

200 19 327 IV
FUE/SVE/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Oktober 2019

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. März 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1997 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), vom 1. August 2013 bis zum 31. Juli 2015 in Ausbildung zum ..., ohne Abschluss, meldete sich am 2. Juni 2016 unter Hinweis auf eine bipolare Störung, eine erhöhte Vulnerabilität sowie ein gering ausgeprägtes logisches Denken bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 5). In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Schreiben vom 29. Mai 2017 forderte sie den Versicherten auf, für die gesamte Dauer der Eingliederungsmassnahmen, beginnend am 2. Juni 2017, von illegalen Drogen und Alkohol abstinent zu sein (AB 34). Die IVB gewährte dem Versicherten am 31. Mai 2017 Frühinterventionsmassnahmen in Form von Unterstützung bei der Suche nach einem Trainingsarbeitsplatz (AB 36), am 12. Juni 2017 ein Arbeitstraining inkl. Coaching vom 2. Juni 2017 bis zum 1. August 2017 (AB 38) gefolgt von einem Coaching in Form von Mithilfe bei der Lehrstellensuche und der Evaluation der Schnupperlehren (AB 50). Mit Verfügung vom 23. Mai 2018 schloss die IVB die beruflichen Massnahmen ab (AB 68). Diese Verfügung blieb unangefochten. Mit Vorbescheid vom 16. November 2018 (AB 88) stellte sie dem Versicherten in Aussicht, den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu verneinen. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch B._____, am 7. Januar 2019 Einwand (AB 91). Mit Schreiben vom 26. Februar 2019 (AB 93) ergänzte der Versicherte diesen unter Beilage eines Privatgutachtens von Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, vom 14. Februar 2019 (AB 93/5). Nach Einholen einer Stellungnahme des RAD vom 13. März 2019 (AB 95) verneinte die IVB mit Verfügung vom 15. März 2019 (AB 96) den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels Invalidität.

B.

Mit Eingabe vom 30. April 2019 erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch B. _____, hiergegen Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 15. März 2019, die Gewährung von beruflichen Massnahmen, eventualiter die Rückweisung der Angelegenheit an die IVB zur Durchführung eines Obergutachtens sowie eventualiter die Zusprache mindestens einer Viertelsrente, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2019 schliesst die Beschwerdeführerin 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 15. März 2019 (AB 96). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich auf berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben

tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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). Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) im Sinne von Art. 15 ff. IVG.

2.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.5 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 be-

züglich 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Was den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht von Dr. med. D. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, vom 23. August 2016 (AB 22) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Zylothymia (ICD-10 F34.0; Juni 2015) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein schädlicher Konsum von Cannabis (ICD-10 F12.1; seit Eintritt in die WG E. _____ Ende November 2015 vollständig abstinent) diagnostiziert (S. 2 Ziff. 1.1). Aktuell zeigten sich beim Versicherten weder depressive noch manische Hinweise. Er sei nunmehr seit neun Monaten stabil und auch ohne Medikation. Entwicklungspsychologisch gehe es bei ihm derzeit vielmehr um einen „Nachreifungsprozess“, da die Entwicklung des jungen Mannes über längere Zeit blockiert und behindert gewesen sei. Testpsychologisch zeige der Patient eine durchschnittliche Intelligenz. Im WAIS-IV zeigten sich jedoch im Bereich des wahrnehmungsgebundenen logischen Denkens deutliche Defizite (IQ 75), während er in allen übrigen Teilbereichen durchschnittlich bis gut abschneide. Eine weitere Abklärung habe gezeigt, dass der Versicherte Schwierigkeiten im Bereich der visuellen Wahrnehmung und Verarbeitung sowie der räumlichen konstruktiven Fähigkeiten habe. Diese Befunde seien insbesondere für die weitere Berufsfindung relevant und mit dem Patienten eingehend besprochen worden. Gelingen es ihm, die begonnene Entwicklung weiter zu führen, und könne der angelaufene Nachreifungsprozess erfolgreich abgeschlossen werden, könne von einer guten Prognose ausgegangen werden. Dies bedinge weitere Cannabisabstinenz, welche wahrscheinlich mitauslösend für die manisch-depressive Episode gewesen sei (S. 3 Ziff. 1.4). Medizinisch begründet habe eine 100%-ige

