BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 479 vom 3. September 2024

BE Verwaltungsgericht, 2024-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2024_479

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 479 du 3 septembre 2024

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 479 del 3 settembre 2024

Regeste

Verfügung vom 3. Juni 2024

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 3. Juni 2024 (act. II 124). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

E. 1.3

Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

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 Am 1. Januar 2022 traten im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im IVG sowie im ATSG in Kraft (Weiterentwick- lung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705), dies mitsamt entsprechendem Verordnungsrecht. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im Januar 2020 (act. II 1) und die dem vorlie- genden Urteil zugrundeliegende Verfügung erging am 3. Juni 2024 (act. II 124). Nach den vorgenannten allgemeinen Grundsätzen des intertempora- len Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind hier somit primär die Bestimmungen des IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. 2.2 2.2.1 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperli- chen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit

 zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Invali- dität 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 Eingliede- rung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Dabei ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). 2.2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgaben- bereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätz- lich 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). 2.3 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversiche- rungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig fest- stellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Dabei müssen die Schmerz- angaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu ob- jektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausa- lität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine

 invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenüglich nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktions- einschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vor- getragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwe- re Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51; SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.2.2). 2.4 2.4.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden kön- nen auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizini- sche Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeein-

trächtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klas- sifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). 2.4.2 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation (vgl. E. 2.3 vor- ne) eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prü- fungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 3.6 S. 294 und E.

 4.1 S. 296; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. April 2024, 8C_492/2023, E. 4.2.2). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). 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 ha- ben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüg- lich 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 Bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Juni 2024 (act. II 124) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt: 3.1.1 Am 24. August 2019 erlitt der Beschwerdeführer einen akuten ischämischen Hirninfarkt im Pons paramedian links (act. II 4.3 S. 19, 21). Es erfolgte eine Hospitalisation bis 29. August 2019 (act. II 4.3 S. 19). 3.1.2 Im Bericht des Spitals G._____ vom 4. November 2019 (act. II 4.3 S. 7-14) wurden eine funktionell neurologische Störung nach ischämi- schem Ponsinfarkt sowie ein ischämischer paramedianer Ponsinfarkt links am 24. August 2019 diagnostiziert (S. 7). Als Ursache für das seit dem Ponsinfarkt progrediente sensomotorische und neu auch schmerzhafte Hemisyndrom rechts sowie der neurokognitiven Defizite (Aufmerksamkeit, Belastung und Gedächtnis) und der Kopfschmerzen und der Insomnie sei von einer funktionell neurologischen Störung im Rahmen eines gestörten Krankheitsverarbeitungsprozesses sowie von einer, wenn auch diskreten, residuellen Ausfallsymptomatik nach Schlaganfall auszugehen. Für die funktionell-neurologische Symptomausweitung sprächen aus motorischer

 Sicht die deutliche Diskrepanz zwischen der Einzelkraftprüfung mit M4- Paresen und der unauffälligen Funktionsprüfung unter Ablenkung (beidseits problemloses alternierendes Hüpfen, längeres Verharren auf dem rechten Bein in Kniebeuge), die deutliche Besserung des Gangbildes unter Ablen- kung sowie das positive Hoover-Zeichen. Bezüglich der Sensibilitätss- törung sei eine deutliche Variabilität der Lokalisation zu beobachten gewesen, eine erhaltene Graphästhesie trotz ausgeprägter Sensibilitätss- törung sowie links und rechts unterschiedlich wahrgenommene Vibrationen der Stimmgabel bei der Prüfung an der Stirn. Zudem lasse sich die rechts- seitige faziale Hypästhesie nicht mit der lschämielokalisation vereinbaren. Die Ursache der funktionellen Überlagerung sei in einer bisher nicht erfolg- ten Krankheitsbewältigung nach dem Schlaganfall mit Verdacht auf eine reaktive Depression zu vermuten. In der ergänzend durchgeführten, aus- führlichen

