

200 22 490 IV  
SCP/SVE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. Dezember 2022**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiberin Schwitter

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. Juli 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1986 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im März 2019 unter Hinweis auf ein am 1. Januar 2019 erlittenes schweres Schädel-Hirn-Trauma bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle des Kantons Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen, insbesondere liess sie den Versicherten polydisziplinär begutachten (MEDAS-Gutachten vom 8. Februar 2022 [AB 92.1 ff.] samt Stellungnahme vom 8. April 2022 [AB 97]). Mit Vorbescheid vom 13. April 2022 (AB 98) stellte die IVB dem Versicherten in Aussicht, einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 10 % zu verneinen. Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (AB 103, 106), holte die IVB eine gutachterliche Stellungnahme (Stellungnahme vom 17. Juni 2022 [AB 108]) ein und verfügte am 1. Juli 2022 dem Vorbescheid entsprechend (AB 109).

### **B.**

Hiergegen erhebt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 29. August 2022 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2022 sei aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung, insbesondere zur Vornahme weiterer medizinischer Expertisen, unter Wahrung der Partizipationsrechte der Parteien, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
2. Es sei dem Beschwerdeführer für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern das Recht auf unentgeltliche Rechtspflege zu erteilen.
3. Es sei dem Beschwerdeführer die Unterzeichnende als gerichtliche Rechtsbeiständin beizuordnen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 15. September 2022 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 1. Juli 2022 (AB 109). 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** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG)

in Kraft getreten (AS 2021 705). 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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2022 (AB 109), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühest mögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs mit Blick auf das Leistungsgesuch vom März 2019 vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9100 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

**2.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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).

**2.3** 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 Gesundheitsbeein-

trächtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.4** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

**2.5** 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).

**2.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Der Beschwerdeführer war zwischen dem 7. November 2015 und dem 31. März 2018 sieben Mal in den Psychiatrischen Diensten C. \_\_\_\_\_ hospitalisiert (vgl. AB 46). Dabei wurden insbesondere folgende Diagnosen gestellt (S. 1):

1. Psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Alkohol, Kokain, Cannabis, Tabak), ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F19.25);
2. Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23);
3. Aktenanamnestisch Verdacht auf ADHS.

**3.1.2** Am 1. Januar 2019 erlitt der Beschwerdeführer ein schweres Schädel-Hirn-Trauma (vgl. AB 25 S. 14), aufgrund dessen er nach vorgängigem Aufenthalt im Spital D. \_\_\_\_\_ und Spital E. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 25 S. 14) vom 31. Januar bis zum 6. August 2019 (vgl. AB 23 S. 2) und vom 24. September bis zum 14. Oktober 2019 (vgl. AB 65 S. 5) zur Neurorehabilitation in der Klinik F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert war (vgl. AB 23 S. 2, 50.3 S. 5, 7, 22, 34, 41, 46, 57 S. 2, 65 S. 5).

Im Bericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ über die neuropsychologische Verlaufsuntersuchung vom 8. Juli 2020 (AB 57 S. 4 ff.) wurden ein schweres Schädel-

Hirn-Trauma mit multiplen kleinen cerebralen Blutungen am 1. Januar 2019 mit klinisch Gleichgewichtsstörung, Schwindel, Desorientiertheit, Antriebsminderung und psychomotorischer Verlangsamung, reduzierter Ausdauer und Belastbarkeit sowie kognitiven Einbussen, ein Kokain-Abhängigkeits-Syndrom mit Hypertonie und Tachykardie im Rahmen des Kokaintzuges im Rahmen einer Polytoxikomanie, sowie ein Ethanol- und Nikotinabusus diagnostiziert (S. 4). Es hätten sich testdiagnostisch persistierende Einschränkungen in allen geprüften Bereichen gezeigt. Klinisch habe eine reduzierte Spontansprache und ein reduziertes Instruktionsverständnis imponiert. Weiter hätten sich ein verlangsamtes Arbeitstempo insbesondere bei psychomotorischen Aufgaben, eine rasche Ablenkbarkeit sowie eine stark verminderte Belastbarkeit gezeigt. Aufgrund der Konzentrationsschwierigkeiten komme es vermehrt zu Fehler insbesondere unter Zeit- oder Leistungsdruck und in lärmiger Umgebung (S. 6 f.).

