

200 24 479 IV  
KNB/GET/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 3. September 2024**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Isliker  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Bern**

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 3. Juni 2024



## Sachverhalt:

### A.

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt als ... bei der B. \_\_\_\_\_ AG erwerbstätig, meldete sich im Januar 2020 unter Hinweis auf die Folgen eines ischämischen Hirninfarkts vom 24. August 2019 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1; 4.3 S. 21). Nach Abklärungen in erwerblicher Hinsicht und dem Beizug medizinischer Berichte gewährte die IVB Arbeitsvermittlung (act. II 25) bzw. – nachdem die Eingliederung an der bisherigen Arbeitsstelle bei der B. \_\_\_\_\_ AG gescheitert war (act. II 41 S. 3; vgl. auch act. II 15 S. 1) – ein Belastbarkeitstraining (act. II 38), verneinte jedoch nach dessen Abschluss mit der Begründung, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert, einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen (act. II 47). In der Folge legte die IVB das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor (act. II 57; 66) und veranlasste bei der C. \_\_\_\_\_ (nachfolgend MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 23. November 2022 [act. II 82.1 ff.]). Mit Vorbescheid vom 25. November 2022 (act. II 84) stellte die IVB dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte – damals vertreten durch D. \_\_\_\_\_ – Einwand erheben und diverse medizinische Berichte einreichen, woraufhin die IVB bei der MEDAS Rückfragen stellte (act. II 102), hinsichtlich eines, mit Anmeldung im Juli 2023 (act. II 101) geltend gemachten "neuen Knieleidens" (act. II 108 S. 1) die Akten der E. \_\_\_\_\_ einholte (act. II 110.1 ff.) und das Dossier anschliessend wiederum dem RAD zur Beurteilung vorlegte (act. II 112). Mit erneutem Vorbescheid vom 3. November 2023 (act. II 113) stellte die IVB dem Versicherten mit der Begründung, es liege keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte – weiterhin vertreten durch die D. \_\_\_\_\_ – wiederum Einwand erheben und einen Bericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 28. Februar 2024 (act. II 119 S. 3-10) ins Recht legen. Nachdem die IVB beim RAD eine weitere Stellungnahme eingeholt hatte (act. II 122 f.), verfügte sie am

3. Juni 2024 (act. II 124) wie im Vorbescheid vom 3. November 2023 in Aussicht gestellt.

## **B.**

Dagegen erhob der – nun nicht mehr vertretene – Versicherte mit Eingabe vom 3. Juli 2024 Beschwerde. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 3. Juni 2024 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. August 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 3. Juni 2024 (act. II 124). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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 traten im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im IVG sowie im ATSG in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705), dies mitsamt entsprechendem Verordnungsrecht. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im Januar 2020 (act. II 1) und die dem vorliegenden Urteil zugrundeliegende Verfügung erging am 3. Juni 2024 (act. II 124). Nach den vorgenannten allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind hier somit primär die Bestimmungen des IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar.

## **2.2**

**2.2.1** Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit

zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Dabei ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

**2.2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im 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).

**2.3** In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Dabei müssen die Schmerzangaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine

invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296).

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51; SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.2.2).

## **2.4**

**2.4.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden 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).

**2.4.2** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation (vgl. E. 2.3 vorne) eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, 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. 3.6 S. 294 und E.

4.1 S. 296; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. April 2024, 8C\_492/2023, E. 4.2.2). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen 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** Bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Juni 2024 (act. II 124) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.1.1** Am 24. August 2019 erlitt der Beschwerdeführer einen akuten ischämischen Hirninfarkt im Pons paramedian links (act. II 4.3 S. 19, 21). Es erfolgte eine Hospitalisation bis 29. August 2019 (act. II 4.3 S. 19).

