

200 21 412 IV
SCI/SVE/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. Oktober 2021

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. Mai 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene, angelernte ... A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2016 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf ein am 25. Mai 2016 erlittenes Quetschtrauma an der linken Hand zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 63). Die IVB tätigte in der Folge medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und gewährte berufliche Massnahmen in Form von Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. II 37), einer beruflichen Abklärung bei der C._____ GmbH (act. II 42) sowie einer arbeitsmarktlich-medizinischen Abklärung (AMA) bei der Abklärungsstelle D._____ in ... (act. II 50). Mit Mitteilung vom 7. August 2018 (act. II 69) schloss sie die beruflichen Massnahmen ab. Am 11. Juni 2020 verfügte die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS E._____ (act. IIA 136). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 24. August 2020 (IV/2020/548; act. IIA 145) ab. Nach erfolgter Begutachtung (act. IIA 164) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 19. Februar 2021 (act. IIA 167) in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 6 % einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. IIA 172 ff.) verfügte sie am 3. Mai 2021 dem Vorbescheid entsprechend (act. IIA 176).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, mit Eingabe datierend vom 12. Mai 2021 (Postaufgabe 3. Juni 2021; Posteingang 7. Juni 2021) Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die leistungsabweisende Verfügung sei aufzuheben und es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Neuropsychologie, Handchirurgie, Neurologie, Orthopädie, Ergotherapie inkl. Assessments) anzuordnen und es sei dem Beschwerdeführer eine ganze Rente der IV zuzusprechen, eventualiter seien dem Beschwerdeführer

eine Teilrente der IV sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren.

2. Es sei für das Gutachten das im Kreisarztbericht vom 21. März 2019, S. 5 von 11 erwähnte Bildmaterial, insbesondere die intraoperativen Bild-/ Filmaufnahmen und das dort erwähnte Konsilium sowie sämtliches dort erwähnte Bildmaterial zu edieren.

- unter Kostenfolge -

Am 7. Juni 2021 ging beim Verwaltungsgericht überdies eine persönlich überbrachte, redaktionell bereinigte Beschwerdeschrift datierend vom 3. Juni 2021 mit gleichlautenden Anträgen samt Beilagen und Beilagenverzeichnis ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. Juni 2021 wurde dem Beschwerdeführer Frist bis zum 22. Juni 2021 zur Leistung eines Kostenvorschusses für die Verfahrenskosten angesetzt. Gleichzeitig wurde die Beschwerdegegnerin zur Einreichung einer Beschwerdeantwort aufgefordert. Nachdem der Kostenvorschuss nicht geleistet worden war, wurde dem Beschwerdeführer mit prozessleitender Verfügung vom 24. Juni 2021 Nachfrist zur Leistung des Kostenvorschusses bis zum 5. Juli 2021 gesetzt und er darauf hingewiesen, dass, sollte innert der Nachfrist weder der Kostenvorschuss bezahlt noch ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege eingereicht werden, auf die Beschwerde unter Kostenfolge nicht eingetreten werde.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juli 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 6. Juli 2021, 00.01 Uhr, übersandte die Rechtsvertreterin per Fax ein Deckblatt mit dem Text „UR Gesuch 200 412 IV mfg B. _____“ sowie ein Sozialhilfebudget und eine Bestätigung über den Sozialhilfebezug des Beschwerdeführers. Die als FAX versandten Unterlagen übergab sie anschliessend im Verlauf des 6. Juli 2021 der Post zu Händen des Verwaltungsgerichts.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. 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]). Die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) sind eingehalten.

1.2

1.2.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 61 lit. ^fbis ATSG i.V.m. Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Im Beschwerdeverfahren vor verwaltungsunabhängigen Verwaltungsjustizbehörden hat die Beschwerde führende Partei einen angemessenen Kostenvorschuss zu leisten (Art. 105 Abs. 2 VRPG). Beahlt die Partei den Kostenvorschuss nicht fristgemäss und lässt sie auch eine kurze Nachfrist unbenutzt verstreichen, so ist auf ihr Begehren nicht einzutreten (Art. 105 Abs. 4 VRPG).

