

200 20 872 IV
SCI/GET/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 28. Januar 2021

Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Oktober 2020



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist Mitglied der jesischen-sintischen Gemeinschaft und war zuletzt als "... " tätig (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 2; Beschwerde, S. 3, Ziff. 1). Im Januar 2017 meldete sich der Versicherte wegen psychischen Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 2; 12 S. 2). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog Berichte der behandelnden Ärzte bei, holte die Akten des Krankentaggeldversicherers ein, beinhaltend ein zu dessen Händen erstelltes Gutachten von Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Pharmazeutische Medizin, vom 27. Mai 2017 (act. II 22.2), und veranlasste nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) beim D. _____ (MEDAS) eine die Fachrichtungen der Psychiatrie, Allgemeinen Inneren Medizin und Neurologie umfassende polydisziplinäre Begutachtung. In ihrer Expertise vom 31. Mai 2018 (act. II 43.1 ff.) diagnostizierten die Gutachter eine undifferenzierte Schizophrenie, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten gänzlich aufhebe (S. 6). Daran hielten sie mit Stellungnahme vom 23. August 2018 (act. II 51) fest, wohingegen die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie nach Vorlage des Gutachtens sowie der übrigen medizinischen Berichte den Nachweis einer krankheitswertigen psychischen Störung als nicht erbracht respektive das psychiatrische Teilgutachten als mangelhaft beurteilte (act. II 49 S. 5; 55 S. 4). Nach weiteren Abklärungen und der Durchführung einer Laboruntersuchung (act. II 73 – 76) unterbreitete die IVB das Dossier erneut Dr. med. E. _____ (act. II 86) und stellte dem Versicherten anschliessend mit Vorbescheid vom 11. Juli 2019 (act. II 87) die Abweisung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Auf Einwand des Versicherten hin (act. II 91) zog die IVB nebst weiteren Berichten der behandelnden Ärzte die Akten der Ausgleichskasse und der Steuerverwaltung des Kantons Bern bei, holte Erkundigungen beim Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt des

Kantons Bern (SVSA) ein und forderte den Versicherten – nachdem sie das Dossier erneut Dr. med. E. _____ (RAD) zur Beurteilung vorgelegt hatte (act. II 118) – mit Schreiben vom 23. April 2020 (act. II 119) auf, sich zwecks Durchführung einer stationären Beobachtung von einem seiner behandelnden Ärzte in eine psychiatrische Fachklinik einweisen zu lassen. Gleichzeitig wies sie ihn darauf hin, aufgrund der Akten zu verfügen oder die Erhebungen einzustellen und Nichteintreten zu beschliessen, sofern er dieser Aufforderung nicht nachkomme. Hierauf gelangte der behandelnde Psychiater Dr. med. F. _____ an den RAD und führte ins Feld, der Versicherte stamme aus einer Familie der Fahrenden und es werde "höchstwahrscheinlich zumindest sehr schwierig werden ohne Risiko für Leib und Leben des [Versicherten] einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zwecks Begutachtung durchzusetzen" (act. II 120; 121 S. 1). Nach erneuter Rückfrage bei Dr. med. E. _____ (act. II 123) forderte die IVB den Versicherten abermals zur Mitwirkung auf (act. II 124) und stellte ihm – nachdem er dieser Aufforderung nicht nachgekommen war – mit erneutem Vorbescheid vom 21. August 2020 (act. II 128) das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, wiederum Einwand erheben und geltend machen, ein invalidisierendes psychisches Leiden sei hinreichend erstellt und es sprächen auch "ethno-kulturelle Gründe gegen einen stationären Aufenthalt" (act. II 132; 135 S. 1 f.). Mit Verfügung vom 27. Oktober 2020 (act. II 136) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 25. November 2020 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Oktober 2020 aufzuheben und auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers einzutreten und ihm in der Folge die ihm zustehenden gesetzlichen Leistungen aus IVG (Rente) auszurichten.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zusätzlich wirft sie die Frage auf, ob die versicherungsmässigen Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Invalidenrente erfüllt sind.

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 grundsätzlich einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Nichteintretensverfügung vom 27. Oktober 2020 (act. II 136). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit der Begründung, er sei seinen Mitwirkungspflichten im Rahmen der sachverhaltlichen Abklärung in unentschuldbarer Weise nicht nachgekommen, nicht eingetreten ist. Soweit der Beschwerdeführer die Zusprache einer

Invalidenrente beantragt, ist auf die Beschwerde mangels im Anfechtungsobjekt enthaltenem Streitgegenstand nicht einzutreten (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. November 2019, 9C_309/2019, E. 2.2).

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder -entscheide (Art. 57 Abs. 2 lit. c 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 Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung setzt unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist nach Art. 7 Abs. 1 ATSG 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. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

2.2 Der Versicherungsträger prüft in Anwendung von Art. 43 ATSG die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Abs. 1).

Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von de-

ren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2009 IV Nr. 4 S. 7 E. 4.2.2).

2.3 Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG).

2.3.1 Die im Sinne von Art. 43 ATSG notwendigen Abklärungen (vgl. E. 2.2 vorne) beinhalten jedoch nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine "second opinion" zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt. Es geht hier namentlich nicht darum, die Tunlichkeit einer medizinischen Massnahme mittels Einholung einer Zweitmeinung zu hinterfragen, sondern darum, in welchem Umfang und in welcher Tiefe Abklärungen vorzunehmen sind, damit der rechtserhebliche Sachverhalt als mit dem massgebenden Beweisgrad erstellt gelten kann. Dabei ergibt sich die Notwendigkeit der Anordnung eines weiteren Gutachtens aus der Beantwortung der Frage, ob bereits bei den Akten liegende Gutachten die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen. Dies hängt entscheidend davon ab, ob sie für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend sind und in diesem Rahmen auf den erforderlichen allseitigen Abklärungen beruhen; die geklagten Beschwerden wiedergeben und sich damit auseinandersetzen, was vor allem bei psychogenen Fehlentwicklungen nötig ist; in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden sind; in der Darlegung der medizinischen Zustände, Entwicklungen und Zusammenhänge einleuchten; und die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die Rechtsanwender sie kritisch nachvollziehen können (Entscheid des BGer vom 29. Mai 2007, U 571/06, E. 4.2).

