

200 23 766 IV
SCI/LUB/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. März 2024

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____, Fürsprecherin C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. September 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1998 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), ausgebildeter ... mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) sowie Berufsmaturität, meldete sich im Juli 2020 – nachdem bereits eine Anmeldung als Minderjähriger (Kieferorthopädie – Geburtsgebrechen Ziff. 208 gemäss Anhang der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen [aGgV; SR 831.232.21; in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2021]) erfolgt war – erstmals als Erwachsener unter Hinweis auf eine Psychose bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1, 6, 9, 23/3 ff.). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Sie gewährte Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Trainingskurses "...“ (act II 35), gewährte Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining in der D._____ vom 9. November 2020 bis 8. Februar 2021 (act. II 38), welches – nach Aufforderung zur Schadenminderung (act. II 50) – vorzeitig per 3. Februar 2021 abgebrochen wurde (act. II 59, 65), und veranlasste ein psychiatrisches Gutachten vom 27. September 2021 (act. II 100.1). Mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2021 kündigte die IVB dem Versicherten die Verneinung des Rentenanspruchs an (act. II 101). Nach dagegen erhobenen Einwand des Versicherten mit Verweis auf eine stationäre Behandlung in den Psychiatrischen Diensten E._____ vom 15. bis 25. Oktober 2021 (act. II 106) holte die IVB beim psychiatrischen Gutachter eine ergänzende Stellungnahme vom 8. März 2022 ein (act. II 117). Am 15. Juli 2022 sprach die IVB dem Versicherten ein Aufbautraining in der Genossenschaft F._____ vom 18. Juli bis 17. Oktober 2022 (act. II 134) zu, wobei sie ihn in diesem Zusammenhang am 21. Juli 2022 zur Schadenminderung aufforderte (Abstinenz von sämtlichen Noxen bis auf Nikotin; act. II 142). Nachdem dem Versicherten eine Verlängerung des Aufbautrainings bis zum 17. Januar 2023 gewährt (act. II 161) und die Massnahme per 12. Dezember 2022 abgebrochen worden war (act. II 192), ordnete die IVB eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung beim bisherigen Gutachter an (act. II 217, 223). Das Gutachten wurde am 2. August 2023 erstattet (act. II 234.1). Mit neuem Vorbescheid vom 16. August 2023 stellte die IVB

wiederum die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht (act. II 235). Nach Einwand (act. II 240) verneinte sie mit Verfügung vom 28. September 2023 dem neuen Vorbescheid entsprechend den Rentenanspruch (act. II 242).

B.

Mit Eingabe vom 30. Oktober 2023 erhob der Versicherte, vertreten durch B._____, handelnd durch Fürsprecherin C._____, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 28. September 2023 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine IV-Rente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei eine erneute psychiatrische Begutachtung anzuordnen.
4. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 28. September 2023 (act. II 242). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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 [WE IV]) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 28. September 2023 (act. II 242) nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs – mit Blick auf die Anmeldung vom Juli 2020 (act. II 9) und die halbjährige Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) – vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind. Soweit allenfalls ein Revisionsgrund nach dem 31. Dezember

2021 vorliegen sollte, finden die ab 1. Januar 2022 gültigen Bestimmungen des IVG und der IVV Anwendung (vgl. Rz. 9101-9102 des Kreisschreibens 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage.

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten 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).

2.4 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 Ab-

lauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

2.4.1 Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG 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.

2.4.2 Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2022 gültigen Fassung) wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

2.5 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 ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Diensten E. _____ vom 8. Mai 2019 über die stationäre Behandlung vom 30. April bis 8. Mai 2019

wurden der Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1), diagnostiziert (act. II 79/6). Seit 2014 bestehe anamnestisch ein wöchentlicher bis täglicher Konsum von THC (Tetrahydrocannabinol); in den letzten ein bis zwei Jahren täglich kombiniert mit Nikotin (act. II 79/7). Unter Medikation hätten sich die psychotischen Symptome sowie die formalgedanklichen Auffälligkeiten rasch regredient gezeigt (act. II 79/8).

Vom 16. bis 24. Mai 2019 befand sich der Beschwerdeführer erneut in stationärer Behandlung in den Psychiatrischen Diensten E._____, wobei als Diagnose eine paranoide Schizophrenie mit Störung des formalen Denkens (ICD-10 F20.0) gestellt wurde (act. II 79/1). Im Verlauf habe sich zunehmend ein depressives Zustandsbild mit Antriebsminderung und Anhedonie gezeigt (act. II 79/2).

