

200 18 74 IV
FUE/LUB/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. September 2018

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Dezember 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2), meldete sich, nachdem ein erstes Leistungsgesuch mit Verfügung vom 31. Oktober 2006 abschlägig beschieden worden war (AB 22), am 31. Mai 2016 erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 23). In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen, forderte den Versicherten zur kontrollierten Drogenabstinenz auf (AB 43) und liess ihn durch Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. D._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, begutachten (Expertise vom 20. Juli und 31. August 2017; AB 75.1 und 77.1). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 79) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 80 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. Dezember 2017 den Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 23 % (AB 83).

B.

Mit Eingabe vom 26. Januar 2018 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 13. Dezember 2017 sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. Juni 2017 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. Dezember 2017 (AB 83). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, 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.

2.3 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom 31. Mai 2016 (AB 23) eingetreten und hat den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2017 (AB 83) materiell geprüft. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 31. Oktober 2006 (AB 22) und der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2017 (AB 83) eine Verände-

rung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hiavor).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2006 (AB 22) massgeblich auf den Bericht der Klinik E._____ vom 29. August 2006 (AB 20), worin Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Störungen durch Cannabinoide (ICD-10 F.12.21), Kokain (ICD-10 F14.21), Opioide (ICD-10 F11.21) und Halluzinogene (ICD-10 F16.21) diagnostizierte (AB 20 S. 1). Der Patient leide unter einer seit dem 20. Lebensjahr bestehenden Drogenabhängigkeit mit multiplem Substanzgebrauch. Aufgrund der Suchteinengung sei eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit gegeben. Erst mit Erreichen der Abstinenz könne die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wieder neu evaluiert werden. Nach erreichter Abstinenz sei jegliche berufliche Tätigkeit wieder zumutbar (S. 2).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2006 (AB 22) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Im zu Händen des Regionalen Sozialdienstes verfassten Bericht vom 20. September 2012 (AB 39 S. 13 ff.) nannten lic. phil. G._____, Psychologin, und Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen eine hyperkinetische Störung (ICD-10 F90), selbstunsichere, ängstlich vermeidende, abhängige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und einen schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen (ICD-10 F19.1; AB 39 S. 17). Die mittelschwere bis schwere hyperkinetische Störung, die Persönlichkeitszüge, der Konsum psychotroper Substanzen sowie soziale Faktoren begründeten eine leichte und unregelmässige Minderung der Arbeitsfähigkeit. Die hyperkinetische Störung werde aktuell angemessen medikamentös (Ritalin) behandelt, auf die Persönlichkeitszüge könne und sollte im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung therapeutisch eingegangen werden. Zudem sei dem Klienten eine Willensanstrengung zur Überwindung seiner Defizite aus psychiatrisch-psychologischer Sicht zumutbar. Ein Arbeitsplatz sei aus rein psychiatrisch-psychologischer Sicht ganztägig zu 100 % zumutbar. Der Tätig-

keitsbereich sollte nicht im Bereich „Drogen-/Alkoholkonsum“ angesiedelt sein (AB 39 S. 19).

3.3.2 Am 21. September 2015 führten Dr. phil. I. _____, Fachpsychologe für Psychotherapie, und Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), kombinierte Präsentation, moderate Ausprägung (DSM-5: 314.01), in partieller Remission bei störungsspezifischer medikamentöser Behandlung und eine psychische Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung (ICD-10 F19.5), differenzialdiagnostisch (DD) schizotype Störung (ICD-10 F21) auf (AB 26 S. 8). Insgesamt scheinete es im Verlauf bis heute mit der medikamentösen Behandlung durch Stimulans bezüglich der ADHS-Symptomatik zu einer deutlichen Verbesserung gekommen zu sein. In etlichen Beispielen habe der Patient in der Untersuchung angegeben, dass sich Einschränkungen bspw. aufgrund von Symptomen wie Ablenkbarkeit, Überaktivität, Impulsivität und Desorganisation seit der Einnahme von Ritalin deutlich reduziert hätten (AB 26 S. 8).

