

200 19 364 IV
FUE/PRN/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Dezember 2019

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

D. _____
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 28. März 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ... und seit Oktober 2010 als ... und ... für die E._____ tätig (ursprünglich mit einem Vollpensum; vgl. Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1; 8; 110, S. 51), meldete sich im Juni 2013 unter Hinweis auf eine Krebserkrankung bei der IVB zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1). In der Folge holte die IVB diverse erwerbliche und medizinische Unterlagen ein – insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Untersuchung in der MEDAS F._____ (Expertise vom 5. Juli 2017, act. II 79.1). Auf Ersuchen der IVB (act. II 80) nahmen die Gutachter der MEDAS F._____ am 26. September 2017 Stellung zu Ergänzungs- und Erläuterungsfragen (act. II 84). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 88, S. 8; 90, S. 9) veranlasste die IVB eine interdisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS G._____ (Expertise vom 30. August 2018, act. II 108.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 112) und Stellungnahme des RAD vom 13. Februar 2019 (act. II 123) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 28. März 2019 eine vom 1. bis 31. Dezember 2013 sowie eine vom 1. Juli 2014 bis 31. März 2018 befristete halbe Invalidenrente zu (act. II 131).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch den B._____, lic. iur. C._____, am 13. Mai 2019 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 28. März 2019 insofern, als die Arbeitsfähigkeit medizinisch näher abzuklären und der Beschwerdeführerin auch ab dem 1. April 2018 eine Rente zuzusprechen sei. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, es könne nicht auf das Gutachten der MEDAS G._____ abgestellt werden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hätte unter Berücksichtigung sämtlicher Fachrichtungen – in jedem Fall Onkologie und Gynäkologie – erfolgen

müssen. Gleichentags stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2019 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 6. September 2019 wurde die D. _____ zum Verfahren beigegeben. Diese verzichtete am 12. September 2019 auf eine Stellungnahme.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 28. März 2019, mit welcher die IVB der Beschwerdeführerin vom 1. bis 31. Dezember 2013

sowie vom 1. Juli 2014 bis 31. März 2018 eine befristete halbe Invalidenrente zugesprochen hat (act. II 131). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist nicht nur der Rentenanspruch ab 1. April 2018 zu beurteilen, sondern jener im gesamten hier massgebenden Zeitraum.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.2.1 Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 287). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter

Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

2.4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den In-

validitätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.2 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Dabei ist im Unterschied zu dem in Art. 88a Abs. 1 IVV geregelten Tatbestand der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das gesetzliche Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu

beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Den Akten ist zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Vom 24. bis 30. Januar 2013 war die Beschwerdeführerin in der Klinik H._____ hospitalisiert, wo sie sich einer Operation im Bereich der Vulva und an der linken Brust (partielle Vulvektomie und inguinale Sentinel-Lymphonodektomie beidseits sowie Quadrantektomie inkl. Pektoralisfaszie Mamma links, Sentinel-Lymphonodektomie Axilla links) unterzog (vgl. act. II 16, S. 40). Die Ärzte diagnostizierten im Austrittsbericht vom 5. Februar 2013 ein mässig differenziertes Plattenepithelkarzinom der Vulva, ein tubuläres Mammakarzinom links und eine schwergradige intraepitheliale Neoplasie der perianalen Haut (act. II 16, S. 35). Es wurde vom 24. Dezember 2012 bis 23. Mai 2013 eine 100%-ige und ab dem 24. Mai 2013 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 19.1, S. 7).

Vom 19. März bis 2. Mai 2013 erfolgte eine ambulante radio-onkologische Behandlung im Spital I._____ (vgl. act. II 16, S. 23 f.).

3.1.2 Am 27. Juni 2013 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Resektion verdächtiger Areale im Bereich der perianalen Haut in der Klinik J._____ (vgl. act. II 16, S. 17 f.). Im Austrittsbericht vom 28. Juni 2013 wurde vom 27. Juni bis 12. Juli 2013 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 19.2, S. 6).

3.1.3 Im Bericht vom 24. Februar 2014 diagnostizierte Dr. med. K._____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, bei welcher die

Beschwerdeführerin seit September 2011 in Behandlung stand, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Mammakarzinom links, ein Vulvakarzinom und eine schwere intraepitheliale Neoplasie anal (act. II 16, S. 2). Sie attestierte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vom 1. Dezember 2012 bis 12. April 2013 eine 100%-ige, vom 15. April bis 14. Juli 2013 eine 50%-ige, vom 15. Juli bis 4. August 2013 eine 100%-ige, vom 5. August bis 31. Dezember 2013 eine 50%-ige und vom 3. März bis 1. Juli 2014 eine 30%-ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 16, S. 3; vgl. auch act. II 19.2, S. 2 ff., 9, 13 f.). Die Beschwerdeführerin sei durch die Doppelkarzinome und die noch nicht abgeschlossene Therapie des perianalen Befundes in der Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit deutlich reduziert. Die bisherige Tätigkeit sei noch zu maximal 50% zumutbar. Es sei noch unklar, ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne (act. II 16, S. 4).

Im Verlaufsbericht vom 11. September 2014 führte Dr. med. K. _____ aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Sie attestierte eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Juli bis 1. November 2014 (act. II 20, S. 1; vgl. auch act. II 19.2, S. 1).

