

200 21 229 IV
WIS/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Juni 2022

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Februar 2021



Sachverhalt:

A.

Dem 2001 als C._____ geborenen A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurden aufgrund eines generalisierten Entwicklungsrückstandes mit non-verbaler Intelligenz im Rahmen einer leichten geistigen Behinderung verschiedene Leistungen der Invalidenversicherung (IV) in Form von heilpädagogischer Früherziehung und Sonderschulmassnahmen zugesprochen (Akten der IV-Stelle des Kantons Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 5, 8, 12, 14).

Im März 2019 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf einen atypischen Autismus, Transsexualismus und eine mittelgradige Depression erneut zum Leistungsbezug an (AB 23). In der Folge tätigte die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen. Am 5. Dezember 2019 (AB 44) teilte sie dem Versicherten mit, dass sie das Leistungsbegehren für berufliche Massnahmen abweise, da eine Eingliederung aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sei. Weiter veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung bei der MEDAS (MEDAS-Gutachten vom 12. November 2020 [AB 97.1]). Mit Vorbescheid vom 1. Dezember 2020 (AB 99) stellte die IVB dem Versicherten in Aussicht, mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 100, 105) verfügte die IVB am 16. Februar 2021 (AB 106) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 19. März 2021 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. Februar 2021 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente nach Massgabe eines noch zu beziffernden IV-Grades auszurichten.

3. Es seien weitere medizinische Abklärungen, insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie durchzuführen.
4. Dem Beschwerdeführer seien berufliche Massnahmen zu gewähren.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. April 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Am 12. Mai 2021 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme ein.

Die Beschwerdegegnerin leitete mit Eingabe vom 2. März 2022 eine an sie adressierte Eingabe des Beschwerdeführers vom 13. Februar 2022 an das Verwaltungsgericht weiter.

Der Beschwerdeführer nahm dazu am 25. April 2022 Stellung.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1

i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Februar 2021 (AB 106).

Der Beschwerdeführer beantragt die Zusprechung einer Invalidenrente sowie beruflicher Massnahmen. Die Beschwerdegegnerin bringt demgegenüber vor, auf den Antrag betreffend beruflicher Massnahmen sei nicht einzutreten (Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. 14), habe sie darüber doch bereits mit Mitteilung vom 5. Dezember 2019 (AB 44) entschieden. Allerdings machte die Beschwerdegegnerin sowohl im Vorbescheid (AB 99) als auch in der angefochtenen Verfügung (AB 106) Ausführungen zur subjektiven Eingliederungsfähigkeit (vgl. AB 99 S. 4, 106 S. 4). Ob damit berufliche Massnahmen nicht doch Gegenstand des Anfechtungsobjektes bilden und auf den entsprechenden Antrag einzutreten ist, kann offen bleiben, da dieser ohnehin abzuweisen wäre (vgl. E. 4 hiernach).

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 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der

IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

2.2 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).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen

wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.5 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.6 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im MEDAS-Gutachten vom 12. November 2020 (AB 97.1) wurden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt (S. 8 Ziff. 4.2):

- Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (ICD-10 F95.2);
- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01);
- spezifische Phobie (ICD-10 F40.2);
- Zwangsstörung (ICD-10 F42.1).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (S. 8 Ziff. 4.2):

- depressive Episode, remittiert (ICD-10 F32.4);
- minimale kognitive Störung.