2.3.2 Zumutbar ist die Mitwirkung, wenn der verfolgte Zweck in einem vernünftigen Verhältnis zur Beeinträchtigung des Pflichtigen steht. Für diese Beurteilung sind sowohl die objektiven als auch die subjektiven Umstände zu berücksichtigen. Dabei ist die Frage der subjektiven Zumutbarkeit ebenfalls objektiv zu klären: Es geht mithin nicht etwa darum, ob die betreffende Person aus ihrer eigenen, subjektiven Wahrnehmung heraus die Untersuchung als zumutbar erachtet, sondern darum, dass die subjektiven Umstände, etwa Alter, Gesundheitszustand, bisherige Erfahrungen mit Abklärungen, in einer objektiven Betrachtung dahingehend gewürdigt werden, ob diese Umstände die Untersuchung zulassen oder nicht. Die objektive Zumutbarkeit hängt unter anderem damit zusammen, dass eine medizinische Untersuchung oder gar eine Begutachtung die persönliche Freiheit einer versicherten Person tangieren kann, wobei lediglich leichte Eingriffe in die Grundrechte der persönlichen Freiheit von den Versicherten in Kauf genommen werden müssen. Die üblichen Untersuchungen in einer Gutachtensstelle sind ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu betrachten (vgl. Entscheid des BGer vom 4. August 2020, 8C_283/2020, E. 4.2.1). Die Frage, ob eine gutachtliche Abklärung medizinisch verantwortbar (respektive zumutbar) ist, ist vom ärztlichen Sachverständigen zu beantworten (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2015, 9C_918/2015, E. 2).

2.4 Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG).

Von der Möglichkeit des Nichteintretens auf ein Leistungsgesuch ist nur mit grösster Zurückhaltung Gebrauch zu machen (BGE 131 V 42 E. 3 S. 47). Nichteintreten kommt erst in Betracht, wenn eine materielle Beurteilung des Leistungsbegehrens auf Grund der gesamten Aktenlage ohne Mitwirkung der Partei ausgeschlossen ist. Umgekehrt kann ein materieller Entscheid aufgrund der Akten erst ergehen, wenn sich der rechtserhebliche Sachver-

halt unabhängig von der als notwendig und zumutbar erachteten Abklärungsmassnahme, der sich die versicherte Person ohne entschuldbaren Grund widersetzt hat, nicht weiter vervollständigen lässt (SVR 2018 EL Nr. 4 S. 10 E. 2.2).

3.

3.1 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer sich den von der Beschwerdegegnerin angeordneten Massnahmen (Eintritt in eine psychiatrische Fachklinik zwecks stationärer Beobachtung durch Fachärzte der Psychiatrie mit Durchführung einer klinisch-laborchemischen Verlaufsbeurteilung, einer leitlinienorientierten Diagnostik und falls erforderlich einer störungsspezifischen Therapie) nicht unterzogen hat. Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, diese Massnahme sei notwendig, weil die von ihr bis anhin vorgenommenen Abklärungen keine hinreichende Basis für die Beurteilung der Leistungsansprüche biete (vgl. E. 2.3.1 vorne). Der Beschwerdeführer macht hingegen zum Einen geltend, die ihm auferlegte Abklärung und Behandlung sei für die Leistungsbeurteilung nicht nötig, da der Sachverhalt bereits hinreichend geklärt sei, zum Anderen führt er aus, die stationäre Abklärung wäre ihm auch gar nicht zumutbar. Zu klären ist damit zunächst, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgeht, der Sachverhalt sei noch nicht hinreichend abgeklärt (vgl. E. 3.3 hinten). Ergibt sich, dass die Sache hinreichend abgeklärt ist, so ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zum materiellen Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ist hingegen die Sachlage noch nicht hinreichend geklärt, so ist in einem zweiten Schritt zu klären, ob die Verweigerung der von der Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer auferlegten Massnahme Grundlage für das verfügte Nichteintreten sein kann (vgl. E. 3.4 hinten). Nur wenn auch diese Frage bejaht werden kann, ist die Beschwerde abzuweisen. Andernfalls ist die Verfügung aufzuheben und die Sache zur Durchführung der notwendigen Abklärungen vor neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen

Die medizinische Aktenlage präsentierte sich bis zum Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2020 (act. II 136; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Im Bericht vom 22. Februar 2017 (act. II 12) diagnostizierte Dr. med. F. _____ eine seit Juli 2016 bestehende "Erste Phase einer Depression mit Zwangsstörungen (F42.8)" (S. 2). Der Beschwerdeführer sei seit Juni 2016 vollumfänglich arbeitsunfähig (S. 3).

3.1.2 Im zu Händen des Krankentaggeldversicherers verfassten Gutachten vom 27. Mai 2017 (act. II 22.2) hielt Dr. med. C. _____ fest, das klinische Bild sei "hochgradig auf eine Psychose verdächtig." Diagnostisch sei es ihm nicht möglich, nach einem einzigen Kontakt mit dem Beschwerdeführer diesbezüglich zu einem gesicherten Schluss zu gelangen. Auch die Angaben des ihn begleitenden Vaters seien nicht richtungsweisend mit Blick auf eine bestimmte Diagnose gewesen. Zusammenfassend ergebe sich das Bild eines jungen Patienten, der dem Vernehmen nach in den vergangenen ein bis zwei Jahren einen zunehmenden sozialen Rückzug vollzogen habe. Das Krankheitsbild wäre in Einklang zu bringen mit einer beginnenden Psychose. Ob es sich dabei um eine schwere depressive Episode mit psychotischen Anteilen (ICD-10 F32.3) oder um eine beginnende Schizophrenie (ICD-10 F20.0) handle, vermöge er im Moment nicht zu sagen (S. 3). Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich allerdings bereits jetzt zweifelsfrei aussagen, dass der Beschwerdeführer bis auf weiteres nicht arbeitsfähig sei. Die Prognose erachte er im Moment als ungünstig, wolle aber mit Dr. med. F. _____ weitere therapeutische Optionen evaluieren (S. 4).

