

200 23 176 IV
MAK/IMD/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. August 2024

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Februar 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1986 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2018 unter Hinweis auf Leistenschmerzen/Hernie bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen; insbesondere veranlasste sie zunächst eine polydisziplinäre Begutachtung durch das C._____ (MEDAS; Gutachten vom 8. Juli 2021 [act. II 136.1-136.7]) und sodann – nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) das psychiatrische Teilgutachten (act. II 136.6) als nicht nachvollziehbar erachtet hatte (Bericht vom 24. August 2021 [act. II 140]) – eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 28. Januar 2022 [act. II 156.1] und Stellungnahme vom 7. April 2021 [richtig: 2022; act. II 163]). Auch dieses Gutachten samt Stellungnahme wurde vom RAD als nicht nachvollziehbar beurteilt (Bericht vom 9. Juni 2022 [act. II 169]). In der Folge holte die IVB bei Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein weiteres psychiatrisches Gutachten vom 28. Dezember 2022 (act. II 187.1-187.3) ein und stellte mit Vorbescheid vom 11. Januar 2023 (act. II 188) die Verneinung eines Anspruchs auf IV-Leistungen mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. II 191) und einer diesbezüglichen Stellungnahme durch den RAD (act. II 194) verfügte die IVB am 21. Februar 2023 (act. II 195) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 14. März 2023 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine IV-Rente in gerichtlich zu bestimmender Höhe zuzusprechen; eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur erneuten Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 27. April 2023 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 21. Februar 2023 (act. II 195). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV (vgl. Beschwerde, S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 1, S. 8 ff. Rz. 21, 25, 28). Soweit die umfassende Verfügung das Bestehen weiterer Ansprüche verneint, ist sie mangels Anfechtung in Rechtskraft erwachsen (BGE 125 V 413 E. 1b S. 414 f.).

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 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) in Kraft getreten (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; 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 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 21. Februar 2023 (act. II 195), womit sie nach dem Inkrafttreten der WEIV vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs mit Blick auf die im April 2018 erfolgte Anmeldung (act. II 2) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb die diesbezüglichen Bestimmungen des IVG, des ATSG und der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend sind (fortan aArt.; vgl. Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen 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 Ar-

beitsunfähigkeit – 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 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).

2.4 Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung) 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.

2.5 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 ergibt sich aus den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

3.1.1 Dem Gutachten der MEDAS vom 8. Juli 2021 (act. II 136.1-136.7) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (act. II 136.1/11 f. Ziff. 4.2):

- Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.32)
 - DD: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
 - DD: Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.6)
 - DD: Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen bei
- ADHS in der Kindheit und im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0)
 - DD kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F68.0) (narzisstisch und histrionisch) bei
 - Problemen in Bezug auf die Erziehung, institutioneller Aufenthalt (Erziehungsanstalt) (ICD-10: Z62.0)
 - mit chronischen belastungs- und bewegungsabhängigen Flanken- und Leistenschmerzen rechts, wahrscheinlich im Rahmen der somatoformen Störung
 - Status nach bilateraler laparoskopischer Hernienoperation inguinal und Inguinalhernien beidseits und Femoralhernie links am 19.05.2017

- Status nach offener Leistenrevision mit partieller Netzresektion und Transversalis-Plastik am 15.06.2018
- Status nach diagnostischer Laparoskopie mit inguinaler Adhäsiole und offener inguinaler Neurektomie der Nervi ilioinguinalis und iliohypogastricus links am 01.02.2019 nach wiederholten Blockaden der Nervi ilioinguinalis und iliohypogastricus links mit passagerer Schmerzminderung 12/2018
 - konsekutive Sensibilitätsverminderung im Innervationsgebiet der Nervi ilioinguinalis und iliohypogastricus links, aktuell ohne Hinweise auf neuropathisches Schmerzsyndrom
- Myotendinosen
- Status nach Hüft-Arthroskopie mit Labrumdenervation (5-7 Uhr) und Offsetverbesserung (4-12 Uhr) und Kapselverschluss (04/2019) wegen femoroacetabulärem Impingement Hüfte links vom Cam-Typ
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Tabak, Cannabinoide)
- Störungen durch Alkohol, ggw. abstinent
- Störungen durch Kokain, ggw. abstinent.

