

200 14 953 IV  
LOU/ZID/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. März 2016**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Zimmermann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. September 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1972 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2010 unter Hinweis auf Psychosen, Depressionen und bipolare Störungen (mit stationären Aufenthalten im Januar 1997, Januar/Februar 2007 und von Oktober 2010 bis Februar 2011) bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2, 22/2 f.). Nach medizinischen und beruflichen Erhebungen (AB 8 ff.) wies die IVB infolge schlechten Gesundheitszustandes am 19. Januar 2011 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab (AB 20). In der Folge holte die IVB weitere Arztberichte (AB 22, 24, 42) und Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 25, 27, 29) ein. Nach Rücksprache mit dem RAD, wonach bei Einhalten der medizinischen Massnahmen und unter Abstinenz die Eingliederungsfähigkeit zumindest teilweise erreicht werden könnte (AB 46), forderte die IVB den Versicherten mit Schreiben vom 4. März 2013 unter Hinweis auf seine Mitwirkungspflicht sowie die Rechtsfolgen im Unterlassungsfall auf, regelmässig die Behandlungstermine beim Psychiater wahrzunehmen, die verordneten Medikamente gemäss den Anweisungen des Arztes einzunehmen und zwecks Kontrolle des Blutspiegels sowie des Alkoholkonsums monatlich und unaufgefordert einen Laborbericht einzureichen (AB 47). Mit Mitteilung vom 6. März 2013 erachtete die IVB Eingliederungsmassnahmen zurzeit als nicht möglich (AB 48). Weiteren Arztberichten (AB 51 ff.) zufolge war der Versicherte im Oktober/November 2013 zum vierten Mal in stationärer Behandlung, nachdem er in den Monaten zuvor jede psychiatrische Behandlung aufgehört und wieder regelmässig Alkohol, Cannabis und Amphetamine konsumiert hatte. Nach Konsultation des RAD (AB 58) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Juni 2014 (AB 59) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da er der Aufforderung zur Schadenminderung vom 4. März 2013 nicht nachgekommen sei. Auf Einwand hin (AB 64) hielt die IVB nach Konsultation des RAD (AB 67) am Vorbescheid fest und wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 8. September 2014 ab (AB 68).

## **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die B.\_\_\_\_\_, am 9. Oktober 2014 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. November 2014 beantragte die Beschwerdegegerin 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 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 8. September 2014 (AB 68). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV bzw. die Verweigerung derselben.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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).

**2.1.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.1.2** 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).

**2.2** Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken. Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind (Art. 28 Abs. 1 und 2 ATSG). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG).

**2.3** Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sodann muss sie an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen, insbesondere an Massnahmen der Frühintervention, Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Massnahmen beruflicher Art, medizinischen Behandlungen nach Art. 25 KVG und Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG).

**2.4** Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG). Kommt die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nach, können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden.

Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG). Anders verhält es sich nur, wenn die Verweigerung der Mitwirkung auf entschuldbaren Gründen beruht, etwa weil sie der versicherten Person nicht zugerechnet werden kann, da sie krankheitshalber oder aus anderen Gründen nicht in der Lage war, ihren Pflichten nachzukommen (Art. 43 Abs. 3 ATSG; Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 22. November 2013, 9C\_370/2013, E. 4.1 und vom 10. Dezember 2010, 8C\_733/2010, E. 5.3).

### **3.**

**3.1** Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht der C.\_\_\_\_\_ vom 10. März 2011 (AB 22) wird mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F31.5) und schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) diagnostiziert (S. 2 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer habe bis zum Stellenverlust im Oktober 2006 regelmässig Cannabis, Kokain, Extasy und andere Designerdrogen konsumiert und teilweise dazu Alkohol getrunken. Schon anlässlich des ersten stationären Aufenthalts im Januar 1997 sei eine eventuell durch Kokain und Cannabis ausgelöste akute schizophreniforme psychische Störung diagnostiziert worden (S. 3 Ziff. 1.4).

