/10 angegeben. Die klinisch-neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf fokalneurologische Defizite ergeben, insbesondere seien die Pupillen normoreaktiv gewesen mit normaler Okulomotorik. Es fänden sich keine Hinweise auf einen pathologischen Nystagmus. Es gäbe keine Hinweise für eine segmentale Muskelatrophie. Motorik und Tonus seien normal. Ebenfalls bestünde keine Verminderung der allgemeinen Kraft und keine Paresen einzelner Muskelgruppen. Die Sensibilität sei allseits erhalten. Es lägen keine Koordinationsstörungen vor und auch die Tests nach Lasègue und Bragard seien beidseits negativ. Aktuell befinde sich die Beschwerdeführerin in keiner neurologischen oder schmerztherapeutischen Behandlung. Die aktenkundliche MRI-Untersuchung vom 31. März 2016 habe keine Veränderung zur Voruntersuchung vom 17. Februar 2016 ergeben. Die MRI-Untersuchung des Neurokraniums vom 13. Mai 2016 habe einzelne, kleinste flau punktförmige FLAIR-Hyperintensitäten lateral der Radiatio

optiva links ergeben, vermutlich ohne klinische Bedeutung. Die Lumbalpunktion vom 22. April 2016 habe eine unauffällige Gesamtzellzahl ergeben. Empfohlen werde aus neurologischer Sicht eine symptomatische schmerzdistanzierende Therapie mit dreimaliger Gabe von Gabapentin bis 900 mg pro Tag, gegebenenfalls die Behandlung mit Lyrica bis auf 300 mg pro Tag und die Behandlung mit Duloxetin und im Weiteren die Behandlung mit dem Opioid-Analgetikum Tramadol. Die gegenwärtigen, von der Beschwerdeführerin vorgetragene(n) Beschwerden seien auf neurologischem Fachgebiet nicht erklärbar. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit aufgrund der geklagten chronischen Schmerzen und funktionellen Auswirkungen stütze sich u.a. auf das Studium der Versicherungsakte, die aktuelle Exploration, die klinisch-neurologische Untersuchung, die apparative Zusatzdiagnostik, die im Rahmen der Untersuchung veranlassten Labortests, insbesondere das Medikamenten-Screening, und die im Rahmen der Exploration und der fachärztlichen Untersuchung gewonnenen so genannten indirekten Indizien. Diese beziehen sich insbesondere auf allgemeine Indizien (unbeobachtetes Gangbild, Schnelligkeit und Ablauf der Bewegungen, Mitschwingen der Arme, Spontanmotorik, spontane Kopfdrehungen, demonstrative Positionswechsel während der Untersuchung, keine entlastenden Körperbewegungen, speditives An- und Auskleiden), Indizien anhand des Tagesprofils, Indizien anhand der Schmerzschilderung sowie ergänzende Indizien zum Ausschluss hirnnorganischer Störungen. Aufgrund dieser hätten sich bei der Beschwerdeführerin Hinweise ergeben, dass die Beschwerden nicht im geklagten Umfang vorliegen. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe daher Diskrepanzen und Inkonsistenzen ergeben. Die Präsentation einer erheblichen Behinderung und die Aussage «ich kann überhaupt nicht mehr arbeiten» würden auf eine ausgesprochene Selbstlimitierung hinweisen und stünden nicht im Einklang mit der Verhaltensbeobachtung während der Exploration und Untersuchung. Mit dem erhobenen klinischen Befund seien diese nicht vereinbar und daher nicht plausibel. Bei der Beschwerdeführerin liege keine neurologische Erkrankung vor, die geeignet wäre, das positive Leistungsbild mittel- und längerfristig zu mindern. Auch aus neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten und jeder anderen Tätigkeit entsprechend ihren Ressourcen voll arbeitsfähig. Aus interdisziplinärer

Sicht könnten bis auf eine am besten kognitiv ausgerichtete Verhaltenspsychotherapie zum Erlernen von positiven Coping-Strategien im Umgang mit chronischen Schmerzen keine weiteren medizinischen Massnahmen empfohlen werden. Es lägen folgende nicht versicherungsmmedizinisch-relevante psychosoziale Belastungsfaktoren vor: Kündigung der Arbeitsstelle, finanzielle Schwierigkeiten, Migrationshintergrund, fehlende Sprachkenntnisse, fehlende Ausbildung.