Die Gutachter hielten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung fest, das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (Tourette-Syndrom) bedinge eine derzeit nicht gegebene Arbeitsfähigkeit in Tätigkeiten mit Kundenkontakt. Das Tourette-Syndrom und die Agoraphobie mit Panikstörung, die spezifische Phobie und die Zwangsstörung bedingten zusammengenommen aus psychiatrischer Sicht derzeit eine reduzierte Belastbarkeit in jedweder Tätigkeit. Die Agoraphobie mit Panikstörung, die spezifische Phobie und die Zwangsstörung seien jedoch aussichtsreich behandelbar und begründeten keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.3). Für eine Persönlichkeitsstörung ergebe sich biographisch, aktenkundig und anhand des psychiatrischen Befunds kein Anhalt (Ziff. 4.4). Es bestünden Selbständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Integration, was die Annahme einer Arbeitsfähigkeit stütze. Familiäre oder andere soziale Belastungsfaktoren mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen nicht vor (S. 9 Ziff. 4.5). Es bestünden deutliche aktenkundige Hinweise auf eine geringe Therapiemotivation, was den Leidensdruck in Zweifel ziehe (Ziff. 4.6). In einer angepassten Tätigkeit – eine „bisherige Tätigkeit“ habe nicht bestanden (Ziff. 4.7) – ergebe sich ein um 20 % reduziertes Rendement aufgrund des Tourette-Syndroms in aktueller Kombination mit bislang therapeutisch nicht angegangener Agoraphobie mit Panikstörung, spezifischer Phobie und einer Zwangsstörung. Insgesamt wurde eine Arbeitsfähigkeit von 80 % attestiert. Eine Besserung sei

erreichbar und solle circa in einem Jahr nochmals geprüft werden (Ziff. 4.8).

Im internistischen Teilgutachten (AB 97.3) führte Dr. med. D. _____, Praktischer Arzt und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, es bestünden keine Hinweise für eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende internistische Diagnose (S. 15 Ziff. 6). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit während neun Stunden arbeitstäglich (vgl. S. 18 f. Ziff. 8.1 f.).

Der neurologische Experte, Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im neurologischen Teilgutachten fest, der neurologische Untersuchungsbefund zeige vokale und motorische Tics. Sprech- (Dysarthrie) oder Sprach- (Aphasie) Störungen seien nicht ersichtlich. Insgesamt seien die diagnostischen Kriterien für ein Gilles-de-la-Tourette-Syndrom erfüllt (AB 97.4 S. 16 ff. Ziff. 6). Tourette-Erkrankungen seien erfahrungsgemäss durch eine Pharmaka- und Psychotherapie nur unzureichend zu beeinflussen. Die aktenkundig angegebene Intelligenzminderung könne bei der Untersuchung und anhand der Aktenlage nicht bestätigt werden. Der Beschwerdeführer habe die Schule mit guten Schulleistungen abgeschlossen, habe im Alter von 16 Jahren eigenständig eine Reise nach ... organisiert und auch im Rapport keine Hinweise auf namhafte intellektuelle oder kognitive Defizite gezeigt. Eine niedrige Intelligenz lasse sich somit nicht hinreichend bestätigen und stehe zudem einer Arbeitsfähigkeit in geistig einfachen Arbeiten auch nicht im Wege (S. 18 Ziff. 6). Eine weitere neurologische und psychiatrische Mitbetreuung und gegebenenfalls der Beginn einer spezifischen Therapie seien anzuraten (S. 19 Ziff. 7.2). In der aktuellen, stigmatisierenden Ausprägung der Erkrankung schieden Tätigkeiten mit Kundenkontakt aus. In einem Umfeld ohne direkten Kundenkontakt und mit einem sozial verständnisvollen oder zu einem Verständnis verpflichteten Arbeitsumfeld (z.B. als ... oder ... in einer, z.B. einer ...-... oder einer ...) sei die neurologische Störung jedoch als nicht namhaft hinderlich anzusehen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 8.1). Anamnestisch liege der Beginn der Erkrankung (Tourette-Syndrom) circa zwei Jahre zurück, sodass die qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit als seit circa zwei Jahren bestehend anzusehen sei (S. 22 Ziff. 8.1). Eine Therapie (z.B. mit Neuroleptika und eine

Verhaltenstherapie) sollte im Rahmen einer ambulanten neurologischen und psychiatrischen Mitbehandlung und Diagnostik erwogen werden. Gegebenenfalls sei eine Besserung der Tic-Störung erreichbar, sodass die qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit entfallen könnten. Eine nochmalige Bewertung sei in circa einem Jahr anzuraten (S. 23 Ziff. 8.3).

