

200 14 799 IV
KOJ/LUB/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. November 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. August 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1969 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war vom 26. Januar bis zum 10. Februar 2011 erstmals in der psychiatrischen Klinik B._____ (nachfolgend psychiatrische Klinik B._____) hospitalisiert (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 25 S. 3, 27 S. 24). Es folgten weitere stationäre Behandlungen in der psychiatrischen Klinik B._____ (AB 11, 27). Mit Schreiben vom 14. Mai 2012 meldete die psychiatrische Klinik B._____ den Versicherten der IV-Stelle des Kantons Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung (AB 1). Am 4. Juni 2012 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IVB an (AB 8). Zur gesundheitlichen Beeinträchtigung führte er aus, an Panik und Angstattacken seit einem Burnout, an depressiven Phasen und Selbstmedikation mit Alkohol zu leiden (AB 8 S. 4).

Die IVB führte erwerbliche und medizinische Erhebungen durch, insbesondere wurden in der psychiatrischen Klinik B._____ die medizinischen Berichte zur Abklärung einverlangt (AB 24, 25, 27). Sie unterbreitete anschliessend die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung. Die RAD-Ärztin Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nahm mit Bericht vom 15. August 2013 dahingehend Stellung, dass beim Versicherten ein primäres Alkoholabhängigkeitssyndrom mit Verhaltens- und kognitiven Veränderungen vorliege. Es handle sich um ein reines Suchtverhalten (AB 33 S. 4). Die IVB teilte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 20. August 2013 mit, die Abklärungen hätten ergeben, dass seine Arbeitsunfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet sei und deshalb keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege (AB 35).

Dagegen machte der Versicherte mit Schreiben vom 28. August 2013 den Einwand geltend, bei ihm liege eine psychische Problematik verbunden mit Angst- und Panikattacken vor, so dass er nur sehr eingeschränkt arbeiten könne. Sein Arzt in der psychiatrischen Klinik B._____, Dr. med.

D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, werde dies noch bestätigen (AB 37). Mit Schreiben vom 10. September 2013 liess Dr. med. D. _____ der IVB eine Stellungnahme zukommen (AB 39). Nach erneuter Prüfung hielt der RAD an seiner bisherigen Einschätzung fest (AB 43). Mit Verfügung vom 18. August 2014 (AB 44) entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und verwies zudem auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ (AB 43).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 31. August 2014 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er beantragt sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheides und die Ausrichtung von Leistungen der Invalidenversicherung. Zur Begründung führt er aus, dass er erblich vorbelastet sei und seine psychische Erkrankung und nicht die Sucht im Vordergrund stehe. Im Weiteren ersucht er um persönliches Vorsprechen.

Am 17. September 2014 stellte der Beschwerdeführer zusätzlich ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (uR).

Die IVB schloss mit Beschwerdeantwort vom 8. Oktober 2014 auf Abweisung der Beschwerde.

Der Instruktionsrichter hiess das uR-Gesuch mit Verfügung vom 10. Oktober 2014 gut.

Erwägungen:

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000

(ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 18. August 2014 (AB 44). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung und dabei insbesondere die Frage, ob ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliegt.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2012 BVG Nr. 14 S. 62 E. 4.4.2).

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad

von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im

Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

2.5 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten, soweit vorliegend von Interesse, Folgendes:

3.1.1 Im Rahmen der mehrfachen stationären Behandlungen des Versicherten in der psychiatrischen Klinik B._____ im Zeitraum vom 26. Januar 2011 bis zum 9. Januar 2012 wurden insgesamt acht Kurzaustrittsberichte verfasst. Im Bericht vom 10. Februar 2011 zur ersten Hospitalisation des Versicherten wurde von den behandelnden Ärzten als Diagnose eine Alkoholabhängigkeit seit Jahren (ICD-10: F10.21) aufgeführt und in den anamnestischen Angaben festgehalten, dass der Versicherte seit einem halben Jahr täglich eine Flasche Rotwein (7.5 dl) und seit zwei Wochen zusätzlich 2 dl Schnaps trinke. Im Jahr 2010 habe sich seine Freundin vom ihm getrennt und zusätzlich sei einem Kadermitglied gekündigt worden, was für ihn eine Mehrbelastung bedeutet habe (AB 27 S. 24).