**3.1.3** Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste G.\_\_\_\_\_ über die stationäre Behandlung vom 27. Januar bis zum 27. Juli 2021 (AB 79) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe am 26. Januar 2021 einen Trinkrückfall erlitten, er habe sich an den Suizid des Bruders vor vier Jahren erinnert (S. 2). Eine neuropsychologische Testung habe keine Änderung im Vergleich zur Testung in der Klinik F.\_\_\_\_\_ 2020 ergeben (S. 3).

**3.1.4** In der polydisziplinären Gesamtbeurteilung des MEDAS-Gutachten vom 8. Februar 2022 (AB 92.1 ff.) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (AB 92.1 S. 6 Ziff. 4.2):

- ICD-10 F19.21: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Störung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom; gegenwärtig abstinenter in beschützter Umgebung;
- ICD-10 S06.23: Status nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma vom 1. Januar 2019 mit multiplen intrazerebralen Blutungen und linksbetontem chronischem Subduralhämatom mit funktionellen Reststörungen des Gehens, der Koordinativen (recte wohl: der Koordination), des Sprechens und der neurokognitiven Leistungsfähigkeit bei...;
- ICD-10 F06.7: ...Verdacht auf neurokognitive Störung;
- Präadipositas nach WHO-Kriterien.

Im internistischen Teilgutachten (AB 92.2) führte med. pract. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, es fänden sich keine Erkrankungen oder Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 7.1).

Im neuropsychologischen Teilgutachten (AB 92.4) diagnostizierte Dipl.-Psych. I.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, kognitive Auffälligkeiten in den Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und exekutiven Bereichen wie auch in der klinischen Beobachtung (S. 9 Ziff. 6). Formalneuropsychologisch hätten sich erheblich unterdurchschnittliche Leistungen gezeigt. Klinisch habe sich bereits am Anfang der Untersuchung eine erhöhte Müdigkeit mit häufigem Gähnen gezeigt. Insgesamt habe sich ein deutlich verlangsamtes Arbeitstempo beim Bearbeiten der Aufgaben gezeigt. Die Ablenkbarkeit sei erhöht gewesen. Im sprachlichen Ausdruck habe sich eine verwaschene, verlangsamte Aussprache gezeigt. Das Sprach- und Instruktionsverständnis sei gegeben. Zum Teil seien die Aufgabenstellungen beim Bearbeiten der Aufgaben nicht mehr präsent gewesen. Nach nochmaligen Erläuterungen und der Versicherung des Verständnisses sei es vor allem bei der computergestützten Diagnostik nicht zu den geforderten Reaktionen gekommen. Der Beschwerdeführer habe wie „eingefroren“ vor dem Bildschirm verharrt und immer wieder zu weiteren Reaktionen angehalten werden müssen. Die Ergebnisse der formalisierten Beschwerdevalidierung begründeten Zweifel an der Mitwirkung des Beschwerdeführers in der Untersuchung und der Gültigkeit des erhaltenen Testprofils. Aufgrund der auffälligen Symptomvalidierung in der aktuellen Untersuchung könnten Art und Schwere der kognitiven Defizite nicht festgelegt und ein Vergleich zu den Voruntersuchungen somit nicht gezogen werden. Jedoch ergäben sich in der klinischen Beobachtung Parallelen zu den Voruntersuchungen. Aufgrund der nicht validen Testresultate könne aus neuropsychologischer Sicht keine Aussage zur Ausbildungs-/Arbeitsfähigkeit gemacht werden (S. 9 f. Ziff. 7).

Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten (AB 92.3) aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine langjährige Polytoxikomanie mit Gebrauch von Alkohol, THC und Kokain. Aus psychiatrischer Sicht lägen kei-

