

BL_GERICHTE 720 19 126/225 vom 26. März 2019

BL Gerichte, 2019-03-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_19_126_225

FR: BL_GERICHTE 720 19 126/225 du 26 mars 2019

IT: BL_GERICHTE 720 19 126/225 del 26 marzo 2019

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 16. April 2019 ist demnach einzutreten.

E. 2

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Rente hat.

E. 2.1

Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

E. 2.2

Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

E. 2.3

Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Um festzustellen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen auf Arbeitsunfähigkeit schiessen lassen, sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

E. 2.4

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 3.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des IV-Grades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der IV-Grad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1). 3.2 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). 3.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG ermittelt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich zu bestimmen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 3 IVG). Ist bei diesen Versicherten

anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztägig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27 bis Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961) 3.4 Ob eine versicherte Person als ganztägig oder teilzeitig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 507 E. 3.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juli 2012, 9C_335/2012, E. 3.1). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 338 E. 3.2, 125 V 150 E. 2c, je mit Hinweisen). 3.5 In der angefochtenen Verfügung vom 26. März 2019 ermittelte die IV-Stelle den IV-Grad der Versicherten anhand der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung. Dabei ging sie davon aus, dass die Versicherte als Gesunde zu 50% einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde und zu 50% im Haushalt beschäftigt wäre. Diese Aufteilung wird seitens der Beschwerdeführerin nicht bestritten, weshalb darauf abgestellt werden kann.

E. 4

Ausgangspunkt für die Ermittlung des IV-Grades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

E. 4.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

E. 4.2

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte

Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 4.3

Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Den im Rahmen des Gerichtsverfahrens eingeholten Gutachten ist somit volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2018, 8C_569/2017, E. 2.2).

E. 5

Die IV-Stelle stützte ihren Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der asim vom 31. Dezember 2016. Die Versicherte wurde in allgemeinmedizinischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht sowie von einer HNO-Spezialistin untersucht. Die Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Migräne mit Aura kombiniert mit Arzneimittel induziertem Kopfschmerz sowie einen Verdacht auf eine vestibuläre Funktionsstörung rechts. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie ein Meningeom links fronto-parietal, eine ängstlich gefärbte, leichte depressive Episode, eine leichtgradige rechtsseitige sensorineurale Hörminderung im Vergleich zu links sowie eine Hyposmie (unvollständiger Verlust des Geruchsinns) beidseits unklarer Ätiologie fest. In der aktuellen Begutachtung könne aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Krankheitswert gestellt werden. Die von Dr. C.____ im bidisziplinären Gutachten vom 8. September 2014 diagnostizierte rezidivierende, ängstlich gefärbte depressive Episode leichten Grades - welche damals für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von Relevanz gewesen sei - sei aktuell remittiert. Die geschilderte Ängstlichkeit erfülle die Kriterien für eine Angststörung gemäss ICD-10 nicht und eine depressive Symptomatik sei nicht erkennbar gewesen. Es gebe aber einige Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung bzw. auf eine Aggravation. Die Versicherte zeige sich sehr klagsam bei weitgehend unecht und übertrieben wirkender Beschwerdedarstellung und sehr weitschweifiger, verdeutlichender Symptomschilderung. Aus neurologischer Sicht lasse sich festhalten, dass 2012 ein hoch parietales Meningeom von 2,7 x 3 cm Grösse diagnostiziert worden sei im Zusammenhang mit der Abklärung rechtsseitiger Kopfschmerzen. Der behandelnde Neurologe, Dr. med. D.____, habe die seit Jahren bestehenden Kopfschmerzen differenzialdiagnostisch als im Zusammenhang mit dem Meningeom stehend erachtet und die Versicherte zur weiteren Beurteilung an die neurochirurgische Poliklinik des E.____

