

200 20 692 IV
WIS/RUM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. März 2022

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Rufenacht

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
substituiert durch Rechtsanwältin C. _____

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. August 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ersuchte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Anmeldungen vom 11. Mai und 22. September 2010 unter Angabe eines Restless legs-Syndroms, Schlaflosigkeit, Tagesmüdigkeit, Erschöpfung, einer Depression, einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Diskushernienoperation um IV-Leistungen (Antwortbeilagen [AB] 7, 26). Nachdem die Versicherte ab 1. Mai 2011 wieder eine Teilzeitanstellung im angestammten Beruf angetreten hatte (AB 53), schloss die IV die Arbeitsvermittlung nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 20. Juni 2011 ab (AB 55, 56).

B.

Am 26. April 2016 (Poststempel) meldete sich die Versicherte unter Angabe eines bifokalen Mammakarzinoms erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (AB 63). Die IVB holte erwerbliche und medizinische Unterlagen ein und gewährte der Versicherten, nachdem ihr am 22. November 2017 das Arbeitsverhältnis per Ende Januar 2018 gekündigt worden war (AB 117/3), mit Mitteilung vom 30. Januar 2018 Unterstützung bei der Suche nach einer neuen Arbeitsstelle (AB 123). In der Folge veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS (Gutachten vom 3. Januar 2019 inkl. Teilgutachten [AB 154.1-154.5]). Gestützt darauf teilte sie der Versicherten am 22. Januar 2019 den Abschluss der beruflichen Massnahmen mit (AB 160) und holte einen Abklärungsbericht Haushalt ein (AB 166). Am 25. September 2019 erstattete der Regionale Ärztliche Dienst der IVB (RAD) einen Aktenbericht mit einer eigenen Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie einem Zumutbarkeitsprofil (AB 189/3-6). Daraufhin wurde der Abklärungsbericht Haushalt vom 3. April 2019 (AB 166) mit erneutem Bericht vom 21. Oktober 2019 ersetzt (AB 190). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 191, 198) und Einholung von Stellungnahmen

des RAD vom 7. April 2020 und 23. Juni 2020 (AB 208/2-6, 212/2-4) sowie des Bereichs Abklärungen der IVB vom 30. Juni 2020 (AB 213/2-3) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 3. August 2020 rückwirkend vom 1. Januar 2017 befristet bis 31. Mai 2017 sowie vom 1. Dezember 2017 befristet bis 31. Mai 2018 je eine ganze Rente zu. Ab 1. Juni 2018 wurde ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 32 % verneint.

C.

Mit Eingabe vom 11. September 2020 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, substituiert durch Rechtsanwältin C._____, Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung der Verfügung vom 3. August 2020 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über den 31. Mai 2018 hinaus eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Verfügung vom 3. August 2020 betreffend den Rentenanspruch nach dem 31. Mai 2018 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2018 eine Viertelsrente und ab 1. August 2019 eine Dreiviertelsrente auszurichten.

In der Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

D.

Am 2. März 2022 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 3. August 2020 (AB 220), mit welcher der Beschwerdeführerin rückwirkend vom 1. Januar 2017 bis 31. Mai 2017 und vom 1. Dezember 2017 bis 31. Mai 2018 je eine ganze Rente zugesprochen wurde. Dies wird von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet. Sie macht jedoch geltend, über den 31. Mai 2018 hinaus Anspruch auf eine Rente zu haben. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Ist nur die Befristung angefochten, wird die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinn eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 131 V 164 E. 2.2 S. 165, 125 V 413). Streitig und zu prüfen ist im vorliegenden Fall somit der Anspruch auf eine IV-Rente während der ganzen in Frage kommenden Zeit.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 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 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich der besonderen übergangsrechtlichen Bestimmungen, welche hier jedoch nicht erfüllt sind (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG) – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert (AB 220), ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

2.2 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).

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

2.3.1 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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).

2.3.2 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).

2.4 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 aArt. 28 Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung 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.

2.5 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Gemäss dem Bericht der prätherapeutischen Tumorkonferenz im Spital D._____ vom 25. Januar 2016 diagnostizierten die Ärzte bei der Beschwerdeführerin ein bifokales Mammakarzinom rechts (AB 89/26). Am 2. Februar 2016 wurde eine neoadjuvante Chemotherapie gestartet (Bericht ..., Spital D._____, vom 2. Februar 2016 [AB 89/23]). Es folgten eine Sentinel-Lymphadenektomie rechts und die beidseitige Brustentfernung mit prothetischer Rekonstruktion im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 2. bis 8. Juni 2016 im Spital D._____ (Bericht von Dr. med. E._____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, vom 23. Juni 2016 [AB 86/2], Operationsbericht des F._____, vom 6. Juni 2016 [89/18]) sowie ein onkologischer Rehabilitationsaufenthalt vom 13. bis 26. Juli 2016 in der Klinik G._____ (Austrittsbericht vom 18. August 2016 [AB 89/12]). Ein am 22. August 2016 am angestammten Arbeitsplatz gestarteter Arbeitsversuch mit reduziertem Pensum von vier Stunden pro Woche wurde am