**3.1.2** Im Bericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 4. November 2019 (act. II 4.3 S. 7-14) wurden eine funktionell neurologische Störung nach ischämischem Ponsinfarkt sowie ein ischämischer paramedianer Ponsinfarkt links am 24. August 2019 diagnostiziert (S. 7). Als Ursache für das seit dem Ponsinfarkt progrediente sensomotorische und neu auch schmerzhafte Hemisyndrom rechts sowie der neurokognitiven Defizite (Aufmerksamkeit, Belastung und Gedächtnis) und der Kopfschmerzen und der Insomnie sei von einer funktionell neurologischen Störung im Rahmen eines gestörten Krankheitsverarbeitungsprozesses sowie von einer, wenn auch diskreten, residuellen Ausfallsymptomatik nach Schlaganfall auszugehen. Für die funktionell-neurologische Symptomausweitung sprächen aus motorischer

Sicht die deutliche Diskrepanz zwischen der Einzelkraftprüfung mit M4-Paresen und der unauffälligen Funktionsprüfung unter Ablenkung (beidseits problemloses alternierendes Hüpfen, längeres Verharren auf dem rechten Bein in Kniebeuge), die deutliche Besserung des Gangbildes unter Ablenkung sowie das positive Hoover-Zeichen. Bezüglich der Sensibilitätsstörung sei eine deutliche Variabilität der Lokalisation zu beobachten gewesen, eine erhaltene Graphästhesie trotz ausgeprägter Sensibilitätsstörung sowie links und rechts unterschiedlich wahrgenommene Vibrationen der Stimmgabel bei der Prüfung an der Stirn. Zudem lasse sich die rechtsseitige faciale Hypästhesie nicht mit der Ischämie-lokalisierung vereinbaren. Die Ursache der funktionellen Überlagerung sei in einer bisher nicht erfolgten Krankheitsbewältigung nach dem Schlaganfall mit Verdacht auf eine reaktive Depression zu vermuten. In der ergänzend durchgeführten, ausführlichen neurokognitiven Testung, welche aufgrund der verminderten Belastbarkeit habe abgebrochen werden müssen (vgl. act. II 11 S. 4 f.), hätten sich insbesondere Defizite im Bereich des Antriebes und des Gedächtnisses, passend zu einer depressiven Episode, gezeigt. Hinsichtlich des stattgehabten Ponsinfarktes sei bei nahezu unauffälliger neurologischer Untersuchung bei Austritt im Spital H. \_\_\_\_\_ und nur diskreter FLAIR-Demarkierung im MRI (vgl. act. II 11 S. 17) sowie normaler somatosensibel evozierter Potentiale (SSEP) von einer diskreten residuellen Ausfallsymptomatik auszugehen (act. II 4.3 S. 7 f.).

**3.1.3** Im von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mitunterzeichneten Bericht vom 2. April 2020 der Psychiatrischen Dienste M. \_\_\_\_\_ wurde eine mittelgradige depressive Episode nach zerebrovaskulärem Insult im August 2019, ICD-10 F32.1, diagnostiziert (act. II 18 S. 3).

**3.1.4** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 27. Juli 2020 (act. II 26 S. 1-4) eine mittelgradige depressive Episode sowie organische Persönlichkeitsstörung bei St. n. (= Status nach) ischämischem Hirninfarkt im Pons paramedian links 08/2019, zudem kognitive Einschränkungen und funktionelle neurologische Beschwerden (ICD-10 F06.32; F07.0 [S. 2]). Der Gesundheitszustand sei stationär bzw. habe sich verbessert (S. 1).

**3.1.5** Vom 1. bis 26. Februar 2021 war der Beschwerdeführer in der Klinik K.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 29. März 2021 (act. II 48 S. 8-12) wurde als Hauptdiagnose ein St. n. Hirninfarkt im Pons paramedian links vom 24. August 2019 und als Nebendiagnosen u.a. ein Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik sowie Schlafstörungen (DD organisch begründete Affektlabilität infolge des pontinen Hirninfarktes) festgehalten (S. 8 f.).

**3.1.6** Dr. med. J.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 25. Juni 2021 (act. II 48 S. 2-7) fest, der Gesundheitszustand habe sich bei unveränderten Diagnosen verschlechtert (S. 2). Der Zustand habe sich während der IV-Massnahme kontinuierlich verschlechtert, die Müdigkeit und die kognitiven Defizite hätten massiv zugenommen (S. 3). Eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei unrealistisch, eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zumutbar (S. 5).