**3.1.2** Der D.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 18. Juli 2011 (AB 24) zum einen eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F31.3) und differentialdiagnostisch eine schizoaffektive Störung sowie eine paranoide Persönlichkeitsstörung, zum anderen ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.24; S. 2 Ziff. 1.1). Anamnestischen Angaben zufolge habe der Beschwerdeführer ca. einen Monat vor der erstmaligen Hospitalisation im Januar 1997 zum ersten Mal Kokain konsumiert. Von 1997 bis 2009 liege ein schädlicher Gebrauch von Alkohol, gelegentlich Speed und Kokain vor, seit 2009 nur noch von Alkohol; in den letzten vier Monaten habe er dreimal einen Alkoholrückfall ge-

habt. Um sich besser zu fühlen und lustiger zu sein, trinke er im Ausgang ca. drei bis vier Liter Bier; unter der Woche trinke er selten Alkohol, wenn ja, dann ein bis zwei Bier (S. 3 Ziff. 1.4).

**3.1.3** Gemäss Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. November 2011 (AB 25) seien die funktionellen Auswirkungen bei bipolaren und schizoaffektiven Störungen versicherungsmedizinisch im Wesentlichen die gleichen. In beiden Fällen stelle Alkohol eine sekundäre Sucht dar, sofern nicht bloss schädlicher Gebrauch vorliege; denn das sei zu unterscheiden und habe sehr viel therapeutische und praktische Konsequenzen. Falsch sei die Differentialdiagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung.

Mit weiterem Bericht vom 30. Januar 2012 (AB 27) wies die RAD-Ärztin darauf hin, dass der Beschwerdeführer während seiner Lehre als ... auch den ... absolviert, ... und die ... erlernt und auch noch eine ... absolviert habe. Sie folgerte daraus, dass er in dieser Zeit ein sehr gutes Funktionsniveau gehabt haben müsse. Bis zu seinem Stellenverlust im Jahr 2006 habe er regelmässig Designerdrogen, Kokain, Extasy, Cannabis und Alkohol konsumiert. Diese Substanzen könnten Psychosen auslösen, auch bei psychisch gesunden Menschen. Auch komme es bei Absetzen einiger der Drogen zu depressiven Symptomen, die sich sonst nicht eingestellt hätten.

Am 22. Februar 2012 untersuchte die RAD-Ärztin den Beschwerdeführer. Gemäss Zwischenanamnese im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 1. März 2012 (AB 29) sei es in den manischen Phasen immer wieder zu Alkoholabusus und vermehrtem Cannabiskonsum gekommen. Das habe vor zwei Jahren den Fahrausweisentzug nach sich gezogen; ausserdem müsse er wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand noch eine gemeinnützige Arbeit im Ausmass von 480 Stunden abarbeiten (S. 2). Derzeit liege kein Alkoholkonsum vor; Cannabis habe er vor zwei Wochen noch geraucht, doch habe er mittlerweile mittels tagesklinischer Behandlung auch damit aufgehört (S. 3). In Bezug auf den Substanzkonsum handle es sich vorliegend klar um ein sekundäres Suchtverhalten. Es sei oft so, dass eine Erkrankung aus dem bipolaren Formenkreis (genauso wie schizoaffektive Störungen oder Schizophrenien) durch Substanzkonsum das erste Mal manifest ausbräche. Aber auch unter Abstinenz komme die bipolare Er-

krankung (auch die beiden anderen genannten) nicht zum Stillstand und könne unter Druck und Überlastung zu entsprechenden Krankheitsepisoden führen (S. 4).

