

200 20 314 IV
KOJ/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. November 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. März 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene, aus ... stammende A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) reiste im Januar 2002 in die Schweiz ein und heiratete im November 2002 eine Schweizerin. Einer Erwerbstätigkeit ging er nicht nach (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 3, 8, 60 S. 5). Im November 2004 (AB 1) meldete er sich erstmals bei der IVB zum Leistungsbezug in Form von Berufsberatung, Umschulung auf eine neue Tätigkeit, Arbeitsvermittlung sowie Hilfsmittel (Hörgerät) an. In der Folge tätigte die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen und gewährte dem Versicherten eine binaurale Hörgeräteversorgung der Indikationsstufe 2 (AB 34). Insbesondere gestützt auf das bei Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholte Gutachten vom 24. Oktober 2008 (AB 60) verneinte die IVB mit Verfügung vom 15. Mai 2009 (AB 63) einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die Verfügung wurde nicht angefochten.

Im Juni 2010 (AB 72) meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Diese tätigte von Neuem erwerbliche und medizinische Abklärungen. Gestützt auf das bei Dr. med. C. _____ eingeholte psychiatrische Verlaufsgutachten vom 23. Dezember 2011 (AB 99) sowie die Aktenbeurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. März 2012 (AB 106) verneinte die IVB mit Verfügung vom 24. April 2012 (AB 107) einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 115/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechte Abteilung, mit Urteil vom 12. September 2012, IV/2012/521 (AB 118), ab. Das Verwaltungsgericht kam zum Schluss, seit der Verfügung vom 15. Mai 2009 sei keine wesentliche Veränderung hinsichtlich der medizinischen oder erwerblichen Verhältnisse eingetreten (E. 3.5). Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

Unter Hinweis auf das bei D. _____ eingeholte psychiatrische Fachgutachten vom 13. Februar 2019 (AB 125/2) meldete sich der Versicherte im März 2019 (AB 127) erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach durchgeführten Abklärungen beruflicher und medizinischer Art verneinte die IVB am 18. Juni 2019 (AB 143) einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen. Auf Empfehlung des RAD (vgl. Stellungnahme vom 4. Juli 2019 [AB 149]) beauftragte die IVB Dr. med. C. _____ mit einer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung (AB 155). Gestützt auf dessen Gutachten vom 27. November 2019 (AB 160.1) verneinte die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 161 ff.) mit Verfügung vom 13. März 2020 (AB 167) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Anspruch des Versicherten auf IV-Leistungen.

C.

Mit Eingabe vom 1. Mai 2020 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbehörden:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 13. Mai 2020 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei die ihm gesetzlich zustehende Rente zuzusprechen.
2. Verfahrensanhörung: Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei ein Obergutachten in der Disziplin Psychiatrie gerichtlich einzuholen.
3. Dem Beschwerdeführer sei das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung des Unterzeichnenden als amtlicher Anwalt.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Der Beschwerde beigelegt war u.a. ein Austrittsbericht der D. _____ vom 7. Februar 2020 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 1. Juli 2020 auf Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeantwort beigelegt war eine RAD-Stellungnahme vom 17. Juni 2020 (in den Gerichtsakten).

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. September 2020 hiess der zuständig Instruktionsrichter das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete ihm Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt bei.

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 unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG; vgl. Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG und Art. 1 der Verordnung vom 20. März 2020 über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus [COVID-19; SR 173.110.4]) 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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 13. März 2020 (AB 167). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere 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 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.

2.3 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).

2.4

2.4.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität 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 wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.4.2 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) In-

validität 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).

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision 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).

2.4.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes 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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

3.

3.1 Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom März 2019 (AB 127) eingetreten ist und über den Anspruch materiell entschieden hat, ist die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen dem rentenablehnenden Entscheid vom 24. April 2012 (AB 107) und der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2020 (AB 167) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 24. April 2012 (AB 107) basierte im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Verlaufsgutachten von Dr. med. C. _____ vom 23. Dezember 2011 (AB 99). Darin diagnostizierte dieser eine dissoziative Störung (Konversionsstörung; ICD-10 F44.88) sowie eine anamnestisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10

