

200 17 586 IV
SCJ/JAP/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. September 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
c/o B. _____
vertreten durch C. _____, Rechtsanwältin D. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1993 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich nach einer im 3. Lehrjahr arbeitgeberseitig zufolge schlechter Leistungen abgebrochenen Berufslehre als ... am 16. Mai 2013 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilagen [AB] 1, 7). Diese gewährte ihm nach einer psychiatrischen Begutachtung (AB 21.1) eine Integrationsmassnahme in Form eines mehrfach verlängerten Aufbautrainings (vom 23. März 2015 bis 18. Januar 2016; AB 30, 43, 47, 53, 57, 64 f., 73). Sodann erteilte sie Kostengutsprachen für eine berufliche Grundabklärung (vom 19. Januar bis 18. April 2016; AB 70, 83), für eine Vorbereitung auf eine Ausbildung zum ... (vom 19. April bis 31. Juli 2016; AB 82, 89, 91) sowie für das erste Ausbildungsjahr der entsprechenden Berufsattest-Ausbildung (vom 1. August 2016 bis 31. Juli 2017; AB 88, 110). In der Folge stellte sie dem Versicherten gestützt auf eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung (AB 100.1, 108) mit Vorbescheid vom 13. März 2017 (AB 113) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht, wobei die Kostengutsprache für das noch laufende Ausbildungsjahr ihre Gültigkeit behalte. Nach erhobenem Einwand (AB 116) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 121) verneinte die IVB mit Verfügung vom 19. Mai 2017 (AB 123) entsprechend dem Vorbescheid einen – über die bereits zugesprochene erstmalige berufliche Ausbildung hinausgehenden – Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen.

B.

Mit Eingabe vom 20. Juni 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin D._____ vom C._____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache sei zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. August 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Zuschrift vom 26. August 2017 nahm der Beschwerdeführer zur Beschwerdeantwort Stellung.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 19. Mai 2017 (act. II 123). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf eine Invalidenrente (Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 20).

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).

2.2.1 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Ent-

scheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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). 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.2.2 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 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1).

2.3 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 Viertelrente.

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 ha-

ben. 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).

3.

3.1 Die angefochtene Verfügung vom 19. Mai 2017 (AB 123) basiert in medizinischer Hinsicht auf der Expertise von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. November 2016 (AB 100.1) sowie deren Ergänzung vom 6. Februar 2017 (AB 108). Der Gutachter vermerkte darin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine cannabisinduzierte psychotische Störung (vom Oktober bis Ende November 2012, ICD-10: F12.5) sowie einen schädlichen Cannabiskonsum seit Jahren, anamnestisch Abstinenz, nicht laborchemisch nachgewiesen (ICD-10: F12.1), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nachvollziehbar (AB 100.1/21 Ziff. III Ziff. 1). Dr. med. E. _____ interpretierte die zurückliegenden Eingliederungsprobleme im Rahmen der cannabisinduzierten Psychose und prognostizierte, dass entsprechende Probleme unter Abstinenz von illegalen psychotropen Substanzen nicht mehr auftreten (AB 100.1/23 Ziff. IV Ziff. 5). Er gelangte zum Schluss, dass die aktuelle berufliche Massnahme zumutbar sei und der Beschwerdeführer mit unterstützenden Massnahmen (Anpassung der Psychopharmakotherapie, Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung sowie Abstinenzkontrollen [AB 100.1/21 f. Ziff. IV Ziff. 1]) unter einer grundsätzlich sehr günstigen prognostischen Einschätzung nach dem Abschluss seiner Berufslehre wieder eine normale Arbeitstätigkeit und Arbeitsfähigkeit erreiche (AB 100.1/24 Ziff. VI Ziff. 1). Auf entsprechende Rückfrage (AB 106) verneinte der Experte am 6. Februar 2017 die Frage nach dem Vorliegen eines eigenständigen, von der Sucht unabhängigen Gesundheitsschadens; nebst der cannabisinduzierten Psychose sei eine anderweitige primäre psychische Störung nicht nachvollziehbar. Gleichzeitig wies er präzisierend darauf hin, dass bei genauer Betrachtung kein andauernder unabhängiger

Gesundheitsschaden vorliege, ja sogar die Diagnosestellung einer Abhängigkeitsstörung bzw. «Sucht» im Gutachten nicht nachvollzogen werde (AB 108).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 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 aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung 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).