Arbeitsunfähigkeit von Juli 2015 bis Dezember 2015 für die ... Lehre bestanden (S. 4 Ziff. 1.6). Keine Einschränkungen bestünden hinsichtlich der Anpassungsfähigkeit und der Fahrtauglichkeit. Das Konzentrationsvermögen und die Belastbarkeit seien leicht eingeschränkt, befänden sich jedoch im Aufbau. Ebenso sei das Auffassungsvermögen eingeschränkt (S. 6). Die Einschränkungen des Versicherten wirkten sich bei der Arbeit mittels erhöhter Ermüdbarkeit sowie teilweisen inkonstanten Leistungen aus. Die Leistungen seien teilweise noch schwankend, bewegten sich jedoch in eine positive Richtung, so dass die Belastbarkeit und die Leistungsfähigkeit des Versicherten sich derzeit laufend verbesserten. Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen vermindern. Aufgrund der noch deutlich emotionalen und sozialen Unreife könnte der Patient letztlich von einer Lehre in einem geschützteren Rahmen sicherlich profitieren. Dort könnte besser auf die Defizite eingegangen werden und die erfreuliche Entwicklung weiter gefördert werden. Es könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit, im Umfang von 100%, spätestens auf Ende 2016 mit dem Ziel, im August 2017 eine Lehre zu beginnen, gerechnet werden (S. 4 Ziff. 1.7 ff.).

3.1.2 Der Versicherte war per fürsorgerische Unterbringung vom 2. bis zum 7. September 2016 bei den Psychiatrischen Diensten F. _____ hospitalisiert. In deren Austrittsbericht vom 21. November 2016 (AB 31/2) wurden eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.1), sowie ein Erysipel Unterschenkel rechts unter Co-Amoxi diagnostiziert (S. 2). Der Versicherte sei auf die schliessbare Akutstation aufgenommen worden. Während des kurzen Aufenthaltes habe er sich formalgedanklich ideenflüchtig, sprunghaft mit gesteigertem Antrieb und logorrhöisch gezeigt. In der Nacht sei er sehr aktiv und motorisch unruhig gewesen und habe nur schwer strukturiert werden können. Zudem habe er keinerlei Krankheitseinsicht gezeigt. Während des kurzen stationären Aufenthaltes habe er sich nicht suizidal geäussert und lebensbejahend gezeigt (S. 4).

Vom 15. bis zum 26. Oktober 2016 war der Versicherte erneut bei den Psychiatrischen Diensten des Kantons F. _____ hospitalisiert, welche im Austrittsbericht vom 7. November 2016 (AB 65/12) eine bipolare affekti-

ve Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.1) diagnostizierten. Der Patient sei wegen einer manischen Dekompensation - zugewiesen durch den Notarzt - auf die schliessbare Akutstation der Psychiatrischen Klinik aufgenommen worden. Da er sich als deutlich angetrieben und gereizt gezeigt habe, sei eine Verlängerung der fürsorglichen Unterbringung beantragt worden. Im Verlaufe der Behandlung sei die bevorstehende Medikation aufdosiert worden. Darunter habe sich eine Verbesserung des Schlafes gezeigt. Ebenso sei der Patient entspannter erlebt worden. Aufgrund fehlender Fremd- und Selbstgefährdung wie auch sichtbarer Stabilisierung sei die fürsorgliche Unterbringung durch das Verwaltungsgericht aufgehoben worden. Am 26. Oktober 2016 sei der Patient in die vorbestehenden Verhältnisse (WG-E. _____) ausgetreten. Es erfolge eine ambulante psychiatrische Weiterbehandlung durch Dr. med. D. _____ (S. 13).