F33.4; S. 8). Im Vordergrund stehe ein unspezifisches Verbitterungssyndrom nach realen belastenden Ereignissen im Jahr 2003. Die Kriterien für wahnhaftige Symptome, für formale Denkstörungen und für psychotische Affektstörungen seien zu keinem Zeitpunkt erfüllt gewesen. Die vom Versicherten vorgebrachten Denkinhalte mit Bezug zu Wahnphänomenen seien maximal als "fixe Ideen" einzuordnen, zu denen er jederzeit kritisch Distanz nehmen könne, wenn er wolle bzw. vom Gutachter dazu angehalten werde. Seine mangelnde Kooperationsbereitschaft sei nicht krankheitsbedingt, sondern gerade Zeichen einer angemessenen interaktionellen Kompetenz und nicht eines bspw. psychotischen/schizophreniformen Autismus. Hinzu kämen kulturell geprägte Verhaltensweisen des Versicherten wie z.B. eine bildhafte Sprache und akzentuierte (narzisstisch, misstrauisch) Persönlichkeitszüge, die als Eigenheiten der Person im Bereich des Normalpsychologischen lägen (S. 7). Im Vergleich zum Gutachten vom 24. Oktober 2008 (AB 60) lägen keine neuen tatsächlichen objektiv rein medizinischen (psychopathologischen) Befunde vor. Kritische persönliche (v.a. emotionale) Kommentare zum Gutachten würden vom Versicherten formuliert. In den Akten finde sich keine (fach-)ärztliche Stellungnahme dazu. Die sich anlässlich der zweiten Begutachtung ergebenden Untersuchungsergebnisse seien zusammenfassend objektiv weitgehend unverändert im Vergleich zu jenen anlässlich der ersten Begutachtung. Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht weiterhin nicht begründet werden (S. 8).

Das Verwaltungsgericht mass in VGE IV/2012/521 (AB 118) dem psychiatrischen Verlaufsgutachten von Dr. med. C. _____ vom 23. Dezember 2011 vollen Beweiswert zu. Es kam zum Schluss, dass die vom Gutachter gestellten Diagnosen und deren (fehlende) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und einleuchtend begründet seien und seit der ersten Begutachtung keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (E. 3.4). Damit bestätigte es im Umkehrschluss, dass im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. April 2012 (AB 107) keine Schizophrenie vorlag.

3.3 Was den medizinischen Sachverhalt seit der Neuanmeldung vom März 2019 (AB 127) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im vom Versicherten bei D._____ eingeholten psychiatrischen Privatgutachten vom 13. Februar 2019 (AB 125/2) wurde aus psychiatrischer Sicht eine paranoide Schizophrenie mit Residuum (ICD-10 F20.04) sowie ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) diagnostiziert (S. 27 Ziff. 5.1). Aus somatischer Sicht bestünden Spannungskopfschmerzen (Differentialdiagnose: somatoforme Schmerzstörung), eine Perzeptionsschwerhörigkeit bilateral unklarer Ätiologie, ein Status nach rezidivierenden Bewusstseinsstörungen unklarer Ätiologie (Differentialdiagnose: dissoziativ, Differentialdiagnose: vasovagale Synkopen; 2003-2007), ein Pseudopterygium beidseits sowie ein Status nach Hepatitis (eigenanamnestisch; S. 27 f. Ziff. 5.2). In Zusammenschau der Befunde unter Berücksichtigung des umfangreichen Dossiers mit insgesamt sieben Hospitalisationen in D._____ im Zeitraum von 2005 bis 2018 und anhand der aktuellen eigenen Explorationen, eigen- und fremdanamnestischen sowie testdiagnostischen, neuroradiologischen und laborchemischen Daten könne eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, resp. eine paranoide Schizophrenie mit Residuum (ICD-10 F20.04) bei persistierender Wahn-Symptomatik unter dualer antipsychotischer Therapie mit Aripiprazol und Paliperidon bestätigt werden. Darüber hinaus liege ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden, phasenweise mit regelmässigem, gegenwärtig eher episodischem Konsum vor. Ungeachtet dessen bestehe beim Exploranden ein relativ hohes Funktionsniveau mit relativ wenig kognitiven Beeinträchtigungen nach nunmehr knapp vierzehn Krankheitsjahren, was eher als Ressource erachtet werden sollte (S. 33 f. Ziff. 6). Im Hinblick auf die Verbesserung der Tagesstruktur sowie zum Selbstwertaufbau unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen und der aktuellen Arbeitsmotivation sei zu empfehlen, den Versicherten in ein Arbeitsprogramm, allenfalls im geschützten Rahmen, miteinzubeziehen (S. 34 Ziff. 7).

3.3.2 Dr. med. C._____ diagnostiziert im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 27. November 2019 (AB 160.1) rezidivierende Erregungszustände und ein Verbitterungssyndrom in der Folge vielfältiger sozialer Be-