3.1.3 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 31. Mai 2018 (act. II 43.1 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 43.1 S. 5):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10 F20.3)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Rezidivierende Lymphangitis des Mittelfingers rechts, DD rezidivierende Herpes simplex-Reaktivierung
2. Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.2)
3. Anamnestisch unklare rezidivierende Durchfallsymptomatik

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht leide der Beschwerdeführer an einer undifferenzierten Schizophrenie. Diese Erkrankung führe dazu, dass die Arbeitsfähigkeit gegenwärtig aufgehoben sei, was sich sowohl auf die angestammte als auch auf jedwede Verweistätigkeit sowie einen geschützten Arbeitsplatz beziehe. Aus neurologischer Sicht liege ein Normalbefund vor. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Aus internistischer Sicht beständen keine Einschränkungen, die Arbeitsfähigkeit betrage 100% sowohl für die zuletzt ausgeübte als auch eine leidensadaptierte Tätigkeit (S. 6). Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich schlecht. Es bleibe abzuwarten, wie der Beschwerdeführer auf die Weitereinnahme einer spezifischen Medikation reagiere. Eine Neubegutachtung solle in zwei Jahren erfolgen (S. 7).

3.1.4 Dr. med. E. _____ (RAD) hielt im Bericht vom 20. Juli 2018 (act. II 49) fest, der Diagnose "unspezifische Schizophrenie" könne nicht gefolgt werden. Zum einen seien keine schizophrenen Symptome (1. und 2. Ranges) objektiviert worden. Zum anderen seien Differentialdiagnosen (Substanzeinfluss, Medikamentennebenwirkungen, Zweckverhalten, depressive Episode etc.) nicht gezielt ausgeschlossen worden. Inkonsistenzen zwischen Befinden und Befunden als auch zwischen Befunden und Diagnosen seien nicht berücksichtigt und widersprüchliche Befunde nicht hinterfragt worden. Zusammengefasst könne weder der diagnostischen Zuordnung noch der Leistungsbeurteilung im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten gefolgt werden (S. 5).

3.1.5 In ihrer Stellungnahme vom 23. August 2018 (act. II 51) bestätigten die Gutachter der MEDAS die Diagnose einer undifferenzierten Schizophrenie.

3.1.6 Dr. med. E. _____ (RAD) hielt mit Bericht vom 27. September 2018 (act. II 55) fest, gutachtlich habe auch weiterhin nicht der objektive

Nachweis für eine krankheitswertige psychische Störung mit Auswirkung auf das individuelle Leistungsvermögen erbracht werden können (S. 4).

3.1.7 Mit Bericht vom 1. Oktober 2018 (act. II 59) führte Dr. med. F. _____ aus, die Diagnose habe sich insoweit verändert, als nun mehr eine chronische Schizophrenie im Vordergrund stehe. Unter neuer Medikation seien die psychotischen Momente milder geworden. Sie seien aber noch nicht verschwunden. Der Beschwerdeführer sei auf dauernde Betreuung seitens der Familie angewiesen, lebe bei den Eltern und werde von diesen auch versorgt. Seine privaten Aktivitäten seien "Null". Er gehe weder aus noch zu Besuch. Wenn Besuche von der Familie empfangen würden, stosse er nicht hinzu. Er sei immer noch auf dem Rückzug. Etwaige Hospitalisationsversuche würden seitens des Beschwerdeführers vollumfänglich abgelehnt, er sei aber konsequent in seiner Medikamenteneinnahme und krankheitseinsichtig. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit sicherlich noch Jahre anhalten werde.

Am 15. März 2019 (act. II 80) berichtete Dr. med. F. _____, anfänglich sei ein Rückzug sowie erhöhtes Schlafbedürfnis sowie Verwahrlosung im Vordergrund gestanden, weshalb er anfänglich eine Verdachtsdiagnose "Schwere Form einer Depression" gestellt habe. Er habe aber diese Diagnose aufgrund der paranoiden Problematik des Beschwerdeführers mit zum Teil blühenden Verfolgungswahrnehmungen, Verfolgungsbeobachtungen und Vergiftungsahnungen revidieren müssen, so dass nun mehr feststehe, dass eine chronische Schizophrenie vorliege.

Mit Bericht vom 11. April 2019 hielt Dr. med. F. _____ fest, die Compliance des Beschwerdeführers sei in Bezug auf die Medikamenteneinnahme instabil und er lehne eine Depotmedikation ab (act. II 82).

Mit weiterem Bericht vom 8. Juli 2019 (act. II 88) hielt Dr. med. F. _____ zu Händen der Beschwerdegegnerin fest, er bitte in Anbetracht des Schweregrades der Krankheit den Beschwerdeführer alsbald zu "berenten."

3.1.8 Dr. med. E. _____ (RAD) führte im Bericht vom 9. April 2020 (act. II 118) aus, sowohl sämtliche Kontextfaktoren als auch die überprüfbaren somatischen und laborchemischen Befunde sprächen bisher gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens und für ein willent-

lich gesteuertes (Zweck-)Verhalten. Zur diagnostischen Abklärung sei eine stationäre Beobachtung durch eine erfahrene Fachärztin für Psychiatrie/einen erfahrenen Facharzt für Psychiatrie, eine klinisch-laborchemische Verlaufsbefunderhebung und eine leitlinienorientierte Diagnostik und falls erforderlich eine störungsspezifische Therapie in einer Psychiatrischen Fachklinik (über einen Zeitraum von zirka 3-10 Tagen) angezeigt. Es sprächen keine medizinischen Gründe gegen dieses Vorgehen (S. 10).

3.1.9 Im Bericht vom 14. Mai 2020 (act. II 121) hielt Dr. med. F. _____ fest, da der Beschwerdeführer aus einer Familie der Fahren-den stamme, in dieser Familie mehrere nächste Mitglieder der Vor- und der Vorgeneration Opfer der während des zweiten Weltkriegs und nach dem zweiten Weltkrieg durchgeführten zwangsweisen Assimilation der Fahren-den in der Schweiz durch die G. _____ geworden seien und diese Er-lebnisse den nachfolgenden Generationen tradiert hätten, werde es sehr schwierig werden, ohne Risiko für Leib und Leben des Beschwerdeführers einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zwecks Begut-achtung durchzusetzen.