1.2.2 Der vom Beschwerdeführer verlangte Kostenvorschuss wurde weder innert der regulären noch der daraufhin angesetzten Nachfrist geleistet, so dass auf die Beschwerde kostenpflichtig nicht einzutreten ist. Daran ändert auch nichts, dass die Rechtsvertreterin am 6. Juli 2021 ein Sozialhilfebudget sowie eine Bestätigung über den Sozialhilfebezug zusammen mit einem Deckblatt, enthaltend einzig den Vermerk „UR Gesuch 200 412 IV mfg B._____“, der Post übergab.

Dem Beschwerdeführer war anlässlich der Nachfristansetzung vom 24. Juni 2021 instruktionsrichterlich Frist bis zum 5. Juli 2021 gesetzt worden, um den Kostenvorschuss zu leisten oder aber ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege einzureichen. Zudem wurde er ausdrücklich darauf hingewiesen, dass andernfalls auf die Beschwerde nicht eingetreten werde. Abgesehen davon, dass Eingaben an die Behörden einer eigenhändigen Unterschrift bedürfen (vgl. Art. 32 Abs. 2 VRPG), mithin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nicht per Fax gestellt werden kann, erfolgte sowohl die FAX-Eingabe wie auch der postalische Versand nach Ablauf der dem Beschwerdeführer gesetzten Frist und damit verspätet. Auf diese Eingabe ist folglich nicht einzutreten. Offenbleiben kann dabei, ob mit Blick auf die fehlende materielle Begründung und einen höchstens sinngemässen Antrag die Eingabe überhaupt als Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betrachtet werden kann.

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

1.4 Nachdem innert der dem Beschwerdeführer gesetzten Frist bzw. Nachfrist weder der Kostenvorschuss geleistet noch ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Selbst wenn jedoch auf die Beschwerde eingetreten werden könnte, würde sich am Ergebnis, dass dem Beschwerdeführer keine Rente der Invalidenversicherung zusteht, nichts ändern.

2.

Vorweg festzuhalten ist, dass, auch wenn der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend macht, indem die Beschwerdegegnerin den umfangreichen Einwand in der angefochtenen Verfügung nicht geprüft habe (Beschwerde S. 8), ihm offensichtlich nicht gefolgt werden kann.

Die Beschwerdegegnerin legte in der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2021 (act. IIA 176) dar, von welchen Überlegungen sie sich leiten liess. Sie setzte sich mit den wesentlichen Einwänden des Beschwerdeführers auseinander. Rechtsprechungsgemäss ist sie nicht gehalten, auf jede erhobene Rüge einzugehen. Dem Beschwerdeführer war eine sachgerechte Anfechtung der Verfügung möglich, weshalb keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt (vgl. BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436).

Die Einschätzung in der Sache ist nicht eine Frage des rechtlichen Gehörs und wäre zudem, wenn das Gericht auf die Beschwerde eintreten könnte, ohne weiteres auch materiell zu schützen.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

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

4.

4.1 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, erlitt der Beschwerdeführer am 25. Mai 2016 einen Unfall, als er mit der linken Hand in eine (...-) ...maschine geriet (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 6. April 2021, UV/2019/940, E. 3.1).

Gemäss Austrittsbericht über die Hospitalisation vom 25. Mai bis 1. Juni 2016 (act. II 5.43 S. 2) im Spital F._____, wurde als Diagnose eine Quetschverletzung der linken Hand mit devaskularisierender subtotaler Avulsionsamputation Dig IV und V Höhe P2, sowie schwerer Weichteilavulsion Dig III aufgeführt. Am 25. Mai 2016 sei eine Operation (verkürzende DIP Arthrodesen Dig IV und V, Revaskularisation Dig IV und V mit Venen-

interponat vom ipsilateralen Unterarm, Avance Interponat N5, mikrochirurgische Koaptation N9 und N7, Nagelbettnähte Dig III-V, Nagelplatteneinnaht Dig III-V; vgl. Operationsbericht vom 25. Mai 2016 [act. II 5.42 S. 2]) komplikationslos durchgeführt worden.