lastungen (ICD-10 F43.9) mit einem Rentenbegehren und unregelmässigem Gebrauch von Cannabinoiden, bei akzentuierten Persönlichkeitszügen, einem Status nach dissoziativer Störung (ICD-10 F44.88) und einer depressiven Störung (gegenwärtig remittiert; ICD-10 F33.4; S. 32 Ziff. 7). Er (Dr. med. C. _____) habe bereits in den Gutachten vom Oktober 2008 und Dezember 2011 die Diagnose einer Schizophrenie differenziert evaluiert und verworfen. Die in diesem Zeitraum hierzu im Widerspruch stehenden Einschätzungen stellten ausschliesslich auf die Angaben des Versicherten zu möglichen Wahnphänomenen ab. "Wahn" alleine rechtfertige jedoch die Diagnose gemäss ICD-10 F20 nicht. Auch jetzt könne weder eine Schizophrenie noch eine anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F22) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden (S. 32 ff.). In der Folge einer Schlägerei im Mai 2003 sei eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) bzw. eine dissoziative Störung (ICD-10 F44.88) / somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.33) vor dem Hintergrund histrionischer (hysterioformer) Persönlichkeitszüge sowie sozialer Belastungen attestiert worden. Parallel dazu sei auf wechselhaft ausgeprägte depressive Syndrome hingewiesen worden, die einer Anpassungsstörung, einer mittelgradigen und zuletzt leichten depressiven Episode (bei einer rezidivierenden Störung; ICD-10 F32/F33) habe zugeordnet werden können. Die depressive Störung könne seit Juli 2007 als anhaltend remittiert gelten (ICD-10 F33.4). Auch die dissoziative Störung lasse sich nach Dezember 2011 nicht mehr nachweisen. Im weiteren Verlauf sei es zu rezidivierenden Erregungszuständen mit einem unspezifischen Verbitterungssyndrom nach jeweils realen belastenden Ereignissen (v.a. im Jahr 2003, aber auch bspw. nach Ablehnung von IV-Leistungen bzw. drohender Wegweisung; ICD-10 F43.9) gekommen. Weitere allfällige versicherungsmedizinische Störungen gemäss ICD-10 könnten vorliegend nicht begründet werden, insbesondere kein gegenwärtiges Suchtleiden, keine Schizophrenie, keine posttraumatische Belastungsstörung und keine Persönlichkeitsstörung (S. 42 f. Ziff. 8.1). Gesamthaft liessen sich keine objektiven Defizite beschreiben. Es sei allein auf die Selbsteinschätzung des Versicherten abzustellen, bei der v.a. Defizite im Bereich Durchhaltefähigkeit im Vordergrund stünden. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung der subjektiv erlebten Defizite sei auch gemäss den Angaben des Versicherten möglich. Zudem verfüge er über persönliche Ressourcen und einen geordneten sozialen Kontext. Beim Ver-

lauf der Störung seien aber auch ein Rentenbegehren und weitere nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen (S. 52 f. Ziff. 8.4). Im Vergleich zum Gutachten vom 23. Dezember 2011 (AB 99) könne keine wesentliche, anhaltende Veränderung des Gesundheitszustandes, d.h. bspw. eine objektive Zunahme oder tatsächliche Ausprägung des Beschwerdebildes festgestellt werden. Eine wesentlich veränderte Beurteilung der Folgen objektivierbarer psychopathologischer Befunde und der Funktionseinschränkungen durch die rezidivierenden Erregungszustände mit unspezifischem Verbitterungssyndrom in der Folge vielfältiger sozialer Belastungen sei nicht zu begründen. Das Postulat einer darüberhinausgehenden andauernden Arbeitsunfähigkeit könne zudem aus versicherungspsychiatrischer Sicht auch weiterhin nicht bestätigt werden. Die hierzu im Widerspruch stehenden Beurteilungen in den Akten seien aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht kritisch differenziert nachvollziehbar; sie stützten sich fast vollständig allein auf die Selbsteinschätzung des Versicherten. Eine relevante (20% oder mehr von 100%) anhaltende Minderung der Arbeitsfähigkeit könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht und auch aufgrund der Angaben des Versicherten selbst und jenen in den Akten für keinen Zeitraum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründet werden (S. 53 Ziff. 9). Ihm seien sämtliche Tätigkeiten ganztags und ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit zumutbar (S. 53 ff. Ziff. 9).

3.3.3 Vom 7. bis zum 15. Januar 2020 befand sich der Versicherte in D._____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 7. Februar 2020 (BB 3) wurden als Hauptdiagnosen eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) sowie Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen genannt (ICD-10 F43.2). Weiter bestehe ein Obstipationsprädominantes Reizdarmsyndrom (ICD-10 K58.2). Der Eintritt sei auf Zuweisung des "behandelnden Psychiaters" med. pract. E._____ zur Überprüfung der medikamentösen Einstellung sowie zur Stabilisierung und Krisenintervention bei Verschlechterung der Negativ- und Positivsymptomatik im Rahmen der bekannten paranoiden Schizophrenie (Erstdiagnose: 2003) erfolgt. Es hätten bei Eintritt psychotische Symptome in Form eines systematisierten Beeinträchtigungs- und Beeinflussungserlebens und von Stimmenhören sowie eines Verfolgungswahns imponiert. Der Versicherte habe sich psychomotorisch sichtlich angespannt gezeigt. Des Weiteren

habe er depressive Symptome im Sinne von Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit präsentiert. Unter Medikation und im Rahmen der multiprofessionellen interdisziplinären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung hätten sich die Verfolgungsideen deutlich regredient und der Versicherte aufgestellter gezeigt. Auch die Anpassungszustände hätten im Verlauf sichtlich abgenommen. Die Stimmung des Versicherten sei sichtlich aufgehellt geworden und er habe mehr Antrieb erhalten. Er habe in deutlich gebessertem und stabilem Allgemeinzustand mit weniger Wahnideen und Halluzinationen sowie mit aufgehellter Stimmung und besserem Antrieb in die bestehenden Verhältnisse des ambulanten Settings bei med. pract. E._____ entlassen werden können.