3.1.10 Dr. med. E. _____ bekräftigte im Bericht vom 11. Juni 2020 (act. II 123), es sei – auch zur Vermeidung einer Psychiatrisierung des Be-schwerdeführers – eine fachärztliche Diagnostik nach state of the art (klini-sche Verlaufsunteruchung, Verhaltensbeobachtung etc.) unter stationären Bedingungen für die Dauer von einigen Tagen angezeigt. Es handle sich hierbei weder um eine Zwangsunterbringung noch um eine freiheitsentzie-hende Massnahme. Es lägen keine medizinischen Gründe vor, die einer fachärztlichen Diagnostik unter stationären Bedingungen (unter Einhaltung der Identitätsprüfung) entgegensprechen könnten (S. 4).

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 anzuge-

ben, 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).

3.3 In somatischer (neurologisch-internistischer) Hinsicht erfüllt das Gutachten der MEDAS die beweismässigen Anforderungen an Expertisen (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) und erbringt Beweis, was unbestritten ist. Demnach liegen in körperlicher Hinsicht keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor (vgl. act. II 43.1 S. 6).

In psychischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, eine undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10 F20.3 [act. II 43.2 S. 6]) und attestierte eine 100%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit (S. 9), welche Einschätzung auch in der interdisziplinären Beurteilung übernommen wurde (act. II 43.1 S. 6). Demgegenüber gelangt die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ zum Schluss, ein psychischer Gesundheitsschaden sei medizinisch nicht hinreichend ausgewiesen. Insbesondere sei die Diagnose einer (undifferenzierter) Schizophrenie nicht leitliniengerecht gestellt worden. Letzteres überzeugt, wie nachfolgend im Detail darzulegen ist.

3.3.1 Was zunächst den Begutachtungsprozess anbelangt, fällt auf, dass die psychiatrische Exploration – so wie auch die internistische Untersuchung – im Beisein des Vaters erfolgte (vgl. act. II 43.2 S. 4; 43.3 S. 2). Auch wenn er sich gemäss psychiatrischem Gutachter "als stummer Zuhörer" verhalten und die Exploration "weder verbal noch nonverbal" beeinflussen haben soll (act. II 43.2 S. 4), ist dies nicht unproblematisch. Abgesehen davon, dass der internistische Gutachter angab, bei seiner Untersuchung habe der Vater "weite Teile des Gespräches" übernommen (act. II 43.3 S. 4), ist bereits der Umstand der Anwesenheit von nahen Angehörigen geeignet, unnötige Hemmungen zu produzieren und das Antwortverhalten zu beeinflussen. Zwar entscheidet der Gutachter, ob Dritte an der Untersuchung teilnehmen oder nicht. Gleichwohl findet die Exploration in der Regel, von begründeten Ausnahmen abgesehen, mit dem Versicherten allein statt (vgl. Ziff. 3 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten [nachfolgend Leitlinien]). Vorliegend gab Dr. med. H. _____ nicht an und es lässt sich auch anderweitig

dem psychiatrischen Teilgutachten keine Begründung dafür entnehmen, weshalb "dem Wunsch" des Beschwerdeführers entsprochen wurde, dass sein Vater bei der Untersuchung anwesend sein dürfe. Es bestehen keine Anzeichen dafür, dass die Begutachtung auch im vorliegenden Fall nicht leitliniengerecht unter Ausschluss von Dritten hätte erfolgen können, erforderlichenfalls zum Aufbau einer tragfähigen Untersuchungssituation unter mehreren Terminen.

3.3.2 Namentlich vermag das psychiatrische Teilgutachten aber auch inhaltlich – insbesondere in Bezug die Diagnosestellung und den daraus abgeleiteten funktionellen Beeinträchtigungen – nicht zu überzeugen:

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 jedoch 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). 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). Dabei sind die gutachtlichen Ausführungen zur Diagnose nicht nur im Hinblick auf eine gesicherte Feststellung des Krankheitswertes bedeutsam. Vielmehr werden die in der Klassifikation vorausgesetzten konkreten Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wieder aufgegriffen. Die gestellte Diagnose ist Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen. In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind (BGE 141 V 281 E. 2.1.2 S. 286 f.; zum Erfordernis einer kriteriengeleiteten Diagnosestellung, vgl. auch Ziff. 6.3 der Leitlinien).

Die Symptome der Schizophrenie werden in folgenden Gruppen zusammengefasst (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 129):

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."

Gemäss den diagnostischen Leitlinien (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O, S. 130) ist für die Diagnose Schizophrenie mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der obengenannten Gruppen 1. (a) bis (d) oder Symptome aus mindestens zwei der Gruppen 2. (a) bis (d) erforderlich. Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein.

Schliesslich ist die Kategorie der undifferenzierten Schizophrenie (ICD-10 20.3) zu verwenden für Fälle, welche (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O, S. 134)

1. "die allgemeinen Kriterien für Schizophrenie erfüllen, aber
2. entweder nicht ausreichend Symptome aufweisen, um die Kriterien für eine der Schizophrenieformen (F20.0, .1, .2, .4, .5) zu erfüllen oder die so viele Symptome zeigen, dass die Kriterien für mehr als eine Unterform erfüllt werden, die paranoide, die hebephrene oder die katatone Form."

3.3.2.1 Der Gutachter Dr. med. H._____ hielt in der Beurteilung fest, eine depressive Erkrankung reiche als Erklärung für den Zustand des Beschwerdeführers nicht aus. Es müsse vielmehr von einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ausgegangen werden. Hierbei stehe die sogenannte Negativsymptomatik im absoluten Vordergrund, so dass davon auszugehen sei, dass eine undifferenzierte Schizophrenie vorliege. Hier ständen die üblicherweise bei einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie vorkommenden Sinnestäuschungen im Hintergrund, vielmehr werde diagnostisch auf die Wahnthematik und auch die primäre Negativsymptomatik abgehoben (act. II 43.2 S. 7). In der polydisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, die Negativsymptome ständen im Vordergrund, die Positivsymptomatik sei eher flüchtig. Beim Beschwerdeführer bestehe sie in einem wahnhaften Erleben (act. II 43.1 S. 8). In ihrer Stellungnahme vom 23. August 2018 (act. II 51) ergänzten die Gutachter der MEDAS auf die Kritik der RAD-Ärztin hin (act. II 49 f.), sie hätten sich vorliegend für die Diagnose einer undifferenzierten Schizophrenie entschieden, weil es in der Tat schwergefallen sei, die Symptomatik einer der "klassischen" Unterformen der Schizophrenie zuzuordnen. Zweifelsohne liege beim Beschwerdeführer ein Zustand vor, bei dem eine Negativsymptomatik im Vordergrund des klinischen Bildes stehe. Eine bessere Erklärung für den Zustand des Beschwerdeführers als die Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis gebe es aus ihrer Sicht nicht. Eine rein depressive Symptomatik reiche – abgesehen von dem für eine Schizophrenie typischen Auftreten des Beschwerdeführers – als Erklärungsansatz bei weitem nicht aus. Festzuhalten bleibe, dass die Auswahl des Medikaments für die Richtigkeit der Diagnose – Schizophrenie mit vorherrschender Negativsymptomatik – spreche (S. 1).

