

# **BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 317 vom 7. März 2018**

BE Verwaltungsgericht, 2018-03-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_verwaltungsgericht\\_200\\_2018\\_317](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2018_317)

FR: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 317 du 7 mars 2018

IT: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 317 del 7 marzo 2018

## **Regeste**

Verfügung vom 7. März 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

### **E. 1.2**

Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 7. März 2018 (AB 204). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neu anmeldung für eine Hilflosenentschädigung des Beschwerdeführers (AB 183) zu

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 5 Recht nicht eintrat. Nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2018 ist die erst nach deren Erlass am 22. Juni 2018 erfolgte Neu anmeldung betreffend Rollstuhlversorgung. Abgesehen davon, dass die IV- Stelle hierauf offenbar eingetreten ist (vgl. die Beilagen zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 9. Juli 2018). Soweit der Beschwerdeführer seinen Antrag auch auf Fragen zu einem Rentenanspruch bezieht (Beschwerde S. 1, Rechtsbegehren), steht dieser materielle Leistungsanspruch ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1). Seit der rentenablehnenden Verfügung vom 10. Juni 2015 (AB 153) ist keine Neu anmeldung betreffend eine Invalidenrente erfolgt. Folglich ist insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten. Am Ergebnis würde sich jedoch selbst dann nichts ändern, wenn die Beschwerdegegnerin die Rente betreffend ebenfalls entschieden hätte.

### **E. 1.3**

Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder -entscheide (Art. 128 Abs. 2 lit. c VRPG).

### **E. 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 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für

den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen wer-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 6 den kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.2 Nach Eingang einer Neuanschuldung oder eines Revisionsgesuchs ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei hat sie unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

2.3 Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehrungen geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 7 Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69).

2.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.5 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; der

Sachverhalt muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwie- genden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhalts- punkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsdar- stellung nicht erstellen lassen. Grundsätzlich unterliegt das Glaubhaftma- chen weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht. Dort muss – im Gegensatz zum vollen Beweis – das Gericht von der Richtigkeit der behaupteten Sachdarstellung immerhin überzeugt sein, wenn auch nicht vollständig und unter Ausschluss jeden Zweifels (SVR 2017 IV Nr. 57 S. 188 E. 2.2, 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). 3. 3.1 Zu prüfen ist vorliegend, ob der Beschwerdeführer eine erhebliche Änderung des Sachverhalts, die geeignet ist, seinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung zu beeinflussen, in hinreichender Weise glaubhaft gemacht hat (vgl. E. 2.3 hiervor). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt zur Zeit der Verfügung vom 2. Juli 2015 (AB 155) - bestätigt durch das Ur- teil des Verwaltungsgerichts vom 22. März 2017 (AB 181; IV/2015/667; vgl. auch Nichteintretensentscheid des BGer vom 26. Juni 2017; AB 191, 9C\_334/2017) -, mit welcher ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung verneint worden war, mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der ange-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 8  
fochtenen Verfügung vom 7. März 2018 (AB 204) entwickelt hat (vgl. E. 2.4 hiervor). Da seit der letzten materiellen Prüfung erst knapp drei Jahre ver- gangen sind, sind an die Glaubhaftmachung hohe Anforderungen zu stellen (vgl. E. 2.2 hiervor). 3.2 Die Verfügung vom 2. Juli 2015 (AB 155) – wie auch der Ab- klärungsberichts Hilflosenentschädigung vom 1. April 2014 (AB 113) – stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das polydisziplinäre (allgemeininternistische, psychiatrische, orthopädische, neurologische und neuropsychologische) Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ vom 17. Febru- ar 2014 (AB 106.1). Darin diagnostizierten die Ärzte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seit einem Monat bestehende Hand-Arm- Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10: M79.60/M54.2). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine dissozia- tive Störung gemischt (ICD-10: F44.7), eine koronare 1-Ast-Erkrankung (ICD-10: I25.9), ein Zustand nach vertebrobasilärer Ischämie 03/11 (ICD- 10: G45) ohne persistierendes neurologisches Defizit, ein Zustand nach möglichen transitorisch ischämischen Attacken 1998/1999 und anamnes- tisch ein Status nach arthroskopischem Knieeingriff links 2005 (ICD-10: Z98.8) diagnostiziert (AB 106.1, S. 28). Aus somatischer Sicht könnten die beklagten, sehr diffusen Beschwerden weder durch klinische noch radiolo- gische Befunde nachvollzogen werden. Aus neurologischer Sicht sei die Gangstörung als funktionell einzustufen. Aufgrund der zahlreichen Inkon- sistenzen sei von einer ausgeprägten funktionellen Halbseitenstörung aus- zugehen. Diese sei auch in der orthopädischen Untersuchung deutlich be- obachtbar gewesen. Aus orthopädischer Sicht bestehe nur in dem Sinne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, dass der wiederholte Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus vermieden werden sollte. Aus rein somatischer Sicht bestehe aber für jegliche andere körper- lich leichte bis mittelschwere Tätigkeit unter Wechselbelastung eine voll zumutbare Arbeitsfähigkeit. Aus neuropsychologischer Sicht könne bei nicht gegebener Validität des neuropsychologischen Testprofils keine Ein- schränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (AB 106.1, S. 29). Auch aus psychiatrischer Sicht führe die gestellte Diagnose einer dissoziativen Störung nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es bestehe kei- ne Komorbidität für die psychische Störung, die affektiven Symptome seien