3.3.3 Die Hausärztin Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte am 30. Juni 2016 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein adultes ADHS, eine schizotype Persönlichkeitsstörung, eine rezidivierende depressive Störung, eine Störung durch Opiate, abstinent in schützender Umgebung, eine Störung durch Hypnotika, einen chronischen Tinnitus, einen St. n. VKB-Rekonstruktion Knie rechts und einen St. n. Teilmenisektomie (AB 34 S. 2). Der Patient arbeite im Umfang von 50 % bei der L. _____ in der ... (AB 34 S. 4). Auf dem ersten Arbeitsmarkt habe der Patient aufgrund der psychischen Einschränkungen keine Aussichten auf eine langfristige Anstellung (AB 34 S. 5).

3.3.4 Der seit März 2009 behandelnde Psychiater Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 3. August 2016 eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1), DD eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3), eine bipolare affektive Störung (ICD-10 F31.0), eine Anpassungsstörung im Rahmen einer chronischen atypisch verlaufenden z.T. paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie (ICD-10 F23.1), ein ADHS und einen Tinnitus beidseits. Auf-

grund der langen Dauer und der Schwere der psychiatrischen Grunderkrankung sowie der diversen gescheiterten Arbeitsversuche in der freien Wirtschaft erachte er den Patienten auch in Zukunft zu 100 % erwerbsunfähig. Mit einer Verbesserung der bestehenden Symptomatik sei nicht zu rechnen, die Prognose sei schlecht (AB 39 S. 10).

3.3.5 Im psychiatrischen Gutachten vom 20. Juli 2017 (AB 75.1) führte Dr. med. C. _____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0), unter Ritalin weitgehend regredient, auf. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine selbstunsichere ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73), eine Polytoxikomanie, gegenwärtig abstinente, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F19.21) und eine drogeninduzierte Psychose mit schizophreniformen Charakter, zurzeit regredient in Bezug auf Halluzinationen, mit fraglich kognitivem Residuum (ICD-10 F19.50; AB 75.1 S. 22). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe in der aktuellen geschützten Tätigkeit in der ... keine Leistungseinschränkung. Das Pensum von drei Stunden könne aus psychiatrischer Sicht per sofort auf 80 % gesteigert werden. Die 20 %-ige Leistungseinschränkung sei der klinisch beobachteten, multifaktoriellen Einschränkung der kognitiven und sozialen Fähigkeit geschuldet (AB 75.1 S. 25). Durch das erst seit kurzem diagnostizierte und mit Ritalin behandelte ADHS sei der Explorand seit der Schulzeit deutlich in seiner kognitiven und sozialen Anpassungsfähigkeit beeinträchtigt gewesen. Unter einer adäquaten Therapie des ADHS und ohne Substanzkonsum hätte er seit der Schulzeit eine mindestens 80 %-ige Leistungsfähigkeit erreichen können. Die Konzentrationsstörungen während der Begutachtung seien zum Teil auch dem Stress der Untersuchungssituation zuzuschreiben und unter ruhigen Alltagsbedingungen für das Profil einer Hilfstätigkeit nicht relevant einschränkend. Inzwischen sei er nachgewiesen abstinente und nicht mehr unmittelbar durch Substanzkonsum beeinträchtigt. Es bestünden aber sehr wahrscheinlich Langzeitfolgen, die sich aber nicht genau von der ADHS Symptomatik abgrenzen liessen. Aktuell bestünden keinerlei psychotische Symptome mehr, so dass er hierdurch nicht mehr in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Da eine manisch-depressive Erkrankung nicht bestätigt werden könne, bestehe auch hierdurch keine Einschränkung. Zur Arbeitsfähigkeit als ... führte die Exper-

tin aus, das Profil des ... stelle eine zu hohe Herausforderung dar, da der Explorand dem Stress in einer hektischen, lauten und im Umgangston rauhen Umgebung rasch überfordert und reizüberflutet wäre (AB 75.1 S. 26). Eine Tätigkeit als ... in der ... sei zu vertreten, wenn er vollkommen abstinent bleibe, das ADHS adäquat behandelt werde und er keine psychotischen Symptome habe. Da dies zurzeit bzw. seit August 2016 der Fall sei, könne er medizinisch-theoretisch als ... in einer ... zu 80 % arbeiten. Die aktuelle Hilfstätigkeit in der ... im geschützten Rahmen könne er medizinisch-theoretisch auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu 80 % ausüben. Auch andere Tätigkeiten ohne Verantwortungsübernahme, Akkordarbeit, Reizüberflutung, Kundenservice, Hantieren mit gefährlichen Gegenständen und Substanzen, gefährlichen Maschinen seien im 80 %-Pensum ab August 2016 möglich (AB 75.1 S. 27).