Im Austrittsbericht derselben Institution vom 24. Januar 2017 (AB 65/7) betreffend die Hospitalisation vom 14. bis zum 21. Dezember 2016 wurde eine bipolare affektive Störung mit gegenwärtig hypomanischer Episode, DD: gemischte Episode, sowie aktenanamnestisch ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (F12.1) diagnostiziert (S. 7). Aufgrund einer manischen Phase bei Dekompensation einer bipolaren affektiven Störung hätten sie den Versicherten auf eine schliessbare psychiatrische Akutstation zur Krisenintervention aufgenommen. Beim Eintrittsgespräch habe der Patient berichtet, dass ihm alles zu viel geworden sei. Trotz regelmässiger Einnahme der Medikation habe er unter Schlafstörungen gelitten. Zunächst sei Temesta und Prazine als Reservemedikation eingesetzt worden. Seroquel XR sei täglich nach Klärung und Einverständnis des Patienten aufdosiert worden. Im weiteren Verlauf habe sich der Patient auf ihrer Station ruhig und kooperativ gezeigt. Am 20. Dezember 2016 sei in einem Standortgespräch zusammen mit dem Personal der WG berichtet worden, dass das häufige Gamen ein Problem darstelle. Teils spiele der Patient nächtelang durch. Nach Rückkehr in die WG müsse der Patient seinen Laptop abgeben. Es würde eine Regelung geben, wann und wie lange der Versicherte gamen dürfe. Der Patient sei mit diesem Vorgehen einverstanden. Am Ende der Hospitalisation habe sich der psychische Allgemeinzustand verbessert (S. 8).

3.1.3 Dem Verlaufsbericht von Dr. med. D._____ vom 4. Mai 2018 (AB 65/2) kann entnommen werden, dass der Gesundheitszustand stationär sei. Es habe eine Änderung seit der letzten Diagnosestellung gegeben. Es bestehe eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F31.7; S. 2 Ziff. 1 f.). Der Versicherte habe sich seit März 2018 deutlich stabilisiert. Er nehme wieder aktiv am Therapie- und Arbeitsprogramm der Institution WG E._____ teil. Die Eigenmotivation sei wieder deutlicher spürbar. Der weitere Verlauf werde letztlich aber entscheidend davon abhängen, inwieweit sich der Patient weiter stabilisiere und aktiv am Aufbauprogramm teilnehmen könne. Aktuell sei er auch ohne Medikation seit drei Monaten stabil und zeige weder manische noch depressive Symptome. Der weitere Verlauf werde hier aufzeigen müssen, inwieweit es auch längerfristig zur Remission komme (S. 4 Ziff. 9). Die reduzierte Aufmerksamkeit und Konzentration als Restsymptomatik im Rahmen der affektiven Störung reduzierten die Fähigkeit zur Durchhaltefähigkeit, was die Arbeitsfähigkeit mittelgradig einschränke. Der verminderte Antrieb ebenso wie die Passivität würden die Fähigkeit zur Tagesstrukturierung (insbesondere morgendliches Aufstehen), Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Fähigkeit zur Teilnahme an öffentlichen Rollen, Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten einschränken und die Arbeitsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigen (S. 4 Ziff. 12). Aktuell sei eine Präsenzzeit von vier Stunden zumutbar (S. 5 Ziff. 15.4).

3.1.4 In der RAD-Stellungnahme vom 17. Mai 2018 (AB 67) hielt Dr. med. G._____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass die 2015/2016 attestierte bipolare Störung bisher weder unter Berücksichtigung der Ausschlussdiagnosen (Suchtmittelinfluss, Medikamenteneinfluss, Fieber etc.) objektiv gesichert worden noch das Vorliegen einer bipolaren Störung unter Beachtung des normalen Psychostatus ohne Substanz- bzw. ohne Medikamenteneinfluss wahrscheinlich sei. Gleiches gelte für die Diagnose Zykllothomie, die - gemäss ICD-10 - keine Auswirkung auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person habe. Beim Versicherten lägen zahlreiche IV-fremde Faktoren vor: Suchtmittelkonsum, schwankende Leistungsmotivation und Leistungsbereitschaft, Erziehungsdefizite, Loslösung aus dem Elternhaus und Autonomiestreben und Gamen. Zusammengefasst gebe es keine medizinischen Befunde, die

das Vorliegen eines leistungsrelevanten Gesundheitsschadens objektiv begründen könnten. Es könne ab sofort von Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für alle Tätigkeiten bis zu einem Pensum von 100% ausgegangen werden, die den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Versicherten entsprächen (S. 5).