3.3.4 Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD, nahm in ihrer Beurteilung vom 17. Juni 2020 (in den Gerichtsakten) Stellung zur Frage, ob vorliegend die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie zu stellen sei. Den erstmals im Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie der D._____, vom 20. Mai 2005 (AB 20) geäusserte Verdacht einer "Erkrankung aus dem schizophreniformen Kreis (ICD-10 F20; S. 3)" habe Dr. med. C._____ im Gutachten vom 24. Oktober 2008 (AB 60) nicht bestätigen können. Im das zweite Leistungsgesuch betreffenden Gutachten vom 23. Dezember 2011 (AB 99) habe dieser die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie erneut nicht bestätigt. Im von Dr. med. C._____ erstellten Gutachten vom 27. November 2019 (AB 160.1) führe dieser zum dritten Mal unter Zugrundelegung des ICD-10-Klassifikationssystems aus, dass die in den Akten vermerkte Diagnose einer "paranoiden Schizophrenie" nicht bestätigt werden könne bzw. diese verneint werden müsse. Er habe während der zweieinhalbstündigen Untersuchung keine Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen, Ich-Störungen, Wahn- und oder Zwangsphänomene beobachten können. Auch auf Nachfrage des Gutachters habe der Versicherte diese nicht bestätigt (S. 4). Aufgrund der Ausführungen und Feststellungen des Gutachters hätten keine krankhaften Symptome in einer für die Schizophrenie-Diagnose geforderten "Deutlichkeit" vorgelegen (S. 5). Aufgrund der epidemiologischen Daten und Erfahrungswerte sei aus fachärztlicher Sicht sehr untypisch, dass der Versicherte noch nach seinem 37. Lebensjahr an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt sein soll. Medizinisch-

theoretisch komme es bei Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt seien, in zwei Dritteln der Fälle im Krankheitsverlauf zu einem mittelmässig oder schwer ausgeprägten "Residualzustand". Unter "Residualsymptomen" seien "psychomotorische Verlangsamung, Affektverflachung, Passivität, Sprachverarmung, geringe nonverbale Kommunikation und verminderte soziale Leistungsfähigkeit" zu verstehen. Keines dieser Residualsymptome habe durch den Gutachter anlässlich der Exploration am 3. Oktober 2019 festgestellt werden können. Auch die Privatgutachter (AB 125/2) hätten im Rahmen ihrer psychiatrischen Untersuchungen vom 6. November 2018 und 22. Januar 2019 berichtet, dass beim Versicherten "ein relativ hohes Funktionsniveau mit relativ wenig kognitiven Beeinträchtigungen (...) bestehe". Zusammenfassend sei unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Akten, der objektiven Untersuchungsbefunde von Dr. med. C._____, der Vorgaben des ICD-10-Klassifikationssystems zur Diagnosestellung einer Schizophrenie sowie der allgemeingültigen epidemiologischen Daten zur Schizophrenie die Diagnose einer Schizophrenie nicht ausgewiesen (S. 6).

3.4 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). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227). Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 92 E. 4.1).

3.5

3.5.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C._____ vom 27. November 2019 (AB 160.21) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.4 hiavor). Die Feststellungen des Gutachters beruhen auf spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztlichen Schlussfolgerungen zu den Diagnosen sowie die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sind schlüssig und widerspruchsfrei; von einem tendenziös abgefassten, nicht neutralen oder gar unausgewogenen und nicht objektiven Gutachten (vgl. Beschwerde S. 10 Ziff. 8 und S. 12 Ziff. 11) kann keine Rede sein. Dem psychiatrischen Gutachten kommt damit voller Beweis zu und es ist in der Folge darauf abzustellen, zumal dessen Feststellungen auch von RAD-Psychiaterin Dr. med. F._____ (vgl. Beurteilung vom 17. Juni 2020 [in

den Gerichtsakten]) bestätigt werden. Der Sachverhalt ist damit rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen, namentlich die Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens (vgl. Beschwerde S.12 Ziff. 11 sowie Replik S. 5 Ziff. 13), ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) und gestützt auf die nachfolgenden Ausführungen (vgl. E. 3.5.3 hiernach) zu verzichten.