Am 10. Juni 2016 wurde bei diagnostizierter beginnender Nekrose Endglied Dig IV eine Nekrosektomie Dig IV und V, Defektdeckung mittels Intermetacarpale-Lappen III/IV auf palmar Dig IV, Vollhauttransplantat vom palmaren Unterarm auf Dig IV und V durchgeführt (act. II 5.8 S. 2).

Schliesslich wurde am 30. Dezember 2016 bei Diagnose eines implantatassoziierten Infekts nach Schraubenarthrodese DIP IV links gleichentags eine Z-Plastik Dig V palmar Höhe MCP und eine Implantatentfernung CCS-Schraube, Débridement Nagelbett, Implantation Kunstnagel durchgeführt (act. II 27.76).

Hinsichtlich der weiteren Entwicklung des die linke Hand betreffenden medizinischen Sachverhalts kann auf die Ausführungen dieses Gerichts in VGE UV/2019/940, E. 3.2, verwiesen werden.

4.2 Hinsichtlich der in der finalen Invalidenversicherung ebenfalls zu berücksichtigenden unfallfremden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergibt sich aus den Akten Folgendes:

4.2.1 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 17. Oktober 2016 (act. II 62 S. 4) wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) aufgrund psychosozialer Belastung nach schwerer Handverletzung diagnostiziert.

4.2.2 Dr. med. H. _____, Facharzt für Rheumatologie, führte im Bericht vom 22. Mai 2017 (act. II 30 S. 2) als Diagnosen ein chronisches Panvertebralsyndrom (EM ca. 2016) sowie einen Status nach Quetschtrauma Hand links auf. Der Beschwerdeführer selber bemerke einen deutlichen Zusammenhang mit der inneren psychischen Anspannung, was eher für eine soziale Komponente spreche.

4.2.3 Med. pract. I. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), hielt in der Beurteilung vom 12. Dezember 2017 (act. II 36) fest, es liege eine chronische

Rückenproblematik vor, welche nicht auf eine entzündliche oder wesentlich degenerative Krankheit zurückgeführt werden könne. Es lägen keine sensomotorischen Ausfälle vor. Die strukturellen Wirbelsäulenbefunde seien altersentsprechend. Es lägen mehrfach soziale Belastungsfaktoren vor (S. 5).

Die RAD-Ärztin führte sodann in der Beurteilung vom 20. März 2018 (act. II 47) aus, mit medizinischen Massnahmen (Physiotherapie, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inkl. Medikation, eventuell Ergotherapie) könne der Gesundheitszustand auch längerfristig stabil gehalten werden. Sie attestierte in einer angepassten Tätigkeit, die nicht einer vollen Geschicklichkeit und Sensibilität der linken Hand bedürfe, eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 4).

4.2.4 Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im psychiatrischen Konsilium z.H. der Abklärungsstelle D. _____ vom 28. Mai 2018 (act. II 67 S. 25) ein lokales chronifizierendes Schmerzsyndrom der vorderen oberen Extremität links sowie den Verdacht auf eine reaktiv bedingte depressive Episode leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F32.0) unterstützt durch die psychosoziale Belastung. Konzentrationsstörungen und Defizite im Durchhaltevermögen könnten eine leichtgradige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht um ca. 20 % bedingen.

4.2.5 Anlässlich der neuropsychologischen Abklärung vom 3. Juli 2018 (act. II 67 S. 27) wurde eine leichte Lernbehinderung (IQ=83) mit begleitenden kognitiven Problemen (Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache, Rechnen) mit/bei subjektiv erhöhter internaler Ablenkbarkeit erhoben. Es sei darauf zu achten, dass die intellektuellen Anforderungen eher geringgehalten werden, der Beschwerdeführer eher wenig rechnen müsse und mehr Lern- und Einarbeitungszeit habe als andere. Für Tätigkeiten, die den kognitiven Anforderungen seiner letzten Stelle entsprächen, gebe es neuropsychologischerseits keine relevante und andauernde Einschränkung.