3.1.5 Der Versicherte war vom 5. bis zum 16. Juli 2018 in der Klinik H._____ hospitalisiert. In deren Austrittsbericht vom 19. Juli 2018 (AB 79) wurde eine psychotische Symptomatik (F31.2), DD manische Episode bei bipolarer affektiver Störung, diagnostiziert (S. 1). Bei Eintritt habe sich nach ICD-10 eine minimale depressive Symptomatik gezeigt, was gut mit der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers im BDI-II korreliert habe (S. 2). In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen und im Rahmen eines gemeinsamen Gesprächs mit seiner Mutter seien die psychotischen Symptome des Patienten immer deutlicher geworden. Es sei ihm zunehmend schwerer gefallen, sich auf ein Gespräch zu fokussieren, da er immer wieder von optischen Halluzinationen und paranoiden Wahnideen abgelenkt werde. Ob diese psychotischen Symptome Folge des Cannabiskonsums, Folge eines Schlafmangels oder Zeichen einer beginnenden wahnhaften Störung seien, gelte es weiter abzuklären. Im Stationsalltag habe der Versicherte aktiv am Therapieprogramm teilgenommen, sei aber vom Team zunehmend als angetrieben und ruhelos wahrgenommen worden. Psychopharmakologisch sei wegen Wahnstörung Aripiprazol erhöht worden. Teils habe der Patient die Einnahme der Medikamente verweigert. Laborchemisch und elektrokardiographisch hätten sich keine relevanten Auffälligkeiten gefunden. Ebenso gäbe es von somatischer Seite her keine relevanten Auffälligkeiten. Mit dem Beschwerdeführer sei besprochen worden, dass die antipsychotische bzw. stabilisierende Medikation lebenslang fortgeführt werden sollte (S. 3).

3.1.6 In der Aktenbeurteilung des RAD vom 2. November 2018 (AB 87/2) hielt Dr. med. G._____ fest, dass sich laborchemisch keine Hinweise auf eine akute/chronische Stress-Reaktion, keine Hinweise auf eine Nieren-, Schilddrüsen- oder Blutzuckerstoffwechselstörung und keine Hinweise auf einen polyvalenten Drogenkonsum ergäben. Die Harnsäurewerte seien leichtgradig erhöht gewesen und die Blutfette grenzwertig, was am ehesten

auf die Ernährungsgewohnheiten des Versicherten zurückzuführen sei. Die anlässlich der Laboranalyse am 19. September 2018 erhobenen Kreislaufparameter seien normal und ebenfalls ohne Hinweis auf eine akute/chronische Stressreaktion gewesen. Die ermittelten Medikamentenspiegel von Aripiprazol und Valproat stünden am ehesten in zeitnaheem Zusammenhang zwischen der Einnahme und dem Zeitpunkt der Blutabnahme (innerhalb des ein bis acht Stunden Intervalls). Es lägen keine Labor- oder klinischen Parameter vor, die auf eine Regelmässigkeit der Einnahme hinwiesen. Es existierten bisher auch klinisch-psychiatrisch keine objektiven Befunde von Krankheitswert. Beim Versicherten sei bisher weder ein IV-relevanter Gesundheitsschaden im psychiatrischen noch im somatischen Fachgebiet objektiv ausgewiesen (S. 2).

3.1.7 Im Privatgutachten vom 14. Februar 2019 (AB 93/5) diagnostizierte Dr. med. C. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Autismus-Spektrum-Störung im Schweregrad 1 ohne intellektuelle Beeinträchtigung in Verbindung mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, gemischtes Erscheinungsbild (DSM-5 F84.0/F90.2), seit der Kindheit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Störungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F12.20), seit mind. 2015, diagnostiziert (S. 33 Ziff. 5).