**3.1.7** Der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 15. September 2021 (act. II 66) fest, aufgrund der momentan vorliegenden objektiven Befunde lasse sich die subjektive Einschränkung nicht ausreichend erklären, weshalb ein polydisziplinäres Gutachten erforderlich sei (S. 11).

**3.1.8** Im polydisziplinären, eine neurologische, pneumologische, allgemein-internistische, orthopädische, psychiatrische und neuropsychologische Untersuchung beinhaltenden Gutachten der MEDAS vom 23. November 2022 (act. II 82.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 82.1 S. 5 f.):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

Keine

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Ischämischer Hirninfarkt im Pons paramedian links am 24. August 2019 (ICD-10 I 63.8)
  - mikroangiopathischer Genese bei kardiovaskulärem Risikoprofil
  - klinisch residuell mittig gelegene Sensibilitätsstörung der rechten Körperhälfte
- V.a. (= Verdacht auf) Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (ICD-10 G 44.4)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2)

- Mittelschwere obstruktive Schlafapnoe, ED 09/2019, AHI 27.4/h, ESS 16/24 Punkte
  - subjektiv und objektiv erfolgreiche CPAP-Therapie bei guter Compliance
  - Risikofaktoren: Adipositas, Nikotinabusus, enge Verhältnisse im Oropharynx, St. n. zerebrovaskulärem Insult 08/2019
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren
  - persistierender Nikotinkonsum
  - arterielle Hypertonie
  - Adipositas Grad I
  - Diab. mellitus, aktuell HbA1c 5.6 %
  - Hypercholesterinämie
  - positive Familienanamnese (Vater mit 52 Jahren Myokardinfarkt)
- St. n. Urolithiasis links 07/20, St. n. Steinextraktion
- Diffuses Schmerzsyndrom im Schulternackebereich ohne radikuläre Ausstrahlung ICD-10 M53.1
- Diffuses Schmerzsyndrom der rechten oberen und unteren Extremität ohne wesentliche funktionelle Einbussen

In der interdisziplinären Beurteilung wurde festgehalten, in der klinischen Untersuchung finde sich kein objektivierbares neurologisches Defizit, so dass aus neurologischer Sicht keine residuellen Symptome mit relevanter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben seien. Aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht habe aufgrund von Aggravation sowie vagen, unpräzisen und oberflächlichen Angaben anlässlich der neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen keine psychiatrische Diagnose gestellt werden können. Durch die mangelnde Mitwirkungsbereitschaft und die Aggravation des Beschwerdeführers hätten seine Symptome und Diagnosen aus den Arztberichten nicht verifiziert werden können. Aus pneumonologischer, allgemein-internistischer und orthopädischer Sicht würden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Zur Konsistenz und Plausibilität hielten die Gutachter fest, im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung sei anhand der Testergebnisse eine Aggravation und eine mangelnde Mitwirkungsbereitschaft nachgewiesen worden. Aus interdisziplinärer Sicht habe sich eine Inkonsistenz zwischen den geklagten Symptomen und den objektivierbaren Befunden finden lassen (S. 5). Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit hielten die Gutachter fest, die psychophysische Belastbarkeit sei nicht vermindert, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe daher nicht (S. 6).

**3.1.9** Am 2. März 2023 erfolgte in den Psychiatrischen Diensten M.\_\_\_\_\_ eine weitere neuropsychologische Untersuchung. Im entsprechenden Bericht vom 6. März 2023 (act. II 97 S. 5-9) wurde festgehalten,

die Testresultate seien nicht valide und der Schweregrad der Defizite sei nicht mit der zugrundeliegenden Hirnläsion vereinbar. Die zu Beginn der Untersuchung erreichten z.T. unauffälligen Resultate vis-à-vis von im Verlauf sehr auffälligen Resultaten, könnten auf eine massiv eingeschränkte Belastbarkeit oder auf fehlende Ausdauer/reduzierte Frustrationstoleranz hinweisen. Aufgrund der Symptomentwicklung nach dem Infarkt seien ätiologisch weiterhin funktionelle neurologische Anteile bzw. eine funktionelle Symptomausweitung möglich. Weiter beständen massive Schlafprobleme und psychische Auffälligkeiten, welche sich parallel zum ungünstigen Verlauf entwickelt hätten (S. 8).