4.2.6 Im Bericht der Klinik K. _____ vom 28. Januar 2020 (act. IIA 115) wurden als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine komplexe posttraumatische Belas-

tungsstörung (ICD-10 F43.1), eine Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F81.9), sowie ein Stottern (ICD-10 F98.5) attestiert.

4.3 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des durch die Beschwerdegegnerin veranlassten MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2021 (act. IIA 164.1 S. 5 ff. Ziff. 4) führten die Experten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen auf (S. 9 Ziff. 4.2):

- Quetschverletzung der linken Hand am 25. Mai 2016 mit devaskularisierender subtotaler Avulsionsamputation Dig IV und V Höhe P2 sowie schwerer Weichteilavulsion Dig III, verkürzende Arthrodesen DIP Dig IV und V Revaskularisation Dig IV und V mit Veneninterponat vom ipsilateralen Unterarm, Nervennähte N9 und N7, Nagelbettnähte Dig III bis V, Nekrosektomie Dig IV und V, Defektdeckung mittels Intermetacarpale-Lappen III/IV auf palmar Dig IV. Vollhauttransplantat vom palmaren Unterarm auf Dig IV und V am 10. Juni 2016, Nekroseabtragungen, Hautabtragungen am 21. Juni 2016;
- Quetschtrauma der linken Hand am 25. Mai 2016 mit mehreren Rekonstruktionsoperationen sowie Nerveninterponat und residueller sensibel-axonaler Schädigung distaler Anteile des linken Nervus ulnaris, vorrangig distal der Loge de Guyon.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie folgende Diagnosen auf (S. 9 Ziff. 4.2):

- Adipositas Grad I nach WHO, 30.84 kg/m²;
- mögliche arterielle Hypertonie;
- Dyslipidämie;
- Dysthymie (ICD-10 F34.1);
- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01);
- anamnestisch leichte Lernbehinderung (ICD-10 F81.9).

Die objektiven Befunde sprächen für eine qualitative Minderung der Belastbarkeit der linken (im Fall des rechtshändigen Beschwerdeführers nicht dominanten) Hand, sodass die letzte Tätigkeit auf Dauer ausscheide. Zumindest in körperlich leichten Arbeiten mit überwiegendem Einsatz der rechten Hand lasse sich jedoch keine namhafte Limitation erkennen (S. 8 Ziff. 4.3). Die reklamierte Schmerzintensität sei bei fehlenden objektiven Zeichen einer erheblichen Schonung des linken Arms (keine namhafte generelle muskuläre Atrophie des linken Arms) und nicht erfolgreicher entsprechend intensiver Therapie zumindest hinsichtlich der berichteten Ausprägung nicht plausibel. Zudem seien die Behandlungsoptionen nicht ausge-

schöpft. Bei auch aktenkundiger Annahme einer wesentlichen neuropathischen Schmerzgenese seien antineuropathische Pharmaka in der Regel wirksam und indiziert. Eine entsprechende leitliniengerechte Therapie (Schmerzkalender, antineuropathische Medikation, Spiegelbestimmungen zur Compliancekontrolle und Dosisfindung) lasse sich nicht erkennen (S. 10 Ziff. 4.6). In der bisherigen Tätigkeit attestierten die Gutachter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus chirurgischer und neurologischer Sicht seit dem Unfall vom 25. Mai 2016 (S. 11 Ziff. 4.7). In einer angepassten Tätigkeit attestierten die Experten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch rückblickend liesse sich keine dauerhafte Einschränkung in angepassten Tätigkeiten erkennen (Ziff. 4.8). Zur Stabilisierung der Belastbarkeit in einer angepassten Tätigkeit sei eine leitliniengerechte antineuropathische Medikation (unter Führung eines Schmerzkalenders und Compliance-Kontrollen) anzuraten (Ziff. 4.10).