Aus allgemeinmedizinischer und internistischer Sicht hätten die vom Versicherten geklagten Beschwerden im Unterbauch im Sinne von chronischen Schmerzen funktionelle Auswirkungen, wobei diese somatisch nicht hätten objektiviert werden können. Sonstige funktionelle Auswirkungen fänden sich nicht. Der objektive internistische und allgemeinmedizinische Befund ergebe keine erkennbaren relevanten pathologischen Befunde (act. II 136.1/13 Ziff. 4.3).

Aus orthopädischer Sicht könnten aufgrund objektivierbarer Befunde keine funktionellen Einschränkungen festgemacht werden. Wie in allen übrigen Fachbereichen stünden die vom Versicherten geklagten Beschwerden, die somatisch nicht objektiviert werden könnten, im Vordergrund (act. II 136.1/13 Ziff. 4.3).

Auch aus neurologischer Sicht liessen sich keine objektiven Befunde finden, die mit einer funktionellen Einschränkung verbunden wären (act. II 136.1/14 Ziff. 4.3).

In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, die geklagten Unterbauchbeschwerden seien während des Autofahrens im Januar 2017 spontan aufgetreten, nachdem der Versicherte zuvor im Dezember 2016 in ... verwickelt gewesen und dabei in den linken Bauch getroffen worden sei. Laut Unterlagen der Urologie sollen die Schmerzen auch für kurze Zeit die Seite gewechselt haben. Offenbar habe der Versicherte darauf

psychosomatische Beschwerden entwickelt, die möglicherweise primär eine somatische Grundlage in den Schmerzen als Folge der ... gehabt hätten. Man könne heute aber aus psychiatrischer Sicht mit praktischer Sicherheit davon ausgehen, dass die gegenwärtige Schmerzsymptomatik, für die es offenbar keine somatisch plausible Erklärung gebe, eine psychosomatische Überlagerung darstelle bzw. Grundlage habe, mit der der Versicherte u.a. auch seine abgewehrten depressiven Seiten, die ihm sehr Angst machen würden, zu verdrängen versuche. So werde er vermeintlich nicht durch seine belastende Anamnese, durch seine sozialen Schwierigkeiten und letztlich Isolation durch seine Hyperaktivität depressiv, sondern durch eine somatische Problematik bzw. es finde dadurch eine Verschiebung der depressiven Symptome auf eine somatische Ebene statt. Was genau ursächlich dahinterstehe, bleibe schwierig abzuschätzen. Wahrscheinlich sei eine Kombination zwischen dem genannten Vorfall als Auslöser, dem ADHS-Syndrom, der daraus resultierenden zusätzlichen Persönlichkeitsstörung sowie dem Abusus psychotroper Substanzen (act. II 136.6/10). Der Versicherte werde aktuell vordergründig in erster Linie durch seine psychosomatische Schmerzsymptomatik limitiert. Hinter dieser stehe aber eine erhebliche Psychopathologie als Grundlage dieser grundsätzlich nur psychosomatisch erklärbaren Schmerzsymptomatik. Einzig eine Schonhaltung bewahre ihn vor Schmerzen. Damit sei der Versicherte rein psychosomatisch beurteilt in seiner Funktionsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Am ehesten komme eine Tätigkeit als Selbständigerwerbender in Frage (act. II 136.1/14 Ziff. 4.3).

Aus neuropsychologischer Sicht hätten keine validen Befunde erhoben werden können. Gemäss den Angaben des Versicherten bestünden keine wesentlichen kognitiven Einschränkungen im Alltag, lediglich Einschränkungen aufgrund der Schmerzproblematik. Wären die erhobenen Befunde valide, würden sie einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung entsprechen (act. II 136.1/14 Ziff. 4.3).

