

GR_GERICHTE S 2020 79 vom 1. Dezember 2020

GR Gerichte, 2020-12-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2020_79

FR: GR_GERICHTE S 2020 79 du 1 décembre 2020

IT: GR_GERICHTE S 2020 79 del 1 dicembre 2020

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Im Rahmen einer Abklärung des Regionalen Ärztlichen Dienstes Ost-schweiz (RAD) vom 28. Mai 2014, über welche am 12. Juni 2014 Bericht erstattet wurde, diagnostizierte RAD-Arzt C._____ unter anderem ein mässig bis wenig differenziertes Plattenepithelkarzinom Wange retroman-dibulär links Unter- und Oberkiefer sowie vorbefundlich eine reaktive de-pressive Verstimmung, rasche Ermüdbarkeit und Schwäche im Sinne ei-ner leichten depressiven Episode. Zu den Arbeitsbemühungen von A._____ hielt er namentlich fest, A._____ versuche alles ihr Mögliche, um ausreichend schnell eine berufliche Reintegration durchzuführen. Aller-dings sei dazu anzumerken, dass die körperlichen Belastungen in ihrer Tätigkeit als Reinigungskraft den gegenwärtig ausgeübten durchschnittli-chen 3 Stunden pro Tag wohl höher als sinnvoll und zumutbar seien. Nach vorläufiger Einschätzung sei beispielsweise das Reinigen von Toiletten bei liegender PEG-Sonde nicht zu akzeptieren. Im Fazit ergäben sich Argu-mente gegen die weitere Ausübung der teilschichtig ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft bezüglich Belastung und Hygieneaspekten. Mit Blick auf die vorbefundlich ausgewiesene reaktive depressive Episode führte RAD-Arzt C._____ weiter aus, gewisse depressive Symptome seien auch anlässlich seiner Exploration festzustellen gewesen. Diese seien aber eher einer starken und nachvollziehbaren Müdigkeit aufgrund der zu ho-hen beruflichen Belastung und dem körperlichen Mangelzustand zuzuord-nen. Demgegenüber hielt Dr. med. D._____ in seiner Stellungnahme vom 27. Juni 2014 fest, Reinigungstätigkeiten mit Sonde stellten kein Problem dar, sofern letztere mit einem Verband korrekt abgedeckt werde. Die ak-tuelle Belastung sei zumutbar, auch wenn eine etwas körperlich weniger belastende Arbeit in einem grösseren Prozentsatz wünschenswert sei. Eine weitere Korrekturoperation zur Verbesserung der Mundöffnung sei

- 4 - besprochen worden, werde jedoch von A._____ momentan nicht ge-wünscht.

E. 3.2

Im hier zu beurteilenden Fall ist somit als Vergleichsbasis auf die Verfü-gung vom 14. Januar 2016 abzustellen, mit welcher der Beschwerdefüh-lerin in Anwendung der gemischten Methode (Gewichtung der Anteile Er-werb und Haushalt von 87 % zu 13 %) und infolge der ärztlich ausgewie-senen Unzumutbarkeit der Ausübung einer Erwerbstätigkeit bei einem In-validitätsgrad von 100 % eine ganze Invalidenrente vom 1. April 2014 bis zum 30. Juni 2014 und wiederum ab dem 1. April 2015 zugesprochen wurde. Die Unterbrechung vom 1. Juli 2014 bis zum 31. März 2015 war mit der Durchführung

beruflicher Massnahmen im Sinne von Belastbar- keits- und Aufbautrainings, während derer die Beschwerdeführerin Tag- geldleistungen bezog, begründet (siehe IV-act. 125). Aus medizinischer Sicht erfolgte die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente insbesondere gestützt auf die Berichte von PD Dr. Dr. med. G._____, Facharzt für Mund- , Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Klinik R._____, vom 12. Mai, 15. Juni, 16. Juli und 14. August 2015 (siehe IV-act. 100 und 102 S. 1 ff.) sowie die sich darauf abstützende RAD-Abschlussbeurteilung vom 8. Ok- tober 2015 (siehe IV-act. 133 S. 11 f.). RAD-Arzt C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt darin fest, dass die Beschwerdefüh- rerin ab dem 16. April 2013 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben sei. Am 27. Mai 2013 sei eine grosse Operation mit Luftröhrenschnitt, der Entfer- nung des linken Unterkiefers, dem Ersatz durch ein Wadenbeinteil, einer umfangreichen Entfernung von Weichteilen an der linken Wange bis hin zum Hals, die teils mit einer Hautinsel, die mit dem Wadenbeinteil einge- bracht worden war, gedeckt worden sei. Präoperativ sei ein Sondenzu-

- 16 - gang zum Magen durch die Bauchdecke gelegt worden, über den sich die Beschwerdeführerin ernährt habe. Im April 2015 habe sich die Beschwer- deführerin nach langem Abwägen vor allem wegen der unzureichenden Mundöffnung (6 mm mit hartem Anschlag) aber auch aus ästhetischen Gründen dazu entschlossen, eine umfangreiche Korrekturoperation anzu- treten. Diese sei am 10. April 2015 und am 28. April 2015 in zwei Schritten erfolgt und sei komplikationsbehaftet verlaufen. Es habe sich um eine recht umfangreiche Operation gehandelt, bei der grossflächige Vernarbun- gen im primären Operationsfeld (linker Kiefer, linke Wange und angren- zendes Gewebe) hätten entfernt werden müssen, wodurch schlussendlich ein Weichteildefekt entstanden sei, der wegen des Status nach Bestrah- lung nicht verheilt habe. Die Deckung sei dann mittels Transplantat erfolgt. Dieses habe nur mit durch die Bestrahlung vorgeschädigten Gefässen ver- bunden werden können, was die Durchblutung des Transplantats beein- trächtigt habe. Gemäss vorliegenden medizinischen Unterlagen sei die Ernährung via PEG-Sonde erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe nicht ein- mal kleine Schlucke Flüssigkeit oral zu sich nehmen dürfen. Gemäss Be- richt von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 14. August 2015 habe sich der weitere Heilungsverlauf nicht zufriedenstellend gestaltet. Eine Metallplatte im linken Unterkiefer liege aufgrund der voranschreitenden Atrophie des Weichgewebes zunehmend frei. Narbenbildungen innerhalb des Mund- raumes würden zwar langsam von der Haut bedeckt, aber inzwischen sei eine offene Verbindung von der Mund- zur Kieferhöhle entstanden. Die Mundöffnung sei weiterhin bei 6 bis 7 mm limitiert mit hartem Anschlag. Dennoch esse die Beschwerdeführerin inzwischen breiige und flüssige Kost. In welchem Umfang diese dabei Schmerzen erleide, sei aus den Be- richten nicht eindeutig ersichtlich. Es dürfte aber ein deutliches Schmer- zerleben sein, denn es werde unter anderem von einer Medikation mit Opioiden berichtet. Prospektiv erscheine mindestens eine weitere Opera- tion notwendig mit erneutem Transplantat eines Weichteillappens, der zur besseren Vaskularisierung dieses Mal an Gefässe der rechten Halsseite

- 17 - angeschlossen werden solle. Weiterhin bestehe eine insuffiziente Mun- döpfung. Im Fazit sei bezüglich des Krebsleidens ein erfreulicher Verlauf festzustellen. Gemäss vorliegenden Unterlagen sei seit Frühling 2013 kein Rezidiv aufgetreten. Der wiederholte Versuch, operativ die Folgen der primären Operation funktionell und ästhetisch zu optimieren, sei bisher fehlgeschlagen. Es werde zumindest einer weiteren und umfangreichen Operation bedürfen. Die Beschwerdeführerin befinde sich nun schon seit

Langem in einem körperlich angeschlagenen Zustand nach langen Phasen der Ernährung über eine Magensonde und aktuell zusätzlich Einnahme von Flüssigkeit und Breikost durch den Mund. Dass dieser Verlauf auch im psychischen Bereich Beeinträchtigungen und Depressivität verursache, sei nicht verwunderlich. Eine nennenswerte berufliche Nutzbarkeit sei an und für sich seit Primäroperation bis anhin und prospektiv für lange weitere Monate zu verneinen. RAD-Arzt C. _____ empfahl eine frühe Reevaluation nach anderthalb Jahren mit Einholung der Verlaufsberichte bei PD Dr. Dr. med. G. _____. Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit erachtete er die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ab März 2013.

E. 3.3

In der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2020 bejahte die Beschwerdeführerin das Vorliegen eines Revisionsgrundes, während die Beschwerdeführerin demgegenüber der Ansicht ist, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert habe (siehe Akten der Beschwerdeführerin [Bf-act.] 1 S. 3 ff.). Wie bereits im Einwand vom 6. Mai 2020 (siehe IV-act. 213) bringt sie dazu in der Beschwerde im Wesentlichen vor, ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache Anfang des Jahres 2016 nicht wesentlich verändert, wobei sie hierzu namentlich auf das asim-Gutachten vom 23. Dezember 2019 (siehe IV-act. 205) verweist. Das der Erkrankung zugrundeliegende Beschwerdebild sei immer noch genau gleich, auch wenn sie sich mittlerweile ohne Magensonde ernähren könne. Auch die psychische Stimmungslage habe sich nicht gravierend

- 18 - verändert, zumal aktuell weiterhin eine leichtgradige depressive Episode vorliege. Der Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung sei zwar im Herbst 2015 allenfalls etwas ausgeprägter gewesen, wobei davon auszugehen sei, dass sich dieser bei einer zusätzlichen (Arbeits-)Belastung wieder auf das ursprüngliche Niveau "verstärke". Hinzu komme, dass sowohl die im Jahr 2016 als auch im 2018 durchgeführten Integrationsmassnahmen nicht zielführend gewesen seien, weil keine Integration in den ersten Arbeitsmarkt möglich gewesen sei. Beide Male sei insbesondere die psychische Belastung in sozialen Situationen als Grund für den Abbruch ausschlaggebend gewesen. Jegliche Arbeitsversuche verstärkten die psychische Belastung, weshalb sich der Gesundheitszustand seit dem Jahr 2015/2016 nicht massgeblich geändert habe bzw. dieser keinen gravierenden Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit habe. Dies unter anderem auch deshalb, weil man schon vor der Rentenzusprache im Jahr 2016 die Ansicht vertreten habe, es liege eine Arbeitsfähigkeit von drei bis vier Stunden pro Tag vor. Die starke Entstellung des Gesichtes, welche nach wie vor vorliege, sei bereits damals der Hauptgrund für die Rentenzusprache gewesen. Ausserdem gehe es nicht an, aus einer (seinerzeitigen) Haushaltsabklärung einen sehr schlechten Gesundheitszustand abzuleiten, sei damals doch auf eine solche verzichtet worden.

E. 3.4

In seiner Beurteilung vom 12. Mai 2020 nahm RAD-Arzt M. _____ zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin Stellung. Dabei führte er aus, summarisch habe sich die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache – obwohl die Krebsbehandlung primär gut überstanden worden sei – aufgrund der erheblichen Nebenwirkungen funktioneller, organischer und kosmetischer Art in einem so schlechten

Gesundheitszu- stand befunden, dass an eine Arbeitsaufnahme nicht zu denken gewesen sei. Die Ernährung sei über eine Magensonde (PEG) mit zusätzlicher ora- ler Breikost erfolgt. Es habe sich eine Mund-Antrum-Fistel gebildet und weitere Operationen seien geplant gewesen. Der (damalige) sehr

- 19 - schlechte Gesundheitszustand bzw. Allgemeinzustand habe sich auch in der Haushaltsabklärung (vom 12. März 2020; siehe IV-act. 210) wiederge- spiegelt. Der "neue" Gesundheitszustand sei trotz der mit Sicherheit im- mer noch vorhandenen kosmetischen Einschränkung gebessert. Die Ernährung erfolge jetzt ausschliesslich oral, wobei sie sich mühselig ge- stalte und viel Zeit brauche. Die Fistel sei nicht mehr nachweisbar. Sicher- lich weiterhin Bestand hätten die sichtbaren und zum Teil unsichtbaren Folgen der Operation, Behandlung, Endoprothetik usw. Diese Limiten wür- den durch die Gutachter fair und seriös aufgeführt. Die Zeit der grossen, schwierigen und intensiven Operationen sei vorbei, wobei weiterhin Be- handlungsbedarf im Bereich der Psyche und ORL bestehe. Auch die be- handelnden HNO-Ärzte würden grundsätzlich eine Besserung mit Teilar- beitsfähigkeit sehen. Aus Sicht des RAD sei eine Besserung ausgewiesen (siehe IV-act. 226/28 f.)

E. 3.5

Seit der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs, welche mit Ver- fügung vom 14. Januar 2016 zur Zusprache einer ganzen Invalidenrente führte, sind insbesondere folgende wesentlichen (Fach-)Arztbe-richte ak- tenkundig:

E. 3.5.1

Mit Bericht vom 20. Dezember 2016 hielt Dr. med. D._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie und Chefarzt an der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals-, Oral-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Spitals S._____ fest, der Beschwerdeführerin gehe es ganz erfreulich. Die Weichteilschwellung submandibulär nehme weiter ab. Sie esse zweimal täglich und empfinde die Lebensqualität hierdurch deutlich besser. Auch spreche sie viel deutli- cher und fühle sich etwas energiegeladener als bisher. Zudem bestehe eine unveränderte Mundöffnung von maximal 3 cm. Sonographisch be- stehe kein Hinweis auf ein regionäres Tumorzidiv. Es präsentiere sich ein erfreulicher Verlauf mit deutlicher klinischer Besserung und Stabilisie- rung der psychischen Situation (siehe IV-act. 146 S. 22 f.).

