

200 22 283 IV
JAP/ISD/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Oktober 2022

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. März 2022



Sachverhalt:

A.

Der 1987 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter, vormals in verschiedenen Tätigkeiten beschäftigt und zuletzt arbeitslos, meldete sich im April 2021 unter Hinweis auf seit der Geburt bestehende psychische Probleme bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [act. II] 1, 3, 14/2). Die IVB klärte die berufliche und medizinische Situation ab und holte namentlich ein vom 12. Januar 2022 datierendes psychiatrisches Gutachten ein (act. II 56.1). Gestützt darauf und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. act. II 57, 65/1 f., 68) verneinte die IVB mit Verfügung vom 23. März 2022 (act. II 69) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die B._____ AG, mit Eingabe vom 6. Mai 2022 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie das Bestehen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens rechtsgenügend abkläre und hernach den Anspruch auf eine Rente bzw. berufliche Eingliederung neu prüfe.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 16. Juni 2022 reichte die Beschwerdegegnerin die mit prozessleitender Verfügung vom 2. Juni 2022 einverlangte Tonaufnahme des gutachterlich-klinischen Explorationsgesprächs (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA]) ein und machte diesbezüglich Ausführungen.

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 23. März 2022 (act. II 69). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich eine Rente bzw. berufliche Eingliederungsmassnahmen.

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 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Zwar datiert die angefochtene Verfügung (vom 23. März 2022 [act. II 69]) nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Leistungsanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (vgl. hinten E. 4.5), weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (aArt.) massgebend sind (vgl. auch Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

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).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.3.1 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. Ent-

scheidend 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).

2.3.2 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 strukturier-ten 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).

2.3.3 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).

2.3.4 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.5 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen sind insbesondere das Alter (lit. a), der Entwicklungsstand (lit. b), die Fähigkeiten der versicherten Person (lit. c) und die zu erwartende Dauer des Erwerbslebens (lit. d) zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1^{bis} IVG). Gemäss Art. 10 Abs. 1 IVG entsteht der Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art frühestens im Zeitpunkt der Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG).

Der Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art setzt voraus, dass die fragliche Massnahme – unter prospektiver Betrachtung – eingliederungswirksam ist, was kumulativ eine subjektive sowie objektive Eingliederungsfähigkeit der betroffenen Person voraussetzt (Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 28. Januar 2019, 8C_163/2019, E. 4.3.3.2, und vom 23. Oktober 2012, 9C_644/2012, E. 3 mit Hinweisen; vgl. auch SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, S. 75 N. 124 und S. 278 N. 539). Auszugehen ist von den Umständen des konkreten Falles, wozu auch die von Person zu Person unterschiedliche Eingliederungsfähigkeit (Gesundheitszustand, Leistungsvermögen, Bildungsfähigkeit, Motivation etc.) gehört (BGE 142 V 523 E. 6.3 S. 536).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin veranlasste zur Klärung des medizinischen Sachverhaltes eine versicherungsexterne psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers. Im Gutachten vom 12. Januar 2022 (act. II 56.1) diagnostizierte Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie

und Psychotherapie, als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2; Differentialdiagnose: depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig [ICD-10 F32.0]). Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Abhängigkeitssyndrom von Cannabis (gegenwärtiger Substanzgebrauch, ICD-10 F12.24), Kokain (gegenwärtig abstinent, ICD-10 F14.30) und Amphetaminen (gegenwärtig abstinent, ICD-10 F15.30), emotional instabile und impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61), eine nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten im Sinne einer Lernschwäche (ICD-10 F81.9), und (nicht versicherte) Defizite in der Schul- und Berufsbildung, sowie eine Dekonditionierung bei langer Abwesenheit vom ersten Arbeitsmarkt. Somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine aufgeführt (act. II 56.1/25 Ziff. 6.4-6.6).

Der aktenmässig nachweisbare Verlauf betrage neun Monate. Der Beschwerdeführer habe in dieser Zeit circa sechs Monate in einem Wohnheim für Süchtige gelebt, sei nun ausgezogen und lebe vorübergehend bei seinem Bruder. Er möchte eine eigene Wohnung und sei deswegen offenbar mit dem Sozialdienst in Verhandlung. Beschäftigungsmässig sei er während der Zeit im ... stundenweise intern in der ... bzw. im ... tätig gewesen und arbeite nun seit einigen Wochen halbtags in der ... respektive im ... der D._____ in Diese Tätigkeit dürfte im Wesentlichen derjenigen einer Hilfstätigkeit entsprechen, für welche der Beschwerdeführer eine Anlehre gemacht habe, wenn auch eher im zweiten Arbeitsmarkt. Der Beschwerdeführer bekunde keinerlei Ambitionen, mehr oder etwas Anderes zu arbeiten. Wohl nicht ganz unrealistisch meine er, dass er einer Zusatzausbildung oder Umschulung aufgrund seiner sprachlichen und schulischen Limiten kaum gewachsen wäre. Eine Steigerung des Pensums – soweit in der D._____ überhaupt möglich – komme für ihn aus letztlich unklaren Gründen nicht in Frage. Einen Wechsel in einen ... des ersten Arbeitsmarktes lehne der Beschwerdeführer ab, weil er dem dortigen "zwischenmenschlichen Stress" nicht gewachsen sei. Die Behandlung der depressiv-ängstlichen Störung, wie auch der multiätiologischen Angetriebenheit erfolge im Wesentlichen medikamentös, wobei die Begleitung, die Kontrolle und auch die Compliance in Bezug auf die korrekte Einnahme der