Bisher sei weitestgehend von der Diagnose einer bipolaren affektiven Störung (Kapitel F3 der ICD-10) ausgegangen worden, was gutachterlich nicht zu bestätigen sei. Die Analyse der Lebens- und Krankheitsgeschichte des Versicherten, sein Verhalten in der Exploration und das bisher Erreichte, seine Beziehungsmuster, die Probleme in sozialer und emotionaler Kompetenz, die sich u.a. in seinem Arbeits-, Lern- und Sozialverhalten ausgedrückt hätten bzw. bis heute weiter ausdrückten, seien wesentliche Prädiktoren in Bezug zu Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend als auch tiefgreifende Entwicklungsstörungen des Autismus-Spektrums (S. 34). Es sei zunächst retrospektiv ein ADHS-Syndrom wesentlich, wobei besonders die Aufmerksamkeitsstörungen, die affektive Labilität, die Stressintoleranz und die Desorganisation ins Gewicht fielen, so dass die Diagnose einer Erwachsenen-ADHS mit gemischtem Erscheinungsbild (ICD-10-CM, DSM-5 F90.2) überwiegend wahr-

scheinlich gestellt werden könne. Es sei unbestritten, dass die beiden Störungsentitäten komorbid auftreten könnten (S. 35). Im Alltag sei besonders sein Unverständnis für zwischenmenschliche Interaktionen und Situationen auffällig, was in den Berichten betreffend beruflichen Abklärungen deutlich geworden sei. Der Versicherte fokussiere auf unwesentliche Details und neige zu umständlichem Denken, so dass u.a. eine enge Strukturierung und Führung notwendig gewesen wären bzw. weiter notwendig seien. Seine Verhaltensauffälligkeiten hätten ihn bzw. behinderten ihn im Alltags- und v.a. im Berufsleben, könnten aber das jeweilige Scheitern der bisherigen beruflichen Wiedereingliederungsversuche nicht allein erklären. Der Versicherte habe auch plötzlich einsetzende Verhaltensstörungen gezeigt, die nicht gänzlich losgelöst von einem flankierenden Suchtmittelkonsum aufgefasst werden könnten, den er bis zum Mai 2018 in der aktuellen gutachterlichen Befragung eingeräumt habe. Insofern seien die psychischen Dekompensationen, die u.a. zu Klinikbehandlungen geführt hätten, nicht gänzlich losgelöst von diesem flankierenden Suchtmittelkonsum zu beurteilen (S. 37).

Konklusiv sei festzustellen, dass das versicherungsmedizinisch-psychiatrische bedeutsame Krankheitsbild des Versicherten in Anlehnung an die revidierten Kriterien des DSM-5 überwiegend wahrscheinlich als Autismus-Spektrum im Schweregrad 1 ohne intellektuelle Beeinträchtigung in Verbindung mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, gemischtes Erscheinungsbild (DSM 5 F84.0/F90.2), zu beschreiben sei. Prüfe man die ICD-10-Eingangs-Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung betreffend Cannabinoide, liessen sich mindestens drei der zur Diagnosestellung geforderten Kriterien feststellen (S. 38). Insofern sei die Diagnose einer Abhängigkeit von Cannabinoiden (ICD-10 F12.2) überwiegend wahrscheinlich festzustellen. Betreffend einen Substanzkonsum sei ein Screening auf illegale Drogen vom 25. Januar 2019 auf die detektierten Substanzen negativ gewesen. Auch der Marker für Alkoholabusus CDT (HPLC) sei nicht pathologisch. Eine substanzinduzierte psychiatrische Störung sei daher zum Zeitpunkt der Untersuchung am 30. Januar 2019 überwiegend wahrscheinlich auszuschliessen gewesen, so dass zum Zeitpunkt der Untersuchung die Diagnose Störungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, ggw. abstinent, zu stellen gewesen sei (ICD-10 F12.20; S. 39).