25. September 2016 abgebrochen (Bericht der Hausärztin, Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 21. November 2016 [AB 89/7 Ziff. 1.6]). Am 4. November 2016 fand wegen einer Seromansammlung mit Kapselbildung ein operativer Prothesenwechsel rechts mit Kapsulektomie statt (Operationsbericht des F._____, vom 8. November 2016 [AB 89/10]). Im Rahmen einer weiteren Hospitalisation vom 10. bis 12. Januar 2017 erfolgte im Spital D._____ die laparoskopische Adnexektomie beidseits (Bericht von Dr. med. I._____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, vom 27. Januar 2017 [AB 154.6/26 f.]). Nach Angaben der Hausärztin, Dr. med. H._____, in den Berichten vom 21. November 2016 und 28. Februar 2017 bestand während der Zeit der Krebsbehandlung ab Anfang Februar 2016, ausser während des rund einmonatigen Arbeitsversuchs im September 2016, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (AB 89/7 Ziff. 1.6, 97/5 Ziff. 11). Im Bericht vom 8. März 2017 (betreffend eine Nachkontrolle vom 22. Februar 2017) hielt der behandelnde Arzt, Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Medizinische Onkologie, einen guten Gesundheitszustand ohne klinische oder laboranalytische Hinweise auf ein Krankheitsrezidiv fest. Die Beschwerdeführerin habe sich von der letzten Operation gut erholt und sei wieder ziemlich fit (AB 154.6/25).

3.1.2 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des MEDAS-Gutachtens vom 3. Januar 2019 (AB 154.1) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (AB 154.1/8):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0)
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1)
3. Nicht-organische Schlafstörung (ICD-10: F51)
4. Chorea Huntington, gegenwärtig weitgehend asymptomatisch
5. Restless legs-Syndrom
6. Bifokales Mammakarzinom rechts, Erstdiagnose im Januar 2016, bei BRCA1-Genmutation, Sofortrekonstruktion mit Implantateinlage, Status nach Prothesenwechsel, Status nach Ovarektomie und Adnexektomie beidseits, gegenwärtig kein Anhalt für Rezidiv oder Metastasen, gegenwärtig Cancer related Fatigue-Syndrom
7. Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Erstdiagnose im März 2019

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronisch rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom, Status nach Nukleotomie, Foraminotomie und Bandscheibenprothesenimplantation im Oktober 2007 mit zufriedenstellender Funktion
2. Lisfrancarthrose rechts (TMT II-Gelenk) und Arthrose des Grosszehengrundgelenks rechts im Status nach Lisfrancarthrodese und Arthrodese des Grosszehengrundgelenks vom 2. Juli 2018 mit noch fortbestehender Metatarsalgie

Aus psychiatrischer Sicht könne festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin ein komplexes psychiatrisches Störungsbild vorliege, das seine Ursache in erster Linie in einer Vulnerabilität habe, die sich auf eine frühkindlich beginnende und sich bis zur Volljährigkeit fortsetzende Missbrauchsproblematik zurückführen lasse. In diese Vulnerabilität falle in der Folge zunächst die schwerwiegende neurologische Diagnose einer Chorea Huntington und es sei davon auszugehen, dass sich diese neurologische Diagnose aus psychiatrischer Sicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die Erkrankung sei zwar gegenwärtig weitgehend asymptomatisch. Es handle sich aber um eine neurodegenerative Erkrankung, die mit Sicherheit fortschreiten werde und im Durchschnitt 15 Jahre nach den ersten Symptomen zum Tode führen könne. Die Chorea Huntington werde daher unter den Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit subsumiert. Im Verlauf sei noch eine schwerwiegende onkologische Erkrankung hinzugekommen, was zu einer Aufzehrung der Kompensationsmechanismen der Beschwerdeführerin geführt habe. Diese könne ihren angestammten Beruf dadurch nicht mehr ausüben, auch in angepasster Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit aufgehoben. Denkbar sei lediglich eine Tätigkeit in einem geringen Pensum an einem geschützten Arbeitsplatz. Die Prognose sei insgesamt ungünstig. Aus internistischer Sicht liege bei der Beschwerdeführerin ein ausgeprägtes Fatigue-Syndrom vor. Die Ätiologie sei multifaktoriell, ein wesentlicher kausaler Faktor sei aber das durchgemachte Mammakarzinom. Dieses werde daher unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit subsumiert. Auch das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom trage wahrscheinlich zur Fatigue bei. Es sei aufgrund des Fatigue-Syndroms von einer generell um 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen (AB 154.1/9). Die Arbeitsfähigkeit gesamthaft in der bisherigen und in leidensangepasster Tätigkeit betrage null Prozent. Die Aufhebung der Arbeitsfähigkeit bestehe

aufgrund der psychiatrischen Erkrankung, die Einschränkungen bestünden seit der Krankschreibung vom 16. August 2017. Davor habe bereits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % aufgrund der internistischen Erkrankungen bestanden, dies seit der Diagnose des Mammakarzinoms im Jahr 2016 (AB 154.1/11).