4.4 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, 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

4.5 Das MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2021 (act. IIA 164), auf welches sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung stützt, erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung gestellten Anforderungen an Expertisen (vgl. E. 4.2 hiervor). Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Es ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung als auch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in allen Teilen nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet.

4.5.1 In somatischer Hinsicht zeigten die Experten überzeugend auf, dass insgesamt ein objektiv gutes operatives Resultat nach einer ausgedehnten Quetschverletzung Finger 3 bis 5 links vorliegt, wobei sich die funktionellen Einschränkungen für eine handwerkliche Tätigkeit stark limitierend auswirken (act. IIA 164.4 S. 15 Ziff. 7.1). Der Neurologe setzte sich mit den Berichten der behandelnden Ärzte und der Differenzialdiagnose CRPS auseinander. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7 Ziff. 2) erläuterte er für den Rechtsanwender nachvollziehbar, dass unter Berücksichtigung der modifizierten Budapest-Kriterien die Diagnose eines CRPS nicht zu stellen ist, da sowohl das Kriterium A als auch das Kriterium C nicht hinreichend erfüllt sind (vgl. act. IIA 164.5 S. 19 f. Ziff. 6). Damit setzte er sich auch nicht in Widerspruch zu den behandelnden Ärzten (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 2), die diese Diagnose nicht definitiv gestellt haben. So wurde in dem mit der Beschwerde eingereichten Bericht des Spitals G. _____ vom 3. Juli 2019 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6) ausgeführt, dass insbesondere die mögliche Erklärung der Symptome

durch periphere Nervenschäden auf mehreren Ebenen gegen ein CRPS spreche (S. 4). Zudem führte auch die Klinik L._____ am 5. Februar 2019 aus, es könne nicht schlüssig zwischen einem neuropathischen Schmerzsyndrom mit vegetativ unterhaltener Schmerzkomponente und einem CRPS II unterschieden werden. Allerdings sei für weitere therapeutische Massnahmen diese Differenzierung nicht von Bedeutung (act. II 84.10 S. 3).

4.5.2 Psychiatrischerseits wurde eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) sowie anamnestisch eine leichte Lernbehinderung (ICD-10 F81.9) diagnostiziert (act. IIA 164.1 S. 9 Ziff. 4.2; 164.6 S. 21 Ziff. 6). Die Expertin setzte sich einlässlich mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander und wies dabei in Übereinstimmung mit deren Einschätzung auf psychosoziale Belastungsfaktoren hin. Schon im Bericht des Spitals G._____ vom 27. März 2017 (act. II 27.50) war in psychischer Hinsicht eine Zustandsverschlechterung aufgrund fehlender beruflicher Perspektive festgehalten worden. Die berufliche Integration und die Installierung einer Tagesstruktur mit einer sinnvollen Beschäftigung wurde bereits damals als wichtige Therapiemassnahme mit Einfluss auf den Heilungsverlauf erachtet (S. 1 Ziff. 2 f.). Auch die behandelnde Ärztin Dr. med. M._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte im – bereits im Vorbescheidverfahren eingereichten (vgl. act. IIA 174 S. 27) – Bericht vom 28. Dezember 2018 (act. I 7 S. 5 ff.) festgehalten, die Symptomatik habe sich im Zusammenhang mit den Unfallfolgen wie Arbeitslosigkeit, Verschuldung, Verlust des Lebensstandards sowie den daraus entstandenen Eheproblemen entwickelt (S. 7). Ebenso wurde im Bericht des Zentrums N._____ vom 28. April 2018 (act. I 7) darauf hingewiesen, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren zur Aufrechterhaltung der Schmerzen und der Entstehung weiterer psychischen Beeinträchtigungen beigetragen hätten und eine Besserung erschwerten (S. 3).

