

200 21 746 IV
KOJ/ZID/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 18. Januar 2022

Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. September 2021



Sachverhalt:

A.

Nachdem die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mehrere Leistungsbegehren des 1981 geborenen und nach Absolvierung der Grundschule als Ungelernter temporär tätigen A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer; Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1, 31, 48) insbesondere infolge Verletzung seiner Mitwirkungspflichten abgewiesen hatte (AB 23 bzw. 30, 44, 51), meldete dieser sich nach Absolvierung einer Lehre zum ... und entsprechenden Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt sowie im geschützten Rahmen im August 2018 abermals zum Leistungsbezug an (AB 52; vgl. auch Beschwerde, S. 3 Ziff. 4).

B.

Auf dieses neue Leistungsbegehren beabsichtigte die IVB mangels einer wesentlichen Änderung der beruflichen bzw. medizinischen Situation mit Vorbescheid vom 23. Oktober 2018 nicht einzutreten (AB 61), worauf der Versicherte Berichte einreichen liess (AB 62 f.) und die IVB – auch auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 72) – weitere Abklärungen einleitete (AB 64, 67, 71, 77 f., 80 f.). Nach Konsultation des RAD (AB 82) stellte sie mit neuem Vorbescheid vom 27. August 2019 mangels eines IV-relevanten Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 83). Auf Einwand des Versicherten (AB 87, 89 f.) und Stellungnahme des RAD (AB 94) hin gab die IVB ein psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten beim D._____ (MEDAS), in Auftrag (Expertise vom 25. Mai 2021 [AB 115.1]), dessen Diagnosen und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der RAD auch nach entsprechenden Erläuterungen (AB 124) als nicht nachvollziehbar erachtete (AB 117, 126). In der Folge teilte die IVB dem Versicherten mit Schreiben vom 11. August 2021 mit, dass eine erneute Begutachtung in der Fachdisziplin Psychiatrie bei Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, notwendig sei (AB 128), womit sich der Versicherte nicht einverstanden erklärte (AB 134 f.). Nach Konsultation des RAD (AB 137)

hielt die IVB mit Verfügung vom 28. September 2021 an ihrem Vorgehen fest (AB 138).

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch B._____, lic. iur. C._____, mit Eingabe vom 28. Oktober 2021 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm gestützt auf das MEDAS-Gutachten eine Rente zuzusprechen, unter Entschädigungsfolge. Gleichzeitig ersuchte er für das Beschwerdeverfahren um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (betreffend Verfahrenskosten).

Mit Beschwerdeantwort vom 8. November 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 9. November 2021 gewährte der Instruktionsrichter die unentgeltliche Rechtspflege (betreffend Verfahrenskosten).

Am 11. November 2021 reichte der Beschwerdeführer, wie in der Beschwerde in Aussicht gestellt, eine Stellungnahme seines behandelnden Psychiaters ein. Hierzu nahm die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 26. November 2021 Stellung.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Staats-

anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen.

Bei der Anordnung des Gutachtens handelt es sich um eine Zwischenverfügung (Art. 55 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 5 Abs. 2 und Art. 46 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]); solche können unter anderem dann angefochten werden, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können. Diese Anfechtbarkeitsvoraussetzung ist für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren in IV-Angelegenheiten zu bejahen, womit die entsprechende Verfügung unter Erhebung aller gesetzlich vorgesehenen Rügen rechtlicher und tatsächlicher Natur angefochten werden kann (BGE 138 V 271 E. 1.2.1 S. 275 und E. 1.2.3 S. 276, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 256).

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 (vgl. jedoch E. 1.2 nachfolgend).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 28. September 2021 (AB 138), mit welcher an der am 11. August 2021 mitgeteilten (weiteren) psychiatrischen Begutachtung (AB 128) festgehalten wurde. Streitig und zu prüfen ist die Durchführung dieser psychiatrischen Begutachtung.