3.1.2 Im Austrittsbericht der Interessengemeinschaft G._____ vom 1. Oktober 2019 über die stationären Behandlungen vom 24. Mai bis 2. August 2019 und vom 13. August bis 1. Oktober 2019 diagnostizierte Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), bei Austritt postschizophrene Depression (ICD-10 F20.4), und psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1; act. II 30/2). Diagnostisch sei bei den vorliegenden Symptomen wie formale Denkstörungen, Wahn, zönanästhetische Halluzinationen, Affektverflachung und Reizüberflutung sowie Erfüllung der zeitlichen Kriterien von einer paranoiden Schizophrenie auszugehen. Im Verlauf sei es zum Sistieren der positiv-psychotischen Symptome gekommen. Einhergehend mit dem zunehmenden Realitätsbezug sei es zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Es prägten aktuell eher Antriebs- und Motivationsmangel, Interessenverlust, depressive Stimmung, Affektlabilität, verminderter Appetit, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, vermindertes Selbstwertgefühl sowie verminderte Psychomotorik das Bild. Ein am 8. Mai 2019 durchgeführtes MRI des Schädels habe keine Hinweise auf eine organische Genese ergeben. Beim Wiedereintritt am 13. August 2019 habe ein mittel-schwergradiges depressives Zustandsbild im Vordergrund gestanden. Mit der erneuten antipsychotischen (Abilify)

sowie antidepressiven Medikation (Venlafaxin) sei es zu einer allmählichen Stabilisierung und der teilweisen Remission der depressiven Symptomatik gekommen (act. II 30/4).

Auch im IV-Arztbericht vom 18. September 2020 erwähnte Dr. med. H._____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.04; unvollständige Remission aufgrund der Schwierigkeit des Beschwerdeführers sich an Abmachungen zu halten; ED Mai 2019) und eine postschizophrene Depression (ICD-10 F20.4; ED August 2019). Ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1; die zuvor genannten Diagnosen seien nicht drogeninduziert ausgelöst) sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; der Beschwerdeführer sei derzeit weitgehend abstinent (act. II 33/4). Seit Januar 2019 bis auf Weiteres bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 33/2). Der Beschwerdeführer zeige nach wie vor ein wechselhaftes Bild: Phasen mit deutlicher depressiver Hemmung im Denken, Handeln und im affektiven Ausdruck und solche mit weitgehender Normalität im Psychostatus. Die psychotischen Symptome hätten sich zurückgebildet. Es bestehe jedoch zusätzlich zur depressiven Symptomatik eine gewisse Negativsymptomatik im Rahmen der paranoiden Schizophrenie (act. II 33/3). Die Arbeitsfähigkeit könne sich bessern, allerdings benötige der Beschwerdeführer ein geeignetes Belastbarkeits- und Aufbau- und Aufbautraining (act. II 33/4). Von einer Wiedereingliederung in den Bereich der bisherigen Tätigkeit sei abzuraten, eher sei zu einem Aufbau- und Belastbarkeitstraining mit Ziel einer Umschulung zu raten. Eine halbtägige Tätigkeit sollte zumutbar sein (act. II 33/6).

Im Bericht der Psychiatrischen Diensten E._____ vom 26. März 2021 nannte Dr. med. H._____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und einen Status nach einmaliger Episode einer paranoiden Schizophrenie, aktuell in (unvollständiger) Remission (ICD-10 F20.04; Anhedonie, ausgeprägter Motivationsverlust im Rahmen einer Negativsymptomatik). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol und Cannabinoiden (ICD10 F10.1, F12.1), aktuell seit Monaten abstinent (act. II 66/1). Aufgrund der

schweren Erkrankung seien die bisherigen Rehabilitationsversuche gescheitert. Selbst niederschwellige Behandlungsangebote seien derzeit eine Überforderung. Die ambulanten Termine nehme der Beschwerdeführer jedoch pünktlich und zuverlässig wahr. Auch die Medikamenteneinnahme sei zuverlässig, ebenso wie die Substanzabstinenz. Derzeit bestünden aufgrund des Krankheitsverlaufs wenig Chancen für eine erfolgreiche berufliche Reintegration. Daher sei eine vorübergehende Berentung empfohlen, mit der Option, eine berufliche Integration zu einem späteren Zeitpunkt zu starten (act. II 66/2).

Auf Frage der Verwaltung hin berichtete Dr. med. H. _____ am 23. April 2021, die teilstationäre Behandlung habe abgebrochen werden müssen, da es dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen sei, regelmässig im Tageszentrum zu erscheinen (act. II 81/1). Die Urinuntersuchungen auf Cannabis aus dem Jahre 2019 seien alle negativ gewesen und es habe auch keine Hinweise auf Verdünnung gegeben. Auf weitere Untersuchungen sei verzichtet worden, da sich die therapeutische Beziehung gut entwickelt habe. Im März 2021 sei eine stationäre Behandlung in Erwägung gezogen worden, diese sei jedoch nicht nötig geworden. Das depressive Zustandsbild habe sich seither gebessert. Aktuell sei die ambulante Behandlung ausreichend (act. II 81/2).