- 20 -

E. 3.5.2

Am 6. April 2017 berichtete Dr. med. K._____, Facharzt für Oto-Rhino-La- ryngologie und Oberarzt in der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals-, Oral-, Kie- fer- und Gesichtschirurgie des Spitals S._____, die Beschwerdeführerin sei seit der letztmaligen Tumornachsorge mehrmals aufgrund einer oroan- tralen Fistel mit abszedierendem Infekt in Behandlung gewesen. Die dies- bezüglichliche Situation habe sich in der Zwischenzeit stabilisiert. Die perorale Nahrungsaufnahme klappe nun wieder gut mit stabilem Gewichtsverlauf, wobei für die Mahlzeiten viel Zeit gebraucht werde. Auch hinsichtlich der Psyche habe sich der Zustand wieder stabilisiert. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin tumorfrei (siehe IV-act. 142 S. 9 und IV-act. 143 S. 9).

E. 3.5.3

Auch die Hausärztin Dr. med. B._____ wies mit Verlaufsbericht vom 17. Mai 2017 auf eine im Februar 2017 festgestellte Fistelbildung enoral bis Sinus maxillaris links mit abszedierendem Infekt hin und führte dazu aus, die Beschwerdeführerin könne ihr Gewicht halten, brauche aber bei eingeschränkter Mundöffnung viel Zeit für die Nahrungsaufnahme. Ausserdem bestehe eine Fazialisparese mit insuffizientem Lidschluss. Dr. med. B._____ diagnostizierte zudem eine Depression (siehe IV-act. 143 S. 1).

E. 3.5.4

PD Dr. Dr. med. G._____ führte mit Verlaufsbericht vom 19. Juli 2017 bei den bekannten Diagnosen aus, die funktionellen Einschränkungen aufgrund diverser Operationen und der Bestrahlung mit Vernarbungen seien zeitweise beträchtlich. Die Mundöffnung könne aktuell auf ca. 24 mm gehalten werden. Postoperativ sei eine Fazialisparese links vorhanden mit inkomplettem Augenschluss und Schwäche der gesamten mimischen Muskulatur links. Eine periorale Nahrungsaufnahme sei nun wieder möglich. Die Beschwerdeführerin habe auch deutlich in der Sprache gebessert und sei psychisch entsprechend wieder deutlich aktiver und positiver eingestellt. Im Grossen und Ganzen sei aber die Tumorerkrankung und deren Folgen funktionell einschränkend. Die Möglichkeit einer Arbeitsaufnahme müsste mit einem Arbeitsmediziner diskutiert werden. Aus Sicht der ge-

- 21 - samt der körperlichen Situation wäre dies sicherlich möglich. Natürlich sei die Beschwerdeführerin im täglichen Ablauf eingeschränkt, so beispielsweise bei der Nahrungsaufnahme, weshalb eine normale Arbeitstätigkeit mit einem Mensa-Betrieb nicht zumutbar sei. Grundsätzlich sei eine tägliche Arbeit während mehrerer Stunden durchaus möglich. Die Beschwerdeführerin fühle sich sicherlich durch die ästhetische Beeinträchtigung des Gesichts hinsichtlich einer Integration in ein Arbeitsumfeld mit mehreren Mitarbeitenden eingeschränkt und handicapiert, was von dieser mit einem Arbeitsmediziner besprochen werden müsste (siehe IV-act. 146 S. 3).

E. 3.5.5

Am 4. Oktober 2017 berichtete Dr. med. D._____, die Beschwerdeführerin klagt über die üblichen Beschwerden (vermehrte Müdigkeit nach körperlicher Tätigkeit oder längerem Sprechen und Ernährung hauptsächlich über die rechte Mundhöhle). Das Körpergewicht sei stabil bei 71 kg. Klinisch und sonographisch präsentiere sich eine lokoregionär tumorfreie Patientin in stabilem Allgemeinzustand. Sie sei beruhigt, dass der zwischenzeitliche Infekt vollständig abgeheilt sei (siehe IV-act. 158).

E. 3.5.6

RAD-Arzt Dr. med. L._____ erblickte in seiner Abklärung vom 1. November 2017 Hinweise für eine Verbesserung des Gesundheitszustands seit Herbst 2015, als dieser noch in einem Ausmass reduziert gewesen sei, dass keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe, insbesondere in der von den Behandlern ausgewiesenen Verbesserung des Allgemeinzustands und der psychischen Befindlichkeit. Zudem habe sich die perorale Nahrungsaufnahme eingespielt und die Kiefersperre gebessert. Gemäss Bericht vom 23. November 2017 diagnostizierte Dr. med. L._____ anlässlich des Untersuchens neben dem ausgedehnten mässig differenzierten Plattenepithelkarzinom mit persistierenden Beschwerden enoral, im Mandibular- und Kiefergelenksbereich bzw. einer Sicca-Symptomatik am linken Auge mit Fazialisparese sowie einem Kraft-/Energiedefizit bei rascher Ermüdbarkeit, eine reaktive depressive Verstimmung, gegenwärtig im

Ausmass einer leichtgradigen depressiven Episode, sowie rezidivierende Kopfschmerzen vom Typ Spannungskopfschmerz. Dazu hielt er im Wesentlichen fest, insgesamt habe sich die Beschwerdeführerin erstaunlich gut von den massiven Eingriffen erholt und es bestehe Tumorfreiheit. Indessen leide sie nach wie vor an vielerlei Beschwerden lokaler, allgemein-somatischer und psychischer Art: Enoral und im Zungenbereich habe sie Schmerzen vor allem beim Kauen und längeren Sprechen, ausserdem ein dauerndes, in der Intensität variables Brennen. Im Mandibular- und Kiefergelenkbereich bestünden ebenfalls zum Teil sprech- und kauabhängige Beschwerden. Im künstlichen Kiefergelenk habe sie ein Unsicherheits- bzw. Instabilitätsgefühl. Die Fazialisparese sei mit unvollständigem Lidschluss und trocken-gereiztem Auge verbunden, was regelmässige Gel- und Tropfenbehandlung erfordere. Seit Februar 2017 störe sie ausserdem das sich ständig aus der Kieferhöhlenfistel entleerende Sekret. Sie denke nach anfänglichem Zögern nun jetzt ernsthaft an eine chirurgische Sanierung. Allgemein leide sie an einem Energie- und Kraftdefizit und beklage rasche Ermüdbarkeit, was Spaziergänge über anderthalb Stunden noch schwierig mache. Ihre Stimmungslage habe sich gegenüber 2015 verbessert. Sie brauche gegenwärtig weder eine psychiatrische Behandlung noch Antidepressiva. Immer noch bestehe indes eine leichtgradige Niederstimmung im Ausmass einer leichten depressiven Episode. Insbesondere habe die Beschwerdeführerin den Knick in ihrer Lebenslinie noch keineswegs überwunden. Sie leide an den entstellenden Narben und Weichteiltransplantaten. Sie imponiere phänomenologisch "dysmorphophob", wobei der Begriff im Zusammenhang mit der in Tat kompromittierten Physiognomie nicht angezeigt sei. Aus rein objektiver Sicht könne die Beschwerdeführerin im Teilpensum leichte Arbeit leisten, wobei zum Aufbau einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ein sorgfältiger Aufbau im Rahmen einer geschützten Integrationsmassnahme erforderlich sei (siehe IV-act. 151 S. 5 f.).

- 23 -

E. 3.5.7

Auf Anfrage der IV-Stelle wies PD Dr. Dr. med. G. _____ mit Bericht vom 12. Januar 2018 eine persistierende Mund-Antrum-Fistel links, eine post-radiogene Mundtrockenheit, eine reduzierte Mundöffnung und eine Fazialisparese links mit inkomplettem Lidschluss aus. Dazu hielt er fest, es zeige sich erfreulicherweise, dass sich die Nasennebenhöhlen absolut reizlos darstellten und auch keine Sekretansammlung aufwiesen. Klinisch sei zwar noch eine kleine Mund-Antrum-Fistel vorhanden, wobei diese die Beschwerdeführerin in ihrem täglichen Leben angeblich nicht störe. Sie könne frei essen und schlucken und habe nur beim Vornüberneigen des Kopfes zeitweise etwas Ausfluss über die Nase. Die Beschwerdeführerin habe sich klar geäussert, dass sie sich durch diese Fistel nicht gestört fühle, weshalb von einer Intervention abzusehen sei. Die Hauptbeschwerden seien die Mundtrockenheit und die Schmerzen im Bereich der Kau-muskulatur, des Mundbodens und des Zungengrundes als Folgen der Bestrahlung und komplexen Operationen. Er habe mit der Beschwerdeführerin ausführlich besprochen, dass eine Verbesserung der aktuellen Situation nicht zu erwarten sei, dass sie sich aber im Klaren darüber sein müsse, dass sie jetzt eine vernünftige Lebensqualität habe, da sie eine akzeptable bzw. vernünftige Mundöffnung (stabil bei 26 mm) habe, welche ihr erlaube, sich vollständig peroral zu ernähren. Natürlich seien der Schluck- und Kauakt verlangsamt im Vergleich zur Normalbevölkerung, jedoch sei die Ernährung genügend, so dass auf eine Magensonde ver-

zichtet werden könne. Die Schmerzen im Mundboden und Zungengrundbereich seien sicherlich Folgen der Vernarbungen und evtl. der Mundtrockenheit, wobei es häufig zu Mikrorissen in der Schleimhaut kommen könne mit entsprechend brennenden Schmerzen. Aber auch hier könne lediglich mit viel Flüssigkeit der Mundtrockenheit entgegengewirkt werden. Eine Verbesserung sei nicht (mehr) zu erwarten. PD Dr. Dr. med. G._____ hielt es für sinnvoll, wenn die Beschwerdeführerin einen Arbeitseinsatz von ca. 20 bis 30 % initial aufnehmen könnte, um mehr Selbstsicherheit und eine Tagesstruktur zu erhalten. Grundsätzlich sei die Beschwerdefüh-

- 24 - rerin auch dazu bereit, schrittweise in den Berufsalltag zurückzukehren. Aufgrund der Mundtrockenheit riet PD Dr. Dr. med. G._____ von einem Arbeitsumfeld ab, bei welchem die Beschwerdeführerin Staub oder Trockenheit ausgesetzt wäre. Des Weiteren sollte sie auch keine sprechende Tätigkeit ausüben, da durch das häufige Sprechen die Schmerzen im Bereich des Mundbodens und des Zungengrundes eher noch verstärkt würden (siehe IV-act. 156).

E. 3.5.8

Am 20. Februar 2018 berichtete Dr. med. D._____, die Beschwerdeführerin sei nach wie vor sehr durch ihr Körperbild und ihre Beschwerden beeinträchtigt, so dass sie sich selber kaum etwas zutraue, obwohl sie grundsätzlich dazu in der Lage wäre. Zu vielen Vorschlägen habe sie kritische Einwände. Die verständlicherweise sehr anspruchsvolle Situation habe sie leider noch nicht verarbeiten können. Es verlasse sie immer wieder der Mut für eine Beschäftigung, die ihr eine Struktur in ihrem ansonsten doch sehr offenen Alltag bringen würde. Dies habe noch besser geklappt, als sie für die finanzielle Unterstützung ihres Sohnes verantwortlich gewesen sei. Seither gelinge es ihr wesentlich schlechter, mit ihrer eigenen Situation umzugehen (siehe IV-act. 183 S. 6 f.).

E. 3.5.9

In seinem Bericht vom 26. Juni 2018 hielt Dr. med. D._____ fest, der Beschwerdeführerin gehe es erfreulich gut. Sie mache seit langem wieder einen aufgestellten Eindruck und scheine ihre aktuelle Lebenssituation wieder besser bewältigen zu können. Konstante Schmerzen bestünden keine und sie esse täglich zwei Mahlzeiten. Dafür brauche sie deutlich mehr Zeit als früher. Die Kost sei weicher und das Körpergewicht mit 71 kg tendenziell zunehmend. Zum HNO-Status führte Dr. med. D._____ unter anderem aus, enoral präsentiere sich eine reizlose Schleimhaut, ebenso eine unauffällige Haut der Hautlappen mit intakten Narben. Es bestehe keinerlei Fistel- oder Retentionstaschenbildung. Die Mundöffnung sei deutlich besser als vor Monaten und ermögliche der Beschwerdeführerin auch eine vernünftige Kaufunktion. Insgesamt liege eine erfreulich gute

- 25 - Lebensqualität in einem klinischen und sonographisch lokoregionär tumorfreien Zustand vor (siehe IV-act. 183 S. 9).

E. 3.5.10

Auch am 19. September 2018 berichtete Dr. med. D._____, dass es der Beschwerdeführerin weiterhin erfreulich gut gehe. Durch den Arbeitsversuch bei N._____ habe sich ihre Moral und ihr Selbstbewusstsein zunehmend verbessert. Sie habe keinerlei Dauerschmerzen und die Ernährung erfolge unverändert mit weicher Nahrung bei stabilem Körpergewicht. In den letzten drei Monaten habe sich eine konstant verbesserte Lebensqualität bei klinisch

und sonographisch tumorfreiem Zustand eingestellt. Dr. med. D._____ befürwortete eine Weiterbeschäftigung im gleichen Projekt, da die Beschwerdeführerin erstmals in sich selber und die kleinen zu bewältigenden Aufgaben Vertrauen schöpfe, was sich direkt auf ihre Lebensqualität und ihr Krankheitsgefühl positiv auswirke. Es werde grundsätzlich herausfordernd, sie in den normalen Arbeitsprozess zu reintegrieren (siehe IV-act. 183 S. 11).

E. 3.5.11

Mit Bericht vom 22. Januar 2019 wies die Hausärztin Dr. med. B._____ wiederum einen stationären Gesundheitszustand aus, wobei sie in funktioneller Hinsicht festhielt, der linke Kiefer drücke auf die Ohren und das Gesicht, welches entstellt sei. Zudem bestünden Magenschmerzen, ein reduziertes Selbstwertgefühl und Müdigkeit. Die Beschwerdeführerin könne eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt nicht vertragen. Sie könne nur stundenweise arbeiten und sei gesundheitlich nicht stabil (siehe IV-act. 183 S. 1 bis 5).