3.1.3 Im Bericht vom 16. Mai 2019 kam die RAD-Ärztin, Dr. med. K._____, Fachärztin für Neurologie und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss, die in den Berichten über die stationären Aufenthalte im Spital L._____, in der Klinik M._____ und in der Klinik N._____ dokumentierten objektivierbaren psychischen Normalbefunde würden das Vorliegen einer leistungsrelevanten psychischen Störung eindeutig ausschliessen. Es bestehe somit eine Diskrepanz zwischen den attestierten psychischen Diagnosen einerseits sowie den objektivierten psychischen Normalbefunden und dem normalen kognitiven Leistungsprofil der Beschwerdeführerin andererseits. Die Dauer und Höhe der seit Januar 2016 fortlaufend attestierten Arbeitsunfähigkeiten würden nicht mit den seit März 2018 aktenkundigen psychischen, neurologischen und testpsychometrischen Normalbefunden und der erhaltenden Mobilität, Autonomie, Selbst- und Fremdfürsorge der Beschwerdeführerin korrelieren (AB 176/4).

3.1.4 Im Bericht vom 2. Juli 2019 der Klinik M._____ wurden als Diagnosen eine organische bipolare Störung (ICD-10 F06.3) bei Chorea Huntington sowie anamnestisch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) und eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.31) aufgeführt. Die von der Patientin geschilderte Symptomatik in Bezug auf die Affektivität sei einerseits klar abgrenzbar depressiv und andererseits klar abgrenzbar hypoman darzustellen. Dazwischen gebe es auch Phasen mit ausgeglichener Stimmung. Die Symptomatik entspreche jedoch nicht der klassischen Symptomatik einer Bipolar-II-Störung, sondern werde eher im Zusammenhang mit der Chorea Huntington gesehen. Hätte die Beschwerdeführerin keine Chorea Huntington, würde wahrscheinlich eine normale Bipolar-II-Störung vorliegen. Möglicherweise werde nun durch die Chorea Huntington die Symptomatik der bipolar-affektiven Störungen

soweit moduliert, dass es zu diesen häufigen Phasenwechseln komme (AB 196/3 ff.).

3.1.5 Im Bericht vom 25. September 2019 hielt die RAD-Ärztin, Dr. med. K._____, fest, seit der IV-Anmeldung vom 27. April 2016 bis aktuell lägen keine Befunde vor, die eine quantitative und/oder qualitative Leistungseinschränkung im neurologischen Fachgebiet objektiv zu begründen vermöchten. Der im MEDAS-Gutachten dokumentierte Tagesablauf einschliesslich der angegebenen Arbeitszeiten sprächen dafür, dass der Beschwerdeführerin eine berufliche Tätigkeit von mindestens fünf Stunden täglich mit den betriebsüblichen Pausen an fünf Tagen pro Woche auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich sei. In ganzheitlicher Betrachtung und unter Berücksichtigung einer möglichen, geringgradig eingeschränkten psychophysischen Dauerbelastbarkeit infolge einer leichten Anämie sowie der Symptombefreiheit nach beidseitiger Brustentfernung und Operation wegen eines Mammakarzinoms, bei fortbestehender Rezidivfreiheit und bei abgeschlossenem beidseitigem Brustaufbau werde die Beschwerdeführerin noch für fähig erachtet, körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten, ohne längerdauernde Überkopparbeit oder Armvorhalt und mit der Möglichkeit zum Haltungs- und Lagerungswechsel, in Früh- und Spätschicht, ohne regelmässige Nachtschicht (zur Aufrechterhaltung eines geregelten Tag-Nacht-Rhythmus), entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit den betriebsüblichen Pausen, mindestens fünf Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche, zu verrichten, so auch ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer ... (...). Es bestehe keine Einschränkung ihrer Mobilität (AB 189/5 f.).

3.1.6 Im (undatierten) Bericht über eine Konsultation vom 4. Oktober 2019 hielt PD Dr. med. O._____, Facharzt für Neurologie, als Diagnosen eine Huntington-Krankheit, aktenanamnestisch eine PTBS, einen Status nach Mamakarzinom rechts und ein mittelschweres obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom fest. Aus motorischer Sicht bleibe die Beschwerdeführerin für ihre Huntington Krankheit weitgehend präsymptomatisch. Da Restless legs schon vor über 10 Jahren beklagt worden seien und die Beschwerdeführerin Medikamente einnehme, welche die Restless legs-Symptome begünstigen könnten (Antidepressiva) und