3.1.3 In der Aktennotiz des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 10. Mai 2021 führte Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, gemäss der Laboruntersuchung im RAD am 27. April 2021 sei von einer Therapieadhärenz für das verordnete Antidepressivum Venlafaxin auszugehen (act. II 85/1). Der CDT-Wert sei mit 1.8% erhöht. Weitere Zeichen eines schädlichen Alkoholkonsums fänden sich nicht. Das polyvalente Drogenscreening sei negativ (act. II 85/2).

3.1.4 Im psychiatrischen Gutachten vom 27. September 2021 diagnostizierte Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS; ICD-10 F90) und psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (ICD-10 F12) im Sinne einer psychotischen Episode durch Konsumverhalten psychotroper Substanzen getriggert/drogeninduzierten Psychose (act. II 100.1/17). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb von einer Schizophrenie gesprochen

werde. Es sei von der "Triggerung" durch die psychotropen Substanzen auszugehen, so dass eine drogeninduzierte Psychose diagnostiziert werde. Insofern könnte erst bei nachgewiesener Abstinenz von psychotropen Substanzen im Verlauf von Wochen und Monaten die Diagnose der Schizophrenie, paranoider Typus, gestellt werden (act. II 100.1/18). Weiter sei nicht nachvollziehbar, wie Phasen "weitgehender Normalität im Psychostatus" bei gleichzeitig benannten derart gravierenden Syndromen vorkommen könnten. Die raschen Wechsel, die gute Behandelbarkeit, die womöglich auf das adäquat eingesetzte Venlafaxin zurückgeführt werden könne, liessen die Frage entstehen, ob neben der psychotischen Symptomatik, die als cannabisinduziert und getriggert zu verstehen gewesen sei, dem insgesamt schweren Krankheitsbild mit nachfolgender Depressivität, was im Verlauf unumstritten und nachvollziehbar erscheine, nicht an eine andere Grunderkrankung als primär psychische Störung gedacht werden sollte. Typisch sei nämlich für Menschen, die an einer ADHS litten, dass nicht nur in diesen genannten kognitiven Bereichen Auffälligkeiten vorlägen, sondern vor allem auch Stimmungsschwankungen, Depressivität und Instabilität vorkämen, Ängste ein häufiges Thema seien sowie Schlafstörungen und schwierige soziale Interaktionen mit Mobbing und Problemen mit Autoritätspersonen beständen (act. II 100.1/19). Schliesslich sei fast immer das Konsumverhalten von Alkohol und/oder Cannabinoiden zu beschreiben, manchmal zur Regulation der Emotionen, manchmal zur Verbesserung des Nachtschlafes (act. II 100.1/20). In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer krankheitsbedingt zwischen Februar 2019 und Beginn des Jahres 2020 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Für den Zeitraum ab Beginn des Jahres 2020 bis Ende März 2021 werde von einer Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit um 40 bis 50 % und ab April 2021 von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (act. II 100.1/25). Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei ab Beginn des Jahres 2020 gegeben gewesen (act. II 100.1/26).

3.1.5 Im Bericht der Psychiatrischen Diensten E. _____ vom 17. Dezember 2021 über die stationäre Behandlung vom 15. bis 25. Oktober 2021 wurde als Diagnose eine paranoide Schizophrenie mit Störung des formalen Denkens genannt. Im Verlauf habe der Beschwerdeführer zunehmend psychotisch dekompenziert (act. II 110/1). Am 22. Oktober 2021 sei eine

ärztliche fürsorgliche Unterbringung ausgestellt worden. Im Verlauf hätten sich die psychotischen Symptome teilweise regredient gezeigt und am 25. Oktober 2021 sei die ärztliche fürsorgliche Unterbringung aufgehoben worden (act. II 110/3).

3.1.6 In der Stellungnahme vom 8. März 2022 führte Dr. med. J. _____ aus, wie im Gutachten dargelegt, sei die Diagnose der schizophrenen Erkrankung zurückhaltend zu stellen, sobald Konsumverhalten primär psychotroper Substanzen, insbesondere des weit verbreiteten Cannabis, eine Rolle spielten. Auch der zwar deutlich in die Richtung einer Schizophrenie weisende Austrittsbericht der Psychiatrischen Diensten E. _____ (vom 17. Dezember 2021) könne deshalb nicht von der diagnostischen Zuordnung im Sinne von ICD-10 F20.0 überzeugen. Bei einer schizophrenen Erkrankung kämen optische Halluzinationen (Beschwerdeführer habe Männer gesehen, die nicht da gewesen seien) weniger häufig vor als bei substanzinduzierten psychischen Störungen. Aktuell höre der Beschwerdeführer keine Stimmen, was jedoch bis vor anderthalb Monaten der Fall gewesen sei (act. II 117/3). Ausserdem werde explizit ausgeführt, dieser erneute psychotische Schub sei im Vergleich zur letzten Vorstellung keinem vorangehenden Cannabiskonsum, sondern anderen Stress- und "Triggerfaktoren" zuzuordnen, ohne dass jedoch ein Laborbefund zitiert werde. Trotz des heftigen psychotischen krankheitswertigen Geschehens sei der Beschwerdeführer bereits wieder nach zehn Tagen aus der stationären Behandlung entlassen worden, was auf eine rasche Besserung hinweise. Der Aspekt, dass 2019 in einzelnen Laborkontrollen Abstinenz von THC nachgewiesen worden sei, jedoch kein aktueller Abstinenznachweis vorliege – und sich im Austrittsbericht vom 17. Dezember 2021 die Angabe finde "Cannabis: kleiner als einmal pro Monat", erscheine hierbei ein sehr wesentlicher Punkt für seine abweichende Beurteilung (act. II 117/5).