Im psychiatrischen Teilgutachten (AB 97.5) führte Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, als Diagnosen ein Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (ICD-10 F95.2), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), eine spezifische Phobie (ICD-10 F40.2), eine depressive Episode, remittiert (ICD-10 F32.4), eine Zwangsstörung (ICD-10 F42.1) sowie eine minimale kognitive Störung auf (S. 28 f. Ziff. 6). Im AMDP-konform erhobenen Befund wirkten die Stimmung, der Antrieb und die affektive Schwingungsfähigkeit nicht namhaft gestört. Eine affektive Erkrankung sei somit bei fehlenden Achsenkriterien nicht (mehr) ICD-10-konform zu diagnostizieren. Im Beck-Depression-Inventar (BDI; Selbstbeurteilungsinstrument zur Feststellung des Schweregrades einer depressiven Störung) habe der Beschwerdeführer einen Wert von 38 erreicht, was für eine schwergradige depressive Episode spreche, hier stimmten subjektives Erleben und objektiv zu erhebender Befund jedoch nicht überein. Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung habe die Stimmung als ausgeglichen imponiert, die affektive Stimmungsfähigkeit sei erhalten gewesen, der Beschwerdeführer habe mehrfach lächeln und auch lachen können (S. 29 Ziff. 6). Die diagnostischen Kriterien sprächen für das Vorliegen einer Agoraphobie mit Panikstörung sowie einer spezifischen Phobie. Die zu beobachtenden Tics mit ruckartigen Kopfbewegungen und Ausstossen von Tierlauten seien im Rahmen des Tourette-Syndroms zu interpretieren. Ein solches sei häufig vergesellschaftet mit einer Zwangsstörung. Hier würden vom Beschwerdeführer ausgeprägte Symptome einer Zwangsstörung mit Zwangshandlungen berichtet. Hinsichtlich des vom Beschwerdeführer angeführten „atypischen Autismus“ fänden sich keine ausreichenden Anhaltspunkte (S. 29 f. Ziff. 6). Konsistenz und Plausibilität seien hinsichtlich psychiatrischer Symptome und Befunde nicht ausreichend gegeben. Das Ergebnis im BDI, das formal eine schwergradige depressive Episode anzeige, stehe in deutlichem Kontrast zum Eindruck in der

Exploration. Subjektives Erleben und objektiv zu erhebende Befunde stimmten hier nicht überein. Eine medikamentöse, teilstationäre oder stationäre Behandlung werde vom Beschwerdeführer abgelehnt, seitens der Familie werde dieses Verhalten toleriert. Es lasse sich somit ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn annehmen. Die testpsychologische Untersuchung habe formal unterdurchschnittliche Leistungen im Bereich des verbal-episodischen Gedächtnisses, der basalen sowie komplexen Aufmerksamkeitsleistung, der Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie in einem Teilbereich der exekutiven Funktionen ergeben bei ansonsten normgerechten Leistungen. Insgesamt sprächen die Befunde für eine minimale kognitive Störung (S. 31 Ziff. 6). Eine Genderdysphoria (ICD-10 F64.0) habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und sei nicht als krankheitswertig anzusehen, da Hinweise auf eine tiefgreifende Störungsfolge fehlten, eine Missstimmung (Dysphorie) stelle keine namhafte Behinderung dar. Eine depressive Störung lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht (mehr) diagnostizieren. Es fänden sich keine ausreichenden Hinweise für eine Autismusspektrumstörung. Eine vorliegende Agoraphobie mit Panikstörung sei grundsätzlich einer therapeutischen Behandlung gut zugänglich, gleiches gelte für die angeführten spezifischen Phobien und auch die Zwangsstörung. Allen genannten Störungen sei gemein, dass Arbeitsunfähigkeitsattestierungen hier eher störungsfördernd (ein Vermeidungs- bzw. Fehlverhalten bestärkend) wirkten, also therapeutisch kontraproduktiv seien. Spezifische diesbezügliche Behandlungen seien bisher nicht intiiert worden, somit seien die zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft. Die Mitarbeit bei einer Behandlung (Verhaltenstherapie, Expositionstraining) sei dem Beschwerdeführer gut zumutbar und stehe in seinem Gesundheitsinteresse und dürfe auch als Mass des subjektiven Leidensdrucks angesehen werden (S. 31 f. Ziff. 6). Auf psychiatrischem Fachgebiet liessen sich allenfalls leichtgradige Einschränkungen des Fähigkeitsprofils (leichtgradige Einschränkungen der Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und der Gruppenfähigkeit) feststellen, die eine Verminderung des Rendements um 20 % begründeten (S. 36 Ziff. 6). Aus psychiatrischer Sicht liege keine psychosoziale Entwicklung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung vor, dies