3.1.4 Am 29. April 2015 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Operation im Analbereich (Retoskopie, multiple Biopsieentnahme anal) im Spital L. _____ (act. II 60, S. 2).

Von August bis Oktober 2015 erfolgte eine Bestrahlung der Vulva/Perineal-/Perianalregion im Spital I. _____ (vgl. act. II 47, S. 5 f.).

3.1.5 In den Verlaufsberichten vom 20. August und 28. Dezember 2015 führte Dr. med. K. _____ aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin infolge eines Rezidivs bei AIN (anale intraepitheliale Neoplasie) und erneuter Operation und Strahlentherapie verschlechtert habe (act. II 44, S. 2). Es bestehe eine Fatigue nach erneuter Bestrahlung. Der Beschwerdeführerin seien alle Tätigkeiten nur zu 50% zumutbar (act. II 44, S. 3; 47, S. 3; 48, S. 3; 87; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 2, S. 2).

3.1.6 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS F. _____ vom 4. Juli 2017 diagnostizierten die Experten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ein Vulvakarzinom, eine intraepitheliale Neoplasie der perianalen Haut sowie anal, initial mässigen bis schweren Grades, ein invasives Mammakarzinom links, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), in der Eigenanamnese bösartige Neubildungen (ICD-10: Z85) und ein Fatigue Syndrom (act. II 79.1, S. 43 f.).

Die Gutachter legten dar, aus internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 79.1, S. 20). In onkologischer Hinsicht sei aufgrund der von der Beschwerdeführerin beschriebenen, persistierenden leicht- bis mittelgradigen starken Schmerzen im Bereich der linken Mamma und des linken Schultergürtels sicherlich eine Einschränkung für sämtliche schweren Arbeiten, insbesondere Arbeiten über Schulterhöhe, zu attestieren. Bei den Schmerzen im Genito-Analbereich und den beschriebenen Veränderungen sei darauf hinzuweisen, dass wahrscheinlich besonders sitzende Tätigkeiten zu einer chronischen Beschwerdesymptomatik/Schmerzpersistenz führen könnten. Aktuell bestehe hier keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (act. II 79.1, S. 26). Aus gynäkologischer Sicht ergäbe sich aus den Beschwerden in der linken Brust eine leichte bis mässige Einschränkung für schwere, manuelle Arbeiten. Die Veränderung im Genito-Analbereich könne je nach weiterem Verlauf für eine vorwiegend sitzende Tätigkeit ein Problem darstellen. Für die aktuelle Tätigkeit und den jetzigen Zustand bestehe keine Funktionsstörung (act. II 79.1, S. 32 f.). In psychiatrischer Hinsicht fänden sich Hinweise auf eine leichte reaktive Depression in Form von Durchschlafstörungen, gedrückter Stimmung, Gedankenkreisen sowie einer episodischen Antriebslosigkeit und einer vermehrten Müdigkeit. Diese depressive Symptomatik sei als Reaktion auf die schwere körperliche Erkrankung zu werten. Im Hamilton-Depressionsindex würden 24 von 64 Punkten erreicht. Es seien insbesondere die Antriebsschwierigkeiten, die Schlafstörungen und auch der sichere Gewichtsverlust festzustellen, der auch zu einem objektiv untergewichtigen Ernährungszustand geführt habe. Aufgrund dieser depressiven Symptomatik, insbesondere aufgrund der raschen Ermüdbarkeit, der Erschöpfung und des vermehrten Pausenbedarfs sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig. Die Müdigkeit und Störung der Durchhaltefähigkeit sei als Folge der Kombination von psychischer und somatischer Erkrankung zu sehen, wobei diese Kom-

ponenten nicht mehr differenziert auseinandergehalten werden könnten (act. II 79.1, S. 39).

In der polydisziplinären Beurteilung wurde festgehalten, dass von einer Tumorkrankheit mit deutlicher somatischer und psychischer Belastung gesprochen werden müsse. Im somatischen Bereich seien dies einerseits die sehr oft wiederkehrenden Durchfälle, die Untergewichtigkeit, und andererseits die wahrscheinlich nur zu einem beschränkten Ausmass therapiebedingten Zeichen einer Fatigue, der vermehrten Ermüdbarkeit und geringeren Leistungsfähigkeit. Diese seien in diesem sehr komplexen onkologischen Fall multifaktoriell und eine Abgrenzung der Verursachung durch Soma und Psyche sei schlicht unmöglich. Im Zusammenspiel der verschiedenen Teilelemente sei an dieser Fatigue jedoch insgesamt nicht zu zweifeln (act. II 79.1, S. 45 und S. 47 Ziff. 8.4). Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin insbesondere aufgrund der Antriebsstörung, der Müdigkeit und demzufolge des erhöhten Pausenbedarfs und der rascheren Erschöpfbarkeit zu 50% arbeitsunfähig, wobei die Ursachen somatischer Natur und psychischer Natur letztlich nicht abgegrenzt werden könnten (act. II 79.1, S. 46). Die Beschwerdeführerin als eher dissimulierende Person, die trotz der Schwere der Erkrankung versuche, das bisherige Leben soweit als möglich weiterzuleben (act. II 79.1, S. 46 Ziff. 8.2), sei in ihrer angestammten Tätigkeit mit optimal angepasstem Arbeitsplatz weiterhin zu 50% arbeitsfähig. Die Einschränkung erfolge vor allem aus onkologischer, aber auch aus psychiatrischer Sicht aufgrund der gesamten Fatigue, Ermüdbarkeit, Schwäche und verminderten Körperkraft, welche durch die wiederholten Durchfälle (Strahlentherapiefolgen) weiter unterhalten würden. Diese reduzierte Arbeitsfähigkeit bestehe ab dem Jahr 2015, als die Arbeitsfähigkeit auf 50% reduziert worden sei. Es gebe keine adaptierte Tätigkeit, in welcher die engagierte und arbeitswillige Beschwerdeführerin, die nicht die geringsten Zeichen einer Aggravation oder Symptomverdeutlichung zeige, vermehrt arbeitsfähig wäre (act. II 79.1, S. 47 und 49 Ziff. 12).