Die Gutachterin zeigte sodann plausibel auf, dass aufgrund des AMDP-konform erhobenen Befundes nur geringe objektivierbare Auffälligkeiten bestehen und damit die Diagnose einer Dysthymie gegeben ist, die Kriteri-

en für eine depressive Episode hingegen nicht erreicht werden. Ebenso überzeugend führte sie aus, dass die diesbezügliche Störung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Die Expertin legte einleuchtend dar, dass die in der Vergangenheit neuropsychologisch diagnostizierte leichte Lernbehinderung in das Erwerbsleben eingebracht wurde und den Beschwerdeführer auch in der Vergangenheit nicht an einer regelmässigen beruflichen Tätigkeit hinderte. Ferner erläuterte sie schlüssig, dass die diagnostischen Kriterien einer PTBS – selbst bei Annahme, dass das A-Kriterium durch das Unfallgeschehen gegeben wäre – nicht erfüllt sind (einschliesslich des Zeitkriteriums; vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f., wonach die Störung mit einer Latenz von selten mehr als sechs Monaten nach dem Trauma folgt), was denn auch mit der Einschätzung der behandelnden Ärztin Dr. med. M. _____ in Einklang steht, wonach keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung bestünden (act. I 7 S. 7).

4.6

4.6.1 Was der Beschwerdeführer gegen das MEDAS-Gutachten (act. IIA 164) vorbringt, verfängt nicht: Zunächst macht er in formeller Hinsicht geltend, der neurologische Gutachter sei zweimal ausgewechselt worden (Beschwerde S. 7). Dies trifft nicht zu, denn vielmehr konnte der ursprünglich vorgesehene Gutachter zufolge Erkrankung die Begutachtung nicht vornehmen (act. IIA 158), was dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 11. November 2020 denn auch unter Nennung des neu bestimmten Gutachters mitgeteilt wurde (act. IIA 156; vgl. auch act. IIA 151). Darin wurde er überdies ausdrücklich auf die Möglichkeit von Einwendungen hingewiesen (act. IIA 156 S. 2). Solche sind baldmöglichst geltend zu machen (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275). Dass der neurologische Gutachter für eine elektrophysiologische Zusatzdiagnostik (d.h. eine apparative Untersuchung) eine Hilfsperson (Dr. med. O. _____, Facharzt für Neurologie; vgl. act. IIA 164.5 S. 18 Ziff. 4.3.2, 164.9) bezog (vgl. Beschwerde S. 7), ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Denn die Pflicht, den Auftrag des Gutachters persönlich auszuführen, schliesst nicht aus, dass der Sachverständige

auf die Unterstützung einer „Hilfsperson“ zurückgreift, die nach seinen Anweisungen und unter seiner Aufsicht handelt, um gewisse untergeordnete Aufgaben zu erfüllen (BGE 146 V 9 E. 4.2.2 S. 12). Schliesslich hat der Beschwerdeführer keine Gründe genannt, die an der Befähigung des Gutachters Zweifel wecken würden.

4.6.2 Weiter moniert der Beschwerdeführer, es fehle die Fachdisziplin der Handchirurgie (Beschwerde S. 7 Ziff. 1). Diesbezüglich hat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern bereits mit rechtskräftigem VGE IV/2020/548, E. 3.2.4 (act. IIA 145), festgehalten, dass der Entscheid über die Erforderlichkeit weiterer Abklärungen bzw. die Beteiligung weiterer Disziplinen den Fachärzten der Gutachterstelle obliegt (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352). Dasselbe gilt auch für die nach Ansicht des Beschwerdeführers erforderliche neuropsychologische Mitbegutachtung (Beschwerde S. 7 Ziff. 6), liegt es doch – wie bereits erwähnt – im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht. Es bestehen keine Anzeichen dafür, dass eine solche Abklärung (erneut) notwendig gewesen wäre.