Soweit der Beschwerdeführer (bereits in diesem Verfahrensstadium) die Zusprache einer Rente verlangt, wurde darüber (noch) nicht verfügt, weshalb es diesbezüglich an einem Anfechtungsobjekt mangelt (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1) und auf die Beschwerde nicht einzutreten ist.

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Zwischenverfügungen und Zwischenentscheide (Art. 57 Abs. 2 lit. b 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.

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; BBl 2020 5535 ff.) 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.

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

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 deren 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).

2.2 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (aArt. 44 ATSG).

2.3 Die IV-Stelle teilt der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). Ausserdem hat sie Anspruch, sich zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person die durch SuisseMED@P zugeteilte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharztstitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu (BGE 140 V 507 E. 3.1 S. 510, 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355, 138 V 271 E. 1.1 S. 274, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257).

2.4 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).

2.4.1 Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

2.4.2 Die Rechtsprechung hat die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) als anerkannten Standard für eine sachgerechte und rechtsgleiche (versicherungs-) psychiatrische Begutachtung bezeichnet. Sie verstehen sich als Empfehlung, wovon im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann. Ein sich formal und inhaltlich nach den Leitlinien richtendes Gutachten soll demnach den Regelfall bilden. Als Standard bei der Begutachtung sind die Leitlinien dem Rechtsanwender bei der Beurteilung der Gutachtensqualität nützlich (BGE 140 V 260 E. 3.2.2 S. 262). Sie sollen die gutachterliche Ermessensausübung strukturieren und diese – insbesondere für die Rechtsanwendung – nachvollziehbar machen. Ein Gutachten verliert jedoch nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die Leitlinien anlehnt oder (zeitlich) noch gar nicht anlehnen konnte. Der Nichtbefolgung der Begutachtungsleitlinien ist aber bei der Beurteilung des Beweiswertes Rechnung zu tragen, wobei massgebend bleibt, ob ein Gutachten gesamthaft gese-

hen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 3.3).

2.4.3 Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können – insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente – Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303, 130 V 352) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297)

3.

3.1 Zwischen den Parteien ist umstritten, ob zur Beurteilung des Leistungsanspruchs eine erneute psychiatrische Begutachtung erforderlich ist. Den medizinischen Akten lässt sich hierzu im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Der Beschwerdeführer wird seit Herbst 2007 in der Praxis F._____ wegen Problemen mit der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie depressiver Verstimmung psychiatrisch und psychotherapeutisch betreut. In diesem Zusammenhang wurde dessen Arbeitsfähigkeit durch die Praxis F._____, Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 18. Oktober 2018 (AB 62) wie folgt beurteilt (vgl. AB 63/6): Ausgehend von einem unauffälligen Psychostatus ohne kognitive Einschränkungen, aber geltend gemachter Konzentrationsstörungen und leichter Ablenkbarkeit (AB 62/2 Ziff. 1.4), diagnostizierte Dr. med. G._____ eine ADHS (ICD-10 F90) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4; AB 62/1 Ziff. 1.1). Es beste-

he eine sehr grosse Stressresistenz, es träten häufig Stimmungsschwankungen mit länger andauernden depressiven Phasen auf, die Arbeitsgeschwindigkeit sei sehr gering und der Beschwerdeführer reagiere in subjektiv empfundenen Stresssituationen mit Depressionen. Das Funktionsniveau sei derart gering, dass er als ... für den ersten Arbeitsmarkt mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht infrage komme; so arbeite er denn auch zu 75 % an einem geschützten Arbeitsplatz (AB 62/4 Ziff. 1.7). Auch mit Berichten vom 15. November 2018 und 18. April 2019 schätzte die Praxis F. _____ die Arbeitsfähigkeit aufgrund der moderat ausgeprägten ADHS und der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0; AB 63/6, 71/3 Ziff. 2.5), auf dem ersten Arbeitsmarkt "aktuell als bei 0 % liegend" (AB 63/7) und im geschützten Rahmen auf 80 % (AB 71/4 Ziff. 2.7) ein.

