

200 19 900 IV
LOU/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. März 2020

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____, Fürsprecherin C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. November 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2017 unter Hinweis auf eine Hepatitis C und Folgeschäden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte daraufhin erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und stellte im Wesentlichen gestützt auf einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 41 S. 6 ff.) mit Vorbescheid vom 5. August 2019 (act. II 42) die Verneinung eines Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 22 % in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 45) und Rücksprache mit dem RAD (act. II 47, 55) verneinte die IVB mit Verfügung vom 1. November 2019 (act. II 56) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 27. November 2019 hat der Versicherte, vertreten durch B._____, handelnd durch Fürsprecherin C._____, Beschwerde erhoben. Er beantragt, die Verfügung der IVB vom 1. November 2019 sei aufzuheben und es sei ein psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten anzuordnen. Des Weiteren ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2020 hat die Beschwerdegegnerin unter Verzicht auf eine umfassende Stellungnahme auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

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 1. November 2019 (act. II 56). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektiverte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

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). Fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Abhängigkeitssyndromen bzw. Substanzkonsumstörungen kann nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden. Vielmehr ist – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (BGE 145 V 215 E. 5.3.3 S. 226 und E. 7 S. 228).

2.3 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.

2.4 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 haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Die Hausärztin med. pract. D. _____ nannte im Bericht vom 11. Januar 2018 (act. II 16) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere Leberzirrhose bei chronischer Hepatitis C und eine Niereninsuffizienz. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine chronische Anämie und Thrombozytopenie (act. II 16 S. 1). Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. Juni 2012 bis auf Weiteres (act. II 16 S. 3).

3.1.2 Im Operationsbericht des Spitals E. _____ vom 8. Oktober 2018 (act. II 33 S. 19-23) über die am 5. Oktober 2018 durchgeführte orthotope Lebertransplantation (OLT) wurden eine virusinduzierte Leberzirrhose CHILD C bei Hepatitis C (act. II 33 S. 19), eine HCC-suspekte (Hepatocelluläres Karzinom) Läsion Seg V/VIII und IVa, weitere suspekte Läsion (ED 18. September 2018), eine chronische Hepatitis C, der Verdacht auf Kardiopathie, eine obere gastrointestinale Blutung unter Pradaxa am 20. September 2019, ein Pleuraerguss rechts i.R. Leberzirrhose (act. II 33 S. 20), eine acute on chronic Niereninsuffizienz, eine Thrombose V. mesenterica superior sowie Konfluens (ED Mai 2017), ein Status nach Reanimation/CPR (12. September 2018) und eine untere gastrointestinale Blutung diagnostiziert (act. II 33 S. 21). Aufgrund einer Nachblutung wurden am 7. Oktober 2018 eine Relaparotomie, eine Hämatomausräumung, eine Blutstillung und eine Leberbiopsie durchgeführt (act. II act. II 33 S. 26). Am 10. April 2019 berichteten die behandelnden Ärzte von einem Konsum von ca. zehn Zigaretten sowie zwei Gläsern Rotwein pro Tag und dass sich sechs Monate nach OLT ein klinisch guter Verlauf mit guter Verträglichkeit der Immunsuppression zeige. Die Leberwerte seien normal, ebenso die Leberfunktion (act. II 39 S. 13). Am 9. Juli 2019 führten die behandelnden Ärzte einen schädlichen Alkoholkonsum (67 g pro Tag [1.5 l süsser Most 4 %, 2 dl Wein 12 %]) als zusätzliche Diagnose auf (act. II 49 S. 3). Bezüglich der Leber bestehe ein guter Verlauf und eine normale Funktion; bezüglich Äthylkonsum sei dringend eine Reduktion notwendig (act. II 49 S. 5).