Die Konsistenz sei aus somatischer Sicht nicht gegeben. Dies sei, bei eindeutig im Vordergrund stehender psychosomatischer Genese des Leidens, auch nicht weiter überraschend. Auf dieser Ebene mischten sich unbewusste Motive einer relevanten Psychopathologie und bewusste

Intentionen im Ausdruck (psycho)somatischer Beschwerden. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Konsistenz ebenfalls nicht gegeben (act. II 136.1/15 Ziff. 4.6).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, bei Schmerzen, die somatisch nicht erklärt werden könnten, müsse die Beurteilung letztlich eine psychiatrische sein. Aus psychiatrischer Sicht werde der Versicherte einerseits aufgrund seiner psychosomatisch bedingten chronischen Schmerzsymptomatik und andererseits aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung bzw. seiner ADHS-Symptomatik als zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit als ... eingeschränkt beurteilt. Man müsse offen einräumen, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in diesem Fall arbiträr sei. Man könne mit Sicherheit sagen, dass ein psychiatrisches Problem ganz im Vordergrund stehe. Dabei überschneiden sich unbewusste Motive bzw. Ursachen mit auch gezielten, bewussten Anteilen des Versicherten in seinem Verhalten. Einerseits könne man sagen, dass es sich um einen jungen, körperlich grundsätzlich gesunden Versicherten handle, andererseits sei er psychisch erheblich pathologisch beeinträchtigt. Ein Kompromiss sei eine 50%ig eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit mit der ebenfalls als ambivalent zu bezeichnenden Auflage einer vertieften Psychotherapie. Da der Spontanverlauf offen sei und auch ein Potenzial für eine Psychotherapie mit Verbesserung des Zustandes immerhin teilweise vorhanden sei, werde vorgeschlagen, eine all-fällige Rente auf drei Jahre zu begrenzen und mit einer Auflage für eine vertiefte Psychotherapie zu verbinden und anschliessend eine Neubeurteilung vorzunehmen. Die psychiatrische Symptomatik wirke sich in allen denkbaren Tätigkeitsfeldern in gleicher Art und Weise aus (act. II 136.1/17 Ziff. 4.7 f.).

3.1.2 Der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beurteilte im Bericht vom 24. August 2021 (act. II 140) das psychiatrische Teilgutachten des MEDAS-Gutachtens (act. II 136.6) als nicht nachvollziehbar. Er führte aus, das Gutachten nehme Bezug auf überwiegend subjektive Angaben, die in den Verhaltensbeobachtungen nicht hätten objektiviert werden können. Die Diagnosen (mit einer Vielzahl von Differentialdiagnosen) seien nicht nachvollziehbar hergeleitet worden.

Die Abgrenzung des diagnostizierten ADHS und einer allfälligen Persönlichkeitsstörung sei unklar geblieben. Darüber hinaus fehle eine Auseinandersetzung mit dem neuropsychologischen Befund des Verdachts auf Aggravation. Schliesslich seien auch die medizinisch-theoretisch skurrilen Angaben des Versicherten, dass zum Beispiel Antidepressiva ihn eher depressiv gemacht hätten und das einzige, was geholfen habe seinerzeit Kokain gewesen sei, nicht im Kontext der neuropsychologisch erhobenen Diskrepanzen und eingeschränkter Validität diskutiert worden. Damit sei auch die vom Gutachter abgeleitete Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht nachvollziehbar. Der Gutachter räume selbst ein, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit arbiträr sei.

3.1.3 Dr. med. D. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 28. Januar 2022 (act. II 156.1) ein ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0) mit deutlicher Akzentuierung von narzisstischen, emotional instabilen und hysterischen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z31.1) und eine schwere anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Das Vorliegen von psychiatrischen Krankheiten mit Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit habe eindeutig ausgeschlossen werden können (act. II 156.1/17 Ziff. 6). Die Beurteilung und Graduierung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner früheren beruflichen Tätigkeit sowie einer allfälligen Leistungseinschränkung in einer den Beschwerden angepassten Verweistätigkeit werde nicht primär bezogen auf die Diagnosestellung selber vorgenommen, sondern anhand der erhobenen klinischen Untersuchungsbefunde und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Betroffenen mittels des IFAP1 und IFAP2 (Instrument funktionsorientiertes Assessment in der Psychiatrie) abgeleitet, d.h. standardisiert und im Schweregrad von 0-4 skaliert (dazu act. II 156.1/20 f.). Aufgrund der aktuellen Befundlage im IFAP1 und Ausweisung der daraus ableitbaren Einschränkungen im IFAP2 sei aus rein psychiatrischer Sicht von einer gegenwärtigen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten von 70 % auszugehen. Die ausgewiesenen Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten betreffen alle beruflichen Tätigkeiten, da nicht die Arbeitsplatzbedingungen, sondern die psychischen Beeinträchtigungen für die Einschrän-

kung der Arbeits- und auch Leistungsfähigkeit des Versicherten verantwortlich zeichneten (act. II 156.1/21).