In den darauffolgenden Kurzaustrittsberichten wurde als Diagnose ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.24) festgehalten (AB 27 S. 9, 11, 13, 16, 18, 22). Diese Diagnose wurde im Kurzaustrittsbericht der psychiatrischen Klinik B._____ vom 26. April 2011 dahingehend ergänzt, dass ein gegenwärtiger Sub-stanzgebrauch bei depressiver (mit somatischem

Syndrom) und Angstsymptomatik (anamnestisch: Panikattacken) (ICD-10: F10.24, F32.01, F40.01) vorliege (AB 27 S. 22). Im Kurzaustrittsbericht der psychiatrischen Klinik B. _____ vom 28. April 2011 wurden neben der Diagnose des Alkoholabhängigkeitssyndroms die Verdachtsdiagnose einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) und die Diagnose einer zumindest akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen Anteilen (ICD-10: F61.0) gestellt (AB 27 S. 20).

Weiter geht aus den Kurzaustrittsberichten hervor, dass der Versicherte angegeben habe, nicht der Alkohol sei das Problem, sondern seine Panikanfälle. Kritische Nachfragen habe er ignoriert und die ausgeprägte Alkoholproblematik bagatellisiert (AB 27 S. 20 f.). Die Krankheitseinsicht in die Schwere der Alkoholabhängigkeit sei nur teilweise gegeben (AB 27 S. 18). Der Versicherte habe die Vermutung geäussert, aufgrund einer Überlastung im Beruf zum Alkohol gegriffen und jeweils durch einen zu steilen Wiedereinstieg nach dem Entzug einen Rückfall erlitten zu haben (AB 27 S. 14). Als Grund für seine wiederholten Hospitalisationen habe er ein „Burnout“ benannt. Den Alkoholkonsum habe er nicht als Grundproblem empfunden (AB 27 S. 9-10).

3.1.2 In den Austrittsberichten der psychiatrischen Klinik B. _____ vom 11. Mai und 6. August 2012 wurden als Diagnosen eine generalisierte Angst- und Panikstörung (ICD-10: F41.0) und ein sekundäres Alkoholabhängigkeitssyndrom mit Folgeschäden bei einer Persönlichkeitsstruktur mit selbstunsicheren, narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Zügen aufgelistet (AB 27 S. 4, 7).

3.1.3 Im Austrittsbericht vom 1. Februar 2013 (AB 27 S. 2) diagnostizierten die behandelnden Ärzte psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom ICD-10: F10.2), eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32), einen Verdacht auf eine Angststörung oder eine phobische Störung sowie eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit vor allem abhängigen und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10: F61.0).

3.1.4 Im Arztbericht vom 1. Februar 2013 führten Dr. med. D. _____ und E. _____, Psychologin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit vor allem abhän-

gigen und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10: F61) seit der Adoleszenz auf. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom; ICD-10: F10.2), eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und einen Verdacht auf Angststörung oder phobische Störung fest. In der Anamnese wurde erwähnt, dass es beim Versicherten im Herbst 2010, bei einer bereits vorbestehenden, aber weitgehend kompensierten Persönlichkeitsstörung u.a. auch im Rahmen gesteigerter Anforderungen am Arbeitsplatz zu einer Dekompensation mit vermehrten Panikattacken, die wiederum mit zunehmendem Konsum von Alkohol einhergingen, gekommen sei. Aufgrund der zunehmenden Alkoholproblematik und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei es im Frühling 2011 zur Kündigung gekommen. Der erste Klinikaufenthalt in der psychiatrischen Klinik B._____ sei im Januar 2011 wegen der Alkoholabhängigkeit erfolgt. Aktuell sei der Versicherte zum zwölften stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik B._____. Die aktuellen Symptome seien vorwiegend kognitive Einschränkungen (Konzentration, Auffassung und Belastbarkeit) aufgrund der Persönlichkeitsstörung mit vor allem abhängigen und selbstunsicheren Anteilen. Unter Stress sei der Versicherte unflexibel und verfüge über keine ausreichende Copingstrategie. Im Zusammenhang mit der Prognose hielten sie fest, der Versicherte befände sich seit seiner Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik B._____ in einer Abwärtsspirale, weshalb die Prognose wenig optimistisch sei. Diverse Versuche einer ambulanten Führung mit selbständigem Wohnen seien innerhalb kurzer Zeit an der Überforderung des Versicherten gescheitert. Zentraler Bestandteil dieser Überforderung sei die völlig fehlende Fähigkeit, die eigenen Ressourcen realitätskonform einschätzen zu können. Inwieweit auch eine gewisse intellektuelle Einschränkung beteiligt sei, könne nicht eindeutig gesagt werden. Dieses Defizit bei der Krankheitseinsicht lasse auch ein psychotherapeutisches Vorgehen eher wenig aussichtsreich erscheinen (AB 25 S. 2 f.).