E. 3.5.12

In seinem Verlaufsbericht vom 29. Januar 2019 hielt Dr. med. D._____ zu den funktionellen Auswirkungen des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin fest: Letztere sei durch die kosmetische Störung mit der partiellen Fazialisparese und den offensichtlichen Narben mit Lappen im Gesichtsbereich stark gehemmt, sich in fremder Umgebung aufzuhalten. Die Ernährung gestalte sich sehr mühselig und brauche viel Zeit. Die Verar-

- 26 - beitung der Krankheit sowie des gestörten Selbstbildes beeinträchtige die Beschwerdeführerin nach wie vor. Die mehrmaligen Operationen und die zusätzliche Radiotherapie hätten zu einem Fatigue-Syndrom geführt, welches die Beschwerdeführerin nur beschränkt bewältigen könne. In diesen Bereichen liege weder eine Verschlechterung noch Verbesserung vor. Die Beschwerdeführerin werde regelmässigen, bezahlten und leistungsorientierten Aufgaben nicht gewachsen sein. Indes würde sie von einer Teilzeitbeschäftigung mit strukturiertem Alltag sicher profitieren. Eine leistungsabhängige Aufgabe in der Privatwirtschaft werde möglicherweise angesichts der beschriebenen Erschwernisse eher schwierig. Die Anforderungen müssten beschränkt und zeitlich limitiert sein (siehe IV-act. 186).

E. 3.5.13

Im polydisziplinären asymmetrischen Gutachten vom 23. Dezember 2019 stellten die Gutachterinnen und Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Alveolarkammkarzinom (Wange und Alveolarfortsatz) links (ICD-10 C06.0) und in der Folge eine Ankylose des Kiefergelenks und Mundöffnungsbehinderung links bei Status nach Radiotherapie (ICD-10 T66), eine Sialopenie (ICD-10 K11.9), eine Fazialisparese links (ICD-10 T14.4) bzw. House-Brackmann Grad IV-V, eine Luxation des Prothesenkopfes nach Rekonstruktion des Kiefergelenks links (ICD-10 S03.0), eine Okklusionsstörung mit Mittellinienverschiebung nach links (ICD-10 K07.4), eine Insomnie sowie eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0). In der Konsensbeurteilung führten sie dazu aus, die Fistel zur Kieferhöhle sei nicht mehr nachweisbar, was eine Verbesserung darstelle. Es persistierten aber eine verkürzte Zahnreihe im Ober- und Unterkiefer links sowie eine ungenügende okklusale Abstützung der rechten Kieferhälfte mit dadurch nachvollziehbar erschwertem Kauen. Die Beschwerdeführerin benötige deshalb und auch wegen des inkompetenten Mundschlusses (mitbedingt durch die Fazialisparese)

und wegen der Sialadenopatie (reduzierter Speichelfluss) mehr Zeit für die Nahrungsaufnahme. Es persistierten aus HNO-ärztlicher Sicht ferner eine Fazialisparese links

- 27 - Grad IV-V. Die dadurch bedingte Asymmetrie des Gesichtes habe eine asymmetrische Dynamik der mimischen Muskulatur beim Sprechen zur Folge. Äusserlich sei eine deutlich sichtbare Gesichtasymmetrie vorhanden mit sichtbaren Narben und einem teilweise sichtbaren Lappen im Sinne eines Gewebeplus. Auch mit Anstrengung sei der Augenschluss nicht ganz vollständig möglich. Zudem sei die Mundöffnung eingeschränkt, weshalb die Beschwerdeführerin unverändert länger zum Essen brauche und bewusst schlucken müsse, damit es nicht zu einer nasalen Regurgitation komme, was offensichtlich nur sehr selten der Fall sei. Die Beschwerdeführerin sei dadurch in der Kommunikation mit ihren Mitmenschen sowie in der sozialen Interaktion deutlich eingeschränkt, was sie psychisch am meisten belastet. Sie beschreibe auch ein Erschöpfungsgefühl. Eine klassische Cancer-related Fatigue könne nicht diagnostiziert werden. Die Müdigkeit tagsüber und eine berichtet verkürzte Konzentration erklärten sich primär durch die Insomnie. Obwohl sich die bisherigen Behandlungen in erster Linie somatisch orientierten, sei unverkennbar von einer erheblichen psychischen Belastung auszugehen, die sich durch die Grundkrankheit, die belastende Behandlung, die lange Ungewissheit über die weitere Prognose und die persistierenden Einschränkungen sowohl physisch wie bezüglich Selbstbild, sozialer Interaktion und Kommunikationsfähigkeit zwanglos normalpsychologisch herleiten lasse, bei gesunder Grundpersönlichkeit mit guten Ressourcen und früher fehlenden psychiatrischen Auffälligkeiten. Aktuell könne von einer leichtgradigen depressiven Episode ausgegangen werden, wobei der Schweregrad früher durchaus auch wesentlich ausgeprägter gewesen sei. So werde zum Beispiel im Austrittsbericht Psychosomatik der Klinik Q. _____ vom 15. Dezember 2015 eine akute schwere (reaktive) depressive Störung diagnostiziert, die sich im Verlauf dann auf das aktuelle Niveau einer leichten Depression eingependelt habe. Es sei anzunehmen, dass sich unter zusätzlicher Belastung die depressive Symptomatik wieder verstärken könne. Aufgrund der Gesamtsituation sei von einer deutlichen Belastung in sozialen Situa-

- 28 - tionen (Konfrontation mit anderen Menschen) auszugehen, so dass ganztägige soziale Exponiertheit die psychische Situation klar verschlimmern könne und eine gewisse Ruhe-/Rückzugsmöglichkeit gegeben sein müsse (siehe IV-act. 205 S. 6 f.). Spezifisch zur (wesentlichen) Veränderung des Gesundheitszustands seit dem letzten materiellen Entscheid befragt, antworteten die Gutachterinnen und Gutachter in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung, dass der chronische Infekt im Bereich der linken Kieferhöhle dank spontanem Verschluss der oroantralen Fistel abgeklungen sei. Die Nahrungsaufnahme werde dadurch bequemer und beanspruche weniger Zeit. An der Grundproblematik und den übrigen persistierenden Folgen der Erkrankung und ihrer Behandlung habe sich aber nichts Relevantes verändert (siehe IV-act. 205 S. 12). Insgesamt wiesen sie ein detailliertes Belastungsprofil aus (siehe IV-act. 205 S. 9 ff.) und gingen aus interdisziplinärer Sicht von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 3 Stunden pro Tag in bisheriger und adaptierter Tätigkeit ab Beurteilungszeitpunkt aus, sofern die qualitativen Limiten strikte eingehalten würden (siehe IV-act. 205 S. 11). 3.6.1. Im vorliegenden Fall geht in Würdigung der vorerwähnten (fach-)ärztlichen Stellungnahmen aus dem Vergleich der sich auf den Verfügungszeitpunkt am 19. Mai 2020 beziehenden medizinischen Situation und derjenigen, wie sie sich anlässlich der Verfügung vom 14. Januar 2016 präsentierte, für den

hier massgebenden Zeitraum ein mit Blick auf die Befundlage verbesserter Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hervor. Zwar hielten die asim-Gutachterinnen und -Gutachter in der Konsensbeurteilung vom 23. Dezember 2019 fest, abgesehen vom spontanen Verschluss der oroantralen Fistel mit positiven Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme habe sich an der Grundproblematik und den übrigen persistierenden Folgen der Erkrankung nichts Relevantes verändert (siehe IV-act. 205 S. 12 und vorstehende Erwägung 3.5.13). Bei einer genaueren Betrachtung der aktenkundigen Befundlage hält diese pauschale und nicht weiter begrün-

- 29 - dete Aussage jedoch nicht vor der gesamten ärztlich ausgewiesenen medizinischen Sachlage Stand. Zwar ist zweifellos nachgewiesen, dass die ästhetischen Einschränkungen infolge der zahlreichen komplexen Operationen und Behandlungen damals wie auch aktuell nicht nur zu einer sichtbaren, kompromittierten Physiognomie des Gesichts und des Halses, sondern auch zu unsichtbaren, sich auf die Psyche der Beschwerdeführerin auswirkenden Folgen führten, welche funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen (vgl. insbesondere das interdisziplinäre Belastungsprofil im asim-Gutachten vom 23. Dezember 2019 [IV-act. 205 S. 9 ff.]). Während sich im Jahr 2015 nach dem erfolglosen Versuch, einen grossen Weichteildefekt mittels vaskularisiertem Transplantat abzudecken (vgl. Bericht von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 12. Mai 2015 [IV-act. 100]), mit einer stattgefundenen Lappennekrose, einer sich gegen aussen hin gebildeten Fistel sowie einer zunehmend frei gelegenen Unterkieferplatte ein kritischer fazialer Zustand präsentierte (vgl. dazu Berichte von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 15. Juni 2015 [IV-act. 102 S. 1 f.], 16. Juli 2015 [IV-act. 102 S. 3] und 14. August 2015 [IV-act. 102 S. 4]), welcher letztlich erneut operativ behandelt werden musste (vgl. Bericht von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 15. Oktober 2015 [IV-act. 146 S. 6 f.]), leidet die Beschwerdeführerin heute noch an der mutilierten linken Gesichtshälfte mit einer deutlich sichtbaren Gesichtasymmetrie und sichtbaren Narben sowie einem teilweise sichtbaren Gewebelappen (vgl. Konsensbeurteilung im asim-Gutachten vom 23. Dezember 2019 [IV-act. 205 S. 6 f.] und im Speziellen HNO-ärztliches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 62 f.] und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgisches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 81 f.], vgl. ferner Verlaufsbericht von Dr. med. D._____ vom 29. Januar 2019 [IV-act. 186]). Mit Blick auf die Fazialisparese hielt der HNO-Gutachter des asim fest, diese sei heute wie damals unverändert (IV-act. 205 S. 64, vgl. ferner Austrittsbericht der Physiotherapie der Klinik Q._____ vom 9. November 2015 [IV-act. 146 S. 9 f.] zur damaligen Situation mit einer stark eingeschränkten Motorik der fazialen Muskulatur und

- 30 - dem unvollständigen Lidschluss bzw. Berichte von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 19. Juli 2017 [IV-act. 146 S. 2] und 12. Januar 2018 [IV-act. 156], den RAD-Abklärungsbericht von Dr. med. L._____ vom 23. November 2017 zur Abklärung vom 1. November 2017 [IV-act. 151] sowie Bericht von Dr. med. D._____ vom 29. Januar 2019 [IV-act. 186] zur aktuellen Situation). 3.6.2. Indes weisen die asim-Gutachterinnen und -Gutachter mit Blick auf die oroantrale Fistelbildung eine klare Verbesserung aus, welche sich insbesondere auch auf die Nahrungsaufnahme auswirke, indem sie diese beschleunige und bequemer mache (vgl. Konsensbeurteilung [IV-act. 205 S. 12] und im Speziellen auch HNO-ärztliches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 63 f.] bzw. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgisches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 81 und 83]). Bereits zuvor hatten sich verschiedene behandelnde Ärzte zu der im Februar 2017 festgestellten Fistelbildung enoral bis Sinus maxillaris links mit abszedierendem Infekt geäussert (vgl. etwa Bericht

von Dr. med. K._____ vom 6. April 2017 [IV-act. 142 S. 9] und Ver- laufsbericht von Dr. med. B._____ vom 17. Mai 2017 [IV-act. 143]). Dazu hielt insbesondere PD Dr. Dr. med. G._____ mit Bericht vom 12. Januar 2018 fest, klinisch sei zwar noch eine kleine Mund-Antrum-Fistel vorhan- den, diese störe die Beschwerdeführerin in ihrem täglichen Leben indes angeblich nicht. Sie könne frei essen und schlucken und habe nur beim Vornüberneigen des Kopfes zeitweise etwas Ausfluss über die Nase. Die Beschwerdeführerin habe sich klar geäußert, dass sie sich durch diese Fistel nicht gestört fühle, weshalb von einer Intervention abzusehen sei (siehe IV-act. 156). Dr. med. D._____ stellte in seinem Bericht vom 26. Juni 2018 fest, es bestehe keinerlei Fistel- oder Retentionstaschenbil- dung (siehe IV-act. 183 S. 9). Insofern präsentierte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung mit der nicht mehr nachweisbaren Fistel ein im Vergleich zur Situation, wie sie sich anlässlich der ursprünglichen Renten- zusprache bot, deutlich verbesserter Gesundheitszustand. Denn damals

- 31 - hatte sich neben der sich vom Mund gegen aussen hin gebildeten Fistel, welche im Bereich der linken Kinnregion erkennbar geworden war (vgl. Bericht von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 16. Juli 2015 [IV-act. 102 S. 3]), zusätzlich infolge der Vernarbungen enoral, welche die Kieferhöhle eröff- net hatte, eine persistierende Mund-Antrum-Fistel gebildet (vgl. Bericht von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 14. August 2015 [IV-act. 102 S. 4]). 3.6.3. Mit Blick auf die Nahrungsaufnahme von Relevanz ist die bei der Be- schwerdeführerin ebenfalls vorliegende verminderte Mundöffnung. Ob- schon die Ernährung dadurch nach wie vor mehr Zeit benötigt und die Be- schwerdeführerin bewusst schlucken muss (vgl. Konsensbeurteilung [IV- act. 205 S. 7] sowie HNO-ärztliches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 59 und 62] und Bericht von Dr. med. B._____ vom 17. Mai 2017 [IV-act. 143]), präsentiert sich aktuell eine akzeptable Mundöffnung zwischen knapp 2 bis 3 cm (vgl. Bericht von Dr. med. D._____ vom 20. Dezember 2016 [IV- act. 146 S. 23], Berichte von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 19. Juli 2017 [IV-act. 146 S. 2] sowie HNO-ärztliches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 61]), welche es der Beschwerdeführerin erlaubt, sich vollständig peroral zu ernähren (vgl. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgisches Teilgutachten [IV- act. 205 S. 77], Berichte von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 12. Januar 2018 [IV-act. 156] und 19. Juli 2017 [IV-act. 146 S. 2 f.], Bericht von Dr. med. D._____ vom 26. Juni 2018 [IV-act. 183 S. 9] und RAD-Ab- klärungsbericht von Dr. med. L._____ vom 23. November 2017 [IV- act. 151 S. 1], vgl. ferner Begutachtungsteil der fallführenden Ärztin [IV- act. 205 S. 42] und psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 47], wo- nach die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben zweimal am Tag esse, wobei sie am Abend häufig Fleisch, Linsen oder Gemüse koche [IV- act. 205 S. 49]). Demgegenüber bestand seinerzeit infolge des Tumorlei- dens ein ausgeprägter Trismus, im Anschluss an die Radio-Chemothera- pie eine Ankylose des linken Kiefergelenks und nach den beiden im April 2015 vorgenommenen Operationen aufgrund der verstärkten Vernarbung

- 32 - gar nur noch eine Mundöffnung von 3 mm, was die Nahrungsaufnahme für die Beschwerdeführerin praktisch verunmöglichte (vgl. Kurzaustrittsbe- richt vom 18. Mai 2013 [IV-act. 20 S. 7], Bericht von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 16. Juli 2015 [IV-act. 102 S. 3] sowie Mund-, Kiefer- und Ge- sichtschirurgisches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 77]). Auch wenn die im September und Oktober 2015 durchgeführten Rekonstruktions- und Revi- sionsoperationen das Ziel verfolgten, eine Mundöffnung von mind. 20 mm zu erreichen und erhalten, und die Beschwerdeführerin dadurch auch tatsächlich zunehmend auf eine perorale Ernährung anstelle der PEG- Sonden-Ernährung umstellen konnte (vgl.