neurokognitiven Testung, welche aufgrund der verminderten Belastbarkeit habe abgebrochen werden müssen (vgl. act. II 11 S. 4 f.), hätten sich insbesondere Defizite im Bereich des Antriebes und des Ge- dächtnisses, passend zu einer depressiven Episode, gezeigt. Hinsichtlich des stattgehabten Ponsinfarktes sei bei nahezu unauffälliger neurologi- scher Untersuchung bei Austritt im Spital H._____ und nur diskreter FLAIR-Demarkierung im MRI (vgl. act. II 11 S. 17) sowie normaler somato- sensibel evozierter Potentiale (SSEP) von einer diskreten residuellen Aus- fallsymptomatik auszugehen (act. II 4.3 S. 7 f.). 3.1.3 Im von Dr. med. I._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psy- chotherapie mitunterzeichneten Bericht vom 2. April 2020 der Psychiatri- schen Dienste M._____ wurde eine mittelgradige depressive Episode nach zerebrovaskulärem Insult im August 2019, ICD-10 F32.1, diagnosti- ziert (act. II 18 S. 3). 3.1.4 Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychothera- pie, diagnostizierte im Bericht vom 27. Juli 2020 (act. II 26 S. 1-4) eine mit- telgradige depressive Episode sowie organische Persönlichkeitsstörung bei St. n. (= Status nach) ischämischem Hirninfarkt im Pons paramedian links 08/2019, zudem kognitive Einschränkungen und funktionelle neurologische Beschwerden (ICD-10 F06.32; F07.0 [S. 2]). Der Gesundheitszustand sei stationär bzw. habe sich verbessert (S. 1).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 3. Sept. 2024, IV/24/479, Seite 9 3.1.5 Vom 1. bis 26. Februar 2021 war der Beschwerdeführer in der Klinik K._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 29. März 2021 (act. II 48 S. 8-12) wurde als Hauptdiagnose ein St. n. Hirninfarkt im Pons paramedian links vom 24. August 2019 und als Nebendiagnosen u.a. ein Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik sowie Schlafstörungen (DD organisch begründete Affektlabilität infolge des ponti- nen Hirninfarktes) festgehalten (S. 8 f.). 3.1.6 Dr. med. J._____ hielt im Bericht vom 25. Juni 2021 (act. II 48 S. 2-7) fest, der Gesundheitszustand habe sich bei unveränderten Diagno- sen verschlechtert (S. 2). Der Zustand habe sich während der IV-Massnahme kontinuierlich verschlechtert, die Müdigkeit und die kognitiven Defizite hätten massiv zugenommen (S. 3). Eine Tätigkeit im ersten Ar- beitsmarkt sei unrealistisch, eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zumut- bar (S. 5). 3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. L._____ hielt im Bericht vom 15. Sep- tember 2021 (act. II 66) fest, aufgrund der momentan vorliegenden objekti- ven Befunde lasse sich die subjektive Einschränkung nicht ausreichend erklären, weshalb ein polydisziplinäres Gutachten erforderlich sei (S. 11). 3.1.8 Im polydisziplinären, eine neurologische, pneumologische, allge- mein-internistische, orthopädische, psychiatrische und neuropsychologi- sche Untersuchung beinhaltenden Gutachten der MEDAS vom 23. November 2022 (act. II 82.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 82.1 S. 5 f.): Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Keine Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Ischämischer Hirninfarkt im Pons paramedian links am 24. August 2019 (ICD-10 I 63.8) - mikroangiopathischer Genese bei kardiovaskulärem Risikoprofil - klinisch residuell mittig gelegene Sensibilitätsstörung der rechten Körperhälfte - V.a. (= Verdacht auf) Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (ICD-10 G 44.4) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyn- drom (ICD-10 F17.2)

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 3. Sept. 2024, IV/24/479, Seite 10 - Mittelschwere obstruktive Schlafapnoe, ED 09/2019, AHI 27.4/h, ESS 16/24 Punkte - subjektiv und objektiv erfolgreiche CPAP-Therapie bei guter Compliance - Risikofaktoren: Adipositas, Nikotinabusus, enge Verhältnisse im Oropharynx, St. n. zerebrovaskulärem