Restless legs in der Allgemeinbevölkerung sehr häufig seien, sei es nicht möglich, die Restless legs-Problematik affirmativ als Frühsymptome der Huntington-Krankheit oder als davon unabhängig zu beurteilen. Die geklagte Angespanntheit, innere Unruhe und Rastlosigkeit habe aber auf den Beginn einer Medikation mit Tiapridal eindeutig angesprochen. Da sich damit eine Verbesserung des Unruhegefühls ergeben habe, werde diese innere Rastlosigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit für ein Frühsymptom der Huntington-Krankheit gehalten. Hinsichtlich der motorischen Funktionen bestehe keine Einschränkung für eine allfällige Arbeitstätigkeit. Aufgrund der psychiatrischen Problematik sei die Beschwerdeführerin aber sicher in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Die affektive Störung sei mit hoher Wahrscheinlichkeit eine psychomentale Manifestation der Huntington-Krankheit. Im direkten Gespräch ergäben sich keine Anhaltspunkte für alltagsrelevante neurokognitive Defizite. Eine Test-Diagnostik diesbezüglich wäre aber für eine schlüssige quantitative Beurteilung erforderlich. Mit Gewissheit sei von einer verminderten Belastbarkeit wegen der anhaltenden inneren Unruhe und Angespanntheit auszugehen, insbesondere für eine Tätigkeit als ..., bei der Belastbarkeit und Stresstoleranz unabdingbar seien (AB 210/6-9).

3.1.7 Im Bericht vom 5. November 2019 hielt Dr. med. P._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die Beschwerdeführerin leide bekanntermassen an einer Huntington-Erkrankung, die sich psychiatrisch in einer organisch bedingten bipolaren Störung sowie in einer zunehmend ausgeprägten Stressintoleranz zeige. Dass die Berichterstattungen der beiden Hospitalisationen in der Klinik M.____ und der Klinik N._____ von Ende 2017 und Anfang 2018 ein derart buntes Diagnosebild zeigten, sei erfahrungsgemäss bei Huntington-Erkrankungen typisch, da die Symptomatik in der Anfangsphase häufig nicht in ein gängig psychiatrisches Bild passe und der Huntington-Erkrankung aufgrund fehlender äusserer grobmotorischer Zeichen nicht Rechnung getragen werde. Die organische bipolare Störung sei rasch wechselnd mit ausgeprägt antriebsblockierten, denkgehemmten und schlafgestörten depressiven Phasen mit drängender Suizidalität, gegen die die Beschwerdeführerin ihrer Kinder wegen anzukämpfen versuche. Begleitet werde diese von einer inneren Unruhe, welche unter

Tiapridal besser sei, aber um den Preis einer sedativen Wirkung tagsüber. Nach wenigen Wochen (erfahrungsgemäss 2-8 Wochen) ändere sich die Symptomatik schalterartig und es folge eine meist viel kürzere Phase von über das gesunde Mass hinaus gesteigertem Antrieb und euphorischer Stimmung. Der Psychostatus bei Austritt aus der Klinik M._____ sei nicht normal gewesen, sondern habe ein depressives Zustandsbild gezeigt, vereinbar mit oben erwähnter Diagnose, die aber nicht als solche erkannt worden sei. Die Stressintoleranz sei typisch für die Huntington-Erkrankung und zeige sich oft lange bevor auffällige äussere Zeichen sichtbar seien, sei aber für die Leistungsfähigkeit hochgradig relevant. Entsprechend sei eine Tätigkeit als ... in einer ... von der Hektik her, vom verlangten Tempo des raschen Reagierens, von der Multitaskfunktion, welche diese Tätigkeit abverlange, nicht mehr möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei ein langsamer Wiedereinstieg in angepasster Tätigkeit (ruhige Arbeitsatmosphäre, kein Multitask, wenig Leistungsdruck) mit einem halben Tag wöchentlich, bei gutem Verlauf schrittweise erweiternd auf maximal vier Halbtage pro Woche, wahrscheinlich realistisch, sofern die positive Wirkung von Lamotrigin anhalte, was vorerst abzuwarten sei (AB 196/1 f.).

3.1.8 Im Bericht vom 1. April 2020 hielt der Neurologe PD Dr. med. O._____ fest, die motorische Situation bleibe hinsichtlich der genetisch gesicherten Huntington-Trägerschaft erfreulicherweise unauffällig. Die Beschwerdeführerin habe keine Bewegungsstörung, insbesondere keine Chorea. Inwiefern die Restless legs als subklinische Chorea einem motorischen Frühzeichen der Huntington Krankheit entspreche, bleibe weiterhin unklar. Die Zuordnung der Restlessness und inneren Angespanntheit und Unruhe entweder zu einem Restless legs-Syndrom im engeren Sinne oder zu einem primären nicht-motorischen Symptom der Huntington-Krankheit sei unsicher, es könne auch beides vorliegen. Die Differenzierung zwischen den beiden möglichen Ursachen könne durch Erhöhen oder Pausieren von Tiapridal getestet werden. Tiapridal würde ein Restless legs-Syndrom exazerbieren und im Gegenteil dazu eine als inneres Unruhegefühl subklinisch manifeste Chorea verbessern. Aufgrund der eindeutigen Verbesserung der inneren Unruhe der Patientin nach Beginn mit Tiapridal werde diesbezüglich aber eher nicht von einem Restless legs-Syndrom im engeren Sinne, sondern von einer

unterschwelligen Chorea ausgegangen. Wegen motorischer Symptome der Huntington-Krankheit könne keine Arbeitsfähigkeit (recte: Arbeitsunfähigkeit) geltend gemacht werden. Die psychiatrische Problematik sei aber mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der positiven Huntington-Genetik zu interpretieren und habe einen erheblich einschränkenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Nachtrag vom 3. April 2020 hielt PD Dr. med. O. _____ fest, dass ein Pausieren von Tiapridal während vier Tagen zu keiner Verbesserung der inneren Unruhe und Angespanntheit geführt habe. Daraus sei zu schliessen, dass ein Restless legs-Syndrom oder eine Akathisie nicht die Ursache der inneren Unruhe seien. Vielmehr sei von einer direkt durch die Huntington-Krankheit bedingten Rastlosigkeit auszugehen (AB 210/4-5).