Medikamente lückenhaft seien. Dazu kämen die Suchtgefährdung und der nachgewiesene, zumindest gelegentliche Konsum von Cannabis (act. II 56.1/25 f. Ziff. 7.1).

Zusammengefasst lägen beim Beschwerdeführer eine Vielzahl von psychischen Störungen, sozialen Belastungsfaktoren und Anhaltspunkte für kognitive sowie schulische Limiten vor, welche seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigten. Die meisten dieser Störungen seien – für sich genommen – nicht derart schwer, dass sie eine Krankheitsrelevanz erreichten (z.B. die Persönlichkeitszüge), oder sie seien durch eine zumutbare Abstinenz positiv veränderbar (z.B. die Angetriebenheit mit/nach Substanzkonsum bzw. das Entzugssyndrom) respektive nicht versicherungsrelevant (z.B. begrenzte Sprachkenntnisse, limitierte Schul- und Berufsausbildung, lange Distanz vom Arbeitsmarkt). Als einzige Störung mit Krankheitsrelevanz bleibe eine gemischte Angst und depressive Störung, welche ätiologisch am ehesten durch frühere und aktuelle psychosoziale Belastungen, durch die Postentzugsphase von Kokain und Amphetaminen, sowie durch die persistierende emotionale Labilität zu erklären sei. Aufgrund dieser Störung sei der Beschwerdeführer sensibler gegenüber zwischenmenschlichen Belastungen (wie Kritik, Kommentare), weniger frustrationstolerant und neige zu sozialem Rückzug (act. II 56.1/26).

Aus aktueller gutachterlicher Sicht sei dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit im angestammten Bereich als ..., alternativ auch in einer anderen ... Hilfstätigkeit (z.B. ..., ..., ..., ...) zuzumuten; gegenwärtig zu circa 60 % und nach einer dreimonatigen Auftrainierphase prinzipiell in einem vollen Pensum bei normaler Qualität (act. II 56.1/26). In retrospektiver Hinsicht habe während der stationären Behandlung bzw. des Drogenentzugs in der Klinik E. _____ von März bis Mai 2021 bis zur Begutachtung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem Klinikaustritt im Mai 2021 sei der Beschwerdeführer zu mindestens 50 % arbeitsfähig (act. II 56.1/28 Ziff. 8.1 f.).

3.2 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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

3.3

3.3.1 Das psychiatrische Gutachten vom 12. Januar 2022 (act. II 56.1) erfüllt – soweit die Befunderhebung und die darauf basierende diagnostische Einschätzung betreffend (zur Arbeitsfähigkeit vgl. hinten E. 4) – die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsexternen medizinischen Expertise (vgl. vorne E. 3.2). Die gutachterlichen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehender, fachärztlicher Abklärung und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf hat der psychiatrische Sachverständige die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar und überzeugend begründet dargelegt.

Die am 6. Januar 2022 erfolgte gutachterliche Exploration (Dauer 150 Minuten [vgl. act. II 56.1/2]) wurde auf einen Tonträger aufgenommen (vgl. act. II 56.1/6 Ziff. 3 am Ende; act. IIA; vgl. dazu Art. 44 Abs. 6 ATSG bzw. Art. 7k der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]), worüber der Beschwerdeführer vorgängig informiert worden war (vgl. act. II 55). Dass der

Gutachter dabei am Anfang bzw. am Ende der Aufnahme nicht die Urzeit durch den Beschwerdeführer bestätigen liess (vgl. Art. 7k Abs. 6 ATSV), schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht, zumal dies lediglich als eine Ordnungsvorschrift zu werten ist und der Beschwerdeführer diesbezüglich auch keine Rügen erhebt.

