

200 21 626 IV
SCI/SCM/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Dezember 2021

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. August 2021



Sachverhalt:

A.

Der am 11. März 1958 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2019 im Wesentlichen unter Hinweis auf eine Depression sowie hypomanische Phasen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Im Rahmen der medizinischen und erwerblichen Erhebungen holte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) insbesondere ein polydisziplinäres Gutachten bei der C. _____ (MEDAS; datierend vom 1. April 2020 [AB 46.1-46.4]) ein. Nach Eingang einer Stellungnahme des psychiatrischen MEDAS-Gutachters vom 14. Juli 2020 (AB 59) empfahl der Regionale Ärztliche Dienste (RAD) am 23. Oktober 2020 aufgrund bestehender Mängel des eingeholten Gutachtens die Erstellung einer monodisziplinären psychiatrischen Expertise (AB 70; vgl. auch AB 53). Der daraufhin beauftragte Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein Gutachten am 29. Februar 2021 (AB 88.1). Gestützt darauf sowie auf die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 15. März 2021 (AB 91) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 25. März 2021 (AB 92) bei einem Invaliditätsgrad von 25 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Die IVB holte nach dagegen erhobenen Einwänden (AB 96) eine weitere Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 28. Mai 2021 (AB 101) ein und führte ein neuerliches Vorbescheidverfahren durch (AB 102, 104). Am 2. August 2021 (AB 106) verfügte sie die in Aussicht gestellte Rentenabweisung.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die Gewerkschaft B. _____, lic. iur. E. _____, am 10. September 2021 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer ganzen Rente.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. September 2021 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. August 2021 (AB 106). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

2.

2.1 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).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können 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 medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418

E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Den medizinischen Unterlagen ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im MEDAS-Gutachten vom 1. April 2020 (AB 46.1) stellten die Experten im Rahmen ihrer Konsensbeurteilung die folgenden „relevante(n)“ Diagnosen (AB 46.1/19 Ziff. 6, vgl. auch AB 46.1/23 Ziff. 4.2):

- Chronifizierte, langdauernde und unter Therapie teilremittierte Depression (ICD-10 F38.8), bei
 - Akzentuierung von Persönlichkeitszügen und beschleunigtem Alterungsprozess (ICD-10 Z73.1), bei alters- und ausbildungsadäquater kognitiver Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich limitierter mentaler Belastbarkeit
 - wahrscheinlich einmaliger manischer Phase (ICD-10 30.8), bei positiver Familienanamnese für bipolare psychische Störung (Bruder und Schwester)

Aus neuropsychologischer Sicht führten die Expertinnen aus, dass keine kognitiven Dysfunktionen vorlägen, die sich auf die angestammte und/oder auf eine bildungsentsprechende Verweistätigkeit in leistungsmässiger Hinsicht einschränkend auswirkten (AB 46.2/7 Ziff. 8.1 und 8.2). Weiter stellte der neurologische Gutachter keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 46.4/6 Ziff. 6), folglich attestierte auch er keine Arbeitsunfähigkeit (AB 46.4/6-7 Ziff. 8). Die Arbeitsfähigkeit als ... bei der F._____ wurde vom psychiatrischen Gutachter auf 0 % geschätzt (AB 46.1/21 Ziff. 8.1, 46.1/23 Ziff. 4.7). Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Arbeit, wie sie während einigen Monaten im ... bei der F._____ geleistet worden sei, werde auf höchstens 30 % festgelegt, dies in Übereinstimmung mit den Vorgesetzten des Beschwerdeführers, wobei wiederum die psychischen Probleme limitierend wirkten. Diese Beurteilung gelte ab dem Abschlussdatum des polydisziplinären Gesamtgutachtens (AB 46.1/21 Ziff. 8.2, 46.1/23 Ziff. 4.8; 23. März 2020 [Schlussbesprechung; AB 46.1/24 Ziff. 5]). Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei mit der trotz der 40 Jahre andauernden psychiatrischen Behandlung fortbestehenden chronischen Depression und mit dem beschleunigten Alterungsprozess begründbar, diejenige in einer angepassten Tätigkeit mit einer kleinen verbleibenden Restarbeitsfähigkeit, welche eventuell an einer geschützten Arbeitsstätte noch eingesetzt werden könnte (AB 46.1/23 Ziff. 4.9).