Mit Bericht vom 19. Februar 2013 (AB 46) nahm die RAD-Ärztin Bezug auf ein gleichentags mit dem behandelnden Psychiater geführtes Telefonat, wonach der Beschwerdeführer bis vor zwei Wochen seine Medikamente regelmässig genommen und auch regelmässig in die Behandlung gekommen sei, wodurch sich dessen Zustand erheblich verbessert habe. Der Beschwerdeführer habe immer zugegeben, ab und zu ein oder zwei Bier zu trinken; ganz ohne Alkohol sei er nie. Weil er die notwendige Behandlung abgesetzt habe und auch anzunehmen sei, dass der Alkoholkonsum die Krankheitssymptomatik verstärkt habe, sei wegen seines Verhaltens und seiner Denkweisen keine Eingliederungsfähigkeit umsetzbar gewesen. Bei Einhalten von medizinischen Massnahmen und unter Abstinenz könnte die Eingliederungsfähigkeit zumindest teilweise erreicht werden. Entsprechend sei eine Schadensminderungsaufforderung zur regelmässigen Teilnahme an den Behandlungsterminen beim Psychiater (inkl. Einnahme der verordneten Medikamente) und zu Kontrollen des Blutspiegels sowie des Alkoholkonsums zu erlassen (vgl. entsprechendes Einschreiben vom 4. März 2013; AB 47).

**3.1.4** Gemäss Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. November 2013 (AB 51) hatte sich der Beschwerdeführer in den letzten vier bis sechs Monaten (also von Mai bis Juli 2013 an) nicht an die Bedingungen der Beschwerdegegnerin (vgl. AB 47) gehalten und sich jeglicher psychiatrischen Behandlung und Kontrolle der Compliance und der Abstinenz widersetzt; mindestens gegen Schluss dieser Phase wurde er ausfällig und aggressiv, weshalb er am 11. Oktober 2013 wegen Fremd- und Selbstgefährdung sowie Drohungen polizeilich angehalten und zur fürsorglichen Unterbringung in die C.\_\_\_\_\_ zwangseingewiesen wurde. Nach Ansicht des behandelnden Psychiaters war eine Besserung angesichts der fehlenden Einsicht, bei verschlechtertem Gesundheitszustand Hilfe zu holen, und infolge des Alkoholkonsums wenig wahrscheinlich.

**3.1.5** Die C.\_\_\_\_\_ bestätigten mit Berichten vom 6. und 10. Dezember 2013 (AB 55/7 ff., 56) die viertmalige Hospitalisation vom 11. Oktober bis 20. November 2013. Im Bericht vom 6. Dezember 2013 (AB 56) diagnostizierten sie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizoaffektive Störung, bei Eintritt manisch (ICD-10 F25.0), bestehend seit 1997, und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1). In einem Bericht zu Händen des behandelnden Psychiaters vom 10. Dezember 2013 (AB 55/7 ff.) diagnostizierten sie nach ICD-10 eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig manischer Typ (F25.0) und schädlicher Gebrauch von Alkohol und Amphetaminen, differentialdiagnostisch Alkoholabhängigkeit (F19.1). Im Verlauf der Hospitalisation habe der Beschwerdeführer berichtet, während mehrerer Wochen vor der Hospitalisation wieder regelmässig Alkohol, aber auch Amphetamine und Cannabis konsumiert zu haben. Er habe sich in einer schweren paranoiden psychotischen Krise befunden, die medikamentös erfolgreich behandelt worden sei. Im weiteren Verlauf habe er (auch bei längeren Urlaube) keine Hinweise auf einen erneuten Konsum von Alkohol oder illegalen psychotropen Substanzen gezeigt. Er habe sich selbstständig die ärztlicherseits empfohlenen Begleitungen und Behandlungen (Psychiatrie-Spitex, Suchtberatung) organisiert. Er habe sich in den letzten zehn Tagen der Hospitalisation krankheits- und behandlungseinsichtig gezeigt. Im Austrittsgespräch sei er auf den Zusammenhang von Drogenmissbrauch und Krankheit hingewiesen worden. Bei bestehender Compliance mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten und Abstinenz seien längere Phasen möglich, in denen der Beschwerdeführer eine Tagesstruktur und eine berufliche Tätigkeit haben könne.

Während des aktuellen Aufenthalts des Beschwerdeführers bei ihnen seien sie von den C.\_\_\_\_\_ mit der Erstellung eines Gutachtens seitens der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) betraut worden. Darin hätten sie die Verfügung ambulanter Weisungen für eine Spitex-Betreuung, ambulante Suchtberatung und eine ambulante psychische Therapie empfohlen (AB 55/8 unten).

