

200 24 408 IV
JAP/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Juli 2024

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Germann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. Mai 2024



Sachverhalt:

A.

A.a.

Mit Verfügung vom 10. Juli 2001 sowie Mitteilungen vom 27. April 2009 und 10. August 2011 wurden dem ... geborenen A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) in Anerkennung der Geburtsgebrechen Ziffern 344, 345, 404 und 342 gemäss Anhang der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (aGgV; SR 831.232.21; in Kraft geblieben bis 31. Dezember 2021) Leistungen in Form von medizinischen Massnahmen zugesprochen (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 7; 35; 44). Dies wurde mit Mitteilungen vom 16. September 2014 (act. II 54) und 8. August 2019 (act. II 71) jeweils revisionsweise bestätigt. Ferner gewährte die IVB im Hinblick auf die Ausbildung zum ... EBA (Eidgenössisches Berufsattest) berufliche Massnahmen in Form von Eingliederungsberatung (act. II 81), erstmaliger beruflicher Ausbildung (act. II 83) sowie Coaching (act. II 121; 123; 145). Im Juni 2021 schloss der Versicherte die Ausbildung erfolgreich ab (act. II 149 S. 2). Im Anschluss daran gewährte die IVB weitere (berufliche) Massnahmen (act. II 175; 185; 196; 201) für die Ausbildung zum ... EFZ (Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis; vgl. act. II 141 S. 2 f.; 148 S. 2). Zudem veranlasste sie bei der MEDAS D._____ (nachfolgend MEDAS), eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 30. April 2022 [act. II 179.1 ff.]). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 182) verneinte die IVB mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 17. Juni 2022 (act. II 186) bei einem Invaliditätsgrad von 27 % einen Rentenanspruch. Ferner verneinte sie mit Mitteilung vom 23. Februar 2023 (act. II 205) einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen, nachdem der Versicherte die Lehre zum ... EFZ per Ende Februar 2023 abgebrochen hatte (Protokoll, Eintrag vom 16. Februar 2023 [in den Gerichtsakten]). Schliesslich scheiterte auch die Anstellung des Versicherten im ...betrieb, welche von der IVB mittels eines Einarbeitungszuschusses unterstützt worden war (act. II 212; 217; 221).

A.b.

Im November 2023 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 220). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, führte mit dem Versicherten ein Assessment durch und verneinte einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (act. II 231). Im Weiteren holte die IVB Berichte bei den behandelnden Ärzten ein und legte das Dossier Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zur Beurteilung vor (act. II 238; 242). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 243 ff.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 1. Mai 2024 (act. II 253) bei einem Invaliditätsgrad von 37 % einen Rentenanspruch.

B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch den B._____, MLaw C._____, Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 1. Mai 2024 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine Rente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei der medizinische Sachverhalt betreffend der aktuelle Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit angemessen abzuklären und auf dessen Grundlage sei der Anspruch auf Rente neu zu prüfen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Ferner legte der Beschwerdeführer einen Bericht vom 30. Mai 2024 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4 = act. II 257 S. 20-22) des Behandlers Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, zu den Akten.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 17. Juli 2024 bestätigt der Beschwerdeführer seine beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren.

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 1. Mai 2024 (act. II 253). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

2.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 IVG i.V.m. 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).

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

2.1.3 Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG 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.

2.2

2.2.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Inva-

lidityt in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.2.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1). Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen geänderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Mai 2024, 8C_6/2024, E. 2.4).

2.2.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschmelungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG

– durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom November 2023 (act. II 220) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 17. Juni 2022 (act. II 186) – mit welcher die IVB einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 27 % verneint hatte – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 1. Mai 2024 (act. II 253; vgl. E. 2.2.3 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 17. Juni 2022 (act. II 186) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre, eine internistische, psychiatrische sowie neuropsychologische Teilbegutachtung beinhaltende MEDAS-Gutachten vom 30. April 2022 (act. II 179.1 ff.). Darin wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 179.1 S. 7):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Rezidivierende depressive Störung, derzeit weitestgehend remittiert (ICD-10 F33)
2. Probleme in Bezug auf Misshandlung eines Kindes (ICD-10 Z61.6)