3.5.2 Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C._____ ist erstellt, dass der Beschwerdeführer an rezidivierenden Erregungszuständen und einem Verbitterungssyndrom in der Folge vielfältiger sozialer Belastungen (ICD-10 F43.9) mit einem Rentenbegehren und unregelmässigem Gebrauch von Cannabinoiden, bei akzentuierten Persönlichkeitszügen, bei Status nach dissoziativer Störung (ICD-10 F44.88) und bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert; ICD-10 F33.4) leidet (AB 160.1 S. 32 Ziff. 7). Eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 24. April 2012 (AB 107) ist nicht ausgewiesen. Eine relevante ($\geq 20\%$ von 100%) Minderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kann für keinen hier in Frage kommenden Zeitraum begründet werden. Dem Beschwerdeführer sind jegliche Tätigkeiten ganztags und ohne Einschränkung zumutbar (S. 53 ff. Ziff. 9). Was die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Schizophrenie anbetrifft, so hat Dr. med. C._____ detailliert die Kriterien aufgeführt, die zur Feststellung dieser Diagnose erfüllt sein müssen und gestützt auf diese Kriterien, seine Untersuchung und die Akten das Vorliegen einer Schizophrenie im Allgemeinen wie auch einer paranoiden Schizophrenie im Besonderen mit einleuchtender Begründung verneint (S. 34 ff.).

3.5.3 Was der Beschwerdeführer gegen die Expertise des Dr. med. C._____ vom 27. November 2019 (AB 160.1) vorbringt, verfängt nicht und schmälert – wie nachfolgend dargelegt – die Beweiskraft des Gutachtens nicht.

Soweit der Beschwerdeführer Kritik an den Gutachten von Dr. med. C._____ vom 24. Oktober 2008 (AB 60) bzw. 23. Dezember 2011 (AB 99) übt und die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie als bereits seit Jahren bestätigt sieht (vgl. u.a. Beschwerde S. 4 Ziff. 3, S. 9 f. Ziff. 7 und S.

11 Ziff. 10 f. sowie Replik S. 3 f. Ziff. 9 ff.), ist ihm nicht zu folgen. Mit Verfügung vom 15. Mai 2009 (AB 63) verneinte die Beschwerdegegnerin insbesondere gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 24. Oktober 2008 (AB 60), wonach Hinweise für eine Störung aus der Kategorie ICD-10 F2 (Schizophrenie) nicht vorlägen (S. 26), unangefochten und rechtskräftig den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung. Am 24. April 2012 (AB 107) verfügte sie ein weiteres Mal eine Leistungsablehnung. Dabei stützte sie sich insbesondere auf das Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 23. Dezember 2011 (AB 99), wonach die Kriterien für wahnhaftige Symptome, für formale Denkstörungen und für psychotische Affektstörungen nicht erfüllt seien und nicht erfüllt gewesen seien (S. 7). Dem Gutachten mass das Verwaltungsgericht in VGE IV/2012/521 (AB 118) vollen Beweiswert zu und stellte in seinem Urteil rechtskräftig und damit auch hier verbindlich darauf ab (E. 3.4).

Die theoretischen Ausführungen von Dr. med. C. _____ betreffend einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (S. 34 f.; vgl. auch die Schlussfolgerungen hiernach) entstammen exakt der medizinischen Literatur (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 127 ff.). Das besagte Werk wird auch von der höchststrichterlichen Rechtsprechung in seinen Urteilen zitiert (vgl. statt vieler Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 12. März 2019, 9C_721/2018, E. 5.1.2, vom 24. Oktober 2018, 9C_495/2018, E. 4.2.2 und vom 5. Juni 2018, 9C_197/2018, E. 6.2.2), womit den diesbezüglichen Ausführungen des Beschwerdeführers, die Abweichung der gutachterlichen Ausführungen von den im Internet zugänglichen Informationen (www.icd-code.de sowie www.dimdi.de) bedürften einer Klärung (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 3), nicht zu folgen ist. Nach der medizinischen Lehre haben folgende Symptome bzw. Symptomgruppen eine besondere Bedeutung für die Diagnose Schizophrenie (S. 128 f.):

1. Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppen 1a-1d:
 - a. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.
 - b. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.

- c. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.
 - d. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Ausserirdischen zu sein).
2. Symptome aus mindestens zwei der folgenden Gruppen 2a-2d:
- a. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.
 - b. Gedankenabreissen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.
 - c. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor.
 - d. "Negative" Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.