3.1.2 In der Stellungnahme vom 30. Juni 2020 (AB 53) führte der RAD-Arzt med. pract. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, in der vorliegenden Form erscheine das polydisziplinäre Gutachten vom 1. April 2020 nicht verwertbar und begründete dies mit ungenügender Würdigung von Inkonsistenzen durch die Gutachter. Zudem entspreche das psychiatrische Zumutbarkeitsprofil nicht den Vorgaben der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der H._____ vom 16. Oktober 2016 (AB 53/3).

3.1.3 In der Stellungnahme vom 14. Juli 2020 (AB 59) führte der MEDAS-Gutachter Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer erreiche in allen psychosozialen Dimensionen nicht das Leistungsniveau, das von einer gleichaltrigen Person kurz vor

dem Rentenalter erwartet werden könne. Diese Aspekte würden durch das AMDP-Befund-System ungenügend wiedergegeben und stünden aber doch in einem Zusammenhang mit einem eben chronifizierten, sich schleichend entwickelnden psychiatrischen Leiden. Zum Vorwurf der lediglich geschätzten Arbeitsunfähigkeit sei mit aller Deutlichkeit darauf hinzuweisen, dass praktisch jede psychiatrische Aussage einen Ermessensspielraum habe (AB 59/3). Beim Beschwerdeführer handle es sich um einen ungewöhnlichen Gutachtensfall, der nicht recht in ein Schema passe und daher eine ausserordentliche Anstrengung bei der Formulierung und Darlegung der Problematik notwendig mache (AB 59/4).

3.1.4 In der Stellungnahme vom 23. Oktober 2020 (AB 70) führte der RAD-Arzt med. pract. G. _____ aus, auf das MEDAS-Gutachten vom 1. April 2020 ergänzt mit den Ausführungen vom (14. bzw.) 20. Juli 2020, könne nur in den Fächern Neurologie, Neuropsychologie und Innere Medizin abgestellt werden. Der Mangel des polydisziplinären Gutachtens liege wie bereits am 30. Juni 2020 ausgeführt insbesondere in der fehlenden zusammenfassenden Würdigung von zum Teil divergierenden Aussagen des Beschwerdeführers, was insbesondere in die Domäne der Psychiatrie gefallen wäre. Die fehlende Nachbesserung der gutachterlichen Aussagen führe dazu, dass die Einholung eines monodisziplinären psychiatrischen Gutachtens empfohlen werden müsse.

3.1.5 Im psychiatrischen Gutachten vom 29. Februar 2021 (AB 88.1) diagnostizierte Dr. med. D. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bipolare affektive II-Störung (ICD-10 F31.80), gegenwärtig remittiert, und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit akzentuierte schizoide und ängstliche Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; AB 88.1/38 Ziff. 6). Aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der stattgehabten Exploration sei von einer weitgehenden Remission der diagnostizierten bipolaren affektiven II-Störung (ICD-10 F31.80) auszugehen. Einmalig sei im November 2017 eine submanische Episode aufgetreten. Depressive Episoden seien seit mindestens 1978 immer wieder aufgetreten. Aktuell bestehe keine depressive Episode, da keine Anhedonie, keine Reduktion des Antriebs und der Interessen und keine Ermüdbarkeit vorlägen, was sich auch in der durchgeführten Testung mittels Hamilton Depressionsskala zeige

(AB 88.1/39-40 Ziff. 7.1). In der bisherigen Tätigkeit als ... respektive als ... sei der Beschwerdeführer aktuell aufgrund des deutlichen Tremors, welcher durch die Lithium-Medikation verursacht werde, sicherlich nicht arbeitsfähig (AB 88.1/41 Ziff. 8). In einer angepassten Tätigkeit, bei welcher der Beschwerdeführer nicht ... müsse, wäre aufgrund der Nebenwirkungen der Lithium-Medikation (Tremor) sowie der mittelgradigen Beeinträchtigungen der Durchhaltefähigkeit im Mini-ICF-APP-Rating-Bogen von einer lediglich leichtgradigen Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen. In der Vergangenheit ergebe sich aufgrund der teilstationären und stationären Aufenthalte von Juni 2020 bis 24. Februar 2021 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer möglichen angepassten Tätigkeit. Explizit könne davor ab Berichterstattung von Dr. med. J. _____ (2017) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt angenommen werden, da keine manifesten depressiven Episoden (ausserhalb der stationären oder teilstationären Behandlungen) festgehalten worden seien (AB 88.1/42).