Dr. med. H._____ codierte die undifferenzierte Schizophrenie anhand des bei psychiatrischen Begutachtungen zu verwendenden Teils F des Klassifikationssystems ICD-10 (International Classification of Diseases), womit deren Herleitung auch nach dessen Massgabe erfolgen muss. Wie in E. 3.3.2 vorne dargelegt, setzen die diagnostischen Leitlinien zwingend das Vorliegen von Sinnestäuschungen (falsche Sinneswahrnehmungen, vgl. PSCHYREMBEL, 267. Auflage, S. 722) oder Wahn (im Sinne von falschen Denkinhalten, vgl. PSCHYREMBEL, 267. Auflage, S. 1993) voraus, wobei

diese Symptome fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden sein müssen. Diese Vorgaben lassen sich weder anhand des Gutachtens der MEDAS noch der übrigen Akten nachvollziehen: So sind dem zu Handen des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten von Dr. med. C._____ vom 27. Mai 2017 (act. II 22.2) anamnestisch keine Hinweise auf Sinnestäuschungen und/oder Wahn zu entnehmen (S. 2). Auch in der Befunderhebung war psychotisches Denken nicht eruierbar; das Vorliegen von Hinweisen auf Wahrnehmungsstörungen wurde ausdrücklich verneint (S. 3). In der psychiatrischen Begutachtung in der MEDAS gab der Beschwerdeführer im Beisein des Vaters (erst) auf Nachfrage einzig an, er fühle sich beobachtet, wenn er unter Menschen sei; Stimmen höre er nicht (act. II 43.2 S. 2). Dr. med. E._____ hielt hierzu überzeugend fest, diese Darstellung der Wahrnehmung liesse nicht auf eine krankheitswertige psychische Störung schliessen (act. II 55 S. 4). Auch gegenüber dem Internisten der MEDAS wies der Beschwerdeführer (bzw. dessen Vater) zwar auf im Vordergrund stehende psychische Probleme hin, ohne jedoch die für schizophrene Störungen charakteristischen Symptome zu erwähnen (act. II 43.3 S. 2). In der psychiatrischen Befunderhebung stellte Dr. med. H._____ schliesslich lediglich "Hinweise auf wahnhaftes Erleben, nicht aber auf Sinnestäuschung und Ich-Störungen" fest (act. II 43.2 S. 5). In der gesamtmedizinischen Beurteilung wurde die Positivsymptomatik entsprechend als "eher flüchtig" bezeichnet (act. II 43.1 S. 8). Sodann vermerkte der behandelnde Psychiater, Dr. med. F._____, im Bericht vom 22. Februar 2017 weder unter "Anamnese" noch "Ärztlicher Befund" Sinnestäuschungen oder Wahn (act. II 12 S. 2). Erst in den Folgeberichten und damit nachdem die RAD-Ärztin auf die Mängel in der Befunderhebung hingewiesen hatte, erwähnte er "psychotische Momente", welche unter Medikation "milder geworden" seien (act. II 59) bzw. "blühende Verfolgungswahrnehmungen, -beobachtungen und Vergiftungsahnungen" (act. II 80 S. 1), ohne diese allein allgemeinen Hinweise jedoch sachlich und zeitlich zu präzisieren. Diese Darstellung beruht nicht auf einer lege artis erhobenen objektiven Befundlage. Hingegen er suchte der behandelnde Arzt in seiner weiteren Stellungnahme vom 8. Juli 2019 (act. II 88) advokatorisch um baldige Berentung des Beschwerdeführers, womit der Beweiswert seiner Angaben praxismässig auch insoweit

geschmälert ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3).

Demnach erweist sich die Wahnsymptomatik, auf welche Dr. med. H._____ nebst der als vordergründig bezeichneten Negativsymptomatik zur Begründung einer Schizophrenie hauptsächlich abstellt (act. II 43.2 S. 7), weder mit Blick auf die Befunderhebung anlässlich der Begutachtung der MEDAS noch im Lichte der übrigen Aktenlage derzeit als im Sinne der klassifikatorischen Vorgaben ausgewiesen. Dieser Umstand gelangt zwar im Gutachten der MEDAS zum Ausdruck, indem die Gutachter die Positivsymptomatik im polydisziplinären Konsens als "eher flüchtig" bezeichnen; jedoch unterblieb eine leitliniengerechte Diskussion, die in Anbetracht der offensichtlich auch für die Gutachter – wie schon für Dr. med. C._____ – schwer zuordenbaren Symptomatologie verbunden mit der von Dr. med. H._____ getroffenen Feststellung, Schizophrenien gehörten zu den schwersten in der Psychiatrie bekannten Erkrankungen (S. 7), umso notwendiger gewesen wäre. Die Ausführungen unter dem Titel "Diagnose nach Klassifikation (z.B. ICD-10) und deren Herleitung, auch anhand der diagnoseinhärenten Schweregrade der Befunde" (S. 7) beschränken sich auf allgemeine Feststellungen zur (undifferenzierten) Schizophrenie, ohne konkrete Bezugnahme auf den vorliegenden Fall. Auch die anschliessende Diskussion nach den Kriterien des strukturierten Beweisverfahrens entsprechend den Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 lässt eine Begründung, *welche* diagnoserelevanten Befunde im Sinne der ICD-Klassifikation schwer ausgeprägt sein sollen, vermissen (S. 8). Insoweit ist denn auch darauf hinzuweisen, dass die leitliniengerechte Feststellung des Gesundheitsschadens aus medizinischer Sicht der weiteren Prüfung im Sinne des strukturierten Beweisverfahrens nach der erwähnten höchstrichterlichen Rechtsprechung immer vorangeht. Kann bereits aus rein medizinischer Sicht, d.h. anhand der medizinischen Diagnoseleitlinien, ein Gesundheitsschaden nicht erstellt werden, so erübrigt sich die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens.