E. 3.5

Im Nachgang zur Expertise

ergänzten die Gutachter am 3. April 2017, dass sich aufgrund der stattgefundenen elektrodiagnostischen Untersuchung keine neuen Aspekte ergeben hätten, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnten (Urk. 7/75).

E. 3.6

Dem Bericht der Radiologie G.____ vom 9. März 2017 ist zu entnehmen, dass im zeitlichen Verlauf seit dem 11. Oktober 2016 die intramedullär gelegene in T2-hyperintense Läsion auf Höhe BWK 4/5 leicht zurückgegangen sei. Die bildmorphologischen Veränderungen könnten gut zu einer durchgemachten und in Abheilung befindlichen Myelitis passen. Es bestünde kein Anhaltspunkt für ein aktuell entzündliches Geschehen. Bei Beschwerdepersistenz sei die Durchführung eines Schmerzkonsiliums bei Dr. H.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie, zu empfehlen (Urk. 7/79/7-8).

E. 3.7

Am 13. April 2017 berichtete Dr. H.____ dass die Ursache der Thoraxwand schmerzen weiterhin ungeklärt sei. Es bestünden Hinweise sowohl auf myofaszielle als auch auf neuropathische Schmerzen. Wegen des Verdachts auf Fersensporn biete sich bei positiver Röntgendiagnostik eine Infiltration mit Steroiden bzw. eine Stosswellentherapie an (Urk. 7/79/1-2).

E. 3.8

Dem Verlaufsbericht von Dr. Y.____ vom 7. Juli 2017 ist zu entnehmen, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stationär sei bzw. sich verschlechtert habe. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. Y.____ chronische Thoraxwand schmerzen und chronische linksseitige Wirbelsäulenschmerzen. Zudem habe sich der psychische Zustand aufgrund der Schmerzproblematik weiterhin verschlechtert. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei ihm unklar, er müsste dazu das Arbeitsprofil kennen. Die Behandlung bei ihm finde alle vier Wochen statt. Durch Physiotherapie und psychiatrische Therapie (Schmerztherapie) könnte die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (7/84/1-3).

E. 3.9

Am 7. Juli 2017 berichtete Dr. D.____, dass die Beschwerdeführerin vom 15. Mai bis 16. Mai 2014 Gruppentherapie in der Praxis von Dr. I.____ besucht habe und zwischen dem 2. und 30. September 2014 Einzelpsychotherapie in der Praxis J.____ stattgefunden habe. Am 19. Mai 2017 habe sich die Beschwerdeführerin erneut für Psychotherapie angemeldet. Diese finde in der Regel einmal pro Woche statt. Zum psychopathologischen Befund gab Dr. D.____ an, dass keine Bewusstseins- oder Auffassungsstörungen vorlägen, wohl aber Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Im formalen Denken sei die

Beschwerdeführerin sehr auf körperliche Symptome eingeeignet. Es gelinge ihr kaum, auf andere Themen zu sprechen zu kommen. Sie habe ein starkes Misstrauen gegenüber dem Medizinsystem (Ausnahme: Hausarzt). Sie sei stark hypochondrisch. Gemäss ärztlicher Aussage sei abgesehen von einem Entzündungsherd im Bereich des Rückenmarks alles gut. Die Beschwerdeführerin habe aber eine Karzinophobie sowie Angst einen Herzschlag zu erleiden. Die körperlichen Symptome linksseitig unter dem Rippenbogen würden ständig mit grosser Sorge und Angst beobachtet und deren Bedeutung überbewertet. Seit Februar 2016 seien mehrere ärztliche Untersuchungen erfolgt, die keine somatische Aufklärung des Symptomgeschehens gebracht hätten. Krankheitsbefürchtungen würden das Gespräch durchgehend prägen. Es bestünden wiederkehrende Gedanken mit Zwangscharakter. Es seien auch Phobien vorhanden, aber