3.1.3 Im RAD-Bericht vom 15. Juli 2019 (act. II 41 S. 6 ff.) listete Dr. med. F._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine OLT (Operation am 5. Oktober 2018), einen fortgesetzten Alkoholkonsum (2 Gläser Rotwein pro Tag), eine Polytoxikomanie (i.v. Drogenabusus) in den 1990-er Jahren, Heroin nasal 3-4 Mal/Woche, auf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen Zustand nach Leberzirrhose CHILD C bei chronischer Hepatitis C, Genotyp 4 (act. II 41 S. 7), einen Zustand nach hepatocellulärem Karzinom, einen Zustand nach oberer gastrointestinaler Blutung unter Pradaxa am 20. September 2018, eine chronische Pankreatitis, eine Narbenhernienrevision mit IPOM-Einlage (31. Januar 2019), eine untere gastrointestinale Blutung, eine Niereninsuffizienz, eine chronisch-venöse Insuffizienz, eine Thrombose V. mesenterica superior sowie Konfluens (ED Mai 2017), einen Zinkmangel, eine chronische Anämie und Thrombozytopenie und einen fortgesetzten Nikotinabusus (act. II 41 S. 8). Sechs Monate nach der Lebertransplantation bestehe ein guter Allgemeinzustand mit unauffälligem kardio-pulmonalem Zustand. Der Versicherte rauche weiterhin und trinke aktenkundig zwei Gläser Rotwein täglich. Es bestehe eine körperliche Minderbelastbarkeit und ein erhöhtes Infektionsrisiko bei Zustand nach Lebertransplantation. Zumutbar seien leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden mit einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs. Zu vermeiden seien repetitives Heben/Tragen von Gewichten, Zwangshaltungen, Bücken, Knien, Kauern (d.h. keine Körperhaltung mit Bauchpresse), das Steigen auf Leitern und Gerüste, ohne häufiges Treppensteigen. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von maximal 10 kg gehoben oder getragen werden (act. II 41 S. 9).

3.1.4 Im Bericht des Spitals E._____ vom 17. September 2019 (act. II 49 S. 9-13) wurden als Diagnosen eine OLT am 5. Oktober 2018 bei Leberzirrhose und HCC Segment V, III, eine Vorfussinfektion nach Zehennagelverletzung Dig. II, ein schädlicher Alkoholkonsum, eine Narbenhernienrevision mit IPOM-Einlage am 31. Januar 2019, ein Status nach chronischer Hepatitis C, eine durchgemachte Hepatitis B, ein Status nach acute on chronic Niereninsuffizienz prä-OLT, ein Ausschluss einer Kardiopathie, ein Status nach oberer gastrointestinaler Blutung unter Pradaxa am

20. September 2018, ein Status nach unterer gastrointestinaler Blutung, ein Status nach Thrombose V. mesenterica superior sowie Konfluens (ED Mai 2017) und ein Status nach Reanimation/CPR am 12. September 2018 aufgeführt (act. II 49 S. 9-11). Klinisch gehe es dem Patienten relativ gut. Seit dem Frühjahr trinke er wieder täglich Alkohol (act. II 49 S. 12; anamnestisch ca. 67 g/d; act. II 49 S. 11). Die Hepatitis C sei erfreulicherweise geheilt (act. II 49 S. 13).

3.1.5 Am 18. September 2019 telefonierte der RAD-Arzt Dr. med. F._____ mit der behandelnden Ärztin im Spital E._____ und vermerkte in der entsprechenden Aktennotiz, der Versicherte sei momentan in einem guten Allgemein- und übergewichtigen Ernährungszustand. Beklagt werde seitens der behandelnden Ärztin der regelmässige Konsum von Süssmost und Wein. Explizit sei das vom RAD erstellte Zumutbarkeitsprofil besprochen worden, wogegen es von ihr keine Einwände gegeben habe (act. II 50).

3.1.6 In der RAD-Stellungnahme vom 26. September 2019 (act. II 53 S. 2) führte Dr. phil. G._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, auf interne Zuweisung hin aus, vorliegend bestehe aus neuropsychologischer Sicht bei einmaligem Status nach hepatischer Enzephalopathie und dessen adäquater Behandlung keine offensichtliche Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung, zumal nach der akuten hepatischen Enzephalopathie keine neurokognitiven Symptome dokumentiert worden seien und die Symptome einer hepatischen Enzephalopathie in aller Regel reversibel seien. Es sei auch nicht anzunehmen, dass selbst nach langem Opioid-Abusus neurokognitive oder neuropsychiatrische Beeinträchtigungen fortbeständen bzw. dadurch eine zerebrale Schädigung verursacht worden sei.