Eine konsequente Behandlung mit überdauernder Suchtmittelabstinenz habe über eine Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der sozialen Anpassungsfähigkeit das Potenzial, die Leistungs- und Belastungsfähigkeit des Versicherten weiter zu steigern (S. 40). Eine Erkrankung aus dem Autismus-Spektrum und eine ADHS qualifizierten i.d.R. im Allgemeinen nicht zu einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit. Im vorgelegten Fall wäre bzw. sei der Versicherte zum Untersuchungszeitpunkt als nicht vollschichtig arbeitsunfähig in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit zu beurteilen gewesen. Da beim Versicherten überdauernde psychische Störungen (ADHS und Autismus) vorlägen, sei die Belastbarkeit auch in Phasen ohne auffällige dekompenzierte (psychotische) Psychopathologie reduziert, wofür auch die Beurteilung der Items der Mini-ICF-App spreche. Zum gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt habe eine medizinisch-theoretische Teilarbeitsfähigkeit in Bezug auf ein angepasstes Arbeitsplatzprofil bestanden. In einer unangepassten Tätigkeit, die hauptsächlich mit einem regen Kundenkontakt einhergehe und in einem grösseren Team ausgeübt werde, seien und wären dem Versicherten aufgrund seiner IV-relevanten Störungen (ADHS und Autismus) seit mindestens dem Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung wesentliche Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit von 60% - also eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 40% - zu attestieren gewesen. In einer angepassten Tätigkeit (mehrheitlich Backgroundtätigkeiten, keine Führungsaufgaben und keine Eigenverantwortung, wenig bis keine Interaktionssituationen mit anderen Mitarbeitern und Kunden, kleines Team, verständnisvolles und wohlwollendes Arbeitsumfeld) sei seit dem Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung eine medizinisch-theoretische 70%-ige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf den allgemeinen und freien, ausgeglichen Arbeitsmarkt zu beurteilen (S. 41).

3.1.8 Dr. med. G._____ führte in der RAD-Stellungnahme vom 13. März 2019 (AB 95/2) aus, die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung sei von Dr. med. C._____ ausschliesslich auf der Grundlage eigen- und fremdanamnestischer Angaben hergeleitet worden, hätte aber zu keinem Zeitpunkt objektiv gesichert werden können. Ausschlusskriterium bilde zum einen der - von Dr. med. C._____ im Gutachten bereits aufgeführte - Drogenkonsum des Versicherten im Alter zwischen dem 14. und 19. Lebensjahr. Gegen das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung

sprächen des Weiteren die berufsschulischen Leistungen (Durchschnittsnote 4.7 im Jahr 2015) bei durchschnittlicher Intelligenz (IQ 97) einerseits als auch der Beginn seiner fehlenden Leistungs- und Integrationsbereitschaft zum Zeitpunkt der ... Lehre im Kontext eines alterstypischen Autonomie-/Ablösungskonfliktes aus dem Elternhaus (heftige Auseinandersetzungen mit der Mutter, Erziehungsschwierigkeiten) und dem zeitgleichen Cannabiskonsum (S. 4). Zusammenfassend sprächen gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten psychiatrischen Erkrankung beim Versicherten die - unter Drogenabstinenz - 4/2018 und 1/2019 dokumentierten normalen Psychostatus sowie auch der seit 2015 klinisch und laborchemisch fehlende Nachweis einer akuten/chronischen Stress-Reaktion (kein Nachweis einer hypothalamisch-hypophysären Funktionsstörung). Zu keinem Zeitpunkt sei beim Versicherten bisher der objektive Nachweis einer leistungsrelevanten Erkrankung im psychiatrischen oder somatischen Fachgebiet erbracht worden. Es dominierten IV-fremde Faktoren: Suchtmittelkonsum (Abstinenzfähigkeit), schwankende Leistungsmotivation und Leistungsbereitschaft, Erziehungsdefizite, Loslösung aus dem Elternhaus, Autonomiestreben und Gamen. Aus dem im Anhörungsverfahren vorgelegten Privatgutachten ergäben sich keine neuen medizinischen Gesichtspunkte, die zu einer anderen als der Leistungsbeurteilung im RAD-Bericht vom 17. Mai 2018 (vgl. AB 67/3) führen könnten. Es könne von Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für alle Tätigkeiten ausgegangen werden, die den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Versicherten entsprächen bis zu einem 100%-Pensum. Die versicherungsmedizinischen Beurteilungen in den RAD-Berichten vom 17. Mai 2018 (vgl. AB 67/3) und vom 2. November 2018 (vgl. AB 87) besäßen weiterhin uneingeschränkte Gültigkeit (S. 5).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Entscheid des BGer vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4 S. 467 ff., je mit Hinweisen).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat beim Erlass der angefochtenen Verfügung (AB 96) auf die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. G._____ vom 17. Mai 2018 (AB 67/3), 2. November 2018 (AB 87/2) und 13. März 2019 (AB 95/2) abgestellt. Dr. med. G._____ hat den Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt persönlich untersucht, sondern verfasste ihre Stellungnahmen einzig aufgrund der Akten. Aus diesen erhellt, dass die behandelnden Fachärzte weitestgehend übereinstimmend von einer bipolaren affektiven Störung (ICD-10 F31), im zeitlichen Verlauf un-