Bericht von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 15. Oktober 2015 [IV-act. 146 S. 6 f.] und Austrittsbericht aus der Klinik Q._____ von Dr. med. H._____ und Dr. I._____ vom

E. 3.7

Da die Beschwerdegegnerin somit insgesamt zu Recht auf eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin schloss, ist nicht zu beanstanden, wenn sie das Vorliegen eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG bejahte. Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich dagegen vorbringt, dass sie in Kürze 55 Jahre alt werde und die Renten- revision gerade noch kurz vorher durchgeführt worden sei, damit überhaupt eine Rentenkürzung habe vorgenommen werden können, was nicht sonderlich fair sei, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Abgesehen da- von, dass das Alter einer Überprüfung des Rentenanspruchs per se grundsätzlich nicht entgegensteht, ist vorliegend nicht ersichtlich, dass ein übermässiger Eingliederungsbedarf bestünde bzw. solche Massnahmen angesichts der mangelnden subjektiven Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. Abklärungsbericht Haushalt vom 13. Februar bzw.

E. 4

Mit Mitteilungen vom 6. Oktober, 22. Dezember 2014 und 23. Februar 2015 gewährte die IV-Stelle A._____ ein Aufbautraining vom 1. September 2014 bis zum 31. März 2015 bei der E._____ zur Wiedererlangung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der bisherigen Arbeit als Reinigungsan- gestellte, wobei ursprünglich vereinbart wurde, die Präsenzzeit im Verlauf von 3 auf 6 Stunden an mindestens 4 Tagen pro Woche bis zum 30. November 2014 zu steigern. Die Vereinbarung wurde im November 2014 und im Februar 2015 an den Verlauf der Integrationsmassnahme angepasst. Im letzten Einsatzmonat erreichte A._____ eine Präsenz von 5 Stunden an 5 Tagen die Woche.

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin geht unbestrittenermassen keiner Erwerbstätig- keit nach. Während die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen im Vorbescheid vom 1. April 2020 noch auf der Grundlage des in der ange- stammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Reinigungsangestellte er- zielbaren Einkommens bemessen hatte (siehe IV-act. 211 S. 2 und IV- act. 213 S. 5), berechnete sie es in ihrer Stellungnahme zum beschwerde- führerischen Einwand in der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2020 anhand der Tabellenlöhne gemäss der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik (BfS) aus dem Jahre 2016, was (vorerst) einen Betrag von CHF 20'855.83 ergab (vgl. angefochtene Verfügung [IV- act. 216 S. 4 f.]). Dies weil die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitstätig sei und eine neue Arbeitsstelle suchen müsse. Die Beschwerdeführerin hält letzterem Ansatz in der Beschwerde entgegen, das Invalideneinkom- men habe sich gestützt auf den Vorbescheid am früheren tatsächlich er- zielten Einkommen als Reinigungsangestellte zu orientieren, zumal gemäss Gutachten anscheinend auch diese Tätigkeit – mit unzähligen Einschränkungen – möglich sein soll. Zudem sei darauf ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen, weil sich die unzähligen Einschränkungen sowohl als Reinigungsangestellte als auch in einer anderen Tätigkeit niederschla- gen würde.

E. 4.2

Nach der Rechtsprechung ist das Invalideneinkommen so konkret wie möglich zu ermitteln. Deswegen wird primär von der konkreten beruflich- erwerblichen Situation der versicherten Person ausgegangen. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass

sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person

- 41 - nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können für die Festsetzung des Invalideneinkommens insbesondere die LSE-Tabellelöhne herangezogen werden (vgl. BGE 143 V 295 E.2.2, 135 V 297 E.5.2 und 129 V 472 E.4.2.1). Wenn die zu vergleichenden Erwerbseinkommen (Art. 16 ATSG) ziffernmässig nicht genau ermittelbar sind, darf eine Schätzung mittels Prozentvergleich erfolgen (siehe BGE 114 V 310 E.3a, 104 V 135 E.2b). Der Prozentvergleich kommt also namentlich zur Anwendung, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist somit insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 Prozent (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_285/2020 vom 15. September 2020 E.4.1 und 9C_228/2019 vom 27. August 2019 E.4.1). Der Invaliditätsgrad stimmt alsdann grundsätzlich mit der prozentualen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überein. Eine solche Übereinstimmung des Invaliditätsgrades (im Erwerbsbereich) mit der prozentualen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liegt auch dann vor, wenn für das Validen- und Invalideneinkommen der gleiche Ansatz gilt (so etwa Urteile des Bundesgerichtes 9C_274/2020 vom 5. November 2020 E.4.1 und 5.4, 8C_473/2014 vom 7. Oktober 2014 E.4, 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E.3.5 und 9C_22/2014 vom 18. Februar 2014 E.3.1). Vom eigentlichen Prozentvergleich im Sinne von BGE 114 V 310 E.3a und 104 V 135 E.2b ist aber diejenige Konstellation zu unterscheiden, in welcher der Invaliditätsgrad bei Anwendung desselben statistischen Durchschnittsloh-

- 42 - nes als Basis (rechnerisch vereinfacht) mit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gleichgesetzt werden kann (siehe dazu Urteile des Bundesgerichts 9C_368/2019 vom 8. Oktober 2019 E.4.2, 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E.4, 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E.3.2.1 und 9C_882/2010 vom

E. 4.3

Entsprechend dem schlüssigen asim-Gutachten ist es der Beschwerdeführerin zumutbar, (auch) die angestammte Tätigkeit im einem Pensum von maximal 3 Stunden pro Tag auszuüben, wobei die im gutachterlichen Belastungsprofil ausgewiesenen qualitativen Limiten strikte einzuhalten seien (siehe IV-act. 205 S. 10 f.). Von der Beschwerdegegnerin wurde im Vorbescheid vom 1. April 2020 und auch in der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2019 (unter dem Titel "Abklärungsergebnis") für beide hypothetischen Einkommen (mit und ohne Invalidität) (zuerst) der Lohn als massgebend betrachtet, den sie in ihrer Tätigkeit als Reinigungsangestellte erzielt hatte bzw. jetzt noch aufgrund der gutachterlich attestierten (Rest-)Arbeitsfähigkeit erzielen könnte, sodass sich die Erwerbseinbusse durchaus anhand der in Prozenten angegebenen Arbeitsunfähigkeit fest-

legen lässt. Dies erscheint denn auch insoweit als sachgerecht, als damit der gemäss asim-Gutachten zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit Rechnung getragen und von der Beschwerdeführerin selbst so ausdrücklich ange- geht wird. Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin in ihrer an- gestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte insbesondere massgebli- chen Kundenkontakt gehabt bzw. die Reinigungstätigkeit hohe Anforde- rungen an die Kommunikationsfähigkeit gestellt hätte oder sie besonders gegenüber Temperaturschwankungen, Zugluft oder Staub exponiert ge- wesen wäre (vgl. dazu gutachterliches Belastungsprofil [IV-act. 205 S. 9 ff.]), werden weder geltend gemacht noch sind solche ersichtlich. Wie in

- 43 - den nachstehenden Erwägungen 6 ff. noch aufgezeigt wird, änderte am Ausgang des vorliegenden Verfahrens aber auch die Bestimmung des In- valideneinkommens auf Basis eines LSE-Tabellenlohnes im Kompetenz- niveau 1 nichts.

E. 4.4

Soweit die Beschwerdeführerin weiter vorbringt, die gutachterlich als zu- mutbar erachteten (maximalen) drei Stunden pro Tag entsprächen nicht – wie von der Beschwerdegegnerin der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2020 zugrunde gelegt – einer Arbeitsfähigkeit von 37.5 %, son- dern einer solchen von 36 %, da den medizinischen Gutachtern die durch- schnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden bekannt sei, kann ihr nicht gefolgt werden. Vielmehr ist mit der Praxis der Beschwerdegeg- nerin davon auszugehen, dass die asim-Gutachterinnen und -Gutachter bei der Festlegung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die betriebsüb- liche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen gemäss Erhebung des BfS (Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit [BUA]) nicht bewusst als Basis für eine Umrechnung ihrer in Stunden pro Tag ausgedrückten Arbeits- fähigkeit in eine prozentuale Quote im Hinblick auf die Bemessung der Vergleichseinkommen zugrunde legen wollten. Entsprechende Hinweise finden sich jedenfalls im asim-Gutachten vom 23. Dezember 2019 nicht. Vielmehr ist anzunehmen, dass bei der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit regelmässig von einem 8 Stundenarbeitstag ausgegan- gen wird (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25. August 2017 E.4.1 ff., 9C_22/2012 vom 4. Mai 2012 E.2.3 sowie 9C_260/2009 vom 25. Januar 2010 E.2.1 und 2.4; Urteile des Verwaltungsgerichts [VGU] S 18 61 vom 2. April 2019 E.3.3, S 10 172 vom 13. Dezember 2011 E.4c und S 10 126 vom 11. Januar 2011 E.3a). Mithin ist nicht zu bean- standen, wenn die Beschwerdegegnerin praxisgemäss und gestützt auf die gutachterlich ausgewiesene maximale Arbeitsfähigkeit von 3 Stunden pro Tag – bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 8 Stunden täglich – auf eine prozentuale Arbeitsfähigkeit von 37.5 % ($3 : 8 \times 100$) schloss.

- 44 - 5. Sodann stellt die Beschwerdeführerin die Verwertbarkeit ihrer (Rest-)Ar- beitsfähigkeit in Abrede.

E. 5

Am 5. und 24. November 2014 führte RAD-Arzt C._____ zwei weitere Ab- klärungen durch, wobei er dazu festhielt, bis zur letzten Untersuchung im Mai 2014 scheine A._____ sich trotz Diagnose eines Krebsleidens, tief- greifender operativer Versorgung und nachfolgender zusätzlicher Belas- tung durch die Strahlenbehandlung fortlaufend zusammengerissen zu ha- ben. Ein gut verständlicher "Durchhänger" sei nicht zu vernehmen gewe- sen. In der Abklärung vom 5. November 2014 scheine dieser "Durchhän-

ger" nun doch eingetreten zu sein. A._____ habe sich zwar korrekt verhalten, andererseits habe sie im Schnitt pro Woche mehr als einen Fehltag aufgewiesen und auf die Forderung nach geringgradiger Pensumserhöhung (3 Stunden pro Tag auf 3.5 Stunden pro Tag) wirklich jammerig reagiert. Am 24. November 2014, nach gefällter Entscheidung, sich (aufgrund der erschwerten Mundöffnung und des kosmetisch störenden Erscheinungsbildes) einer erneuten Operation zu unterziehen, sei sie aufgestellter zu erleben gewesen. Einer weiteren Pensumserhöhung ab sofort habe sie sich nicht besonders widersetzt. Es habe sich der Eindruck ergeben, dass sie sich wieder stabilisiert habe, es sozusagen bergauf gehe. Allerdings betreffe die Tätigkeit von 4 Stunden pro Tag nur eine Tätigkeit

- 5 - im unterstützten Rahmen. Medizinisch-theoretisch sei die Leistungsfähigkeit von etwas mehr als effektiv 2 Stunden pro Tag angestammt einzuschätzen.

E. 5.1

Massgebend für die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist der hypothetisch ausgeglichene Arbeitsmarkt (vgl. Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts handelt es sich dabei um einen theoretischen abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von demjenigen der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten (siehe BGE 134 V 64 E.4.2.1, 110 V 273 E.4b; Urteile des Bundesgerichts 8C_710/2018 vom 30. Januar 2019 E.7.1 und 8C_458/2018 vom 23. Oktober 2018 E.4.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVGE] I 350/89 vom 30. April 1991 E.3b, in: ZAK 1991 S. 318 ff. S. 320 f.). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. AHI-Praxis 6/1998 S. 291). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Arbeitsangebote, bei welchen invalide Personen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_302/2020 vom 24. Juni 2020 E.7.1 und 8C_30/2020 vom 6. Mai 2020 E.5.3). Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen

- 45 - werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt, oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein ausgeschlossen erscheint (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E.5.2, 9C_183/2017 vom 30. Oktober 2017 E.4.2 und 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E.2.2.1 m.H.). Art und Mass dessen, was einem Versicherten an Erwerbstätigkeit noch zugemutet werden kann, richtet sich nach seinen besonderen persönlichen Verhältnissen einerseits und nach den allgemein herrschenden Auffassungen andererseits. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist letztlich insofern eine objektive Betrachtungsweise massgebend, als es nicht auf eine

bloss subjektiv ablehnende Bewertung der in- frage stehenden Erwerbstätigkeit durch den Versicherten ankommt (siehe MEYER/REICHMUTH, in: Stauffer/Cardinaux [Hrsg.], a.a.O., Art. 28a Rz. 28).