Für die Diagnose Schizophrenie sind mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der Symptomgruppen 1a bis d oder Symptome aus mindestens zwei der Gruppen 2a bis d erforderlich. Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein (S. 130). Dr. med. C. _____ stellte fest, dass die "postulierten Wahnphänomene" weder eindeutig der Gruppe 1b noch 1d entsprechen. Die vom Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Exploration im Oktober 2019 vorgebrachten Denkinhalte seien als bildhafte Sprache oder auch "fixe Ideen" einzuordnen, zu denen der Beschwerdeführer jederzeit kritisch Distanz nehmen könne (wenn er es möchte). Es könne auch deshalb keine anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F22) bestätigt werden. Ab Mai 2012 würden dann neben Verfolgungsideen/ Beziehungswahn erstmals "andere Wahninhalte" – die nicht substantiiert würden – sowie Stimmenhören (kommentierend und/oder imperativ) aufgeführt. Eine genauere Exploration der Wahrnehmungsstörung sei aber nicht möglich gewesen, weshalb es auch hier zunächst vollständig spekulativ bleibe, ob allfällig die Kriterien der Symptomgruppen 1c oder 2a erfüllt sein könnten. Die Angaben des Beschwerdeführers blieben auch diesbezüglich weiterhin spärlich, vage und mehrdeutig. So verhalte es sich

auch bezüglich der Hinweise in den Akten auf optische und haptische Halluzinationen. Vom Beschwerdeführer würden anlässlich der psychiatrischen Exploration im Oktober 2019 eindeutige kommentierende bzw. dialogische Stimmen (Symptomgruppe 1c) nicht beschrieben, weitere Wahrnehmungsstörungen (Symptomgruppe 2a) würden im unklaren Sinn ("Engelstimmen") bestätigt. Weiter sei die Symptomgruppe 2d nicht erfüllt. Die schizophrenen Störungen seien im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben würden. Bereits diese Eingangsdefinition könne im Fall des Beschwerdeführers über rezidivierende Erregungszustände hinaus, die regelmässig innert kurzer Frist während stationärer Behandlungen weitgehend remittieren, nicht bestätigt werden. Zusammenfassend kam Dr. med. C. _____ zum Schluss, die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie sei nicht ausgewiesen (S. 36 ff.). Diese Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Die von Dr. med. C. _____ getätigten (einzelfallbezogenen) Feststellungen werden von RAD-Psychiaterin Dr. med. F. _____ in ihrer Beurteilung vom 17. Juli 2020 (in den Gerichtsakten) mit allgemeinen statistischen Daten verglichen und bestätigt. Dieses Vorgehen ist durchaus geeignet, die gutachterlichen Schlüsse zu plausibilisieren – d.h. je nachdem zu untermauern oder eher in Zweifel zu ziehen – und deshalb entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Replik S. 4 Ziff. 11) nicht zu beanstanden. Die RAD-Ärztin beschränkt sich im Übrigen nicht nur auf den Beizug statistischer Daten, sondern bezieht sich in wesentlichen Teilen ihrer Stellungnahme auf den konkreten Sachverhalt. Ihre Ausführungen wie auch das Fazit, dass eine Schizophrenie beim Beschwerdeführer nicht ausgewiesen ist, sind nachvollziehbar und überzeugen. Eine unzulässige Zweitmeinung (vgl. Replik S. 2 Ziff. 7) liegt nicht vor.

Der Einwand des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 8 Ziff. 5 und S. 11 f. Ziff. 11), indem Dr. med. C. _____ ausführe, die Symptomgruppen 1b bis d seien "nicht eindeutig" erfüllt, bestätige er implizit, dass diese "weniger eindeutig" vorhanden seien, was zur Bestätigung der Diagnose Schizophrenie ausreiche, überzeugt nicht. Dr. med. C. _____ konnte während

der zweieinhalbstündigen Untersuchung (S. 1) keine Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen, Ich-Störungen, Wahn- und/oder Zwangsphänomene beobachten und der Beschwerdeführer hat solche auch auf Nachfrage hin nicht bestätigt (S. 28). Die Formulierung "weniger eindeutig" bezieht sich auf die Ausprägung der Symptome, "nicht eindeutig" bezieht sich auf den Umstand, dass die geklagten Beschwerden keinem Symptom (eindeutig) zugeordnet werden konnten. Damit liegen, wie RAD-Psychiaterin Dr. med. F. _____ in ihrer Stellungnahme vom 17. Juni 2020 (in den Gerichtsakten) bestätigt, keine krankhaften Symptome in einer für die Schizophrenie-Diagnose geforderten "Deutlichkeit" vor (S. 5).