3.1.7 Die nach der Aufforderung zur Schadenminderung ab August 2022 durchgeführten Laborkontrollen (act. II 142) ergaben einerseits jeweils insbesondere hinsichtlich Cannabinoide negative andererseits hinsichtlich Alkohol im grenzwertigen, kontrollbedürftigen Bereich liegende bzw. (teilweise) positive Werte sowie hinsichtlich der Psychopharmaka-medikation über dem therapeutischen Referenzbereich liegende Werte, was entspre-

chend Nebenwirkungen hervorrufen könne (act. II 146, 152, 159, 185, 193, 225). Gemäss der Kontrolle vom 17. April 2023 habe er offenbar die Psychopharmakamedikation abgesetzt (act. II 225/1).

3.1.8 Im Bericht der Psychiatrischen Diensten E._____ vom 18. Januar 2023 über die stationäre Behandlung vom 6. bis 27. Dezember 2022 wurden eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) und eine postschizophrene Depression (ICD-10 F20.4) diagnostiziert (act. II 202/1). Der Beschwerdeführer habe stabilisiert und in deutlich gebesserem Zustand wieder entlassen werden können (act. II 202/2).

3.1.9 Im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 2. August 2023 diagnostizierte Dr. med. J._____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine ADHS (ICD-10 F90.0). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Konsumverhalten psychotroper Substanzen, aktuell anamnestisch abgesehen von Alkohol abstinente, nur fragliche Abstinenznachweise durch nicht wahrgenommene Laboruntersuchungen der vergangenen Monate, und Konsumverhalten fraglich im Sinne einer eigenständigen primär psychischen komorbiden Störung, eher im Zusammenhang mit ADHS (act. II 234.1/28). Selbst wenn der Beschwerdeführer im Dezember 2022 wegen eines depressiven Syndroms kurzfristig in die stationäre Behandlung der Psychiatrischen Diensten E._____ gekommen sei, die erneut die Diagnose der Schizophrenie und der Depression stellten, sei dies nicht nachvollziehbar. Es sei keine klare Symptomatik einer schizophrenen Psychose beschrieben worden, sondern vielmehr diese Diagnose aus den früheren stationären Behandlungen übernommen worden. Die depressiven Syndrome – einerseits im Dezember 2022 auf das Ende der beruflichen Massnahme abzubilden und andererseits das aktuell beklagte antriebsarme, depressive Zustandsbild im Juni 2023, das nun auf die Kündigung im Mai 2023 einer ab Februar 2023 erbrachten Servicetätigkeit zurückzuführen sei, werde als Ausdruck der zugrunde liegenden psychischen Störung gewertet, die dem ADHS zuzuordnen sei. Auch aktuell fänden sich keinerlei Hinweise auf eine schizophrene Psychose. Es seien wiederum keinerlei inhaltliche oder formale Denkstörungen, keine Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen zu beobachten gewesen oder angegeben worden, der affektive Rapport sei gut herstellbar gewesen, die affektive Situation adäquat und nachvollzieh-

bar erschienen, dabei Freudfähigkeit, wenn die Freundin zu Besuch komme und eine gewisse Hoffnung auf zukünftige Entwicklungen angegeben worden. So sei auch die Diagnose einer durchgehenden krankheitswertigen depressiven Symptomatik als Ausdruck einer affektiven Störung nicht zu bestätigen (act. II 234.1/24). Es bestehe für die Tätigkeit im ... eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (act. II 234.1/29). Im Hinblick auf den zeitlichen Verlauf gelte diese Einschätzung – nach der Entlassung aus der stationären Behandlung bis Ende 2022, die definitionsgemäss eine über den Dezember 2022 vollständige Arbeitsunfähigkeit mit sich gebracht habe – ab Januar 2023. "Eine optimal angepasste Tätigkeit würde der Beschwerdeführer in seiner besonderen Situation akzeptieren, ihm Möglichkeit für die Einteilung einer interessanten, aber trotzdem mit Routine versehenen, nicht zu sehr herausfordernden Arbeit annehmen." Für eine solche Tätigkeit zum Beispiel im Bereich ... oder auch ... bestünde eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Betrachtung der maximal angepassten Tätigkeit sei theoretisch und hätte aus psychiatrischer Sicht auch bereits in der beruflichen Massnahme der Genossenschaft F._____ erreicht werden können (act. II 234.1/30). Nach dem Gutachten vom 27. September 2021, in dem noch von einer Arbeitsfähigkeit unter eingehaltener Abstinenz sogar für die frühere Tätigkeit als ... ausgegangen worden sei, müsse gesehen werden, dass sich in der aktuellen Beurteilung eine Verschlechterung ergeben habe (act. II 234.1/31).