3.3.2.2 Die Mängel behebt auch die Stellungnahme der Gutachter der MEDAS vom 23. August 2018 (act. II 51) nicht, mit welcher diese ohne die Versäumnisse in der leitliniengerechten Diskussion zu beheben, nochmals

bestätigten, dass eine Zuordnung der Symptomatik des Beschwerdeführers schwergefallen sei, weshalb sie sich für die Diagnose einer undifferenzierten Schizophrenie entschieden hätten. Damit bedienen sich die Gutachter im Ergebnis der Ausschlussdiagnostik, was invalidenversicherungsrechtlich – bei gleichzeitig fehlender leitliniengerechter Diskussion – nicht überzeugt, zumal auch bei der undifferenzierten Schizophrenie die allgemeinen Kriterien für Schizophrenie (positiv) erfüllt sein müssen (vgl. E. 3.3.2 vorne).

Zudem ist zu berücksichtigen, dass vorliegend ausschliesslich auf eine Schizophrenie erkannt wurde, so dass – mangels anderweitiger differentaldiagnostischer Erwägungen – dem Erfordernis einer fachärztlich einwandfrei gestellten und begründeten Diagnose besondere Bedeutung zukommt. Dr. med. H._____ schloss denn auch aus der gestellten Diagnose auf den Schweregrad der Erkrankung, eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit (act. II 43.2 S. 9) und eine "grundsätzlich" schlechte Prognose (S. 10).

Auch überzeugt es nicht, wenn die Gutachter von der Auswahl des Medikaments auf die Richtigkeit einer Diagnose schliessen, worauf sie in ihrer Stellungnahme nochmals verwiesen haben, zumal die Medikation offenbar keine Wirkung zeigt. Vielmehr wäre zu diskutieren (gewesen), ob nicht allenfalls die Medikation falsch ist oder (dem Labor entsprechend) gar nicht eingenommen wird.

3.3.2.3 Sodann ergeben sich weitere Aspekte, welche sich mit den Schlussfolgerungen im Gutachten der MEDAS derzeit nicht vereinbaren lassen respektive gutachterlich ungeklärt blieben: So fällt auf, dass Dr. med. F._____ den Beschwerdeführer als "zur Verwehrlosung" neigend beschrieb (act. II 12 S. 2), während der internistische Gutachter – wie rund ein Jahr zuvor schon Dr. med. C._____ im zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten (act. II 22.2 S. 3) – ein gepflegtes und sauberes Äusseres feststellte (act. II 43.3 S. 4). Hieraus folge – so die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ – dass der Beschwerdeführer zu einer ausreichenden Selbstfürsorge befähigt sei, was gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten psychiatrischen Störung spreche (act. II 55 S. 4). Weiter trifft es zwar zu, dass Dr. med. F._____ – zumindest im Bericht vom 22. Februar 2017 – die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers ver-

neinte (act. II 12 S. 5); dies ändert jedoch nichts daran, dass der Beschwerdeführer gemäss Schreiben des SVSA vom 23. Dezember 2019 (act. II 103 S. 2) im Besitz eines gültigen Führerausweises ist und bis zum 22. März 2020 auch über einen Lernfahrausweis der Kategorie BE (Anhänger) verfügte. Auch ist auf seinen Namen ein Fahrzeug (Pkw) immatrikuliert. Im Schreiben vom 21. Januar 2020 (act. II 108 S. 2) bestätigte der Beschwerdeführer – anders als die Darstellung in der Beschwerde vermuten lassen könnte (vgl. S. 7, Ziff. 9.2, lit. a) –, das Fahrzeug gelegentlich "alleine" zu benützen respektive "alleine" unterwegs zu sein. Dies wirft in zweierlei Hinsicht Fragen auf: Einerseits ist das Lenken eines Pkw kaum in Einklang mit der postulierten Schwere der Erkrankung und der dadurch bewirkten Funktionseinschränkungen zu bringen, worauf auch Dr. med. E._____ hinweist (vgl. act. II 118 S. 10). Andererseits gab der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern der MEDAS an, die Wohnung nur noch in Begleitung seiner Eltern zu verlassen, weil er sich sonst unsicher fühle (act. II 43.1 S. 9; 43.2 S. 2; 43.4 S. 2), was mit seinen Angaben betreffend alleinigem Benützen des Fahrzeuges respektive dem gelegentlich allein Unterwegssein nicht übereinstimmt. Auch erweisen sich die Angaben im Bericht von Dr. med. F._____ vom 1. Oktober 2018, die privaten Aktivitäten des Beschwerdeführers seien "Null" und er gehe nicht mehr aus (act. II 59 S. 2), vor diesem Hintergrund zumindest als diskutabel. Im Weiteren ist zu beachten, dass die Aussage gegenüber den Gutachtern, wonach der Beschwerdeführer die Primarschule (am Wohnort) absolviert habe (act. II 43.2 S. 3), offenbar nicht zutrifft (act. II 64; 68). Sollte der Beschwerdeführer tatsächlich einzig die erste und zweite Klasse absolviert haben und (bereits) danach "erwerbstätig" geworden sein, so ist das ein wesentlicher Umstand in der Entwicklungsbiographie, der bei psychiatrischen Abklärungen mit zu berücksichtigen ist. Insbesondere wären im Rahmen neuropsychologischer Tests Erkrankungen von reinen Bildungsdefiziten abzugrenzen gewesen.