ne anderen Störungsbilder vor, aufgrund welcher der Beschwerdeführer die abhängigkeiterzeugenden Substanzen nutze bzw. genutzt habe. Letztendlich sei es in beschützter Umgebung im Dezember 2021 und davor im Januar 2021 zu einem Rückfall gekommen, bei dem der Beschwerdeführer Desinfektionsmittel aus Gründen der Befriedigung seiner Sucht getrunken habe. Von THC und Kokain bestehe Abstinenz seit einem Überfall in der Silvesternacht ..., bei welchem sich der Beschwerdeführer ein schweres Schädel-Hirn-Trauma zugezogen habe. Gemäss Bildgebung sei es zu strukturellen Veränderungen des Neurocraniums mit multiplen Einblutungen und einem linksbetonten chronischen Subduralhämatom gekommen. Es seien in den klinischen Einrichtungen wiederholt neuropsychologische Defizite mit Störungen der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisbereiche wie auch den exekutiven Funktionen beschrieben worden. Gemäss Aktenmaterial seien diese Untersuchungen ohne Symptomvalidierung erfolgt, weshalb sie versicherungsmedizinisch nicht bewiesen seien. Wenn auch der klinische Eindruck im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung diese Ergebnisse stütze, sei die Symptomvalidierung in der neuropsychologischen Testung in der hiesigen polydisziplinären Untersuchung auffällig gewesen. Es hätten keine validen Testergebnisse erzielt werden können, so dass sich Art und Schwere neurokognitiver Defizite nicht objektivieren liessen. Hierfür sei aus psychiatrischer Sicht eine geringe Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers verantwortlich, was seiner charakterlichen Ausstattung entspreche und sicherlich soziokulturelle Hintergründe habe. Es ergäben sich in der ergebnisoffenen Beurteilung der Standardindikatoren keine Hinweise auf eine prämorbid Persönlichkeitsstörung. Für die Abhängigkeitserkrankung seien aus psychiatrischer Sicht keine anderen Störungen zugrundeliegend. Auch habe zum Untersuchungszeitpunkt kein hirnorganisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma bestanden, welches nachhaltige Störungen der ICH-Strukturen nach sich zöge. Eine Minderung der psychischen Resilienz sei jedoch nicht zuletzt nach dem schweren Schädel-Hirn-Trauma anzunehmen. Dabei sei der hochgradige Verdacht auf bleibende neuropsychologische Einschränkungen im attentionalen, mnestischen und exekutiven Bereich zu äussern, die aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers anlässlich der gutachterlichen Untersuchung in Art und Schwere nicht abschliessend objektiviert werden könnten (S. 25 f. Ziff. 7.1). Aus rein psychiatrischer Sicht lägen gegenwärtig keine Fähig-

keitseinschränkungen vor, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Aufgrund der zu vermutenden neurokognitiven Fähigkeitseinschränkungen im attentionalen, mnestischen und exekutiven Bereich könne diesbezüglich weder zur Ausbildungsfähigkeit, noch zur Arbeitsfähigkeit gutachterlich abschliessend Stellung genommen werden. Sollten – die vermuteten – neurokognitiven Einschränkungen vorliegen, was aufgrund der Verhaltensbeobachtung und den Hinweisen im Aktenmaterial anzunehmen sei, seien diese nach nun über zweijähriger Latenz zum schädigenden Ereignis als Endzustand anzunehmen (S. 28 f. Ziff. 8).

Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ diagnostizierte aus neurologischer Sicht als Diagnose einen Status nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma vom 1. Januar 2019 mit multiplen intrazerebralen Blutungen und linksbetontem chronischen Subduralhämatom mit funktionellen Reststörungen des Gehens, der Koordination, des Sprechens und der neurokognitiven Leistungsfähigkeit (ICD-10 S06.23; AB 94.1 S. 21 Ziff. 6.3). Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden seien plausibel und nachvollziehbar. So bestehe eine leichtgradige, rechts- und beinbetonte spastische Tetraparese nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma (S. 20 Ziff. 6.2). In der Untersuchung habe eine Reststörung mit Dysarthrophonie bei gepresstem, minim verlangsamtem Sprechen bestanden. Motorisch habe sich eine rechts beinbetonte, leichte Tetraparese objektivieren lassen, die durch ein rechts circumduzierendes Gangbild geprägt sei. Die Rechts-Links-Koordination sei vermindert und das Rennen durch Stolpern über den rechts ungenügend angehobenen Fuss erschwert. Die koordinativen Funktionen seien im Stehen und Gehen vermindert. Die zum Untersuchungszeitpunkt bestehenden Reststörungen könnten drei Jahre nach dem schädigenden Ereignis als irreversibel betrachtet werden (S. 23 Ziff. 7.1). Auf neurologischem Fachgebiet sei damit eine Störung mit Auswirkungen auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit zu objektivieren. Es ergäben sich qualitative Einschränkungen; quantitative Leistungseinbussen beständen hingegen nicht. So werde das positive Leistungsbild aus rein neurologischer Sicht ohne Beurteilung von neuropsychologischen Fähigkeitsstörungen durch die motorisch-koordinativen und sprachlichen Defizite eingeschränkt. Dem Beschwerdeführer seien nur noch körperlich leichte bis zeitweilig mittelschwere Arbeiten ohne Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten oder im Wasser zumutbar. Er könne überwie-