Auf Rückfrage hielt Dr. med. D. _____ am 15. März 2021 (AB 91) fest, durch den ihm nachgereichten Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste K. _____ vom 26. Februar 2021 (vgl. AB 87; stationärer Aufenthalt vom 21. Dezember 2020 bis 8. Januar 2021) ergebe sich keine vom Gutachten vom 29. Februar 2021 abweichende Beurteilung hinsichtlich Verlauf, Diagnose und Arbeitsfähigkeit.

Mit Stellungnahme vom 28. Mai 2021 (AB 101) auf das vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren Vorgetragene führte Dr. med. D. _____ aus, bipolare Störungen bestünden per Definition lebenslang, wobei diese dadurch definiert seien, dass mindestens einmalig eine manische und eine depressive Episode aufgetreten seien. Dazwischen und danach könnten sehr wohl Remissionen auftreten, welche im Idealfall jahrelang anhielten. Die aktuelle weitgehende Remission werde sowohl durch den psychopathologischen Befund, als auch die Testung mittels Hamilton Depressionskala, den Mini-ICF-APP-Rating-Bogen, den aktuellen Tagesablauf, die soziale Anamnese sowie insbesondere auch die aktuellen psychiatrischen Berichte bestätigt. Weiter sei die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung eine „Steigerung“ zur Diagnose einer rezidivierenden depressiven

Störung, da nebst mindestens einer depressiven Episode auch eine manische oder hypomanische Episode auftreten müsse (AB 101/2). Zum psychiatrischen MEDAS-Gutachten vom 21. Januar 2020 (vgl. AB 46.3) hielt Dr. med. D. _____ unter weitergehender Begründung zusammengefasst fest, dass die Diagnose einer schweren chronifizierten, langandauernden und unter Therapie teilremittierten Depression (ICD-10 F38.8 [vgl. AB 46.3/5 Ziff. 6]) eine in sich widersprüchliche Diagnose darstelle und die Codierung F38.8 praktisch nie angewendet werde (AB 101/3).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 2. August 2021 (AB 106) in somatischer Hinsicht im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 1. April 2020 (AB 46.1) mit Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin und Neurologie.

Dies ist zu Recht unbestritten. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde keine somatische Diagnose genannt, sondern allein eine psychiatrische (AB 46.1/23). Damit übereinstimmend erachteten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit einzig aus psychischen Gründen für eingeschränkt (AB 46.1/23 Ziff. 4.7 und 4.8). Der neurologische MEDAS-Gutachter stellte denn auch mit Blick auf die Anamnese- und Befunderhebung (AB 46.4/2-6 Ziff. 3-4) schlüssig und nachvollziehbar keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 46.4/6 Ziff. 6), womit er in der Folge auch keine Arbeitsunfähigkeit attestierte (AB 46.4/7 Ziff. 8). Gleichsam überzeugt, wenn Dr. med. D. _____ den von den Behandlern der Psychiatrischen Dienste K. _____ geäußerten Verdacht einer Schädigung und Funktionsstörung des Gehirns (vgl. u.a. AB 58/1, 64/1) in der Expertise vom 29. Februar 2021 unter Hinweis auf die anlässlich der neuropsychologischen MEDAS-Untersuchung vom 10. Januar 2020 erhobenen unauffälligen Befunde (AB 46.2/4-6 Ziff. 4) ausschloss (AB 88.1/41-42 Ziff. 8). Die Akten enthalten schliesslich auch keine Hinweise auf weitere somatisch relevante Einschränkungen, was der Beschwerdeführer denn auch zu Recht nicht geltend macht.

3.3.2 In psychischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 29. Februar 2021 (AB 88.1) sowie dessen ergänzenden Stellungnahmen vom 15. März 2021 (AB 91) und 28. Mai 2021 (AB 101). Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Die Feststellungen des Gutachters beruhen auf einer eigenen spezialärztlichen Abklärung und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Der gutachterlichen Beurteilung kommt volle Beweiskraft zu und es kann grundsätzlich darauf abgestellt werden.