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 9 nicht genügend ausgeprägt, um die zusätzliche Diagnose einer depressiven Störung oder einer Angststörung zu stellen (AB 106.1, S. 30). 3.3 Die medizinische Situation präsentiert sich seit der Verfügung vom 2. Juli 2015 (AB 155) im Wesentlichen wie folgt: 3.3.1 Im Bericht der Klinik E.\_\_\_\_\_ des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 24. Juli 2015 wurde eine koronare Herzerkrankung, ein Status nach rezidivierenden zerebrovaskulären Insulten, eine Blasenentleerungsstörung und ein Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert (AB 197, S. 14 f.). Elektro- sowie echokardiographisch fanden sich keine wegweisenden, auffälligen Befunde. Aufgrund der Rollstuhlpflichtigkeit sei ein Belastungstest mittels Fahrrad- oder Laufbandergometrie nicht möglich gewesen. Deshalb sei zum Ausschluss einer koronarischämischen Ursache ein Stress-MRI durchzuführen (AB 197, S. 16). 3.3.2 Vom 22. bis 29. September 2015 war der Beschwerdeführer in der Klinik F.\_\_\_\_\_ des Spitals C.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 12. Oktober 2015 diagnostizierten die Ärzte ein chronifiziertes, fluktuierendes sensomotorisches Hemisyndrom rechts, eine subjektiv kognitive Störung, anamnestisch eine gemischte Angststörung, Status nach depressiven Episoden mit somatischem Syndrom, einen chronischen Spannungskopfschmerz, eine koronare 1-Gefässerkrankung, eine Blasenentleerungsstörung bei Prostatahyperplasie und einen Diabetes mellitus Typ II (AB 197, S. 20). Die Ärzte gingen von einer funktionellen Störung/somatischen Symptomstörung als Ursache der rechtsseitigen Hemisymptomatik aus. Die Veränderungen im Schädel-MR mit den dort sichtbaren wenigen Marklagerläsionen seien unspezifisch und nicht wesentlich über die Altersnorm hinausgehend. Das Ausmass der funktionellen Beeinträchtigung könne durch diese Befunde nicht erklärt werden. Auch die nochmals durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchungen mit sensiblen und motorischen Neurographien, Tibialis-SSEP und motorisch evozierten Potentialen seien ebenso wie das EEG (leichte Allgemeinveränderung) unauffällig gewesen. Obschon sich anamnestisch, klinisch und auch bildmorphologisch bei letztlich fehlendem Nachweis ischämischer Läsionen keine klaren Hinweise für das Vorliegen eines genetischen Schlaganfallsyndroms ergaben, sei auf Drängen des Beschwerdeführers im Rahmen