3.3.2 Dr. med. C._____ setzte sich im Rahmen der diagnostischen Herleitung einlässlich mit den psychiatrischen Vordiagnosen, dem bisherigen Behandlungsverlauf und den Befunden der gutachterlichen Exploration auseinander und begründete die gestellten Diagnosen sowie deren allfällige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend (vgl. act. II 56.1/23 ff. Ziff. 6.3). Dabei ist nicht ersichtlich und wurde in der Beschwerde auch nicht weiter dargetan (vgl. Beschwerde S. 3 f.), inwieweit der Gutachter die erhobenen Befunde bei der diagnostischen Würdigung nicht angemessen berücksichtigte. So hat er bei der Hauptdiagnose Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2; Differentialdiagnose: depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig [ICD-10 F32.0; vgl. act. II 56.1/25 Ziff. 6.4]) insbesondere den Schweregrad sowie die sich daraus ergebenden Funktionseinschränkungen der affektiven Symptomatik erläutert (vgl. act. II 56.1/23 f. und 26 f.). Dabei führte er aus, dass von den für affektive Störungen massgebenden Symptomen (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 169 ff. [F32 depressive Episode]) Niedergeschlagenheit, Minderwertigkeitsgefühle, Selbstvorwürfe und Ängste, sich der Kritik von Angehörigen und Drittpersonen auszusetzen, hätten exploriert werden können, während vegetative Symptome wie Appetit- und anhaltende Schlafstörungen, Gewichtsverlust, wie auch andere "depressive Kernsymptome" wie mangelnde emotionale Ansprechbarkeit (vgl. act. II 56.1/23) fehlten. Die unter anderem gestützt auf die erhobenen klinischen Befunde und Symptome vorgenommene fachärztliche Einstufung des Schweregrades der affektiven Störung gibt in diagnostischer Hinsicht zu keinen Beanstandungen Anlass. Demgegenüber ist es dem Beschwerdeführer als medizinischer bzw. psychiatrischer Laie nicht möglich, die entsprechenden Testresultate und Untersuchungsergebnisse schlüssig zu interpretieren (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Januar 2017, 8C_772/2016, E. 6.1). Dr. med. C._____ legte denn auch – anders als vom Beschwerdeführer vertreten

(vgl. Beschwerde S. 4) – die Diskrepanzen zwischen den einzelnen test-psychologischen Zusatzuntersuchungen mittels Selbst- und Fremdrating-Fragebögen (Beck-Depression-Inventar [BDI], vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., S. 219; Hamilton Depression Inventar [HAMD-21]) dar und wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die im Rahmen der Selbstbeurteilung erzielte hohe Punktzahl sicherlich der subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers entspreche (vgl. act. II 56.1/18). Diese vermag indes – wie hier der Fall – ohne eine entsprechende Plausibilisierung keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Im Übrigen verfängt die diesbezügliche Kritik am Gutachten auch deshalb nicht, weil die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist und den genannten Testverfahren im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (vgl. statt vieler Entscheid des BGer vom 1. Juni 2022, 8C_804/2021, E. 4.1.3 mit Hinweisen).

Dr. med. C._____ zeigte sodann hinsichtlich der Persönlichkeit des Beschwerdeführers (vgl. dazu act. II 56.1/16 f. Ziff. 4.3.1 lit. p) in Auseinandersetzung mit der abweichenden diagnostischen Beurteilung im Austrittsbericht der Klinik E._____ vom 19. Mai 2021 (act. II 26/2; diagnostiziert wurde unter anderem eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ [ICD-10 F60.31], Differentialdiagnose ADHS im Erwachsenenalter [ICD-10 F90.0]) und unter Bezugnahme auf die Erwerbs- und Sozialbiographie des Beschwerdeführers (vgl. act. II 3/2 f.) auf, dass lediglich von emotional-instabilen und impulsiven Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73), jedoch nicht von einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden könne (vgl. act. II 56.1/24). Entgegen der in der Beschwerde (S. 4) vertretenen Ansicht ist die diesbezügliche gutachterliche Würdigung der auffälligen Persönlichkeit als Persönlichkeitsakzentuierung, was nach der Rechtsprechung keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen vermag (Entscheid des BGer vom 15. Juli 2020, 9C_279/2020, E. 5.3), überzeugend begründet.

Soweit in der Beschwerde (S. 4 f.) die gutachterlichen Ausführungen zur Suchtmittelabhängigkeit bzw. -abstinenz sowie deren Auswirkungen auf die

Arbeits- und Leistungsfähigkeit kritisiert werden, ist dem nicht zu folgen. Nach eigenen Aussagen ist der Beschwerdeführer seit Mai 2021 abstinent von Kokain, Amphetaminen und anderen Drogen ausser Cannabis (act. II 56.1/12 Ziff. 3.2.15), was grundsätzlich auch Rückhalt in der Urtoxikologie vom 6. Januar 2022 (act. II 56.2) findet, resultierte doch ein negativer Befund für alle untersuchten Substanzen, ausser für Cannabis und MDMA (Ecstasy), wobei letzteres auch durch eine Kreuzreaktion mit dem Arzneistoff Trazodon erklärbar sein könnte (act. II 56.1/17 Ziff. 4.3.3, 56.1/20 Ziff. 4.4 lit. a). Der Gutachter berücksichtigte gleichwohl, dass weiterhin ein erheblicher Suchtdruck mit der Gefahr von Drogenrückfällen besteht (act. II 56.1/20 Ziff. 4.4 lit. a, 56.1/22 Ziff. 6.2), welcher sich auf die aufgrund der diagnostizierten Angst und depressive Störung gemischt leicht verminderte Belastbarkeit auslösend bzw. verstärkend verhalten kann (vgl. act. II 56.1/28 Ziff. 8.3). Dies ist nachvollziehbar und es ist insoweit auch kein Widerspruch erkennbar, wenn Dr. med. C. _____ das Abhängigkeitssyndrom für sich alleine als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifizierte (act. II 56.1/25 Ziff. 6.5 erstes Lemma), zumal diesbezüglich keine eigenständige massgebende Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit erhoben werden konnte. Im Rahmen der Beweiswürdigung ist überdies nicht entscheidend, ob der Beschwerdeführer eine allfällige Schadenminderungspflicht durch die zumindest teilweise erzielte Abstinenz erfüllt hat (vgl. dazu Beschwerde S. 5), sondern einzig, inwieweit sich die Suchtmittelabhängigkeit (trotz Abstinenz) auf das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auswirkt.