verwiesen (vgl. Bericht neurologischer Konsilien und Kontrollen vom 20. Februar 2012 bis 27. März 2012 [Konsil vom 20. Februar 2012 und Kontrolle vom 16. März 2012]). Eine initiale Indikation zur Operation sei damals bei asymptomatischem Verlauf und fehlendem Zusammenhang mit den geschilderten Beschwerden nicht gestellt worden. Auch habe sich das Meningeom in den folgenden Jahren bei Verlaufsbildgebungen jeweils grössenkonstant gezeigt, so dass letztlich bis zum heutigen Zeitpunkt keine Grössenprogredienz habe festgestellt werden können und das Meningeom überwiegend wahrscheinlich als weitestgehend unabhängig vom Schmerzsyndrom eingestuft worden sei. Dementsprechend habe auch Dr. D.____ in einer Konsultation im Mai 2014 seine Diagnose dahingehend geändert, dass eine Migräne mit Aura sowie chronische Kopfschmerzen im Vordergrund ständen und differenzialdiagnostisch Spannungskopfschmerzen sowie Arzneimittel induzierte Kopfschmerzen (vgl. Bericht neurologischer Konsilien und Kontrollen vom 20. Februar 2012 bis 21. Januar 2015 [Kontrolle vom 27. Mai 2014]). Ferner habe er die Diagnose eines Meningeoms links fronto-parietal als nun unabhängig von den Kopfschmerzen aufgeführt. Dieser Einschätzung sei auch Dr. B.____ im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens vom 8. September 2014 gefolgt. Die Versicherte habe heute von chronischen Gesichtsschmerzen berichtet, welche in der Regel von der rechten Wange ausgehen und dann über das Auge nach parietal und okzipital ausstrahlen würden. Aufgrund der anamnestischen Angaben sei ein Arzneimittel induzierter Kopfschmerz überwiegend wahrscheinlich, wie schon im Vorfeld vom behandelnden Neurologen diagnostiziert worden sei. Eine deutliche Reduktion bzw. ein Absetzen der Schmerzmedikation sei allerdings im Verlauf der letzten Jahre nicht gelungen. Die Notwendigkeit hierzu sei der Versicherten auch im Rahmen der Begutachtung kaum zu vermitteln gewesen. In Bezug auf den Schwindel, unter welchem sie seit 2011 leide, habe die klinische Untersuchung unauffällige vestibulospinale Reflexe gezeigt. Ein Spontan- oder Provokationsnystagmus sei ebenfalls nicht feststellbar. Ferner sei der Video-Kopf-Impulstest unauffällig gewesen. Die Gleichgewichtsanalyse zeige Zeichen einer nicht-organischen Gleichgewichtsstörung, wobei eine zusätzliche organische Störung nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden könne. Differenzialdiagnostisch handle es sich entweder um eine passagere peripher-vestibuläre Funktionsstörung der rechten Seite oder aber um eine vestibuläre Migräne. In Anbetracht der Tatsache, dass bislang kein typischer Tieftonhörverlust dokumentiert sei, könne heute die Diagnose eines Hydrops rechtsseitig nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Wie anhand der Gleichgewichtsanalyse deutlich geworden sei, lägen aktuell eindeutige Zeichen einer nicht-organischen, d.h. am ehesten einer phobischen Schwindelkomponente vor. Dies stehe in Einklang mit der im Rahmen der Anamnese geäusserten Aussage der Versicherten, durch die Diagnose des Kopftumors extrem verunsichert und schockiert gewesen zu sein, zumal sie offensichtlich auch widersprüchliche Meinungen in Bezug auf eine Operation gehört habe. Weiterhin liege sowohl anamnestisch als auch psychophysisch messbar eine Hyposmie beidseits vor, deren Ätiologie unklar sei. Zusammenfassend ergäben sich gegenüber dem bidisziplinären Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ vom 8. September 2014 keine relevanten neuen Aspekte. Die Schwindelsymptomatik dürfte einen erheblichen funktionellen Anteil aufweisen und vor allem durch die Verunsicherung bezüglich des Meningeoms getriggert worden sein. Das Meningeom als solches sei bei Grössenkonstanz über Jahre weiterhin nicht relevant für die Symptomatik und die Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Eine Operationsindikation sei derzeit nicht gegeben. Die im Gutachten vom 8. September 2014 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20% aufgrund

der chronischen Kopfschmerzen sei auch heute zu bestätigen. Die zusätzlich beklagten Schwindelbeschwerden hätten sicherlich im Rahmen des akuten Auftretens 2013 sowie 2015 kurzfristig für einige Tage zu einer deutlichen Einschränkung geführt, seien aktuell allerdings nur in geringerem Ausmass vorhanden. Aus HNO-ärztlicher Sicht stehe die funktionelle Schwindelkomponente, d.h. der phobische Schwindel im Vordergrund, so dass die Versicherte keine Tätigkeiten ausführen sollte, welche in grösserer Höhe oder mit deutlich erhöhter Sturzgefahr ausgeführt werden müssten.