3.3 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 17. November 2016 (AB 100.1) samt Ergänzung vom 6. Februar 2017 (AB 108) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis, womit sich das Einholen eines Verlaufsberichts der behandelnden Psychiaterin (Beschwerde S. 9 Ziff. III Ziff. 25) sowie weitere Sachverhaltserhebungen erübrigen (antizipierte Beweismwürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Dr. med. E. _____ stützte seine nachvollziehbaren und überzeugenden Schlussfolgerungen auf die Erkenntnisse aus den wesentlichen Vorakten sowie dem klinischen Explorationsgespräch. Die gegen das Administrativgutachten vorgebrachte Kritik verfängt nicht.

3.3.1 Entgegen der seitens des Beschwerdeführers vertretenen Auffassung (Beschwerde S. 8 Ziff. III Ziff. 23) ist das psychiatrische Gutachten nicht in sich widersprüchlich und geht daraus sehr wohl hervor, welche Diagnosen vorliegen. Dr. med. E. _____ übernahm die bereits vom Vorgutachter Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der psychiatrischen Dienste G. _____ sowie von Dr. med. H. _____, Praktischer Arzt, gestellte Diagnose einer cannabisinduzierten psychotischen Störung (ICD-10: F12.5; AB 9/6, 9/9, 9/18 Ziff. 4, 19/1 Ziff. 1.1, 19/6, 21.1/7 Ziff. 4). Durch den einschränkenden Hinweis, dass diese Störung vom Oktober bis Ende November 2012 gedauert habe (AB 100.1/21 Ziff. III Ziff. 1), ergeben sich keine Diskrepanzen zur Feststellung, dass der psychische Untersuchungsbefund anlässlich der Begutachtung unauffällig gewesen sei (AB 100.1/15).

3.3.2 Dass Dr. med. E. _____ auf die Durchführung von Urinproben verzichtete (Beschwerde S. 8 f. Ziff. III Ziff. 23 und 25), ist nicht geeignet, den Beweiswert seiner gutachterlichen Einschätzung zu schmälern. Zwar kann gemäss den vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) als verbindlich erklärten (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 313) «Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung» der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) der Einsatz von Serum-, Urinuntersuchungen und Haaranalysen bei entsprechender Fragestellung erforderlich sein (Ziff. 4.3.2 der Erläuterungen zum Gutachtenprozess der Qualitätsleitlinien, abrufbar unter <www.psychiatrie.ch>, Rubrik SGPP/Direktzugriff/Qualität; SZS 2016 S. 435 ff.). Insbesondere wenn eine Schizophrenie im Raum steht, wird ein Drogen-Screening als Zusatzdiagnostik grundsätzlich empfohlen (vgl. REINHARD MASS, Diagnostik der Schizophrenie, 2010, S. 92 f.). Derartige Zusatzuntersuchungen sind indes nicht in jedem Fall zwingend und waren hier denn auch nicht angezeigt. Wohl wies der Gutachter im Rahmen der Diagnosestellung darauf hin, dass die Abstinenz (aktuell) nicht laborchemisch nachgewiesen sei (AB 100.1/21 Ziff. III Ziff. 1), er zweifelte jedoch offensichtlich nicht daran, dass seit langem kein schädlicher Cannabiskonsum mehr erfolgte. Die diversen Urinproben fielen denn auch seit dem Jahr 2013 stets negativ aus und die letzte labortechnische Abklärung lag im Zeitpunkt der Exploration erst einen Monat zurück (AB 9/11, 21.2/2, 42,