E. 5.2

Im vorliegenden Fall hat wurde im asim-Gutachten vom 23. Dezember 2019 ein ausführliches Belastungsprofil definiert. Danach erweisen sich folgende Tätigkeiten als geeignet bzw. ungeeignet: keine Arbeiten mit tätigkeitsimmanent nötigem Kundenkontakt (z.B. im Verkauf, Empfang etc.); keine Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit aufgrund der deutlich rascheren Ermüdung der Beschwerdeführerin beim Sprechen und ihren Schwierigkeiten bei der Artikulation; keine Exposition gegenüber Temperaturschwankungen, Zugluft oder Staub; zusätzlicher Bedarf an längeren Pausen für die Nahrungsaufnahme und Möglichkeit der Nah- rungsaufnahme in nicht öffentlichen Räumen (Mensa, Restaurant) sowie Reduktion der Arbeitszeit wegen der nötigen Pausen und der rascheren Ermüdbarkeit. Zudem führten die asim-Gutachterinnen und -Gutachter aus, die Beschwerdeführerin sei aufgrund des aktuellen psychiatrischen Befundes vor allem in ihrer Durchhaltefähigkeit, ihrer Spontanaktivität so- wie durch ihr gewöhnungsbedürftiges Äusseres in ihrer Selbstbehaup-

- 46 - tungs- und Kontaktfähigkeit zu Dritten leicht eingeschränkt. Wegen der Asymmetrie des Gesichts bestehe eine deutliche Belastung in sozialen Si- tuationen. Soziale Kontakte zu knüpfen oder auch nur aufrecht zu erhalten benötige Mut und Ausdauer und damit auch emotionale Kraft. So habe die Beschwerdeführerin auch über eine hohe psychische Belastung durch die Exposition gegenüber Mitmenschen berichtet. Entsprechend sei davon auszugehen, dass eine ganztägige soziale Exponiertheit die psychische Si- tuation klar verschlimmern könne und eine gewisse Ruhe-/Rückzugsmög- lichkeit gegeben sein müsse (vgl. IV-act. 205 S. 9 ff.). Dieses gutachterli- che Belastungsprofil enthält zwar zahlreiche qualitative Anforderungen an eine leidensangepasste Tätigkeit. Es erscheint aber trotzdem nicht derart eingeschränkt, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt eine solche Stelle praktisch nicht kennt oder von einem Arbeitgeber realistischweise kein solches Entgegenkommen erwartet werden kann, womit das Finden einer solchen Stelle praktisch ausgeschlossen wäre. Vielmehr finden sich im Bereich einfacher, handwerklicher Tätigkeiten, welche auch von der Be- schwerdeführerin bevorzugt werden (vgl. Begutachtungsteil der fallführen- den Ärztin [IV-act. 205 S. 39] und onkologisches Teilgutachten [IV- act. 205 S. 70]), durchaus Arbeiten, welche insbesondere keinen Kunden- kontakt, keine erhöhten Anforderungen an die Kommunikation sowie keine Exposition gegenüber Temperaturschwankungen, Staub oder Zugluft vor- sehen und entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auch in ei- nem (niedrigeren) Teilzeitpensum und mit längeren Pausen namentlich für die Nahrungsaufnahme erbracht werden können. Neben der angestamm- ten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Reinigungsangestellte oder einer handwerklichen (Montage-)Tätigkeit, wobei ihr die Fähigkeiten als gelernte Schneiderin (siehe dazu IV-act. 151 S. 8 und IV-act. 205 S. 48) sicherlich zu Gute kämen, sind namentlich auch noch einfache Kontroll-, Überwa- chungs-, Sortier- und Verpackungstätigkeiten (in einem kleineren, gleich- bleibenden Teamumfeld) zu nennen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2019 vom 8. März 2019 E.3.2.2). So erwähnte die Beschwerdefüh-

- 47 - rerin anlässlich der Begutachtung denn auch selbst, ihr sei es möglich, während drei Stunden pro Tag zu arbeiten und dabei insbesondere zu nähen oder zu basteln (vgl. Begutachtungsteil der fallführenden Ärztin [IV- act. 205 S. 39], HNO-ärztliches

Teilgutachten [IV-act. 205 S. 60] und on- kologisches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 67 f.]). Weil der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch Nischenarbeitsplätze umfasst, darf praxisgemäss auch mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers ge- rechnet werden.

E. 5.3

Der Beschwerdeführerin kann des Weiteren nicht gefolgt werden, soweit sie vorbringt, dass die gescheiterten Integrationsmassnahmen im ge- schützten Umfeld klar belegten, dass keine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Denn aus dem Umstand, dass Ein- gliederungsmassnahmen nicht weitergeführt wurden, darf nicht automa- tisch auf eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit geschlossen wer- den. Gründe für das Scheitern von Eingliederungsmassnahmen können beispielsweise sowohl in der subjektiven Schilderung von Beschwerden durch die versicherte Person als auch in einer suboptimalen Adaptierung des Eingliederungsarbeitsplatzes liegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_30/2020 vom 6. Mai 2020 E.5.2.1 betreffend die Voraussetzungen für die Relevanz von Beurteilungen der funktionellen Leistungsfähigkeit im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen durch die Fachleute der Berufs- beratung bzw. der beruflichen Eingliederung). Dass solche Faktoren ne- ben motivationalen Aspekten und der mangelnden subjektiven Eingliede- rungsfähigkeit vorliegend insbesondere (aber nicht nur) im Rahmen der letzten Integrationsmassnahme vorherrschend waren, wurde bereits oben ausführlich dargelegt (siehe vorstehende Erwägung 3.6.5). Hinzu kommt, dass das Arbeitspensum bei der E. _____ in zeitlicher Hinsicht im Zeitraum vom 1. September 2014 bis zum 31. März 2015 auf zuletzt 5 Stunden während 5 Tagen pro Woche gesteigert wurde und somit über der gemäss asim-Gutachten vom 23. Dezember 2019 zumutbaren Erwerbstätigkeit

- 48 - während 3 Stunden pro Tag gelegen hat (siehe IV-act. 77 S. 1, IV-act. 89 S. 3, IV-act. 205 S. 10 f.).

E. 5.4

Soweit die Beschwerdeführerin überdies gestützt auf das asim-Gutachten vom 23. Dezember 2019 geltend macht, eine Vermittelbarkeit auf dem ers- ten Arbeitsmarkt sei bereits aufgrund ihrer Gesichtsasymmetrie praktisch ausgeschlossen, verkennt sie, dass – wie oben dargelegt – für die Invali- ditätsbemessung rechtsprechungsgemäss nicht massgeblich ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann oder nicht (siehe vorstehende Erwägung 5.1). Überdies wird dieser Einschränkung in der Konsensbeurteilung des asim-Gutachtens vom 23. Dezember 2019 insoweit Rechnung getragen, als dass das Tätig- keiten mit immanentem Kundenkontakt oder Anforderungen an die (sprachliche) Kommunikationsfähigkeit ungeeignet seien (siehe IV- act. 205 S. 10 f.; vgl. auch psychiatrisches Teilgutachten, wonach eine Tätigkeit in einem kleinen, immer gleichbleibenden Team für die Be- schwerdeführerin von Vorteil sei [IV-act. 205 S. 54]). Zudem vermag die Beschwerdeführerin auch mit ihrer Argumentation, wonach sich die de- pressive Symptomatik unter zusätzlicher Belastung verstärken werde, weshalb sie sich nicht quasi schutzlos in eine Tätigkeit stürzen könne, nicht durchzudringen. Vielmehr wurde dieser Umstand – wie erwähnt – bereits in der Konsensbeurteilung des asim-Gutachtens vom 23. Dezem- ber 2019 berücksichtigt, indem keine ganztätige, sondern lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 3 Stunden pro Tag unter Einhaltung der qualitativen Anforderungen als zumutbar erachtet wurde, so dass gewisse Ruhe- bzw. Rückzugsmöglichkeiten gewährleistet sind (vgl. IV-act. 205 S. 9 ff.).

E. 5.5

In Gesamtwürdigung der Sachlage stehen der Beschwerdeführerin auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt somit genügend Einsatzmöglichkeiten in einer leidensadaptierten Tätigkeit offen. Vor diesem Hintergrund kann auf die beantragte persönliche Befragung der Beschwerdeführerin verzichtet werden, zumal das streitberufene Gericht aufgrund der bereits ab-

- 49 - genommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und annehmen kann, dass diese Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (vgl. BGE 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3, 124 V 90 E.4b und 122 V 157 E.1d). 6. Mit Blick auf die Invaliditätsbemessung macht die Beschwerdeführerin weiter geltend, dass bei der Bestimmung des massgebenden Invalideneinkommens infolge der gutachterlicherseits festgelegten, unzähligen qualitativen Einschränkungen ein Leidensabzug von 25 % angemessen sei. Dieser sei auch bei Heranziehung des früher als Reinigungsangestellte erzielten Verdienstes als Invalideneinkommen zu gewähren. Die Beschwerdegegnerin gestand in der angefochtenen Verfügung im Rahmen der Stellungnahme zum Einwand vom 6. Mai 2020 anlässlich der darin vorgenommenen Invaliditätsbemessung, gestützt auf ein nach Massgabe des nach der LSE-Tabelle TA1 für das Jahr 2016, Kompetenzniveau 1, Total, Frauen ermitteltes Invalideneinkommen, einen leidensbedingten Abzug von 10 % zu. Dies nachdem sie in Absprache mit dem RAD der Beschwerdeführerin auch bei der Ausübung einer adaptierten Tätigkeit (in reduziertem Pensum) gewisse weitere gesundheitliche bedingte Einschränkungen des Leistungsvermögens zugestand. Zusätzlich wies sie aber auch darauf hin, dass im Umstand, wonach das Umfeld an die psychische Krankheit angepasst sein müsse, kein Grund für einen Leidensabzug zu erblicken sei. Daraus resultierte bei einer (Rest-)Arbeitsfähigkeit von 37.5 % für den Erwerbsbereich ein Teilinvaliditätsgrad von 61.09 % anstatt 62.5 % wie im Rahmen des Vorbescheids vom 1. April 2020 sowie unter dem Titel "Abklärungsergebnis" in der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2020 errechnet (siehe Bf-act. 1 S. 3 f. und 6 f., IV-act. 211 S. 2, IV-act. 216 S. 1 f. und 4 f. sowie IV-act. 226 S. 21 und 26).

E. 6

Mit Bericht vom 13. März 2015 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. F._____, eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) sowie eine leichte reaktive Depression (ICD-10 F32.0) und erachtete eine leichte körperliche Arbeit wie jetzt bei der E._____ während ca. 5 Stunden pro Tag mit einer Erholungspause über Mittag für möglich (3 Stunden am Vormittag; lange Mittagspause; ca. 2 Stunden am Nachmittag).

E. 6.1

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Tabelle TA1 mit den Daten der LSE 2018 am 21. April 2020 veröffentlicht wurde und somit anlässlich des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai

- 50 - 2020 auf die Daten der LSE 2018 anstatt derjenigen des Jahres 2016 abzustellen gewesen wäre (siehe Urteile des Bundesgerichts 9C_500/2018 vom 31. Januar 2019 E.6.2, 9C_15/2018 vom 2. Juli 2018 E.4.2, 9C_414/2017 vom 21. September 2017 E.4.2 und 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E.5.2).

E. 6.2

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad je nach Ausprägung Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben, weshalb ein auf höchstens 25 % begrenzter Leidensabzug von dem nach den LSE-Tabellenlöhnen zu ermittelnden Invalideneinkommen vorgenommen werden kann, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. dazu BGE 134 V 64 E.4.2.1) nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (siehe BGE 146 V 16 E.4.1, 135 V 297 E.5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_393/2020 vom 21. September 2020 E.3.1, 9C_283/2020 vom 17. August 2020 E.7.1.1, 9C_787/2018, 9C_795/2018 vom 19. Juli 2019 E.6.2). Bei der Bestimmung der Höhe des Abzugs ist der Einfluss aller in Betracht fallender Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und insgesamt, wie erwähnt, auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen. Praxisgemäss werden also keine separat quantifizierten Abzüge je für die massgeblichen Kriterien vorgenommen und addiert, sondern vielmehr der Abzug gesamthaft geschätzt (siehe BGE 135 V 297 E.5.2, 134 V 322 E.5.2, 126 V 75 E.5b/bb-cc; Urteile des Bundesgerichts 9C_283/2020 vom 17. August 2020 E.7.1.1, 9C_787/2018, 9C_795/2018 vom 19. Juli 2019 E.6.2 und 8C_536/2019 vom 26. September 2019 E.5.2.2 f.).