3. Anamnestisch ADS (= Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom), gegenwärtig weitestgehend remittiert (ICD-10 F90.0)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. St.n. (= Status nach) angeborener Hydronephrose/Mega-/Hydroureter beidseits
 - terminales Urostoma rechts 24. Oktober 2001
 - UCNST (= Uretero-Cysto-Neo-Stomie) nach Leadbetter-Politano links 8. November 2001
 - Ureterreduktionsplastik rechts und UCNST nach Cohen rechts 19. April 2002
2. Ausgeprägter 25-Hydroxy-Vitamin D Mangel, 15 nmol/l (Ziel > 50)
3. Minimale neuropsychologische Funktionseinschränkung ohne Funktionsrelevanz

Die im Bericht der psychiatrischen Dienste G. _____ vom 20. August 2019 (bei der Beschwerdegegnerin eingegangen am 24. September 2019 [act. II 75]) gestellte Diagnose einer Autismusspektrum-Störung (ASS) sei aus heutiger Sicht eher fraglich. Gesamthaft bestehe klinisch derzeit nicht der Eindruck für das Vorliegen einer Störung im Sinne einer ASS, was sich auch mit den Testergebnissen der neuropsychologischen Begutachtung decke. Problematisch sei, dass der Beschwerdeführer sich sehr auf die Diagnose einer ASS stütze, diese in sein individuelles Krankheitsmodell übernommen habe und entsprechende Überlegungen für seine Stabilisierung und auch den Anspruch auf eine spezifische therapeutische Unterstützung ableite. Darüber hinaus sei es – gesamthaft – derzeit zu einer ganz erheblichen Stabilisierung des Gesundheitszustandes gekommen (act. II 179.1 S. 6). Die aktuelle Stabilität sei massgeblich den stabilen Rahmenbedingungen geschuldet, diese seien einerseits die stabile Situation am Ausbildungsplatz und andererseits die hochstrukturierte und betreute Wohnsituation (S. 7). Die aktuellen psychiatrischen Diagnosen würden deshalb trotz der weitgehenden Remission als die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigend aufgeführt, da sie in ihrer Summe und im Längsschnitt eine Vulnerabilität bedingen, die eine Fortführung der etablierten supportiven Massnahmen erforderten, um die Stabilität zu gewährleisten (S. 7 f.).

Die Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit als auszubildender ... sei aus psychiatrischer und damit gesamtmedizinischer Sicht zu mindestens 80 % gegeben (S. 13). Dabei handle es sich um einen optimalen, fast schon angepasst anmutenden Arbeitsplatz, der genau den Bedürfnissen des Be-

schwerdeführers entspreche. In Anbetracht des Längsverlaufes sei von einer erhöhten Verletzbarkeit bei Zunahme äusserer Stressoren oder Wegfall supportiver Massnahmen und Ressourcen auszugehen (S. 14).

3.3 Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 1. Mai 2024 präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Im Bericht vom 6. Dezember 2023 (act. II 236 S. 2 ff.) hielt Dr. med. F. _____ die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 4):

- ICD-10 F90.0: ADHS (= Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), IV-Geburtsgebrechen Ziffer Gg. 404, im Kindergartenalter
- ICD-10 F84.5: ASS, Asperger-Syndrom, im Jahr 2019
- ICD-10 F32.1: Rezidivierende mittelgradige depressive Episoden, 2017, 2018, 2019, 2021 aktuell 2023