**3.1.10** Am 8. Mai 2023 erfolgte bei diagnostizierter "Instabilität DD traumatisierte Meniskusbasis mediales Hinterhorn Knie rechts" eine Kniegelenksarthroskopie und mediale Meniskusnaht Hinterhorn Knie rechts (act. II 110.35 S. 2).

**3.1.11** In der Stellungnahme der MEDAS vom 5. Juli 2023 (act. II 102) wurde zu den vom Beschwerdeführer im ersten Vorbescheidverfahren (act. II 84 ff.) eingereichten medizinischen Berichten festgehalten, unabhängig voneinander seien sowohl die psychiatrische als auch die neuropsychologische Gutachterin aufgrund von Aggravation, vagen, unpräzisen und oberflächlichen Angaben des Beschwerdeführers zum Schluss gekommen, dass es aufgrund der Symptomvalidierung nicht möglich sei, eine psychiatrische Diagnose zu stellen und die Leistungsfähigkeit zu beurteilen. Sodann habe die neurologische Gutachterin in der klinischen Untersuchung kein objektivierbares neurologisches Defizit feststellen und in der Folge keine organische Persönlichkeitsstörung diagnostizieren können. Auch aus psychiatrischer Sicht könne unter dem Aspekt der neurologischen Untersuchungsergebnisse die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden. Es habe nicht objektiviert werden können, dass eine andauernde Veränderung des Verhaltens, Denkens und Fühlens aus organischen Gründen vorgelegen habe (S. 1). An der im Gutachten vom 23. November 2022 attestierten Arbeitsfähigkeit ändere sich interdisziplinär nichts (S. 2 f.).

**3.1.12** Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 8. Septem-

ber 2023 (act. II 110.9 S. 2 f.) fest, es zeigten sich keine Hinweise auf ein intraartikuläres Problem. Das Kniegelenk rechts stelle sich ansonsten auch unauffällig dar, ohne Chondropathie oder Zusatzläsion. Der Meniskus, welcher an der Basis gelockert gewesen sei, habe genäht werden können; hier sei sicherlich kein Handlungsbedarf vorhanden. Bezüglich geklagter Beschwerden gehe er von einer Überlastung des medialen Seitenbandes und muskulärer Problematik aus. Dies soll nochmals mit einem Zyklus Physiotherapie behandelt werden. Eine Verlaufsbeurteilung sei nicht vorgesehen (S. 3).

**3.1.13** Vom 8. Dezember 2023 bis 13. Februar 2024 war der Beschwerdeführer in der Klinik O.\_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 28. Februar 2024 (act. II 119 S. 3-10) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 3):

- Organische affektive Störungen, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotischen Symptome (ICD-10 F06.3)
- Organische Persönlichkeitsstörung als Folge einer Hirnschädigung bei St. n. ischämischen paramedianem Ponsinfarkt 08/2019 (ICD-10 F07.0)
- Leichte bis mittelgradige kognitive Störung (ICD-10 F06.7)
- Diabetes mellitus, Typ 2 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet (ICD-10 E11.81)
- Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10 I10.90)
- Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet (ICD-10 E78.5)
- Funktionelle neurologische Störung, Hemisyndrom rechts nach ischämischen Ponsinfarkt 08/2019 (ICD-10 F44.7)
- Sonstige Meniskusschädigungen: Nicht näher bezeichneter Meniskus (ICD-10 M23.39)

## **3.2**

**3.2.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe 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 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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

**3.3** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 23. November 2022 (act. II 82.1 ff.) einschliesslich der Stellungnahme vom 5. Juli 2023 (act. II 102) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringt Beweis. Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung überzeugend. Danach liegt beim Beschwerdeführer keine gesundheitliche Beeinträchtigung mit dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