auch aktenkundig nicht (S. 37 Ziff. 7.1). In einer angepassten Tätigkeit sei eine maximale Präsenz von neun Stunden pro Tag mit einem Rendement von 80 % möglich. Mittels einer leitliniengerechten Therapie sei eine Besserung der Agoraphobie mit Panikstörung, der spezifischen Phobie und der Zwangsstörung zu erwarten. Das Tourette-Syndrom sei ebenfalls besserbar, so dass auch eine volle Arbeitsfähigkeit erreichbar scheine und in circa einem Jahr nochmals geprüft werden könnte (S. 61 f. Ziff. 8.2). Bei entsprechender Motivation sei die Prognose gut (Ziff. 8.3).

3.1.2 Dr. med. G._____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Spital H._____, führte im Bericht vom 3. Februar 2021 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers folgende Diagnosen auf:

1. Transidentität mit „gender dysphoria“ Mädchen zu Knabe (ICD-10 F64.0); (...)
2. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.10);
3. einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0);
4. spezifische Phobien (ICD-10 F40.2); (...);
5. Agoraphobie (ICD-10 F40.0);
6. niedrige Intelligenz (IQ-Bereich 70-84, durch KJPD testpsychologisch ermittelt); (...);
7. stark zunehmende motorische und vokale Tics, Verdacht auf Tourette-Syndrom (ICD-10 F95.2);
8. Probleme mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung; Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z63).

Die Arbeitsfähigkeit werde mit 50 % beurteilt. Der Beschwerdeführer profitiere von einem wohlwollenden Umfeld, einer klar strukturierten Arbeit, der Möglichkeit viel nachzufragen und häufiger Kontaktaufnahme der Bezugsperson zur Unterstützung. Zudem sei eine reizarme Umgebung wichtig sowie wenig Leistungsdruck. Bezugnehmend auf das MEDAS-Gutachten müsse festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer ca. alle zwei Wochen Termine beim Spital H._____ wahrnehme. Er habe sich erfolgreich auf eine Medikation einlassen können, was zu einer Verbesserung der Konzentration, einer erhöhten inneren Ruhe, weniger

Ängsten sowie weniger Gedankenkreisen geführt habe. Es sei neu ein ADHS diagnostiziert worden. Zudem habe der Beschwerdeführer von psychoseähnlichen Symptomen berichtet, welche im Alltag belastend und im Gutachten nicht berücksichtigt worden seien. Bis auf diese ergänzten Punkte und Anmerkungen seien die Einschätzungen nachvollziehbar.

3.1.3 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 4. Februar 2022 (in den Gerichtsakten) wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

1. Progrediente motorische und vokale Entäusserungen, EM ca. 2019;
(...);
2. rezidivierende depressive Störung, DD emotionale Instabilität;
(...);
3. atypischer Autismus;
(...);
4. Genderdysphorie bei Genderfluidität; ehemals eingeschätzt:
Transidentität female to male (ICD-10 F64.0);
5. spezifische Phobien;
(...);
6. aktenanamnestisch niedrige Intelligenz;
(...).