3.3.2.4 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die RAD-Ärztin Dr. med. E._____, welche sowohl das Gutachten der MEDAS wie auch die übrigen medizinischen Berichte gewürdigt hat, zu Recht wiederholt zum Schluss gelangte, die diagnostischen Leitlinien seien in den Beurteilungen der Gutachter und behandelnden Ärzten nicht eingehalten worden und die

gestellte Diagnose einer (undifferenzierten) Schizophrenie sei nicht (in einer den beweismässigen Voraussetzungen genügenden Weise) nachvollziehbar erstellt (vgl. act. II 118 S. 9). Vielmehr lässt sich aufgrund der im Gutachten der MEDAS und den übrigen Akten dokumentierten Symptomatik und psychopathologischen Befunde die daraus abgeleitete Diagnose einer undifferenzierten Schizophrenie mit gänzlicher Beeinträchtigung des erwerblich-funktionellen Leistungsvermögens anhand der klassifikatorischen Vorgaben respektive der diagnostischen Leitlinien (vgl. E. 3.3.2 vorne) gestützt auf die derzeit vorliegenden Akten und Abklärungen nicht rechtsgenügend nachvollziehen.

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, verfährt nicht: Zwar trifft es zu, dass es invalidenversicherungsrechtlich nicht in erster Linie auf die Diagnose, sondern auf den lege artis erhobenen psychopathologischen Befund und den Schweregrad der Symptomatik ankommt (Beschwerde, S. 7, Ziff. 9.2, lit. b). Dem Einwand, ein "gänzlich einseitiges und isoliertes Suchen nach (angeblichen) Mängeln im Gutachten" werde immer Inkonsistenzen zu Tage fördern (Beschwerde, S. 7, Ziff. 9.2, lit. a) ist jedoch zu entgegnen, dass vorliegend nicht isolierte kleinere Mängel vorliegen. Vielmehr erlauben die bis anhin getätigten Abklärungen eine abschliessende Beurteilung der Sachlage, insbesondere für die vom Beschwerdeführer verlangte Rente, nicht.

3.3.3 Weder gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS noch die weiteren Unterlagen ist eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich. Die Beschwerdegegnerin ist nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes jedoch gehalten, den Sachverhalt soweit zu ermitteln, um über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden zu können (vgl. E. 2.2 vorne; BGE 126 V 353 E. 5b. S. 360). Eine weitere Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung mittels Zusatzfragen an die Gutachter kommt mit Blick auf die ungenügende Befunderhebung nicht in Frage. Damit erweisen sich weitere fachärztliche Abklärungen mit erneuter Untersuchung als notwendig und es kann nicht grundsätzlich von einer unzulässigen „second opinion“ gesprochen werden (vgl. E. 2.3.1 vorne). Zu prüfen bleibt damit, ob die konkret angeordnete Massnahme und deren Verweigerung durch

den Beschwerdeführer Grundlage für das verfügte Nichteintreten sein kann.

3.4

3.4.1 Der Beschwerdeführer bestreitet die Zumutbarkeit der von ihm verlangten stationären Behandlung und Abklärung (Beschwerde, S. 8, Ziff. 9.2, lit. c), wobei er auf ein Schreiben der RAD, Genossenschaft der Landstrasse, vom 18. Mai 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3) sowie auf den Bericht von Dr. med. F. _____ vom 14. Mai 2020 (act. II 121 S. 1) verweist. Letzterer hielt fest, in der Familie des Beschwerdeführers seien mehrere nächste Mitglieder der Vor- und der Vorvorgeneration Opfer der während des zweiten Weltkriegs und nach dem zweiten Weltkrieg durchgeführten zwangsweisen Assimilation der Fahrenden in der Schweiz durch die G. _____ geworden, welche diese Erlebnisse den nachfolgenden Generationen tradiert hätten, weshalb es sehr schwierig werde, ohne Risiko für Leib und Leben des Beschwerdeführers einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zwecks Begutachtung durchzusetzen. Dr. med. E. _____ hielt dem entgegen, es sei – auch zur Vermeidung einer Psychiatrisierung des Beschwerdeführers – eine fachärztliche Diagnostik nach state of the art (klinische Verlaufsuntersuchung, Verhaltensbeobachtung etc.) unter stationären Bedingungen für die Dauer von einigen Tagen angezeigt. Es handle sich hierbei weder um eine Zwangsunterbringung noch um eine freiheitsentziehende Massnahme (act. II 123 S. 4).

3.4.2 Der Ausführung der RAD-Ärztin ist grundsätzlich beizupflichten, woran die beschwerdeweisen Ausführungen nichts ändern: So hilft der Verweis in der Beschwerde (S. 8, Ziff. 9.2, lit. c) auf den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute BGer) vom 14. November 2007 (I 1094/06) nicht weiter, bekundeten doch die vorliegend involvierten Gutachter dem Dargelegten zufolge gerade erhebliche Mühe, die geltend gemachte Symptomatik diagnostisch zuzuordnen (vgl. E. 3.3.2 vorne). Ferner wurde im vom Beschwerdeführer referenzierten BGE 138 I 205 (Beschwerde, S. 8, Ziff. 9.2, lit. c) erkannt, im Falle einer zur Gemeinschaft der Fahrenden gehörenden Person wirke sich die Bemessung des Invalideneinkommens anhand allgemeiner statistischer Daten indirekt diskriminierend aus, soweit dieses Vorgehen dazu beitrage, die versicherte Person