3.1.7 In der Stellungnahme vom 26. September 2017 äusserten sich die Gutachter der MEDAS F._____ zu den Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin (vgl. act. II 80). Zum onkologischen Teilgutachten wurde wiederholt, dass ein ausgeprägtes „cancer related fatigue syndrome“, wie

es oftmals bei Patienten unter bzw. nach monatelanger Chemotherapie als Spätfolge typischerweise beschrieben werde, aus onkologischer Sicht im Rahmen der nur kurzfristig verabreichten Radiotherapie wenig plausibel erscheine. Dennoch sei eine Fatigue nicht von der Hand zu weisen, unter anderem als Folge der psychischen Belastung durch die rezidivierende Tumorerkrankung vor allem anal und die wiederholten Durchfälle. Ausserdem werde im Gutachten dargelegt, dass auch wenn die Fatigue im aktuellen Ausmass aus einem Teilgebiet allein nicht erklärbar sei, sie doch im Zusammenspiel aller Teilaspekte vollumfänglich nachvollziehbar und glaubhaft sei (act. II 84, S. 3). Für Januar und Februar 2013 könne (aus onkologischer Sicht) eine 100%-ige, ab Mai 2013 eine 50%-ige (Radiotherapie vom 19. März bis 2. Mai 2013), für Juni und Juli 2013 eine 100%-ige (Hospitalisation und präoperative Zeit) und danach eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (act. II 84, S. 3 und 5).

3.1.8 Im Bericht vom 30. Oktober 2017 führte die RAD-Ärztin med. pract. M._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, aus, weder der Onkologe noch der Gynäkologe würden aus ihren Fachgebieten die zeitliche Reduktion der Arbeitszeit begründen, auch werde nicht auf die von ihnen angedeutete Anorexie und Mangelernährung der Beschwerdeführerin eingegangen. Da bei der Beschwerdeführerin weiterhin über Diarrhoe berichtet werde und sie scheinbar weder eine Ernährungsberatung erhalten habe, noch der scheinbare Eisenmangel therapiert werde, sei eine gastroenterologische und psychiatrische Begutachtung nötig (act. II 88, S. 8).

3.1.9 Der RAD-Arzt Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 8. November 2017 aus, das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS F._____ weise gravierende Mängel auf. Weshalb noch von einer Anpassungsstörung ausgegangen werde, die in der Regel zwei Jahre maximal andauern würde, werde nicht dargelegt. Hinweise auf eine psychische Belastung ergäben sich aus dem Bericht von Dr. med. K._____ vom 18. April 2013, mithin etwa vier Jahre vor der gutachterlichen Untersuchung. Auch werde nicht auf die Differentialdiagnose eines chronischen Erschöpfungssyndroms (CFS) eingegangen, was verwundere, da die Funktionsbeeinträchtigungen genau mit diesem

Störungsbild in Verbindung gebracht würden. Zudem bedürfe es einer Erklärung, warum bei einer leichten reaktiven depressiven Symptomatik eine Arbeitsunfähigkeit von 50% angenommen werde (act. II 90, S. 8 Ziff. 4.4.5.1).

3.1.10 Im Bericht vom 14. Dezember 2017 führte med. pract. M. _____ aus, da es somatisch hauptsächlich darum gehe, eine internistische Ursache für die beklagte Müdigkeit wie z.B. Anämie, Fehlernährung, Schilddrüsenerkrankung etc. auszuschliessen, erfolge der Wechsel vom gastroenterologischen zum internistischen Gutachter (act. II 96).

3.1.11 Im Gutachten der MEDAS G. _____ vom 30. August 2018 diagnostizierten die Experten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Vulvakarzinom, eine intraepitheliale Neoplasie der perianalen Haut sowie anal, initial mässigen bis schweren Grades, und ein invasives Mammakarzinom links. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) und ein fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 30 py; ICD-10: F17.1) diagnostiziert (act. II 108.1, S. 6).