**3.1.6** Im Bericht vom 28. Mai 2014 (AB 58) führte die RAD-Ärztin aus, einerseits Alkohol, andererseits noch mehr aber Cannabis und Amphet-

amine könnten psychotische Symptome und Aggressivität hervorrufen. Aus Sicht des RAD könne man erst nach einiger Zeit der Abstinenz festlegen, ob der Beschwerdeführer auch ohne Substanzkonsum noch manische/psychotische Symptome habe oder die Diagnose schizoaffektive Störung definitiv zu stellen sei. Es gebe auch die Möglichkeit, dass bei fortgesetztem Substanzkonsum sekundär eine Erkrankung aus diesem Formenkreis entstehe. Selbst wenn eine schizoaffektive Störung ohne Substanzkonsum trotz Abstinenz weiter bestehen würde, würden die genannten Substanzen aber den Gesundheitsschaden immer wieder dekomensieren lassen. Aus der Sicht des RAD sei es dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers angemessen, wenn er eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung wahrnehme und gleichzeitig abstinent von allen Drogen (inkl. Alkohol) sei. Eine enge Abstinenzkontrolle mit kurzfristigen und unangesagten Untersuchungen passe zur Therapie und sei angemessen. Zurzeit seien mit Blick auf die sich aus dem C. \_\_\_\_\_-Bericht (vgl. E. 3.1.5 hiervor) ergebende Selbst- und Fremdgefährdung keine Eingliederungsmassnahmen möglich. Der Beschwerdeführer müsse mitwirken, dass er abstinent werde und damit der Gesundheitsschaden bei Abstinenz geklärt werden könne, weshalb er erstens eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung und zweitens Abstinenzkontrollen benötige. Diese medizinischen Massnahmen seien zumutbar, weil dem Gesundheitsschaden angepasst, und sollten für sechs Monate durchgeführt werden. Sobald hintereinander je drei normale bzw. negative Werte (Alkohol und Drogen) vorlägen, sei ein Zwischenbericht bei der die Abstinenzkontrolle durchführenden psychiatrischen Behandlungsstelle einzuholen, worauf entschieden werden könne, ob es noch einer Begutachtung bedürfe.

**3.1.7** Mit Stellungnahme vom 27. August 2014 (AB 67) sah die RAD-Ärztin im Umstand, dass der Beschwerdeführer schlechter mit Druck und Stress umgehen könne, keinen Grund dafür, auf eine Abstinenz zu verzichten, da gerade unter Substanzeinfluss die Gefahr bestehe, dass er fehlreagiere, indem er aggressiv werde, was ihm selbst und auch anderen schaden könne. Depressionen würden durch Substanzkonsum ebenfalls verstärkt. Die Fähigkeit zur Erkennung und Einschätzung der Realität sei in psychotischen Phasen nicht vorhanden. Jedoch habe nicht jede manische Phase automatisch psychotische Anteile und solche könnten vermieden

werden, wenn kein Substanzkonsum bestehe. Generell werde die Therapiefähigkeit (medikamentös und psychotherapeutisch) durch Abstinenz besser und nicht schlechter.

**3.2** 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).

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).

**3.3** Aufgrund der diversen Arztberichte ab März 2011 sowie der Beurteilungen der RAD-Ärztin (vgl. E. 3.1 hiavor) ist ohne weiteres von einem erheblichen Alkohol- und Drogenmissbrauch (Cannabis und Amphetamine) des Beschwerdeführers auszugehen. Hinzu kommt die (hierdurch allenfalls verstärkte) Krankheitssymptomatik (vgl. AB 46), wobei die Unterscheidung zwischen einer schizoaffektiven Störung (vgl. AB 24, 51) und einer bipolaren affektiven Psychose (vgl. AB 22, 24) versicherungsmedizinisch letztlich irrelevant ist (vgl. AB 25). Jedenfalls hat die Beschwerdegegnerin aufgrund des schlechten Gesundheitszustands des Beschwerdeführers einen Eingliederungsanspruch mit Verfügung vom 6. März 2013 (AB 48) verneint. Auch hat sie ihn am 4. März 2013 im Rahmen der Schadenminderung dazu