Nach einer vorübergehenden stabilen Phase habe der Beschwerdeführer nach dem im Frühjahr 2023 erfolgten Umzug aus der betreuten Wohngemeinschaft in eine eigene Wohnung erneut mit einer Zunahme der depressiven wie auch psychosomatischen Symptome reagiert. Deswegen habe er im Juli 2023 die Kündigung erhalten. Aktuell sei er arbeitslos und habe bei der IV den Antrag auf berufliche Massnahmen/Rentenprüfung eingereicht. Als Faktoren, die zu dieser Entwicklung geführt hätten, kämen in Frage: Arbeitsplatzprobleme im Sinne von seit Frühling 2023 häufigen Wechseln der Arbeitsplatzumgebung mit Arbeit an verschiedenen ..., was für Autisten in der Regel mit einer Zunahme des erlebten psychosozialen Stresses verbunden sei. Ferner bestehe eine Überforderung im Management des selbständigen Wohnens. Demgegenüber spielten familiäre Faktoren heute weniger eine Rolle, da der Beschwerdeführer nicht mehr im gemeinsamen Haushalt mit den Angehörigen wohne und sich somit besser abgrenzen könne (S. 3). Die ASS-spezifischen und ADHS-spezifischen Einschränkungen (Konzentration, Gedächtnis, Kommunikation, Empfindlichkeit auf psychosoziale Stressoren) seien angesichts der guten Entwicklung im Verlauf der Behandlung zurückgegangen und im Vergleich zu anderen Menschen mit denselben Diagnosen nicht stark ausgeprägt (S. 6). Aktuell sei der Be-

schwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Wiederkehrende depressive Phasen hätten im Verlauf aufgrund der tragfähigen therapeutischen Beziehung meistens mit ambulanten Mitteln aufgefangen werden können, so dass schwere depressive Episoden, die länger dauernde stationäre Behandlungen zur Folge gehabt hätten, hätten verhindert werden können (S. 7). Die Behandlung des ADHS einerseits, die psychotherapeutische Bearbeitung des Umgangs mit ASS-bedingtem Stress andererseits, wie auch die Reduzierung der depressiven Symptome seien weiterhin zentrale Themen in der psychotherapeutischen Behandlung (S. 8).

3.3.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 6. Februar 2024 (act. II 242 S. 3 ff.) fest, Behandlungsintensivierungen i.S. einer Medikamentenanpassung, einer Intensivierung der ambulanten Behandlung oder (teil-)stationären Behandlung seien nicht aktenkundig. Neue Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet würden nicht genannt. Überwiegend wahrscheinlich sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im psychiatrischen Fachgebiet ausgewiesen (S. 5). Auch auf somatischem Fachgebiet lägen keine objektiv erhobenen Befunde vor, welche eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes begründen könnten (S. 6).

3.3.3 Im zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 30. Mai 2024 (act. I 4) hielt Dr. med. F. _____ fest, er postuliere die in den psychiatrischen Diensten G. _____ gestellte Diagnose einer ASS trotz Widerlegung im MEDAS-Gutachten weiterhin (S. 2 Rz. 1). Zur Diskrepanz zwischen seiner diagnostischen Beurteilung und jener der MEDAS hielt Dr. med. F. _____ weiter fest, der Beschwerdeführer sei in der MEDAS von einem Erwachsenenpsychiater begutachtet worden. Diese würden jedoch in der Regel nur bedingt darin geschult, den emotionalen und sozialen Entwicklungsstand einer biologisch und juristisch erwachsenen Person angemessen zu beurteilen. Seines Wissens werde die Entwicklungsretardation des Beschwerdeführers im Gutachten kaum kritisch gewürdigt. Ebenso komme der Gutachter zum Schluss, dass sowohl "das anamnestische ADS wie auch die rezidivierende depressive Störung weitestgehend remittiert seien". Dem widerspreche jedoch der klinische Verlauf, liege doch ein aktenkundiges Geburtsgebrechen Ziffer

404 im Sinne der IV vor, nämlich ein juveniles psychoorganisches Syndrom, das bei ihm nicht ausgeheilt sei und auch nicht ausheilen werde (S. 2 Rz. 2).