**3.4** Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, verfängt nicht:

**3.4.1** Es trifft zu, dass die Behandler die geklagten psychischen Beeinträchtigungen auf eine infolge des im August 2019 erlittenen Hirninfarkts aufgetretene organisch bedingte psychische Störung (namentlich in Form einer organischen Persönlichkeitsstörung, aber auch einer organisch affektiven Störung [act. II 26 S. 2; 48 S. 2; 93 S. 5; 97 S. 3 f.; 108 S. 3; 119 S. 3]) zurückführen. Hierzu ist Folgendes festzuhalten:

**3.4.1.1** Zunächst bedingt die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.0) gemäss den diagnostischen Leitlinien nach ICD-10, auf welche sich die Behandler berufen, entgegen der insoweit nicht überzeugenden Auffassung der behandelnden Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_

im Bericht vom 11. August 2023 (act. II 108 S. 3) eine Frontalhirnschädigung oder eine Schädigung anderer umschriebener Hirnregionen (vgl. DILLING MOMBOUR SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 101). Auch unter F06 kodierte psychische Erkrankungen sind Folge primär zerebraler Erkrankungen oder systemischer Erkrankungen, die sekundär das Gehirn betreffen (vgl. DILLING MOMBOUR SCHMIDT, a.a.O., S. 93). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt: Im Gutachten der MEDAS vom 23. November 2022 (act. II 82.1) wurde hierzu interdisziplinär festgehalten, dass sich in der klinischen Untersuchung kein objektivierbares neurologisches Defizit findet (S. 5). Dies deckt sich mit den Befunden der Behandler, welche im Bericht vom 4. November 2019 u.a. unter Hinweis auf die Bildung von einer einzig "diskreten residuellen Ausfallssymptomatik" ausgingen und welche bereits damals die nach dem Schlaganfall demonstrierte funktionelle Ausweitung der Symptomatik "bei nahezu unauffälliger neurologischer Untersuchung" beim Austritt aus dem Spital H.\_\_\_\_\_ und nur diskreter FLAIR-Markierung im MRI organisch nicht erklären konnten (act. II 4.3 S. 8). Auch in ihrer Stellungnahme vom 5. Juli 2023 bestätigten die Gutachterinnen der MEDAS, Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie nach Einsichtnahme in den vom Beschwerdeführer eingereichten Bericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2023 (act. II 97 S. 11 ff.) ihre bereits im Gutachten vom 23. November 2022 geäusserte Auffassung, wonach kein objektivierbares neurologisches Defizit feststellbar sei und entsprechend auch die Diagnose einer organisch bedingten psychischen Störung nicht gestellt werden könne (act. II 102 S. 1, 3). Demnach ist eine organisch bedingte psychische Störung nicht erstellt.

**3.4.1.2** Im Übrigen ist zu betonen, dass sich aus der Diagnose allein ohnehin nicht auf die Schwere des Leidens und den Umfang der allenfalls dadurch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schliessen lässt (Entscheid des BGer vom 8. Juni 2021, 8C\_105/2021, E. 6.3). Wie in E. 2.3 vorne gezeigt, muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung vielmehr verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare

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

MEDAS nicht in Frage zu stellen (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Insbesondere wird dadurch keine Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes belegt. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich auch in somatischer Hinsicht Diskrepanzen zwischen den Befunden und den angegebenen Beschwerden ergaben (vgl. act. II 82.3 S. 5; 82.7 S. 7) bzw. sowohl in somatischer (act. II 82.5 S. 4; 82.6 S. 4; 82.7 S. 4-6) – namentlich neurologischer (act. II 82.3 S. 3 f.) – wie auch in psychiatrischer (act. II 82.4 S. 5 f.) Hinsicht kaum Befunde erhoben werden konnten, so dass die Schlussfolgerung der Experten, wonach keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden kann, auch insoweit überzeugt.