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 10 eines Kooperations- und Forschungsprojekts Blut für eine genetische Testung auf CADASIL (zerebrale autosomal-dominante Arteriopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukenzephalopathie) und auch MELAS (mitochondriale Enzephalopathie, Laktatazidose und Schlaganfall-ähnliche Episoden) abgenommen worden. Die Ergebnisse seien noch ausstehend. Während des Aufenthaltes wurde, wie seitens der Kardiologie geplant (vgl. E. 3.3.1 hiervor), ein Stress-Kardio-MRI durchgeführt, welches ein unauffälliges Ergebnis erbracht habe (AB 197, S. 21). Bezüglich der allgemeinen neurologischen Sprechstunde vom 15. März 2016 führten die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 11. April 2016 aus, dass die molekulargenetischen Analysen von 251 mit zerebrovaskulären Erkrankungen assoziierten Genen keine pathologischen Mutationen nachweisen konnten, die die klinischen Symptome des Beschwerdeführers erklären könnten (AB 197, S. 40). Es könne noch eine Komplettscreening des mitochondrialen Genoms vorgenommen werden (AB 197, S. 41; vgl. auch AB 197, S. 42 f.). 3.3.3 Am 25. April 2016 wurde der Beschwerdeführer aufgrund von abdominalen Schmerzen und Hämatemesis sowie retrosternalen und links-thorakalen Schmerzen notfallmässig in das Spital G.\_\_\_\_\_ eingeliefert (vgl. AB 197, S. 89), wo er bis am 29. April 2016 hospitalisiert war. Im Austrittsbericht vom 29. April 2016 wurden unspezifische Abdominalbeschwerden mit

anamnestisch Hämatemesis, Differentialdiagnosen: Adhäsionen, chronische Divertikulitis, akalkuläre Cholezystitis, somatoforme Funktionsstörung, eine koronare 1-Gefässerkrankung, eine prädiabetische Stoffwechsellage, ein Status nach rezidivierenden zerebrovaskulären Insulten bei Verdacht auf CASADIL, persistierendes Hemisyndrom rechts, eine Blasenentleerungsstörung, eine kognitive Einschränkung, Polyallergien, Differentialdiagnose: Unverträglichkeiten (allergologische Abklärungen 10/2014 Spital C. \_\_\_\_\_), ein Status nach gedeckter Sigmadivertikulitis-Perforation 2005 sowie als Nebendiagnose ein Verdacht auf eine chronisch progrediente somatoforme autonome Funktionsstörung diagnostiziert (AB 197, S. 90 f.). Vom 8. bis 9. Mai 2016 war der Beschwerdeführer für eine Darmspiegelung erneut im Spital G. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 9. Mai

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 11 2016 wurde festgehalten, dass drei Polypen im Kolon abgetragen worden seien. Ansonsten wurden keine Auffälligkeiten gesehen (AB 197, S. 99, 101). 3.3.4 Vom 1. März bis am 16. April 2016 war der Beschwerdeführer in der Klinik H. \_\_\_\_\_ hospitalisiert (AB 197, S. 70; vgl. auch AB 196, S. 8 f.). Im Austrittsbericht vom 20. Mai 2016 diagnostizierten die Ärzte ein chronifiziertes, fluktuierendes, sensomotorisches Hemisyndrom rechts, Hemineglect rechts, rezidivierender Schwindel und schwere Gangstörung bei dringendem Verdacht auf funktionelle Genese (ICD-10: G81.9R; R29.5R; R42; R26.8; F44.7V), einen chronischen Spannungskopfschmerz (ICD-10: G44.2), eine leichte kognitive Störung (ICD-10: F06.7), eine koronare 1-Gefässerkrankung (ICD-10: I25.11), eine benigne Prostatahyperplasie (ICD-10: N40), ein Diabetes mellitus Typ II (ICD-10: N40) sowie anamnestisch eine gemischte Angststörung (ICD-10: F41.3) und eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.9; AB 197, S. 70). Im Vergleich zu einer auswärtigen Voruntersuchung im Oktober 2015 habe sich eine deutliche Zunahme der Minderleistungen bei den Exekutivfunktionen und eine leichte Zunahme der Gedächtnisstörungen bei gleichzeitig rückläufiger depressiver Symptomatik gezeigt (AB 197, S. 70 f.). Die im Verlauf des stationären Aufenthaltes geklagte (linksseitige) Gesichtslähmung konnte (auch logopädischerseits) klinisch nicht objektiviert werden, sodass die Ärzte zuletzt von einer funktionellen Störung ausgingen. Eine leicht ausgeprägte, stark funktionell überlagerte organische Störung könne nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer sei derzeit nicht arbeitsfähig. Die Ärzte empfahlen dringend eine psychiatrisch-psychosomatische Abklärung und Einschätzung (AB 197, S. 71). Im Bericht vom 6. Juli 2016 ergänzten die Ärzte der Klinik H. \_\_\_\_\_ auf Anfrage der Ehefrau des Beschwerdeführers hin, dass die zerstörte Hornhaut im Austrittsbericht nicht erwähnt worden sei, da es sich um eine Nebendiagnose handle, die bei der Behandlung nicht im Vordergrund gestanden habe. Auf den MRT-Bildern hätten sie eine leichte Zunahme der mikroangiopathischen Veränderungen gesehen, die sie jedoch nicht als relevant für das Krankheitsgeschehen gewertet hätten. Bei der Diagnose benigne Prostatahyperplasie könne zusätzlich eine konsekutive Blasenentlee-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 12 rungsstörung ergänzt werden. Die von der Klinik H. \_\_\_\_\_ vorgeschlagene „fachpsychiatrisch-psychotherapeutische Mitbehandlung, gegebenenfalls stationäre psychiatrisch-psychosomatische Behandlung in einer entsprechenden Fachklinik bzw. -abteilung“ sollte nicht in einer primär auf organische Neurorehabilitation zentrierten Klinik stattfinden. Ergänzend wurde bemerkt, dass sich aus der Beurteilung und