3.3.6 Im neuropsychologischen Gutachten vom 31. August 2017 (AB 77.1) hielt lic. phil. D. _____ als Diagnosen bis schwer reichende kognitive Funktionsbeeinträchtigungen bei einzelnen Aufgabenstellungen bei gleichzeitig oft auch erhaltenen Leistungen bei anderen Aufgabenstellungen, multidimensionaler Ursache und ein ADHS vom kombinierten Typus mit moderater Ausprägung, in partieller Remission bei störungsspezifischer medikamentöser Behandlung (ICD-10 F90.0) fest (AB 77.1 S. 16). Die Ursachen der kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen hätten sich nicht eindeutig zuordnen lassen bzw. es sei von einem Zusammenwirken von mehreren Faktoren auszugehen: Es sei namentlich davon auszugehen, dass seit der Kindheit ein ADHS vorhanden sei (AB 77.1 S. 11) und es sei eine langjährige und bis zumindest Mitte 2016 anhaltende Polytoxikomanie bekannt. In den Vorberichten seien affektiv-emotionale Störungen diagnostiziert worden, welche sich negativ auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken könnten. Zudem seien wiederholt (AB 77.1 S. 12) schizophreiforme Erkrankungen diagnostiziert worden, welche ebenfalls zu kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen führen könnten (AB 77.1 S. 13). Betreffend die Wechselwirkungen der Diagnosen sei von einer ausgeprägten gegenseitigen Beeinflussung von psychopathologischen Beeinträchtigungen, einem Konsum von psychoaktiven Substanzen und der kognitiven Leistungsfähigkeit auszugehen (AB 77.1 S. 16). Aus rein neuropsychologischer Sicht scheine das Gesamtbild mit deutlichen Einschränkungen der kognitiven

Leistungsfähigkeit, ausgeprägten psychopathologischen Beeinträchtigungen sowie einem anhaltenden Konsum von psychotropen Substanzen dazu zu führen, dass keine Eingliederung in die freie Wirtschaft erreicht werden könne (AB 77.1 S. 17). Die multifaktoriell bedingten Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit führten in der früheren Tätigkeit als ... zu einer Verminderung der qualitativen Leistungsfähigkeit im Ausmass von ca. 50 % (AB 77.1 S. 18). Auch in einer anderen Tätigkeit in der freien Wirtschaft, bspw. als Hilfsarbeiter sei aus rein neuropsychologischer Sicht von einer Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit im Ausmass von ca. 50 % auszugehen (AB 77.1 S. 19).

3.3.7 Der RAD-Arzt Dr. med. N. _____ (nach eigenen Angaben Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, im Medizinalberuferegister jedoch ohne anerkannten Facharztstitel verzeichnet [vgl. www.medregom.admin.ch]) erläuterte am 17. Oktober 2017 Bezug nehmend zu den beiden Expertisen, der neuropsychologische Gutachter lic. phil. D. _____ weise daraufhin, dass seine Einschätzung in einem gesamt-psychiatrischen Kontext zu würdigen sei. Durch die dezidierten Ausführungen hinsichtlich Diagnosestellung im Gutachten von Dr. med. C. _____ liege aktuell mit dem ADHS die einzige Diagnose vor, die gegenwärtig die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. In der Gesamtbewertung sei daher der von Dr. med. C. _____ festgestellten Arbeitsfähigkeit zu folgen. Im Rahmen des ADHS bestehe die im Gutachten von Dr. med. C. _____ nachvollziehbar dargestellte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 20 % seit der nachgewiesenen Abstinenz ab September 2016 (AB 79 S. 4).