**3.4.1.3** Demnach trifft es somit entgegen der Beschwerde (S. 3) offensichtlich nicht zu, dass bis heute keine neuropsychologische Abklärung erfolgt ist. Im Weiteren sind gestützt auf die Ergebnisse der diversen erfolgten Abklärungen die geklagten Beschwerden, soweit sie von den Behandlern als Folge des ischämischen Hirninfarkts betrachtet wurden bzw. werden, weder in somatischer noch psychischer Hinsicht erklärbar. Entsprechend ist gestützt auf die Einschätzungen der medexperts-Gutachter eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht erstellt, was mangels einer zwischenzeitlich eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch bis zum massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 3. Juni 2024 gilt.

**3.4.2** Was die mit Schreiben vom 18. April und 6. Dezember 2023 (vgl. Beschwerde S. 3 i.V.m. act. II 97 S. 1 f.; 116 S. 1 f.) geltend gemachte und im Juli 2023 (act. II 101) angemeldete Knieproblematik rechts anbelangt, ist Folgendes festzuhalten:

Zunächst ereignete sich der Unfall gemäss Schadenmeldung UVG nicht im Oktober 2022 (act. II 116 S. 1), sondern bereits am 2. September 2022 und wurde der E. \_\_\_\_\_ am 3. Oktober 2022 – mithin vor der Begutachtung bei der MEDAS am 5., 6. und 18. Oktober 2022 (act. II 82.1 S. 2) – gemeldet (act. II 110.68). Gemäss dem die Erstbehandlung vom 7. September 2022 betreffenden Arztzeugnis UVG hat sich der Beschwerdeführer bei einem Sturz mit dem Velo eine Distorsion des rechten Kniegelenks und eine Kontusion der rechten Hand zugezogen. Dabei wurde folgender Be-

fund festgehalten: "Hand gelenk rechts. St. n. Subkapitale Fx Dig IV rechts. Knie keine Schwellung kein Hämatom. Dolenz lateralen Gelenkspalt. Knie F und E uneingeschränkt. VKB stabil. Lateral stabil" (act. II 110.70 S. 1). Ein MRI des rechten Kniegelenks vom 28. September 2022 wurde wie folgt beurteilt: "Keine fassbare posttraumatische Veränderung. Leichte retropatellare Chondropathie (Grad I). Sonst unauffällig dargestelltes Kniegelenk" (act. II 110.69 S. 2). Der Beschwerdeführer erwähnte das Ereignis vom 2. September 2022 zwar im Rahmen der psychiatrischen (act. II 82.4 S. 2), nicht jedoch der orthopädischen Teilbegutachtung. Zudem stellte Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, anlässlich der Begutachtung betreffend die Kniegelenke keinerlei (pathologische) Befunde fest (act. II 82.7 S. 6), was sie in der Stellungnahme vom 5. Juli 2023 bestätigte (act. II 102 S. 2). Ergänzend ist zudem festzuhalten, dass bei der Begutachtung auch im Bereich beider Handgelenke keine Funktionseinschränkungen bestanden (act. II 82.7 S. 5). Namentlich machte der Beschwerdeführer, welchen Dr. med. S.\_\_\_\_\_ als von "athletischer Statur" mit gut ausgebildeter Muskulatur an Armen und Beinen beschrieb (S. 4), anlässlich dieser Untersuchung keinerlei Beschwerden von Seiten des rechten Kniegelenks oder Handgelenks geltend (S. 2). Gegenteils vermerkte die Gutachterin "keine Palpationsschmerzen, keine Funktionseinschränkungen" (betreffend Handgelenke [S. 5]) bzw. "Keine Schmerzangabe bei der Untersuchung" (betreffend Kniegelenke [S. 6]). In diesem Zusammenhang erstaunt, dass dem Beschwerdeführer ab dem 2. September 2022 eine mehrmonatige gänzliche Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (act. II 110.70 S. 2), was erhebliche Beschwerden und funktionelle Einbussen vermuten liesse. Auch wenn Dr. med. N.\_\_\_\_\_ im weiteren Verlauf bei gemäss MRI "ganz spärliche[n] Hinweise[n]" in klinischer Hinsicht Meniskuszeichen als "vorhanden" beurteilte (act. II 110.57 S. 4) und beim Beschwerdeführer am 8. Mai 2023 eine Kniegelenksarthroskopie mit medialer Meniskusnaht am Hinterhorn des rechten Knies (act. II 110.35 S. 2) vornahm, ist in Anbetracht dieser offenkundigen Diskrepanzen zumindest bis zum Zeitpunkt der Operation keine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erstellt. Für die Zeit nach dem Eingriff ist ein postoperativ komplikationsloser Verlauf mit zeitgerechter Mobilisation dokumentiert (act. II 110.34 S. 3). Im Bericht vom 8. September 2023 (act. II 110.9 S. 2 f.) hielt Dr. med.

