

200 20 900 IV
WIS/SHE/SAL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Dezember 2021

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. November 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1991 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im März 2019 unter Hinweis auf eine nach einer langjährigen Suchterkrankung ca. im Winter 2017/2018 aufgetretene psychische Problematik bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Schreiben vom 15. Januar 2020 teilte sie dem Versicherten mit, es seien keine Eingliederungsmassnahmen möglich (act. II 41). Mit Auftrag vom 2. März 2020 veranlasste die IVB bei der B._____ (MEDAS) eine medizinische Abklärung in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie (act. II 50). Die MEDAS erstellte daraufhin am 30. Juni 2020 ein bidisziplinäres Gutachten (act. II 52.1) inklusive Teilgutachten (act. II 52.2 und 52.4). Mit Vorbescheid vom 11. August 2020 stellte die IVB mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne die Ablehnung des Leistungsgesuchs in Aussicht (act. II 54). Daran hielt sie auf Einwand des Versicherten vom 9. September 2020 (act. II 59) hin mit Verfügung vom 13. November 2020 (act. II 61) fest.

B.

Mit Eingabe vom 3. Dezember 2020 erhob der Versicherte dagegen Beschwerde. Er beantragt sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm seien Leistungen der IV zuzusprechen. Weiter ersucht er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 30. März, 29. Juni, 3. August und 1. Oktober 2021 reichten die Parteien weitere Unterlagen ein (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA] 1-4; Akten

des Beschwerdeführers [act. I] 7 f.; Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 6).

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 Verwaltungspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. November 2020 (act. II 61). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu Recht verneint hat.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturieren normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E.

4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

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).

3.

3.1 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Dr. med. C. _____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) legte in seiner Beurteilung vom 5. September 2019 (act. II 31) dar, anhand der aktuell vorliegenden Akten sei von einem langjährigen Konsum von verschiedenen psychotropen Substanzen auszugehen, wobei der Versicherte nach einem Strafvollzug abstinent geblieben sei bzw. keine Opiode beikonsumiert habe. Nach einem vom Versicherten eigenständig durchgeführten, zu schnellen Absetzen der Opioid-Substitutionsbehandlung sei es vorübergehend zu einer depressiven Episode und Krankschreibungen gekommen. Anhand der zuletzt beschriebenen objektiven Befunde sei eine depressive Episode nicht mehr ausgewiesen. Aus RAD-ärztlicher Sicht sollte dem Versicherten nach einer Phase der Eingewöhnung mit einem Pensum von 50% zu Beginn und einer Steigerung auf 100% innerhalb von drei Monaten eine einfache berufliche Tätigkeit, welche Alter, Geschlecht, Konstitution, Fähigkeiten, Fertigkeiten sowie schulischer und beruflicher Ausbildung angepasst sei und nicht mit besonderen kognitiven Anforderungen einhergehe, wieder vollumfänglich möglich und zumutbar sein. Aus RAD-psychiatrischer Sicht würden eine Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, eine Fortführung der Abstinenz und eine Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung empfohlen. Anhand der Akten seien keine Diagnosen mit anhaltendem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit könne anhand der Akten nicht

exakt rekonstruiert werden. Soweit erkennbar sei, seien ärztlich keine längeren Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden. Zuletzt seien an objektiven Befunden eine Antriebsminderung, mnestiche Störungen, eine Einengung und Verlangsamung des formalen Gedankengangs und eine verminderte affektive Modulationsfähigkeit beschrieben worden. Im Zusammenhang mit den mnestiche Störungen und jenen des formalen Denkens sei anzumerken, dass gemäss ambulant behandelndem Psychiater keine Zweifel an der Fahreignung beständen, sodass diese Störungen nicht besonders ausgeprägt sein könnten. Anhand der Akten sei die Sucht nicht Folge eines körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschadens. Weiter seien durch das Suchtverhalten keine hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit relevanten körperlichen, psychischen oder geistigen Folgeschäden auszumachen.