Zusammenfassung im Austrittsbericht schlüssig nachvollziehen lasse, dass der Beschwerdeführer aufgrund der schweren Gangstörung bis zuletzt überwiegend auf die Benutzung eines Rollstuhls zur Fortbewegung angewiesen gewesen sei (AB 197, S. 65). 3.3.5 Mit der Neuanschuldung für eine Hilflosenentschädigung diagnostizierte Dr. med.

I. \_\_\_\_\_ am 24. März 2017 eine koronare Herzkrankheit, eine kognitive Störung von Sprache und Gedächtnis, ein sensomotorisches Hemisyndrom rechts, eine Angststörung, Spannungskopfschmerzen, eine Blasenentleerungsstörung, einen Status nach Sigmaresektion, chronische Bauchschmerzen und eine Diabetes Typ II. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei gleichbleibend (AB 183, S. 6). 3.3.6 Vom 7. bis 15. September 2017 war der Beschwerdeführer infolge einer notfallmässigen Zuweisung im Spital G. \_\_\_\_\_, Klinik J. \_\_\_\_\_, hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 15. September 2017 diagnostizierten die Ärzte einen hochgradigen Verdacht auf eine somatoforme Funktionsstörung, ein chronifiziertes, fluktuierendes sensomotorisches Hemisyndrom rechts, aktenanamnestisch eine gemischte Angststörung, Status nach depressiven Episoden mit somatischem Syndrom, eine Hepatosteatose, a.e. i.R. Diabetes mellitus Typ II, ein Diabetes mellitus Typ II, eine koronare 1-Gefässerkrankung, Erstdiagnose 01/2014, eine Blasenentleerungsstörung, chronische Spannungskopfschmerzen, eine subjektive kognitive Störung, eine regrediente Schmerzproblematik inguino-pelvin, einen Verdacht auf Inguinalhernie links, einen Status nach Sigmaresektion mit termino-terminaler Deszendorektostomie bei gedeckter Sigmaperforation 2005 und einen Vitamin D3 Mangel (AB 202, S. 5 f.). Da bereits vorgängig bei chronifiziertem Hemisyndrom ohne organische Korrelate und rollstuhlpflichtigem Patienten mehrfach die Indikation einer psychosomatischen Rehabili-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 13 tation diskutiert worden sei, erfolgte eine Anmeldung in der Klinik K. \_\_\_\_\_ (AB 202, S. 7). 3.3.7 Vom 20. September bis am 8. Oktober 2017 war der Beschwerdeführer in der Klinik K. \_\_\_\_\_ hospitalisiert (AB 202, S. 20 ff.). Zwischenzeitlich wurde er am 3. Oktober 2017 wegen neurologischen Auffälligkeiten notfallmässig dem Spital L. \_\_\_\_\_ zugewiesen. Die Ärzte des Spitals L. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 3. Oktober 2017 ein chronifiziertes, fluktuierendes sensomotorisches Hemisyndrom rechts, einen hochgradigen Verdacht auf eine funktionelle somatoforme Funktionsstörung, aktenanamnestisch eine gemischte Angststörung, einen Status nach depressiven Episoden mit somatischem Syndrom, einen Status nach Operation einer symptomatischen Inguinalhernie links am 19. September 2017 und verschiedene Nebendiagnosen (AB 202, S. 14). Die Untersuchungen (CT des Schädels sowie CT-Angiographie der Halsgefässe) zeigten keine intrakraniellen Blutungen oder eine Infarktdemarkation (AB 202, S. 16). Im Austrittsbericht der Klinik K. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2017 wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine Panikstörung (ICD-10: F41.0), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein Hemineglect rechts, Differentialdiagnose: dissoziative Störung, gemischt (ICD-10: F44.7), eine symptomatische Inguinalhernie links, Operation am 19. September 2017, ein Status nach Inguinalhernien-Repair mit Netzeinlage rechts ca. 1995, eine gemischte Angststörung und rezidivierende depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine Hepatosteatose im Rahmen eines Diabetes mellitus Typ II, eine koronare 1-Gefässerkrankung (Erstdiagnose 01/2014), eine Blasenentleerungsstörung mit Restharnbildung, ein atypischer chronischer Spannungskopfschmerz, ein Status nach Sigmaresektion mit termino-terminaler Deszendorektostomie bei gedeckter