3.1.10 In dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 27. Oktober 2023 führte Dr. med. H._____ zu Händen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aus, letzterer leide unter einer paranoiden Schizophrenie (episodisch mit stabilem Residuum; ICD-10 F20.02), welche während verschiedener Klinikaufenthalte in den Psychiatrischen Diensten E._____ sowie in der Interessengemeinschaft G._____ von unterschiedlichen Fachärzten mehrfach bestätigt worden sei. Zudem leide er an einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.4), die derzeit in Remission sei. Über die letzten ca. fünf Jahre habe der Beschwerdeführer mindestens einmal im Jahr eine mehrwöchige bis mehrmonatige schwere depressive Episode durchlitten. Von dritter Seite werde die Verdachtsdiagnose einer ADHS im Erwachsenenalter geäussert. Nach derzeitigen diagnostischen Leitlinien sei es so, dass eine ADHS im Erwachsenenalter nur

dann diagnostiziert werden dürfe, wenn die Symptome (Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung sowie allgemeine Desorganisation) nicht durch andere psychische Erkrankungen erklärt werden könnten (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3/1). Vorliegend sei es jedoch so, dass die Symptomatik durch die zwei vorgenannten Diagnosen erklärt würden. Grundsätzlich sei eine gewisse Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt gegeben, allerdings bestünden klare kognitive Beeinträchtigungen, die die Arbeitsfähigkeit begrenzten. Eine Vollzeittätigkeit schein aktuell nicht realistisch. Prinzipiell sei die Möglichkeit gegeben, dass durch eine berufliche Eingliederung die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne (act. I 3/2).

3.1.11 In der von der Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeantwort eingereichten RAD-Stellungnahme vom 17. November 2023 führte Dr. med. I. _____ aus, dem Bericht vom 27. Oktober 2023 seien keine objektiv erhobenen Befunde und auch keine aktuell vorgebrachten Klagen zu entnehmen. Dr. med. H. _____ äussere sich lediglich allgemein zur Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Nicht dargelegt werde, welche Diagnosekriterien der postulierten paranoiden Schizophrenie unter Zugrundelegung eines gültigen Klassifikationssystems konkret erfüllt seien. Der von Dr. med. H. _____ geäusserten negativen Prognose seien aktuelle Einschätzungen gemäss relevanter Fachliteratur entgegen zu halten (S. 3). Die Diagnose einer rezidivierenden Depression sei aktenkundig bis zur letzten stationären Behandlung in den Psychiatrischen Diensten E. _____ vom 6. bis 27. Dezember 2022 nicht genannt und auch in den von Dr. med. H. _____ persönlich unterzeichneten Berichten vom 1. Oktober 2019, 18. September 2020 und 26. März 2021 nicht aufgeführt worden. Auch für diese Diagnose sei nicht ersichtlich, welche Diagnosekriterien erfüllt gewesen seien. In der Gesamtschau ergäben sich somit keine neuen wesentlichen Erkenntnisse, welche zu einer anderen medizinischen Schlussfolgerung in psychiatrischer Hinsicht führten (S. 4).

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).

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). 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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 28. September 2023 massgeblich auf das Verlaufsgutachten von Dr. med. J. _____ vom 2. August 2023 (act. II 234.1), welchem dessen psychiatrisches Gutachten vom 27. September 2021 (act. II 100.1; inkl. Stellungnahme vom 8. März 2022; act. II 117/2 ff.) vorausging, abgestellt und kam zum Schluss, dass aus medizinischer Sicht eine angepasste Tätigkeit vollschichtig mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % ab Januar 2020 zumutbar sei (act. II 242/1). Der Beschwerdeführer hält dies mit Verweis auf die Berichte der behandelnden Ärzte für nicht haltbar und erachtet eine hohe Einschränkung (auf dem ersten Arbeitsmarkt) für erstellt (Beschwerde S. 3-5). Beiden Annahmen kann nicht gefolgt werden. Weder die von der Verwaltung eingeholten Gutachten noch die Berichte der behandelnden Ärzte

überzeugen und erlauben eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitsschadens sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers.