3.1.2 Vom 28. Oktober bis zum 20. Dezember 2019 war der Versicherte in der Klinik D. _____ hospitalisiert. In deren Austrittsbericht vom 8. Januar 2020 (act. II 38 S. 1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, aktuell abstinent (ICD-10 F10.20)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom, aktuell abstinent (ICD-10 F11.20)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom, aktuell abstinent (ICD-10 F14.20)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch, aktuell abstinent (ICD-10 F12.1)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa (Benzodiazepine): Schädlicher Gebrauch, ständiger Substanzgebrauch (Midazolam, phasenweise Diazepam, ärztlich verordnet; ICD-10 F13.1)
- Diabetes Mellitus Typ 1

Der Versicherte habe über verschiedene psychotische Symptome, die seit mehreren Jahren vorhanden seien, berichtet. Er habe aber aus Angst über diese Symptome nicht geredet. Der Versicherte habe ausgeführt, er höre Stimmen, die ihm Dinge befählen, die er machen solle. Er mache diese Dinge aber nicht, da er wisse, dass die Stimmen Halluzinationen seien (S. 2 f.). Er habe das Gefühl, dass die Leute seine Gedanken lesen würden und auch, dass ihm die Leute Gedanken eingeben könnten. Er fühle sich manchmal wie "fremdgesteuert". Die Medikation müsse noch angepasst

werden, werde aber auf Wunsch des Versicherten ambulant durchgeführt (S. 3).

3.1.3 Laut dem bidisziplinären Gutachten der MEDAS vom 30. Juni 2020 (act. II 52.1) zeigten sich im Rahmen der psychiatrischen sowie der neuropsychologischen Begutachtung ausgeprägte Auffälligkeiten für eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung bzw. nicht valide Testergebnisse, sodass die dargebrachten Funktionseinschränkungen nicht mit den aktuellen Alltagskompetenzen bzw. dem -funktionsniveau korrelieren würden und psychiatrisch keine Diagnosestellung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfolgen könne, insbesondere für die zuletzt postulierte paranoide Schizophrenie. Es könnten weder Diagnosen mit noch solche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Bezüglich der funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen sei eine abschliessende Beurteilung bei ausgeprägter nicht-authentischer Beschwerdeschilderung sowohl psychiatrisch als auch in der neuropsychologischen Testung nicht überwiegend wahrscheinlich möglich. Die Persönlichkeit des Versicherten weise aus aktueller gutachterlicher Sicht keine typischen Auffälligkeiten für spezifische oder kombinierte Persönlichkeitsstörungen aktuell und im zeitlichen Längsschnitt auf. Die Delikte des Versicherten schienen im Rahmen der früheren Suchterkrankung erfolgt zu sein und würden keine ausgeprägte dissoziale/antisoziale Neigung aufweisen. Aktuell imponierten die Aspekte der nicht-authentischen Beschwerdeschilderung zentral. Weitere Belastungsfaktoren ergäben sich durch die Haftzeit. Als Ressourcen zeigten sich die Verlobungssituation sowie die Abstinenz von Drogen insbesondere bei Beendigung der langjährigen Substitution mit Sevre-long (S. 6 Ziff. 4.1 ff.). Es ergäben sich zahlreiche Aspekte für eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung, sowohl rein psychiatrisch als auch im Rahmen der neuropsychologischen Testung, sodass gesamthaft von einer überwiegend wahrscheinlichen nicht-authentischen Beschwerdeschilderung ausgegangen werden müsse. Bei ausgeprägter nicht-authentischer Beschwerdeschilderung sei aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht keine abschliessende oder überwiegend wahrscheinliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (auch retrospektiv) möglich. Aus gutachterlicher Sicht solle die Benzodiazepinmedikation bzw. Zolpidem-Medikation aufgrund der Suchtanamnese des Versicherten evaluiert werden, therapeutisch seien die

Aspekte der nicht-authentischen Beschwerdeschilderung zu thematisieren (S. 7 Ziff. 4.6 ff.). Die Suchterkrankung imponiere aktuell remittiert bei sistiertem Konsum und Substitution und es hätten sich keine körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschäden als Folge ableiten lassen. Eine Abstinenz sei weiter angezeigt, scheine aber aktuell anhand der Laborergebnisse im Rahmen des Gutachtens überwiegend wahrscheinlich vorzuliegen (S. 8 Ziff. 4.11).