Sigmaperforation 2005 bei Divertikulitis, ein Vitamin D3 Mangel, ein Hyposphagma links und Koliken bei Urolithiasis mit Steinabgang diagnostiziert (AB 202, S. 20). Es wurde dringend die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung empfohlen (AB 202, S. 25).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 14

3.3.8 Im Bericht vom 22. November 2017 diagnostizierten die Ärzte der Klinik M.\_\_\_\_\_ des Spitals C.\_\_\_\_\_ anlässlich einer Verlaufskontrolle (vgl. dazu auch AB 197, S. 109 f.) eine Blasenentleerungsstörung, eine regrediente Schmerzproblematik inguino-pelvin, einen Status nach Spontansteinabgang 09/2017, einen beschwerdefreien Zustand bei Status nach unklaren Flankenschmerzen rechts, einen Status nach Inguinalhernienreparatur mit Netzplastik nach Lichtenstein links 09/2017, einen Status nach rezidivierenden CVIs, einen Status nach Kolonoskopie mit Polypenentfernung 05/2016 (benigne Histologie), eine koronare Herzerkrankung und einen Status nach Sigmaresektion mit termino-terminaler Deszendorektostomie bei gedeckter Sigmaperforation 2005 (AB 202, S. 34 f.). Die Ärzte gehen bei regelrechten Abflussverhältnissen beider Nieren sowie bei unauffälligem Urinstatus von einem Spontansteinabgang aus. Dies vor allem bei aktuell absoluter Beschwerdefreiheit. Darüber hinaus zeige sich eine deutliche Regredienz der bekannten Restharnbildung unter der Duodenaltherapie. Diese solle weiterhin unverändert fortgesetzt werden (AB 202, S. 35).

3.3.9 Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Schreiben vom 7. März 2018 an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aus, dass sich die psychischen Diagnosen verschlechtert hätten. Des Weiteren werde der mögliche Verdacht auf eine mitochondriale Erbkrankheit (MELAS) derzeit genetisch abgeklärt. Auch bei noch ausstehender bzw. unklarer Ätiologie der Diagnose bestehe eine Hilfsbedürftigkeit. Hierbei handle es sich nicht um eine akute Erkrankung, sondern um einen chronischen Zustand. Ein Verlaufs-MRI des Kopfes hielt Dr. med. N.\_\_\_\_\_ zum gegebenen Zeitpunkt für ungünstig; es würde keine neuen Informationen geben, weil der Patient klinisch kein entsprechendes Korrelat zeige (Beschwerdebeilage [BB] 5).

3.4 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,

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 15

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).