4.6.3 Insofern der Beschwerdeführer kritisiert, das Gutachten beruhe nicht auf vollständigen Untersuchungen, weil das anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. März 2019 (act. II 84.4) vorgelegene Bild- und Filmmaterial fehle (Beschwerde S. 7), verkennt er, dass nicht primär dieses in Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend ist, sondern die anlässlich der Begutachtung im Rahmen der durchgeführten klinischen Untersuchung in Kenntnis der stattgefundenen Operationen festgestellten funktionellen Einschränkungen. Das gutachterlich attestierte Zumutbarkeitsprofil, wonach in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. IIA 164.1 S. 11 Ziff. 4.8), steht denn auch nicht in Widerspruch zur Einschätzung der behandelnden Ärzte: So war zunächst im Bericht des Spitals F. _____, vom 26. September 2017 (act. II 31.6 S. 2) festgehalten worden, dem funktionellen Einsatz der linken Hand stehe nichts im Wege, insbesondere sei auch das ... mit dieser Hand erlaubt (S. 3). Sodann lässt sich auch dem Folgebericht vom 23. Januar 2018 (act. II 84.102) entnehmen, dass der Beschwerdeführer den funktionellen Einsatz der linken Hand beweise. Er sei jedoch durch seine linke

Hand im Alltag und insbesondere auch in seiner früheren Tätigkeit als ... deutlich eingeschränkt (S. 2). Aufgrund muskulärer Dysbalancen sei dann die Therapie wieder zu initiieren gewesen. Durch Ausweichbewegungen aufgrund der Quetschverletzung und konsekutiver Schmerzen der ulnaren Hand sei es zu Fehlhaltung und zu Ungleichgewichten bezüglich der muskulären Belastung gekommen, was wiederum zu Muskelverspannungen und Schmerzen bis in den Nacken geführt habe (Bericht vom 27. April 2018 [act. II 84.87 S. 2]). Am 13. Juli 2018 führten die behandelnden Ärzte aus, die einmal wöchentlich regelmässig besuchte Ergotherapie zeige eine Verbesserung der Handfunktion. Leider habe der Beschwerdeführer noch keinen heimnahen Physiotherapeuten gefunden. Es bestünden weiterhin Schmerzen bis in den Nacken, zum Teil in den Rücken. Deswegen müssten aber keine Schmerzmedikamente eingenommen werden. Die Ergotherapie habe wieder einen guten Bewegungsumfang und vor allem die Integration des Ring- und Kleinfingers in die Handbewegung herbeigeführt. Die weiterhin bestehende Dysbalance sei noch durch Physiotherapie anzugehen. Bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung wurde ein Verzicht auf vibrierende Tätigkeiten und Tätigkeiten, die körperlich schwere und die gleichzeitige Belastung beider Hände voraussetze, empfohlen (act. II 84.68 S. 2 f.). Insoweit erachteten auch die behandelnden Ärzte eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit als möglich. Es bestehen keine Diskrepanzen zwischen deren Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit und dem gutachterlich formulierten Zumutbarkeitsprofil. Auch die weiteren sich in den Akten befindenden medizinischen Berichte vermögen an der gutachterlichen Beurteilung keine Zweifel zu erwecken, werden doch darin keine abweichenden resp. ausreichend differenziert begründeten anderweitigen Einschätzungen aufgezeigt (vgl. so etwa act. II 84.10 S. 2, 84.66; act. IIA 95 S. 7).

4.6.4 Was die Ergebnisse der Eingliederungsmassnahmen im Rahmen der AMA, der C._____ GmbH und bei der ehemaligen Arbeitgeberin angeht (Beschwerde S. 7 Ziff. 4), entsprach die Leistung bzw. Präsenz letztlich allein der gezeigten Arbeitsleistung, nicht aber der medizinisch-theoretischen Leistungsfähigkeit, weshalb in dieser Hinsicht die Beurteilung entsprechend der gutachterlichen Untersuchung im Vordergrund steht (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Oktober 2019, 9C_501/2019, E. 3.4.3). Über-

dies sprächen selbst Erkenntnisse von Eingliederungsfachpersonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen respektive Programmen schon deshalb nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung von Gutachtern, weil solchen bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in beweisrechtlicher Hinsicht nur beschränkte Aussagekraft zukommt. Denn sie beruhen in der Regel (so auch hier) nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (Entscheid des BGer vom 26. September 2019, 9C_379/2019, E. 3.5.3).