44/1, 98; IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 10 und S. 23). Der Beschwerdeführer machte selbst geltend, er habe seit Jahren kein Cannabis mehr konsumiert (AB 100.1/10, 100.1/14), womit seine Forderung nach weiteren diesbezüglichen Erhebungen nicht einsichtig ist. Des Weiteren beschlägt die vom Gutachter in Betracht gezogene Amphetamin-Einnahme allein die zurückliegende Phase während des THC-Konsums (AB 100.1/16 f.), weshalb dieser retrospektive Verdacht sich von vornherein nicht durch einen aktuellen Test hätte erhärten lassen (Beschwerde S. 8 Ziff. III Ziff. 23). Im Übrigen ist nicht entscheidend, ob der Beschwerdeführer weiterhin Cannabis oder andere illegale psychotrope Substanzen konsumiert, sondern dass das Vorliegen einer über November 2012 hinausgehenden drogeninduzierten anhaltenden Psychose respektive Schizophrenie nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt ist.

3.3.3 Dr. med. E. _____ hatte Kenntnis der divergierenden Auffassung der behandelnden Dres. med. I. _____ und J. _____, beides Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Er zeigte anhand des Symptomverlaufs sowie der erhobenen klinischen Befunde einleuchtend auf, weshalb deren Differentialdiagnose einer cannabisinduzierten paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0; AB 9/1 Ziff. 1.1, 11/1, 75/2 Ziff. 1.1) nicht ausgewiesen ist (AB 100.1/16). Zwar berichtete der Beschwerdeführer über früher wahrgenommene akustische Halluzinationen (AB 100.1/13), diese traten aber lediglich einmalig und nicht anhaltend auf, was nach den allgemeinen diagnostischen Kriterien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 129) zur Annahme einer Schizophrenie nicht genügt. Die erlebten Gefühle, Gott zu sein und Gedanken von Drittpersonen lesen zu können (AB 100.1/16), wären allenfalls mit einer solchen Krankheit in Verbindung zu bringen (vgl. Symptom Ziff. 1d der diagnostischen Leitlinien [DILLING et. al., a.a.O.]), dieser Wahn trat aber noch vor dem Leistungsgesuch (AB 1) während der zurückliegenden Phase des intensiven Cannabiskonsums und lediglich intermittierend auf (AB 100.1/16). Dass der Gutachter eine Schizophrenie bzw. eine Erkrankung aus dem Spektrum der schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD-10: F2) als «nicht zu 100 % ausgeschlossen» erachtete (AB 100.1/16), ist in Anbetracht des massgebenden Beweisgrades der überwiegenden Wahr-

scheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) nicht entscheidend, zumal er gleichzeitig überzeugend als Ausschlussdiagnose (vgl. REMSCHMIDT/THEISEN, Schizophrenie, 2011, S. 22; DILLING et. al. S. 130 bzw. S. 132; S. 23) eine durchgemachte cannabisinduzierte psychotische Störung (ICD-10: F12.5) feststellte (AB 100.1/21 Ziff. III Ziff. 1). Im Übrigen korreliert die gutachterliche Einschätzung auch mit der Beurteilung von Dr. med. F._____, der bereits in der gegenüber der Trägerin der freiwilligen Krankentaggeldversicherung im Jahre 2013 erstatteten Expertise erwog, der Verlauf spreche gegen das Vorliegen einer schizophreniformen Störung (AB 9/19 lit. B) bzw. eine solche bestehe höchstwahrscheinlich nicht (AB 9/19 lit. B, 9/22 lit. D). Soweit der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang mit dem angeblichen Ansprechen der antipsychotischen medikamentösen Therapie argumentiert (Beschwerde S. 8 Ziff. III Ziff. 24), erscheint dies insoweit nicht überzeugend, als allein aufgrund von Therapieerfolgen kaum zuverlässige deduktiv-hypothetische Rückschlüsse auf die Diagnose gezogen werden können. Auch der neuste Bericht von Dr. med. J._____ vom 24. März 2017 (AB 116) vermag keine Zweifel am Beweiswert des Administrativgutachtens zu begründen, benannte die behandelnde Psychiaterin darin doch keine wichtigen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Die anlässlich der beruflichen Massnahme angeblich aufgetretenen Manierismen (auffälliges, nicht zu unterbrechendes Hüsteln [AB 116/1]) sind bei einer hebephrenen Schizophrenie (ICD-10: F201.1) zwar häufig (vgl. DILLING et. al., a.a.O., S. 132) und wurden auch im definitiven Semesterbericht der Abklärungsstelle K._____, vom 20. Februar 2017 (AB 110) erwähnt (regelmässiges Räuspern [AB 110/5]). Diese Verhaltensform genügt aber auch in Kombination mit dem festgestellten starren Blick und der deutlichen Anspannung (AB 116/1) nicht zum Diagnostizieren einer Hebephrenie bzw. eines anderen Subtypus der Schizophrenie. Der RAD-Arzt Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wies in seiner Stellungnahme vom 11. Mai 2017 (AB 121) denn auch darauf hin, dass die von Dr. med. J._____ angegebenen Symptome die Kriterien einer Schizophrenie bzw. paranoiden Schizophrenie gemäss ICD-10 nicht ausreichend erfüllten.