gend sitzende und nur zeitweilig gehende oder stehende Tätigkeiten ausführen. Ihm seien sprechende Tätigkeiten möglich, bei denen es nicht auf hohe Verständlichkeit ankomme. Quantitative Einschränkungen bestünden in solchen Tätigkeiten nicht (S. 24 f. Ziff. 8).

In den gutachterlichen Stellungnahmen vom 8. April (AB 97) und 17. Juni 2022 (AB 108) wurde an diesen Einschätzungen festgehalten.

## **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 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).

**3.2.2** Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt die-

sen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429).

Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnötig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, durch die Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 222; SVR 2021 UV Nr. 27 S. 129 E. 2.2.2).

### **3.3**

**3.3.1** Grundlage für die angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2022 (AB 109) bildet das MEDAS-Gutachten vom 8. Februar 2022 (AB 92.1 ff.) samt Stellungnahmen vom 8. April (AB 97) und 17. Juni 2022 (AB 108), welches auf einer allgemein-internistischen, psychiatrischen und neurologischen Begutachtung sowie einer neuropsychologischen Untersuchung basiert. Die Expertise erfüllt, was die erhobenen Befunde und Diagnosestellungen in allgemein-internistischer, psychiatrischer und neurologischer Sicht betrifft, die von der Rechtsprechung an ein Gutachten gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Jedoch ist es in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen des Gesundheitsschadens – wie unter E. 3.3.3 hiernach aufzuzeigen sein wird – nicht vollständig, weshalb ihm kein hinreichender Beweiswert für eine abschliessende Beurteilung zukommt.

**3.3.2** Was zunächst die erhobenen Befunde und Diagnosestellungen angeht, gelangte med. pract. H. \_\_\_\_\_ in allgemein-internistischer Hinsicht unter sorgfältiger Anamnese- (vgl. AB 93.2 S. 7 ff. Ziff. 3.2.1) und Befunderhebung (vgl. S. 14 ff. Ziff. 4) zum nachvollziehbaren Schluss, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen (S. 19 Ziff. 7.1).

Psychiatrischerseits überzeugt, dass weder eine Persönlichkeitsstörung (vgl. AB 92.3 S. 7 i.V.m. S. 25) noch ein hirnorganisches Psychosyndrom (vgl. S. 26) bestehen. Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ konnte anlässlich der Begutachtung etwa keine Hinweise auf Störungen, Akzentuierungen oder Änderungen der Persönlichkeit feststellen. Überdies waren Affektsteuerung und Impulskontrolle intakt und bestanden keine Hinweise für Wahn, Sinnestäuschung sowie Ich-Störungen (S. 16 Ziff. 4.3). So hielt der Experte fest, dass sich der Beschwerdeführer gut in die Regeln einer Gemeinschaft einfügen könne und nicht verhaltensauffällig sei (S. 26 Ziff. 7.1). Mit Blick auf die erhobenen Befunde (keine Angabe von Intrusionen und Flashbacks, keine Alpträume; S. 16 Ziff. 4.3) leuchtet ebenfalls ein, dass das Schreckereignis im Zusammenhang mit dem Suizid des jüngeren Bruders nicht zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führte. Dies entspricht überdies der Einschätzung der Psychiatrischen Dienste C. \_\_\_\_\_, gemäss welchen das Miterleben des Suizids des Bruders eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) sowie einer zeitweiligen Erhöhung des vorbestehenden Abhängigkeitssyndroms nach sich zog (vgl. AB 46). Soweit die Psychiatrischen Dienste G. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 79) und die Klinik K. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 75) als Diagnose eine PTBS aufführten, wurde diese nicht begründet, womit diese abweichenden Beurteilungen nicht geeignet sind, Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu wecken. Gestützt auf die anlässlich der Untersuchung erhobenen Befunde ist weiter ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung (25. Januar 2022; AB 92.3 S.1) abstinent lebte (vgl. AB 92.3 S. 15 und 17 Ziff. 4.3).