Er habe in seinem Bericht vom 6. Dezember 2023 (act. II 236) angegeben, dass die Funktionseinschränkungen des Beschwerdeführers im Vergleich mit anderen Autisten nicht stark ausgeprägt seien. Da die Beschwerdegegnerin die Diagnose ASS nicht anerkenne, sei auf seine Ausführungen, u. a. auch bezüglich des Schweregrades des Leidens, der Prognose und der Begründung, weshalb aus psychiatrischer Sicht der hoch vulnerable Beschwerdeführer zunächst durch eine Berentung und Beschäftigung auf dem Zweiten Arbeitsmarkt entlastet werden sollte, bevor er den Schritt auf den Ersten Arbeitsmarkt wieder wagen könne, nicht eingegangen worden. Schliesslich habe er dem Beschwerdeführer entgegen der Annahme der RAD-Ärztin in Phasen der Verschlechterung seiner gesundheitlichen Verfassung sehr wohl häufigere Konsultationen angeboten, die er jedoch nicht habe einhalten können. In der Folge seien häufigere telefonische Konsultationen durchgeführt worden. Ein anderes Antidepressivum und/oder eine stationäre Behandlung seien zwar diskutiert worden, der Beschwerdeführer habe seine Vorschläge jedoch aus Angst vor dem Unbekannten nicht annehmen können (act. I 4 S. 2 f. Rz. 2 f.).

3.4

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

3.4.2 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 Kennt-

nis 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).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte – zu denen RAD-Berichte gehören (Entscheid des BGer vom 7. Dezember 2023, 8C_342/2023, E. 5.7.2) – kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

3.5 Der Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ vom 6. Februar 2024 (act. II 242 S. 3 ff.) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an ärztliche Berichte (vgl. E. 3.4.2 f. vorne) und erbringt Beweis. Dabei scha-

det es nicht, dass es sich um eine Aktenbeurteilung handelt, konnte Dr. med. E. _____ bei ihrer fachärztlichen Beurteilung doch auf einen feststehenden medizinischen Sachverhalt abstellen (vgl. E. 3.4.2 vorne). Danach liegt im Vergleich zum Sachverhalt, wie er der referenziellen Verfügung vom 17. Juni 2022 (act. II 186) zugrunde lag (vgl. E. 3.1 vorne), keine (revisionsrelevante) Änderung des Gesundheitszustandes vor.

3.6 Der Beschwerdeführer macht gestützt auf die Berichte von Dr. med. F. _____ vom 6. Dezember 2023 (act. II 236 S. 2 ff.) und vom 30. Mai 2024 (act. I 4) geltend, entgegen der angefochtenen Verfügung vom 1. Mai 2024 (act. II 253) habe sich sein Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 17. Juni 2022 (act. II 186) verschlechtert.

3.6.1 In grundsätzlicher Hinsicht ist zunächst zu beachten, dass Dr. med. F. _____ den Beschwerdeführer seit September 2019 behandelt (act. II 236 S. 2) und zwecks dessen psychosozialer und finanzieller Entlastung eine Berentung und Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt befürwortet (act. I 4 S. 3 Rz. 2 f.). Damit äussert er sich zu Rechtsfragen, die nicht vom Arzt zu beantworten sind. Unter diesen Umständen ist auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (Entscheid des BGer vom 7. Mai 2014, 8C_98/2014, E. 3.1). Dem ist namentlich vor dem Hintergrund Rechnung zu tragen, als Dr. med. F. _____ die Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem MEDAS-Gutachten vom 30. April 2022 (act. II 179.1 ff.) insgesamt und grundsätzlich negiert, indem er im Gegensatz zu den Administrativexperten das Vorliegen einer ASS weiterhin postuliert und auch deren damalige Einschätzung, sowohl die rezidivierende depressive als auch die AD(H)S-Störung seien remittiert, als unzutreffend qualifiziert (vgl. act. I 4 S. 2 Rz. 1 f.). In der Folge stellen die Berichte des Dr. med. F. _____ vom 6. Dezember 2023 (act. II 236 S. 2 ff.) und vom 30. Mai 2024 (act. I 4) im Vergleich zum vor Durchführung der MEDAS-Begutachtung verfassten Bericht vom 17. März 2021 (act. II 127 S. 2 ff.) im Wesentlichen eine Wiederholung der seines Erachtens zutreffenden Einschätzung des Gesundheitszustandes und des funktionellen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers dar, was namentlich auf die hier zu

beachtenden Punkte zutrifft. Insbesondere stellte Dr. med. F. _____ im letztgenannten Bericht dieselben Diagnosen wie aktuell, obgleich sich damals der Gesundheitszustand schon seit 2020 stabilisiert (act. II 179.4 S. 21) und der Beschwerdeführer die Ausbildung zum ... EBA im Juni 2021 erfolgreich bestanden hatte (act. II 149 S. 2).