3.3.3 Soweit der Beschwerdeführer dagegen zunächst vorbringt, Dr. med. D. _____ habe sich nicht mit den Vorakten auseinandergesetzt (Be-

schwerde S. 7), kann ihm bereits mit Blick auf die mehr als 20-seitige Übersicht der verwendeten Quellen und den Aktenauszug (AB 88.1/7-30 Ziff. 1.3 und 2) nicht gefolgt werden. Dabei berief sich der Experte im Rahmen der Gesamtbeurteilung (AB 88.1/39-41 Ziff. 7) mehrfach auf bisherige Behandlungsunterlagen, so etwa bei der aktenanamnestisch langjährig zu diagnostizierenden bipolaren affektiven II-Störung (AB 88.1/40 Ziff. 7.2) oder den von Juni 2020 bis Februar 2021 stattgehabten stationären und teilstationären Aufenthalten (AB 88.1/41 Ziff. 7.3). Gleiches gilt bei der Beantwortung der Fragen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit (AB 88.1/41-42 Ziff. 8). Dies setzte zwingend eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den Vorakten und namentlich auch mit dem psychiatrischen Vorgutachten (vgl. E. 3.3.5 hiernach) voraus, so dass sich Weiterungen hierzu erübrigen.

Weiter kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, wenn er die schlüssige Begründung der Diagnose der bipolaren affektiven II-Störung (ICD-10 F31.80), gegenwärtig remittiert (AB 88.1/38 Ziff. 6), anzweifelt (Beschwerde S. 8). Abgesehen davon, dass es zur Beurteilung des funktionellen Leistungsniveaus nicht allein auf die gestellte Diagnose, sondern vielmehr auf die erhobenen psychopathologischen Befunde ankommt, erfolgte die Herleitung der Diagnose in der gebotenen Kürze bzw. notwendigen Länge. Sie ist einleuchtend und nachvollziehbar dargetan, indem der Experte in Würdigung der Aktenlage sowie der Anamnese eine submanische (2017) sowie diverse depressive Episoden (spätestens seit 1978) ausmachte (AB 88.1/39-40 Ziff. 7.1; vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 169). Insbesondere steht die Diagnose denn auch in Einklang mit den Erkenntnissen der Vorbehandler, stellten doch sowohl Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seinen Berichten vom 31. März 2019 und 5. Oktober 2017 (AB 27/6-7 Ziff. 3-4, 27/16) als auch die Ärzte der Psychiatrischen Dienste K._____ im Austrittsbericht vom 26. Februar 2021 (AB 87/1) die (Differential-)Diagnose einer bipolaren Störung.

Dr. med. D._____ verneinte mit dem Hinweis darauf, dass keine Anhedonie, keine Reduktion des Antriebs und der Interessen und keine Ermüdbarkeit vorgelegen habe (AB 88.1/40 Ziff. 7.1), sowie unter Berücksichti-

gung der testpsychologischen Befunde und des Mini-ICF-APP (AB 88.1/37-38) in nachvollziehbarer Weise das Vorliegen einer depressiven Episode zum Explorationszeitpunkt (26. Februar 2021 [AB 88.1/1]). Dies deckt sich ebenso mit dem Bericht der Psychiatrischen Dienste K. _____ vom 26. Februar 2021, wonach der Beschwerdeführer nach stationärer Behandlung am 8. Januar 2021 in stabilem psychischem Zustand entlassen werden konnte (AB 87/5). Dass bei einer bipolaren Störung durchaus zwischenzeitliche Remissionen auftreten können, bestätigte Dr. med. D. _____ am 28. Mai 2021 in schlüssiger Weise (AB 101/2).

Der Beschwerdeführer stellt im Weiteren die vom Gutachter verwendeten Testinstrumente (Mini-ICF-APP und Hamilton Depressionsskala) in Frage (Beschwerde S. 8). Dabei ist festzuhalten, dass diesen tatsächlich allein eine ergänzende Funktion zukommt, was Dr. med. D. _____ umfassend berücksichtigte, indem er seine Schlussfolgerungen primär auf die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung stützte (vgl. hierzu Entscheid des BGer vom 12. November 2019, 8C_465/2019, E. 5).