E. 6

Sowohl das bidisziplinäre Gutachten vom 8. September 2014 als auch das polydisziplinäre Gutachten der asim vom 31. Dezember 2016 erweisen sich als zuverlässige Entscheidungsgrundlagen. So basieren sie auf gründlichen Untersuchungen, berücksichtigen die ganze Krankengeschichte, setzen sich mit den abweichenden Diagnosen und Beurteilungen auseinander und sind in den Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Insbesondere wird im asim-Gutachten ausführlich auf das bidisziplinäre Gutachten Bezug genommen und überzeugend dargelegt, weshalb die von Dr. B.____ und Dr. C.____ festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 20% weiterhin Gültigkeit hat. Ferner gibt das asim-Gutachten ausführlich Auskunft über die Funktionseinbussen und Ressourcen der Beschwerdeführerin und erfüllt damit die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein beweistaugliches Gutachten. Die Beweiskraft der Gutachten wird seitens der Beschwerdeführerin auch nicht in Frage gestellt. Vielmehr macht sie geltend, dass sich ihre gesundheitliche Situation seither zunehmend verschlechtert habe, weshalb eine Überprüfung angezeigt sei. 7.1 Im Rahmen des Einwandverfahrens berichtete der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, am 20. Oktober 2017, dass die Beschwerden in Form von Kopfschmerzen und Migräne zunehmend seien und eine Untersuchung in der G.____ stattgefunden habe, der Bericht aber noch ausstehend sei. Wegen des Schwindels sei sie ferner bei Prof. Dr. med. H.____, FMH Ohren- Nasen- und Halskrankheiten, in Behandlung. Die entsprechenden neuen Untersuchungsberichte seien in die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit miteinzubeziehen. 7.2 Eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lässt sich mit dem Bericht der Neuropsychologin I.____ vom 25. Oktober 2017 nicht begründen. Nach neuropsychologischer Testung vom 19. Oktober 2017 diagnostizierte sie eine nicht quantifizierbare neuropsychologische Störung, ein Meningeom hochfrontoparietal rechts sowie einen Verdacht auf eine behandlungsbedürftige psychopathologische Problematik. Die Versicherte habe über eine Lichtempfindlichkeit berichtet und während der Untersuchung über Kopfschmerzen, Schwindel und Gesichtsschmerzen geklagt. Die allgemeine Aktiviertheit sei deutlich reduziert gewesen und das Arbeitstempo massiv verlangsamt. Die Testergebnisse entsprächen rein formal einer sehr schweren neuropsychologischen Störung, seien aber in sich widersprüchlich und daher nicht verwertbar. Eine Aggravation sei nicht auszuschliessen. Aufgrund der eigen- und fremdanamnestischen Angaben, der Verhaltensbeobachtung und des klinischen Eindrucks sei davon auszugehen, dass eine behandlungsbedürftige psychopathologische Problematik vorliege, welche das Testverhalten überlagert haben dürfte.

E. 8

Auch aus den Berichten des behandelnden Neurologen, Dr. med. J.____, vom 24. Oktober 2017, 23. Oktober 2017, 30. August 2017, 17. Mai 2017, 2. Februar 2017 und 23. September 2016 lässt sich keine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Im

Wesentlichen handelt es sich um protokoll- und stichwortartige Einträge im Patientendossier zu den jeweiligen Konsultationen. Ausführungen zu den Diagnosen oder Befunden sowie eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fehlen dagegen. Zwar führt Dr. J. ____ in seinem Bericht vom 24. Oktober 2017 an die IV-Stelle unter den Diagnosen eine schwere depressive Symptomatik auf. Dabei bezieht er sich auf den Bericht der Neuropsychologin vom 25. Oktober 2017. I. ____ spricht hingegen nicht von einer schweren depressiven Symptomatik, sondern von einer Überlagerung und einem Verdacht auf eine psychische Problematik. Eine objektive neurologische Befunderhebung liegt - wie der RAD am 17. Juli 2018 und 18. Februar 2019 festhielt - vorliegend nicht vor.