3.1.4 Vom 16. August bis zum 19. August 2020 war der Versicherte in der Klinik D._____ hospitalisiert. Im provisorischen Austrittsbericht vom 19. August 2020 (act. I 5 S. 1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Akute Exacerbation einer vorbekannten paranoiden Schizophrenie
- Symptomatische Hypoglykämie bei bekanntem Diabetes Mellitus Typ 1, ED 2007
- Episoden mit Bewusstseinsverlust unklarer Ätiologie (EM 07.2017), Status nach neurolog. work-up
- Aktenanamnestisch Polytoxikomanie mit rezidivierenden Mischintoxikation

Das Bewusstsein des Versicherten sei klar, die Orientierung sei allseits gegeben. Der Blickkontakt werde gesucht und auch gehalten. Auffassung, Konzentration und Gedächtnisfunktion seien eingeschränkt. Das formale Denken sei kohärent, zeitweise perseverierend, haftend, stark verlangsamt mit Antwortlatenzen, inhaltlich geprägt von wahnhaften Befürchtungen (er fühle sich beobachtet, und habe das Gefühl, dass mittels Geräten seine Gedanken abgehört würden und ihm geschadet werde). Er leide an Bedrohungs- und Verfolgungswahn sowie an Gedankenausbreitung. Er berichte von akustischen Halluzinationen (Stimmen der bedrohenden Personen). Zwänge seien nicht geprüft. Im Affekt sei er misstrauisch, ängstlich, unsicher. Psychomotorisch sei er leicht unruhig. Das Zustandsbild habe sich schnell stabilisiert, es bestehe keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung (S. 2).

3.1.5 Im Bericht von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. September 2020 (act. I 2) wurde dargelegt, der Krankheitsverlauf des Versicherten nehme einen chronischen Verlauf betreffend Schizophrenie, jedoch unter der Medikation Olanzapin 15mg sei er einigermaßen gut eingestellt. Betreffend Drogen-Substanzgebrauch seien die Laborwerte negativ. Der Versicherte zeige Bereitschaft, sich mit seinem

Deliktverhalten auseinanderzusetzen. In diesem Sinne sei ihm eine positive Entwicklung zu bescheinigen, aus der heraus auch eine für die Zukunft günstige Prognose gestellt werden könne. Bei akuter Exazerbation einer vorbekannten paranoiden Schizophrenie und bei symptomatischer Hypoglykämie bei bekanntem Diabetes Mellitus Typ 1 sei der Patient von der Realität abgekoppelt. Es sei daher wichtig, dass die Medikation regelmässig verabreicht und kontrolliert werde (S. 2 Ziff. 4 ff.).

3.1.6 Der Versicherte befand sich vom 22. Januar bis zum 26. Januar 2021 bei den psychiatrischen Diensten F._____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste F._____ vom 25. Februar 2021 (act. IIA 2 S. 1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa (Benzodiazepine): schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1)