3.3.4 Gleichsam schlüssig und nachvollziehbar ist auch die Einschätzung von Dr. med. D. _____ bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 88.1/41-42 Ziff. 8). So überzeugt, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Nebenwirkungen der Lithium-Medikation (Tremor [vgl. AB 88.1/36 Ziff. 4.1]) in der bisherigen Tätigkeit als ... respektive als ... nicht mehr arbeitsfähig ist, wogegen in einer angepassten Tätigkeit (ohne ...) – mit Blick auf die mittelgradigen Beeinträchtigungen der Durchhaltefähigkeit (vgl. AB 88.1/38) – eine lediglich leichtgradige Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 20 % (Arbeitsfähigkeit von 80 %) besteht. Keine hier massgebliche Arbeitsunfähigkeit begründet die teilstationäre Behandlung. Der Gutachter ging für diese Zeit rein medizinisch-theoretisch nicht von einer höheren Arbeitsunfähigkeit aus, gewichtete jedoch das Behandlungssetting mit entsprechenden Terminen als beschränkend und eine Arbeitstätigkeit vollständig ausschliessend. Psychische Störungen, welche – wie hier – durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, können nicht zur Invalidenrente berechtigen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Dem Aus-

trittsbericht der Psychiatrischen Dienste K._____ vom 2. September 2020 bezüglich der freiwillig erfolgten stationären Behandlung vom 17. Juni bis 6. Juli 2020 (AB 64) ist denn auch zu entnehmen, dass die Zuweisung im Zusammenhang mit einer schwierigen psychosozialen Situation, welche zu einer Überforderung, Zukunftsängsten und Ratlosigkeit geführt habe, erfolgt war (AB 64/3). Der daran anschliessende teilstationäre Aufenthalt zeigte ebenso, dass vorab die ungewisse finanzielle Situation eine Belastung darstellte (AB 84/2-3). Die Lösung der psychosozialen Stressoren führte denn auch zu einer merklichen Erleichterung (AB 84/4). Der für den 23. Dezember 2020 vorgesehene Austritt wurde primär mit Blick auf die anstehenden Feiertage (vgl. AB 86/3) auf Anfang Januar 2021 verlegt (stationäre Behandlung vom 21. Dezember 2020 bis 8. Januar 2021 [AB 86/1]).

3.3.5 Der Beschwerdeführer beruft sich in psychiatrischer Hinsicht auf das MEDAS-Gutachten vom 1. April 2020 (AB 46.1) bzw. die darin enthaltene psychiatrische Beurteilung (AB 46.3; Beschwerde S. 7-11 Ziff. 2.5). Dem kann indessen nicht gefolgt werden. Zu Recht hat die Beschwerdegegnerin auf diese nicht abgestellt und eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung in Auftrag gegeben.

Zur vom psychiatrischen MEDAS-Experten diagnostizierten schwer chronifizierten, langdauernden und unter Therapie teilremittierten Depression (ICD-10 F38.8; AB 46.3/5 Ziff. 6) führte Dr. med. D._____ mit Stellungnahme vom 28. Mai 2021 überzeugend und nachvollziehbar begründet aus, dass diese Diagnose nicht geeignet ist, schwere langjährige invalidisierende affektive Störungen darzustellen. Der Code ICD-10 F38.8 ist gemäss internationaler Klassifikation der psychischen Störungen eine Restkategorie für affektive Störungen, die für keine der Kategorien F30-F38 die Kriterien erfüllen (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. Aufl. 2016, S. 125). Dabei führte Dr. med. I._____ diagnostisch eine wahrscheinlich einmalige manische Phase auf (ICD-10 F30.8 [AB 46.3/5 Ziff. 6]), womit überzeugt, wenn Dr. med. D._____ festhielt, dass beim Vorliegen mindestens einer manischen oder hypomanischen Episode die Diagnose einer bipolaren oder bipolaren-II-Störung angezeigt sei (AB 101/3). Die im psych-