Schliesslich ist bei der Beweiswürdigung insbesondere auch hinsichtlich der gutachterlichen Diagnostik daran zu erinnern sowie zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie hier – lege artis vorgegangen ist (SVR 2020 IV Nr. 69 S. 241 E. 4.1, 2018 IV Nr. 77 S. 255 E. 6.3).

3.3.3 Weder die übrigen medizinischen Akten, welche dem Gutachter vorlagen (vgl. act. II 56.1/3 ff.), noch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht der seit Januar 2022 behandelnden Psychiaterin, Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. März 2022 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3), sind geeignet, konkrete Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit des psychiatrischen Gutachtens zu wecken. Der letztgenannte, zwei Tage nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. März 2022 (act. II 69) datierende Bericht bezieht sich auf die vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens bestandene Situation, sodass er hier berücksichtigt werden kann (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Dem Bericht von Dr. med. F._____ sind indes keine wichtigen, neuen Aspekte, namentlich hinsichtlich der Befundlage oder deren diagnostische Bedeutung, zu entnehmen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Es geht zudem daraus nicht hervor, ob der behandelnden Psychiaterin das Gutachten überhaupt vorgelegen hat, zumal darauf an keiner Stelle im Bericht Bezug genommen wurde (vgl. dazu Beschwerdeantwort S. 2 f. lit. C Ziff. 5), womit dessen Aussagekraft zusätzlich geschmälert ist. Insoweit bildet die gestützt auf denselben medizinischen Sachverhalt erfolgte abweichende psychiatrisch-diagnostische Würdigung (vgl. dazu auch vorne E. 3.3.2 am Ende) und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit keine hinreichende Grundlage, um die gutachterlichen Schlussfolgerungen in Frage zu stellen (vgl. SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Dass die angefochtene Verfügung vor Eingang des Berichts von Dr. med. F._____ erlassen wurde, ist sodann beweisrechtlich unerheblich und führt für den Beschwerdeführer zu keinem Nachteil, da das angerufene Verwaltungsgericht mit voller Kognition entscheidet. Dass die Beschwerdegegnerin mit Blick auf das beweiskräftige Gutachten vor Erlass der Verfügung nicht auf den im ergänzten Einwand erst in Aussicht gestellten Bericht gewartet hat, ist nicht zu beanstanden. Selbst wenn im Handeln der Beschwerdegegnerin eine (höchstens leichte) Verletzung des rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; vgl. BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2021 AHV Nr. 17 S. 53 E. 2.1) zu erblicken wäre, würde eine Rückweisung an die Verwaltung – nicht zuletzt auch aus prozessökonomischen Gründen – nicht in Frage kommen (vgl. BGE 137 I 195

E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

3.4 Zusammenfassend bildet das psychiatrische Gutachten vom 12. Januar 2022 (act. II 56.1) betreffend die Befunderhebung und die diagnostische Beurteilung eine zuverlässige Grundlage für die rechtliche Würdigung des anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhalts. Dieser ist somit hinreichend abgeklärt, sodass auf weitere Beweisvorkehrungen verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; 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).

3.5 Was die Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrifft, attestierte Dr. med. C. _____ für die Dauer des stationären Drogenentzugs zwischen März und Mai 2019 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Nach dem Klinikaustritt am 19. Mai 2021 (vgl. act. II 26/8 ff.) ging er bis zur Begutachtung am 6. Januar 2022 von einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit aus. Ab der Begutachtung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von circa 60 %, welche nach einer Auftrainierphase von maximal drei Monaten auf eine 100 % gesteigert werden könne (act. II 56.1/28 Ziff. 8.2). Es ist nachfolgend (E. 4 hiernach) anhand des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 eigenständig zu prüfen, ob ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden im rechtlicher Sicht besteht. Hierfür trägt die versicherte Person die materielle Beweislast (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416).

4.