3.5 3.5.1 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers wird mit den vorliegenden medizinischen

Unterlagen aus psychiatrischer Sicht keine Veränderung bzw. Verschlechterung glaubhaft gemacht. Anlässlich der Begutachtung der MEDAS D. \_\_\_\_\_ im Jahr 2014 gingen die Experten von einer chronischen psychiatrischen Erkrankung aus und diagnostizierten eine gemischte dissoziative Störung (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit). Dabei wurden auch Belastungsfaktoren, die mit einer chronischen Beschwerdesymptomatik eine Rolle spielen können, erwähnt (AB 106.1, S. 14). Im Bericht der Klinik K. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2017 wird nun eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: 45.41), eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: 32.1) diagnostiziert (AB 202, S. 20). Allerdings vermögen neue Diagnosen nicht per se eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu begründen. Massgebend ist vielmehr, welche (neuen) objektiven Befunde vorliegen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Insofern ist festzuhalten, dass offensichtlich von einem im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalt auszugehen ist. So wurden die zusätzliche Diagnose einer depressiven Störung oder einer Angststörung bereits im Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ diskutiert und

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 16 wegen ungenügend ausgeprägten affektiven Symptomen verneint. Auch eine Persönlichkeitsstörung konnte nicht festgestellt werden (AB 106.1, S. 14). Die anlässlich der Behandlung in der Klinik K. \_\_\_\_\_ erhobenen Befunde basieren denn auch weitgehend auf der subjektiven Selbstdarstellung des Beschwerdeführers und konnten früher wie heute nur sehr beschränkt objektiviert werden. Gegen eine Verschlechterung bzw. ein invalidisierendes psychisches Leiden spricht denn auch der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer – trotz Empfehlung der Klinik K. \_\_\_\_\_ (AB 202, S. 25) – offenbar nicht in psychotherapeutischer Behandlung befindet. Soweit Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in psychischer Hinsicht eine Angststörung diagnostiziert (AB 183, S. 6) und Dr. med. N. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 7. März 2018 – ohne weitere konkrete Ausführungen – von einer Verschlechterung der psychischen Diagnosen ausgeht (BB 5), ist darauf hinzuweisen, dass für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens – nebst der nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem gestellten Diagnose (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) – eine Beurteilung durch einen Facharzt für Psychiatrie vorausgesetzt wird (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Vorliegend verfügt weder Dr. med. I. \_\_\_\_\_ noch die Allgemeinmedizinerin Dr. med. N. \_\_\_\_\_ über einen Facharztstitel der Psychiatrie. Insofern kann auf die entsprechende Diagnose auch aus diesem Grund nicht abgestellt werden. Vor diesem Hintergrund sind denn auch die psychischen Diagnosen der Klinik F. \_\_\_\_\_, der Klinik H. \_\_\_\_\_, des Spitals G. \_\_\_\_\_ sowie des Spitals L. \_\_\_\_\_ zu relativieren, insbesondere da die entsprechenden Diagnosen lediglich aktenanamnestisch gestellt wurden (AB 197, S. 20, 70; 202, S. 5, 14). 3.5.2 Nichts anderes ergibt sich aus somatischer Sicht: Soweit der Beschwerdeführer eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund neurologischer Ausfälle vorbringt, ist dem entgegenzuhalten, dass sowohl die Berichte der Klinik F. \_\_\_\_\_ als auch der Klinik H. \_\_\_\_\_ keine Verschlechterung darlegen. Vielmehr führen die Ärzte übereinstimmend aus, das Hemisyndrom rechts sowie die beklagte, neu aufgetretene linksseitige Gesichtslähmung basierten auf einer funktionellen, d.h. eben nicht somatischen Genese (AB 197, S. 21, 71). Der Umstand, dass im Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 20. Mai 2016 eine deutliche Verminderung