iatrischen MEDAS-Gutachten als Z-Diagnose klassifizierte Störung der Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit beschleunigtem Alterungsprozess (ICD-10 Z73.1; AB 46.3/5 Ziff. 6) fällt als solche ohnehin nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung (vgl. Entscheid des BGer vom 12. November 2019, 9C_542/2019, E. 3.2). Dazu kommt, dass im Schädel-MRI vom 15. November 2017 (AB 14/14) und anlässlich der Echokardiografie vom 11. Dezember 2017 (AB 14/12) altersentsprechende Befunde sowie im Rahmen der neuropsychologischen MEDAS-Untersuchung vom 10. Januar 2020 eine alters- und ausbildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit erhoben wurden (AB 46.2/6 Ziff. 6 und 7). Schlüssig und nachvollziehbar hatte deshalb bereits auch der RAD-Arzt med. pract. G. _____ am 30. Juni 2020 ausgeführt, aus welchem Wechselspiel von Einschränkungen und Ressourcen sich die in einer angepassten Tätigkeit attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % ergebe (AB 46.1/23 Ziff. 4.8), bleibe unklar (AB 53/4). Hinzu kommt, dass auch der behandelnde Arzt, Dr. med. J. _____, am 31. März 2019 ausführte, in einer zumutbaren und den leicht verlangsamten Beschwerdeführer nicht überfordernden, einfachen, routinemässigen Tätigkeit völlig ausserhalb des Wirkungsbereichs des betreffenden Vorgesetzten könne theoretisch nach einer Einarbeitungszeit wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden (AB 27/7 Ziff. 6 und 11; vgl. auch den Bericht vom 28. Februar 2018 [AB 20]). Nicht zutreffend war denn auch, dass die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von den MEDAS-Gutachtern offenbar „in Übereinstimmung mit seinen Vorgesetzten“ festgesetzt wurde (AB 46.1/23 Ziff. 4.8). Diese Mängel vermochte der psychiatrische MEDAS-Gutachter auch mit seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Juli 2020 (AB 59) nicht zu beheben.

Bei diesen Gegebenheiten überzeugt, wenn der RAD das MEDAS-Gutachten zunächst als nicht konsistent bezeichnete (AB 53/3) und auch nach Eingang der Gutachtensergänzung vom 14. bzw. 20. Juli 2020 (AB 59) festhielt, auf dieses könne zwar in den Fächern Neurologie, Neuropsychologie und Innere Medizin abgestellt werden, weiterhin aber nicht im Fachbereich der Psychiatrie (AB 70/4).

3.4 Nach dem Ausgeführten ist gestützt auf den somatischen Teil des MEDAS-Gutachtens vom 1. April 2020 (AB 46.1) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 29. Februar 2021 (AB 88.1) samt ergänzenden Stellungnahmen vom 15. März 2021 (AB 91) und 28. Mai 2021 (AB 101) erstellt, dass der Beschwerdeführer aufgrund der weitgehend remittierten bipolaren affektiven II-Störung in der bisherigen Tätigkeit als ... bzw. als ... nicht mehr arbeitsfähig ist (vollständige Arbeitsunfähigkeit; AB 88.1/41 Ziff. 8). In einer angepassten Tätigkeit ohne ... bestand und besteht eine leichtgradige Reduktion der Arbeitsfähigkeit von nie mehr als 20 %, mithin eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von mindestens 80 % (AB 88.1/42). Ob der aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus rechtlicher Sicht zu folgen ist, braucht mit Blick auf das Ergebnis (vgl. E. 4.7 hiernach) nicht geprüft zu werden, womit eine Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2 hiervor) entbehrlich ist.

Nachstehend ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

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).

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 herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

4.2 Unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug vom April 2019 (AB 1) liegt der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG im November 2019. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3 Es ist unbestritten und aufgrund der Akten denn auch erstellt, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin seine seit 1983 bei der F. _____ AG innegehabte Tätigkeit als ... respektive ... ausüben würde (vgl. AB 23, 46.1/11, 46.4/2 Ziff. 3.2). Ausgehend vom zuletzt erzielten Einkommen wird das Valideneinkommen von Fr. 73'569.-- (vgl. AB 23/3 Ziff. 2.10, 106/2) zu Recht nicht beanstandet.