Die Arbeitsfähigkeit sei aktuell eingeschränkt. Aufgrund des ambulant stagnierenden Verlaufs über die letzten 12 bis 18 Monate werde dringend eine universitäre, multidisziplinäre stationäre Einschätzung und Eingrenzung der verschiedenen psychiatrischen Diagnosen und Einleitung geeigneter Therapiemassnahmen empfohlen.

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 Beweismwürdigung 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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf das MEDAS-Gutachten vom 12. November 2020 (AB 97.1). Dieses erfüllt die Voraussetzungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2 hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dem Gutachten kommt damit – jedenfalls was die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen betrifft – voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen. Die Vorbringen in der Beschwerde sowie die medizinischen Berichte in den Akten vermögen – wie nachfolgend dargelegt – an den Schlussfolgerungen nichts zu ändern.

3.3.2 Der Beschwerdeführer rügt zunächst, es könne bereits in formeller Hinsicht nicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden. So handle es sich bei der MEDAS, welche wirtschaftlich von Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, beherrscht werde, nicht um ein hinreichend objektiv explorierendes Gutachterinstitut. Zudem ziehe es situativ ausländische Konsiliarärzte bei. Überdies seien dem Gutachterinstitut suggestive Fragen unterbreitet worden (Beschwerde S. 6 ff. Ziff. 4).

Ausstands- oder Ablehnungsgründe sind so früh wie möglich, das heisst nach Kenntnisnahme eines Mangels bei erster Gelegenheit, vorzubringen. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Mängel dieser Art erst in einem späteren Verfahrensstadium oder sogar erst in einem nachfolgenden Verfahren geltend zu machen, wenn der Einwand schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können. Wer sich auf das Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit bzw. unverzüglich vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift. Unverzüglich bedeutet ein Geltendmachen binnen maximal sechs bis sieben Tagen; ein zwei- bis dreiwöchiges Zuwarten ist bereits unzulässig (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69, 132 V 93 E. 7.4.2 S. 112; SVR 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 4.2).

Der Beschwerdeführer wurde mit Schreiben vom 8. Juli 2020 (AB 91) über die polydisziplinäre Begutachtung bei der MEDAS und die Gutachterpersonen informiert und explizit darauf hingewiesen, dass Einwendungen schriftlich bis zum 22. Juli 2020 einzureichen seien. Da die (erstmalig im Vorbescheidverfahren [vgl. ergänzende Einwandbegründung vom 15. Januar 2021 {AB 105}] vorgebrachten) Einwände materiell nicht überzeugen, kann die Frage nach deren rechtzeitigem Vorbringen offen gelassen werden (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 6).

Soweit der Beschwerdeführer rügt, es handle sich nicht um ein hinreichend objektiv explorierendes Gutachterinstitut (Beschwerde S. 4 ff. Ziff. 4), ist ihm entgegenzuhalten, dass abgesehen von ganz ausserordentlichen Fällen nur die für eine Behörde bzw. eine Medizinische Abklärungsstelle nach aArt. 72^{bis} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201; in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) tätigen Personen, nicht aber die Behörde bzw. die medizinische

Abklärungsstelle als solche befangen sein können (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; SVR 2016 IV Nr. 8 S. 24 E. 3.3). Im vorliegenden Verfahren werden jedoch keine solchen ausserordentlichen Gründe vorgebracht, welche auf eine Befangenheit der MEDAS als Gutachterinstitut schliessen lassen. Weiter sind Ausstandsbegehren gegen sämtliche Mitglieder einer Medizinischen Abklärungsstelle nur zulässig, wenn gegen jedes einzelne Mitglied spezifische Ausstandsgründe geltend gemacht werden, die über die Kritik hinausgehen, die medizinische Abklärungsstelle als solche sei befangen (vgl. SVR 2021 IV Nr. 4 S. 11 E. 4.1).