Was die akustischen Halluzinationen und im Speziellen die geltend gemachten "Engelsstimmen" betrifft (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 2, S. 5 Ziff. 4 sowie S. 8 ff. Ziff. 5 ff.), äusserte diese der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration bei Dr. med. C. _____ vom 3. Oktober 2019 (AB 160.1 S. 25 Ziff. 4.2 und S. 28 Ziff. 5.1). Jedoch blieben seine Angaben zu den aktuellen Symptomen auch auf mehrfaches empathisches Nachfragen hin allgemein, vage und pauschal (S. 27 Ziff. 5.1) bzw. spärlich und mehrdeutig (S. 38 Ziff. 7). Gleich verhält es sich bezüglich der Hinweise in den Akten auf optische und haptische Halluzinationen bzw. die Engelsstimmen, die im unklaren Sinn bestätigt werden (S. 38 Ziff. 7). Soweit in den früheren Berichten der D. _____ (vgl. Berichte vom 31. Mai 2012 [AB 141/11], vom 20. September 2013 [AB 141/8] und vom 31. Mai 2018 [AB 141/5]) (imperatives) "Stimmenhören" (mehrere kommentierende Stimmen, vor Gefahren warnend, "gute und schlechte" Stimmen mit teils religiösem Inhalt, die ihn beeinträchtigten) angegeben wurde, ist auf den Umstand hinzuweisen, dass eine genaue Exploration des Beschwerdeführers teilweise nicht möglich war (AB 141/11 S. 12). Zudem verfügten die die besagten Berichte der D. _____ unterzeichnenden bzw. visierenden Ärzte im Zeitpunkt der Erstellung der Berichte entweder (noch; vgl. u.a. https://www.D._____.ch) über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder sind zu ihnen und/oder ihrer Qualifikation dem Medizinalberuferegister (vgl. <https://www.medregom.admin.ch>) keine Angaben zu entnehmen. Damit basieren ihre Ausführungen nicht auf spezialärztlichen Feststellungen und es liegen deshalb Indizien vor, die gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 20. November 2007, I

142/07, E. 3.4). Erstmals wurde fachärztlich im Bericht der D. _____ vom 21. Dezember 2018 (AB 141/2) ein Hören von Engelsstimmen und bedrohlichen Stimmen erwähnt, der Beschwerdeführer konnte jedoch nicht näher auf die Natur der Stimmen eingehen und nähere Angaben zum zeitlichen Verlauf des Auftretens der Stimmen, deren Intensität und der Entwicklung während der Hospitalisation im Oktober 2018 fehlen im Bericht. Was die akustischen Halluzinationen und das imperative Stimmenhören weiter betrifft, gab der Beschwerdeführer gegenüber den Privatgutachtern an, er höre seit 2012, als er relativ viel Cannabis geraucht habe, Stimmen ("Gut und Böse"), welche ihn teilweise aufgefordert hätten, sich "das Leben zu nehmen". Unter medikamentöser Behandlung träten die Stimmen nur noch selten und unter Stress auf (AB 125/2 S. 16 Ziff. 2.2). Die Privatgutachter gingen von einem (möglicherweise) durch den intermittierenden THC-Konsum bedingten (erneuten) Auftritt der akustischen Halluzinationen aus (S. 32 f. Ziff. 6). Im Bericht des den Beschwerdeführer seit November 2017 behandelnden med. pract. E. _____ vom 29. Mai 2019 (AB 139) sind zwar akustische Halluzinationen in Form von imperativen Stimmen erwähnt (S. 4 Ziff. 2.4). Nähere Angaben über das zeitliche Auftreten wie auch die Intensität etc. fehlen jedoch. Zudem ist zu bemerken, dass med. pract. E. _____ über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (vgl. <https://www.medregom.admin.ch>) und seine Ausführungen damit nicht auf spezialärztlichen Feststellungen basieren. Schliesslich ist auf den Umstand hinzuweisen, dass die Angaben des Beschwerdeführers teilweise widersprüchlich sind. So gab er gegenüber Dr. med. C. _____ im Oktober 2019 an, seit 2008 keine Cannabinoide geraucht zu haben (AB 160.1 S. 23 Ziff. 4.2), was offensichtlich den Akten widerspricht (vgl. u.a. Privatgutachten der D. _____ vom 15. März 2019 [AB 125/2], wo der Beschwerdeführer angab, aktuell nur noch gelegentlich Cannabis zu rauchen [S. 16 Ziff. 2.2]). Der Cannabiskonsum ist jedoch wesentlich, da zumindest die Privatgutachter – wie hiavor dargelegt – davon ausgehen, dass dieser zumindest möglicherweise Einfluss auf das Auftreten und die Intensität der akustischen Halluzinationen hat.

Durch den Verweis des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 4) auf das bei D. _____ eingeholte Privatgutachten vom 13. Februar 2019 (AB 125/2) vermag dieser nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Zwar wird