Insult 08/2019 - Kardiovaskuläre Risikofaktoren - persistierender Nikotinkonsum - arterielle Hypertonie - Adipositas Grad I - Diab. mellitus, aktuell HbA1c 5.6 % - Hypercholesterinämie - positive Familienanamnese (Vater mit 52 Jahren Myokardinfarkt) - St. n. Urolithiasis links 07/20, St. n. Steinextraktion - Diffuses Schmerzsyndrom im Schulternackenbereich ohne radikuläre Ausstrahlung ICD-10 M53.1 - Diffuses Schmerzsyndrom der rechten oberen und unteren Extremität ohne wesentliche funktionelle Einbussen In der interdisziplinären Beurteilung wurde festgehalten, in der klinischen Untersuchung finde sich kein objektivierbares neurologisches Defizit, so dass aus neurologischer Sicht keine residuellen Symptome mit relevanter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben seien. Aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht habe aufgrund von Aggravation sowie vagen, unpräzisen und oberflächlichen Angaben anlässlich der neuropsychologi- schen und psychiatrischen Untersuchungen keine psychiatrische Diagnose gestellt werden können. Durch die mangelnde Mitwirkungsbereitschaft und die Aggravation des Beschwerdeführers hätten seine Symptome und Dia- gnosen aus den Arztberichten nicht verifiziert werden können. Aus pneu- monologischer, allgemein-internistischer und orthopädischer Sicht würden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Zur Kon- sistenz und Plausibilität hielten die Gutachter fest, im Rahmen der neuro- psychologischen Untersuchung sei anhand der Testergebnisse eine Aggravation und eine mangelnde Mitwirkungsbereitschaft nachgewiesen worden. Aus interdisziplinärer Sicht habe sich eine Inkonsistenz zwischen den geklagten Symptomen und den objektivierbaren Befunden finden las- sen (S. 5). Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit hielten die Gutachter fest, die psychophysische Belastbarkeit sei nicht vermindert, eine Einschrän- kung der Arbeitsfähigkeit bestehe daher nicht (S. 6). 3.1.9 Am 2. März 2023 erfolgte in den Psychiatrischen Diensten M._____ eine weitere neuropsychologische Untersuchung. Im entspre- chenden Bericht vom 6. März 2023 (act. II 97 S. 5-9) wurde festgehalten,

die Testresultate seien nicht valide und der Schweregrad der Defizite sei nicht mit der zugrundeliegenden Hirnläsion vereinbar. Die zu Beginn der Untersuchung erreichten z.T. unauffälligen Resultate vis-à-vis von im Ver- lauf sehr auffälligen Resultaten, könnten auf eine massiv eingeschränkte Belastbarkeit oder auf fehlende Ausdauer/reduzierte Frustrationstoleranz hinweisen. Aufgrund der Symptomentwicklung nach dem Infarkt seien ätio- logisch weiterhin funktionelle neurologische Anteile bzw. eine funktionelle Symptomausweitung möglich. Weiter beständen massive Schlafprobleme und psychische Auffälligkeiten, welche sich parallel zum ungünstigen Ver- lauf entwickelt hätten (S. 8). 3.1.10 Am 8. Mai 2023 erfolgte bei diagnostizierter "Instabilität DD trau- matisierte Meniskusbasis mediales Hinterhorn Knie rechts" eine Kniege- lenksarthroskopie und mediale Meniskusnaht Hinterhorn Knie rechts (act. II 110.35 S. 2). 3.1.11 In der Stellungnahme der MEDAS vom 5. Juli 2023 (act. II 102) wurde zu den vom Beschwerdeführer im ersten Vorbescheidverfahren (act. II 84 ff.) eingereichten medizinischen Berichten festgehalten, unabhängig voneinander seien sowohl die psychiatrische als auch die neuropsychologi- sche Gutachterin aufgrund von Aggravation, vagen, unpräzisen und ober- flächlichen Angaben des Beschwerdeführers zum Schluss gekommen, dass es aufgrund der Symptomvalidierung nicht möglich sei, eine psychia- trische Diagnose zu stellen und die Leistungsfähigkeit zu beurteilen. So- dann habe die neurologische Gutachterin in der klinischen Untersuchung kein objektivierbares neurologisches Defizit feststellen und in der Folge keine organische Persönlichkeitsstörung

diagnostizieren können. Auch aus psychiatrischer Sicht könne unter dem Aspekt der neurologischen Untersu- chungsergebnisse die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden. Es habe nicht objektiviert werden können, dass eine andauernde Veränderung des Verhaltens, Denkens und Fühlens aus orga- nischen Gründen vorgelegen habe (S. 1). An der im Gutachten vom 23. November 2022 attestierten Arbeitsfähigkeit ändere sich interdisziplinär nichts (S. 2 f.). 3.1.12 Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 8. Septem-