Aus allgemeininternistischer bzw. somatischer Sicht entspreche die aktuell ausgeübte Tätigkeit der möglichen Belastung; die Anwesenheit sei mit sieben bis acht Stunden möglich. Aufgrund vermehrter Pausen und wegen der Durchfälle bestehe eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit (seit Mai 2016) in der bisherigen Tätigkeit, welche einer angepassten Tätigkeit entspreche (act. II 108.1, S. 21 Ziff. 8.1 und 8.2). In psychiatrischer Hinsicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit; die Beschwerdeführerin könne in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit acht Stunden pro Tag anwesend sein. Die Neurasthenie, die als „Tumor-Relayed“ einzustufen sei, führe im Tagesverlauf zu einer schnelleren Erschöpfung; in der Untersuchung habe die erhöhte Müdigkeit plausibel gewirkt. Gemäss ICD-10 Richtlinien könne infolge einer Neurasthenie keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden (act. II 108.1, S. 27 Ziff. 7.3.3 und S. 28 Ziff. 8.1).

In der interdisziplinären Beurteilung wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sieben bis acht Stunden anwesend sein. Dabei bestünden Einschränkungen der Leistung aufgrund vermehrter Pausen wegen Toilettenbesuchen bei Durchfällen und der

etwas erhöhten Ermüdbarkeit. Es bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70%. Genaue Angaben zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit seien schwierig. Bis Ende der Tumorbehandlungen 2015 könne den Angaben der behandelnden Ärzte gefolgt werden. Ab Januar 2016 bis Dezember 2017 könne eine Arbeitsfähigkeit von 50% angenommen werden, ab Januar 2018 sei die aktuelle Arbeitsfähigkeit zu bestätigen. Die bisherige und derzeit ausgeübte Tätigkeit entspreche sowohl somatisch wie auch psychiatrisch den medizinischen Möglichkeiten. Eine besser angepasste Tätigkeit mit erhöhter Arbeitsfähigkeit könne nicht angegeben werden (act. II 108.1, S. 7). Die Gesamtarbeitsunfähigkeit begründe sich durch die Kombination der somatischen Einschränkungen mit den psychischen Leiden. Die Neurasthenie habe zwar für sich allein keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die durch die Tumorbehandlungen und die aktuelle Therapie mit Arimidex verstärkte Ermüdbarkeit werde (aber) durch die Neurasthenie nochmals erhöht, weshalb gesamthaft eine verstärkte Einschränkung entstehe (act. II 108.1, S. 8).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen

Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3

3.3.1 Das Gutachten der MEDAS F. _____ vom 5. Juli 2017 (act. II 79.1), basierend auf einer internistischen, onkologischen, gynäkologischen und psychiatrischen Untersuchung, erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

Die Gutachter der MEDAS F. _____ haben überzeugend dargelegt, dass die Beschwerdeführerin an einer Tumorkrankheit mit deutlicher somatisch-onkologischer und psychischer Belastung leidet. Dazu führten die Gutachter der MEDAS F. _____ schlüssig und nachvollziehbar aus, dass die Beschwerdeführerin durch die sehr oft wiederkehrenden Durchfälle, die Untergewichtigkeit, die Schlaf- und Antriebsstörung sowie die vermehrte Ermüdbarkeit und Erschöpfung – wobei diese Teilelemente als Fatigue eingeordnet wurden – in ihrer angestammten, optimal angepassten Tätigkeit zu 50% in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Eine Abgrenzung zwischen den medizinischen Disziplinen erachteten sie dabei wiederholt als unmöglich (act. II 79.1, S. 45 ff.; vgl. auch act. II 84, S. 3).

3.3.2 Die auf den ersten Blick scheinbaren Widersprüche – insbesondere zwischen dem onkologischen und psychiatrischen Teilgutachten und der interdisziplinären Beurteilung – vermögen entgegen der Beschwerdegegnerin am Beweiswert des Gutachtens der MEDAS F. _____ nichts zu ändern:

Der onkologische Experte führte in seinem Teilgutachten aus, dass es im Anschluss an die Radiotherapie im Jahr 2015 zur Entwicklung einer schweren Fatigue sowie einer persistierenden leichtgradigen Durchfallsymptomatik gekommen sei (act. II 79.1, S. 25). Ein typisch ausgeprägtes „cancer related fatigue syndrom“ erschien ihm aufgrund der nur kurzfristigen Radiotherapie jedoch wenig wahrscheinlich (act. II 79.1, S. 26). Im Rahmen der Funktionsstörungen führte er weiter aus, dass „hier keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit“ bestehe (act. II 79.1, S. 26 Ziff. 4.2.5.3). Demgegenüber wurde in der polydisziplinären Beurteilung berichtet, die Einschränkungen bestünden vor allem aus onkologischer und psychiatrischer Sicht (act. II 79.1, S. 47). Dazu ist festzuhalten, dass der onkologische Experte ein strahlentherapiebedingtes Fatigue-Syndrom zwar als wenig wahrscheinlich einstufte, er das Bestehen einer Fatigue jedoch nicht anzweifelte (act. II 79, S. 25 f.). Ergänzend wurde in der polydisziplinären Beurteilung festgehalten, auch wenn die Fatigue im aktuellen Ausmass aus einem medizinischen Teilgebiet allein nicht erklärbar sei, so sei sie im Zusammenspiel aller Teilaspekte vollumfänglich nachvollziehbar und glaubhaft (act. II 79.1, S. 47 Ziff. 8.4; 84, S. 3). Betreffend Einschränkung der Leistungsfähigkeit im onkologischen Teilgutachten ist ferner festzuhalten, dass sich das Adverb „hier“ einzig auf die unmittelbar zuvor abgehandelte Beschwerdesymptomatik im Genito-Analbereich und nicht auf die gesamte onkologische Problematik bezieht. Auch wurden im entsprechenden Teilgutachten keine spezifischen Angaben zur Höhe der Arbeitsunfähigkeit aus onkologischer Sicht gemacht. Dies ist allerdings dadurch erklärbar, dass die Experten der MEDAS F._____ wiederholt festhielten, im vorliegenden komplexen Fall sei eine Abgrenzung der Verursachung der Leistungseinschränkung durch Soma und Psyche und damit einhergehend eine disziplinspezifische Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gerade nicht möglich (act. II 79.1, S. 45 ff.). Scheinbar entgegen dieser Darlegung wurde in psychiatrischer Hinsicht eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit infolge der depressiven Symptomatik (insbesondere aufgrund der raschen Ermüdbarkeit, der Erschöpfung und des vermehrten Pausenbedarfs) attestiert. Dies ist aber insoweit zu relativieren, als im darauf folgenden Satz präzisiert wird, dass die Müdigkeit und Störung der Durchhaltefähigkeit als Folge der Kombination von psychischer und somatischer Erkrankung gesehen werde, wobei diese Komponenten nicht mehr