3.1.9 In der im Vorbescheidverfahren eingeholten Stellungnahme vom 7. April 2020 hielt die RAD-Ärztin, Dr. med. K. _____, fest, der anlässlich der Untersuchung vom Juni 2019 in der Klinik M. _____ attestierte Befund spreche weder für das Vorliegen einer PTBS, noch sei das für eine Borderline-Persönlichkeit typische Verhalten beobachtet worden. Gegen das Vorliegen einer organischen affektiven Störung im Zusammenhang mit der Chorea Huntington spreche zum einen das Fehlen kognitiver Störungen, insbesondere das Fehlen von frontalexekutiven, trotz Medikation progredienter Störungen. Ferner spreche der bisher fehlende klinische Nachweis einer anhaltenden bzw. progredienten Impulskontrollstörung bzw. Angststörung und/oder Depressivität gegen das Vorliegen einer organischen affektiven Störung. Auch sei bisher keine Gewichtsabnahme (bei Hypermetabolismus), wie sie im Rahmen einer klinisch manifesten Huntington-Krankheit auftrate, nachgewiesen worden. Die neurologische Symptomatik bestehe bisher aus allenfalls leicht einschliessenden Bewegungen. Der im Juni 2019 erhobene Psychostatus dokumentiere keine krankheitswertigen Befunde. Auch die zum Einwand vorgelegte Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom November 2019 enthalte keine Befunde. Den Ausführungen sei nicht zu entnehmen, ob es sich ausschliesslich um anamnestische Angaben der Beschwerdeführerin oder um ergänzende klinische Feststellungen handelte. Insgesamt ergäben sich aus den zum Einwand vorgebrachten

Stellungnahmen bisher keine neuen objektiven Befundtatsachen (AB 208/5 f.).

3.1.10 In einer weiteren Stellungnahme vom 23. Juni 2020 hielt Dr. med. K._____ mit Bezug auf die Berichte von PD Dr. med. O._____ vom Oktober 2019 und April 2020 fest, auch die damit vorgelegten Verlaufsbefunde dokumentierten, dass bei der Beschwerdeführerin keine leistungsrelevanten funktionellen Einschränkungen im neurologischen Fachgebiet vorlägen. Die rückblickende Längsschnittbetrachtung dokumentiere, dass die Beschwerdeführerin zwar als Trägerin des spezifischen Huntington Gens identifiziert worden sei, dass bei ihr aber bisher keine fortschreitenden Bewegungsstörungen, keine kognitiven Störungen (Denkstörungen) und keine (fortschreitenden) psychiatrischen Symptome aufgetreten seien, die für die klinische und leistungsrelevante Manifestation der charakteristischerweise unaufhaltsam fortschreitenden Huntington Krankheit sprechen könnten (AB 212/3).

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 Vorab zu prüfen sind die befristeten Rentenzusprachen vom 1. Januar bis 31. Mai 2017 und vom 1. Dezember 2017 bis 31. Mai 2018.

Aufgrund der in den Akten liegenden echtzeitlichen Arztberichte ist ab dem Zeitpunkt der Erstdiagnose des bifokalen Mammakarzinoms im Januar 2016 während der gesamten Behandlung bis und mit der notwendigen Rekonvaleszenzzeit nach der Adnexektomie, d.h. bis Ende Februar 2017, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit erstellt (AB 89/26, 89/23 ff., 89/18 f., 86/2 f., 89/12 ff., 89/10, 89/7 Ziff. 1.6, 154.6/26 f., 97/5 Ziff. 11, 154.6/24 f., 103/8 Ziff. 11). Ferner ist eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für den gesamten Zeitraum der Hospitalisationen im Spital L. _____ sowie in den Kliniken M. _____ und N. _____ vom 28. September 2017 bis 13. Februar 2018 ausgewiesen (AB 115/2 ff., 131, 128).

Soweit die Beschwerdegegnerin gestützt darauf und in Anwendung der Bestimmungen über den Rentenanspruch, den Rentenbeginn (aArt. 28 IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen, hier anwendbaren [vgl. E. 2.1 hiervor] Fassung und Art. 29 IVG) und die zu berücksichtigenden Dreimonatsfristen bei anspruchsbeeinflussenden Änderungen (Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) vom 1. Januar bis 31. Mai 2017 sowie vom 1. Dezember 2017 bis 31. Mai 2018 je eine befristete ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen hat, ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden.