Bei Eintritt habe der Versicherte sich mit unsicherem Gangbild, reduzierter Aufmerksamkeit und Konzentration sowie formalgedanklicher Verlangsamung präsentiert. Er habe über akustische Halluzinationen in Form von kommentierendem Stimmenhören und Ich-Störungen in Form von Gedankenaustritt sowie Beeinträchtigungserleben durch den Nachbarn berichtet. Entsprechend den anamnestischen Angaben sei von einer Mischintoxikation mit Opiaten, Benzodiazepinen und Kokain ausgegangen worden. Der Versicherte habe sich stets klar und glaubhaft von suizidalen Handlungen distanziert und suizidale Gedanken verneint. Am Eintrittstag sei er deutlich vigilanzgemindert im Zimmer angetroffen worden und nur noch auf Schmerzreiz weckbar gewesen. Neben ihm seien leere Xanaxblister gefunden worden, sodass von einer Benzodiazepinintoxikation ausgegangen werden müsse. Er sei durch die Sanitätspolizei ins Notfallzentrum G._____ verlegt worden. Dort sei eine komplikationslose Überwachung erfolgt und der Versicherte sei am 23. Januar 2021 in gutem Allgemeinzustand in die psychiatrischen Dienste F._____ zurückverlegt worden (S. 3). Die bei Eintritt bestehende Symptomatik habe sich unter der regelmässigen Einnahme von Olanzapin 10 mg leicht regredient, jedoch nicht

komplett remittiert gezeigt. Bei geringer Wahndynamik und geringem Leidensdruck sei auf eine medikamentöse Umstellung verzichtet worden. Der Versicherte sei über die Wichtigkeit der regelmässigen Medikamenteneinnahme aufgeklärt worden. Die bestehende Medikation mit Fluoxetin sei unverändert fortgeführt worden (S. 4).

3.1.7 Vom 13. April bis zum 15. April 2021 hat sich der Versicherte bei den psychiatrischen Diensten F._____ in stationärer Behandlung befunden. In deren Austrittsbericht vom 11. Mai 2021 (act. IIA 4 S. 1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom, aktuell Substitution mit 800 mg/d Sevre-Long (ICD-10 F11.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa (Benzodiazepine): schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1)

Der Versicherte habe sich bei Eintritt kooperativ, auskunftsbereit sowie durch formale (perseverierend, verlangsamt) und inhaltliche (Beeinträchtigungswahn) Denkstörungen und negativ gefärbte akustische Halluzinationen beeinträchtigt gezeigt. Er habe regelmässigen Kokainkonsum angegeben. Es sei von einer psychotischen Dekompensation bei bekannter paranoider Schizophrenie (ICD-10 F20.0) ausgegangen worden. Neben der Motivation zur Drogenabstinenz sei dem Versicherten eine Umstellung der antipsychotischen Medikation angeboten worden, welche er jedoch abgelehnt habe. Er sei zweimal in verlangsamttem Zustand auf die Station zurückgekehrt und habe die Urinproben zur Überprüfung von Drogenkonsum verweigert. Seine Ehefrau habe telefonisch berichtet, dass er an den beschriebenen Tagen Substanzen konsumiert habe. Am 15. April 2021 habe der Versicherte die tagesgleiche Entlassung gewünscht. Es sei die dringliche oberärztliche Empfehlung erfolgt, die stationäre antipsychotische Behandlung fortzusetzen. Bei fehlenden Hinweisen auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung sei der Versicherte in die bestehenden Verhältnisse in Begleitung seiner Ehefrau gegen ärztlichen Rat entlassen worden (S. 3).

3.1.8 Vom 10. Mai bis zum 17. Mai 2021 befand sich der Versicherte in stationärer Behandlung bei den psychiatrischen Diensten F._____. In

deren Austrittsbericht vom 29. Juni 2021 (act. I 7 S. 1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa (Benzodiazepine): schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1)