differenziert auseinandergelassen werden könnten (act. II 79.1, S. 39, 46). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% resultiert damit – entgegen der Annahme des RAD-Arztes vom 8. November 2017 (act. II 90, S. 8) – nicht allein aus der psychiatrischen Symptomatik, sondern explizit unter Berücksichtigung der somatischen Beschwerden. Soweit schliesslich die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21; vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 210) durch den RAD in Frage gestellt wird (vgl. act. II 90, S. 8) und die Fatigue ohne Codierung gemäss ICD-10 bzw. DSM-V erfolgte (act. II 79.1, S. 44) ist festzuhalten, dass es letztlich nicht in erster Linie auf die genaue diagnostische Zuordnung des hier unbestrittenermassen vorliegenden Gesundheitsschadens ankommt (vgl. dazu E. 3.3.1 hiervor), sondern darauf, welche Auswirkungen der Gesundheitsschaden auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. Juli 2019, 9C_857/2018, E. 4.2.1, sowie BGE 139 V 346 E. 3.4 S. 346).

3.3.3 Nach dem Gesagten kann auf das schlüssige und nachvollziehbare Gutachten der MEDAS F. _____ (samt Ergänzung vom 26. September 2017) abgestellt werden, wonach die Beschwerdeführerin ab 2015 in ihrer angestammten, optimal angepassten Tätigkeit durchgehend zu 50% arbeits- und leistungsunfähig ist (act. II 79.1, S. 46). An der Massgeblichkeit dieser Einschätzung ändert – wie nachfolgend dargelegt wird (vgl. E. 3.4 hiernach) – auch das Gutachten der MEDAS G. _____ nichts.

3.4 Das auf Empfehlung des RAD (vgl. act. II 88, S. 8; 90, S. 8 ff.; 96) veranlasste internistisch-psychiatrische Gutachten der MEDAS G. _____ vom 30. August 2018 (act. II 108.1) erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens nicht: Die internistische Teilgutachterin diagnostizierte – in Übereinstimmung mit dem Gutachten der MEDAS F. _____ – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Vulvakarzinom, eine intraepitheliale Neoplasie der perianalen Haut sowie anal und ein invasives Mammakarzinom links (act. II 108, S. 19). Aufgrund von vermehrt benötigten Pausen wegen der Durchfälle attestierte sie eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, welche zugleich

einer angestammten Tätigkeit entspreche (act. II 108.1, S. 21). Im psychiatrischen Teilgutachten wurde keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und ohne Auswirkung wurde eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) diagnostiziert (act. II 108.1, S. 26). Der psychiatrische Experte attestierte dementsprechend eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (act. II 108.1, S. 28). In der Konsensbeurteilung wurde – bereits in einem gewissen Widerspruch zu den Teilgutachten – schliesslich eine 70%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert (act. II 108.1, S. 7), weil die Neurasthenie zwar für sich allein keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe, die durch die Tumorbehandlungen und die Therapie mit Arimidex verstärkte Ermüdbarkeit durch die Neurasthenie jedoch nochmals erhöht werde (act. II 108.1, S. 8). Indes wird im Folgenden nicht begründet, wie es vereinbar sein soll, dass die Beschwerdeführerin – laut Beurteilung des Psychiaters der MEDAS G. _____ – durch die Neurasthenie im Tagesverlauf schneller erschöpft sei (act. II 108.1, S. 28 Ziff. 8.1.2), demgegenüber aber aus rein psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte vollschichtige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. II 108.1, S. 28 Ziff. 8.1.3) bzw. die Neurasthenie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde (act. II 108.1, S. 6, 26). Auch kann die Aussage des psychiatrischen Teilgutachters, gemäss ICD-10 Richtlinien könne infolge einer Neurasthenie keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden (act. II 108.1, S. 28 Ziff. 8.1.3), gestützt auf die Fachliteratur nicht nachvollzogen werden (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 235 ff.) und scheint noch im überholten Regel-/Ausnahmemodelle (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294) verhaftet zu sein. Mithin steht diese Argumentation im Widerspruch zur geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach bei sämtlichen psychischen Störungen eine ergebnisoffene Beurteilung des Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.2 hiavor). Ungereimtheiten bestehen auch insoweit, als der psychiatrische Experte der MEDAS G. _____ ausführte, die höhere Müdigkeit, die in der Untersuchung plausibel gewirkt habe (act. II 108.1, S. 27 Ziff. 7.3.3), und die Erschöpfbarkeit stellten sich aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen als „Tumor-Relayed“ dar (act. II 108.1, S. 27). Damit qualifizierte der Gutachter die erhöhte Müdigkeit jedoch zumindest mittelbar als somatisch bedingt, was erhebliche Zweifel an der gestellten psychiatrischen Diagnose weckt. Immerhin bestätigt er damit indirekt die Einschätzung der Gutachter der MEDAS F. _____, wonach eine genaue diagnostische Zuordnung