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 17 der gezeigten Leistung (Minderleistungen bei Exekutivfunktionen sowie leichte Zunahme der Gedächtnisstörung) festgehalten wurde (AB 197, S. 71), bedeutet ebenfalls keine glaubhaft gemachte Veränderung. So imponiert doch nach wie vor das aggravierende bzw. simulierende Verhalten. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass der Beschwerdeführer sich immer wieder auch notfallmässig in ärztliche Behandlung begibt und für sich einen Zustand der Polypragmasie herbeiführt. Eine massgebliche organische Ursache bzw. Begründung für eine Verschlechterung ist den Akten nicht zu entnehmen. Im Gegenteil haben auch die Ärzte der Klinik H. \_\_\_\_\_ schliesslich eindeutig festgehalten, dass die geklagte Problematik klinisch nicht objektiviert werden können (AB 197, S. 71, 74). Bereits anlässlich der Begutachtung der MEDAS D. \_\_\_\_\_ im Jahr 2014 wurden massive körperliche (neurologische) Störungen geschildert, denen die Gutachter jedoch nachvollziehbar keine objektive Relevanz zuordnen konnten. Die Gutachter der MEDAS D. \_\_\_\_\_ haben bei gleich demonstrierter Immobilität klar dargelegt, dass der Beschwerdedarstellung keine Bedeutung zukommt und sie insbesondere nicht eine neurologische Grundlage hat (AB 106.1, S. 24). Vielmehr wurde in diesem Zusammenhang überzeugend auf viele Inkonsistenzen – als Hauptinkonsistenz wurde der nicht notwendige Rollstuhl genannt – hingewiesen (AB 106.1, S. 30). Daran hat sich nichts geändert. Die Klinik H. \_\_\_\_\_ hat damit die subjektiv geschilderte Lage dargestellt, ohne jedoch eine (neue) neurologische Ursache vorzutragen. Sodann zeigten auch die Untersuchungen im Spital L. \_\_\_\_\_ keine intrakraniellen Blutungen oder eine Infarktdemarkation (AB 202, S. 16). Der Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 18. März 2016 betreffend Verlängerung der Kostengutsprache (AB 196, S. 8) sowie der Umstand, dass der Beschwerdeführer seit längerer Zeit in ergotherapeutischer Behandlung ist und Leistungen der Spitex bezieht (vgl. AB 198, S. 4 ff.; 202, S. 39 f.), vermag daran nichts zu ändern. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers liessen auch die umfangreichen genetischen Untersuchungen eine organische Ursache für die geklagten Leiden nicht belegen (AB 197, S. 40 ff.). Allein der Umstand, dass die Molekularbiologen weitere (noch weit hypothetischere) Abklärungen (betreffend die Verdachtsdiagnose eines MELAS-Syndroms) für möglich

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 18 erachten (vgl. AB 202, S. 37), vermag keine Veränderung glaubhaft zu machen. Für eine Verschlechterung der Hörproblematik sind den Akten sodann ebenfalls keine Hinweise zu entnehmen. Bereits anlässlich der Begutachtung der MEDAS D. \_\_\_\_\_ wurde dieses Thema umfassend abgeklärt. Das Gehör wurde auf beiden Seiten mit einem Hörgerät korrigiert (AB 106.1, S. 27). Auch in urologischer Hinsicht wurde im Rahmen der Verlaufskontrollen in der Klinik M. \_\_\_\_\_ wiederholt ein stationärer – und abgesehen von einem Spontansteinabgang im September 2017 – beschwerdefreier Zustand festgehalten. Insbesondere wurde auch ein deutlicher Rückgang der Restharnbildung erwähnt. Von einer weiteren Therapie wurde abgesehen (AB 197, S. 110; 202, S. 35). Trotz mehrmaliger Hospitalisation im Spital G. \_\_\_\_\_ mit umfangreichen Abklärungen – im April 2016 wurde der Beschwerdeführer gar mit der selbst angeforderten Ambulanz notfallmässig eingeliefert – konnte aus gastroenterologischer Sicht ebenfalls kein längerdauerndes Problem erhoben werden. Die Darmspiegelung im Mai 2016 zeigte keine relevanten Auffälligkeiten (AB 197, S. 86 ff., 99, 101 ff.). Schliesslich wird auch in kardiologischer Hinsicht keine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht. Bereits im Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ wurde die koronare 1-Asterkrankung

berücksichtigt und festgehalten, dass sie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten bewirke (AB 106.1, S. 10). Zur Abklärung der linksthorakalen, drückenden Beschwerden mit verbundener Atemnot wurde der Beschwerdeführer der Klinik E. \_\_\_\_\_ zugewiesen. Im Bericht vom 24. Juli 2015 führten die Ärzte aus, dass sich elektro- sowie echokardiographisch keine wegweisenden, auffälligen Befunde gefunden hätten (AB 197, S. 16). Auch das von der Klinik F. \_\_\_\_\_ in die Wege geleitete Stress-MRI zeigte keine Auffälligkeiten (AB 197, S. 21). 3.5.3 Nichts für die hier zu beantwortenden Fragen ändert die Eingabe des Beschwerdeführers vom 9. Juli 2018, wonach die IV-Stelle auf eine