ber 2023 (act. II 110.9 S. 2 f.) fest, es zeigten sich keine Hinweise auf ein intraartikuläres Problem. Das Kniegelenk rechts stelle sich ansonsten auch unauffällig dar, ohne Chondropathie oder Zusatzläsion. Der Meniskus, wel- cher an der Basis gelockert gewesen sei, habe genäht werden können; hier sei sicherlich kein Handlungsbedarf vorhanden. Bezüglich geklagter Be- schwerden gehe er von einer Überlastung des medialen Seitenbandes und muskulärer Problematik aus. Dies soll nochmals mit einem Zyklus Physio- therapie behandelt werden. Eine Verlaufsbeurteilung sei nicht vorgesehen (S. 3). 3.1.13 Vom 8. Dezember 2023 bis 13. Februar 2024 war der Beschwer- deführer in der Klinik O._____ in stationärer Behandlung. Im Austritts- bericht vom 28. Februar 2024 (act. II 119 S. 3-10) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 3): - Organische affektive Störungen, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotischen Symptome (ICD-10 F06.3) - Organische Persönlichkeitsstörung als Folge einer Hirnschädigung bei St. n. ischämischem paramedianem Ponsinfarkt 08/2019 (ICD-10 F07.0) - Leichte bis mittelgradige kognitive Störung (ICD-10 F06.7) - Diabetes mellitus, Typ 2 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet (ICD-10 E11.81) - Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hyper- tensiven Krise (ICD-10 I10.90) - Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet (ICD-10 E78.5) - Funktionelle neurologische Störung, Hemisyndrom rechts nach ischämi- schem Ponsinfarkt 08/2019 (ICD-10 F44.7) - Sonstige Meniskusschädigungen: Nicht näher bezeichneter Meniskus (ICD- 10 M23.39) 3.2 3.2.1 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 anzuge- ben, 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).

3.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu- chungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kennt- nis 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. Aus- schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Her- kunft 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). Im Verfahren nach Art. 44 ATSG

eingeholten Gutachten externer Spezia- lärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuver- lässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 3.3 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 23. November 2022 (act. II 82.1 ff.) einschliesslich der Stellungnahme vom 5. Juli 2023 (act. II 102) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringt Beweis. Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung überzeugend. Danach liegt beim Beschwerdeführer keine gesundheitliche Beeinträchtigung mit dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. 3.4 Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, verfängt nicht: 3.4.1 Es trifft zu, dass die Behandler die geklagten psychischen Beein- trächtigungen auf eine infolge des im August 2019 erlittenen Hirninfarkts aufgetretene organisch bedingte psychische Störung (namentlich in Form einer organischen Persönlichkeitsstörung, aber auch einer organisch affek- tiven Störung [act. II 26 S. 2; 48 S. 2; 93 S. 5; 97 S. 3 f.; 108 S. 3; 119 S. 3]) zurückführen. Hierzu ist Folgendes festzuhalten: 3.4.1.1 Zunächst bedingt die Diagnose einer organischen Persönlich- keitsstörung (ICD-10 F07.0) gemäss den diagnostischen Leitlinien nach ICD-10, auf welche sich die Behandler berufen, entgegen der insoweit nicht überzeugenden Auffassung der behandelnden Ärztin Dr. med. J._____

im Bericht vom 11. August 2023 (act. II 108 S. 3) eine Frontalhirnschädi- gung oder eine Schädigung anderer umschriebener Hirnregionen (vgl. DILLING MOMBOUR SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychi- scher Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 101). Auch unter F06 kodierte psychische Erkrankungen sind Folge primär zerebraler Erkrankungen oder systemischer Erkrankun- gen, die sekundär das Gehirn betreffen (vgl. DILLING MOMBOUR SCHMIDT, a.a.O., S. 93). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt: Im Gut- achten der MEDAS vom 23. November 2022 (act. II 82.1) wurde hierzu interdisziplinär festgehalten, dass sich in der klinischen Untersuchung kein objektivierbares neurologisches Defizit findet (S. 5). Dies deckt sich mit den Befunden der Behandler, welche im Bericht vom 4. November 2019 u.a. unter Hinweis auf die Bildgebung von einer einzig "diskreten residuellen Ausfallssymptomatik" ausgingen und welche bereits damals die nach dem Schlaganfall demonstrierte funktionelle Ausweitung der Symptomatik "bei nahezu unauffälliger neurologischer Untersuchung" beim Austritt aus dem Spital H._____ und nur diskreter FLAIR-Markierung im MRI organisch nicht erklären konnten (act. II 4.3 S. 8). Auch in ihrer Stellungnahme vom 5. Juli 2023 bestätigten die Gutachterinnen der MEDAS, Dr. med. P._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. Q._____, Fachärztin für Neurologie nach Einsichtnahme in den vom Beschwerdeführer eingereichten Bericht des Spitals G._____ vom 26. Januar 2023 (act. II 97 S. 11 ff.) ihre bereits im Gutachten vom 23. No- vember 2022 geäusserte Auffassung, wonach kein objektivierbares neuro- logisches Defizit feststellbar sei und entsprechend auch die Diagnose einer organisch bedingten psychischen Störung nicht gestellt werden könne (act. II 102 S. 1, 3). Demnach ist eine organisch bedingte psychische Störung nicht erstellt. 3.4.1.2 Im Übrigen ist zu betonen, dass sich aus der Diagnose allein oh- nehin nicht auf die Schwere des Leidens und den Umfang der allenfalls dadurch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schliessen lässt (Entscheid des BGer vom 8. Juni 2021, 8C_105/2021, E. 6.3). Wie in E. 2.3 vorne gezeigt, muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leis- tungsprüfung vielmehr verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzan- gaben durch

damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare

Befunde hinreichend erklärbar sind, dies sowohl bei somatischen (bzw. bildgebend objektivierbaren) als auch bei psychischen Beschwerden. Auch diese Voraussetzung ist vorliegend nicht gegeben: So gelangten Dr. med. P._____ und die neuropsychologische Gutachterin, Dr. sc. hum. univ. R._____, Fachpsychologin FSP, unabhängig voneinander zum Ergeb- nis, dass Aggravation sowie vage, unpräzise und oberflächliche Angaben des Beschwerdeführers eine Symptomvalidierung und in der Folge eine psychiatrische Diagnosestellung sowie Beurteilung der Leistungsfähigkeit verunmöglichten (act. II 102 S. 1). Insbesondere ergaben sich in der neu- ropsychologischen Abklärung in beiden Symptomvalidierungstests Werte, die "extrem weit unter denen lagen, die bei motivierter Mitarbeit erreicht werden" (act. II 82.8 S. 5) bzw. bestanden eklatante mnestische Funktions- verluste, die nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck entsprachen (S. 10), woraus die Gutachterin auf ein aggravatorisches Verhalten schloss (S. 7). Zu einem ähnlichen Ergebnis führte eine weitere neuropsychologi- sche Untersuchung durch die Psychiatrischen Dienste M._____ am 2. März 2023, welche ebenfalls nicht valide Testergebnisse lieferte, und woraus in Bezug auf die Ursache der Beschwerden keine eindeutigen Schlussfolgerungen gezogen werden konnten (act. II 97 S. 8). Nichts zu seinen Gunsten vermag der Beschwerdeführer sodann aus der – gemäss dem Austrittsbericht vom 28. Februar 2024 offenbar erfolgten, jedoch nicht separat ausgewiesenen – neuropsychologischen Untersuchung in der Kli- nik O._____ (act. II 119 S. 7) abzuleiten, geht daraus doch nicht hervor, dass eine Beschwerdenvalidierung durchgeführt worden wäre (vgl. act. II 122 S. 1). Abgesehen davon, dass sich die behandelnden Ärzte der Klinik O._____ im Übrigen nicht zum Gutachten der MEDAS äusserten – na- mentlich auch nicht zu den Ergebnissen der neurologischen und neuropsy- chologischen Untersuchung sowie der gutachterlich beschriebenen Aggravation – vermögen die im Bericht vom 28. Februar 2024 gestellten Diagnosen somit nicht zu überzeugen. Insbesondere wurde die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung unkritisch von den vorherigen Behandlern übernommen und ist auch die Diagnose einer organisch be- dingten affektiven Störung im Sinne einer schweren depressiven Episode mangels eines neurologisch ausgewiesenen objektivierbaren Befundes nicht erstellt. Mithin vermag der Bericht der Klinik O._____ vom 28. Fe- bruar 2024 die anderweitigen Einschätzungen durch die Gutachter der

MEDAS nicht in Frage zu stellen (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Insbesondere wird dadurch keine Verschlech- terung des (psychischen) Gesundheitszustandes belegt. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich auch in somatischer Hinsicht Diskrepanzen zwischen den Befunden und den angegebenen Beschwerden ergaben (vgl. act. II 82.3 S. 5; 82.7 S. 7) bzw. sowohl in somatischer (act. II 82.5 S. 4; 82.6 S. 4; 82.7 S. 4-6) – namentlich neurologischer (act. II 82.3 S. 3 f.) – wie auch in psychiatrischer (act. II 82.4 S. 5 f.) Hinsicht kaum Befunde er- hoben werden konnten, so dass die Schlussfolgerung der Experten, wo- nach keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden kann, auch insoweit überzeugt. 3.4.1.3 Demnach trifft es somit entgegen der Beschwerde (S. 3) offen- sichtlich nicht zu, dass bis heute keine neuropsychologische Abklärung erfolgt ist. Im Weiteren sind gestützt auf die Ergebnisse der diversen erfolg- ten Abklärungen die geklagten Beschwerden, soweit sie von den