4.4

4.4.1 Bezüglich der Berechnung des Invalideneinkommens ist vorab zu berücksichtigen, dass Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen keinen Rentenanspruch zu begründen vermag. Die Invalidenversicherung hat nicht dafür einzustehen, dass Versicherte infolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit finden; die hieraus sich ergebende „Arbeitsunfähigkeit“ ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHI 1999 S. 238 E. 1). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfrem-

der Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3.1 S. 460; SVR 2020 IV Nr. 5 S. 20 E. 7.1).

4.4.2 Zum Zeitpunkt der Erstellung des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. D. _____ vom 29. Februar 2021 (AB 88.1/1) war der am 11. März 1958 geborene Beschwerdeführer knapp 63 Jahre alt (vgl. AB 2/1). Dabei ist jedoch auch zu beachten, dass der behandelnde Psychiater bereits am 31. März 2019 und damit unmittelbar vor der Anmeldung bei der IV (vgl. AB 1) überzeugend dargelegt hatte, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei (vgl. AB 27/7). Die verbleibende Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters betrug seit dem Bericht des behandelnden Arztes noch rund vier Jahre und seit dem Gutachten noch zwei Jahre. Diese Zeitspanne ist zwar eher kurz, dem Beschwerdeführer verbleibt aber mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % sowie der einzigen Vorgabe, dass eine angepasste Tätigkeit kein ... beinhalten soll, eine erhebliche und breit verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 80 %. Dementsprechend genügt auch die verbleibende Zeit, eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben. Mit Blick auf die weitgehend remittierte bipolare affektive II-Störung (E. 3.4 hiervor) sowie den Bildungsweg (2 Jah-

re Berufsschule, danach Lehre als ... EFZ [AB 18/2]) und die langjährige Berufserfahrung (u.a. ..., ..., ... [AB 18/2]) stehen denn auch die ohnehin als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bewerteten akzentuierten Persönlichkeitszüge (AB 88.1/38 Ziff. 6) einer Verwertung der verbliebenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht entgegen. Angesichts der relativ hohen Hürden, die das Bundesgericht für die Annahme einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen gesetzt hat (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 9C_693/2019, E. 5), kann nicht gesagt werden, die dem Beschwerdeführer zumutbare Tätigkeit sei nur in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Somit kann entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers nicht auf Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt geschlossen werden. Insoweit ist der Beschwerdeführer an die Arbeitslosenversicherung zu verweisen. Daran anschliessend hätte er unter Umständen Anspruch auf eine Überbrückungsleistung für ältere Arbeitslose, welche das Risiko der altersbedingten Arbeitslosigkeit abdeckt (vgl. Bundesgesetz vom 19. Juni 2020 über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose [ÜLG; SR 837.2]).

4.4.3 Da der Beschwerdeführer die verbliebene Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt auf statistische Werte gemäss LSE zu ermitteln (E. 4.3 hiavor). Ausgehend von der LSE 2018, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer (Fr. 5'417.--), ergibt sich aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit und den Nominallohnindex im Jahr 2019 sowie unter Berücksichtigung der Restarbeitsfähigkeit von 80 % ein massgeblicher Betrag von Fr. 54'694.05 (Fr. 5'417.-- x 12 / 40 x 41.7 [betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2019] / 101.5 x 102.4 [T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016-2020, Total, Werte 2018 und 2019] x 0.8). Die Vornahme eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. hierzu BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3) wird hier zu Recht nicht geltend gemacht. Zum einen wurde den gesundheitlichen Einschränkungen bereits mit der um 20 % reduzierten Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen, womit dieser Aspekt nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges

einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen kann (vgl. BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20). Zum anderen lässt das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil einen breiten Fächer an möglichen Tätigkeiten zu. Überdies werden Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 18. Mai 2021, 8C_176/2021, E. 6.2.2), so dass hier auch mit Blick auf den Faktor Alter kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist.

4.5 Bei Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen (E. 4.3 und 4.4.3 hiervor) resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 26 % ($[\text{Fr. } 73'569.-- \text{ } /. \text{ Fr. } 54'694.05] \times 100 / \text{Fr. } 73'569.--$; vgl. E. 2.3 hiervor; zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 2. August 2021 (AB 106) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

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 gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - 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 öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.