3.3.8 Dr. med. M. _____ hielt in seiner zu Händen des Rechtsanwaltes des Beschwerdeführers verfassten Stellungnahme vom 19. Januar 2018 (AB 85) fest, Dr. med. C. _____ gehe im Gutachten nicht auf die beim Patienten gestellte Diagnose einer chronisch, z.T. atypisch verlaufenden Schizophrenie ein. Diese Schizophrenie dürfte sich bereits in der Schulzeit geäussert haben. Dazu komme, dass der Beschwerdeführer an einem ADHS leide, welches durch einen chronischen, seit vielen Jahren bestehenden Tinnitus beidseits oftmals verstärkt werde. Der spätere Drogenkonsum schein als eine Art inadäquater Selbstheilungsversuch und nicht ursächlich verantwortlich für die psychotischen Schübe resp. die Schizophrenie zu

sein. Seit Längerem gehe der Patient freiwillig einer Tätigkeit in einem geschützten Rahmen nach, wobei das maximale Arbeitspensum 40 – 50 % betrage (AB 85 S. 1). Eine Steigerung des Arbeitspensums im geschützten Rahmen sei derzeit nicht möglich. Völlig ausgeschlossen sei eine auch niederprozentige Tätigkeit in der freien Wirtschaft (AB 85 S. 2).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 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).

3.5 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 20. Juli 2017 (AB 75.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Insbesondere hat die psychiatrische Gutachterin schlüssig und einleuchtend

dargelegt, dass die Kriterien für eine schizotype Störung (ICD-10 F21) nicht erfüllt sind (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 139 f.) und die stattgehabten Psychosen mit schizophreniformen Charakter drogeninduziert waren (AB 75.1 S. 15 ff. und S. 22 Ziff. 2 und 3, S. 24 f. Ziff. 3). Überzeugend sind auch die Ausführungen der Expertin, wonach der Beschwerdeführer aufgrund des Substanzkonsums, des ADHS und der folgenden Psychose in seiner Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt war, sich die Leistungsfähigkeit unter der adäquaten Therapie des ADHS und ohne Substanzkonsum jedoch massiv verbessert hat (AB 75.1 S. 25 f.). Überdies steht die gutachterliche Diagnosestellung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit weitestgehend im Einklang mit dem Bericht des Dr. med. H. _____ und der lic. phil. G. _____ vom 20. September 2012 (AB 39 S. 13 ff.). Auf die Expertise von Dr. med. C. _____ ist damit abzustellen. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag diese nicht in Zweifel zu ziehen:

3.5.1 Zunächst thematisiert der Beschwerdeführer den Krankheitswert der Drogensucht, die gemäss psychiatrischem Gutachten Folge eines krankheitswertigen Gesundheitsschadens (ADHS) sei (vgl. Beschwerde S. 6). Inwiefern dies hier von Belang sein sollte, ist nicht erkennbar, da der Beschwerdeführer im frühestmöglichen Zeitpunkt des Rentenbeginns im November 2016 (sechs Monate nach der Anmeldung vom Mai 2016; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) – in Nachachtung der Aufforderung der IVB vom 25. August 2016 (AB 43) – bereits abstinent von Drogen war (AB 55 f., AB 62 S. 3, AB 75 S. 15 unten). Entsprechend hat die Expertin der Diagnose Polytoxikomanie, gegenwärtig abstinent, keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (AB 75.1 S. 22 Ziff. 2).

3.5.2 Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, es könne nicht allein auf das psychiatrische Gutachten abgestellt werden, vielmehr sei auch das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. D. _____ vom 31. August 2017 (AB 77.1) zu berücksichtigen (vgl. Beschwerde S. 7). Dieser Einwand verfängt nicht. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung reichen neuropsychologische Testresultate allein nicht aus, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Die entsprechenden Untersuchungs-