4.1 Die klassifikatorischen Vorgaben für die gestellten Diagnosen sind eingehalten (vgl. act. II 56.1/23 f. Ziff. 6.3; vgl. dazu vorne E. 3.3.2). Dr. med. C. _____ verneinte sodann – wenngleich er eine unverkennbare Opferhaltung beschrieb (vgl. act. II 56.1/16 Ziff. 4.3.1 lit. p bzw. 56.1/20 Ziff. 4.4 lit. f) – das Vorliegen einer Simulation oder Aggravation der Beschwerden (act. II 56.1/20 Ziff. 4.4 lit. p) und hielt fest, die vom Beschwerdeführer beklagten "signs and symptoms" seien sowohl im früheren Arbeits-, bzw. im heutigen Beschäftigungsbereich als auch im aktuellen privaten und Freizeitbereich nachweisbar (act. II 526.1/22 f. Ziff. 6.2). Demnach

besteht auf der ersten Ebene unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe (vgl. vorne E. 2.3.3) grundsätzlich eine versicherte Gesundheitsschädigung. Es ist daher nachfolgend auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens vorzunehmen (vgl. vorne E. 2.3.4).

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 ff.). Gemäss dem Gutachten resultiert aufgrund der einzigen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2 [act. II 56.1/25 Ziff. 6.4]), eine erhöhte Sensibilität gegenüber zwischenmenschlichen Belastungen wie Kritik oder Kommentar, eine reduzierte Frustrationstoleranz und eine Neigung zu sozialem Rückzug (act. II 56.1/26). Demgegenüber fehlen vegetative Symptome wie andere "depressive Kernsymptome" (act. II 56.1/23). Daneben bestehen eine Vielzahl von psychischen Störungen, sozialen Belastungsfaktoren und kognitive und schulische Limiten, welche die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, jedoch keine Krankheitsrelevanz erreichen bzw. durch zumutbare Abstinenz positiv beeinflussbar sind (vgl. act. II 56.1/26). Der psychiatrische Untersuchungsbefund präsentierte sich sodann weitgehend unauffällig (vgl. act. II 56.1/14 f. Ziff. 4.3.1) und gemäss Mini-ICF-APP bestehen lediglich in einzelnen Bereichen leichte Einschränkungen (vgl. act. II 56.1/27 Ziff. 7.2.1). Es ergeben sich damit keine Anhaltspunkte für eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (Entscheid des BGer vom 9. Mai 2019, 9C_755/2018, E. 4.2.1, mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425), sondern es ist von einer lediglich leichten Ausprägung auszugehen. Anzuführen ist im Übrigen, dass sich die differentialdiagnostisch in Betracht gezogenen leicht-

gradige depressive Störung (ICD-10 F32.0) ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren lässt (vgl. BGE 148 V 49).

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Hierzu ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zwischen März und Mai 2019 einen freiwilligen stationären Drogenentzug durchgemacht hat und seither von Kokain, Amphetaminen und anderen Drogen (ausser Cannabis) abstinenter ist (act. II 56.1/12 Ziff. 3.2.15). Im Anschluss an die Drogenentwöhnung trat der Beschwerdeführer in ein betreutes Wohnheim für Suchtpatienten ein, wo eine interne Beschäftigung und eine medikamentöse Behandlung stattfanden. Er verliess diese Institution im Spätherbst 2021 aus eigenen Stücken und lebte anschliessend bei seinem Bruder (act. II 56.1/22). Gemäss der laborchemischen Untersuchung zuhanden des Gutachters bestehen ein deutlicher subtherapeutischer Blutspiegel für Wellbutrin® und Concerta®, ein lediglich knapp therapeutischer Spiegel für den Wirkstoff Quetiapin (trotz hoher Dosis) und klare Anhaltspunkte für zumindest Cannabiskonsum (act. II 56.1/17 Ziff. 4.3.3). Der Gutachter beurteilte einen Cannabisentzug und eine nochmalige, circa einjährige Entwöhnungs- und soziale Stabilisierungsphase in einer geeigneten sozialpsychiatrischen Institution als indiziert und zumutbar (act. II 56.1/29 Ziff. 8.6). Angesichts der – bis auf den fortgesetzten Cannabiskonsum – erfolgreichen Drogenentwöhnung (vgl. dazu auch E. 3.3.2 hiervor) und der dadurch erreichten Reduktion des Schweregrades der gemischten Angst und depressiven Störung (act. II 56.1/23) sowie der noch vorhandenen sowie zumutbaren suchttherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten (vgl. act. II 56.1/30 Ziff. 9.2) besteht keine Therapieresistenz. Im Gegenteil konnten nachhaltige therapeutische Erfolge erzielt werden und es besteht bei einer gleichzeitig unzureichenden Medikamenteneinnahme kein ausgeschöpftes Behandlungspotential. Eine fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, stellt in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form der allgemeinen Schadenminderung dar (Entscheid des BGer vom 4. Juni 2018, 9C_194/2018, E. 5.1.1). Im Gutachten wurde weiter beschrieben, dass der Beschwerdeführer ohne

Angabe klarer Gründe keinerlei Ambitionen bekundet, mehr oder etwas Anderes zu arbeiten, als in der gegenwärtigen halbtägigen Beschäftigung in der .../dem ... der D. _____ (act. II 56.1/26). Eine eindeutige Eingliederungsresistenz trotz optimaler Anstrengung des Beschwerdeführers ist nicht erstellt.