ohne negativen Einfluss auf den Lebensalltag. Gegenwärtig liege eine mittelschwere Depressivität

und Affektlosigkeit vor. Die Beschwerdeführerin sei in einer depressiven Stimmung mit Wut und Angst fixiert. Es bestünden Störungen der Vitalgefühle, Hoffnungslosigkeit, Ratlosigkeit, innere Unruhe, Gereiztheit, stark ausgeprägte Hilflosigkeit, Verzweiflung sowie Schuld- und Insuffizienzgefühle. Sie sei mittelschwer antriebsarm. Abends gehe es ihr etwas besser. Es liege ein starker sozialer Rückzug vor, teilweise sogar von den eigenen Kindern. Der Ehemann bestätige eine deutliche Aggressivität. Es bestünden auch Konflikte mit Fachärzten. Das Suizidrisiko sei eher klein. Die Beschwerdeführerin klage auch über Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten. Appetit und Sexualität seien deutlich vermindert. Objektiv sei keine genügende Krankheitseinsicht vorhanden. Dr. D. ___ leitete aus diesem Befund die folgenden Diagnosen ab: rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradig, ICD-10 F33.1); Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit andernorts klassifizierten Diagnosen (ICD-10 F54.-). Die Beschwerdeführerin weise Symptome weiterer Störungsbereiche auf (Hypochondrie, generalisierte Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung). Für die Vergabe der einzelnen Diagnosen seien die Kriterien nach ICD-10 jeweils nicht erfüllt; diese müssten aber in der Therapie berücksichtigt werden. Aufgrund der deutlichen Beeinträchtigung der Fähigkeiten, die auch bei der Ausführung einfachster Arbeiten vorhanden sein müssen (Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit, Verlässlichkeit), könne gegenwärtig von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Zurzeit finde eine ambulante Psychotherapie mit Schwerpunkt auf kognitive Verhaltenstherapie statt. Zusätzlich würden auch Methoden wie biopsychosoziale/körperbezogene Psychoedukation und Entspannungstechniken angewendet. Je nach Verlauf müsse ein stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik in Betracht gezogen werden. In Zusammenarbeit mit dem Hausarzt sei Trifluorperazin (50mg) angesetzt worden. Die Wirkung müsse noch abgewartet werden (Urk. 7/85).

E. 3.10

Am 9. August 2017 nahm Dr. F. ___

zum Bericht von Dr. D. ___ Stellung. Er führte an, dass die Beschwerdeführerin die anamnestischen Angaben, die sich im Bericht von Dr. D. ___ (Schulzeit, unglückliche Verheiratung, Kriegserlebnisse, Schwangerschaftsabbruch) fänden, trotz Nachfrage im Rahmen der Exploration nicht gemacht habe. Er habe die Beschwerdeführerin mehrfach zu psychischen Beschwerden befragt, worauf diese verneint worden seien. Zum Zeitpunkt der Untersuchung habe laut Beschwerdeführerin keine psychiatrische Therapie stattgefunden,

weshalb auf erhebliche Diskrepanzen und Inkonsistenzen hinzuweisen sei. Auf psychiatrischem Fachgebiet lägen keine neuen Fakten vor. Bei den ge stellten Diagnosen handle es sich nicht um fachärztliche Beurteilungen. Die Be schwerdeführerin befinde sich trotz des Ausmasses und der Dauer der geltend gemachten Beeinträchtigungen in keiner fachärztlichen Behandlung. Weder seien die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung noch einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen nachvollziehbar. Eine erneute fachärztliche Beurteilung sei nicht erforderlich. Sollte sich die Beschwerdeführe rin in Zukunft in eine fachärztliche Behandlung begeben und sollten sich Wider sprüche im Hinblick auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit ergeben, sei erst nach Eingang einer entsprechenden fachärztlichen Stellungnahme gegebenen falls eine erneute Beurteilung erforderlich. Die von der behandelnden Psycholo gin gestellten Diagnosen seien nicht nachvollziehbar (Urk. 7/90/3-10).

