

200 17 552 IV  
SCP/IMD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. Oktober 2017**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Mai 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1981 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im November 2014 unter Hinweis auf Depressionen, ADHS sowie Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) klärte die medizinischen und erwerblichen Verhältnisse ab und sprach dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form von Berufsberatung zu (AB 39). In der Folge beauftragte sie Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung des Versicherten (Gutachten vom 18. Dezember 2016 [AB 63.1]) und stellte ihm mit Vorbescheid vom 5. April 2014 (AB 66) die Abweisung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 70) verfügte die IVB am 23. Mai 2017 (AB 72) wie vorgesehen.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher Dr. iur. B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 7. Juni 2017 Beschwerde mit dem Antrag, die Verfügung vom 23. Mai 2017 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen betreffend das im September 2016 begonnene, dreijährige Studium an der Universität ...) zuzusprechen. Er macht im Wesentlichen geltend, er verfüge über keine abgeschlossene Berufsausbildung, nachdem er 2009 sein Bachelorstudium der ... aus gesundheitlichen Gründen habe aufgeben müssen, zudem liege ein Invaliditätsgrad von mehr als 20 % vor, womit ein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe.

Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2017 die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt vor, es sei fraglich, ob überhaupt ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Sicherlich betrage der Invaliditätsgrad jedoch weniger als 20 %, womit kein Anspruch

auf Übernahme der Kosten im Zusammenhang mit dem Bachelorstudium bestehe.

Mit Replik vom 16. August 2017 bzw. Duplik vom 4. September 2017 halten die Parteien an den bisher gestellten Anträgen fest.

### **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 23. Mai 2017 (AB 72). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen.

**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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** 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 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

**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).

**2.4** Gemäss Art. 17 IVG besteht Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Abs. 1). Der Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit ist die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf gleichgestellt (Abs. 2). Unter Umschulung ist nach der Rechtsprechung grundsätzlich die Summe der Eingliederungsmassnahmen berufsbildender Art zu verstehen, die notwendig und geeignet sind, den vor Eintritt der Invalidität bereits erwerbstätig gewesenen Versicherten eine ihrer früheren annähernd gleichwertige Erwerbsmöglichkeit zu vermitteln (BGE 139 V 399 E. 5.4 S. 403, 130 V 488 E. 4.2 S. 489; SVR 2016 IV Nr. 10 S. 31 E. 4.1).

Als invalid im Sinne von Art. 17 IVG gilt, wer nicht hinreichend eingegliedert ist, weil der Gesundheitsschaden eine Art und Schwere erreicht hat, welche die Ausübung der bisherigen Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise unzumutbar macht. Dabei muss der Invaliditätsgrad ein bestimmtes erhebliches Mass erreicht haben; nach der Rechtsprechung ist dies der Fall, wenn die versicherte Person in den ohne zusätzliche berufliche Ausbildung noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20 % erleidet, wobei es sich um einen blossen Richtwert handelt (BGE 130 V 488 E. 4.2 S. 490, 124 V 108 E. 2b S. 110; SVR 2010 IV Nr. 24 S. 74 E. 4).

**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).

**2.6** 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 im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

**2.7** 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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.1.1** Im Kurzaustrittsbericht der psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ vom 12. November 2009 (AB 10) wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert (ICD-10: F10.21), mit Wahrnehmungsstörungen (akustischen Halluzinationen) bzw. differentialdiagnostisch einer Ersterkrankung

aus dem schizophrenen Formenkreis, diagnostiziert. Im Rahmen der Hospitalisation (2. bis 12. November 2009) sei ein problemloser Valium-unterstützter Alkoholentzug durchgeführt worden. Eine MRI-Untersuchung des Schädels aufgrund des ersten psychotischen Schubes habe keine Auffälligkeiten ergeben. Eine neuroleptische medikamentöse Therapie habe der Patient vorerst abgelehnt. Für die Dauer der Hospitalisation wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

**3.1.2** Im Bericht der psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2013 (AB 8) betreffend eines stationären (9. bis 11. Oktober 2013) bzw. tagesklinischen (11. bis 16. Oktober 2013) Aufenthaltes finden sich die folgenden Diagnosen:

- Störung durch Alkohol, akute Intoxikation ohne Komplikationen (ICD-10: F10.00)
- Alkoholabhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch, ohne körperliche Symptome (ICD-10: F10.24)
- Abhängigkeitssyndrom von Sedativa, gegenwärtiger Substanzgebrauch, ohne körperliche Symptome (ICD-10: F13.24)
- Leichte depressive Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00).