Was den Indikator Komorbiditäten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) anbelangt, sind dem Gutachten verschiedene Diagnosen ohne Krankheitswert respektive ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sowie krankheitsfremde Belastungsfaktoren zu entnehmen (vgl. act. II 56.1/25). Indes stellen sowohl die gutachterlich beschriebenen Defizite in der Schul- und Berufsbildung und die Dekonditionierung aufgrund der langen Abwesenheit vom ersten Arbeitsmarkt als auch die als Z-Diagnosen klassifizierten Persönlichkeitszüge (vgl. act. II 56.1/25 Ziff. 6.5) keine invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar (vgl. BGer 9C_279/2020, E. 5.3). Sie sind daher von vornherein keine Komorbiditäten, sondern nachfolgend im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Ebenso sind in dem anhaltenden Entzugssyndrom von Kokain und Amphetaminen nach einem erfolgreichen Drogenentzug im Frühjahr 2021 und dem fortgesetzten Substanzmissbrauch von Cannabis (act. II 56.1/23 Ziff. 6.3) keine erheblichen Komorbiditäten zu erkennen, zumal der Beschwerdeführer die Abstinenz von sog. "harten Drogen" aufrecht zu halten vermag und die entsprechenden Diagnosen als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (act. II 56.1/25 Ziff. 6.5 erstes Lemma). Eine ausgewiesene somatische Komorbidität ist schliesslich nicht erkennbar und wird vom Beschwerdeführer auch nicht vorgebracht (vgl. act. II 56.1/12 Ziff. 3.2.14, 56.1/17 Ziff. 4.3.2). Insgesamt sind damit keine massgebenden ressourcenhemmenden Komorbiditäten auszumachen.

4.2.2 Betreffend den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei gemäss einer klassisch-willkürlichen Beschreibung eher einfach strukturiert, unstet, emotional labil und impulsiv, mit Status nach Polytoxikomanie und noch stets vorhandenem Suchtdruck. Auch unter Anrechnung der beschriebenen schwierigen Verhältnisse in der Kindheit/Jugend sei eine Op-

ferhaltung unverkennbar (act. II 56.1/16 Ziff. 4.3.1 lit. p). Der Gutachter diagnostizierte emotional-instabile und impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) ohne (eigenständige) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und verneinte gleichzeitig das Bestehen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung (act. II 56.1/24). Weiter ergeben sich aus der Beurteilung der Mini-ICF-APP lediglich partielle leichte Einschränkungen (vgl. act. II 56.1/27 Ziff. 7.2.1) und es wurden zudem persönliche Ressourcen (Integration, Deutsch- und Mundartkenntnisse, gepflegtes Auftreten, praktische Kenntnisse in den Bereichen ..., ... und ..., Selbst- und Drittversorgungsfähigkeit; vgl. dazu act. II 56.1/28 Ziff. 7.2.2) beschrieben. Insgesamt verfügte bzw. verfügt der Beschwerdeführer damit trotz des fortwährenden, subjektiv belastenden Suchtdrucks und der schulischen Einschränkungen über entsprechende persönliche Ressourcen, um sich in der Schweiz beruflich zu integrieren und eine Abstinenz aufrechtzuerhalten sowie sich und seine Kinder zu versorgen.

4.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer lebe seit dem Austritt aus dem Wohnheim bei seinem älteren Bruder und dessen Frau. Er habe distanzierte Kontakte zu allen Familienangehörigen und vermeide gewisse Themen, da er immer wieder mit seiner "unzulänglichen" Biographie konfrontiert werde. Kollegen habe er wenige; die früheren Kollegen aus der Drogenszene meide er (act. II 56.1/11 Ziff. 3.2.10). Gemäss Einschätzung des Gutachters kümmert sich der Beschwerdeführer an den Wochenenden offenbar zuverlässig um seine beiden Söhne (2- bzw. 10-jährig). Ansonsten lebe er zurückgezogen, pflege kaum Hobbies, meide die (früheren) Kollegen, pflege Kontakt zu seinen in der Nähe lebenden Familienangehörigen, von denen er jedoch häufig Vorwürfe und Entwertungen zu hören bekomme (act. II 56.1/22). Der Beschwerdeführer verfügt somit trotz eines gewissen sozialen Rückzugs, welcher auch mit der Ablösung vom Drogenmilieu erklärt werden kann, durchaus über verschiedene (familiäre) Beziehungen, von denen er auch Unterstützung erhält. Dabei besteht insbesondere ein guter Kontakt zu seinen beiden Söhnen, um die sich der Beschwerdeführer an den Wochenenden selbstständig kümmern kann, und auch mit der Kindsmutter des älteren Sohnes besteht (wieder) ein guter Kontakt (act. II 56.1/10 f. Ziff. 3.2.9). Der Beschwerdeführer hat zudem eine Stelle

in der D._____, wo er werktags halbtagsweise in der ... arbeitet (act. II 56.1/22). Insgesamt liegt damit kein ausgeprägter sozialer Rückzug vor. Der Beschwerdeführer verfügt vielmehr weiterhin über verschiedene, wenn auch reduzierte, persönliche, familiäre und beruflich-therapeutische Ressourcen, welche im Rahmen der Indikatorenprüfung zu berücksichtigen sind (vgl. BGer 9C_194/2018, E. 5.2).