Als ... wurde dem Versicherten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert und ebenfalls festgehalten, dass ihm zunächst eine Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt nicht zumutbar sei. Der Versicherte sei wenig anpassungsfähig und schnell überfordert. Er zeige zudem stereo-type Verhaltensweisen und sein Denken sei deutlich auf gewisse Themen eingengt.

Bereits einfache berufliche Anforderungen könnten zur Überforderung und damit zu einem erneuten Alkoholrückfall führen (AB 25 S. 4).

3.1.5 Im RAD-Bericht vom 15. August 2013 führte Dr. med. C. _____ aus, dass der Beschwerdeführer ab Frühjahr 2011 wegen Überlastung am Arbeitsplatz vermehrt Alkohol getrunken habe, was zur Kündigung und Hospitalisation geführt habe. Trotz stationärer Behandlung habe sein Entscheid zur anhaltenden Abstinenz und Betreuung gefehlt. Immer wieder sei es zu Rückfällen in die Alkoholabhängigkeit mit Rehospitalisation, insgesamt zwölf Mal, wegen Alkoholismus, Suizidäusserungen und Destabilisierung, gekommen. Die im Bericht vom 1. Februar 2013 der psychiatrischen Klinik B. _____ (AB 25) an die IV-Stelle aufgeführte Persönlichkeitsstörung, die Ursache der Alkoholabhängigkeit sein solle, mit dem „nicht wollen können“ bezüglich Abstinenz, lasse sich mit den vorliegenden Befunden nicht nachvollziehen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege primär, seit 2011 dokumentiert, ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) mit körperlichen, Verhaltens- und kognitiven Phänomenen vor. Die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und selbstunsicheren Anteilen stehe im Kontrast zur Selbstüberschätzung und dem Ausschlagen von Nachfolgebehandlungen und Betreuung. Die Ursache, der Beginn und der Verlauf der Persönlichkeitsstörung sei in den vorliegenden Berichten nicht erwähnt worden, so dass sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht primär aufgefallen resp. manifest geworden sei. Die Verhaltensstörungen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, liessen sich nicht einzig der Persönlichkeitsstörung zuordnen, sondern vermischten sich mit denen des Alkoholabhängigkeitssyndroms, das bereits 2011 bestanden habe. Die vom Versicherten geltend gemachte Version der Selbstmedikation oder das von den Betreuenden erwähnte „nicht wollen können“ mit Alkohol als Copingstrategie, könne therapeutisch bearbeitet und gebessert werden. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. C. _____ psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholabhängigkeitssyndrom; ICD-10: F10.2) und eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und selbstunsicheren Zügen (ICD-10: F61.0) fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte sie als Diagnosen eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und einen Verdacht auf Angststörung oder phobische Störung (AB 33) auf.

3.1.6 In seiner Stellungnahme vom 10. September 2013 führte Dr. med. D. _____ aus, dass im Bericht der psychiatrischen Klinik B. _____ vom 1. Februar 2013 (AB 25) die Ursache der bestehenden Arbeitsunfähigkeit der gemischten Persönlichkeitsstörung zugeschrieben worden sei. Die gleichzeitig bestehende Alkoholabhängigkeit sei als sekundäre Problematik, die sich über die letzten Jahre im Sinne einer Selbstmedikation etabliert hätte, angesehen worden. Die Reihenfolge der Diagnosen im Austrittsbericht sei rein zufällig. Die Entscheidung der Invalidenversicherung, die Alkoholabhängigkeit als Grundproblematik anzusehen, sei in keiner Weise nachvollziehbar (AB 39).

3.1.7 In ihrer Stellungnahme vom 24. Juli 2014 führte die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ aus, im Bericht der psychiatrischen Klinik B. _____ vom 10. September 2013 (AB 39) werde das Suchtgeschehen als Folge einer Persönlichkeitsstörung geschildert, die mit dem langen Verlauf der Abhängigkeit von Alkohol, den Befunden in den Akten und den eigenen Ergebnissen bei fehlender Anamnese mit Hinweisen auf schädigende andere (als Suchtmittel) Einwirkungen auf die frühe und spätere Entwicklung des Versicherten und deren Manifestation nicht nachvollziehbar sei. Sie hielt an ihrer bisherigen Beurteilung fest und wiederholte, dass es sich um psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10.2) als primäres Suchtgeschehen und um eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und selbstunsicheren Zügen (ICD-10: F61.0) handle (AB 43).