E. 3.11

Am 1 5. Dezember 2017 berichtete Dr. K.____ , Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 1 8. Juli 2016 bei ihr in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behand lung befinde. Im Rahmen der Untersuchungen habe sie die Beschwerdeführerin als hoffnungslose, ausgeliefert wirkende, spürbar besorgte, leicht übergewichtige, erschöpfte Frau erlebt. Diese habe über Bedrücktheit, Gefühl von innerer Leere, mangelnde Lebensfreude mit Rückzugsverhalten, Antriebs- und Motivationsver lust sowie Durchschlafstörungen mit Morgentief und Albträumen geklagt. Sie träume davon, eine schwere Krankheit wie Krebs zu haben. Im Behandlungsver lauf ergebe sich aufgrund des klinischen Eindrucks, der fundierten anamnesti schen Angaben, der objektiven Befunde, der Fremdanamnese der Familie sowie der betreuenden Ärzteschaft, d er Schilderung der Symptomatik während des Be handlungsverlaufs und der daraus resultierenden Alltagseinschränkungen die Kriterien für eine chronifizierte , ängstlich agitierte, gegenwärtig mittelschwer ausgeprägte Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) mit intermittie renden Phasen von schwer ausgeprägten Symptomen im Rahmen einer Persön lichkeitsakzentuierung mit misstrauischen Zügen gegenüber dem Medizinsystem (ICD-10 Z73.1) . Zudem lägen auch die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vor. Bei ihr fänden alle drei bis vier Wochen Ge spräche statt. Die aktuelle Psychopharmaka-Therapie beinhalte Trittico 50 mg abends. Die Beschwerdeführerin könne zurzeit keine Arbeitstätigkeit ausüben. Aus rein psychiatrischer Sicht sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Leistungsmin dernde Faktoren seien: ausgeprägte Antriebsstörung, Schmerzen, verminderte Stresstoleranz, mangelnde Adaptionen- und Umstellungsfähigkeit . Kognitiv lägen Konzentrationsminderung und Vergesslichkeit vor. Durch die beschriebene Symptomatik resultiere eine rasche Erschöpfbarkeit bei minimaler Belastung und fehlendem Durchhaltevermögen.

Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die Diagnose «Tumor» als hohe Belastung erlebt habe. Rückwirkend sei es aufgrund der falschen Diagnose trotz verschiedener unauffälliger Befunde zu einer Chronifizierung der klinischen Symptomatik gekommen. Die Beschwerdeführerin sei fest überzeugt und sehr auf die Schmerzen fixiert. Ebenfalls sei sie sicher, eine bösartige Krankheit zu haben, so dass von einer ungünstigen Prognose auszugehen sei. Neben der Schmerz problematik habe die Beschwerdeführerin eine chronifizierte depressive Erkr ankung entwickelt mit ausgeprägten Insuffizienzgefühlen und Selbstzweifeln. Die psychische Belastbarkeit erscheine deutl ich

herabgesetzt (Urk. 7/99/3-4) .