3.3.1 Zwar ist die im psychiatrischen Gutachten vom 27. September 2021 geäusserte Kritik an der Einschätzung der Diagnostik hinsichtlich der Schizophrenie und der Ablehnung einer Kausalität zwischen dem Drogen- bzw. Alkoholkonsum und der psychischen Dekompensation bzw. fortdauernden Unzuverlässigkeit des Beschwerdeführers durch Dr. med. H. _____ nachvollziehbar (act. II 100.1/18 f., /21). Aktenanamnestisch ist erstellt, dass der Beschwerdeführer mindestens ab 2014 wöchentlich bis täglich Cannabinoide und gelegentlich, an Wochenenden Alkohol konsumiert hatte (act. II 27/2, 30/3, 79/2, /7). Dies bestätigte der Beschwerdeführer auch gegenüber dem psychiatrischen Gutachter, bei dem er hinsichtlich Cannabis selbst von einer Abhängigkeit sprach (act. II 100.1/17, /22). Mit dem Gutachter ist damit festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer zeitlich zu den (erstmalig) von den medizinischen Behandlern festgestellten psychotischen Symptomen (act. II 79/8) ein eindeutiges und bedeutendes Konsumverhalten psychotroper Substanzen vorlag. Vor diesem Hintergrund erscheint die von Dr. med. J. _____ getroffene diagnostische Einschätzung einer drogeninduzierten Psychose nachvollziehbar. Demgegenüber ist bei der Diagnose der paranoiden Schizophrenie der Ausschluss drogeninduzierter Psychosen erforderlich, weshalb der Gutachter zutreffend darauf hinwies, dass erst bei nachgewiesener Abstinenz von psychotropen Substanzen die entsprechende Diagnose gestellt werden könne (act. II 100.1/18; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 119 ff., 132). In der Folge unterliess es Dr. med. J. _____ jedoch, die von ihm als primäre psychische Grunderkrankung bezeichnete ADHS (act. II 100.1/17, /19) anhand der diagnostischen Leitlinien für psychische Störungen eigenständig und überzeugend zu begründen (vgl. a.a.O. DILLING et al., S. 358 ff.). Mit der Diagnose der ADHS stellte Dr. med. J. _____ eine Gegenhypothese zur aufgrund des ausgewiesenen Substanzmittelkonsums fraglichen diagnostischen Einschätzung des behandelnden Dr. med. H. _____ auf. Eine für den Rechtsanwender nachvollziehbare leitliniengerechte diagnostische

Diskussion gab der Gutachter jedoch nicht ab. Daran ändern weder die gutachterliche Stellungnahme vom 8. März 2022 (act. II 117/2 ff.) noch das Verlaufsgutachten vom 2. August 2023 (act. II 234.1) etwas.

Im Verlaufsgutachten vom 2. August 2023 bestätigte Dr. med. J. _____ weiterhin die von ihm bereits im psychiatrischen Gutachten vom 27. September 2021 gestellte Diagnose einer ADHS (act. II 234.1/24, /28). Es ist jedoch auch nach der nunmehr durchgeführten Verlaufsbeurteilung ungeklärt, ob tatsächlich eine solche Störung vorliegt. Dr. med. J. _____ wies zwar erneut überzeugend darauf hin, dass die aus den früheren stationären Behandlungen gestellte (Verdachts-)Diagnose der Schizophrenie später tradiert, fixiert und nicht mehr kritisch hinterfragt worden sei; er wies explizit darauf hin, dass bei der stationären Behandlung im Dezember 2022 keine klare Symptomatik einer schizophrenen Psychose beschrieben worden sei und er im Rahmen der Verlaufsbeurteilung auch keinerlei Hinweise auf eine solche vorgefunden habe ("keinerlei inhaltliche oder formale Denkstörungen, keine Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen, gut herstellbarer affektiver Rapport, adäquat und nachvollziehbar erscheinende affektive Situation mit Freudfähigkeit und gewisser Hoffnung auf zukünftige Entwicklungen"; act. II 234.1/24; vgl. auch a.a.O. DILLING et al., S. 129 ff.). Dem entspricht, dass Dr. med. H. _____ nach der stationären Behandlung von Ende Mai bis Anfang August 2019 es trotz der von ihm gestellten Diagnose einer paranoiden Schizophrenie offensichtlich als unbedenklich erachtete, dass der Beschwerdeführer im Anschluss an den Klinikaufenthalt als ... an einem ... teilnehmen werde (act. II 30/9; vgl. auch act. II 23/20 f.); er hatte offenbar keine Bedenken, dass der Beschwerdeführer seine verantwortungsvolle Funktion als ... für ... (wieder) aufnahm (vgl. act. II 30). Dies wäre mit einer erst gerade wiederum akut gewordenen Schizophrenie nicht vereinbar und eine vorbehaltlose Entlassung wohl kontraindiziert gewesen (vgl. a.a.O. DILLING et al., S. 127 ff.). Wie zuvor dargelegt, waren und sind die massgeblichen Symptome, die zur Stellung der Diagnose der paranoiden Schizophrenie führten, in einem klaren zeitlichen Zusammenhang zum damaligen Drogenkonsum bzw. damaligen wie späteren Alkoholkonsum aufgetreten. Auch wenn damit der Ausschluss der Schizophrenie erneut plausibel erscheint, so begründete Dr. med. J. _____ die Diagnose der von ihm gestellten ADHS weiterhin nicht leitliniengerecht. So