In der Stellungnahme vom 7. April 2021 (richtig: 2022; act. II 163) führte Dr. med. D. _____ aus, bei den von ihm gestellten Diagnosen ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0) mit deutlicher Akzentuierung von narzisstischen, emotional instabilen und hysterischen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z31.1) und schwere anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) handle es sich nicht um psychiatrische Erkrankungen im engen Sinn, sondern um psychische Störungen. Diese seien mit einer erheblichen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vergesellschaftet und von daher mit den Auswirkungen einer schweren psychiatrischen Erkrankung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Betroffenen gleichgestellt. Die Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auf 30 % leite sich grundsätzlich hieraus ab.

3.1.4 Im Bericht vom 9. Juni 2022 (act. II 169) führte der RAD-Arzt Dr. med. F. _____ aus, das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 28. Januar 2022 sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Es sei befremdlich, dass der Gutachter trotz der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung explizit betone, dass das Vorliegen von psychiatrischen Krankheiten mit Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eindeutig ausgeschlossen werden könne. Der Gutachter könne diese Diskrepanz auch mit der ergänzenden Stellungnahme vom 7. April 2022 nicht ausräumen. Die Hauptproblematik liege aber in der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität. Allfällige Probleme verneine er (in einem Satz) explizit, obwohl er in der Verhaltensbeobachtung und im psychopathologischen Befund Verdeutlichungstendenzen aufzeige. Zwar seien bei somatoformen Schmerzstörungen, insbesondere im Kontext der Begutachtung, Verdeutlichungstendenzen zu erwarten, jedoch könnten in der Gesamtschau des Dossiers allfällige Aggravations- resp. Simulationstendenzen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Hier scheine auch wesentlich, dass der Gutachter sich auch nach Rückfrage durch die IVB (vgl. dazu act. II 157) nicht mit der im neuropsychologischen Gutachten vom 8. Juli 2021 (Untersuchung vom 14. Juni 2021 [act. II 136.7]) nachge-

wiesenen Leistungsverzerrung auseinandersetze, obwohl er objektiv ebenfalls keine kognitiven Defizite erkannt habe.

3.1.5 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 28. Dezember 2022 (act. II 187.1-187.3) eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit/bei:

- Missempfindungen v.a. im Bereich Hoden, Leiste und Flanke links
- Status nach multiplen therapeutischen und/oder diagnostischen Eingriffen
- gegenwärtig regelmässigem Konsum von Cannabinoiden und Tabak sowie unregelmässigem Gebrauch von Alkohol und Benzodiazepinen
- anamnestisch vermehrtem Gebrauch von Kokain und Alkohol sowie unregelmässigem Gebrauch von Amphetaminen/MDMA, LSD, Tramadol und Heroin
- anamnestisch einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- akzentuierten (narzisstisch, histrionisch, emotional instabil) Persönlichkeitszügen (act. II 187.1/34 Ziff. 6.3).

Die Annahme, dass der Explorand krankheitsbedingt im ersten Arbeitsmarkt keine verwertbare Leistung erbringen könne, könne versicherungspsychiatrisch nicht bestätigt werden. Die Einstellung gegenüber beruflichen Tätigkeiten, dass der Explorand achtsam mit seinem Körper und seinem Umfeld umzugehen wünsche, führe zwar zu einem weit im Vordergrund stehenden maladaptiven und auf Schonung ausgerichteten Verhalten mit dysfunktionaler Überzeugung, unter anhaltenden unüberwindlichen Einschränkungen hinsichtlich beruflicher Kompetenz zu leiden. Daraus ergäben sich jedoch aus strikt versicherungspsychiatrischer Sicht keine wesentlichen Minderungen bezüglich des Belastungsprofils und der Arbeitsfähigkeit. Es fehle dem Exploranden nämlich weder die Fähigkeit zur Interaktion noch zur Einfügung in ein Arbeitsumfeld, das jenem bis 2017 bzw. 2020 und aktuell als selbständigem ... entspreche. Seine Beschwerden seien nicht derart ausgeprägt, dass sich unabwendbar zwischenmenschliche Konflikte ergeben müssten, die allfällig eine längerfristige, tragbare berufliche Kooperation verunmöglichen würden. Rücksicht zu nehmen sei hingegen darauf, dass die Defizite des Exploranden vorwiegend bei Überforderung und Überlastung bzw. bei von ihm als unangepasst empfundenen Tätigkeiten zum Tragen kämen. Beim Verlauf der Störung seien schliesslich neben einem Rentenbegehren auch nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen (bspw. Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, per-