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

4.3.1 Betreffend den Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist dem Gutachten zu entnehmen, die aktuellen Hauptbeschwerden, das seien Selbstzweifel, Versagensgefühle und eine innere wie auch äussere Angespanntheit, seien im Privatbereich fast stärker vorhanden als im früheren Arbeits- bzw. im heutigen Beschäftigungsbereich. Dort schienen die Emotionalität, Impulsivität sowie die Neigung zur Emotionsregulation mittels Drogen eine grössere Rolle gespielt zu haben (act. II 56.1/20 Ziff. 4.4 lit. e). Daraus erhellt, dass die im Privatbereich erlebten Einschränkungen vornehmlich auf familiäre Konflikte bzw. psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen sind (vgl. act. II 56.1/11 Ziff. 3.2.10, 56.1/26), während die beruflichen Einschränkungen durch die leicht verminderte Belastbarkeit und den fortbestehenden Suchtdruck (vgl. act. II 56.1/28 Ziff. 8.3 drittes Lemma) durch eine vertrauensvolle Umgebung und zumutbare Abstinenz zumindest teilweise kompensiert werden können (vgl. act. II 56.1/27 Ziff. 7.2.1 lit. g-i, 56.1/26). Weiter ist dem Gutachten zu entnehmen, im Alltag scheine der Antrieb vermindert, wobei der Beschwerdeführer während der Arbeitswoche auch nur eine geringe Leistungsmotivation verspüre (act. II 56.1/16 Ziff. 4.3.1 lit. j; vgl. auch act. II 56.1/20 Ziff. 4.4 lit. c). Demgegenüber vermag sich der Beschwerdeführer an den Wochenenden zuverlässig sowie altersadäquat um seine beiden Söhne zu kümmern (act. II 56.1/22 und 28 Ziff. 7.2.2; vgl. auch act. I 3/1). Eine gleichmässige Einschränkung der Erwerbstätigkeit und der übrigen Alltagsaktivitäten ist damit sowie angesichts der ohnehin fehlenden Ambitionen, mehr oder etwas Anderes zu arbeiten (act. II 56.1/26), nicht auszumachen. Ebenso ist das objektiv nicht gesundheitsbedingt, sondern

selbstgewählt reduzierte Freizeitverhalten des Beschwerdeführers nicht konsistent zur behaupteten Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer (angepassten) Erwerbstätigkeit.

4.3.2 Schliesslich ist in Bezug auf den Indikator des behandlungs- und eingliederungsanamnestischen Leidensdrucks (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach dem stationären Drogenentzug zwischen März und Mai 2019 in der Klinik E._____ durch einen Arzt der D._____ psychiatrisch behandelt wurde, wobei es nach einem Wechsel des behandelnden Arztes zu einem längeren Unterbruch gekommen ist (act. II 56.1/6 Ziff. 3.1). Der Beschwerdeführer wohnte nach der Entlassung aus dem Drogenentzug im Mai 2021 in einem betreuten Wohnheim für Suchtpatienten, welches er im Spätherbst 2021 aus eigenen Stücken verliess, da der dort gemäss eigenen Angaben schlecht behandelt wurde und ihm die Mitbewohner auf die Nerven gingen (act. II 56.1/22). Seit Januar 2022 besteht eine angestrebte wöchentliche psychiatrische Behandlung durch Dr. med. F._____ (act. I 3/1). Die bisherige Behandlung der depressiv-ängstlichen Störung wie auch der Angetriebenheit erfolgte gemäss dem Gutachten im Wesentlichen medikamentös, wobei die Begleitung, Kontrolle und die Compliance in Bezug auf die korrekte Einnahme der Medikamente lückenhaft war. Daneben besteht weiterhin ein zumindest gelegentlicher Cannabiskonsum (act. II 56.1/26). Eine Suchtmittelabstinenz ist laut dem Gutachten angezeigt und zumutbar. Zudem benötigt der Beschwerdeführer nebst einer ambulanten Behandlung auch eine sozialpsychiatrisch betreute Wohnform (vgl. act. II 56.1/30 Ziff. 9.2; vgl. auch act. II 56.1/8 Ziff. 3.2.3). Der Gutachter beurteilte die therapeutische Compliance insgesamt trotzdem als grundsätzlich vorhanden, wenn auch die Medikamenteneinnahme als unzuverlässig bewertet wurde (act. II 56.1/19 Ziff. 4.4 lit. a).