Die Zuweisung sei aufgrund von Suizidgedanken und akuter Alkoholintoxikation, begleitet von einer erhöhten Tabletteneinnahme, erfolgt. Bereits am Tag nach der Aufnahme sei der Patient wieder zuversichtlich gewesen und habe seine Suchtproblematik differenziert beschreiben können. Eine medikamentöse Entzugstherapie habe sich erübrigt, da sich praktisch keine Entzugssymptome gezeigt hätten. Er habe zeitlich und örtlich orientiert bei euthymer Grundstimmung entlassen werden können. Es habe keine Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden.

**3.1.3** Dipl. psych. F. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie und Neuropsychologie, diagnostizierte im Bericht vom 13. Mai 2005 (richtig: 2014 [AB 13]) eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS NOS [DSM V: 314.9]). Sie hielt fest, aktuell lägen rezidivierende depressive Episoden vor dem Hintergrund eines fragilen Selbstwertgefühls und eine Suchtproblematik mit Substanzeinsatz zum Zwecke der Selbstberuhigung und Dämpfung vor. Klinisch hätten sich während der Untersuchung keine relevanten Auffälligkeiten gezeigt. Die Kriterien für ADHS seien bei den selbstanamnestischen Angaben, in störungsspezifischen Messmitteln und

im klinischen Interview teilweise erfüllt. Die fremdanamnestischen Angaben der Mutter und der Partnerin wiesen nicht konsistent auf eine ADHS hin. Somit seien die Bedingungen für die Diagnose einer ADHS nach DSM V nur teilweise erfüllt. Da dennoch einige ADHS-typische Symptome vorlägen, deren Vorhandensein der Patient auch für die Kindheit ausdrücklich bejahe, erscheine die Diagnose der subsyndromalen ADHS angemessen. Ein Teil der Symptomatik sei sicherlich durch die anderen psychischen Störungen bedingt.

**3.1.4** Am 25. September 2014 (AB 12) berichtete der psychiatrische Dienst E.\_\_\_\_\_, der Patient habe sich vom 12. bis 15. September 2014 zum zweiten Mal auf freiwilliger Basis in stationärer Behandlung befunden. Diagnostiziert wurden ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) mit akuter Alkoholintoxikation bei Eintritt, ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10: F13.1), Probleme in der Beziehung zur Lebenspartnerin (ICD-10: Z63.0) und eine ADHS (aktenanamnestisch). Nach einem Alkoholrückfall im Rahmen eines genehmigten Ausgangs am 15. September 2014 sei der Patient auf seine Forderung hin bei fehlenden Hinweisen für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung aus der stationären Behandlung entlassen worden.

**3.1.5** Im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2015 (AB 21 S. 1 ff.) wurden eine ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0; Diagnose 17.04.2014) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), diagnostiziert. Es bestehe eine Alkohol- und eine Hypnotikaabhängigkeit, jeweils gegenwärtig in beschützender Umgebung abstinenter (ICD-10: F10.21 und F13.21). Der Patient habe sich vom 30. September 2014 bis zum 6. Januar 2015 für einen qualifizierten Alkoholentzug in stationärer Behandlung befunden. Die Erstellung einer konklusiven Prognose sei zum jetzigen Zeitpunkt schwierig. Unter Beibehaltung der Abstinenz und Fortsetzung der Pharmako- und Psychotherapie könne die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich vollumfänglich wiedererlangt werden. Die Arbeit als ... sei derzeit nicht zumutbar. Jedoch sei eine Tätigkeit mit regelmässiger Arbeitszeit ohne Schicht- und Nachtarbeit mit einem planbaren und gut organisierbaren Arbeitsvolumen realistisch. Bei solchen Arbei-

ten habe der Patient mittlerweile Strategien entwickelt, mit seinen Konzentrations- und Auffassungseinschränkungen umzugehen.