3.2 Die Beschwerdegegnerin lehnt in der hier angefochtenen Verfügung vom 18. August 2014 (AB 44) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mit der Begründung ab, die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers sei vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet, weshalb keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege. Sie stützt ihren Entscheid massgeblich auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 24. Juli 2014 (AB 43).

Dagegen führt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 31. August 2014 aus, dass er erblich vorbelastet sei und nicht die Sucht, sondern seine psychische Erkrankung im Vordergrund stehe.

Zu prüfen ist vorliegend, aufgrund welcher Erkrankung/Diagnose die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt ist bzw. ob ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter (d.h. invalidisierender) Gesundheitsschaden besteht (E. 2.1 f. vorne).

3.3 Aufgrund der medizinischen Berichte steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer an einem Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: 10.2) sowie an einer gemischten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) leidet (AB 24 S. 2, 25 S. 2, 27 S. 2 ff., 33 S. 4, 39, 43 S. 2) und die übrigen gestellten Diagnosen in Bezug auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit unbeachtlich sind (AB 25 S. 2, 33 S. 4, 39, 43 S. 2).

Im Kurzaustrittsbericht der psychiatrischen Klinik B._____ vom 10. Februar 2011 (AB 27 S. 24) zur stationären Behandlung vom 26. Januar bis zum 10. Februar 2011 diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine seit Jahren bestehende Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.21). Sie führten aus, der Beschwerdeführer trinke seit einem halben Jahr täglich eine Flasche Rotwein (7.5 dl) und seit zwei Wochen zusätzlich 2 dl Schnaps. Zuvor habe er über Jahre Bier getrunken, was ihn mit der Zeit angeekelt habe. Seitdem trinke er Wein. Im Jahr 2010 habe sich seine Freundin vom ihm getrennt und gleichzeitig sei einem Kadermitglied gekündigt worden, was für ihn eine Mehrbelastung bedeutet habe.

Anlässlich der erneuten stationären Behandlung vom 17. März bis zum 26. April 2011 wurde die Diagnose des Alkoholabhängigkeitssyndroms ebenfalls im dazugehörigen Kurzaustrittsbericht bestätigt (AB 27 S. 22). Wiederum haben die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Klinik B._____ in den Kurzaustrittsberichten (AB 27 S. 9, 11, 13, 16, 18, 20), welche im Zeitraum vom 28. April 2011 bis zum 11. Januar 2012 verfasst worden sind, die Diagnose des Alkoholabhängigkeitssyndroms gestellt. Daneben wurden zwar auch als Diagnosen ein Verdacht auf Panikstörung (ICD-10: F41.0) und eine zumindest akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen Anteilen (ICD-10: F61.0) aufgeführt. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu beachten, dass diese Diagnosen erst ab dem Kurzaustrittsbericht vom 26. April 2011 in den jeweiligen Berichten Niederschlag finden und in der Rangreihenfolge nach der Diagnose des Alkoholabhängigkeitssyndroms aufgeführt sind. Damit lassen die behandelnden Ärzte der psych-

iatrischen Klinik B._____ erkennen, dass nach deren Auffassung die Alkoholproblematik als zentral betrachtet wird und demzufolge im Vordergrund steht. Die gleiche Feststellung gilt hinsichtlich der Austritts-berichte vom 11. Mai 2012, 6. August 2012 und 1. Februar 2013 (AB 27 S. 2-8), in welchen weitere psychiatrische Nebendiagnosen gestellt worden sind. Auch diesen Berichten ist zu entnehmen, dass die Alkoholabhängigkeit im Vordergrund steht, wird doch aufgeführt, dass der Beschwerdeführer bei den jeweiligen Eintritten in die psychiatrische Klinik B._____ stark alkoholisiert war, die Alkoholproblematik stark bagatellisiere und die Ursachen seiner Probleme externalisiere (vgl. AB 27 S. 2).

Aufgrund der Ausführungen der behandelnden Ärzte der psychiatrischen Klinik B._____ kann vorliegend nicht davon ausgegangen werden, dass die Alkoholabhängigkeit des Beschwerdeführers Folge eines (psychischen) Gesundheitsschadens ist.