Bei Eintritt habe der Versicherte sich formalgedanklich vorbeiredend und weitschweifig präsentiert bei inhaltlichen Denkstörungen in Form von Beeinträchtigungserleben, Verfolgungswahn sowie Ich-Störungen (Gedankenentzug). Er habe keine Hinweise für Selbst- oder Fremdgefährdung gezeigt und sich klar und glaubhaft von Suizidalität distanziert. Am 14. Mai 2021 sei der Personenalarm ausgelöst worden. Zuvor sei beim Versicherten das Bei-Sich-Tragen von illegalen Substanzen festgestellt worden, woraufhin er sich in akutem Erregungszustand gezeigt habe. Bei der versuchten Entwendung sei es dazu gekommen, dass der Versicherte ein "Päckchen" Heroin in unklarer Menge verschluckt habe. Aufgrund des Ereignisses sei es zur Isolation des Versicherten gekommen, bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung sei ein ärztlicher Rückbehalt ausgestellt worden. Dabei habe der Versicherte angegeben, dass er im Ausgang Kokain und Midazolam (Dormicum) konsumiert habe. Der Inhalt des Päckchens sei nur 0.2 g gewesen, wobei sich seine Angaben teilweise auch unterschieden. Es sei das Konsil des Toxenzentrums erfolgt, welches eine Überwachung des Versicherten über 24 bis 48 Stunden empfohlen habe. Im Verlauf des Abends vom 14. Mai 2021 habe sich der Versicherte zunehmend somnolent gezeigt, weshalb eine Verlegung auf den Notfall des Spitals H._____ erfolgt sei. Der Versicherte sei noch in der gleichen Nacht in die Klinik zurückverlegt worden und habe sich im Verlauf zunehmend opioidentzügig mit Schwitzen und innerer Unruhe gezeigt. Bis zum 17. Mai 2021 habe sich der Versicherte somatisch stabil gezeigt. Er habe mehrmals Stuhlgang gehabt, jedoch habe er sogleich die Spülung betätigt, sodass der Heroinbrief nicht habe geborgen werden können. Am 17. Mai 2021 sei der Austritt aus den psychiatrischen Diensten F._____ erfolgt bei fehlendem Anhalt für akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Zur Fortset-

zung der Substitutionsbehandlung sei die Suchthilfe über den Austritt informiert worden (S. 3).

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

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben.

Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im Wesentlichen auf das bi-disziplinäre Gutachten der MEDAS vom 30. Juni 2020 (act. II 52.1) inklusive psychiatrisches und neuropsychologisches Teilgutachten (act. II 52.2 und 52.4).

3.3.1 Die Gutachterin erläuterte im neuropsychologischen Teilgutachten vom 30. Juni 2020 (act. II 52.4), der Beschwerdeführer habe oftmals an der Frage vorbeigeredet. Im Instruktionsverständnis habe er sich vermindert gezeigt und habe mehrfache Erklärungen benötigt. Das Arbeitstempo sei überwiegend stark verlangsamt gewesen, sowohl bei Papier- und Bleistiftaufgaben als auch bei Reaktionsaufgaben am PC (S. 3). In der Mehrheit der durchgeführten Testverfahren habe er schwere Minderleistungen erbracht, d.h. die Leistungen befänden sich mehrere Standardabweichungen unterhalb des Mittelwertes der Altersgruppe (S. 4). In den erhobenen Parametern der Performanzvalidierung lägen durchgehend sehr auffällige Ergebnisse auf Zufallsniveau vor. Die Leistungen des Beschwerdeführers seien somit weit unter dem Bereich verschiedener klinischer Populationen mit guter Anstrengungsbereitschaft und auch unter dem Leistungsbereich von Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium ausgefallen. Auch das übrige Testleistungsprofil sei in sich nicht konsistent. Während der Beschwerdeführer bei einfachsten Aufgaben extrem verlangsamt und fehlerhaft arbeite, könne er in einer komplexen Aufgabe eigenständig einen guten Gesamtüberblick entwickeln und strukturiert vorgehen mit nur leichter Tempoverlangsamung. Das in der Testung erbrachte kognitive Leistungsniveau weise deutliche Diskrepanzen zum Funktionsniveau des Beschwerdeführers im Alltag auf. Würden die hier erzielten Resultate das tatsächliche kognitive Fähigkeitsniveau valid abbilden, wäre eine eigenständige Lebensführung nicht möglich. Mit den in den Akten angegebenen Diagnosen seien die aktuell erhobenen, zum Teil schweren Minderleistungen nicht zu vereinbaren. In der Gesamtbeurteilung unter Einbezug der Ergebnisse der durchgeführten Beschwerdenuvalidierungsverfahren, des Testprofils und der Verhaltensbeobachtung sei die Mitwirkung des Beschwerdeführers in