terschiedlicher Ausprägung (manisch, hypomanisch sowie mit und ohne psychotischen Symptomen), sowie von einem schädlichen Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1) ausgingen (Verlaufsbericht des Dr. med. D._____ vom 4. Mai 2018 [AB 65/2]; Berichte der Psychiatrischen Dienste F._____ vom 7. und 21. November 2016 sowie 24. Januar 2017 [AB 31/2, 65/12, 65/7], Austrittsbericht der Klinik H._____ vom 19. Juli 2018 [AB 79]). Der Privatgutachter Dr. med. C._____ stellte abweichend davon die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung im Schweregrad 1 ohne intellektuelle Beeinträchtigung in Verbindung mit einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung, gemischtes Erscheinungsbild, bestehend seit der Kindheit (DSM-5 F84.0/F90.2), und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Störungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F12.20; Expertise vom 14. Februar 2019 [AB 93]). Bei dieser Ausgangslage d.h. derart grossen diagnostischen Diskrepanzen - wobei jedenfalls insoweit Konsens auszumachen ist, dass eine iv-relevante psychische Störung von sämtlichen genannten Fachärzten bejaht wurde - ist offenkundig, dass hier bereits aufgrund der Beurteilung der behandelnden Ärzte kein feststehender medizinischer Sachverhalt vorlag, bei dem gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auf eine persönliche Untersuchung der versicherten Person verzichtet werden durfte, ist doch in Fällen wie dem vorliegenden der persönliche Eindruck von ausschlaggebender Bedeutung (vgl. statt vieler: Entscheid des BGer vom 27. April 2015, 8C_721/2014, E. 7.3). Im Übrigen bleibt im Dunkeln, ob sich - wie von der RAD-Ärztin geltend gemacht (AB 95 S. 4) - eine leistungsrelevante psychische Erkrankung allein mittels laborchemischer Untersuchung ausschliessen lässt bzw. ob eine solche Untersuchung medizinisch-wissenschaftlich anerkannt ist. Mithin können die Aktenbeurteilungen der RAD-Psychiaterin, die abweichend von sämtlichen behandelnden Fachärzten sowie dem psychiatrischen Privatgutachter das Vorliegen eines relevanten Gesundheitsschadens verneinte, keine hinreichende Entscheidungsgrundlage bilden.

Es kann jedoch auch nicht auf die Berichte der behandelnden Ärzte abgestellt werden. Zum einen kommt nach der bundesgerichtlichen Praxis - aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte bzw. Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall

eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen - eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage (Entscheid des BGer vom 13. Juni 2012, 8C_160/2012, E. 3.1.2). Zum anderen bestehen, wie bereits dargelegt, zwischen den Beurteilungen der behandelnden Fachärzte und dem Privatgutachter erhebliche, nicht überbrückbare Diskrepanzen.