Behand- lern als Folge des ischämischen Hirninfarkts betrachtet wurden bzw. werden, weder in somatischer noch psychischer Hinsicht erklärbar. Ent- sprechend ist gestützt auf die Einschätzungen der medexperts-Gutachter eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht erstellt, was mangels einer zwischenzeitlich eingetretenen Verschlechterung des Ge- sundheitszustandes auch bis zum massgeblichen Zeitpunkt der angefoch- tenen Verfügung vom 3. Juni 2024 gilt. 3.4.2 Was die mit Schreiben vom 18. April und 6. Dezember 2023 (vgl. Beschwerde S. 3 i.V.m. act. II 97 S. 1 f.; 116 S. 1 f.) geltend gemachte und im Juli 2023 (act. II 101) angemeldete Knieproblematik rechts anbelangt, ist Folgendes festzuhalten: Zunächst ereignete sich der Unfall gemäss Schadenmeldung UVG nicht im Oktober 2022 (act. II 116 S. 1), sondern bereits am 2. September 2022 und wurde der E._____ am 3. Oktober 2022 – mithin vor der Begutachtung bei der MEDAS am 5., 6. und 18. Oktober 2022 (act. II 82.1 S. 2) – gemel- det (act. II 110.68). Gemäss dem die Erstbehandlung vom 7. September 2022 betreffenden Arztzeugnis UVG hat sich der Beschwerdeführer bei einem Sturz mit dem Velo eine Distorsion des rechten Kniegelenks und eine Kontusion der rechten Hand zugezogen. Dabei wurde folgender Be-

fund festgehalten: "Hand gelenk rechts. St. n. Subkapitale Fx Dig IV rechts. Knie keine Schwellung kein Hämatom. Dolenz lateralen Gelenkspalt. Knie F und E uneingeschränkt. VKB stabil. Lateral stabil" (act. II 110.70 S. 1). Ein MRI des rechten Kniegelenks vom 28. September 2022 wurde wie folgt beurteilt: "Keine fassbare posttraumatische Veränderung. Leichte retropa- tellare Chondropathie (Grad l). Sonst unauffällig dargestelltes Kniegelenk" (act. II 110.69 S. 2). Der Beschwerdeführer erwähnte das Ereignis vom 2. September 2022 zwar im Rahmen der psychiatrischen (act. II 82.4 S. 2), nicht jedoch der orthopädischen Teilbegutachtung. Zudem stellte Dr. med. S._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, anlässlich der Begutachtung betreffend die Kniegelenke keinerlei (pathologische) Befunde fest (act. II 82.7 S. 6), was sie in der Stellungnahme vom 5. Juli 2023 bestätigte (act. II 102 S. 2). Er- gänzend ist zudem festzuhalten, dass bei der Begutachtung auch im Be- reich beider Handgelenke keine Funktionseinschränkungen bestanden (act. II 82.7 S. 5). Namentlich machte der Beschwerdeführer, welchen Dr. med. S._____ als von "athletischer Statur" mit gut ausgebildeter Mus- kulatur an Armen und Beinen beschrieb (S. 4), anlässlich dieser Untersu- chung keinerlei Beschwerden von Seiten des rechten Kniegelenks oder Handgelenks geltend (S. 2). Gegenteils vermerkte die Gutachterin "keine Palpationsschmerzen, keine Funktionseinschränkungen" (betreffend Hand- gelenke [S. 5]) bzw. "Keine Schmerzangabe bei der Untersuchung" (betref- fend Kniegelenke [S. 6]). In diesem Zusammenhang erstaunt, dass dem Beschwerdeführer ab dem 2. September 2022 eine mehrmonatige gänzli- che Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (act. II 110.70 S. 2), was erhebli- che Beschwerden und funktionelle Einbussen vermuten liesse. Auch wenn Dr. med. N._____ im weiteren Verlauf bei gemäss MRI "ganz spärli- che[n] Hinweise[n]" in klinischer Hinsicht Meniskuszeichen als "vorhanden" beurteilte (act. II 110.57 S. 4) und beim Beschwerdeführer am 8. Mai 2023 eine Kniegelenksarthroskopie mit medialer Meniskusnaht am Hinterhorn des rechten Knies (act. II 110.35 S. 2) vornahm, ist in Anbetracht dieser offenkundigen Diskrepanzen zumindest bis zum Zeitpunkt der Operation keine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erstellt. Für die Zeit nach dem Eingriff ist ein postoperativ komplikationsloser Ver- lauf mit zeitgerechter Mobilisation dokumentiert (act. II 110.34 S. 3). Im Bericht vom 8. September 2023 (act. II