prüfte und diskutierte er etwa der dieser Diagnose inherente Rückbezug auf das frühe Kindesalter (vgl. a.a.O. DILLING et al., S. 358 ff.) – nachdem bereits im psychiatrischen Gutachten vom 27. September 2021 bloss eine rudimentäre, einzig auf den wenig aussagekräftigen Angaben des Beschwerdeführers beruhende Prüfung und Diskussion erfolgte (act. II 100.1/20) – nicht ansatzweise. Akten zur frühen Entwicklungsphase, wie etwa Schulunterlagen, allfällige Abklärungsunterlagen (des Kinderpsychologen) oder die Krankengeschichte des Kinderarztes fehlen vollständig. Weiter ist einer ADHS eine Überaktivität inherant (vgl. a.a.O. DILLING et al., S. 358 ff.). Zu seiner Kindheit gab der Beschwerdeführer an, seit der dritten Klasse sich häufig einsam und depressiv gefühlt zu haben, ausser bei den ... (seit 2015 mit ...; act. II 23/20), da sei es ihm stets gut gegangen. Zudem berichtete er von "Mobbing Erfahrungen" in der Schulzeit und dass er deswegen einmalig bei einem (vermutlich) Kinderpsychologen gewesen sei. Eine Behandlung mit Ritalin und Ergotherapie verneinte er. Im Schulfach "Deutsch" sei er eher schlecht gewesen, hinsichtlich des Fachs "Französisch" habe er Nachhilfe bekommen. Immerhin habe er aber sehr gute Noten in Mathematik gehabt und den obligatorischen Schulabschluss erreicht (act. II 30/3, 79/2, /7, 100.1/13 f., /20). Eine massgeblich ungewöhnliche Entwicklung in der Kindheit ist gestützt darauf nicht zu erblicken. Auch aus den Zeugnissen und Berichten der anschliessenden Berufsbildung zum ... mit EFZ und Berufsmaturität ergeben sich keine Besonderheiten. Der Beschwerdeführer absolvierte die jeweiligen Prüfungen erfolgreich (act. II 23). Besonderheiten zeigten sich in den aktuell verfügbaren Unterlagen erst nach Abschluss der besagten Berufsbildung (ab Juli 2018), als der Beschwerdeführer seine berufliche Erwerbstätigkeit aufnahm. Beim Assessment der Verwaltung erwähnte er hinsichtlich Arbeitssituation, dass es bei der Unternehmung K._____ AG zu ersten Schwierigkeiten gekommen sei; er sei nicht motiviert und unpünktlich gewesen (act. II 27/2). Ein weiteres am 1. März 2019 begonnenes Arbeitsverhältnis mit der L._____ AG wurde durch letztere noch in der Probezeit aufgrund Nichteinhaltens der vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten gekündigt (act. II 24/2, /14 f.). Hierbei fällt auf, dass diese Fehlzeiten bzw. Unzuverlässigkeiten parallel zum stets steigenden Cannabiskonsum (vgl. act. II 30/3, 79/2, /7) eintraten. Sodann wies der Beschwerdeführer auch bei den darauffolgenden von November 2020 bis Anfang Februar 2021 und von Juli bis Dezem-

ber 2022 durchgeführten beruflichen Massnahmen zahlreiche Fehlzeiten auf (act. II 62/2 ff., 196), als er zusehends Alkohol konsumierte (vgl. act. II 152, 159, 185). Damit bestehen auch weiterhin erhebliche Anzeichen dafür, dass der Beschwerdeführer (ohne massgebliche im Kindesalter entstandene psychische Störung) drogen- bzw. alkoholinduziert psychotisch dekompenzierte und es bei weiterhin übermässigem Alkoholkonsum (vgl. act. II 225), ohne dass bisher eine krankheitswertige psychische Störung leitliniengerecht diagnostiziert worden wäre, an der Motivation zur Arbeitsaufnahme fehlt (vgl. act. II 24/3).

3.3.2 Abgesehen von der nicht überzeugend hergeleiteten Diagnostik der behandelnden Ärzte kann auch hinsichtlich der Auswirkungen eines Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit nicht auf deren Einschätzungen abgestellt werden. Dr. med. H. _____ führte u.a. im IV-Arztbericht vom 18. September 2020 aus, es liege ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden vor. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (paranoide Schizophrenie, postschizophrene Depression) seien nicht drogeninduziert ausgelöst (act. II 33/4 Ziff. 2.6). Diese Einschätzung ist gestützt auf die aktuell vorliegenden Akten weder nachvollziehbar noch überzeugend. Ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden mit seit 2014 wöchentlichen bis täglichen bzw. seit 2017 täglichen Konsumationen (vgl. act. II 30/3, 79/2, /7) parallel zur Entstehung der Symptomatik ist erstellt. Ein solcher Konsum hat Auswirkungen auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit, was seitens der Psychiatrischen Diensten E. _____ denn auch entsprechend festgehalten wurde (act. II 79/6). Inwiefern ein (zumindest teilweiser) Kausalzusammenhang zwischen den psychotischen Entgleisungen wie auch der Unzuverlässigkeit (vgl. act. II 46 ff., 66/1) des Beschwerdeführers und dem Konsum von Cannabinoiden auszuschliessen ist, begründete Dr. med. H. _____ nicht. So dann hielt der Behandler in seinem Bericht vom 26. März 2021 weiter fest, die ambulanten Termine, die Medikamenteneinnahme sowie die Substanzabstinenz erfolgten zuverlässig und er diagnostizierte einen Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol und Cannabinoiden. Dies, obschon er im Januar 2021 gegenüber der Verwaltung noch angab, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2021 bisher zu den beiden Therapiesitzungen nicht erschienen sei und auch die Medikamente abgesetzt habe (act. II 51).