sönliche Berufswünsche, finanzielle Sorgen). Diese Faktoren beeinträchtigen die Motivation und die Möglichkeiten zur Leistungssteigerung und die flexible Orientierung am Arbeitsmarkt. Sie stünden zurzeit im Vordergrund; insbesondere auch im Vergleich zur auch aus Sicht des Exploranden nur noch sehr geringen Ausprägung des Schmerzsyndroms (act. II 187.1/40 f. Ziff. 7.1). Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die hierzu widersprüchlichen Einschätzungen in den Akten bspw. durch therapeutisch engagierte Fachpersonen, aber auch durch die früheren Gutachter stellten weit überwiegend auf die Selbsteinschätzung des Exploranden ab und/oder blieben zumindest unklar und teilweise widersprüchlich (act. II 187.1/47).

3.1.6 Der RAD-Arzt Dr. med. F. _____ erachtete im Bericht vom 15. Februar 2023 (act. II 194/2) die versicherungsmedizinische Leistungsbeurteilung durch den Gutachter Dr. med. E. _____ als nachvollziehbar. Dieser habe sich auch ausführlich mit den Vorgutachten auseinandergesetzt und komme zu derselben inhaltlichen Überzeugung wie der RAD, dass jene nicht nachvollziehbar seien. Auch der Bereich Konsistenz und Plausibilität werde ausführlich diskutiert und beurteilt, in Auseinandersetzung mit den (teilweise unzureichenden) Vorbeurteilungen. Das Gutachten vom 28. Dezember 2022 sei in sich konsistent, schlüssig und nachvollziehbar. Es könne darauf abgestellt werden.

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).

3.2.2 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 Kennt-

nis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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).

3.2.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.3 Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2023 (act. II 195) einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Dabei stützte sie sich in somatischer Hinsicht auf das MEDAS-Gutachten vom 8. Juli 2021 (act. II 136.1-136.7) und in psychiatri-

scher Hinsicht auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 28. Dezember 2022 (act. II 187.1-187.3).

3.3.1 In somatischer Hinsicht erfüllen das MEDAS-Gutachten vom 8. Juli 2021 (act. II 136.1) sowie die entsprechenden Teilgutachten der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin (act. II 136.3), Orthopädie (act. II 136.4), Neurologie (act. II 136.5) sowie Neuropsychologie (act. II 136.7) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Die in den besagten Teilgutachten enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen bzw. fachpsychologischen Abklärungen (act. II 136.3/5 f., 136.4/3 ff., 136.5/4 f., 136.7/5 ff., jeweils Ziff. 4 ff.) und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten (act. II 136.2, 136.4/6 Ziff. 5, 136.5/6 f. Ziff. 5 ff.) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen (act. II 136.3/1 f. Ziff. 3.2, 136.4/1 ff. Ziff. 3.2, 136.5/1 ff. Ziff. 3.1 f., 136.7/2 ff. Ziff. 3.2) getroffen worden. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. In der Folge ist – bei somatisch nicht erklärbaren Schmerzen – kein invalidisierender somatischer Gesundheitsschaden erstellt (vgl. act. II 136.1/13 f. Ziff. 4.3, /17 Ziff. 4.7). Entsprechendes wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht; vielmehr hält er fest, ausschliesslich unter psychischen Beschwerden zu leiden (Beschwerde, S. 7 Rz. 19).