- 51 - Ein leidensbedingter Abzug kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Ein Abzug soll nicht automatisch (siehe Urteil des Bundesgerichts 9C_283/2020 vom 17. August 2020 E.7.1.1), sondern dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer einkommensbeeinflussender Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (siehe BGE 135 V 297 E.5.2, 134 V 322 E.5.2; Urteile des Bundesgerichts 9C_283/2020 vom 17. August 2020 E.7.1.1, 9C_323/2019 vom 2. September 2019 E.4.2, 9C_549/2018 vom 20. Februar 2019 E.4.1). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen einer körperlich leichten Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (siehe BGE 126 V 75 E.5a/bb; Urteile des Bundesgerichts 8C_393/2020 vom 21. September 2020 E.3.1 und 9C_283/2020 vom 17. August 2020 E.7.1.1). Unter dem Titel des leidensbedingten Abzugs können grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind. Dementsprechend kann in der Regel eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt werden (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_393/2020 vom 21. September 2020 E.3.1 und 8C_297/2018 vom 6. Juli 2018 E.3.5). Betreffend die Anerkennung eines leidensbedingten Abzuges bzw. dessen Höhe ist grundsätzlich zu beachten, dass ein medizinisches Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum hinzutretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, der Ausbildung und der Berufserfahrung der versicherten Person re-

- 52 - alistischerweise noch in Frage kommen. Davon muss die Frage unterschieden werden, ob mit Bezug auf eine konkret in Frage kommende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage – verglichen mit einem gesunden Mitbewerber – nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestünden. Nur dann, wenn – auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt – unter Berücksichtigung solcher personen- oder arbeitsplatzbezogenen Einschränkungen kein genügend grosses Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom (Tabellen-)Lohn (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E.8.1 und 8.2.2, 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E.6.2, 8C_174/2019 vom 9. Juli 2019 E.5.2.2). Die in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen zudem nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (siehe BGE 146 V 16 E.4.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_390/2020 vom 25. November 2020 E.4.3, 8C_393/2020 vom 21. September 2020 E.3.1, 9C_283/2020 vom 17. August 2020 E.7.1.1 und 8C_586/2019 vom 24. Januar 2020 E.4.1) 6.3.1. Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2020 und auch der Erstattung des asim-Gutachtens am 23. Dezember 2019 knapp 55 Jahre alt (vgl. für den massgeblichen Zeitpunkt: BGE 146 V 16 E.7.1). Für die Berücksichtigung von lohnwirksamen Nachteilen infolge vorgerückten Alters sind jeweils die gesamten Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Zudem vermag auch eine altersbedingt erschwerte Stellensuche, als invaliditätsfremder Faktor, regelmässig keinen Abzug (vom Tabellenlohn) zu begründen (vgl. BGE 146 V 16 E.7.2.1; Urteile des Bundesge-

- 53 - richts 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E.6.3.3, 8C_504/2018 vom 19. Oktober 2018 E.3.6.2 und 8C_327/2018 vom 31. August 2018 E.4.4.2; LSE 2018, Tabelle TA9, ohne Kaderfunktion, Median). 6.3.2. Bezüglich der Aspekte der Teilzeittätigkeit (mit einem Arbeitspensum von weniger als 50 %), Dienstjahre und der Nationalität, könnte – mit Blick auf das auch von der Beschwerdegegnerin der Bemessung des Invaliditätseinkommens zugrunde gelegt Kompetenzniveau 1 – lediglich ersterer einen gewissen Abzug im Vergleich zu höheren Teilzeittätigkeiten rechtfertigen, weil die Tabelle T18 der LSE 2018 für Frauen ohne Kaderfunktion mit einem höheren Teilzeitpensum von 75 bis 89 % ein höherer Medianlohn als für ein Teilzeitpensum von 25 bis 49 % ausgewiesen ist (siehe IV-act. 2 S. 1, IV-act. 3, IV-act. 5 S. 1 und IV-act. 133 S. 1; vgl. BGE 146 V 16 E.6.1 und 6.2.3, BGE 126 V 75; Urteile des Bundesgerichts 9C_782/2019 vom 15. April 2020 E.3.2, 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E.4.2.3.3 und 9C_72/2017 vom 19. Juli 2017 E.4.3; LSE 2018, Tabelle T18, ohne Kaderfunktion). 6.4.1. Berechnet man den Teilinvaliditätsgrad im Erwerbseinkommen unter Berücksichtigung der Restarbeitsfähigkeit von 37.5 % und eines Leidensabzuges von 10 % anhand der LSE 2018 (Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Total, Frauen, angepasst an die durchschnittliche Wochenarbeitszeit sowie die Nominallohnentwicklung bis 2020), resultiert ein ungewichteter Teilinvaliditätsgrad von 61.35 % ($\text{CHF } 4'371.-- \times 12 : 40 \times 41.7 \times 1.005 \times 1.005 \times 0.375 \times 0.9 = \text{CHF } 18'639.90$ [Invalideneinkommen]; $\text{CHF } 48'235.75 - \text{CHF } 18'639.90 = \text{CHF } 29'595.85$ [Erwerbseinkommen] : $\text{CHF } 48'235.75$ [Valideneinkommen] = 61.35 % [ungewichteter Invaliditätsgrad im Erwerbseinkommen]) und ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 53 % ($61.35 \% \times 0.87 = 53.38 \%$ [gewichteter Invaliditätsgrad im Erwerbseinkommen; Anteil Er-

werb: 87 %]; $0.2 \% \times 0.13 = 0.026 \%$ [gewichteter Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich; Anteil Haushalt: 13 %]; $53.38 \% + 0.026 \% = 53.4 \%$ [Gesamtinvaliditätsgrad]; siehe zum Runden: BGE 130 V 121 E.3), welcher

- 54 - weiterhin einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente ergibt. Auch wenn, wie von der Beschwerdeführerin verlangt und ursprünglich der Bemessung des Invaliditätsgrades im Vorbescheid vom 1. April 2020 zugrunde gelegt (siehe vorstehende Erwägung 4.3), das Invalideneinkommen auf derselben (Verdienst-)Basis wie das (unbestrittene) Valideneinkommen ermittelt wird (CHF 48'235.75 vermindert um die gutachterliche Arbeitsunfähigkeit von 62.5 % [siehe zur Arbeitsunfähigkeit in Prozent die vorstehende Erwägung 4.4]), ergäbe sich unter Berücksichtigung des von der Beschwerdegegnerin (für die Invaliditätsgradbemessung auf Basis eines Tabellenlohnes) zugestandenen Leidensabzugs von 10 % ein gerundeter Gesamtinvaliditätsgrad von bestenfalls 58 %, welcher weiterhin nur einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente begründete (CHF 48'235.75 \times 0.375 \times 0.9 = CHF 16'279.55 [Invalideneinkommen]; CHF 48'235.75 - CHF 16'279.55 = CHF 31'956.20 [Erwerbseinbusse] : CHF 48'235.75 = 66.25 % [ungewichteter Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich]; $66.25 \% \times 0.87 = 57.63 \%$ [gewichteter Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich; Anteil Erwerb: 87 %]; $0.2 \% \times 0.13 = 0.026 \%$ [gewichteter Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich; Anteil Haushalt: 13 %]; $57.63 \% + 0.026 \% = 57.66 \%$ [Gesamtinvaliditätsgrad]; vgl. zum angewandten Leidensabzug auch nachfolgende Erwägung 6.4.2). 6.4.2. Wenn die Beschwerdegegnerin den ohnehin gesamthaft zu schätzenden leidensbedingten Abzug (siehe dazu BGE 146 V 16 E.4.1 und 126 V 75 E.5b/bb) neben einer (Rest-)Arbeitsfähigkeit von 37.5 % noch mit 10 % bewertet, erscheint dies in einer Gesamtbetrachtung durchaus als angemessen. Denn vorliegend sind neben den qualitativen Einschränkungen des gutachterlichen Zumutbarkeitsprofils (siehe dazu IV-act. 205 S. 10 f.), welche aber vor allem das Spektrum der noch in Frage kommenden Tätigkeiten (auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt) einschränken, und der ohnehin schon um 62.5 % (in zeitlicher Hinsicht) eingeschränkten Arbeitsfähigkeit – neben der von der Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit

- 55 - dem RAD bereits mit einem Abzug von 10 % bewerteten, weiteren gesundheitlich bedingten Einschränkungen des Leistungsvermögens – nur noch die in den vorstehenden Erwägungen 6.3.1 f. erwähnten lohnrelevanten Faktoren ersichtlich. Weitere als lohnrelevant zu beurteilende Faktoren werden nicht substantiiert vorgebracht. Selbst wenn aber – aufgrund von statistisch ausgewiesenen Einkommensdifferenzen für unterschiedlich hohe Teilzeitpensen – ein Abzug von 15 % gewährt würde, resultierte bei beiden Varianten der Invaliditätsbemessung im für die Beschwerdeführerin besten Fall ein gerundeter Gesamtinvaliditätsgrad, der weiterhin nur einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente ergäbe: nämlich 55 % (Invalideneinkommen auf Basis der LSE 2018 unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15 %) bzw. 59 % (Invalideneinkommen auf Basis des auf ein Pensum von 100 % hochgerechneten und an die Nominallohnentwicklung angepassten effektiven Verdienstes aus dem Jahre 2015 als Reinigungsangestellte [unbestrittenes Valideneinkommen von CHF 48'235.75], vermindert um die Arbeitsunfähigkeit von 62.5 % und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15 %). Zu Gunsten der Beschwerdeführerin wird in dieser Variante ein Leidensabzug gewährt, obwohl auf ein früher einmal erwirtschaftetes Einkommen als Reinigungsangestellte und nicht auf einen Tabellenlohnwert für die Bestimmung des Invalideneinkommens abgestellt wird. Denn rechtsprechungsgemäss ist ein solcher

Leidensabzug grundsätzlich nur vorzunehmen, wenn das Invalideneinkommen auf Basis eines Tabellenlohnwerts ermittelt wird (siehe BGE 146 V 16 E.4.1, 135 V 297 E.5.2, 134 V 322 E.5.2 und 126 V 75 E.5b; Urteile des Bundesgerichts 8C_393/2020 vom 21. September 2020 E.3.1, 9C_283/2020 vom 17. August 2020 E.7.1.1, 9C_225/2019 vom 11. September 2019 E.4.2.2 und 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E.5.3). 6.4.3. Aufgrund der gesamten Umstände erscheint in jedem Fall ein höherer Abzug als 15 %, welcher bereits mehr als die Hälfte des höchstzulässigen

- 56 - Abzuges vom 25 % ausmacht (vgl. BGE 135 V 297 E.5.2, 134 V 322 E.5.2 und 126 V 75 E.5b/cc), nicht gerechtfertigt. Dabei ist auch zu beachten, dass das streitberufene Gericht sein eigenes Ermessen nicht ohne Weiteres an dasjenige des Beschwerdegegners stellen kann (siehe BGE 137 V 71 E.5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018 E.5.5 und 8C_114/2017 vom 11. Juli 2017 E.3.3). Denn für das streitberufene Gericht sind, wie vorstehend dargelegt, in jedem Fall keine triftigen Gründe für einen Leidensabzug von mehr als 15 % ersichtlich; solche werden von der Beschwerdeführerin auch nicht weiter substantiiert. Vielmehr führt die Beschwerdeführerin als zu berücksichtigende Gründe namentlich längere Pausen und eine mangelnde Durchhaltefähigkeit an. Dabei übersieht sie indes, dass die asim-Gutachterinnen und -Gutachter aus diesen bzw. damit zusammenhängenden Gründen bereits auf eine in quantitativer Hinsicht erheblich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 37.5 % bzw. 3 Stunden pro Tag erkannt haben. Als qualitative Einschränkungen blieben also insbesondere die Vermeidung des Kontakts mit Kunden und zu vielen, wechselnden Personen am Arbeitsplatz, keine erhöhten Anforderungen im Zusammenhang mit der verbalen Kommunikationsfähigkeit sowie die Vermeidung einer Exposition gegenüber Temperaturschwankungen, Zugluft oder Staub. Inwiefern aber solche Einschränkungen namentlich im Bereich einer als adaptiert anzusehenden, handwerklichen (Montage-)Tätigkeit lohnrelevante Auswirkungen zeitigen sollen, ist für das streitberufene nicht nachvollziehbar. 7. Damit bleibt es dabei, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2020 einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat, womit die Beschwerde als unbegründet abzuweisen ist. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.-- bis CHF 1'000.-- festgelegt. Vorliegend

- 57 - sind die Kosten auf CHF 700.-- festzusetzen und in Anwendung von Art. 73 Abs. 1 VRG der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat keinen Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (siehe Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

E. 7

Am 10. April 2015 und am 28. April 2015 wurde A._____ aufgrund des diagnostizierten postradiogenen Trismus (Mundöffnung von 6 mm bei hartem Anschlag) und einer postradiogenen Wundheilungsstörung mit Weichteildehiszenz erneut operiert. PD Dr. Dr. med. G._____ berichtete am

E. 12

Mai 2015 dazu, in der ersten Operation sei die Mundöffnung intraoperativ auf 50 mm erweitert worden, wobei grossflächige Vernarbungen auf der linken Seite hätten entfernt

werden müssen, so dass schlussendlich ein Weichteildefekt entstanden sei, welcher zu Beginn zwar mit dem örtlichen Weichgewebe habe gedeckt werden können, im Verlauf aber wegen der Strahlenschädigung nicht habe abheilen können. Dementsprechend habe nach zwei Wochen ein grosser Weichteildefekt vorgelegen, welcher mit einem vaskularisierten Transplantat habe gedeckt werden müssen. In einer zweiten Operation sei daher dieser Defekt mit einem Dorsalis pedis-Lappen gedeckt worden. Die Gefässanastomosen seien an der linken Halsseite durchgeführt worden, d.h. dort, wo die Gefässe bereits vorbe-strahlt gewesen seien. Aufgrund dessen habe sich die Anastomose sehr schwierig gestaltet, was sich entsprechend auch bei der Lappendurchblutung zeige. Die Situation sei aktuell eher kritisch, wobei ein Teil des Lappens wahrscheinlich nekrotisch werde. Aufgrund der noch teils offenen Wunde im Mund sei ein gewisser Speichelfluss in die Wundhöhle und am Hals vorhanden. Die Nahrungsaufnahme erfolge ausschliesslich über die