der Müdigkeit nicht möglich sei. Nicht überzeugend erscheint die Beurteilung der MEDAS G. _____ ferner auch dahingehend, als ausgeführt wird, die subjektiv mögliche Arbeitsfähigkeit von nur 50% sei angesichts der medizinischen Befunde und der geschilderten Alltagsaktivitäten nicht nachvollziehbar (act. II 108.1, S. 7 Ziff. 4.5; vgl. auch act. II 108.1, S. 20 Ziff. 7.3.2). Damit wird implizit ein selbstlimitierendes Verhalten der Beschwerdeführerin bejaht. Der psychiatrische Experte führte im Widerspruch dazu aus, die Beschwerdeführerin mache den Eindruck einer „pflichtbewussten, tapferen Frau mit Durchhaltewillen“ (act. II 108.1, S. 28 Ziff. 7.4), was sich im Übrigen mit der Einschätzung der Gutachter der MEDAS F. _____ deckt, welche eine Dissimulation der Beschwerdeführerin feststellten (act. II 79.1, S. 47 Ziff. 8.4) und den Arbeitswillen und das Engagement der Beschwerdeführerin hervorhoben (act. II 79.1, S. 49 Ziff. 12). Auch gründet die durch die Gutachter der MEDAS G. _____ attestierte Arbeitsfähigkeit von 70% auf der Annahme, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Alltagsaktivitäten Ressourcen für ganztägige Aktivitäten aufzeigten (act. II 108.1, S. 7 Ziff. 4.4). Um welche Ressourcen es sich konkret handelt, die mit einer Arbeitsfähigkeit von 50% nicht vereinbar sein sollten, legen die Gutachter der MEDAS G. _____ indes nicht dar und dies ist auch nicht erkennbar (vgl. act. II 108.1, S. 25). In diesem Zusammenhang ist in Erinnerung zu rufen, dass eine Arbeitsfähigkeit von 50% ein bestimmtes Mass an (Freizeit-)Aktivitäten – wie hier insbesondere Besuch der Tochter samt Enkel empfangen, Lesen, Spazieren, Kaffee trinken mit Kolleginnen (act. II 108.1, S. 25) – durchaus zulässt (Entscheide des BGer vom 20. Dezember 2018, 9C_636/2018, E. 6.3.1.2 und vom 11. Januar 2019, 9C_658/2018, E. 4.4.1). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung im Gutachten der MEDAS G. _____ allein in internistischer und psychiatrischer Hinsicht erfolgt ist. Mit Blick auf die hier komplexe medizinische Situation betreffend die somatisch-psychiatrische Abgrenzung im Rahmen der unbestrittenermassen vorliegenden erhöhten Ermüdbarkeit und Erschöpfung im Nachgang zur Behandlung der Krebserkrankung erscheint dies ungenügend. So hätten insbesondere die Fachrichtungen Onkologie und Gynäkologie miteinbezogen werden müssen. Aus den dargelegten Gründen vermag die Einschätzung der Gutachter der MEDAS G. _____ nicht zu überzeugen.

3.5 Weil es sich beim festgestellten Gesundheitsschaden laut Gutachten der MEDAS F. _____ teilweise um einen psychischen Gesundheitsschaden handelt (vgl. E. 3.3 hiavor) und nicht erstellt ist, dass es sich um eine typische Cancer-related Fatigue handelt (BGE 139 V 346 E. 3.4 S. 348), bleibt anhand des strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen, ob der attestierten Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann (vgl. E. 2.2.2 hiavor).

3.5.1 Zunächst ist festzuhalten, dass keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (vgl. E. 2.2.2 hiavor). Insbesondere fand der psychiatrische Gutachter der MEDAS F. _____ keinerlei Hinweise für eine Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation. Die Beschwerdeführerin habe vielmehr eine Neigung zur Dissimulation (act. II 79.1, S. 41 Ziff. 4.4.5.6 und S. 47 Ziff. 8.4).

3.5.2 Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Der onkologische Teilgutachter der MEDAS F. _____ ging von einer schweren Fatigue aus (act. II 79.1, S. 25). Der psychiatrische Teilgutachter beschrieb im Rahmen der Funktionsstörungen eine leichte Beeinträchtigung bei der Anpassung an Regeln und Routinen sowie in der Planung und Strukturierung von Aufgaben. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit erachtete er als mittelgradig und die Durchhaltefähigkeit als schwer beeinträchtigt (act. II 79.1, S. 40 Ziff. 4.4.5.3).