Daran vermag auch der Arztbericht der psychiatrischen Klinik B._____ vom 1. Februar 2013 (AB 25) nichts zu ändern, in welchem festgehalten wird, dass einzig die gemischte Persönlichkeitsstörung, mit vor allem abhängigen und selbstunsicheren Anteilen, Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe, der Diagnose „psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2)“ demgegenüber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. Diese diagnostische Einordnung erweist sich angesichts der zuvor erwähnten Austrittsberichte der psychiatrischen Klinik B._____ als offensichtlich unzutreffend. Die RAD-Ärztin Dr. med. C._____ hält in ihrer Stellungnahme vom 15. August 2013 (AB 33 S. 3) denn auch fest, dass die im Bericht der psychiatrischen Klinik B._____ geltend gemachte Persönlichkeitsstörung als Ursache der Alkoholabhängigkeit mit den vorliegenden Befunden nicht nachvollziehbar sei. Vielmehr kommt sie zum Schluss, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege primär, seit 2011 dokumentiert, ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) mit körperlichen, Verhaltens- und kognitiven Phänomenen vor. Die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und selbstunsicheren Anteilen stehe im Kontrast mit der Selbstüberschätzung und dem Ausschlagen von Nachfolgebehandlungen und Betreuung. Damit stellt sie einen invalidisierenden Gesundheits-

schaden in Abrede und legt plausibel dar, dass beim Beschwerdeführer ein reines Suchtverhalten vorliegt (AB 33 S. 4).

3.4 Auf diese überzeugende und begründete Einschätzung der RAD-Ärztin (AB 33) ist abzustellen. Sie konnte sich aufgrund der sich in den Akten befindenden Arzt- und Austrittsberichte ein umfassendes Bild machen. Ihre Angaben sind hinsichtlich der beim Beschwerdeführer bestehenden psychischen Beeinträchtigungen schlüssig und nachvollziehbar.

Die mündlich wie schriftlich dargelegten gegenteiligen Einschätzungen von Dr. med. D._____ (AB 34, 36, 39) vermögen an der Beurteilung von Dr. med. C._____ keine begründeten Zweifel zu erwecken. Mit Blick auf den Bericht vom 10. September 2013 (AB 39) hielt die RAD-Ärztin überzeugend fest, dass das Suchtgeschehen als Folge einer Persönlichkeitsstörung mit dem langen Verlauf der Abhängigkeit von Alkohol, den Befunden in den Akten und den eigenen Ergebnissen bei fehlender Anamnese mit Hinweisen auf schädigende andere (als Suchtmittel) Einwirkungen nicht nachvollziehbar sei. Es lägen weder eine Änderung zu früheren Befunden noch objektivierte Befunde vor (AB 43 S. 2). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer mit einer erheblichen Persönlichkeitsstörung wohl kaum in der Lage gewesen wäre, eine Ausbildung zum ... mit Fähigkeitsausweis (vgl. AB 8 S. 4) erfolgreich abzuschliessen und während Jahren (1995–2011) als ... bei der F._____ berufstätig zu sein (vgl. AB 1 S. 1). Im Weiteren ist ebenfalls der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte bzw. Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Ferner weist die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Ziff. 8) zu Recht auf die Aussagen des Beschwerdeführers hin, wonach die Probleme im Jahr 2010 begonnen hätten, als sich seine Freundin von ihm getrennt habe und gleichzeitig einem Kadermitglied seines damaligen Arbeitgebers gekündigt worden sei, was für ihn eine Mehrbelastung zur Folge gehabt habe (AB 27 S. 4). Es handelt sich dabei um invaliditätsfremde Gründe.

3.5 Aufgrund obiger Ausführungen vermag die Einschätzung von Dr. med. D._____, wonach die Ursache der bestehenden Arbeitsunfähigkeit der gemischten Persönlichkeitsstörung zuzuschreiben sei, nicht zu

überzeugen. Vielmehr ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, dass die Arbeitsunfähigkeit auf die Suchtproblematik des Beschwerdeführers zurückzuführen ist. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden ist demnach zu verneinen.

Von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen sind keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung [vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Die Abnahme weiterer Beweise, insbesondere die Durchführung einer persönlichen Anhörung des Beschwerdeführers, erübrigt sich.

3.6 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 18. August 2014 (AB 44) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO, SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht zu befreien.

4.2 Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.