angehalten, regelmässig die Behandlungstermine beim Psychiater wahrzunehmen, die verordneten Medikamente gemäss den Anweisungen des Arztes einzunehmen und zwecks Kontrolle des Blutspiegels sowie des Alkoholkonsums monatlich unaufgefordert einen Laborbericht einzureichen, wobei das weitere Vorgehen aus fachärztlicher Sicht bei optimalem Therapieverlauf frühestens in drei Monaten neu beurteilt werden könne (AB 47). Der Beschwerdeführer hielt sich in der Folge nicht an diese Aufforderungen, was letztlich zu einer massiven Dekompensation und zum (vierten stationären) Aufenthalt vom 11. Oktober bis 20. November 2013 in den C.\_\_\_\_\_ führte (vgl. E. 3.1.4 f. hiervor). Infolgedessen wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren ab (AB 59 und 68). Zu prüfen ist, ob die Verweigerung der Mitwirkung des Beschwerdeführers auf entschuldigen Gründen beruht. Nur in diesem Fall wäre ihm die verweigerte Mitwirkung nicht zuzurechnen, weil er krankheitshalber nicht in der Lage wäre, seiner Pflicht nachzukommen.

**3.4** Die Zumutbarkeit der angeordneten Massnahme wird hauptsächlich gestützt auf den Bericht des RAD vom 1. März 2012 (AB 29; vgl. E. 3.1.3 dritter Abschnitt hiervor) bestritten (Beschwerde, S. 3 Ziff. 3 ff.). In diesem Bericht stellte die RAD-Ärztin nach eigener Untersuchung (definitiv) die Diagnose einer bipolaren Störung mit anamnestisch schwer ausgeprägten manischen und depressiven Episoden, die durch nicht leidensangepasste Belastungen begründet seien, was selbst mit Medikamenten und weiterer Therapie nicht zu verhindern sei; zudem sei eine schrittweise Eingliederung in eine angepasste Tätigkeit eminent (AB 29/4 oben). Es handle sich hier klar um ein sekundäres Suchtverhalten. Es sei oft so, dass eine Erkrankung aus dem bipolaren Formenkreis (genauso wie eine schizoaffektiv Erkrankung oder Schizophrenie) durch Substanzkonsum das erste Mal manifest ausbreche; dies treffe auf Personen zu, welche chromosomal (genetisch) dazu disponierten, weil sie quasi in den Chromosomen genetisch verankert hätten, dass bei ihnen diese Substanzen diese Erkrankung zum Ausbruch brächten. Aber auch ohne Substanzkonsum breche die Krankheit irgendwann aus, nur eben etwas später und häufig als Folge von Überlastung. Solche Personen müssten Abstinenz anstreben, aber auch unter Abstinenz komme die bipolare Krankheit (ebenso in den beiden anderen genannten Fällen) nicht zum Stillstand und könne unter Druck und Überbelas-

tung zu entsprechenden Krankheitsepisoden führen (AB 29/4 unten). Diesen Ausführungen zufolge ist das Suchtverhalten des Beschwerdeführers nicht die direkte Folge der Krankheit, sondern der Suchtmittelkonsum kann zum Ausbruch der Krankheit führen.