der Untersuchung als unzureichend einzuschätzen. Die Angabe gehäufte ungewöhnlicher und bizarrer Symptome im Fragebogenverfahren weise auf eine Aggravation oder Simulation psychiatrischer Symptome hin (S. 5). Damit lege die neuropsychologische Gutachterin nachvollziehbar und einleuchtend dar, dass anlässlich der unzureichenden Mitwirkungsbereitschaft kein valides Testprofil erhalten werden konnte und die Ergebnisse auf eine bewusste Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen hingewiesen haben.

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 30. Juni 2020 (act. II 52.2) hielt der Gutachter fest, beim Beschwerdeführer habe sich psychopathologisch aktuell kein Anhalt für eine ausgeprägte depressive Symptomatik gefunden, er konnte auch situationsadäquat im Gesprächsverlauf mehrfach lachen und habe sich auch affektiv auslenkbar gezeigt, wenngleich eine gewisse Verflachung ebenfalls imponiert habe. Die Schilderung der psychotischen Symptome habe aus gutachterlicher Sicht als auffällig "locker" vom Beschwerdeführer geschildert und ohne auffälligen Leidensdruck oder durch eine psychomotorische bzw. affektive Begleitsymptomatik geprägt imponiert. Der Beschwerdeführer gebe zudem an, dass er "wisse", dass es sich bei den Stimmen nicht um akustische Halluzinationen handle und er diesen somit nicht glaube. Zudem gebe er an, sich den Stimmen bisher immer problemlos widersetzt zu haben. Aus gutachterlicher Sicht seien anhand dieser Aspekte Kriterien für eine wahnhaftige Symptomatik überwiegend wahrscheinlich nicht erfüllt, da es sich bei wahnhaften Symptomen um definitionsgemäss unkorrigierbare Überzeugungen handle, dies aber beim Beschwerdeführer nicht gegeben sei (S. 9 Ziff. 6.1). Der Beschwerdeführer zeige sich psychomotorisch, inklusive Antrieb, unauffällig während der gesamten psychiatrischen Exploration, obwohl er angebe, dass er belastet, gestresst sei bzw. unter Stimmenhören leide (S. 10 f. Ziff. 7.3). Somit zeige sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine auffällige Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation. Er schildere zum Teil seine Probleme und Symptome sehr vage bzw. verdeutlicht. Damit stehe die subjektiv geschilderte Intensität der Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Missverhältnis zur Vagheit der Schilderung einzelner Symptome. Der Beschwerdeführer imponiere in der Schilderung

des Verlaufs und der Lebensgeschichte sehr knapp und kurz sowie ausgeprägt vage und vorbeiantwortend, wobei sich auch auf Nachfrage gewisse Details dann doch präzisieren lassen würden, sodass aus gutachterlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Angaben zum Krankheitsverlauf wenig oder gar nicht präzisierbar seien. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe überwiegend wahrscheinlich nicht in Übereinstimmung mit einer entsprechenden Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, da es sich bei der berichtlich teils postulierten Schizophrenie um eine sehr schwere Erkrankung handle, die mit häufigen stationären Behandlungen, teils auch gegen den Willen per fürsorglicher Unterbringung einherginge. In den Akten würden sich einzig eine stationäre neben sonst ambulant ausgeführten psychiatrischen Behandlungen zeigen. Der Beschwerdeführer imponiere sozial gemäss seinen Angaben nur zum Teil beeinträchtigt, berichte er doch von einer Verlobten, mit der er sich regelmässig treffe und sich keine Limitationen ergeben würden wie in anderen Situationen geschildert. So gebe er an, sich mit ihr regelmässig zum Spaziergehen zu treffen oder mit ihr ins Café zu gehen, während er äussere, dies sonst nicht zu können. Daher erweise sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ungeachtet der Angabe schwerer subjektiver Beeinträchtigungen das psychosoziale Funktionsniveau des Betroffenen bei der Alltagsbewältigung als weitgehend intakt. Weiter habe der Beschwerdeführer klar Fragen mit langer Verzögerung beantwortet und häufig das Thema gewechselt (S. 11 Ziff. 7.3). Die Gutachter erläutern damit ausführlich und schlüssig, anhand welcher durch den Beschwerdeführer erfüllten Kriterien auf eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung zu schliessen ist.