Prof. Dr. med. J. _____, gegen welchen konkrete Ausstandsgründe vorgebracht werden, war vorliegend nicht als Gutachter tätig. Vielmehr unterzeichnete er lediglich das Begleitschreiben an die Beschwerdegegnerin (vgl. AB 97.1 S. 1). Daher war er in die Begutachtung nicht involviert und ist er nicht auf Ausstandsgründe hin zu prüfen. Weiter wird gerügt, dass es sich vorliegend bei sämtlichen Gutachtern um sog. „Flugärzte“ handle, weshalb sowohl deren Befähigung als auch die nötige Objektivität in Zweifel zu ziehen seien (Beschwerde S. 5 Ziff. 4). Die Beschwerdegegnerin gab ein Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie in Auftrag (vgl. AB 88). Alle drei mit der Begutachtung beauftragten Experten (vgl. AB 89) erfüllen die erforderlichen fachärztlichen Qualifikationen: So handelt es sich bei Dr. med. D. _____ um einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bei Dr. med. E. _____ um einen Facharzt für Neurologie und bei Dr. med. F. _____ um eine Fachärztin für Psychiatrie (vgl. hierzu auch <www.medregom.admin.ch>). Allein der Umstand, dass es sich bei ihnen um sog. „Flugärztinnen“ bzw. „Flugärzte“ handeln könnte, vermag deren fachärztliche Qualifikation nicht in Zweifel zu ziehen. Es ist überdies auch nicht vorausgesetzt, dass das medizinische Fachwissen und die praktische Erfahrung in der Schweiz erworben wurden (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. April 2021, 8C_28/2021, E. 5.1 mit Hinweis auf SVR 2020 IV Nr. 64 S. 224).

Inwiefern dem Gutachterinstitut suggestive und vorurteilsbehaftete Texte unterbreitet worden sein sollen (Beschwerde S. 6 Ziff. 4), ist nicht ersichtlich. Vielmehr entspricht das Auftragschreiben (AB 88) der Rz. 2075.6 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) über

das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI; in der ab 1. Januar 2010 gültigen Fassung; Stand 1. Januar 2018). Darin wird unter anderem eine Fallzusammenfassung aus versicherungsmedizinischer und verfahrensrechtlicher Sicht verlangt.

Zusammenfassend liegen keine Hinweise für eine fehlende Objektivität der Experten und keine Ausstandsgründe vor.

3.3.3 Der Beschwerdeführer bringt ferner vor, die Beschwerdegegnerin habe die Notwendigkeit einer neuropsychologischen Begutachtung zu Unrecht verneint. Insbesondere fehle es Dr. med. K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) an der Kompetenz, um fachgerecht beurteilen zu können, ob neuropsychologische Störungen vorliegen (Beschwerde S. 7 f. Ziff. 5). Dem ist entgegen zu halten, dass Dr. med. K._____ jedenfalls über die Fachkompetenz verfügt, um die Notwendigkeit einer neuropsychologischen Abklärung zu beurteilen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt eine Zusatzuntersuchung dar, welche nur bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Entscheid des BGer vom 16. April 2021, 8C_11/2021, E. 4.2 mit Hinweis auf Ziff. 4.3.2.2 der Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] 2016). Dr. med. K._____ legte – noch vor Vergabe des Gutachtenauftrags – nachvollziehbar dar, weshalb eine neuropsychologische Zusatzdiagnostik nicht erforderlich sei (vgl. AB 69, 83).

3.3.4 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten beanstandet der Beschwerdeführer zunächst, Dr. med. F._____ habe neuropsychologische Testungen vorgenommen, für welche sie nicht das hinreichende Fachwissen habe (Beschwerde S. 13 Ziff. 6). Es ist grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (BGer 8C_11/2021, E. 4.2). Weiter ist entscheidend, dass vorliegend das psychiatrische Teilgutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (vgl. Entscheid des BGer vom 7. Juni 2021, 8C_138/2021, E. 4.2). Überdies steht den Gutachtern rechtsprechungsgemäss, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu (SVR