der Bevölkerungsmehrheit anzugleichen. Dies ist indessen namentlich im Lichte einer damit verbundenen, potentiell (indirekt) erzwungenen Sesshaftigkeit des am Recht stehenden Fahrenden zu würdigen. Die vorliegend zu beurteilenden Verhältnisse gestalten sich jedoch offensichtlich anders, geht es doch allein um eine erneute Begutachtung und damit einzig um eine kurzzeitige Einschränkung bzw. auch für eine fahrende Person leichten Eingriff in die persönliche Freiheit, welchen der Beschwerdeführer mit Blick auf das von ihm gestellte Leistungs- respektive Rentenbegehren (act. II 2; Beschwerde, Rechtsbegehren, Ziff. 1) in Kauf nehmen muss (vgl. E. 2.3.2 vorne). Ob und gegebenenfalls in welcher Weise hinsichtlich der geltend gemachten staatlichen Willkür gegenüber Verwandten in früheren Jahren ein konkreter Konnex zur Schweiz besteht – immerhin ist der Beschwerdeführer selbst ... Staatsangehöriger und offenbar auch im Ausland geboren und war der konkret angeführte Betroffene (Urgrossvater) im Ausland staatlicher Willkür ausgesetzt – kann und braucht nicht weiter geklärt zu werden. Dass der Beschwerdeführer bei einer erneuten Begutachtung staatlicher Willkür ausgesetzt wäre, wie er zumindest zu befürchten scheint, kann mit Blick auf die heutigen strengen rechtsstaatlichen Garantien ausgeschlossen werden. Dabei ist auch zu beachten, dass der Beschwerdeführer selbst nach den Akten effektiv nie staatlicher bzw. medizinischer Willkür ausgesetzt war und auch die eingereichte Bestätigung der RAD, Genossenschaft der Landstrasse, in Bezug auf den Beschwerdeführer keinen derartigen Rückschluss zulässt. Dergleichen haben denn auch weder der Beschwerdeführer noch sein Vater anlässlich der bisherigen Begutachtungen oder gegenüber den behandelnden Ärzten je geltend gemacht. Schliesslich bestehen weder in Bezug auf das Alter noch den Gesundheitszustand Anhaltspunkte, welche gegen die Zumutbarkeit weiterer medizinischer (auch stationärer) Abklärungen sprechen. Namentlich wurde im Gutachten der MEDAS eine Neubegutachtung in zwei Jahren empfohlen (act. II 43.2 S. 10), woraus ohne weiteres geschlossen werden kann, dass einer weiteren Begutachtung an sich keine medizinischen Gründe entgegenstehen, was denn auch von Dr. med. E. _____ bestätigt wurde (act. II 123 S. 4). Hingegen kann der Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden, wenn sie auf der Basis des aktuellen Aktenstands in Vermischung von der Verwaltung obliegender (gutachterlicher) Abklärung und dem Beschwerdeführer obliegender (schadenmindernder) Behandlung

eine undifferenzierte Anordnung getroffen hat und schliesslich zufolge Weigerung des Beschwerdeführers auf Nichteintreten erkannt hat.

3.4.3 Dem Dargelegten zufolge sind weitere Abklärungsmassnahmen notwendig (vgl. E. 3.3 vorne) und zumutbar (vgl. E. 3.4.2 vorne). Es fehlen zum Einen für eine gutachterliche Beurteilung wesentliche Unterlagen und Erkenntnisse und es kann zum Anderen nicht gesagt werden, dass nach entsprechender Abklärung nicht auch eine rein ambulante Begutachtung mit mehrfacher Untersuchung genügen kann. Der Entscheid ist demnach aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese zunächst einen aktualisierten Bericht des behandelnden Arztes (insbesondere auch zur Medikation) und dessen vollständigen Krankenakten des Beschwerdeführers einholt. Die Abklärungen betreffend die Schulbildung sind wiederum aufzunehmen. Nach wiederholten Labors zur Bestimmung des Medikamentenspiegels betreffend die vom behandelnden Arzt aktuell verordneten Medikamente wird eine psychiatrische Begutachtung unter Einbezug der Hilfsdisziplin der Neuropsychologie (insbesondere auch zur Abgrenzung von allfälligen Bildungsdefiziten) und erforderlichenfalls der Pharmazie (zwecks Klärung der Laborwerte) zu erfolgen haben. Dabei werden die Anzahl und die Intervalle der Laborbestimmungen vom regionalen ärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin festzulegen sein. Der Beschwerdeführer wird zufolge der bisherigen Erfahrungen anlässlich des Gutachtens mindestens zweimal persönlich psychiatrisch und unter Ausschluss von anderen Personen bei allen Abklärungen zu untersuchen sein. Einzig wenn sich anlässlich der gutachterlichen Abklärung zeigen sollte, dass ein Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen ohne kurze stationäre Abklärung nicht beurteilt werden kann, wäre eine solche anzuordnen. Offenbleiben kann deshalb derzeit, ob eine stationäre Behandlung zur Schadenminderung im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG notwendig ist und ob dem SVSA die vom behandelnden Arzt festgestellte fehlende Fahrtauglichkeit gemeldet werden muss (Art. 66c IVG). Immerhin ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass wenn die von ihm postulierte schwere psychische Störung vorliegen sollte, er sich bereits eigenverantwortlich vom Führen eines Fahrzeugs vollständig fernhalten muss (vgl. act. II 108 S. 2).

4.

Abschliessend ist auf Folgendes hinzuweisen: In der Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2020 macht die Beschwerdegegnerin erstmals geltend, es sei fraglich ob die versicherungsmässigen Voraussetzungen (Art. 6 IVG) für eine Rentenzusprache erfüllt wären. Diese Frage ist indes als Teil der materiellen Anspruchsvoraussetzungen nicht Teil des Anfechtungs- und Streitgegenstand bildenden Nichteintretensentscheids (vgl. E. 1.2 vorne). Es ist hierzu seitens des Gerichts im vorliegenden Verfahren weder Stellung zu nehmen noch ist ein weiterer Schriftenwechsel nötig. Die Beschwerdegegnerin wird diese Frage als Vorbedingung für einen Rentenanspruch umgehend und unter Gewährleistung des rechtlichen Gehörs an den Beschwerdeführer zu prüfen haben. Sind die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt, so wird die Beschwerdegegnerin bereits auf dieser Basis über die Rente befinden können. Sind sie erfüllt, so wird die Beschwerdegegnerin hingegen in der Folge direkt die vorstehend aufgezeigten weiteren Beweismassnahmen (vgl. E. 3.4.3 vorne) vorzunehmen und anschliessend über den Leistungsanspruch Rente zu verfügen haben. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen leistungsspezifisch sind (Art. 4 Abs. 2 IVG; vgl. MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 49 N. 136), mithin selbst wenn sie für die Rente nicht erfüllt sind, andere Leistungsansprüche bestehen könnten und damit im Sinne vorstehender Abklärungsmassnahmen zu prüfen blieben.

5.

Die Beschwerde ist, soweit darauf einzutreten ist, gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG (in der bis 31. Dezember 2020 geltenden Fassung, vgl. Art. 83 ATSG) 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. 500.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

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

Mit am 14. Januar 2021 eingereichter und nicht zu beanstandender Kostennote hat Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 1'916.67, Auslagen von Fr. 76.67 und die Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 153.50 geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 2'146.85 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen, soweit darauf einzutreten ist. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. Oktober 2020 wird aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare und neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.--

wird dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'146.85 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

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.