- 6 - PEG-Sonde. Es dürfe keine Flüssigkeit oral eingenommen werden. Die Schmerzbehandlung könne mit Oxynorm-Tropfen recht gut kontrolliert werden. Die Mundöffnung liege momentan leider nur wieder bei 16 mm, wobei A._____ angewiesen worden sei, mit dem Therabite-Trainingsgerät zu üben. Erfreulicherweise hätten alle Biopsien keinerlei Anzeichen für ein Tumorrezidiv gezeigt. Im Rahmen weiterer klinischer Kontrollen berichtete PD Dr. Dr. med. G._____ am 15. Juni 2015, dass A._____ durch die grosse Wundfläche immer noch durch einen brennenden Schmerz geplagt werde. Die Mundöffnung liege lediglich bei 11 mm. Aufgrund der leider stattgefundenen Lappennekrose durch den Anschluss auf der linken Seite sei sie immer noch stark verunsichert. Er habe ihr empfohlen, dass im mittelfristigen Verlauf eine nochmalige Operation notwendig sein werde, um den Defekt mit einem Weichgewebelappen, wobei die Anastomosen auf der gesunden rechten Halsseite durchgeführt würden, zu beheben. Zudem habe er eine logopädische Betreuung aufgrund der Schluckbeschwerden angeregt. Mit Bericht vom 16. Juli 2015 führte PD Dr. Dr. med. G._____ zudem aus, die Mundöffnung liege aufgrund der verstärkten Vernarbung nur noch bei 3 mm. Zudem habe sich im Mund eine Fistel gegen aussen hin gebildet, welche nun im Bereich der Kinnregion links erkennbar werde. Dies mache einen weiteren operativen Schritt unausweichlich, wobei A._____ dazu verständlicherweise noch nicht bereit sei. Schliesslich berichtete PD Dr. Dr. med. G._____ am 14. August 2015, die Situation habe sich erwartungsgemäss verschlechtert. Die Platte im Unterkiefer links liege zunehmend frei aufgrund der Atrophie des Weichgewebes. Die Vernarbungen enoral seien zwar epithelisiert, hätten aber zwischenzeitlich die Kieferhöhle eröffnet, so dass nun zusätzlich eine persistierende Mund-Antrum-Fistel bestehe. Die Mundöffnung sei weiterhin begrenzt auf 6 bis 7 mm mit hartem Anschlag. Trotzdem könne die Patientin erfreulicherweise pürierte

- 7 - und flüssige Kost essen und trinken. Ein weiterer Eingriff sei notwendig, um die Weichgewebesituation zu verbessern. Am 17. September 2015 und am 8. Oktober 2015 erfolgten weitere Operationen, wobei eine Unterkieferrekonstruktion mit Reko-Platte und Gelenkkopf, eine Defektrekonstruktion der Weichteile enoral und extraoral mit Latissimus dorsi-Lappen von rechts mit Gefässanschlüssen ebenfalls rechts sowie eine offene Reposition des Kiefergelenks links mit Bandplastik vorgenommen wurden. Dazu berichtete PD Dr. Dr. med. G._____ am

Oktober 2015, dass der postoperative Verlauf grundsätzlich regelrecht verlaufen sei. Aufgrund der enoralen Heilung habe die Patientin zunehmend wieder auf eine perorale Ernährung umstellen können, so dass die PEG-Sonden-Ernährung kontinuierlich reduziert worden sei. Nachdem anlässlich einer radiologischen Kontrolle infolge geklagter Schmerzen festgestellt werden müssen, dass das Kiefergelenk nun nach lateral luxiert sei, habe eine zweite Operation durchgeführt werden müssen. Das Ziel sei weiterhin eine Mundöffnung von mindestens 20 mm zu erhalten. Parallel dazu sei aufgrund einer reaktiven Depression eine psychologische und psychiatrische Mitbetreuung erfolgt, was A._____ gutgetan habe. Nach dem Spitalaustritt begab sich A._____ in eine stationäre Behandlung in die Klinik Q._____, welche vom 16. Oktober bis zum 5. November 2015 dauerte. Gemäss Dr. med. H._____ und Dr. med. I._____ habe die Belastbarkeit und Mobilität der Patientin im Verlauf des multimodalen individuellen Therapieprogramms gesteigert werden können. Bei Austritt sei sie sicher und ohne Hilfsmittel mobil gewesen. Die Gehstrecke habe auf 1000 Meter erweitert werden können. Das Ödem der linken Wange sei regredient und die Mundöffnung habe durch regelmässiges Training erweitert werden können. Die Patientin könne neben der enteralen Ernährung durch die PEG-Sonde einen Teil ihrer Nahrung in Form von weicher Kost zu sich nehmen. Das Gewicht sei stabil. A._____ sei während des Aufenthalts zudem psychosomatisch mitbetreut worden. Dabei habe Dr. med.

- 8 - J._____ mit Bericht vom 15. Dezember 2015 eine akute schwere (reaktive) depressive Störung (ICD-10 F32.2) ausgewiesen. 8. Nachdem die Integrationsmassnahme bei der E._____ mit Mitteilung vom 8. Mai 2015 zunächst per 31. März 2015 unterbrochen worden war, wurde sie mit Mitteilung vom 22. Oktober 2015 mangels Eingliederungspotenzials aufgrund der operationsbedingten Komplikationen abgeschlossen. 9. In seiner Abschlussbeurteilung vom 8. Oktober 2015 führte RAD-Arzt C._____ namentlich aus, A._____ befinde sich schon seit langem in einem körperlich angeschlagenen Zustand nach langen Phasen der Ernährung über eine Magensonde und aktuell zusätzlich Einnahme von Flüssigkeit und Breikost durch den Mund. Dass der aufwändige Verlauf auch im psychischen Bereich Beeinträchtigungen und Depressivität verursache, verwundere nicht. Eine nennenswerte berufliche Nutzbarkeit sei an und für sich seit der Primäroperation bis anhin und prospektiv auch für lange weitere Monate zu verneinen. 10. Mit Verfügung vom 14. Januar 2016 sprach die IV-Stelle A._____ bei einer ärztlich ausgewiesenen Unzumutbarkeit, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, in Anwendung der gemischten Methode (Gewichtung Anteil Erwerb: 87 %; Anteil Haushalt: 13 %) bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von 100 % eine ganze Invalidenrente vom 1. April 2014 bis zum 30. Juni 2014 und wiederum ab dem 1. April 2015 zu. Die Unterbrechung vom 1. Juli 2014 bis zum 31. März 2015 war mit der Durchführung beruflicher Massnahmen, während derer A._____ Taggeldleistungen bezogen hatte, begründet. 11. Im April 2017 leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren ein. Dabei wies A._____ genauso wie ihre behandelnden Ärzte Dr. med. K._____ mit Bericht vom 3. Mai 2017, Hausärztin Dr. med. B._____ in ihrem Verlaufsbericht vom 17. Mai 2017 und PD Dr. Dr. med. G._____ mit Bericht vom

- 9 -

E. 19

Mai 2020 angebrachte Begründung punktuell. 16. Mit Schreiben vom 4. November 2020 teilte die Beschwerdeführerin auf entsprechende Aufforderung der Instruktionsrichterin hin

mit, dass sie an

- 12 - der Beschwerde vom 22. Juni 2020 festhalte und keine Verfahrenssistie- rung beantrage. Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften, die angefochtene Verfügung vom 19. Mai 2020 sowie die weiteren Akten wird, sofern erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV- Stelle des Kantons Graubünden vom 19. Mai 2020. Eine solche Anord- nung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als das örtlich und sachlich zuständige Versi- cherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Geset- zes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formelle und mate- rielle Verfügungsadressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefoch- tenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Inter- esse an deren Aufhebung oder Änderung. Sie ist somit zur Beschwerde- erhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Be- schwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten. 2. Vorliegend ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige ganze In- validenrente zu Recht revisionsweise ab dem 1. Juli 2020 auf eine halbe Invalidenrente herabgesetzt hat. Im vorliegenden Verfahren ist die Anwen- dung der gemischten Methode zur Invaliditätsbemessung bei einer Ge- wichtung der Anteile Erwerb und Haushalt von 87 % zu 13 %, das Vali- deneinkommen per 2020 von CHF 48'235.75 und die Einschränkung im

- 13 - Haushalt von 0.2 % unbestritten. Strittig ist hingegen das Vorliegen eines Revisionsgrundes sowie die Bemessung des Invalideneinkommens, na- mentlich die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten (aus- geglichenen) Arbeitsmarkt bzw. die Begründetheit eines Leidensabzuges von mehr als 10 %. 3. Zunächst ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen ausgegangen ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit auch den Renten- spruch zu beeinflussen. Während die Beschwerdegegnerin von einem ver- besserten Gesundheitszustand ausgeht und somit einen Revisionsgrund bejaht, ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, es liege weder in psychi- scher noch somatischer Hinsicht eine wesentliche Veränderung vor. Viel- mehr sei das der Erkrankung zugrundeliegende Beschwerdebild gleichge- blieben. 3.1.1. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 87, 88a und 88bis der Verordnung über die Invalidenver- sicherung [IVV; SR 831.201]). Die Aufhebung oder Herabsetzung einer Rente erfolgt in der Regel vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV). Anlass für eine solche Anpassung gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhält- nissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Renten- spruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch etwa dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Invaliditätsbemessung zur Anwendung

gelangt (vgl. BGE 144 I 103 E.2.1, 141 V 9 E.2.3, 134 V 131 E.3, 133 V 545 E.6.1, 130 V 343 E.3.5 sowie Urteile des Bundesgerichts 8C_220/2019 vom

- 14 - 26. Juni 2019 E.3.2, 8C_192/2017 vom 25. August 2017 E.7.1, 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.1 und 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E.1.2). Dagegen bildet die unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für sich allein genommen keinen Revisionsgrund (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_133/2013 vom 29. Mai 2013 E.4.1 und 9C_552/2007 vom 17. Januar 2008 E.3.1.2). Auch geringfügige Änderungen statistischer Daten führen nicht zu einer Revision von Invalidenrenten, selbst wenn durch solche Veränderungen ein Schwellenwert überschritten wird (siehe BGE 133 V 545 E.7.1 ff.; MEYER/REICHMUTH, in: Stauffer/Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 30-31 Rz. 16). 3.1.2. Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 17 Rz. 49 sowie BGE 133 V 108 E.5, Urteile des Bundesgerichts 9C_346/2019 vom 6. September 2019 E.2.1.1, 9C_23/2019 vom 10. Mai 2019 E.4.2.2 und 9C_800/2016 vom 9. Mai 2017 E.4.2.2). Wird bei dieser Gegenüberstellung festgestellt, dass der Invaliditätsgrad im zur Beurteilung stehenden Zeitraum keine rechtserhebliche Änderung erfahren hat, bleibt es beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.3). Andernfalls ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu bejahen und die zugesprochene Rente entsprechend der festgestellten Sachverhaltsveränderung abzuändern (vgl.

- 15 - MEYER/REICHMUTH, in: Stauffer/Cardinaux [Hrsg.], a.a.O., Art. 30-31 Rz. 13 ff.). Der Rentenanspruch ist dabei im rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (siehe BGE 141 V 9 E.2.3, 6.1 und 6.4 sowie BGE 117 V 198 E.4b; Urteile des Bundesgerichts 9C_11/2019 vom 16. Juli 2019 E.3.3 und 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E.6.7).

E. 23

November 2015 [IV-act. 146 S. 13]), vermag dies nicht über den Umstand hinwegzutäuschen, dass sich die Beschwerdeführerin zuvor über einen langen Zeitraum aufgrund des voranschreitenden Tumorwachstums nicht mehr angemessen ernähren konnte und massiv an körperlicher Substanz verlor, so dass eine Magensonde eingelegt werden musste (vgl. RAD-Abklärungsbericht von RAD-Arzt C._____ vom 12. Juni 2014 zur Abklärung vom 28. Mai 2014 [IV-act. 30 S. 3]). Eine zusätzliche Schwächung erfuhr sie durch die anschliessend an die ausgedehnte Operation im Mai 2013 durchgeführte Radio-Chemotherapie, aufgrund derer sie an starken Nebenwirkungen, wie Trockenheit der Schleimhäute, Schluckschmerzen, Übelkeit, depressiver Verstimmung, Schwäche und rasche Ermüdbarkeit, litt (vgl. Bericht von Dr. med. O._____ vom 24. Oktober 2013 [IV-act. 20 S. 2] und Bericht von Dr. med. D._____ und Dr. med. O._____ vom 29. August 2013 [IV-act. 10 S. 1]). Dass sich die Beschwerdeführerin dadurch sowie aufgrund des tumorbedingten Mangelzustands und der langen Phase der Ernährung über eine

Magensonde in einem körperlich an- geschlagenen Zustand befand, welcher trotz zusätzlicher teilweiser Ein- nahme von flüssiger, pürierter oder weicher Kost durch den Mund auch bis zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache im Januar 2016 nicht

- 33 - (vollständig) behoben werden konnte (vgl. RAD-Abklärungsbericht von RAD-Arzt C._____ vom 12. Juni 2014 [IV-act. 30 S. 3] und RAD-Ab- schlussbeurteilung von RAD-Arzt C._____ vom 8. Oktober 2015 [IV 133 S. 12]), erscheint plausibel. Im Gegensatz dazu berichteten die behan- delnden Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des aktuellen Rentenrevisions- verfahrens von einer erfreulichen Entwicklung mit deutlicher klinischer Besserung, stabilem Allgemeinzustand und einem bis auf ca. 71 kg erhöh- ten und seither konstant gehaltenen Körpergewicht (vgl. Berichte von Dr. med. D._____ vom 20. Dezember 2016 [IV-act. 146 S. 22 f.], 4. Okto- ber 2017 [IV-act. 158], 26. Juni 2018 [IV-act. 183 S. 9] und 19. September 2018 [IV-act. 183 S. 11], Bericht von Dr. med. K._____ vom 6. April 2017 [IV-act. 142 S. 9], Verlaufsbericht von Dr. med. B._____ vom 17. Mai 2017 [IV-act. 143 S. 2]; vgl. auch Bericht von PD Dr. Dr. med. G._____ vom 12. Januar 2018 [IV-act. 156]). Auch im asim-Gutachten vom 23. Dezem- ber 2019 wurde anerkannt, dass die Beschwerdeführerin insgesamt einen recht guten Allgemein- und einen guten Ernährungszustand aufwies (vgl. onkologisches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 71]), wobei die Beschwerde- führerin selbst angab, dass ihr Appetit gut sei und sie an Gewicht habe zunehmen können (vgl. psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 205 S. 47]). Während die Beschwerdeführerin zunächst ausserdem Schmerzen enoral und im Zungenbereich beklagte (vgl. RAD-Abklärungsbericht von Dr. med. L._____ vom 23. November 2017 [IV-act. 151 S. 5] und Bericht PD Dr. Dr. med. G._____ vom 12. Januar 2018 [IV-act. 156]), stellte der behan- delnde Facharzt Dr. med. D._____ schliesslich fest, dass keine konstan- ten Schmerzen mehr bestünden bzw. keinerlei Dauerschmerzen mehr be- klagt würden (vgl. Berichte vom 26. Juni 2018 [IV-act. 183 S. 9] und 19. September 2018 [IV-act. 183 S. 11]). Mithin präsentiert sich auch in- soweit ein verbesserter Gesundheitszustand. 3.6.4. Dasselbe trifft mit Blick auf die psychischen Leiden der Beschwerdeführe- rin zu. Die psychiatrische asim-Gutachterin Dr. med. P._____, Fachärztin