N.\_\_\_\_\_ fest, es zeigten sich keine Hinweise auf ein intraartikuläres Problem und das Kniegelenk stelle sich unauffällig dar, ohne Chondropathie oder Zusatzläsion. Der Meniskus, welcher an der Basis gelockert gewesen sei, habe genäht werden können; hier sei sicherlich kein Handlungsbedarf vorhanden. Bezüglich geklagter Beschwerden gehe er von einer Überlastung des medialen Seitenbandes und muskulärer Problematik aus, welcher mit einem Zyklus Physiotherapie behandelt werden könne (S. 3). Selbst wenn von einer seit der Operation bis Mitte September 2023 bestehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen würde (vgl. act. II 110.25 S. 3; 110.13 S. 1; 110.11 S. 1; 110.7 S. 3; 110.3), vermöchte dies angesichts fehlender Hinweise für dauerhaft verbleibende Funktionsbeeinträchtigungen von Seiten des rechten Kniegelenks keine Invalidität zu begründen. Vor diesem Hintergrund überzeugt auch die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. L.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 24. Oktober 2023 (act. II 112), wonach es bezüglich der Knieproblematik rechts keiner weiteren Abklärungen bedürfe und auf das medexperts-Gutachten vom 23. November 2022 weiterhin abgestellt werden könne (S. 16).

**3.4.3** Zusammenfassend bestehen keine konkreten Indizien (vgl. E. 3.2.2 vorne) gegen den Beweiswert des medexperts-Gutachtens vom 23. November 2022.

**3.5** Daraus ergibt sich was folgt:

**3.5.1** Für die Zeit ab Oktober 2022 ist gestützt auf das in Nachachtung von Art. 43 Abs. 1 ATSG erfolgte Gutachten der MEDAS vom 23. November 2022 (act. II 82.1 ff.) eine gesundheitliche (somatische und/oder psychische) Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Namentlich ist für die Zeit nach der Begutachtung eine Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen. Demnach liegt nicht etwa eine Beweislosigkeit vor, deren Folgen ohnehin der für den Nachweis des Gesundheitszustands materiell beweispflichtige Beschwerdeführer zu tragen hätte (BGE 121 V 204 E. 6a S. 208). Da kein Gesundheitsschaden vorliegt, kann ferner auch offen bleiben, ob die signifikant schlechten und nicht gesundheitlich erklärbaren Ergebnisse der Symptomvalidierungstests und allgemein die vagen Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung insgesamt

im Sinne einer (rechtlich relevanten) Aggravation (vgl. E. 2.3 und 2.4.2 vorne) zu qualifizieren wären. Im Weiteren erübrigt sich mangels Vorliegens einer psychiatrischen Diagnose ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.4.2 vorne).

**3.5.2** Demgegenüber nahmen die Gutachter der MEDAS keine Stellung zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit für die Zeit vor der Begutachtung bzw. erachtete die psychiatrische Gutachterin eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als "schwer möglich" (act. II 82.4 S. 17).