3.1.7 Der RAD-Arzt med. pract. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte in seiner auf interne Zuweisung hin erfolgten Stellungnahme vom 4. Oktober 2019 (act. II 54) dar, dass die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 für einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (F10.1) nicht erfüllt seien, da nirgends Schädigungszeichen wie Lebervergrösserung oder erhöhte Leberwerte beschrieben würden und zumindest bis aktuell auch keine schädlichen psychischen Folgen des zweifellos vor-

handenen Alkoholkonsums wie Rausche, Gedächtnisstörungen, Verwirrtheit, Delir oder dergleichen ausgewiesen seien. Bezogen auf die ICD-10 sei der vorliegende Sachverhalt unter F10.8 (Gefährlicher Gebrauch) zu subsumieren, zumal auch die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeit nach ICD-10 – zumindest bisher – nicht erfüllt seien (act. II 54 S. 1). Noch handle es sich um die Ausübung einer gefährlichen – auf Dauer sicherlich schädlich werdenden – Gewohnheit, ebenso wie das Vermeiden von Bewegung oder Gewichtszunahme, denen im jetzigen Stadium auch noch kein Krankheitswert zukomme. Auf keinen Fall liessen sich aus dem jetzigen Konsumverhalten alkoholbedingte dauerhafte IV-relevante Einschränkungen seiner Leistungs- und/oder Arbeitsfähigkeit ableiten. Die Nicht-Bereitschaft des Versicherten, seinen Konsum angesichts der Ermahnungen der Ärzte einzuschränken oder am Besten zu unterlassen, sei derzeit – bei jetzt gesunder Leber und von daher auch Nichtvorliegen einer cerebralen Beeinträchtigung – weiterhin als freier Willensentscheid zu werten und nicht als Ausdruck einer den Betroffenen willenlos/abstinenzunfähig machenden Erkrankung. Wenn das behandlerseits als manifeste Abhängigkeit gesehen worden wäre oder würde, wäre es sicherlich so angegeben und als F10.2 verschlüsselt worden. Ein Anhalt für eine psychiatrische Komorbidität bestehe nicht (act. II 54 S. 5).

3.1.8 In der RAD-Stellungnahme vom 22. Oktober 2019 (act. II 55 S. 3 ff.) hielt Dr. med. F. _____ fest, es würden im Einwand keine medizinisch relevanten Aspekte vorgebracht, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Weitere Abklärungen seien nicht zu tätigen. Auf das erstellte Zumutbarkeitsprofil könne weiter abgestützt werden.

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 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 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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, 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). 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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen des RAD (Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 2. Februar 2016, 8C_674/2015, E. 2.2.1, vom 7. Januar 2016, 9C_780/2015, E. 3.1.1, vom 29. Oktober 2015, 9C_610/2015, E. 3.1).

3.3 Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. November 2019 (act. II 56) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die Berichte des RAD vom 15. Juli, 18. und 26. September sowie 4. und 22. Oktober 2019 (act. II 41 S. 6 ff., act. II 50, 53-55).

Der RAD-Arzt med. pract. H._____ folgert in seinem versicherungspsychiatrischen Fazit vom 4. Oktober 2019 (act. II 54) anhand der Berichte des Spitals E._____ auf einen gefährlichen Gebrauch von Alkohol, der unter die als generelle Auffang-Diagnose einzustufende Kodierung F10.8 der ICD-10 subsumiert wird (vgl. DILLING/MOMBOUR /SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Richtlinien, 10. Aufl. 2015, S. 123 f.). Die Diagnose des schädlichen Gebrauchs (ICD-10 F10.1) negiert er, da das ICD-10-

Kriterium der tatsächlichen Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit (vgl. DILLING et al., a.a.O., S. 114) von den behandelnden Ärzten nicht beschrieben worden sei. Die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 F10.2 erachtet med. pract. H. _____ als nicht gegeben. Diese bedingt nach ICD-10 konkret das Bestehen von drei oder mehr der folgenden Kriterien während mindestens einem Monat oder wiederholt innerhalb von zwölf Monaten (BGE 145 V 215 E. 5.2.1 S. 222 f.; vgl. auch DILLING et al., a.a.O., S. 115):

1. Ein starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz oder über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x.3 und F1x.4), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen grössere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen (siehe F1x.1), deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmass des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.