E. 3.12

Dem Bericht von Dr. L.____ , Facharzt FMH für Chirurgie, vom 19. April 2018 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Autounfall im Jahr 2013 an anhaltenden Nacken- und Kopfschmerzen leide mit deutlicher Bewegungseinschränkung der HWS sowie neuropsychologischen Beschwerden mit erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, verminderter Leistungsfähigkeit und verminderter Belastbarkeit. Seit Januar 2016 seien zunehmend unklare Beschwerden im Rücken im Bereich der linksseitigen Thoraxwand mit Ausstrahlung nach ventral aufgetreten. Zunächst sei ein möglicherweise intramedullärer Tumor diskutiert worden; diese Diagnose habe man verworfen und ein entzündliches Geschehen als Hauptdiagnose diskutiert. Die Beschwerdeführerin sei mehrmals auf der Neurologie am E.____ gewesen ohne Besserung der Beschwerden. Weder eine Therapie mit Lyrica (bis 300 mg), Gabapentin (bis 900 mg) noch eine antidepressive Therapie mit Duloxetin hätten eine Besserung gebracht. Physiotherapeutisch habe auch keine Besserung erzielt werden können. Die Beschwerdeführerin berichtete über dauerhafte chronische Schmerzen, die vom mittleren Rückenbereich bis epigastriisch am linken Thorax entlang zögen. Von Zeit zu Zeit würden die Schmerzen auch bis in den linken Fuss ausstrahlen. Gestützt auf die bildgebende Untersuchung gab Dr. L.____ an, dass die Beschwerdeführerin an einer demyelisierenden Läsion der Hinterstränge auf Höhe BWK

4/5 links leide. Die Läsion befinde sich im Bereich der Schmerzbahnen, was auch die sehr starken Schmerzen und die immer wieder auftretenden Exazerbationen der Beschwerden erklären würde. Therapeutisch sollte eine Neurostimulation in Erwägung gezogen werden, was mit Dr. H.____ abgesprochen werde (Urk. 7/111) .

E. 3.13

Am 20. Juli 2018 liess die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin den Bericht zur interdisziplinären Schmerzbehandlung im Zentrum M.____ vom 16. Juli 2018 zukommen. Aus orthopädisch-chirurgischer und anästhesiologischer Sicht wurde im Wesentlichen angeführt, dass die Beschwerdeführerin 2013 einen Autounfall gehabt habe, anschliessend einhalb Jahre nicht mehr gearbeitet, dann wieder eine Tätigkeit in einem Restaurant aufgenommen und nach fünf Monaten Schmerzen links thorakal bekommen habe, welche seit 2016 bis heute anhalten würden. Die Rheumatests und

die MRI - und CT -Aufnahmen hätten ausser einer leichten S-förmigen Skoliose keine Hinweise auf eine relevante Pathologie ergeben. Aus neurokognitiver Sicht leide die Beschwerdeführerin zunehmend unter Vergesslichkeit und Konzentrationsproblemen. Aus psychosomatischer Sicht bestünden Schlafstörungen, Appetitzunahme mit Gewichtszunahme, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Müdigkeit, Rückzug und Antriebslosigkeit. Die Beschwerdeführerin stehe zwischen 5 und 6 Uhr auf, trinke Tee, frühstücke selten und bringe die 11jährige Tochter zur Schule (ca. 200 m). Manchmal habe sie Besuch von Kolleginnen; im Sommer sitze sie auf dem Sitzplatz und spreche mit Leuten. Am Abend gehe sie manchmal mit den Kindern und dem Ehemann spazieren und um ca. 22 Uhr schlafen. Der Ehemann berichte, dass das Denken der Beschwerdeführerin seit dem Unfall sehr pessimistisch sei. Obwohl die Ärzte bestätigt hätten, dass sie keinen Tumor habe, habe sie doch ständig Angst davor, einen zu haben. Sie sei im Gegensatz zu früher reizbarer und aggressiver geworden. Aufgrund der Schmerzen könne sie den

Haushalt nicht führen; seine Eltern und die grössere Tochter würden alles erledigen.

Die Ärzte berichteten, die eigenen körperlichen Fähigkeiten würden von der Beschwerdeführerin subjektiv als sehr stark eingeschränkt wahrgenommen. Die Arbeitsbelastungsfähigkeit sei aus Sicht der Beschwerdeführerin bei keiner Tätigkeit einzustufen. Bisher sei eine stationäre Behandlung 2015 in der Rehaklinik

N.____ erfolgt, kurz eine ambulante Behandlung im Psychiatricentrum B.____

und seit 2017 bis heute eine ambulante Behandlung bei Dr. K.____ .