Wegweisend ist der Bericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 4. November 2019, wo der Beschwerdeführer zwecks Abklärung eines persistierenden Ausfallsyndroms rechts für die Zeit vom 30. Oktober bis 1. November 2019 hospitalisiert war (act. II 4.3 S. 7-14). Darin wurden die seit dem Infarkt vom 24. August 2019 geklagten Beschwerden auf eine funktionell neurologische Störung im Rahmen eines gestörten Krankheitsverarbeitungsprozesses zurückgeführt. Bereits damals ergab sich zudem unter Ablenkung eine unauffällige Funktionsprüfung (S. 8). Insbesondere war – wie in E. 3.4.1.1 vorne bereits erläutert – die wiederholt durchgeführte Bildgebung nach dem Infarkt nahezu unauffällig (S. 8). In der Folge wurden die Beschwerden sowohl von Seiten der Psychiatrischen Dienste der M.\_\_\_\_\_ als auch von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen auf organisch bedingte psychische Störungen im Sinne einer affektiven Störung bzw. einer Persönlichkeitsstörung zurückgeführt (act. II 26 S. 9; 48 S. 2, 16), wobei die "organisch ausgelöste mittelgradige depressive Episode" im Bericht vom 26. November 2020 als teilremittiert beurteilt wurde (act. II 48 S. 13). Wie in E. 3.4.1.1 vorne gezeigt, überzeugt die Annahme einer organisch bedingten psychischen Störung jedoch nicht bzw. ist eine solche nicht erstellt. Eine anderweitige Erklärung für Bestand und Ausmass der geltend gemachten Beschwerden wurde nicht evaluiert. Vor diesem Hintergrund ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden namentlich hinsichtlich der mit allfälligen Folgen des Hirninfarkts in Zusammenhang gebrachten Beschwerden auch für die Zeit vor der Begutachtung nicht erstellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass spätestens ab Dezember 2019 im Vergleich zur im Oktober 2022 erfolgten Begutachtung bei der MEDAS ein symptomatisch und ätiologisch im Wesentlichen gleicher Gesundheitszustand vorge-

legen hat, wobei die Gutachter die geklagten Beschwerden dem Dargelegten zufolge aufgrund von vagen Angaben und aggravatorischem Verhalten des Beschwerdeführers diagnostisch und befundmässig nicht zuordnen bzw. validieren konnten. Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. P.\_\_\_\_\_ weist denn auch in Zusammenhang mit einer erneut geltend gemachten Verschlechterung der Symptomatik ab März 2021 (act. II 48 S. 2) überzeugend darauf hin, dass (seitens der Behandler) auf eine mögliche Aggravation oder fehlende Anstrengungsbereitschaft nicht eingegangen worden sei (act. II 82.4 S. 11).

Schliesslich geht aus den Akten hervor, dass sich der Beschwerdeführer bei einem Autounfall am 8. Mai 2020 ein Schleudertrauma zugezogen hat (act. II 32 S. 2). Es bestehen keine Anhaltspunkte in den Akten, dass sich daraus eine bleibende invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung entwickelt hätte. Dasselbe trifft auf die am 25. Januar 2021 erlittene subkapitale Metacarpale IV-Fraktur (Bruch des vierten Mittelhandknochens) rechts zu, hielt der behandelnde Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, doch bereits im Bericht vom 12. März 2021 (act. II 52 S. 3) fest, der Verlauf sei normal und die Mobilisation und Belastung ab sofort frei.

**3.6** Damit erweist sich der Sachverhalt auch für die Zeit vor der Begutachtung durch die MEDAS als hinreichend abgeklärt bzw. vermöchten weitere Abklärungen am Ergebnis nichts zu ändern (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4), womit es der beschwerdeweise implizit beantragten Neubegutachtung nicht bedarf. Demnach ist im hier massgebenden Zeitraum ab Juli 2020 (Art. 29 Abs. 1 IVG; act. II 1) kein zu einem Leistungsanspruch berechtigender (invalidisierender) Gesundheitsschaden mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 163 E. 3.3) erstellt und es besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2.2 vorne). Dies gilt auch für die Zeit ab 1. Januar 2022 (vgl. E. 2.1 vorne), setzt der Rentenanspruch doch auch nach neuem Recht unverändert das Vorliegen einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bzw. einer Invalidität voraus.

**4.**

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 3. Juni 2024 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

**5.2** Nach Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen 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.