E. 9

Ferner kann dem Hausarztbericht von Dr. F. ____ vom 2. Juni 2018 keine massgebende zusätzliche Beeinträchtigung entnommen werden, welche zu einer anderen Beurteilung der gutachterlichen Einschätzung führen würde. Nach wie vor wird von persistierenden Schmerzen im rechten Ellbogen berichtet. Diese wurden bereits im Gutachten der asim vom 31. Dezember 2016 aufgeführt. Der bei der gutachterlichen Untersuchung eingebundene Ellbogen erwies sich aus klinischer Sicht als reizlos und in der Beweglichkeit nicht eingeschränkt. Die röntgenologische Abklärung am 29. September 2017 ergab zum Vergleich zur Voruntersuchung vom 14. Juni 2017 eine unveränderte Ansammlung krümeliger Verkalkungen, unauffällige knöcherne und artikuläre Strukturen und keinen Hinweis auf einen Gelenkserguss. Es waren lediglich diskrete Zeichen einer leichten Synovitis am Oberrand des Caput radii rechts zu sehen. Weiter nannte Dr. F. ____ rezidivierenden Schwindel und tägliche Kopfschmerzen. Gemäss Auskunft von Prof. Dr. H. ____ handle es sich dabei um einen benignen, paroxysmalen Lagerungsschwindel, womit die Versicherte leben müsse (vgl. Bericht vom 26. Januar 2018). Der RAD führte ergänzend dazu aus, dass diese Art Schwindel vorübergehender Natur sei und entweder spontan oder durch gezielte Behandlungsmanöver wieder verschwinde und somit keinen anhaltenden Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit darstelle (vgl. RAD-Bericht vom 17. Juli 2018). Des Weiteren haben die von Dr. med. K. ____, FMH Radiologie, mit Bericht vom 16. Januar 2018 festgestellten erhöhten Leberwerte keine Einschränkungen zur Folge. Psychische Beschwerden werden von Dr. F. ____ nicht erwähnt. Die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% erweist sich schliesslich im Ergebnis als unbegründet.

E. 10

Alles in allem vermögen die neueren medizinischen Berichte und Befunde keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Gutachten der asim vom 31. Dezember 2016 bis zum Verfügungszeitpunkt am 26. März 2019 zu begründen. Folglich bleibt es bei der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20%.

E. 11

Anspruch auf eine Rente besteht ab einem IV-Grad von 40%. Gemäss Haushaltsbericht vom 28. Oktober 2015 ist die Versicherte in der Ausübung der Haushaltsarbeiten zu 5.3% eingeschränkt, was unbestritten ist. Ebenfalls nicht beanstandet wurde der Einkommensvergleich, wonach eine Einschränkung in der Erwerbstätigkeit von 43.09% resultierte. Bei einer Gewichtung von 50% Erwerbstätigkeit ($0,5 \times 43,09$) und 50% Haushalt ($0,5 \times 5,3$) ergibt sich ein IV-Grad von 24.2%, womit kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

E. 12

Soweit die Versicherte mit Beschwerde vom 16. April 2019 eine zusätzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend macht, ist festzuhalten, dass keine neuen medizinischen Berichte vorhanden sind, welche diese Aussage aktuell stützen könnten. Ein pauschaler Verweis auf die behandelnden Ärzte reicht dafür nicht aus. Es bleibt ihr jedoch unbenommen, bei einer relevanten Gesundheitsverschlechterung mit entsprechenden Arztzeugnissen bei der IV-Stelle eine Neuanmeldung vorzunehmen. 13.1 Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Da ihr mit verfahrensleitender Verfügung vom 27. Mai 2019 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist, gehen die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse. 13.2 Die Beschwerdeführerin wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

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