In neurologischer Hinsicht zeigte Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ gestützt auf den Untersuchungsbefund (vgl. AB 94.1 S. 14 Ziff. 4.3) schlüssig auf, dass das schwere Schädel-Hirn-Trauma eine dysarthrophonische Reststörung des Sprechens (gepresstes, minim verlangsamtes Sprechen [S. 23 Ziff. 7.1]), eine rechts beinbetonte leichte Tetraparese mit circumduzierendem, tempoverlangsamtem Gangbild und eine Koordinationsstörung (verminderte Links-Rechts-Koordination [S. 23 Ziff. 7.1]) zur Folge hat, wobei diese drei Jahre nach dem schädigenden Ereignis als irreversibel zu betrachten sind (S. 20 Ziff. 6.3). Mit den erhobenen Befunden ist daher – unter Ausklammerung der neurokognitiven Beeinträchtigungen – auch das

neurologische Zumutbarkeitsprofil (vgl. AB 94.1 S. 23 Ziff. 7.2) einleuchtend begründet.

**3.3.3** Was die polydisziplinäre, insbesondere neurologisch-psychiatrische Beurteilung betrifft, ging Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ sowohl aufgrund des klinischen Eindrucks als auch den Hinweisen im Aktenmaterial (vgl. AB 92.3 S. 25 Ziff. 7.1) und damit überzeugend von neurokognitiven Defiziten und einer Minderung der psychischen Resilienz aus, äusserte einen hochgradigen Verdacht auf verbleibende neuropsychologische Einschränkungen im attentionalen, mnestischen und exekutiven Bereich und nahm überdies nach über zweijähriger Latenz zum schädigenden Ereignis einen Endzustand betreffend die vermuteten neurokognitiven Einschränkungen an (S. 26 Ziff. 7.1 und 7.2). Indessen fanden die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten neurokognitiven Defizite weder Eingang in die neurologische noch in die psychiatrische Beurteilung (der Arbeitsfähigkeit; vgl. AB 92.1 S. 9 f. Ziff. 4.7), beurteilte der Gutachter doch weder deren Art noch Schwere abschliessend (AB 92.3 S. 25 Ziff. 7.1), da die Symptomvalidierung im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung auffällig gewesen sei (AB 92.3 S. 26 Ziff. 7.2), insofern als der Beschwerdeführer eine geringe Anstrengungsbereitschaft gezeigt habe, was seiner charakterlichen Ausstattung entspreche und sicher soziokulturelle Hintergründe habe (S. 23 f. Ziff. 6.2 f.). In Bezug auf die auffälligen Validierungsergebnisse mag zwar zutreffen, dass er anlässlich der rund zehn Tage vor der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung durchgeführten neuropsychologischen Testung müde und reduziert anstrengungsbereit war. Ebenso ist nicht ausgeschlossen, dass die Verhaltensbeobachtung der neuropsychologischen Gutachterin, wonach er bei der computergestützten Diagnostik bzw. Testung des Reaktionsvermögens wie „eingefroren“ vor dem Bildschirm verharrte und immer wieder zu weiteren Reaktionen angehalten werden musste (vgl. AB 92.4 S. 10 Ziff. 7), im Widerspruch zu der von ihm angegebenen Freizeitbeschäftigung des Gamens (AB 92.4 S. 4 Ziff. 3.2) steht. Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach zwar von einer neuropsychologischen Einschränkung auszugehen sei, welche jedoch aufgrund der mangelnden Mitwirkung des Beschwerdeführers nicht habe belegt werden können (AB 109), erscheint ein bewusstseinsnahes Verhalten und damit eine Verletzung der Mitwirkungspflicht bereits auf-