**3.1.6** Die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 19. Februar 2015 (AB 26) aus, die Beeinträchtigung sei prinzipiell minimal. Es bestehe ein Subsyndrom einer ADHS und eine Vulnerabilität zur Entwicklung depressiver Symptome. Eine Tätigkeit im angestammten Beruf als ... sei in Anbetracht der Suchtmittelabhängigkeit nicht anzuraten. In angepasster Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

**3.1.7** Im Bericht vom 17. März 2015 (AB 29) attestierte med. pract. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis zum 6. Januar 2015. Sie hielt fest, zurzeit träten phasenweise depressive Symptome und kurze Rückfälle mit Alkohol auf. Die Prognose sei mit begleitender Psychotherapie gut. Der Versicherte sollte nicht mehr an Stellen arbeiten, an denen er freien Zugang zu Medikamenten bzw. Benzodiazepinen habe. Er sollte nicht in Schichten arbeiten und auch nicht in der Nacht, wegen der Gefahr erneuter Depressionen. Ein regelmässiger Arbeitsablauf wäre auch von Seiten der ADHS wünschenswert.

**3.1.8** Dem Bericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2015 (AB 33) ist zu entnehmen, dass sich der Patient aufgrund eines massiven Alkohol- und Drogenrückfalls vom 3. bis 17. Juni 2015 in stationärer Behandlung befand. Mitauslösend für den Rückfall sei eine Perspektivenlosigkeit gewesen, da er keine konkrete Tagesstruktur gehabt und nicht genau gewusst habe, wie es weiter gehen solle. Bei Austritt aus der Klinik habe der Patient im Vergleich zum Eintrittsstatus eine aufgehellte und stabile Stimmung gezeigt.

**3.1.9** Im Bericht vom 30. Juli 2015 (AB 37) führte die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ unter Hinweis auf die Biographie des Versicherten aus, bei der Suchtmittelabhängigkeit handle es sich nicht um ein reines Suchtgeschehen. Es scheine bisher keine Folgeschäden durch den Substanzmittelgebrauch zu geben. Die Diagnose ADHS könne nicht wirklich nachvollzogen werden. Diese sei bereits im Rahmen der Abklärung im Jahr 2014

durch die bestehende Psychopathologie in Frage gestellt und durch die Nachbehandler unkritisch übernommen worden.

**3.1.10** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Gutachten vom 18. Dezember 2016 (AB 63.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aver-siven Medikamenten (ICD-10: F10.23), eine einfache Aufmerksamkeits-störung ADHS (ICD-10: F90.0) und eine kombinierte Persönlichkeits-störung mit emotional instabilen und passiv aggressiven Anteilen (ICD-10: F61.0). In seiner angestammten Tätigkeit als ... sei der Explorand aufgrund seiner Suchtmittelabhängigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 31 Ziff. 1). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Da-bei sollte er keinen freien Zugang zu Medikamenten und Suchtmitteln ha-ben und geregelte Arbeitszeiten ohne Schichtdienst, insbesondere keinen Nachtdienst (S. 32 Ziff. 2).

**3.2** Die von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 18. Dezember 2016 gestellten Diagnosen einer Aufmerksamkeitsstörung sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (AB 63.1 S. 25 f., S. 29) vermögen insoweit nicht zu überzeugen, als sich die Gutachterin dabei ausschliesslich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und im Übrigen auf eine in medizinischer Hinsicht unvollständige Aktenlage abstützt. Die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hielt im Rahmen ihrer Aktenbeurteilung vom 30. Juli 2015 (AB 37 S. 7) mit nachvollziehbarer Begründung fest, dass die Diagnose einer ADHS aufgrund der bestehenden Psychopathologie nicht wirklich nachvollzogen werden könne und im Rahmen der Ab-klärung im Jahre 2014 (AB 13) denn auch in Frage gestellt, jedoch in der Folge von den nachbehandelnden Ärzten unkritisch übernommen worden sei. So wies dipl. psych. F. \_\_\_\_\_ darauf hin, dass sich während der Untersuchung klinisch keine relevanten Auffälligkeiten zeigten und die Kri-terien für ADHS bei den selbstanamnestischen Angaben, in störungsspezi-fischen Messmitteln und im klinischen Interview bloss teilweise erfüllt waren (AB 13 S. 7). Dabei ist zu beachten, dass die vom Beschwerdeführer ge-genüber der Gutachterin gemachten Angaben über seine Schul- und Ju-gendzeit in krassem Widerspruch mit den Angaben der als Heilpädagogin