im besagten Gutachten eine paranoide Schizophrenie mit Residuum (ICD-10 F20.04) diagnostiziert (S. 27 Ziff. 5.1). Jedoch wurde festgehalten, es ergäben sich Hinweise auf einen eher atypischen Verlauf der schizophrenen Erkrankung, wie die relativ späte Erstmanifestation mit Anfang dreissig, dem verzögerten Auftreten von imperativen Stimmen im Jahr 2012, sieben Jahre nach der Erstdiagnose, sowie mehrfachen Selbstvorstellungen zu den Hospitalisationen, was für einen Schizophrenie-Erkrankten eher ungewöhnlich sei, wobei jeweils "auf Basis einer guten Krankheitsakzeptanz und auch Behandlungseinsicht sowie hohem Funktionsniveau argumentiert" werde. Weiter wird auch auf erhebliche psychosoziale Komponenten, ein strategisches und strukturiertes Vorgehen des Beschwerdeführers auch in schwierigen Situationen sowie die mögliche Auslösung von Sinnestäuschungen und deren ungünstige Modulierung durch regelmässigen Cannabiskonsum hingewiesen (S. 31 f. Ziff. 6). Die Diagnose wird dann mit einer eindeutig vorhandenen Psychopathologie im Langzeitvergleich mit systematisiertem paranoiden Wahnsystem seit mindestens 04/2005 mit im Verlauf hinzugetretenen intermittierenden Ich-Störungen mit Gedankenausbreitung und Beeinflussungserleben sowie seit 2012 unter Cannabis-Einfluss dokumentierten akustischen Halluzinationen begründet (S. 33). Dies vermag jedoch mit Blick auf die Ausführungen in VGE IV/2012/521 (AB 118) nicht zu überzeugen. So bestätigte das Verwaltungsgericht die damalige Einschätzung von Dr. med. C._____, wonach die Kriterien für wahnhaftes Symptome nicht erfüllt und die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Denkinhalte mit Bezug zu Wahnphänomenen maximal als fixe Ideen einzuordnen seien (E. 3.4); damit kann nicht von einem "paranoiden Wahnsystem seit mindestens 04/2005" ausgegangen werden. Für die Frage eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ist im Übrigen weniger die Diagnose entscheidend als vielmehr die erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens (vgl. diesbezüglich sinngemäss Entscheid des BGer vom 23. Mai 2014, 8C_96/2014, E. 4.2). Hierzu ist dem Privatgutachten – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 11 Ziff. 9) – keine konkrete Einschätzung zu entnehmen. Immerhin wird aber auf die vorhandenen Ressourcen des Beschwerdeführers wie insbesondere sein "relativ hohes Funktionsniveau mit relativ wenig kognitiven Beeinträchtigungen nach nunmehr knapp vierzehn Krankheitsjahren, was eher als Ressource erachtet werden sollte", hingewiesen und der Einbezug in

ein Arbeitsprogramm empfohlen (S. 34). Damit vermag das vom Beschwerdeführer eingeholte Privatgutachten der D._____ den Beweisgrad des von der Beschwerdegegnerin nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachtens des Dr. med. C._____ nicht zu schmälern geschweige denn derart zu erschüttern, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (Entscheid des BGer vom 18. September 2019, 8C_486/2019, E. 2.2) davon abzuweichen wäre.

Schliesslich kann der Beschwerdeführer soweit er vorbringt, Dr. med. C._____ argumentiere lediglich mit den ICD-10-Kriterien zur Schizophrenie im Allgemeinen (ICD-10 F20) im Gegensatz zum Privatgutachten, welches Bezug nehme zu den spezifischen ICD-10-Diagnosen der paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) bzw. der paranoiden Schizophrenie mit Residuum (ICD-10 F20.04; Beschwerde S. 9 Ziff. 6), nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn gemäss der medizinischen Literatur müssen die allgemeinen Kriterien für Schizophrenie (ICD-10 F20) für die Bestätigung der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-20.0) wie auch einer paranoiden Schizophrenie mit Residuum (ICD-10 F20.04) erfüllt sein (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 132), was – wie hiavor dargelegt – vorliegend nicht der Fall ist.

3.5.4 Zusammenfassend liegt im massgeblichen Zeitraum kein medizinischer Revisionsgrund vor. Ein erwerblicher Revisionsgrund wird weder geltend gemacht noch ergeben sich hierfür Anhaltspunkte in den Akten. Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch zu Recht abgewiesen.

3.6 Aufgrund des Dargelegten ist die Verfügung vom 13. März 2020 (AB 167) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde daher abzuweisen.

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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Unter Berücksichtigung des gutgeheissenen Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege (vgl. prozessleitende Verfügung vom 21. September 2020) wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG sowie Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

4.3 Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Verbeiständung bleibt indes das amtliche Honorar für Rechtsanwalt B. _____ festzusetzen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote vom 28. September 2020, in welcher Rechtsanwalt B. _____ einen Aufwand von 15.70 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 29.90 geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 4'259.40 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzulegen. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 3'414.-- (Fr.

3'140.-- [15.70 Stunden à Fr. 200.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 29.90 und MWSt. von Fr. 244.10 [7.7% von Fr. 3'169.90]) festzusetzen und Rechtsanwalt B._____ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO – d.h. sobald er innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – nachzubezahlen (Art. 113 VR-PG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 4'259.40 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'414.-- festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

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.