110.9 S. 2 f.) hielt Dr. med.

N._____ fest, es zeigten sich keine Hinweise auf ein intraartikuläres Problem und das Kniegelenk stelle sich unauffällig dar, ohne Chondropa- thie oder Zusatzläsion. Der Meniskus, welcher an der Basis gelockert ge- wesen sei, habe genäht werden können; hier sei sicherlich kein Handlungsbedarf vorhanden. Bezüglich geklagter Beschwerden gehe er von einer Überlastung des medialen Seitenbandes und muskulärer Pro- blematik aus, welcher mit einem Zyklus Physiotherapie behandelt werden könne (S. 3). Selbst wenn von einer seit der Operation bis Mitte September 2023 bestehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen würde (vgl. act. II 110.25 S. 3; 110.13 S. 1; 110.11 S. 1; 110.7 S. 3; 110.3), vermöchte dies angesichts fehlender Hinweise für dauerhaft verbleibende Funktionsbeein- trächtigungen von Seiten des rechten Kniegelenks keine Invalidität zu be- gründen. Vor diesem Hintergrund überzeugt auch die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. L._____ im Bericht vom 24. Oktober 2023 (act. II 112), wonach es bezüglich der Knieproblematik rechts keiner weiteren Ab- klärungen bedürfe und auf das medexperts-Gutachten vom 23. November 2022 weiterhin abgestellt werden könne (S. 16). 3.4.3 Zusammenfassend bestehen keine konkreten Indizien (vgl. E. 3.2.2 vorne) gegen den Beweiswert des medexperts-Gutachtens vom 23. November 2022. 3.5 Daraus ergibt sich was folgt: 3.5.1 Für die Zeit ab Oktober 2022 ist gestützt auf das in Nachachtung von Art. 43 Abs. 1 ATSG erfolgte Gutachten der MEDAS vom 23. Novem- ber 2022 (act. II 82.1 ff.) eine gesundheitliche (somatische und/oder psy- chische) Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Namentlich ist für die Zeit nach der Begutachtung eine Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszu- standes nicht ausgewiesen. Demnach liegt nicht etwa eine Beweislosigkeit vor, deren Folgen ohnehin der für den Nachweis des Gesundheitszustands materiell beweispflichtige Beschwerdeführer zu tragen hätte (BGE 121 V 204 E. 6a S. 208). Da kein Gesundheitsschaden vorliegt, kann ferner auch offen bleiben, ob die signifikant schlechten und nicht gesundheitlich erklär- baren Ergebnisse der Symptomvalidierungstests und allgemein die vagen Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung insgesamt

im Sinne einer (rechtlich relevanten) Aggravation (vgl. E. 2.3 und 2.4.2 vor- ne) zu qualifizieren wären. Im Weiteren erübrigt sich mangels Vorliegens einer psychiatrischen Diagnose ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.4.2 vorne). 3.5.2 Demgegenüber nahmen die Gutachter der MEDAS keine Stellung zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit für die Zeit vor der Begutachtung bzw. erachtete die psychiatrische Gutachterin eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als "schwer möglich" (act. II 82.4 S. 17). Wegweisend ist der Bericht des Spitals G._____ vom 4. November 2019, wo der Beschwerdeführer zwecks Abklärung eines persistierenden Ausfallsyndroms rechts für die Zeit vom 30. Oktober bis 1. November 2019 hospitalisiert war (act. II 4.3 S. 7-14). Darin wurden die seit dem Infarkt vom 24. August 2019 geklagten Beschwerden auf eine funktionell neurologische Störung im Rahmen eines gestörten Krankheitsverarbeitungsprozesses zurückgeführt. Bereits damals ergab sich zudem unter Ablenkung eine un- auffällige Funktionsprüfung (S. 8). Insbesondere war – wie in E. 3.4.1.1 vorne bereits erläutert – die wiederholt durchgeführte Bildgebung nach dem Infarkt nahezu unauffällig (S. 8). In der Folge wurden die Beschwerden sowohl von Seiten der