grund der anlässlich der Hauptbegutachtung von sämtlichen Gutachtern gemachten Verhaltensbeobachtungen fraglich: So wurden in der polydisziplinären Gesamtbeurteilung keine Hinweise auf Verdeutlichungen, Aggravation oder gar Simulation festgehalten (AB 92.1 S. 8 Ziff. 4.6). Weiter ist mit Blick auf die Verhaltensbeobachtung anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 14. Januar 2021 (recte wohl 2022; vgl. AB 92.4 S. 1 Ziff. 1.1) auch die Möglichkeit, dass der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abstinent war, nicht ausser Acht zu lassen, hatte sich doch der letzte Rückfall erst im Dezember 2021 ereignet (AB 92.3 S. 12 Ziff. 3.2.3). Überdies bestehen auch divergierende Einschätzungen in Bezug auf das durch die neuropsychologische Gutachterin als gegeben erachtete Instruktionsverständnis (vgl. AB 92.4 S. 10 Ziff. 7): So wurde dieses durch die Klinik F.\_\_\_\_\_ (AB 57 S. 6; vgl. auch AB 92.4 S. 3 Ziff. 2) als reduziert beurteilt. Damit übereinstimmend legte auch die therapeutische Institution differenziert dar, dass der Beschwerdeführer in Situationen, deren Sinn und Zweck er nicht erfasse, grundsätzlich überfordert und in einem solchen Zustand nicht in der Lage sei, Informationen aufzunehmen und Anleitungen umzusetzen, auch wenn diese noch so einfach erschienen (AB 106 S. 2). Mithin bestehen begründete Zweifel an der Annahme, wonach der Beschwerdeführer anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung eine geringe Anstrengungsbereitschaft gezeigt haben und damit seiner Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sein soll (AB 92.1 S. 8 Ziff. 4.6, 92.4 S. 10 Ziff. 7). Da überdies aus polydisziplinärer Sicht neurokognitive Einschränkungen bzw. neuropsychologische Fähigkeitsstörungen (AB 92.1 S. 9 f. Ziff. 4.7 f.) festgestellt wurden, kann entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. AB 109, Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 6) nicht von einer Beweislosigkeit ausgegangen werden (vgl. zur Beweislosigkeit E. 3.2.2 hiervor). Vielmehr liegt – soweit sich Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_\_ zum Ausmass der neuropsychologischen Funktionsstörungen bzw. den neurokognitiven Beeinträchtigungen und schliesslich auch zu deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend äusserte – ein nicht hinreichend abgeklärter medizinischer Sachverhalt vor. Mit anderen Worten bedürfen die neuropsychologischen Testresultate der psychiatrischen resp. der neurologischen Einordnung, stellt die neuropsychologische Testung rechtsprechungsgemäss eine Zusatzuntersuchung dar, welche von einem Arzt zu validieren ist, bevor sie in invalidenversiche-

rechtsrechtlicher Hinsicht massgeblich ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. November 2021, 8C\_526/2021, E. 4.2.1 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat folglich erneut eine neuropsychologische Untersuchung unter neurologischer und psychiatrischer Begleitung zu veranlassen. Gegebenenfalls hat diese Begutachtung unter Auflagen wie etwa ausgeruhtes Erscheinen, stationären Bedingungen, Laboranalysen etc. zu erfolgen. Sollte die neuropsychologische Untersuchung wiederum nicht valide Ergebnisse nach sich ziehen und dem Beschwerdeführer weiterhin keine Verletzung seiner Mitwirkungspflichten vorgeworfen werden können, hätten die Gutachter im Lichte der objektivierbaren Schädigungen des Gehirns auf Basis von Vergleichsgruppenwerten zur Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht Stellung zu nehmen.

**3.3.4** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich das MEDAS-Gutachten vom 8. Februar 2022 (AB 92.1 ff.) samt Stellungnahmen vom 8. April (AB 97) und 17. Juni 2022 (AB 108) als unvollständig erweist, weshalb ihm keine volle Beweiskraft zukommt und die Sache zur ergänzenden respektive präzisierenden Abklärung – insbesondere des Einflusses der neuropsychologischen Testresultate auf die funktionelle Leistungsfähigkeit in neurologischer bzw. psychiatrischer Hinsicht – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2022 (AB 109) in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Rentenanspruch verfüge.

#### **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.--, sind bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

**5.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1).

Mit Kostennote vom 14. November 2022 macht Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 3'172.50 (11.75 Stunden à Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 95.40 und Mehrwertsteuer von 7.7 % von Fr. 251.65, total Fr. 3'519.55, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Demnach ist die Parteientschädigung auf Fr. 3'519.55 (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**5.3** Bei diesem Verfahrensausgang ist das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Folglich ist das entsprechende Verfahren als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MICHEL DAUM, in HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 39 N. 1).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 1. Juli 2022 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'519.55 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.