Der Umfang der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen bildet ein Indiz für das Bestehen bzw. das Ausmass eines tatsächlichen Leidensdrucks (SVR 2016 IV Nr. 56 S. 186 f. E. 4.1.2). Vorliegend erfolgten sowohl die Medikamenteneinnahme als auch deren therapeutische Kontrolle und psychiatrische Behandlung mangel- bzw. lückenhaft. Ebenso vermögen die

vom Beschwerdeführer für den eigenmächtigen Austritt aus dem betreuten Wohnheim angegebenen Gründe nicht zu überzeugen. Diese Umstände sprechen deutlich gegen das Vorliegen eines erheblichen behandlungs- und eingliederungsanamnestischen Leidensdrucks. Daran vermag auch die ab Januar 2022 wiederaufgenommene ambulante psychiatrische Behandlung nichts zu ändern. Zudem ist aufgrund der zeitlichen Nähe zwischen der Wiederaufnahme der psychiatrischen Behandlung und dem negativen Rentenentscheid nicht auszuschliessen, dass auch sozialversicherungsrechtliche Überlegung hierbei mitbestimmend waren, sodass aufgrund der nunmehr wiederaufgenommenen psychiatrischen Behandlung ohnehin keine direkten Rückschlüsse auf einen ausgewiesenen Leidensdruck möglich sind (vgl. SVR 2016 IV Nr. 56 S. 186 f. E. 4.1.2). Schliesslich ist auch hinsichtlich der Eingliederungsbemühungen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 300) bereits deshalb kein erheblicher Leidensdruck erkennbar, weil der Beschwerdeführer keine Veränderungsbereitschaft an den Tag legt (act. II 56.1/20) und auch keine Ambitionen zeigt, mehr oder Anderes als die gegenwärtige halbtägige Beschäftigung in der .../dem ... der D._____ in ... (act. II 56.1/26) zu arbeiten.

Der subjektiv gleichwohl recht grosse Leidensdruck des Beschwerdeführers rührt demgegenüber gemäss dem Gutachten nicht primär aus der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers, sondern er bezieht sich auf die Diskrepanz zwischen den Werten und Normen seiner Herkunftsfamilie und seiner eigenen, geringen "Performance" bzw. seines – zumindest vormals – durch Suchtmittelkonsum gezeichneten Lebensstils (act. II 56.1/20 Ziff. 4.4 lit. d). Er ist damit von grundsätzlich invalidenversicherungsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren geprägt. Unter diesen Umständen ist insgesamt nicht von einem ausgeprägten Leidensdruck auszugehen.

4.4 In einer gesamtheitlichen Betrachtung anhand der Standardindikatoren sind die aufgrund der beschriebenen psychischen Beeinträchtigungen geltend gemachten funktionellen Auswirkungen nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt (vgl. vorne E. 2.3.4). Folglich ist – wie von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 23. März 2022 zu Recht angenommen (act. II 69/2; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 3 f. lit. C Ziff. 6)

– ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht hinreichend plausibilisiert und eine dahingehende Einschränkung zumindest ab dem Austritt aus der stationären Behandlung am 19. Mai 2021 nicht ausgewiesen.

4.5 Nach dem Dargelegten bestand spätestens ab dem 20. Mai 2021 aus rechtlicher Sicht kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden (mehr), sodass auf die gutachterlich attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zumindest ab dem 20. Mai 2021 nicht abzustellen, sondern von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen ist. Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte am 29. April 2021 (act. II 1). Da ein Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, mithin im vorliegenden Fall ab Oktober 2021, entstehen kann (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) und in diesem Zeitpunkt kein anspruchsbegründender psychischer Gesundheitsschaden (mehr) ausgewiesen ist, besteht mangels Invalidität (vgl. dazu vorne E. 2.2) von vornherein kein Rentenanspruch.

Ebenso besteht im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum kein Anspruch auf berufliche Massnahmen. Denn zufolge der Anmeldung zum Leistungsbezug am 29. April 2021 (act. II 1) konnte ein Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art gemäss Art. 10 Abs. 1 IVG erst in diesem Zeitpunkt entstanden sein. Aufgrund der zum damaligen Zeitpunkt noch andauernden stationären Behandlung bis zum 19. Mai 2021 und der für diesen Zeitraum ausgewiesenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (vgl. act. II 56.1/28 Ziff. 8.1) bestand für diesen Zeitraum keine objektive Eingliederungsfähigkeit (vgl. vorne E. 2.5). Für den nachfolgenden Zeitraum ab dem 20. Mai 2021 ist sodann kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen, womit – entsprechend dem Rentenanspruch – wiederum keine leistungsspezifische Invalidität und damit kein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht. Unter diesen Umständen ist schliesslich nicht weiter auf die Anspruchsvoraussetzung der subjektiven Eingliederungsfähigkeit einzugehen.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 23. März 2022 (act. II 69) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Ausgangsgemäss besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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