4.7 Der medizinische Sachverhalt wurde damit seitens der Verwaltung in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) rechtsgenügend abgeklärt. Gestützt auf die gutachterlichen Einschätzungen besteht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit dem Unfall vom 25. Mai 2016. In einer angepassten Tätigkeit, d.h. in einer körperlich leichten Arbeit mit überwiegendem Einsatz der rechten Hand, ist keine Einschränkung resp. eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erstellt (act. IIA 164.1 S. 10 f. Ziff. 4.3 und 4.7 f.).

5.

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

5.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für

Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthalts-kategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

5.3 Unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug vom Oktober 2016 (act. II 1), der sechsmonatigen Karenzfrist i.S.v. Art. 29 Abs. 1 IVG und des Wartejahrs (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), das mit dem Unfall im Mai 2016 zu laufen begann, fällt der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns auf Mai 2017.

5.4 Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin bei der P._____ AG (heute Q._____ AG; act. II 28.6) angestellt wäre, arbeitete er doch seit Mai 2013 in einem 100 %-Pensum dort (act. II 5.54 Ziff. 3). Gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2017 monatlich ein Einkommen von Fr. 5'000.-- zuzüglich 13. Monatslohn und Provision von

Fr. 2'400.-- und damit total ein Valideneinkommen von Fr. 67'400.-- erzielt (act. II 28.6).

Was das Invalideneinkommen betrifft, nahm der Beschwerdeführer keine zumutbare angepasste Tätigkeit (vgl. Zumutbarkeitsprofil act. IIA 164.4 S. 18 ff. Ziff. 8, 164.5 S. 30 f. Ziff. 8.2) auf, verwertet mithin seine Restarbeitsfähigkeit nicht. Ausgehend vom gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf den praxisgemäss anwendbaren Totalwert der allgemeinen LSE-Tabelle TA1 für Männer im Kompetenzniveau 1 abstellte (act. IIA 176; vgl. E. 5.2 hiervor), wird doch damit eine grosse Breite an möglichen Stellen abgebildet. Angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Total) und indexiert pro 2017 (gemäss Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2020, Total, 2016: 104.1, 2017: 104.6) resultiert ein Betrag von Fr. 67'124.25 (Fr. 5'340.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 / 104.1 x 104.6). Die Abweichung zum durch die Beschwerdegegnerin errechneten Einkommen (Fr. 67'102.--; vgl. act. IIA 176) ist marginal und auf die wohl nicht näher dargelegte Art der Indexierung zurückzuführen. Der durch die Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug von 5 % (vgl. act. IIA 176) ist mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil angemessen und trägt allen einkommensbeeinflussenden Aspekten Rechnung. Es besteht somit kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen, umso weniger als das Invalideneinkommen im Allgemeinen und der leidensbedingte Abzug im Besonderen unbestritten blieben (vgl. Entscheid des BGer vom 6. August 2020, 9C_303/2020, E. 4.2). Folglich beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 63'768.05.

5.5 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 3'631.95 (Fr. 67'400.-- - Fr. 63'768.05) und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet (zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) 5 % ($[(Fr. 67'400.-- - Fr. 63'768.05) \times 100 / Fr. 67'400.--]$). Demnach besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.2 hiervor) und die Beschwerde wäre, wenn das Gericht auf sie hätte eintreten können, abzuweisen gewesen.

6.

6.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

6.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG ([Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Auf die Eingabe des Beschwerdeführers vom 6. Juli 2021 wird nicht eingetreten.
2. Auf die Beschwerde wird nicht eingetreten.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in 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.