Der behandelnde Psychiater begrüßte im Februar 2013 die Aufforderung zu regelmässiger Behandlung, Einnahme der verordneten Medikamente und Einhaltung der Abstinenz (AB 46/2; vgl. E. 3.1.3 vierter Abschnitt hier- vor). Auch die C. \_\_\_\_\_ empfahlen in einem Gutachten zu Handen der KESB Ende 2013 die Verfügung ambulanter Weisungen für eine Spitex- Betreuung, ambulante Suchtberatung und ambulante psychiatrische The- rapie (AB 55/8 unten; vgl. E. 3.1.5 zweiter Abschnitt hier- vor); für die vorlie- gend streitige Frage der Zumutbarkeit kann auf den Beizug dieses Gutach- tens im Rahmen der antizipierten Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden. Im Bericht vom 6. Dezember 2013 wird nämlich weiter ausgeführt, dass bei bestehender Compliance mit stimmungsstabili- sierenden Medikamenten und Abstinenz längere Phasen möglich seien, in denen der Beschwerdeführer eine Tagesstruktur und eine berufliche Tätig- keit haben könne. Zur Sicherung der Compliance und Abstinenz seien eine ambulante Behandlung im Sinne einer Spitex-Betreuung sowie Suchtbera- tung indiziert (AB 56/3; vgl. E. 3.1.5 erster Abschnitt hier- vor). Hierauf be- zugnehmend erachtete denn auch die RAD-Ärztin im Bericht vom 28. Mai 2014 sowohl eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung als auch eine enge Abstinenzkontrolle mit kurzfristigen und unangesagten Untersu- chungen als erforderlich und zumutbar (AB 58/3; vgl. E. 3.1.6 hier- vor). In ihrem letzten Bericht vom 27. August 2013 fokussierte die RAD-Ärztin nur noch auf den Substanzkonsum und machte explizit den Substanzeinfluss dafür verantwortlich, dass der Beschwerdeführer fehlreagiere, indem er aggressiv werde (AB 67; vgl. E. 3.1.7 hier- vor).

Aufgrund des hier- vor Dargelegten ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer Auflagen – und damit auch die ihm von der Beschwerdegegnerin auferleg- ten (AB 47) – zumutbar sind. Es wird schlüssig und überzeugend begrün- det, dass für die vorliegend erforderliche psychiatrische Begutachtung die Abstinenz eine unabdingbare Voraussetzung darstellt.

**3.5** Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin das Mahn- und Bedenkzeitverfahren korrekt durchgeführt (vgl. E. 2.4 hiavor). Insbesondere kann dem Einwand des Beschwerdeführers, die Zustellung einer einzigen Schadenminderungsverfügung am 4. März 2013 (AB 47) sei hierfür nicht ausreichend (Beschwerde, S. 3 Ziff. 5), nicht gefolgt werden: Das mit "Schadenminderung" betitelte Mahn- und Bedenkzeitschreiben vom 4. März 2013 (AB 47) enthält eine unmissverständliche Verhaltensaufforderung für die Dauer von mindestens drei Monaten und die im Falle der Widersetzlichkeit drohende Sanktion. Unmittelbar nach Erlass dieser Aufforderung scheint der Beschwerdeführer denn auch in Behandlung und abstinent gewesen zu sein, doch muss er sich in der Zeit von Mai bis Juli 2013 (in den letzten vier bis sechs Monaten gemäss Bericht vom 12. November 2013; AB 51/1) jeglicher psychiatrischer Behandlung und Kontrolle der Compliance und Abstinenz widersetzt haben, sodass es schliesslich zur Hospitalisation vom 11. Oktober bis 20. November 2013 kam. Gemäss RAD-Bericht vom 28. Mai 2014 bedürfte es gar einer sechsmonatigen psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung und Abstinenz (AB 58/3 unten). Jedenfalls hat der Beschwerdeführer in Kenntnis der drohenden Sanktion die entsprechende Aufforderung verletzt, dies mit der Konsequenz, dass die angedrohte Sanktion eintritt bzw. von der Beschwerdegegnerin zu Recht verfügt wurde.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung 8. September 2014 (AB 68) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist somit abzuweisen.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass es dem Beschwerdeführer frei steht, sich erneut zum Leistungsbezug anzumelden, falls er zur Mitwirkung (regelmässige Wahrnehmung der Behandlungstermine beim Psychiater, Einnahme der verordneten Medikamente gemäss Anweisung des Arztes, Alkoholabstinenz während der Behandlungszeit) bereit ist.

## 5.

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.