Hinsichtlich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin eine Psychotherapie ablehnte, da sie sich als starke Frau fühle (act. II 79.1, S. 16; vgl. auch act. II 108.1, S. 25, 27). Der psychiatrische Gutachter der MEDAS F. _____ hat denn auch einzig eine medikamentöse Therapie empfohlen (act. II 79.1, S. 41 Ziff. 4.4.7). Die entsprechende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stufte er als klein ein, da diese abhängig vom Verlauf der somatischen Erkrankung sei (act. II 79.1, S. 42 Ziff. 4.4.9). Berufliche Massnahmen wurden im Gutachten der der MEDAS F. _____ als nicht angebracht erachtet, da die Beschwerdeführerin bereits in einer optimal angepassten Tätigkeit arbeite (act. II 79.1,

S. 41 Ziff. 4.4.8). Schliesslich berichtete der gynäkologische Experte von gescheiterten Arbeitsversuchen mit 100% und 70% (act. II 79.1, S. 29), was für eine über das effektiv ausgeübte Pensum hinausgehende Eingliederungsresistenz spricht.

Weiter besteht eine Komorbidität, die der Beschwerdeführerin Ressourcen raubt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.), dies in Form des diagnostizierten Vulvakarzinoms, der intraepithelialen Neoplasie und des invasiven Mammakarzinoms (act. II 79.1, S. 34 f.). Diese komplexe Tumorerkrankung hat gemäss den Experten eine Belastung in somatischer und psychiatrischer Hinsicht (Durchfälle, Untergewichtigkeit, Ermüdbarkeit und geringere Leistungsfähigkeit) zur Folge (act. II 79.1, S. 45 f.).

Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) betrifft, konnte der psychiatrische Experte keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung feststellen; es gebe keine Persönlichkeitsfaktoren, die für die Arbeitsfähigkeit in einem negativen Sinne von Belang wären. Die Beschwerdeführerin zeige eher eine sehr gute Fähigkeit, mit der schweren Erkrankung umzugehen (act. II 79.1, S. 41 Ziff. 4.4.5.5).

Der Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Beschwerdeführerin über Ressourcen verfügt, da eine hohe Motivation zu einer Arbeitstätigkeit, die Freude am Inhalt dieser Arbeit sowie generell eine grosse psychische Resilienz bestehen (act. II 79.1, S. 40 Ziff. 4.4.5.4). Daneben ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin einen guten und regelmässigen Kontakt mit ihrer Tochter und ihrem Enkelkind sowie auch mit ihrem Ex-Mann hat, jedoch in keiner Partnerschaft lebt (act. II 79.1, S. 35). Beim Eingehen von intimen Beziehungen wurde sie von den Gutachtern als massiv beeinträchtigt bezeichnet (act. II 79.1, S. 40 Ziff. 4.4.5.3). Als individuelle Belastungsfaktoren wurden die Ungewissheit über den Verlauf der somatischen Erkrankung, der potentiell tödlichen Erkrankung sowie die ebenfalls sehr unsichere finanzielle Situation der Beschwerdeführerin aufgeführt (act. II 79.1, S. 40 Ziff. 4.4.5.4).

In der Kategorie „Konsistenz“ ist in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) keine Ungleichmässigkeit ersichtlich, attestierten die Gutachter

der MEDAS F._____ doch nicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, sondern eine solche von 50% (act. II 79.1, S. 47 Ziff. 9.1 f.). Mit dieser Einschränkung stehen die Schilderungen der Beschwerdeführerin zu ihrem Tagesablauf im Einklang. Dem Gutachten der MEDAS F._____ ist diesbezüglich zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin jeweils halbtags von 8.00 bis 12.00 Uhr arbeite. Nach der Arbeit brauche sie jeweils längere Erholungspausen, in denen sie sich hinlege und ausruhe. Sie könne ihre (Haushalt-)Arbeit langsamer erledigen als früher. Die Beschwerdeführerin habe ihren Tagesablauf auf die Erkrankung und deren Folgen ausgerichtet. Nach der Arbeit gehe sie nach Hause, schone sich und versuche ihre Freizeitaktivitäten ihrer Erkrankung bzw. ihrem Energieniveau anzupassen. Sie gehe jeweils früh am Abend zu Bett, damit sie am Morgen zur Arbeit gehen könne (act. II 79.1, S. 39).

3.5.3 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren überwiegend wahrscheinlich erstellt, so dass auch aus rechtlicher Optik auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% abzustellen ist.

3.6 Zusammenfassend ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der MEDAS F._____ vom 5. Juli 2017 erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2015 sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 50% arbeits- und leistungsunfähig ist (act. II 79.1, S. 47 Ziff. 9).