- 34 - für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierte medizinische Gut- achterin SIM, stellte in ihrem Teilgutachten weitgehend in Übereinstim- mung mit den vorbefundlichen Diagnosen (vgl. dazu RAD-Abklärungsbe- richt vom 23. November 2017 [IV-act. 151] und Verlaufsbericht von Dr. med. B._____ vom 17. Mai 2017 [IV-act. 143]) fest, dass die Be- schwerdeführerin an einer leichten depressiven Episode leide. Dazu führte sie aus, die Beschwerdeführerin beschreibe ihre Beschwerden sehr glaub- haft: Neben einer depressiven Stimmung seien dies Schlaf- und Konzen- trationsstörungen, eine eingeschränkte Libido und teilweise Lebensüber- drussgedanken, so dass der Schweregrad der depressiven Symptomatik zurzeit als leicht einzustufen sei (siehe IV-act. 205 S. 53). Zwar verwies sie in revisionsrechtlicher Hinsicht auf die in der Konsensbeurteilung an- geführte Feststellung, dass sich an der Grundproblematik und den übrigen persistierenden Folgen nichts Relevantes verändert habe (vgl. IV-act. 205 S. 55 i.V.m. S. 12). Zugleich räumte sie indes ein, es sei anzunehmen, dass die Einschränkung durch die depressive Symptomatik Ende 2015 höher gewesen sei (IV-act. 205 S. 55, vgl. auch die Herleitung der Dia- gnose einer leichtgradigen depressiven Episode [ICD-10 F32.0] im Rah- men der Konsensbeurteilung [IV-act. 205 S. 7]). Diese Aussage stimmt denn auch mit der Aktenlage überein. Während nach der ersten ausge- dehnten Operation zur Tumorresektion zunächst

eine leichte reaktive de-pressive Episode festgestellt worden war (vgl. RAD-Abklärungsbericht von RAD-Arzt C._____ vom 12. Juni 2014 [IV-act. 30], Bericht von Dr. med. F._____ vom 13. März 2015 [IV-act. 86] und Bericht von Dr. med. O._____ vom 24. Oktober 2013 [IV-act. 20 S. 2]) und RAD-Arzt C._____ in seinem Abklärungsbericht vom 25. November 2014 anlässlich der Abklärung vom 5. November 2014 den zu erwartenden "Durchhänger" feststellen konnte (vgl. IV-act. 65 S. 3), verschlechterte sich die depressive Stimmungslage mit den zahlreichen weiteren Korrekturoperationen zunehmend, so dass Dr. med. J._____ im Austrittsbericht Psychosomatik vom 15. Dezember 2015 betreffend den stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik

- 35 - Q._____ vom 16. Oktober 2015 bis zum 5. November 2015 schliesslich eine akute schwere (reaktive) depressive Störung diagnostizierte (siehe IV-act. 146 S. 18). Somit zeigte sich auch in psychischer Hinsicht im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 14. Januar 2016 ein schlechteres Zustandsbild als anlässlich der aktuellen psychiatrischen Begutachtung festgestellt werden konnte. Wenn sich nun die Beschwerdeführerin gestützt auf die psychiatrische Teilgutachterin Dr. med. P._____ darauf beruft, es sei anzunehmen, dass sich die depressive Symptomatik insbesondere unter zusätzlicher Belastung verstärken werde (vgl. IV-act. 205 S. 7 und 55), vermag sie damit nicht einen stationären Gesundheitszustand darzutun. Zum einen kamen die asim-Gutachterinnen und -Gutachter in der Konsensbeurteilung auch in Berücksichtigung der psychischen Belastung der Beschwerdeführerin in sozialen Situationen, aufgrund derer die psychiatrische Teilgutachterin befand, dass eine ganztägige soziale Exponiertheit die psychische Situation klar verschlimmern könne und eine gewisse Ruhe-/Rückzugsmöglichkeit gegeben sein müsse (siehe IV-act. 205 S. 7 und 54 und 7), überein, dass lediglich eine maximale Arbeitsfähigkeit von 3 Stunden pro Tag unter Einhaltung der qualitativen Limiten zumutbar sei (siehe IV-act. 205 S. 11). Zum anderen ist nicht ausgewiesen und wird auch nicht geltend gemacht, dass eine solche Verschlechterung inzwischen eingetreten ist. Sollte sich eine solche inskünftig indes einstellen, so steht der Beschwerdeführerin selbstredend die Möglichkeit eines Revisionsgesuchs um Rentenerhöhung offen. 3.6.5. Soweit die Beschwerdeführerin des Weiteren einen im wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand aus dem Umstand ableiten möchte, dass sowohl die Integrationsmassnahmen vor der ursprünglichen Rentenzusprache im Januar 2016 als auch jene im 2018 infolge der psychischen Belastung in sozialen Situationen scheiterten, vermag sie nicht zu überzeugen. Dabei übersieht sie, dass insbesondere die Integrationsmassnahme bei der E._____ ab dem 1. September 2014 entgegen ihrer Auf-

- 36 - fassung aufgrund der seinerzeit im April 2015 durchgeführten Operationen zunächst per 31. März 2015 unterbrochen wurde (vgl. Mitteilung vom 8. Mai 2015 [IV-act. 96]), bevor sie aufgrund der persistierenden, operationsbedingten Komplikationen schliesslich abgeschlossen werden musste (vgl. Mitteilung vom 22. Oktober 2015 [IV-act. 115] und Verlaufsprotokoll Eingliederung, Eintrag vom 2. Oktober 2015 [IV-act. 109 S. 12] sowie Zusammenfassung [IV-act. 109 S. 15]). Während dieses Arbeitsversuchs erledigte die Beschwerdeführerin nach gewissen Startschwierigkeiten die ihr übertragenen Aufgaben zwar gewissenhaft und selbstständig, war aber stark auf ihre körperlichen und psychischen Einschränkungen eingeengt und leistete vor allem zu Beginn deutlichen Widerstand gegen Reinigungs-tätigkeiten bei subjektiver Einschätzung, überfordert zu sein (vgl. Abschlussbericht E._____ vom 2. April 2015 [IV-act. 89 S. 2 ff.], RAD-Abklärungsbericht

von RAD-Arzt C._____ vom 25. November 2014 [IV- act. 65 S. 2], Bericht von RAD-Arzt C._____ vom 16. Februar 2015 zum Round-Table vom 13. Februar 2015 [IV-act. 77 S. 1], Verlaufsprotokoll Eingliederung, Einträge vom 22. Oktober 2014 [IV-act. 109 S. 7] und 5. November 2014 [IV-act. 109 S. 8], RAD-Abschlussbeurteilung von RAD-Arzt C._____ vom 8. Oktober 2015 [IV-act. 133 S. 11]). Bereits anlässlich der zuvor durchgeführten Eingliederungsmassnahmen bei ihrem angestammten Arbeitgeber, bei denen sie Reinigungsarbeiten im Umfang von ca. 3 Stunden pro Tag erledigte (vgl. RAD-Abklärungsbericht von RAD-Arzt C._____ vom 12. Juni 2014 [IV-act. 30 S. 2], Nachricht der Eingliederungsberaterin vom 27. Juli 2014 [IV-act. 32 S. 2], Zielvereinbarungen vom 21. Juli 2014 [IV-act. 37] und 27./28. August 2014 [IV-act. 54]), gab die Beschwerdeführerin an, dass im Team auf sie keine Rücksicht genommen werde und sie (eher) schwere körperliche Arbeiten verrichten müsse. Nachdem ihre damalige Vorgesetzte davon berichtet hatte, dass bereits vor der Erkrankung zwischenmenschliche Spannungen und Verständigungsprobleme im Team bestanden hätten, wurde vereinbart, ein Belastbarkeitstraining ausserhalb des aktuellen Arbeitsplatzes aufzuglei-

- 37 - sen (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederung, Eintrag vom 17. Juli 2014 [IV- act. 109 S. 4 f.]). Dass sich – wie die Beschwerdeführerin vorbringt – bereits damals aufgrund des entstellten Gesichts eine psychische Belastung in sozialen Situationen gezeigt hätte, findet so keine hinreichende Stütze in den Akten. Vielmehr hielt RAD-Arzt C._____ seinerzeit in seinem Abklärungsbericht vom 25. November 2014 fest, die Beschwerdeführerin scheine sich bis anhin trotz Diagnose eines Krebsleidens, tiefgreifender operativer Versorgung und nachfolgender zusätzlicher Belastung durch Strahlenbehandlungen fortlaufend zusammengerissen zu haben. Der erwartete, gut verständliche "Durchhänger" war für RAD-Arzt C._____ denn auch erst in der Abklärung vom 5. November 2014 feststellbar (vgl. IV- act. 65 S. 3). Die zuvor nachweisbare depressive Verstimmung ordnete RAD-Arzt C._____ eher nicht einer Depression zu, sondern war seiner Ansicht nach Ausdruck von Müdigkeit und Erschöpfung (vgl. RAD-Abklärungsbericht von RAD-Arzt C._____ vom 12. Juni 2014 [IV-act. 30]). Im Bericht von RAD-Arzt C._____ vom 16. Februar 2015 zum Round-Table vom 13. Februar 2015 wurde zudem festgehalten, dass sich die Beschwerdeführerin nach einem Einsatz im Detailhandelsbereich der E._____ erkundigt habe (siehe IV-act. 77 S. 2). Schliesslich ist das der Beschwerdeführerin vom 15. Mai 2018 bis zum 14. November 2018 gewährte Arbeitstraining bei N._____ (vgl. Mitteilungen vom 31. Mai 2018 [IV-act. 165] und 16. August 2018 [IV-act. 172]) letztlich abgeschlossen worden, weil sich die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sah, eine berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt erfolgreich zu absolvieren (vgl. Mitteilung vom 13. November 2018 [IV-act. 181]), es mithin an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit mangelte (vgl. dazu auch Verlaufsprotokoll Berufsberatung, Eintrag vom 6. November 2018 [IV-act. 178 S. 1], Aktennotiz vom 15. Januar 2019 [IV-act. 182], vgl. ferner für den Zeitraum davor: Antwortblatt vom 15. August 2018 [IV-act. 148] und RAD- Abklärungsbericht von Dr. med. L._____ vom 23. November 2017 zur Abklärung vom 1. November 2017 [IV-act. 151 S. 3]). Dabei betonte sie auch,

- 38 - dass eine Rückkehr in die Reinigungstätigkeit für sie ausgeschlossen sei (vgl. Verlaufsprotokoll Berufsberatung, Eintrag vom 6. November 2018 [IV- act. 178 S. 1] und Begutachtungsteil der fallführenden Ärztin [IV-act. 205 S. 39]). 3.6.6. Auch wenn sich aus dem Vorerwähnten ergibt, dass die Beschwerdeführerin bereits vor der ursprünglichen Rentenverfügung zumindest während gewissen Phasen eine Teilarbeitsfähigkeit (zunächst

bei ihrem bisherigen Arbeitsgeber und später im geschützten Rahmen bei der E. _____) aufwies, vermag sie unter Hinweis auf die im asim-Gutachten vom 23. Dezember 2019 ausgewiesene maximale Arbeitsfähigkeit von 3 Stunden pro Tag unter Einhaltung der qualitativen Anforderungen keinen stationären Gesundheitszustand darzutun. Vielmehr verkennt sie dabei, dass die Rentenzusprache mit Verfügung vom 14. Januar 2016 gestützt auf eine ärztlich ausgewiesene Unzumutbarkeit, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, bei einem Invaliditätsgrads von 100 % erfolgte (siehe Verfügung vom 14. Januar 2016 [IV-act. 125, IV-act. 130] und IV-act. 133 S. 12 f. und 15). Dabei erscheint es aufgrund des seinerzeitigen, generell reduzierten Allgemeinzustands der Beschwerdeführerin und der zahlreichen, komplikationsbehafteten Operationen, wovon die letzten erst im Herbst 2015 durchgeführt worden waren (vgl. vorstehende Erwägung 3.6.3), nachvollziehbar, dass sich ihr Gesundheitszustand in einem solchen Ausmass verschlechtert hatte, dass im Verfügungszeitpunkt am 14. Januar 2016 keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr vorlag (vgl. dazu auch RAD-Abklärungsbericht von Dr. med. L. _____ vom 23. November 2017 [IV-act. 151 S. 1]). Daraus erhellt, dass im Vergleich dazu mit der gutachterlich festgelegten maximalen Arbeitsfähigkeit von 3 Stunden pro Tag in angestammter und adaptierter Tätigkeit bei Einhaltung der qualitativen Anforderungen ab Beurteilungszeitpunkt gemäss asim-Gutachten vom 23. Dezember 2019 (siehe IV-act. 205 S. 10 f.), welche der aktuellen Rentenverfügung vom 19. Mai 2020 zugrunde lag, eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Ver-

- 39 - hältnissen ausgewiesen ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit auch den Rentenanspruch zu beeinflussen.

E. 25

Januar 2011 E.7.1 ff. sowie Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 1/03 vom 15. April 2003 E.5.2).

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