3.4 Umstritten und im Folgenden (E. 3.5 ff.) zu prüfen ist ein allfälliger über die Befristung per 31. Mai 2018 hinausgehender Rentenanspruch.

3.5 Die Einschätzungen im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 3. Januar 2019 (inkl. Teilgutachten [AB 154.1-154.5]) basieren allesamt auf Untersuchungen vom Oktober 2018 (AB 154.1/3 Ziff. 2). Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung indes nach dem Sachverhalt bis zum Zeitpunkt ihres Erlasses – im vorliegenden Fall mithin bis 3. August 2020 (AB 220/1; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Damit stellt sich –

namentlich mit Blick auf die im Vorbescheidverfahren eingereichten Arztberichte (AB 196, 210) – die Frage, ob die auf Untersuchungen vom Oktober 2018 basierenden Schlussfolgerungen der MEDAS auch bei Verfügungserlass am 3. August 2020 noch Gültigkeit hatten.

Im Einzelnen ist dazu Folgendes festzuhalten:

3.5.1 In somatischer Hinsicht gingen die Gutachter im Gutachtenszeitpunkt vom Vorliegen einer ausgeprägten, die Arbeitsfähigkeit um 50 % einschränkenden multifaktoriellen, im Wesentlichen auf die Krebserkrankung zurückzuführenden Fatigue aus (AB 154.1/9 Ziff. 4.3). Dabei wies der internistische Gutachter explizit darauf hin, dass im Lauf der Zeit mit einer Besserung der Symptomatik zu rechnen ist (AB 154.2/20). Wie es sich damit im Verfügungszeitpunkt verhielt und ob bzw. in welchem Umfang eine allfällige Verbesserung Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hatte, kann mangels entsprechender Abklärungen im Nachgang zum Gutachten nicht beurteilt werden.

3.5.2 Betreffend die Huntington-Krankheit hielten die Gutachter in neurologischer Hinsicht, übereinstimmend mit dem vorbehandelnden Arzt, Prof. Dr. med. Q. _____, Facharzt für Neurologie, eine noch nicht bzw. nur wenig symptomatische, vorab die Feinmotorik betreffende Chorea Huntington sowie eine ebenfalls seit Jahren bestehende Restless legs-Symptomatik fest (AB 154.4/10; vgl. AB 132/3). Ob es sich bei der Restless legs-Symptomatik gegebenenfalls um ein Frühsymptom der Chorea Huntington handelt, vermochten die Gutachter nicht sicher zu beurteilen (AB 154.1/7, 154.4/8 Ziff. 6).

Aus den Berichten von PD Dr. med. O. _____ vom 4. Oktober 2019 und vom April 2020 (AB 210) sowie der Klinik M. _____ vom Juli 2019 und von Dr. med. P. _____ vom 11. November 2019 (AB 196) ergeben sich nun Hinweise auf eine mögliche Progredienz. Gemäss den Ausführungen von PD Dr. med. O. _____ liegt es im Bereich des Möglichen, dass zwischenzeitlich erste Symptome der Huntington-Krankheit aufgetreten sind. So hat er namentlich aufgrund der Ergebnisse einer gezielt veränderten Medikation mit Tiapridal zur Behandlung der inneren Unruhe und Angespanntheit nachvollziehbar aufgezeigt, dass diese Beschwerden

mit hoher Wahrscheinlichkeit Frühsymptome der Huntington-Krankheit sind (AB 210/5, 210/8).

Psychiatrischerseits wurden die depressiven Episoden bereits in der Klinik N._____ im März 2018 im Rahmen einer Bipolar-II-Störung diskutiert (AB 128/1). Im Rahmen einer weiteren Untersuchung in der Klinik M._____ im Juni 2019 (Bericht vom 2. Juli 2019) wurde dann aufgrund der Entwicklung des bipolar-affektiven Geschehens mit immer häufigeren Phasenwechseln zwischen hypomanen und depressiven Episoden sowie vor dem Hintergrund der Huntington-Krankheit eine in diesem Zusammenhang stehende organische bipolare Störung festgehalten (AB 196/3, 196/5). Diese Einschätzung wird von den behandelnden Ärzten, PD Dr. med. O._____ und Dr. med. P._____, geteilt; auch sie gehen davon aus, dass die bipolaraffektive Störung mit hoher Wahrscheinlichkeit eine psychomentele Manifestation der Huntington-Krankheit ist und sich die Huntington-Krankheit zunehmend auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auswirkt bzw. diesen überlagert (AB 198/2, 210/9). Anhaltspunkte für alltagsrelevante neurokognitive Defizite vermochte PD Dr. med. O._____ anlässlich der Konsultation im Oktober 2019 zwar nicht festzustellen. Für eine diesbezüglich schlüssige quantitative Beurteilung hielt er eine Test-Diagnostik für erforderlich (AB 210 /9).