3.1.2 Nach Meinung der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sprächen der unauffällige Psychostatus ohne kognitive Einschränkungen und ohne Hinweise auf eine depressive Erkrankung, die Bewältigung eines Pensums von 80 % im Beschäftigungsprogramm sowie der Alltagsgestaltung und schliesslich verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren (Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten) gegen das Vorliegen einer versicherungsmedizinisch relevanten Erkrankung im psychiatrischen Fachgebiet. Zudem sei übermässiger Alkoholkonsum und regelmässiger Amphetaminkonsum aktenkundig (Bericht vom 16. Mai 2015 [AB 72/7]). Anlässlich einer entsprechenden Laborkontrolle fiel das Screening auf Betäubungsmittel negativ aus, während sich eine regelmässige Einnahme von ärztlich verordneten Benzodiazepinen (vgl. AB 78) sowie laborchemisch Hinweise auf schädlichen Gebrauch von Alkohol zeigten (AB 81). Mit Bericht vom 21. August 2019 verneinte Dr. med. H. _____ auf psychiatrischem Fachgebiet das Vorliegen von Befunden, die eine versicherungsmedizinisch relevante Erkrankung begründen könnten; zudem sei möglicherweise von einer iatrogen erzeugten Benzodiazepinabhängigkeit auszugehen (AB 82/4 f.).

3.1.3 Auf Empfehlung des RAD (AB 94) wurde der Beschwerdeführer durch die D. _____ (MEDAS) psychiatrisch-neuropsychologisch begutachtet. Unter Einbezug der neuropsychologischen Untersuchungsergebnis-

se (AB 115.3; vgl. auch AB 115.1/12) diagnostizierte der psychiatrische Gutachter Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, im Gutachten vom 25. Mai 2021 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.9), mittelschwere kognitive Störungen (ICD-10 F06.7), rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), und schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach Polytoxikomanie ohne Morphine (AB 115.1/14 oben). Beim Beschwerdeführer liege ein langjähriges, bis in die Jugendzeit zurückreichendes Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) vor, welches die persönliche Entwicklung seit dem Jugend- und frühen Erwachsenenalter und den beruflichen Werdegang bis heute massgeblich beeinflusse. Es handle sich um einen typischen Verlauf dieser Erkrankung, in welchem es dem Beschwerdeführer dauerhaft nicht gelungen sei, einer längerfristigen beruflichen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit der erforderlichen Konstanz sowie der kognitiven und affektiven Belastbarkeit nachzugehen. Die Auffälligkeiten seiner Persönlichkeitsentwicklung mit vorübergehenden, zum Teil hochaggressiven und gereizten Verhaltensmustern, der zeitweilige polytoxikomane Drogenkonsum ohne Morphine und der bis heute praktizierte missbräuchliche Konsum von Alkohol seien in der Komorbidität zur vorliegenden Grundstörung – das ADS sei klinisch deutlich führend (vgl. AB 115.1/13 Ziff. 6) und selbst bei dauerhafter Alkoholabstinenz bleibe eine wesentliche Besserung der emotionalen und kognitiven Belastbarkeit unwahrscheinlich (vgl. AB 115.1/15 Ziff. 7.2) – typisch und belegten die hochgradig emotionale Irritierbarkeit bei einer dauerhaft deutlich reduzierten affektiven Belastbarkeit. So spielten beachtliche kognitive Leistungseinschränkungen, die im Rahmen der neuropsychologischen Testung objektiviert werden könnten, eine zusätzliche wesentliche Rolle in Bezug auf die deutlich herabgesetzte Belastbarkeit im Erwerbsleben (AB 115.1/14 Ziff. 7.1). Im Zusammenhang mit der Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit spielten eine Vielzahl reaktiver Einflüsse, die zu einer rezidivierenden depressiven Störung führten, und ein langjähriger schädlicher Gebrauch von Alkohol eine zusätzliche symptomverstärkende Rolle. In der aktuellen Psychopathologie ergäben sich Anhaltspunkte für eine leichte depressive Symptomatik in Form einer leichten Antriebsstörung verbunden