ergebnisse sind im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. August 2009, 8C_261/2009, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 340; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316, U 160/98 E. 3; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 17. November 2006, I 542/05, E. 4.1). Gemäss dem Gutachten des lic. phil. D. _____ vom 31. August 2017 hat – worauf die Beschwerdegegnerin zu Recht hinweist (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 8) – der unter einem ADHS leidende Beschwerdeführer am Tag der neuropsychologischen Untersuchung kein Ritalin eingenommen (AB 77.1 S. 7 „aktuelle Medikation“ und S. 12). Dies im Gegensatz zur psychiatrischen Untersuchung, wo der Beschwerdeführer das Ritalin eingenommen und die Psychiaterin eine durchgehend ausreichende Konzentration unter der Wirkung von Ritalin konstatierte (AB 75.1 S. 15 lit. h). Mit hin ist mit Blick darauf sowie die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er sich seit der Behandlung mit Ritalin besser fokussieren und konzentrieren könne (AB 34 S. 9) bzw. sich Einschränkungen aufgrund von Symptomen wie Ablenkbarkeit, Überaktivität, Impulsivität und Desorganisation unter Ritalin deutlich reduziert hätten (AB 26 S. 8), evident, dass die neuropsychologischen Testresultate schlechter bzw. die kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen erheblich grösser ausgefallen sind, als sie unter der Wirkung der indizierten Medikation ausgefallen wären. Bereits aus diesem Grund sind die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse nur sehr bedingt aussagekräftig. Schliesslich fügen sich die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse nicht schlüssig in die Abklärungsergebnisse der psychiatrischen Gutachterin ein, womit ihnen der Beweiswert abgeht.

3.5.3 Schliesslich moniert der Beschwerdeführer die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (vgl. Beschwerde S. 8 f.). Soweit die Hausärztin Dr. med. K. _____ als auch der behandelnde Psychiater Dr. med. M. _____ eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft ausschliessen (AB 34 S. 5, AB 39 S. 10, AB 85 S. 2), ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26

S. 80 E. 5.3.3.3), was ebenso für den behandelnden Spezialarzt gilt. Zudem nannte der behandelnde Psychiater in seiner Stellungnahme vom 19. Januar 2018 (AB 85 S. 21 f.) keine Aspekte, die in der psychiatrischen Untersuchung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.1). Entgegen dessen Ausführungen hat sich Dr. med. C._____ ebenfalls mit der Problematik der Schizophrenie auseinandergesetzt, erklärte sie doch eingehend, weshalb nicht von einer schizotypen Störung auszugehen ist (AB 75.1 S. 15 ff. und S. 22 Ziff. 2 und 3, S. 24 f. Ziff. 3). Soweit der Neuropsychologe eine Eingliederung in die freie Wirtschaft namentlich angesichts der deutlichen Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit für nicht möglich hielt (AB 77.1 S. 17 Ziff. 11), kann – was auch für die quantitative Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zutrifft – wiederum darauf verwiesen werden, dass seine Untersuchungsergebnisse durch die Nichteinnahme von Ritalin nicht aussagekräftig sind und neuropsychologische Testresultate für sich allein ohnehin nicht dazu dienen können, die Arbeitsfähigkeit festzulegen (vgl. E. 3.5.2 hiervor).

3.5.4 Gestützt auf die nach dem Gesagten schlüssige und beweiskräftige psychiatrische Expertise ist mit Dr. med. C._____ ab August 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer adaptierten Tätigkeit (... oder andere Hilfsarbeitertätigkeit) auszugehen (AB 75.1 S. 27). In Anbetracht, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens der Aufforderung zur kontrollierten Drogenabstinenz (AB 43) nachgekommen ist (AB 55 f., AB 62 S. 3, AB 75.1 S. 15 unten), während die Leistungsablehnung im Oktober 2006 auf dem Drogenabhängigkeitsverhalten basierte (AB 22), ist im massgeblichen Zeitraum eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten, weshalb ein (medizinischer) Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt. Damit ist der Rentenanspruch allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.3 hiervor) und nachfolgend ausgehend vom erwähnten Zumutbarkeitsprofil die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.2

4.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (bzw. in Bezug auf berufliche Massnahmen bei Eintritt der leistungsspezifischen Invalidität) 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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) 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 EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

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 Invalideneinkommen 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).

5.

5.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 S. 223, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300). Aufgrund der Ende Mai 2016 erfolgten Neuanmeldung (AB 23) ist der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf November 2016 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 IVG) und auf diesen Zeitpunkt hin der Einkommensvergleich durchzuführen.