Ausserdem sind die Ausführungen zur Suchtproblematik, gemäss welchen die Suchterkrankung im Begutachtungszeitpunkt als remittiert bei sistiertem Konsum und Substitution galt und sich keine körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschäden als Folge ableiten liessen (act. II 52.1 S. 8 Ziff. 4.11), nachvollziehbar und überzeugend. Aufgrund des Berichts von Dr. med. E. _____ vom 14. September 2020 (act. I 2) ist davon auszugehen, dass die Suchterkrankung bei Erlass der angefochtenen Verfügung nach wie vor remittiert war.

Insgesamt beruht das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 30. Juni 2020 (act. II 52.1) inklusive psychiatrisches und neuropsychologisches Teilgutachten (act. II 52.2 und 52.4) auf klinischen Explorationsgesprächen und ist in Kenntnis der Vorakten getroffen worden. Die Ausführungen der Gutachter zu den medizinischen Zusammenhängen sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Die Gutachten erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb darauf abzustellen ist. Die danach erstellten medizinischen Berichte vermögen – wie nachfolgend dargelegt – den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern.

Der Austrittsbericht der Klinik D. _____ vom 19. August 2020 (act. I 5) vermag das Gutachten nicht zu entkräften, insbesondere da darin ein im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand geschildert und auf das Gutachten nicht Bezug genommen wird. An den Schlussfolgerungen des bidisziplinären Gutachtens vom 30. Juni 2020 (act. II 52.1) vermag auch der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. E. _____ vom 14. September 2020 (act. I 2) nichts zu ändern. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Vielmehr ist hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärztinnen und -ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3).

3.3.2 Was die Austrittsberichte der psychiatrischen Dienste F. _____ vom 25. Februar 2021 (act. IIA 2), 11. Mai 2021 (act. IIA 4) und 29. Juni 2021 (act. I 7) angeht, betreffen die darin geschilderten Gegebenheiten den Sachverhalt nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 13. November 2020 (act. II 61) und haben vorliegend unberücksichtigt zu bleiben,

da sich der zeitliche Überprüfungshorizont des angerufenen Gerichts grundsätzlich nur bis zu der angefochtenen Verfügung erstreckt (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140, SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Allfällige Veränderungen des Gesundheitszustandes seit der angefochtenen Verfügung, wozu auch eine Entwicklung der Sinnestäuschung hin zu einem krankhaften Geschehen zählen kann, wären im Rahmen eines Neuanmeldungsverfahrens zu prüfen.

3.3.3 Aufgrund des Dargelegten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im Zeitpunkt der Verfügung eine Aggravation vorlag. Die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens bzw. einer Symptomausweitung sind dabei klar und bei weitem überschritten worden, ohne dass die Aggravation auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre. Auch ansonsten liegt aus psychiatrischer Sicht keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (vgl. E. 2.1 hiervor). Bei dieser Ausgangslage erübrigt sich eine indikatorengeleitete Überprüfung des psychischen Leidens (vgl. E. 2.2.1 f. hiervor).

3.4 In den Akten liegen überdies auch keine Hinweise für das Vorliegen eines somatischen Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor.

3.5 Aufgrund des Dargelegten ist erstellt, dass bis zum Erlass der Verfügung vom 13. November 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorlag, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

4.

4.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der Akten und angesichts der Sozialhilfeabhängigkeit ausgewiesen (act. IA 1 ff.). Auch kann der Prozess nicht von vornherein als aussichtslos bezeichnet werden. Demnach ist dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten zu gewähren.

4.2 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, grundsätzlich zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird er - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4.3 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

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.