2021 UV Nr. 19 S. 96 E. 6.4; Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2). Folglich kann der Beschwerdeführer auch nicht gehört werden, sofern er rügt, es seien keine Abklärungen, etwa anhand eines Mini-ICF-Ratings für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen, vorgenommen worden (Beschwerde S. 13 Ziff. 6). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 14 f. Ziff. 6) legte Dr. med. F._____ nachvollziehbar dar, weshalb bezüglich der depressiven Störung das subjektive Erleben und der anlässlich der Begutachtung erhobene objektive Befund nicht übereinstimmen. Überdies setzte sich die Psychiaterin einlässlich mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander und zeigte einleuchtend auf, weshalb sich die niedrige Intelligenz, der Verdacht auf einen atypischen Autismus und eine Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache nicht bestätigen liessen (vgl. AB 97.5 S. 30 ff. Ziff. 6). Zudem führte sie schlüssig aus, weshalb die Transgenderdiagnose die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst (vgl. AB 97.5 S. 31 Ziff. 6). Ebenso thematisierte sie die Behandlungsmöglichkeit der Agoraphobie mit Panikstörung, der Phobien und Zwangsstörungen und zeigte diesbezüglich auf, dass sich Arbeitsunfähigkeitsattestierungen eher störungsfördernd auswirken und daher therapeutisch kontraproduktiv sind (vgl. AB 97.5 S. 32 Ziff. 6). Nichtsdestotrotz berücksichtigte sie die Auswirkungen der im Begutachtungszeitpunkt nicht behandelten Agoraphobie, Phobien und Zwangsstörungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 97.5 S. 61 f. Ziff. 8.2). Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer denn auch, wenn er vorbringt, die Gutachterin begründe nicht, wie sie auf die Leistungseinschränkung von 20 % komme (Beschwerde S. 14 Ziff. 6), führte sie diese doch auf die leichtgradigen Einschränkungen der Fähigkeit, sich Regeln und Routinen anzupassen, der Flexibilität sowie der Umstellungsfähigkeit und der Gruppenfähigkeit zurück (vgl. AB 97.5 S. 36 Ziff. 6). Dabei beschrieb sie auch, wie eine der Beeinträchtigung angepasste Tätigkeit auszusehen habe (vgl. AB 97.5 S. 61 Ziff. 8.2).

3.3.5 Auch das neurologische Teilgutachten überzeugt entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 17 f. Ziff. 7). Es basiert auf Untersuchungen durch den Gutachter Dr. med. E._____. Es finden sich keine Hinweise auf eine unzulässige Beeinflussung des neurologischen Experten. Überdies hätte dieser sich der Einschätzung von

Dr. med. K._____ (vgl. AB 69, 83) ohne weiteres widersetzen können. Dass dem Tourette-Syndrom aus neurologischer Sicht kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen wurde, aus psychiatrischer Sicht hingegen schon, ist kein Widerspruch. Entscheidend ist die nachvollziehbare interdisziplinäre Gesamtbeurteilung. Darin wird erläutert, dass das Tourette-Syndrom in aktueller Kombination mit bislang therapeutisch nicht angegangener Agoraphobie mit Panikstörung, spezifischer Phobie und der Zwangsstörung Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat (S. 8 Ziff. 4.3). Dasselbe ergibt sich aus dem psychiatrischen Teilgutachten (vgl. AB 97.5 S. 61 Ziff. 8.2).

3.3.6 Der Bericht des Spitals H._____ vom 3. Februar 2021 (BB 4) vermag keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu wecken (Beschwerde S. 24 Ziff. 9). Weder die neu aufgeführte Diagnose eines ADHS noch deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wie auch die insgesamt attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % werden näher begründet. Überdies sind nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung die verschiedenen medizinisch-psychiatrischen Interpretationen zulässig und zu respektieren, sofern die Gutachterin – wie in concreto – lege artis vorgegangen ist (Entscheid des BGer vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Was die unterschiedliche Folgenabschätzung betrifft, ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass diese – insbesondere im Bereich der Psychiatrie – eine hohe Variabilität aufweist und unausweichliche Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195, 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253). Sodann nehmen die behandelnden Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall die Einschätzung eher zu Gunsten ihrer Patienten vor (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470).