mit einer vermehrten Grübelneigung und Zukunftsängsten sowie psychovegetativen Begleiterscheinungen. Der fortgesetzte schädliche Gebrauch von Alkohol ohne Anhaltspunkte für Abstinenzerscheinungen bzw. eines Kontrollverlusts sei nach wie vor klinisch relevant und könne eine zusätzliche Verschlechterung der emotionalen Belastbarkeit bedingen (AB 115.1/13 Ziff. 6). Trotz eines gewissen Nachreifungsprozesses, der dem Beschwerdeführer vor allem auf der Beziehungsebene zu einer mittlerweile mehrjährigen stabilen Partnerschaft ver helfe und der zu einer verbesserten vernunftbasierten Introspektion und Reflektion seiner früheren Handlungsmuster beitrage, seien die kognitiven und emotionalen konfliktzentrierten Bewältigungsmechanismen weiterhin deutlich begrenzt. Im Kontext der beschriebenen Zusammenhänge sei trotz der positiven persönlichkeitsgebundenen Ressourcen eine kontinuierliche berufliche Belastbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht realisierbar (AB 115.1/15 oben). Demnach bestehe im Ausbildungsberuf als eine Arbeitsfähigkeit von 0 %, während in seiner gegenwärtigen Tätigkeit unter geschützten Bedingungen (ohne Tätigkeiten mit einem besonderen Verantwortungs- und Zeitdruck in einem wohlwollenden Arbeitsmilieu mit begrenzten Ansprüchen an das Durchhaltevermögen und die Konzentrationsfähigkeit) eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vorliege (AB 115.1/16 Ziff. 7.4).

3.1.4 Mit Stellungnahme vom 1. Juli 2021 wies die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ darauf hin, dass die im MEDAS-Gutachten gestellte Diagnose ICD-10 F06.7 (vgl. E. 3.1.3 hiervoor) eigentlich eine "leichte kognitive Störung" umschreibe (AB 117/2 unten). Gemäss ICD-10 könne diese Störung vor, während oder nach einer Vielzahl von zerebralen oder systemischen Infektionen und körperlichen Erkrankungen auftreten. Die Diagnose dürfe nicht bei Vorliegen einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung aus irgendeinem anderen Abschnitt der ICD-10 gestellt werden. Da beim Beschwerdeführer keine zerebralen und systemischen Infektionen und körperliche Erkrankungen dokumentiert seien und zudem andere psychische und Verhaltensstörungen (u.a. würden eine rezidivierende depressive Störung [ICD-10 F33], eine ADHS [ICD-10 F90.9] und ein schädlicher Gebrauch von Alkohol [ICD-10 F10.1] genannt) vorlägen, sei die Vergabe der Diagnose ICD-10 F06.7 durch den psychiatrischen Gutachter medizinisch nicht plausibel. Differentialdiagnostisch sei beim Beschwerdeführer

als Ursache für die "mittelschwere neuropsychologische Störung" (AB 115.3/6 Ziff. 7) die langjährige, ärztlich verschriebene Einnahme von Benzodiazepinen zu berücksichtigen. So sei im Rahmen der Begutachtung ein über dem therapeutischen Referenzbereich liegender Bromazepam-Serumsspiegel festgestellt worden. Die andauernde Einnahme von Benzodiazepinen könne zu körperlicher und psychischer Abhängigkeit führen, häufige Nebenwirkungen seien Konzentrationsstörungen und eine Verlängerung der Reaktionszeit. Medizinisch nicht plausibel seien im Gutachten weder eine aktenkundig durch die behandelnden Ärzte verursachte Benzodiazepinabhängigkeit diagnostisch berücksichtigt noch deren Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit diskutiert und auch keine Überlegungen zur Schadenminderung geäussert worden (AB 117/3).