Zusätzlich erfolge eine ambulante Behandlung im Zentrum M.____ . Psychotherapie werde regelmässig zweimal im Monat mit motivationsfördernden Strategien zur Steigerung der körperlichen und sozialen Aktivität durchgeführt . Der sehr störende thorakale Schmerz sei wohl ein muskulärer Schmerz, der durch einen Chiropraktor behandelt werden könnte, wobei ein entsprechender Versuch noch nie gemacht worden sei. Die medikamentöse Analgesie sei ungenügend, es werde eine Analgesie nach WHO- Stufenschmerz II empfohlen. Aus psychiatrischer Sicht stehe nach wie vor die ausgeprägte Angst, einen Tumor zu haben, im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin sei gegenüber Ärzten misstrauisch und lehne weitere Behandlungen vehement ab. Auch im Gespräch sei ein impulsives Verhalten mit verringerter Impulskontrolle zu beobachten gewesen. Aufgrund der zunehmenden Ängste lasse sich eine beginnende, spezifische Phobie vermuten. Die Fähigkeiten, in einer Gruppe zu agieren und Konflikte konstruktiv zu lösen, seien deutlich vermindert. Die Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit seien verringert. Die Beschwerdeführerin weise äusserst pessimistische Gedankeninhalte auf und habe Schwierigkeiten, sich von diesen zu lösen. Aus somatischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in angepassten Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig. Aufgrund der depressiven Störung, den impulsiven Durchbrüchen und der Schwierigkeit, sich emotional zu kontrollieren , sowie unter Berücksichtigung ihrer Persönlichkeit sei die Beschwerdeführerin aus anästhesiologischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht in jeglichen Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig. Das Rehabilitationspotenzial wurde von den involvierten Ärzten als gering oder nicht vorhanden eingestuft (Urk. 7/116) .

4.

Ein Vergleich der medizinischen Situation bis am 5. Februar 2015 und derjenigen im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 14. August 2018 zeigt weder aus somatischer noch aus psychischer Sicht eine leistungsrelevante Veränderung. So liegt aus somatischer Sicht bei der Beschwerdeführerin nach wie vor ein chronifiziertes

zervikozephalisches und vor allem zervikothorakales Schmerzsyndrom vor, für welches in seinem Ausmass trotz der zahlreichen bildgebenden und klinischen Untersuchungen wie schon im Rahmen der Verfügung vom 5. Februar 2015 keine genügende organische Grundlage festgestellt werden konnte. Zwischenzeitlich wurde für die von der Beschwerdeführerin neuerlich angegebenen Schmerzen im linken Thoraxbereich ein Tumorverdacht geäussert, der aber wie der verworfen wurde. Im E.____ wurde anschliessend festgestellt, dass bei der Beschwerdeführerin chronische Schmerzen an der Thoraxwand vorlägen, die keiner Ursache zugeordnet werden könnten. Ausserdem wurde eine intramedulläre Läsion auf Höhe BWK 4/5 genannt und Schmerzen in der linken Ferse angeführt. Im Rahmen der Begutachtung zuhanden des Krankentaggeldversicherers wurde angeführt, dass die angegebenen Schmerzen und Beschwerden neurologisch weder

bildgebend noch klinisch erklärbar seien. Es wurde auf erhebliche Diskrepanzen und Inkonsistenzen hingewiesen. Aus dem Bericht der Radiologie G.____ vom 9. März 2017 geht ferner hervor, dass sich die Myelitis in Abheilung befinde und keine Anhaltspunkte für ein entzündliches Geschehen vorlägen. Auch dem Bericht des Zentrums

M.____ vom 16. Juli 2018 ist zu entnehmen, dass trotz der Schmerzen im linken Thoraxbereich weder im MRI, noch im CT, noch anlässlich der Rheumatests eine relevante Pathologie habe gefunden werden können. Damit liegt bei der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht nach wie vor ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vor. Es sind seit dem Februar 2015 insbesondere keine neuen Beschwerden oder Diagnosen hinzugetreten, die sich nachweislich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