5.2

5.2.1 Die Beschwerdegegnerin zog für das Valideneinkommen die statistischen Werte der LSE im Wirtschaftszweig „Gastgewerbe/Gastronomie“ heran (AB 83 S. 1). Dies ist nicht zu beanstanden, da keine Hinweise dafür vorliegen, dass der Beschwerdeführer als gelernter ... mit Berufserfahrung (AB 2 S. 4, AB 40 S. 2) bei guter Gesundheit nicht weiterhin seine angestammte Tätigkeit ausüben würde. Gegenteiliges wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht, vielmehr stützte er sich bei seiner

Berechnung des Invaliditätsgrades selbst auf das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen (vgl. Beschwerde S. 10). Das Valideneinkommen ist deshalb gestützt auf die Tabelle TA1, Ziffer 55-46 (Gastgewerbe/Beherbergung u. Gastronomie), Kompetenzniveau 3 festzulegen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt dabei Fr. 5'399.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 42.4 Stunden umgerechnet (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziffer 55-56, Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie) und auf das massgebende Jahr 2016 indexiert, resultiert ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 69'538.70 (Fr. 5'399.-- / 40 h x 42.4 h x 12 Mt. / 103.4 x 104.7 [vgl. BFS, Nominallohnindex Männer 2011-2017, Tabelle T1.1.10, Ziffer 55-56, Beherbergung und Gastronomie]).

5.2.2 Das Invalideneinkommen wurde von der Beschwerdegegnerin – da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat – korrekterweise anhand des Totalwertes der LSE-Tabelle TA1 2014 im Kompetenzniveau 1 (Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) bestimmt (AB 83 S. 1). Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt dabei Fr. 5'312.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) umgerechnet und indexiert auf das massgebende Jahr 2016, resultiert – unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 80 % – ein Jahreseinkommen von Fr. 53'626.10 (Fr. 5'312.-- / 40 h x 41.7 h x 12 Mt. / 103.2 x 104.1 [vgl. BFS Nominallohnindex Männer 2011-2017, Tabelle T1.1.10, Total] x 0.8).

Während die Beschwerdegegnerin hiervon keinen Abzug vom Tabellenlohn gewährte, fordert der Beschwerdeführer einen leidensbedingten Abzug von 25 % (vgl. Beschwerde S. 9 f.). Dieser Forderung kann nicht gefolgt werden. Dr. med. C. _____ hat die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt. So führte sie explizit aus, dass die Leistungseinschränkung von 20 % der klinisch beobachteten, multifaktoriellen Einschränkung der kognitiven und sozialen Fähigkeiten geschuldet sei (AB 75.1 S. 25). Nach ständiger Rechtsprechung können gesundheitliche Einschränkungen, die bereits bei der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind,

nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Entscheid des BGer vom 18. Januar 2018, 8C_552/2017, E. 5.3.1). Für eine nochmalige Berücksichtigung bleibt damit kein Raum. Sodann ist darauf hinzuweisen, dass das vorliegend massgebliche Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.5.4 hiervor) nicht derart eng formuliert ist, dass eine entsprechende Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich wäre, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre (vgl. SVR 2011 IV Nr. 6 S. 18 E. 4.2.4, 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.2). Der Umstand, dass eine versicherte Person eines besonders verständnisvollen Arbeitgebers bedarf, stellt grundsätzlich ebenfalls kein lohnminderndes Kriterium dar (Entscheid des BGer vom 2. Juli 2018, 9C_15/2018, E. 4.4). Des Weiteren wurden beide Vergleichseinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne ermittelt, womit allfällige invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität) prinzipiell ausser Betracht fallen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Ob, wie von der Beschwerdegegnerin nunmehr in der Beschwerdeantwort in Betracht gezogen, ein Abzug vom Tabellenlohn von 10 % wegen des verminderten Beschäftigungsgrads zu gewähren ist (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 11), kann letztlich offen bleiben, da so oder anderes kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. hier-nach E. 5.3).

5.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'912.60 (Fr. 69'538.70 - Fr. 53'626.10) und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 23 % (Fr. 15'912.60 / Fr. 69'538.70 x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123), was einen Rentenanspruch ausschliesst (vgl. E. 2.2 hiervor). Würde bei der Berechnung des Invalideneinkommens ein Abzug von 10 % vom Tabellenlohn gewährt (vgl. E. 5.2.2 hiervor), resultierte ein ebenfalls nicht zu einem Rentenanspruch berechtigender Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 31 % ([Fr. 69'538.70.-- - Fr. 48'263.50] / Fr. 69'538.70.-- x 100).

5.4 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2017 (AB 83) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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):

- Rechtsanwalt 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.