Psychiatrischen Dienste der M._____ als auch von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. J._____ im Wesentlichen auf organisch bedingte psychische Störungen im Sinne einer affektiven Störung bzw. einer Persönlichkeitsstörung zurückgeführt (act. II 26 S. 9; 48 S. 2, 16), wobei die "organisch ausgelöste mittelgradige depressive Episo- de" im Bericht vom 26. November 2020 als teilremittiert beurteilt wurde (act. II 48 S. 13). Wie in E. 3.4.1.1 vorne gezeigt, überzeugt die Annahme einer organisch bedingten psychischen Störung jedoch nicht bzw. ist eine solche nicht erstellt. Eine anderweitige Erklärung für Bestand und Ausmass der geltend gemachten Beschwerden wurde nicht evaluiert. Vor diesem Hinter- grund ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden namentlich hinsichtlich der mit allfälligen Folgen des Hirninfarkts in Zusammenhang gebrachten Beschwerden auch für die Zeit vor der Begutachtung nicht erstellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass spätestens ab Dezember 2019 im Vergleich zur im Oktober 2022 erfolgten Begutachtung bei der MEDAS ein symptoma- tisch und ätiologisch im Wesentlichen gleicher Gesundheitszustand vorge-

legen hat, wobei die Gutachter die geklagten Beschwerden dem Dargeleg- ten zufolge aufgrund von vagen Angaben und aggravatorischem Verhalten des Beschwerdeführers diagnostisch und befundmässig nicht zuordnen bzw. validieren konnten. Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. P._____ weist denn auch in Zusammenhang mit einer erneut geltend gemachten Verschlechterung der Symptomatik ab März 2021 (act. II 48 S. 2) überzeugend darauf hin, dass (seitens der Behandler) auf eine mögliche Aggravation oder fehlende Anstrengungsbereitschaft nicht eingegangen worden sei (act. II 82.4 S. 11). Schliesslich geht aus den Akten hervor, dass sich der Beschwerdeführer bei einem Autounfall am 8. Mai 2020 ein Schleudertrauma zugezogen hat (act. II 32 S. 2). Es bestehen keine Anhaltspunkte in den Akten, dass sich daraus eine bleibende invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung entwi- ckelt hätte. Dasselbe trifft auf die am 25. Januar 2021 erlittene subkapitale Metacarpale IV-Fraktur (Bruch des vierten Mittelhandknochens) rechts zu, hielt der behandelnde Arzt Dr. med. T._____, Facharzt für Handchirur- gie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsap- parates, doch bereits im Bericht vom 12. März 2021 (act. II 52 S. 3) fest, der Verlauf sei normal und die Mobilisation und Belastung ab sofort frei. 3.6 Damit erweist sich der Sachverhalt auch für die Zeit vor der Be- gutachtung durch die MEDAS als hinreichend abgeklärt bzw. vermöchten weitere Abklärungen am Ergebnis nichts zu ändern (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4), womit es der beschwerdeweise implizit beantragten Neube- gutachtung nicht bedarf. Demnach ist im hier massgebenden Zeitraum ab Juli 2020 (Art. 29 Abs. 1 IVG; act. II 1) kein zu einem Leistungsanspruch berechtigender (invalidisierender) Gesundheitsschaden mit dem erforderli- chen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 163 E. 3.3) erstellt und es besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2.2 vorne). Dies gilt auch für die Zeit ab 1. Januar 2022 (vgl. E. 2.1 vorne), setzt der Rentenanspruch doch auch nach neuem Recht unverändert das Vorliegen einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bzw. einer Invalidität voraus.

4. Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 3. Juni 2024 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 5. 5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem

kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unab- hängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzule- gen. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvor- schuss gleicher Höhe zu entnehmen. 5.2 Nach Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133). Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in glei- cher Höhe entnommen. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 3. Sept. 2024, IV/24/479, Seite 22 4. Zu eröffnen (R): - A._____ - IV-Stelle Bern - Bundesamt für Sozialversicherungen Der Kammerpräsident: Der Gerichtsschreiber: Rechtsmittelbelehrung Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begrün- dung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf- fentlich-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.

E. 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

E. 11

Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staats- anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträ- gen 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 3. Sept. 2024, IV/24/479, Seite 4 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwal- tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Be- schwerde einzutreten.

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