Auch wenn die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung der psychischen Situation geltend macht, hat der Psychostatus seit dem 5. Februar 2015 keine relevanten Veränderungen erfahren. Wie bereits nach dem Unfall im Jahr 2013 werden bei der Beschwerdeführerin von den behandelnden Ärzten nach wie vor eine pessimistische Grundstimmung, depressive Symptome, Antriebslosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme, Schlafprobleme, ein gewisser sozialer Rückzug und verschiedene Ängste beschrieben. Neu wurden ein gewisses Aggressionspotenzial und eine fehlende Impulskontrolle der Beschwerdeführerin erwähnt; diesen Persönlichkeitsmerkmalen

kann jedoch kein selbständiger psychopathologischer Charakter zugemessen werden. Die im wesentlichen unveränderte Symptomatik wurde zwar von den behandelnden Ärzten in Bezug auf das vorhandene Leistungspotenzial negativer interpretiert als damals durch den RAD. Ebenfalls weicht ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung von derjenigen im SWICA-Gutachten ab. Dies

ist angesichts der mit dem Behandlungsauftrag verbundenen Optik der therapeutisch tätigen (Fach-)Personen verständlich, vermag aber für die Klärung der hier vorliegenden Streitfrage nichts beizutragen. Denn entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin handelt es sich hierbei lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei im Wesentlichen gleichgebliebener Befundlage, was im Rahmen der hier zu beurteilenden Neuanschätzung nicht beachtlich ist (vgl. Urteil 8C_133/2013 vom 29. Mai 2013 E. 4.1). 5.

Zusammengefasst hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin damit nicht anspruchserheblich verändert, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). In diesem Fall sind die Kosten auf 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente ,
bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem
Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem
Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall
das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere
Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den
Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und
bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256
E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die
Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet
werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

2.1

Zur Zeit der Rentenbeurteilung im Rahmen der Erstanmeldung lagen zur gesundheitlichen
Situation der Beschwerdeführerin insbesondere der Bericht der Klinik

A.____ , Psychiatriezentrum B.____ , vom 14. Mai 2014 (Urk. 7/19) , der Bericht der
Uniklinik C.____ vom 30. Mai 2014 (Urk. 7/21) sowie schriftliche Auskünfte von Dr.
D.____ , Fachpsychologin FSP und Psychotherapeutin MASP, vom 30. Juni 2014 (Urk.
7/22) vor, wobei nach Erlass der Verfügung vom 5. Februar 2015 am 30. März 2015 noch
der vom 15. Januar 2015 datierende ausführlichere Bericht zur Behandlung im September
2014 (Urk. 7/36) einging. Aus somatischer Sicht wurde aus der Uniklinik C.____ berichtet,

dass sich bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise auf eine Diskushernie, eine Nervenwurzelkompression oder eine Fraktur ergeben hätten. Ebenfalls bestünden neurologisch keine Hinweise auf ein Nervenkompressionssyndrom oder eine Radikulopathie C6 oder C8 links. Es liege ein persistierendes zervikozephalales sowie zervikothorakales Schmerzsyndrom links vor. Die Ärzte nahmen keine Arbeitsunfähigkeitsschätzung vor, gaben aber an, dass die Beschwerdeführerin