3.5.3 Entgegen der prognostischen Einschätzung des MEDAS-Psychiaters (AB 154.1/11, 154.3/12) ging bereits der behandelnde Dr. med. R._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 29. August 2017 davon aus, dass die aus psychiatrischer Sicht postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit im weiteren Verlauf wird reduziert werden können (AB 103/12). Auch die nachbehandelnde Psychiaterin, Dr. med. P._____, hielt im Bericht vom 3. November 2019 – trotz wahrscheinlich progredienter Huntington-Krankheit mit nun auch zunehmenden Auswirkungen in psychiatrischer Hinsicht (vgl. E. 3.5.2 hiervor) – einen langsamen Wiedereinstieg in eine angepasste Tätigkeit mit einer Steigerung auf vier halbe Tage pro Woche für realistisch, sofern die positive Wirkung der im September 2019 gestarteten Medikation mit Lamotrigin (Antiepileptikum, das auch vorbeugend gegen bipolare depressive Episoden eingesetzt wird

[vgl. compendium.ch]), anhalte (AB 196/2). Der weitere (therapeutische) Verlauf ist jedoch nicht dokumentiert.

3.5.4 Vor diesem Hintergrund ist aufgrund der Aktenlage eine rechtsge-
nügliche Beurteilung des Krankheitsverlaufs und der Arbeitsunfähigkeit
nicht möglich. Vielmehr liegen verschiedene Anhaltspunkte vor, dass das
MEDAS-Gutachten zufolge möglicher gesundheitlicher Entwicklungen bis
zum Verfügungserlass im August 2020 massgebend an Aktualität
eingebüsst hat. Weitere – mit Blick auf das Krankheitsbild polydisziplinär zu
erfolgende (vgl. AB 133/3) – Abklärungen wären deshalb bereits im
Verwaltungsverfahren unabdingbar gewesen (vgl. BGE 134 IV 246 E. 4.3
S. 254; SVR 2018 IV Nr. 36 S. 116 E. 3.2). Daran ändern insbesondere die
Berichte der RAD-Ärztin, Dr. med. K._____, samt der von ihr im
Vorbescheidverfahren verfassten Stellungnahmen nichts (vgl. AB 176/3-4,
189/3-6, 208/5-6, 212/3 bzw. E. 3.1.2, 3.1.4, 3.1.8 f. hiervor), liegen doch
mit den Ausführungen von PD Dr. med. O._____ und Dr. med.
P._____ Indizien gegen die Zuverlässigkeit der RAD-Einschätzung vor
(vgl. BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353). Deshalb, aber auch mit Blick auf die
von der RAD-Ärztin in ihren Berichten erhobene grundsätzliche Kritik am
MEDAS-Gutachten hätte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen
Verfügung mangels aktueller, lückenloser und zuverlässiger medizinischer
Grundlagen nicht auf die reinen RAD-Aktenbeurteilungen abstellen dürfen
(vgl. SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.6 Dem von der Beschwerdegegnerin 2018 zur Beurteilung des medi-
zinischen Sachverhalts eingeholte polydisziplinäre MEDAS-Gutachten
fehlte es im Verfügungszeitpunkt – wie soeben dargelegt – nicht nur an
hinreichender Aktualität. Vielmehr vermag es insbesondere auch in
psychiatrischer Hinsicht nicht zu überzeugen.

3.6.1 Nach der Rechtsprechung haben die Sachverständigen die
(psychiatrischen) Diagnosen 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). Dies ist im Fall der Beschwerdeführerin mangels entsprechender
Ausführungen im Gutachten nicht möglich. Der psychiatrische Gutachter
hat zwar Ausführungen zur Ätiologie bzw. zur Pathogenese des

postulierten "komplexen psychiatrischen Störungsbildes" gemacht. Seine diagnostische Einschätzung hat er jedoch bloss festgestellt und nicht begründet (AB 154.3/10 Ziff. 6, 154.3/13 unten). Insbesondere ist dem Gutachten nicht zu entnehmen, inwiefern die klassifikatorischen Vorgaben bzw. diagnostischen Leitlinien der einzelnen aufgeführten Diagnosen (AB 154.3/11 oben) konkret erfüllt sind. So hat der psychiatrische Gutachter etwa hinsichtlich der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) auf eine frühere posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Zusammenhang mit einem sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Jugendzeit verwiesen. Gleichzeitig hielt er aber fest, dass diese frühere PTBS erfolgreich behandelt worden und nur eine Vulnerabilität verblieben sei (AB 154.3/10 Ziff. 6). Gemäss den Leitlinien muss jedoch die Belastung, welche zur Persönlichkeitsveränderung führt, so extrem sein, dass allein die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht ausreicht (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 286). Inwiefern die Diagnose im Fall der Beschwerdeführerin dennoch begründet sein soll, ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. Ebenso wenig finden sich nähere Ausführungen zur diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung. Betreffend die nicht-organische Schlafstörung (ICD-10: F51) bleibt sodann unklar, inwiefern diese psychiatrische Diagnose von der in somatischer Hinsicht postulierten, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Fatigue (AB 154.2/20) abzugrenzen ist (AB 154.3/10 f.).