Schliesslich vermag auch der Bericht des Spitals I._____ vom 4. Februar 2022 (in den Gerichtsakten) das MEDAS-Gutachten nicht zu entkräften (vgl. Eingabe vom 25. April 2022). Darin wurde ein stagnierender Verlauf über die letzten rund 12 bis 18 Monate festgehalten, womit von keinen wesentlichen Veränderungen zwischen der MEDAS-Begutachtung vom 12. November 2020 (AB 97.1) und der angefochtenen Verfügung auszugehen ist. Was die darin gestellte Diagnose der niedrigen Intelligenz betrifft, wurde diese überdies nur aktenanamnestisch gestellt. Die Ärzte des

Spitals I. _____ setzten sich ferner nicht mit der gutachterlichen Einschätzung auseinander und führten auch sonst nicht (differenziert) aus, wegen welcher Befunde der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiter abgeklärt werden müsse.

3.4 Der Sachverhalt erweist sich als genügend abgeklärt und von ergänzenden Abklärungen kann in antizipierter Beweiswürdigung abgesehen werden (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Zusammenfassend ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (in einer angepassten Tätigkeit) bei einem um 20 % reduzierten Rendement 80 % beträgt (AB 97.1 S. 9 Ziff. 4.8).

Auf eine Indikatorenprüfung und damit auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 kann vorliegend verzichtet werden, zumal aus der Indikatorenprüfung keine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte resultieren kann (Entscheid des BGer vom 10. August 2021, 8C_153/2021, E. 5.4.2).

4.

Wie unter E. 2.4 hiavor dargelegt, verlangt die Begründung eines Rentenanspruchs u.a., dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist (lit. b und c). Ausgehend von der Neuanmeldung im März 2019 (AB 23) würde der frühestmögliche Rentenbeginn auf September 2019 fallen (Art. 29 Abs. 1 i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 % ist das Wartejahr folglich mangels einer durchschnittlichen 40%igen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt, womit kein Rentenanspruch entstehen konnte.

5.

Soweit der Beschwerdeführer die Zusprache von Massnahmen beruflicher Art beantragt, war ein entsprechender Anspruch im Zeitpunkt der Verfügung vom 16. Februar 2021 (AB 106; vgl. zum massgebenden Sachverhalt BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) nicht gegeben. Ein solcher setzt voraus, dass die objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (Entscheid des Bundesgerichts vom 1. Februar 2012, 9C_726/2011, E. 5.1; vgl. auch SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, S. 75 N. 124 und S. 278 N. 539; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 113). Die objektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt ist zu bejahen, denn die MEDAS-Gutachter haben in ihrem Gutachten vom 12. November 2020 (AB 97.1) explizit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 9 Ziff. 4.8). Hingegen sind gestützt auf die vorliegenden Akten der subjektive Eingliederungswille, d.h. der Wille, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, sowie allfällige diesbezügliche Anstrengungen des Beschwerdeführers bis zum Verfügungszeitpunkt nicht ausgewiesen. Vielmehr wurde in den verschiedenen Teilgutachten mehrfach festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig fühle (vgl. AB 97.3 S. 12 Ziff. 3.2, 97.4 S. 11 Ziff. 3.2, 97.5 S. 12 Ziff. 3.2 und S. 16 Ziff. 3.2).

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren machte der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 13. Februar 2022 (in den Gerichtsakten) geltend, er könne sich vorstellen, eine Ausbildung zu absolvieren. Sofern der Beschwerdeführer ernsthaft im medizinisch als zumutbar attestierten Umfang an einer Eingliederungsmassnahme teilnehmen will, kann er sich diesbezüglich erneut bei der Beschwerdegegnerin anmelden. Diese hätte sodann über den Anspruch auf berufliche Massnahmen zu verfügen.

6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

7.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 25. April 2022)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.