Für die Zeit vor dem Jahr 2015 ist auf die echtzeitlichen Atteste bzw. gezeigte Arbeitsleistung abzustellen, weil die retrospektive Einschätzung der Gutachter der MEDAS F._____ mit Blick auf die Aktenlage zu wenig differenziert ausgefallen ist (notabene wurde die Gesundheitsverbesserung ab Januar 2014 nicht berücksichtigt) und daher nicht zu überzeugen vermag. Gemäss den vorliegenden echtzeitlichen medizinischen Akten attestierten die behandelnden Ärzte zwischen dem 1. Dezember 2012 bis 31. Dezember 2014 phasenweise eine 100%-ige und eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 16, S. 3; 19.2). Vom 1. Januar 2014 bis am 2. März 2014 war die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit wieder zu 100% arbeitsfähig und -tätig (vgl. act. II 23). Vom 3. März bis am

30. Juni 2014 attestierte Dr. med. K. _____ eine 30%-ige und ab 1. Juli 2014 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 19.2, S. 2 f.; 20; 44, S. 3). Die ab dem 14. April 2014 wiederholt für einige Tage attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 54, S. 3) ist nur vorübergehend und damit revisionsrechtlich unbeachtlich.

4.

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad für die einzelnen Zeitabschnitte zu ermitteln.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296).

Übt die versicherte Person 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 (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296).

4.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist hier unter Berücksichtigung der Anmeldung bei der IVB im Juni 2013 (act. II 1; Art. 29 Abs. 1 IVG), der sechsmonatigen Karenzzeit von Art. 29 Abs. 1 IVG und des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 3.6 hiervor) der 1. Dezember 2013.

4.3 Nach Ablauf des Wartejahres im Dezember 2013 war die Beschwerdeführerin (seit dem 5. August 2013) zu 50% erwerbsunfähig (vgl. act. II 19.2, S. 3 f.). Da sie nach wie vor in ihrer angestammten Tätigkeit arbeitete und diese Stelle gemäss den Gutachtern der MEDAS F. _____ optimal angepasst ist bzw. die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpfte (act. II 79.1, S. 47 Ziff. 9), kann der dort erzielbare (100%-Pensum) bzw. effektiv erzielte (50%-Pensum) Lohn sowohl für das Validen- als auch für das Invalideneinkommen herangezogen werden (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Damit entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 50%. Mithin besteht ab Dezember 2013 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor).

Die Verbesserung des Gesundheitszustandes mit einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit von Januar bis am 2. März 2014 und einer 30%-igen Arbeitsunfähigkeit ab 3. März 2014 stellt einen Revisionsgrund (Art. 17 ATSG) dar, so dass der Rentenanspruch in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV – entgegen der angefochtenen Verfügung nicht bereits per 1. Januar 2014, sondern erst – per April 2014 zu überprüfen ist (vgl. E. 2.4.2 hiervor). Da die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit in den Monaten Januar und Februar 2014 vorübergehend zu 100% und ab (3.) März bis Juni 2014 70%, d.h. durchschnittlich zu 90% arbeitsfähig war, resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad, was per 1. April 2014 zur Rentenaufhebung führt (vgl. E. 2.3 hiervor).

Seit 1. Juli 2014 ist die Beschwerdeführerin (wieder) zu 50% erwerbsunfähig (act. II 19.2, S. 1; 20; 44, S. 3; 79.1, S. 47 Ziff. 9). Dies stellt einen weiteren Revisionsgrund dar. Da derselbe Gesundheitsschaden (Krebserkrankung) per Juli 2014 wieder zu einer Gesundheitsverschlechterung führte, mithin der Rückfall innerhalb von drei Jahren eintrat und die Erwerbsun-

fähigkeit länger als 30 Tage dauerte, lebte der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente wieder auf. Dies entgegen der angefochtenen Verfügung jedoch per Oktober (und nicht schon per Juli) 2014: Bei Wiederaufleben der Invalidität nach Aufhebung einer Rente ist Art. 88a Abs. 2 IVV gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (analog) zu berücksichtigen (vgl. Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; früher BGer] vom 9. Dezember 2005, I 384/05, E. 6.1 und 6.2). Dies ist sachgerecht, weil im Gegenzug auch bei den jeweiligen Rentenaufhebungen die Renten erst drei Monate nach der Gesundheitsverbesserung aufzuheben sind. Der Anspruch auf eine halbe Rente ab Oktober 2014 ist gestützt auf das Gutachten der MEDAS F._____ nicht befristet.

4.4 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung insoweit abzuändern, als der Beschwerdeführerin befristet vom 1. Dezember 2013 bis am 31. März 2014 und unbefristet ab 1. Oktober 2014 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wird.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 25. Juni 2019 macht lic. iur. C._____ vom B._____ ein Honorar von Fr. 1'105.-- (8.5 h à Fr. 130.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 44.20 und Mehrwertsteuer von Fr. 88.49 (7.7% von Fr. 1'149.20), total Fr. 1'237.69, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteienschädigung ist demnach auf Fr. 1'237.70 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

5.3 Bei diesem Ausgang ist das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des gestellten Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 28. März 2019 insoweit abgeändert, als der Beschwerdeführerin von 1. Dezember 2013 bis 31. März 2014 und ab 1. Oktober 2014 eine halbe Invalidenrente zugesprochen wird.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'237.70 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.

5. Zu eröffnen (R):

- B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
(samt Eingabe der D._____ vom 12. September 2019)
- IV-Stelle Bern (samt Eingabe der D._____ vom 12. September 2019)
- D._____
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.