3.3.4 Es genügt nicht, dass die behandelnde Psychiaterin und die involvierten Berufsfachleute übereinstimmend von Problemen bzw. auffallenden Schwierigkeiten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit berichteten (Beschwerde S. 7 ff. Ziff. III Ziff. 22 und 25), ist zur Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens doch allemal eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose erforderlich (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Der psychiatrische Gutachter Dr. med. E._____ gelangte zum überzeugenden Schluss, dass bei genauer Betrachtung kein andauernder unabhängiger Gesundheitsschaden vorliege (AB 108/2). Er fand eine schlüssige Erklärung für die während der (schliesslich abgebrochenen [AB 131, 133, IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 27) erstmaligen beruflichen Ausbildung in der Abklärungsstelle K._____ beobachteten Antriebsschwäche (Mühe mit dem Aufstehen am Morgen; Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 22) in den Nebenwirkungen der zu hoch dosierten Psychopharmaka (AB 100.1/18). Zusätzlich ergeben sich aus den Akten durchaus auch Hinweise auf motivationale Aspekte (Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 5; Eingabe vom 26. August 2017 S. 1). So wurde seitens der zuständigen Eingliederungsfachperson wiederholt angegeben, die Abgrenzung zwischen fehlender Motivation und psychischer Erkrankung sei beim Beschwerdeführer schwer möglich und es bleibe offen, aus welchen Gründen die Fortschritte derart zaghaf und instabil seien (IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 15 und 21). Der Beschwerdeführer hinterliess bereits während des Aufbautrainings einen unmotivierten Eindruck (AB 65/2; IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 15) und gab im Rahmen der beruflichen Massnahme selbst an, er arbeite so schlecht, weil er sich langweile (IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 20).

4.

4.1 Gestützt auf die beweiskräftige gutachterliche Beurteilung von Dr. med. E._____ (AB 100.1, 108) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bereits im Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug im Mai 2013 (AB 1) weder eine sekundäre Suchterkrankung noch ein durch den Cannabiskonsum bewirkter oder anderweitiger invalidisierender Gesundheitsschaden bestand (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin trotzdem Integrationsmassnahmen und Mass-

nahmen beruflicher Art gewährte (AB 30, 43, 47, 53, 57, 64 f., 70, 73, 82 f., 88 f., 91, 110), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, wies die Beschwerdegegnerin doch zu Recht darauf hin (Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 5), dass diese Leistungen noch vor einer abschliessenden Beurteilung der medizinischen Situation zugesprochen wurden.

4.2 Die angefochtene Verfügung vom 19. Mai 2017 (act. II 123), mit welcher – abgesehen von der bereits erteilten und bis 31. Juli 2017 befristeten Kostengutsprache – ein Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen verneint wurde, ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der 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. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - C. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Doppel der Eingabe vom 26. August 2017 [ohne Beilage])
 - 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.