tätigen Mutter stehen, welche über eine normale Persönlichkeitsentwicklung berichtete und das Vorliegen einer ADHS ausschloss, zumal auch von den Lehrern dieser Verdacht nie geäussert worden sei und der Beschwerdeführer in der Schule immer mitgekommen sei, ohne viel dafür zu machen (AB 13 S. 5). Da sich die Gutachterin mit diesen fremdanamnestischen Angaben in keiner Weise auseinandergesetzt hat, erweisen sich die von ihr gestellten Diagnosen einer ADHS und einer in der Jugendzeit erworbenen Persönlichkeitsstörung als nicht schlüssig. Als korrekt zeigt sich zudem die Feststellung der RAD-Ärztin, dass sich die Aktenlage auch hinsichtlich der Ausbildung zum ... (Bachelor-Studium [AB 42]) und den Umständen deren Abbruchs im Jahr 2009 als recht dünn erweist (AB 46 S. 7), liegt doch diesbezüglich einzig ein Kurzaustrittsbericht der psychiatrischen Dienste D.\_\_\_\_\_ vom 12. November 2009 an die behandelnde Hausärztin vor, aus welchem hervorgeht, dass der Beschwerdeführer während zehn Tagen einen problemlosen Alkoholentzug absolvierte (AB 10 S. 2). Akten über die offenbar vorgesehene psychiatrische Nachbehandlung bei Dr. med. J.\_\_\_\_\_ sowie Gespräche bei der K.\_\_\_\_\_ finden sich in den Akten ebenso wenig wie allfällige Akten des schulpyschologischen Dienstes bzw. betreffend der vom Beschwerdeführer erwähnten kinderpsychiatrischen Behandlung in der sechsten und siebten Klasse (AB 13 S. 3).

Fest steht dagegen aufgrund der Aktenlage einzig, dass sich der Beschwerdeführer bereits während der Jugendzeit mit psychosozialen Belastungsfaktoren und übermässigem Alkohol- bzw. Suchtmittelkonsum konfrontiert sah, was ihn jedoch nicht daran hinderte, die gymnasiale Ausbildung mit einem Matura-Notendurchschnitt von 5.2 erfolgreich zu absolvieren (AB 13 S. 4 und 6). Damit ist höchst fraglich, ob der Abbruch der Ausbildung an der Berner Fachhochschule ... (AB 2 S. 4 Ziff. 5.3) im Jahr 2009 überhaupt mit einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden in Zusammenhang steht, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (Beschwerde S. 3 Art. 1). Aufgrund der nachfolgenden Überlegungen kann diese Frage letztlich offen bleiben.

**3.3** Die sowohl von der RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (AB 26 S. 26) als auch von der Gutachterin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (AB 63.1 S. 31) definierte Bedingung, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Berufs-

ausübung nicht durch Medikamentenkontakt in Versuchung gebracht werden darf, suchtrückfällig zu werden, ist aus medizinisch-therapeutischer Sicht nachvollziehbar, erweist sich indessen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht als nicht relevant, worauf die Beschwerdegegnerin zu Recht hinweist (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 5). Denn aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer seine Rückfälle nicht aufgrund einer Versuchung durch Suchtmittel, sondern als Reaktion auf psychosoziale Belastungen und Überforderung provozierte (AB 63.1 S. 25). Insoweit ist diesbezüglich weder auf das Gutachten vom 18. Dezember 2016 (AB 63.1) noch auf die Stellungnahmen der RAD-Psychiaterin vom 19. Februar 2015 (AB 26) bzw. vom 30. Juli 2015 (AB 37) abzustellen. Zu ergänzen ist, dass es offenbar während seiner vom September 2011 bis Ende April 2014 dauernden Anstellung in der L. \_\_\_\_\_, wo er in der Betäubungsmittelabgabe arbeitete (AB 18 S. 8), nie zu solchen Übergriffen gekommen ist und er diese Stelle schlussendlich aus anderen Gründen aufgegeben hat (AB 9 S. 1). Nach der Beurteilung des letzten Arbeitgebers könnte der Beschwerdeführer denn auch in einem ... arbeiten (AB 18 S. 9).

**3.4** Der geltend gemachte Anspruch ist einzig nach Art. 17 IVG (Umschulung) zu beurteilen, worauf die Beschwerdegegnerin zutreffend hinweist (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 6).

Nach dem hiavor Gesagten wäre dem Beschwerdeführer die bisher ausgeübte Tätigkeit als ... bzw. ... weiterhin zumutbar, womit es an einer Invalidität fehlt und kein Anspruch auf die Übernahme der Kosten im Zusammenhang mit dem begonnenen Bachelorstudium besteht. Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, änderte sich daran auch nichts, wenn auf das von der Gutachterin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ bzw. der RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ definierte Zumutbarkeitsprofil (AB 63.1 S. 32 Ziff. 2; AB 26 S. 5) abgestellt würde.