in sehr leichten wechselbelastenden Tätigkeiten ohne gehäuftes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis Lendenhöhe und ohne Zwangshaltungen der HWS zumindest teil arbeitsfähig sei. Die Ärzte der A. ___ führten eine mittelgradige depressive Episode mit ängstlichen Komponenten seit Juli 2013 an. Möglicherweise liege seit dem Autounfall auch eine posttraumatische Belastungsstörung vor. Im Vordergrund stünden die Schmerz-, die depressive sowie die Angstsymptomatik. Die Beschwerdeführerin berichte von Konzentrationsschwierigkeiten und Vergesslichkeit. Formalgedanklich sei sie mässig eingeeignet auf aktuelle Belastungen mit Grübeln. Die Grundstimmung sei leicht niedergestimmt und angespannt. Traurige und ängstliche Affekte würden beschrieben. Im Schlaf habe sie wiederkehrende Träume vom Unfall. Antrieb und Psychomotorik seien mässig reduziert und es bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit. Die Ärzte empfahlen eine multimodale Therapie (Schmerztherapie, Psychotherapie, Physiotherapie). Ob eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, könne nicht beurteilt werden. Dr. D. ___ berichtete (vgl. Urk. 7/36) von einer Anpassungsstörung, von Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) seit Juli 2013. Ebenfalls nannte sie differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung. Zudem lägen weitere psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei an demorts klassifizierten Krankheiten vor. Die Beschwerdeführerin klagte über Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhte Vergesslichkeit. Sie habe Mühe, sich an die Namen der eingenommenen Medikamente und der Therapeuten zu erinnern. Formalgedanklich sei sie sehr stark auf die aktuelle Belastung, den Unfall und die Schmerzen eingeeignet. Es bestehe starkes Grübeln. Die Grundstimmung sei niedergeschlagen. Die Beschwerdeführerin beschreibe teilweise Phasen von starker Traurigkeit und ängstlichem Affekt. Es liege eine erhöhte Ermüdbarkeit und ein phasenweiser sozialer Rückzug vor. Das Unfallereignis liege eineinhalb Jahre zurück, weshalb die Symptomentwicklung in die Richtung einer psychosomatischen Symptomausweitung gehe.

Unter Berücksichtigung dieser Aktenlage führte der Regionale ärztliche Dienst (RAD) in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 2014 an, dass die Beschwerdeführerin – bei beginnenden degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS),

jedoch sowohl somatisch wie auch psychiatrisch ohne regelmässige Behandlung – in der bisherigen Tätigkeit nicht längerfristig funktionell eingeschränkt sei (Feststellungsblatt vom 5. Februar 2015, Urk. 7/34). Gestützt darauf wies die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch mangels IV-relevanten Gesundheitsschadens mit Verfügung vom 5. Februar 2015 ab (Urk. 7/35). 2.2

Auf die Neuanschuldung ein knappes Jahr später am 30. April 2016 trat die IV-Stelle ein, beurteilte den Anspruch aber nicht anhand eines Vergleichs mit dem medizinischen Sachverhalt zum Zeitpunkt der Verfügung vom 5. Februar 2015, sondern behandelte die Sache wie eine Erstanmeldung. Sie wies das Gesuch der Beschwerdeführerin mit hier angefochtener Verfügung (Urk. 2) erneut mit der Begründung ab, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Die Beschwerdeführerin hingegen hält

dafür, dass unter Berücksichtigung der Berichte der behandelnden Ärzte der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ausgewiesen sei, da sie vollumfänglich arbeits- und erwerbsunfähig sei. Insbesondere macht sie eine Verschlechterung des psychischen Zustands geltend Die Beschwerdegegnerin habe die Situation gestützt auf das SWICA-Gutachten vom 22. März 2017 (7/75/3-74) beurteilt, obwohl sich der Gesundheitszustand bis zum Erlass der Verfügung am 14. August 2018 weiter verschlechtert habe (Urk. 1). 2.3

Streitig und zu prüfen ist damit, ob die Beschwerdegegnerin das erneute Renten gesuch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat. Ausschlaggebend ist in diesem Zusammenhang entgegen der Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin, ob sich die gesundheitliche Situation seit der Verfügung vom 5. Februar 2015 (Urk. 7/35) bis zur hier angefochtenen Verfügung vom 14. August 2018 (Urk. 2) rentenrelevant verändert hat (E. 1.1) . 3.

Die medizinische Aktenlage im genannten Zeitraum präsentiert sich wie folgt:

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