3.3.2 In psychiatrischer Hinsicht erfüllt das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 28. Dezember 2022 (act. II 187.1-187.3) die soeben erwähnten Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Insbesondere setzte sich der Gutachter vertieft mit dem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten (act. II 136.6) und dem Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 28. Ja-

nuar 2022 (act. II 156.1) auseinander und erläuterte schlüssig, weshalb diese in diagnostischer Hinsicht wie auch in Bezug auf die Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen vermögen (act. II 187.1/29 f., /39 f.).

Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E. _____ vom 28. Dezember 2022 (act. II 187.1-187.3) an sich nicht, hält aber dafür, dass auch dem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten (act. II 136.6) und dem von Dr. med. D. _____ verfassten Gutachten vom 28. Januar 2022 (act. II 156.1) voller Beweiswert zukomme, da sie jeweils die diesbezüglichen, von der Rechtsprechung und Lehre entwickelten Voraussetzungen erfüllten. Aufgrund seiner konkreten psychischen Leiden und hinsichtlich der gutachterlich vorgenommenen umfassenden und intensiven Untersuchung sei auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ abzustellen. Allenfalls sei ein Obergutachten einzuholen (Beschwerde, S. 6 Rz. 19, S. 9 Rz. 24, S. 10 Rz. 28).

3.3.2.1 Was zunächst das psychiatrische MEDAS-Teilgutachten (act. II 136.6) betrifft, ist mit dem RAD-Arzt Dr. med. F. _____ (act. II 140) sowie dem Gutachter Dr. med. E. _____ (act. II 187.1/29) festzuhalten, dass dieses bereits in diagnostischer Hinsicht nicht zu überzeugen vermag. Der Gutachter erwähnte zahlreiche psychiatrische Diagnosen bzw. Differentialdiagnosen (act. II 136.6/9 Ziff. 6), unterliess es jedoch diese mit Bezug zum Klassifikationssystem (ICD-10) differenziert zu beschreiben bzw. zu diskutieren. Der Gutachter stützte seine Ausführungen im Wesentlichen nicht auf objektivierbare Befunde, sondern auf die Äusserungen des Beschwerdeführers und blieb in der Beschreibung der gesundheitlichen Beschwerden bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers denn auch äusserst vage, unbestimmt und spekulativ, was durch die häufige Verwendung entsprechender Begriffe deutlich wird ("Offenbar entwickelte der Versicherte darauf psychosomatische Beschwerden, die möglicherweise [...]", "Was genau ursächlich dahintersteht, bleibt schwierig abzuschätzen, wahrscheinlich ist [...]"; act. II 136.6/10). Bezüglich der in der Konsensbeurteilung aus psychiatrischer Sicht beurteilten Arbeitsunfähigkeit von 50 % räumen die Gutachter selber offen ein, dass diese Beurteilung "arbiträr" (act. II 136.1/17 Ziff. 4.7), mithin beliebig

bzw. willkürlich ist. Darüber hinaus äussern sich die MEDAS-Gutachter in der Konsensbeurteilung zur allfälligen Rentenzusprache und deren Dauer (act. II 136.1/17 Ziff. 4.7), was ausserhalb ihres eigentlichen Beurteilungsauftrags liegt. Auf dieses Gutachten kann damit – was den psychiatrischen Teil betrifft – nicht abgestellt werden.

3.3.2.2 Auch dem Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 28. Januar 2022 (act. II 156.1) ist der Beweiswert abzusprechen. Seine Aussage, wonach das Vorliegen von psychiatrischen Krankheiten mit Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eindeutig habe ausgeschlossen werden können (act. II 156.1/17 Ziff. 6), steht in einem unauflösbaren Widerspruch zur von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit von 70 % (act. II 156.1/21). Der Gutachter vermochte diesen Widerspruch mit seinen Ausführungen in der Stellungnahme vom 7. April 2022 (act. II 163) nicht auszuräumen. Die darin erwähnte – von Dr. med. E. _____ als "persönliche Meinung" bezeichnete (act. II 187.1/40) – Unterscheidung zwischen "psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinn" und "psychischen Störungen" ist nicht nachvollziehbar bzw. bleibt unerklärt, weshalb diese Unterscheidung vorzunehmen ist und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Zutreffend wies der RAD-Arzt Dr. med. F. _____ darüber hinaus auf den Widerspruch hin, dass Dr. med. D. _____ trotz festgestellten Verdeutlichungstendenzen (act. II 156.1/9 Ziff. 4.1, /10 Ziff. 4.3 [betr. AMDP-Modul Depression], /16 [betr. SKID II]) allfällige diesbezügliche Probleme in einem Satz verneint (act. II 156.1/19 Ziff. 7.3 ["Es liegen psychiatrischerseits keine Inkonsistenzen oder Plausibilitätsprobleme vor."]), obwohl in der Gesamtschau über die zu erwartenden Verdeutlichungstendenzen bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung hinaus Hinweise auf Aggravations- resp. Simulationstendenzen bestehen (act. II 169/2).