#### **4.**

**4.1** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Anspruchsbeginns massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben sind (vgl. BGE 129 V

222, 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1). Vorliegend sind für den Einkommensvergleich zur Beurteilung der erforderlichen leistungsspezifischen Invalidität (vgl. E. 2.4 hiavor) die Zahlen des Jahres 2017 (Zeitpunkt der Verfügung [AB 72]) heranzuziehen, da es sich bei der Umschulung um eine Naturalleistung handelt (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Art. 17 N. 1), bei welcher die rückwirkende Zusprechung begriffsnotwendig ausser Betracht fällt und welche somit nur für die Zukunft gewährt werden kann. Da die entsprechenden statistischen Grundlagen (noch) nicht vorliegen, hat sich der Einkommensvergleich diesbezüglich auf das Jahr 2016 abzustützen.

## **4.2**

**4.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Anspruchsbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.2.2** Die Beschwerdegegnerin hat zur Bemessung des Valideneinkommens das zuletzt bei der L. \_\_\_\_\_ in einem Pensum von 80 % erzielte Einkommen (AB 18 S. 3 Ziff. 2.9 f.) herangezogen und dieses auf ein Vollzeitpensum umgerechnet (AB 72 S. 1), was nicht korrekt ist. Diesbezüglich wäre vorzusetzen, dass der Beschwerdeführer sich einerseits nicht aus freien Stücken mit einem tieferen Beschäftigungsgrad begnügte und andererseits der Arbeitgeber bereit und in der Lage gewesen wäre, den Beschwerdeführer in einem höheren Pensum zu beschäftigen (vgl. dazu prozessleitende Verfügung vom 12. Juni 2017 [in den Gerichtsakten]). Diese

Voraussetzungen sind nicht erfüllt, da eine Aufstockung der Stellenprozente gemäss Aktenlage ausser Diskussion stand (Replik S. 3 Ziff. 10) und der Beschwerdeführer bewusst lediglich in einem Pensum von 80 % arbeiten wollte, um sich daneben zu 20 % der Kinderbetreuung zu widmen (AB 9 S. 2).

**4.2.3** Folglich ist das Valideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu bestimmen. Unter Berücksichtigung der Tabelle TA1 der LSE 2014, Männer, Position 86-88 (Gesundheits- u. Sozialwesen), Kompetenzniveau 2 ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 69'627.-- (Fr. 5'552.-- x 12 Monate / 40 Wochenstunden x 41.6 Wochenstunden [BUA, Position 86-88, 2016] / 102.5 x 103 [Tabelle T1.1.10, Position 86-88, Männer, 2014 bzw. 2016]).

#### **4.3**

**4.3.1** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalidenein-

kommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.3.2** Das Invalideneinkommen wurde von der Beschwerdegegnerin korrekterweise anhand des Totalwertes der Tabelle TA1 2014 im Kompetenzniveau 1 bestimmt (AB 72 S. 2). Dementsprechend ergibt sich ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 67'033.-- (Fr. 5'312.-- x 12 Monate / 40 Wochenstunden x 41.7 Wochenstunden [BUA, Total, 2016] / 103.2 x 104.1 [Tabelle T1.1.10, Total, Männer, 2014 bzw. 2016]). Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn sind keine ersichtlich, zumal der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit vollumfänglich einsatzfähig ist. Invaliditätsfremde Gründe, welche einen Abzug rechtfertigen würden (vgl. E. 4.3.1 hiervor), liegen ebenfalls nicht vor.

**4.4** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'594.-- bzw. ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 4 % ( $[(\text{Fr. } 69'627.-- - \text{Fr. } 67'033.--)] / \text{Fr. } 69'627.-- \times 100$ ), was nicht zu einem Anspruch auf Umschulung führt (vgl. E. 2.4 hiervor). Daran würde sich auch bei Gewährung des vom Beschwerdeführer beantragten leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn in der Höhe von 10 % (Beschwerde S. 6 Art. 6) nichts ändern. Diesfalls resultierte ein Invaliditätsgrad von 13 % ( $[(\text{Fr. } 69'627.-- - \{\text{Fr. } 67'033.-- \times 0.9\}) / \text{Fr. } 69'627.-- \times 100]$ ).

**4.5** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2017 (AB 72) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist folglich abzuweisen.

## **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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung; auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

#### **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 werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher Dr. iur. 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.