3.1.5 Damit konfrontiert (vgl. AB 119) führte der psychiatrische Gutachter Dr. med. I. _____ am 26. Juli 2021 aus, massgeblich für das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung und die daraus resultierende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei das Ergebnis der umfänglichen neuropsychologischen Untersuchung, die mittelschwere kognitive Defizite erbracht habe. Diese hätten sich im Rahmen des psychopathologischen Befundes, welcher ausschliesslich auf dem klinischen Eindruck basiere, nicht ergeben, was aber keinen Widerspruch bedeute (AB 124).

3.1.6 Mit Stellungnahme vom 9. August 2021 erachtete die RAD-Ärztin die Rückfragen an die Gutachter (vgl. AB 119) als nicht beantwortet. Entsprechend empfahl sie zur diagnostischen Klärung, zur Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sowie zur Beantwortung der verwaltungsseitigen Fragen eine weitere psychiatrische Begutachtung, wobei insbesondere die Untersuchungsergebnisse des neuropsychologischen Teilgutachtens (AB 115.3) zu berücksichtigen und die Therapieadhärenz und Suchtmittelabstinenz mittels Laboruntersuchung zu objektivieren seien (AB 126/3).

3.1.7 Der behandelnde Psychiater der Praxis F. _____, Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wiederholte im Bericht vom 6. September 2021 die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung, welche die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtige. Mittlerweile sei man sich in der Fachwelt einig, dass neuropsychologische Tests nicht

geeignet seien, eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung zu diagnostizieren; da hier vor allem die übergeordneten exekutiven Funktionen betroffen seien, könnten sich Betroffene in einer geeigneten Situation sehr wohl zeitweise konzentrieren. Der klinische Eindruck und die Psychopathologie seien ebenfalls nicht konklusiv; nicht das klinische Erscheinungsbild, sondern die aktuell vorliegenden alltagsrelevanten Defizite seien hier massgeblich. Die Benzodiazepinmedikation sei wegen der Angststörung beim Beschwerdeführer indiziert und beeinträchtige ihn nicht. Die vermutete Verschlechterung beim Beschwerdeführer sei reaktiv; er stehe seit einiger Zeit unter einem erheblichen Druck aufgrund des protrahierten Verlaufs der Abklärungen (AB 135/2 f.).

3.1.8 Mit Stellungnahme vom 21. September 2021 wies die RAD-Ärztin darauf hin, dass im MEDAS-Gutachten die Diagnose einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bestätigt worden sei und diese Diagnose nicht bestritten werde. Nicht nachvollziehbar sei indessen die Diagnose einer mittelschweren kognitiven Störung. Im Bericht vom 6. September 2021 (vgl. E. 3.1.7 hiervor) nenne Dr. med. J. _____ in diagnostischer Hinsicht neu eine Angststörung, die er indessen nicht nach ICD-10 codiere. Medizinisch-theoretisch würden Angststörungen (nach ICD-10 F4) in medikamentöser Hinsicht mit Antidepressiva aus der Gruppe der Serotonin-Aufnahme-Hemmer, der Serotonin- und Noradrenalin-Aufnahme-Hemmer oder der Trizyclika behandelt; die Leitlinien zur Behandlung von Angststörungen äusserten sich aufgrund der gravierenden Nebenwirkungen (Abhängigkeitsentwicklung) ausgesprochen kritisch zum Einsatz von Benzodiazepinen bei Angsterkrankungen und empfahlen deren Einsatz nur zeitlich befristet und nur in Ausnahmefällen. Die jahrelange Behandlung des Beschwerdeführers mit einem Benzodiazepin aufgrund einer "Angststörung" lasse sich somit medizinisch nicht plausibel begründen und missachte die Leitlinien (AB 137/3 f.).