Ebenso wenig zuverlässig ist dessen Angabe hinsichtlich des Alkoholkonsums, ergab die Laboruntersuchung vom 27. April 2021 doch einen positiven Wert (act. II 85). Insoweit ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass gerade Alkohol verantwortlich für depressive Entgleisungen sein kann (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 52, 55). Im Übrigen führte Dr. med. H._____ nach dem Jahr 2019 auch keine (weiteren) Urinuntersuchungen mehr durch (act. II 81/2) und im Bericht vom 23. April 2021 hielt er ausdrücklich fest, "es herrsche Klarheit darüber, dass er (der Beschwerdeführer) am vergangenen Sylvester und nun an Ostern jeweils einen Joint geraucht habe" (act. II 81/2). Ferner wurde im Bericht der Psychiatrischen Dienste E._____ vom 17. Dezember 2021 im Rahmen der Anamneseerhebung zu "Drogen und Genussmittel" aufgeführt: "Alkohol: dreimal pro Woche etwa zwei Bier" und "Cannabis: < einmal pro Monat" (act. II 110/2). Zudem blieb er der am 21. Februar 2023 vorgesehenen Laboruntersuchung unentschuldig fern (act. II 211, 219) und diejenige vom 17. April 2023 (Probeneingang) zeigte einen CDT-Wert von 1.9 % (act. II 224/2), also einen erhöhten Wert. Eine Suchtmittelabstinenz ist damit gerade nicht erstellt. Die Einschätzungen der Behandler bilden damit entgegen dem Beschwerdeführer keine zuverlässige medizinische Grundlage zur Beurteilung des massgeblichen Gesundheitszustands.

4.

Unter diesen Umständen erweist sich der Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung vom 28. September 2023 (act. II 242) ist in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird abzuklären haben, ob und gegebenenfalls welche Behandlungen während des Kindes- und Jungendalters des Beschwerdeführers durchgeführt wurden. Danach werden zur Klärung der Befundlage die von den behandelnden Ärzten echtzeitlich angefertigten Krankengeschichten einzuholen sein und die Akten zusammen mit den ergänzend erhobenen Unterlagen einem bzw. einer mit dem Beschwerdeführer bis anhin nicht befassten Gutachter bzw. Gutachterin zur psychiatrischen Begutachtung vorzulegen sein (Zur Gebotenheit der Rückweisung bei umfangreichen Vorbereitungsmaßnahmen und Beizug

des RAD: THOMAS FLÜCKIGER, Welchen Beitrag leisten die Gerichte zur Effektivität des Rechtsschutzes im Sozialversicherungsrecht?, in: FUHRER/KIESER/WEBER [Hrsg.], Mehrspuriger Schadenausgleich, 2022, S. 1117). Zur Sicherstellung einer hinreichend validen Beurteilung wird der Beschwerdeführer vor der Begutachtung zur hinreichend langen strikten Abstinenz von illegalen Drogen, insbesondere Cannabis, sowie von Alkohol aufzufordern sein, was ihm zumutbar ist. Dies wird durch regelmässige und gesicherte Kontrollen des RAD zu prüfen sein. Soweit dies seitens des RAD bzw. des Gutachters für erforderlich erachtet wird, wird der Beschwerdeführer zudem zu der ihm ebenfalls zumutbaren Abgabe einer Haarprobe zwecks Klärung der Abstinenz Hand zu bieten haben. Abschliessend wird die Beschwerdegegnerin neu über die Ansprüche des Beschwerdeführers zu verfügen haben.

5.

5.1 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.

Wie im Rahmen des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteien-schädigung (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61), gilt es auch unter dem Gesichtspunkt der Verfahrenskosten bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht. Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1). Dementsprechend hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

5.2 Die – wie hier – durch eine Organisation der öffentlichen Sozialhilfe vertretene versicherte Person hat trotz Obsiegens keinen Anspruch auf Parteientschädigung (BGE 126 V 11 E. 1 - 5 S. 11).

5.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Interesse an der Beurteilung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MICHEL DAUM, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 28. September 2023 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, Fürsprecherin C. _____ 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.