Als hinreichende Entscheidungsgrundlage scheidet schliesslich auch das Privatgutachten des Dr. med. C. _____ vom 14. Februar 2019 (AB 93/5) aus. Zwar beruht dieses auf einer fachärztlichen Untersuchung des Beschwerdeführers (samt fremdanamnestischen Auskünften der Mutter des Beschwerdeführers und einer Laboruntersuchung), berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Dr. med. C. _____ setzte sich in der Beurteilung auch eingehend mit den (fremd)anamnestischen bzw. aktenkundigen Angaben zur Entwicklung in der Kindheit, der Schulzeit sowie zu den Integrationsmassnahmen der IV auseinander und diskutiert die DSM-5 Kriterien einer Autismus-Spektrum-Störung (S. 36 f.). Ferner legte er anhand der Verhaltensbeobachtungen, die im Rahmen der beruflichen Massnahmen gemacht wurden, dar, dass die Einschränkungen in der beruflichen Leistungsfähigkeit mit den gestellten Diagnosen erklärt werden könnten (vgl. namentlich S. 47 f.). Jedoch führte die RAD-Psychiaterin nachvollziehbar und überzeugend zahlreiche Kritikpunkte am Privatgutachten ins Feld. Insbesondere trifft zu, dass der vom Experten erhobene psychopathologische Befund weitestgehend unauffällig ausfiel, abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer nicht überdauernd in der Lage war, den Blickkontakt zu halten, und seine Aufmerksamkeit fluktuierte (AB 93 S. 26 Ziff. 4). Dies weckt in Verbindung mit dem erstelltermassen umfangreichen und gemäss behandelnden Ärzten in einem Konnex mit den psychischen Dekompensationen stehenden Drogenkonsum und übermässigem Gamen Zweifel an der von ihm gestellten Diagnose. Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer die Bezirksschule absolvieren konnte und in der Berufsfachschule während zweier Semester einen Notendurchschnitt von immerhin 4.7 erreichte (AB 17 S. 4), lassen Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen, auch wenn der Gutachter zumindest in Bezug auf den erfolgreichen Bezirksschulabschluss eine Erklärung abgab (AB 93 S. 34). Ob der Cannabismissbrauch des Be-

schwerdeführers zwischen dem 14. und dem 19. Lebensjahr ein Ausschlusskriterium für die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung ist, wie die RAD-Ärztin postulierte, wurde von ihr ohne nähere Bezugnahme auf diagnostische Leitlinien geltend gemacht. Diese letzten Punkte können vorliegend jedoch offen bleiben, da gestützt auf die Kritik der RAD-Psychiaterin so oder anders Zweifel am Privatgutachten bestehen.

3.4 Nach dem Gesagten kann der Versicherungsfall nicht ohne Einholung eines externen Gutachtens unter vorgängig hinreichend langer, kontrollierter Abstinenz entschieden werden. Die Sache ist deshalb antragsgemäss (Beschwerde S. 2 Ziff. 3, S. 12 lit. v) an die Verwaltung, welche die Widersprüche zwischen den verschiedenen ärztlichen Auffassungen fortbestehen liess und damit den Untersuchungsgrundsatz verletzte (BGE 139 V 496 E. 4.4. S. 502), zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) neu verfüge.

3.5 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 15. März 2019 (AB 96) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen vornehme und hiernach über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers neu verfüge.

4.

4.1 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

B. _____ macht in ihrer Kostennote vom 11. Juni 2019 ein Honorar von Fr. 2'137.50 geltend, entsprechend einem Aufwand von 8.55 Stunden, zuzüglich Auslagen von Fr. 64.15 und 7.7% Mehrwertsteuer von Fr. 169.55. Der geltend gemachte Aufwand ist nicht zu beanstanden. Gestützt auf die eingereichte Kostennote wird die Parteientschädigung somit auf Fr. 2'371.20 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 15. März 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'371.20 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.