3.1.9 Mit Stellungnahme vom 8. November 2021 bezeichnete Dr. med. J. _____ das MEDAS-Gutachten (vgl. E. 3.1.3 hiervor) in jeder Hinsicht als einwandfrei und professionell, wogegen die Einwände der RAD-Ärztin (vgl. E. 3.1.4, 3.1.6 und 3.1.8 hiervor) bemüht wirkten. Es werde versucht, anhand des Handbuchs des ICD-10 Widersprüche zu konstruieren, die

entsprechend realitätsfremd erschienen und an der Fachkompetenz zweifeln liessen. Die implizite Unterstellung, dass die verschriebenen Benzodiazepine "in hohen Dosen" eine iatrogene Ursache der Beeinträchtigungen sein könnten, sei ähnlich verstiegen und grenze an Rufschädigung; die Dosierungen bewegten sich stets im Rahmen des im Compendium empfohlenen Rahmens. Eine erneute Begutachtung sei in keiner Weise gerechtfertigt (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilag [BB] 3).

3.2

3.2.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. I. _____ erhob anlässlich der Begutachtung weitestgehend unauffällige Befunde (AB 115.1/10 f.) und wies daneben auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Teilbegutachtung hin (AB 115.1/12). Er diagnostizierte neben der bekannten ADS, einer gegenwärtig leichten depressiven Episode und schädlichem Alkoholgebrauch eine mittelschwere kognitive Störung F06.7 (AB 115.1/14). Die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ weist indes zu Recht darauf hin, dass diese Diagnose unter Berücksichtigung der ICD-10-Kriterien nicht überzeugt (AB 117; vgl. dazu auch E. 2.4.2 hiervor): So steht der Code F06.7 für eine *leichte* kognitive Störung, soll die Diagnose nur in Verbindung mit einer (hier nicht ersichtlichen) *körperlichen* Krankheit gestellt werden und sie soll bei Vorliegen einer anderen Diagnose gemäss F10-F99 – also auch den Diagnosen F10.1, F33.0 und F90.9 (vgl. E. 3.1.3 hiervor) – *nicht verwendet* werden. Die Diagnose wird vom Gutachter denn auch nicht näher begründet. Ebenso setzt sich dieser nicht bzw. nur ungenügend mit den Auswirkungen des Alkoholmissbrauchs und der Benzodiazepinabhängigkeit auseinander und fehlen diesbezügliche Ausführungen zur allfälligen Schadenminderung. Die Stellungnahme vom 26. Juli 2021 (AB 124) enthält keine substantiierte Auseinandersetzung mit diesen Punkten. Insgesamt fehlt unter dem Blickwinkel der Konsistenz auch eine plausible Begründung, weshalb der Beschwerdeführer trotz geregelterm Privatleben (AB 115.1/9) keinerlei Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachgehen kann (vgl. auch E. 2.4.3 hiervor). Das psychiatrische Gutachten der D. _____ (MEDAS) ist demnach nicht schlüssig.

3.2.2 Die Ausführungen von Dr. med. J. _____ (AB 135, BB 3) ändern nichts. In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der

Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Inkonsistent begründet der behandelnde Arzt denn auch die Benzodiazepinmedikation, welche seiner Meinung nach trotz ausserhalb des (therapeutischen) Referenzbereichs liegendem Kontrollresultat (AB 81/4; vgl. auch AB 117/3) stets im empfohlenen Rahmen erfolgt sei (BB 3), mit einer (nicht näher umschriebenen) Angststörung des Beschwerdeführers (AB 135/2 unten), ohne dass er oder ein anderer Arzt eine solche je diagnostiziert hätte.

3.3 Unter diesen Umständen ist eine weitere Begutachtung – unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Teilgutachtens vom 25. Februar 2021 (AB 115.3; vgl. dazu E. 2.4.1 hiervor) – angezeigt.

Damit erübrigen sich Ausführungen zur Indikatorenprüfung (vgl. Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. 4); eine solche ist ohnehin erst gestützt auf beweiskräftige Unterlagen vorzunehmen (vgl. auch E. 2.4.3 hiervor).

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Zwischenverfügung vom 28. September 2021 (AB 138) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kos-

tenpflichtig. 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen. Aufgrund der insoweit gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 9. November 2021) ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht zu befreien (Art. 113 VRPG).

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- 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.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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 öf-

fentlich-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.