Der RAD-Psychiater geht davon aus, dass die Hepatologen des Spitals E. _____ es mitgeteilt hätten, wenn sie drei dieser Kriterien als erfüllt erachtet hätten. Er verneint damit die Diagnosen des schädlichen Gebrauchs und – implizit – eines Abhängigkeitssyndroms allein aufgrund der Akten der hierzu fachfremden viszeralen Chirurgie und Medizin des Spitals E. _____. Eine eigene (psychiatrische) Untersuchung hielt er für nicht erforderlich (act. II 54 S. 5 unten).

Die Einschätzung von med. pract. H. _____ ist nicht ohne weiteres einleuchtend, zumal die Kriterien für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms hier nicht eindeutig beurteilt werden können; insbesondere können etwa die Kriterien nach den zuvor erwähnten Ziff. 1, 2, 4, 5 und 6 mittels der vorliegend fachfremden medizinischen Akten weder klar verneint noch

bejaht werden. Aus dem Umstand, dass sich die behandelnden Hepatologen nicht zu den diagnostischen Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms geäussert haben, kann nicht einfach geschlossen werden, diese seien nicht in der nötigen Anzahl erfüllt. Denn zum einen war es nicht Aufgabe dieser Ärzte, sich zur fachfremden Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms zu äussern, und zum andern gingen sie (bereits) von einer (für sie ebenfalls fachfremden) Diagnose des schädlichen Gebrauchs aus. Ebenso wenig konnte sich der RAD-Arzt bei seiner Einschätzung auf selbst erhobene Untersuchungsbefunde stützen (act. II 54 S. 5 unten) und es lagen ihm auch keine anderweitigen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Berichte vor, die die Problematik eines Abhängigkeitssyndroms bzw. einer Substanzkonsumstörung zum Gegenstand hatten. Auch dass die Behandler des Spitals E. _____ keine Laborwerte mitgeteilt haben, die für eine Gefährdung sprechen (act. II 54 S. 4 unten), reicht nicht aus, um einen schädlichen Gebrauch oder gar ein Abhängigkeitssyndrom auszuschliessen. Diesbezüglich ist vorab zu beachten, dass beim Beschwerdeführer die Lebertransplantation am 5. Oktober 2018 durchgeführt worden ist (act. II 33 S. 19-23) und somit erst kurze Zeit zurückliegt. Sodann ist mit dem Beschwerdeführer festzuhalten, dass (erhöhte) Laborwerte zwar ein Indiz für ein Abhängigkeitssyndrom sein können, jedoch kein Diagnosekriterium gemäss ICD-10 F10.2 darstellen. Beim Abhängigkeitssyndrom handelt es sich um eine psychische Erkrankung, weshalb im Wesentlichen die psychischen Vorgänge massgebend sind.

3.4 Unter diesen Umständen fehlt es hier an der bundesgerichtlich verlangten Grundlage einer klaren medizinischen Befundlage und weiter einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221 f.; vgl. E. 2.2 hiervor), die eben bei der vorliegenden Aktenlage und den divergierenden Diagnosen nicht vorliegen können. Die Sache ist damit zur Klärung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers (Befund, Diagnose, Leistungseinschränkungen usw., vgl. BGE 145 V 215 S. E. 6 und 6.1 S. 227) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, welche dazu eine Begutachtung, wie sie bereits mit dem Einwand gefordert wurde (psychiatrisch und insbesondere auch unter Einbezug von Experten der Viszeralchirurgie/Hepatology; act. II 45), zu veranlassen hat. In diesem Rahmen wird zu entscheiden sein, ob invalidenversi-

cherungsrechtlich beachtliche Gesundheitsschädigungen diagnostiziert werden. Gegebenenfalls wären die psychischen Gesundheitsschäden, wozu auch Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zählen, weiter im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens auf ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hin zu prüfen (vgl. BGE 145 V 215 E. 6.2 f. S. 227 f.; E. 2.2 hiervor).

3.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 1. November 2019 (act. II 56) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache – antragsgemäss (Beschwerde S. 2) – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen treffe und hiernach über den Rentenanspruch 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).

4.2 Die – wie hier – durch eine Organisation der öffentlichen Sozialhilfe vertretene versicherte Person hat trotz Obsiegens keinen Anspruch auf Parteientschädigung (BGE 126 V 11 E. 1-5 S. 11).

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Verfahren betreffend Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege im Sinne der Befreiung von den Verfahrenskosten als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 1. November 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.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, Fürsprecherin C. _____ 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.