3.6.2 Der psychiatrische Gutachter schliesst von der postulierten psychischen Vulnerabilität, welche durch die Krebserkrankung und die Diagnose der Huntington-Krankheit "getriggert" worden sei (AB 154.3/10) und zu einer Aufzehrung der Kompensationsmechanismen geführt habe, direkt auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und erachtet nur noch eine Tätigkeit im geschützten Rahmen als möglich (AB 154.3/10, 154.3/13). Eine medizinische Begründung für diese Einschätzung fehlt jedoch. So bleibt insbesondere unklar, wie sich die erwähnte vollständige Aufzehrung der Kompensationsmechanismen konkret auf das funktionelle

Leistungsvermögen auswirkt, und inwieweit medizinisch-theoretisch in der Folge auf eine Arbeitsunfähigkeit zu schliessen ist. Dies steht im Übrigen auch im Kontrast zu der Vielzahl an Aktivitäten der Beschwerdeführerin (u.a. Auslandferien, Feriendogge betreuen, Fahrrad fahren, schwimmen, Ski fahren, Besuche der Schwester am ... mit dem Auto, Online-Spanischkurs; vgl. AB 190/3, 190/8).

Eine entsprechende Diskussion wäre umso wichtiger, als sich aus weiteren Akten aus der Zeit vor und nach der Begutachtung durchaus Hinweise ergeben, dass die Beschwerdeführerin – anders als vom Gutachter angenommen – nicht zum Vornherein und bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig war bzw. ist. So geht aus dem Austrittsbericht der Klinik N._____ vom 5. März 2018 hervor, dass die therapeutischen Massnahmen sehr geholfen haben und sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Verlauf des Aufenthaltes wesentlich verbessert hat. Entsprechend wurde dort eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit nur noch für zwei Wochen über den Aufenthalt hinaus bestätigt (AB 128/5). Dass sich der psychische Gesundheitszustand im Verlauf erneut massgeblich verschlechtert hätte, ist dem späteren Bericht der Klinik M._____ vom 2. Juli 2019 nicht zu entnehmen (AB 196/3 ff.). Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. P._____, hielt schliesslich einen schrittweisen Wiedereinstieg in eine angepasste Erwerbstätigkeit explizit für möglich (AB 196/2). Vor diesem Hintergrund überzeugt die im MEDAS-Gutachten postulierte, aber nicht begründete Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nicht.

3.6.3 Schliesslich ist festzuhalten, dass die RAD-Ärztin, Dr. med. K._____, im Bericht vom 16. Mai 2019 gewichtige Einwände gegen das psychiatrische Teilgutachten erhoben hat. Dabei hat sie namentlich auf die Diskrepanzen zwischen den gutachterlichen Ausführungen und den Berichten über die (vorangehenden) stationären Aufenthalte in den Kliniken M._____ und N._____ hingewiesen (AB 176/4 oben), wohingegen der psychiatrische Gutachter – trotz auch aus dessen Sicht unterschiedlich eingeordneter Störungsbilder – kein "echter Widerspruch zur Aktenlage" erkennen konnte und sich dementsprechend auch nicht weiter damit auseinandergesetzt hat (AB 154.3/13).

3.7 Nach dem Dargelegten kommt dem psychiatrischen Teilgutachten kein (genügender) Beweiswert zu. Damit kann, da aufgrund der Krankheitsgeschichte und namentlich wegen der (zumindest genetisch) festgestellten Huntington-Krankheit mit potentiell somatischen und psychischen Manifestationen eine polydisziplinäre Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit unverzichtbar ist (vgl. AB 133/3), insgesamt nicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Gleiches gilt betreffend die Aktenbeurteilung samt eigens formuliertem Zumutbarkeitsprofil der RAD-Ärztin, Dr. med. K. _____ (AB 189/6). Zudem bedarf es für die abschliessende Beurteilung des Krankheitsverlaufs sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ab dem Explorationsdatum vom Oktober 2018 bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses – also für eine Zeit, welche noch nicht gutachterlich beurteilt worden ist – ohnehin weiterer Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin (vgl. E. 3.5.4 hiervoor). Diese wird deshalb zur rechtsgenügenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts im Hinblick auf die Beurteilung des Rentenanspruchs ab 1. Juni 2018 bei einer noch nicht vorbefassten Gutachterstelle ein neues, auf Zufall basiertes polydisziplinäres Gutachten einzuholen haben, welches mindestens die Fachbereiche Neurologie, Allgemeine Innere Medizin und Psychiatrie umfasst. Gestützt darauf sowie gegebenenfalls nach erneuten Abklärungen zu Haushalt und Erwerb wird sie im Rahmen einer neuen Verfügung über den Invaliditätsgrad und den Rentenanspruch ab 1. Juni 2018 neu zu befinden haben.

Demnach ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 3. August 2020 soweit den Rentenanspruch ab dem 1. Juni 2018 betreffend aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerdeführerin 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).

Der von Rechtsanwältin C. _____ mit Kostennote vom 23. Oktober 2020 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Aufwand von total Fr. 3'115.35 (inkl. Auslagen und MWST) ist mit Blick auf die hiervor aufgeführten Grundsätze nicht zu beanstanden. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 3. August 2020 soweit den Rentenanspruch ab dem 1. Juni 2018 betreffend aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'115.35 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

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.