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 19 Neuanmeldung betreffend Rollstuhlversorgung eingetreten sei. Die Rollstuhlversorgung war bereits den Gutachtern der MEDAS D. \_\_\_\_\_ bekannt (vgl. z.B. AB 106.1 S. 27) und von diesen beurteilt worden. Die nachvollziehbare und überzeugenden Festlegungen der Gutachter hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Leistungsprofil umfassten keine Notwendigkeit einer Rollstuhlversorgung, schlossen eine solche vielmehr aus (vgl. AB 106.1 S. 31). Dies hat dieses Gericht in seinem Urteil vom 22. März 2017, IV/2015/667, E. 3.3.1, denn auch ausdrücklich bestätigt. Eine massgebliche gesundheitliche Veränderung, die mit Blick auf den hier streitigen Anspruch auf Hilflosenentschädigung (vgl. E. 1. 2 vorstehend) veränderte Verhältnisse glaubhaft erscheinen liesse, ist wie dargelegt bis mindestens zum Erlass der hier zu beurteilenden Verfügung vom 7. März 2018 nicht eingetreten. 3.6 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass eine wesentliche psychische und/oder somatische Veränderung des Gesundheitszustandes aufgrund der vorliegenden Akten nicht glaubhaft gemacht ist. Eine Beurteilung des RAD ist unter diesen Umständen – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht nötig. Die Beschwerdegegnerin ist in der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2018 (AB 204) auf die Neuanmeldung vom April 2017 (AB 183) folglich zu Recht nicht eingetreten. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 4. 4.1 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. 4.1.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 20 Eine Person ist bedürftig, wenn sie nicht in der Lage ist, für die Prozesskosten aufzukommen, ohne dass sie Mittel beanspruchen müsste, die zur Deckung des Grundbedarfs für sie und ihre Familie notwendig sind (BGE 128 I 225 E. 2.5.1 S. 232). Massgebend sind die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Gesuchseinreichung (BGE 122 I 5 E. 4a S. 6; SVR 2009 UV Nr. 12 S. 50 E. 4.1). Die Grenze für die Annahme von Bedürftigkeit im Sinne der Regeln über die unentgeltliche Verbeiständung liegt höher als diejenige des betriebsrechtlichen Existenzminimums (RKUV 2000 KV 119 S. 155 E. 2). Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Praxis Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren

ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen oder aber davon absehen würde (BGE 140 V 521 E. 9.1 S. 537). 4.1.2 Der Beschwerdeführer wird von der Sozialhilfe unterstützt, die Bedürftigkeit ist damit erstellt (vgl. BB 4). Im vorliegenden Fall kann die erhobene Beschwerde gerade noch nicht als aussichtslos im hiervor dargelegten Sinn (E. 4.1.1) bezeichnet werden. Weiter war eine anwaltliche Verbeiständung geboten, so dass dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin. 4.2 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. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechts-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 21 pflege wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit. 4.3 Für die obsiegende Beschwerdegegnerin besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG). 4.4 Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_. Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--. In der Kostennote datiert vom 10. März 2018 (beim Verwaltungsgericht am 25. Juni 2018 eingegangen) macht Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ einen Zeitaufwand von 8.6 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 2'150.00 zuzüglich Auslagen von Fr. 38.40 geltend. Eine Mehrwertsteuerforderung wurde nicht ausgewiesen. Diese Forderung von insgesamt Fr. 2'188.40 ist mit Blick auf den beschränkten Streitgegenstand und die nahe an der Aussichtslosigkeit liegende Prozessführung übersetzt. Das amtliche Honorar wird unter Berücksichtigung auch des Aufwandes für die Erlangung der unentgeltlichen Rechtspflege ermessensweise auf pauschal Fr. 1'000.-- (inkl. Auslagen) festgesetzt und Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin ge-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 10. Juli 2018, IV/18/317, Seite 22 gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (vgl. Art. 113 VRPG). Demnach entscheidet der Einzelrichter:

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

#### **E. 11**

Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er 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 Verwaltungsverwaltungspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

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