Am fehlenden Beweiswert des Gutachtens vermag auch die Tatsache nichts zu ändern, dass Dr. med. D. _____ den Beschwerdeführer an vier verschiedenen Tagen (act. II 156.1/2 Ziff. 1.1, /4 Ziff. 1.3) untersuchte, während Dr. med. E. _____ sein Gutachten basierend auf einer einzigen zweieinhalb Stunden dauernden Untersuchung (act. II 187.1/1 Ziff. 1.1) erstellte. Inwiefern dies – sowie die Tatsache, dass Dr. med. E. _____ auch Resultate aus dem von Dr. med. D. _____ verfassten Gutachten

besprach – den Beweiswert dessen Gutachtens schmälern sollte, ist nicht nachvollziehbar. Insbesondere kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers mit Blick hierauf sowie auf die kürzere Untersuchungsdauer bei Dr. med. E. _____ nicht "eher von einem Aktengutachten gesprochen werden" (vgl. Beschwerde, S. 7 Rz. 20). So gehört es denn auch zu den Aufgaben eines Gutachters, sich mit den vorhandenen Akten auseinanderzusetzen (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Darüber hinaus kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2021 IV Nr. 12 S. 34 E. 3.2.3.2, 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 6, 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3).

3.3.2.3 Schliesslich kann entgegen der beschwerdeführerischen Sichtweise nicht von einem zielorientierten Vorgehen der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Beizug des RAD zur Prüfung der einzelnen Gutachten gesprochen werden (vgl. Beschwerde, S. 6 Rz.18). Wie vorstehend aufgezeigt, genügten weder das psychiatrische MEDAS-Teilgutachten (act. II 136.6) noch das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 28. Januar 2022 (act. II 156.1) den höchstrichterlichen Anforderungen an entsprechende Berichte, weshalb die Beschwerdegegnerin in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) jeweils zu Recht weitere Abklärungen bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in Form eines weiteren externen Gutachtens in die Wege leitete. Hierfür hatte sie zunächst an den RAD zu gelangen (vgl. dazu Rz. 3064 ff. des vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebenen Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]). Damit kann der Beschwerdeführer für sich auch nichts aus der Tatsache ableiten, dass die Beschwerdegegnerin das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 28. Dezember 2022 (act. II 187.1-187.3) erst im Rahmen des Vorbescheidverfahrens dem RAD zur Beurteilung vorlegte (act. II 193). Inwiefern dem RAD selbst ein zielorientiertes Vorgehen

vorzuwerfen ist (vgl. Beschwerde, S. 6 Rz. 18), bleibt unbegründet, zumal dessen Stellungnahmen vom 24. August 2021 (act. II 140) und vom 9. Juni 2022 (act. II 169) nach dem hiervor Gesagten vollends zu überzeugen vermögen.

3.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Weiterer medizinischer Abklärungsbedarf besteht nicht, womit sich die beschwerdeweise beantragten weiteren Abklärungen (vgl. Beschwerde, S. 8 ff. Rz. 22 ff.) erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 28. Dezember 2022 (act. II 187.1-187.3) ist erstellt, dass der Beschwerdeführer nicht unter einem invalidisierenden Gesundheitsschaden leidet. Folglich besteht kein Anspruch auf eine Rente der IV. Die gegen die Verfügung vom 21. Februar 2023 (act. II 195) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.

4.2 Es 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. 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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

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.