3.6.2 Was das von Dr. med. F. _____ postulierte Asperger-Syndrom anbelangt, folgt aus den Akten, dass die Beschwerdegegnerin bei der MEDAS insbesondere im Hinblick auf das mögliche Vorliegen einer ASS (act. II 129 S. 3) eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasste, nachdem im Bericht der psychiatrischen Dienste G. _____ vom 20. August 2019 (act. II 75) erstmals eine solche Störung (im Sinne eines Asperger-Syndroms [ICD-10 F84.5]) diagnostiziert worden war (S. 2). Die Experten der MEDAS hatten somit den Fokus namentlich auch auf die Klärung dieser Frage zu richten. Entsprechend setzten sich sowohl der psychiatrische Gutachter, Dr. med. H. _____, als auch der neuropsychologische Experte, Dr. phil. Dipl.-Psych. I. _____, ausführlich damit auseinander (act. II 179.4 S. 20; 179.5 S. 13 f.), wobei sie weder klinisch noch psychometrisch die Kriterien für das Vorliegen eines Asperger-Syndroms im Sinne einer ASS bestätigen konnten (act. II 179.4 S. 20; 179.5 S. 14). Diese auch in die Konsensbeurteilung eingeflossene Einschätzung (act. II 179.1 S. 6) bildete anschliessend die Grundlage der in der Folge unangefochten gebliebenen (und im Hinblick auf die Frage nach dem Vorliegen einer Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen referenziellen) Verfügung vom 17. Juni 2022 (act. II 186).

In seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2024 (act. I 4) macht Dr. med. F. _____ zwar geltend, die ASS sei von den Experten der MEDAS übersehen worden bzw. Erwachsenenpsychiater würden in der Regel nur bedingt darin geschult, den emotionalen und sozialen Entwicklungsstand einer biologisch und juristisch erwachsenen Person angemessen zu beurteilen (S. 2 Rz. 2). Gestützt auf diese allein pauschalen und nicht anhand konkreter Indizien substantiierten Vorbringen vermag der Beschwerdeführer jedoch nicht darzutun, dass die damalige Einschätzung durch die MEDAS falsch war (Art. 53 Abs. 1 ATSG). Dies umso weniger, als abgesehen von diesen generellen Vermutungen keine stichhaltigen Anhaltspunkte

aufgezeigt werden, welche die damalige Herleitung der Diagnose, die psychiatrische und versicherungsmedizinische Beurteilung bzw. die Würdigung und Synthese der erhobenen Angaben und Befunde als unzutreffend erscheinen lassen. Dasselbe trifft auf die damalige Einschätzung hinsichtlich der ADS und der depressiven Störung zu, zumal insoweit lediglich eine (weitestgehende) Remission (act. II 179.1 S. 7), jedoch keine Heilung (act. I 4 S. 2 Rz. 2) postuliert wurde, was nicht dasselbe ist. Ebenso wenig folgt aus den Berichten von Dr. med. F. _____, dass im Vergleich zur Verfügung vom 17. Juni 2022 nunmehr neu (zusätzlich) von einer ASS im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen wäre. Denn unter dem Blickwinkel von Art. 17 Abs. 1 ATSG sind seine Ausführungen als andere Würdigung des bereits der Vergleichsverfügung zugrunde gelegenen und rechtskräftig beurteilten medizinischen Sachverhalts zu qualifizieren.

3.6.3 Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, die im MEDAS-Gutachten vom 30. April 2022 als weitgehend remittiert beurteilte rezidivierende depressive Störung sei gemäss Bericht vom 6. Dezember 2023 wieder zu einer aktuell mittelgradigen depressiven Episode geworden. Abgesehen davon, dass Dr. med. F. _____ stets eine mittelgradige depressive Störung diagnostizierte – auch als dieses Krankheitsbild remittiert war (vgl. E. 3.6.1 vorne; act. II 179.4 S. 21) – stellt eine neue Diagnose per se keinen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element einer (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (Entscheid des BGer vom 14. November 2023, 8C_296/2023, E. 6.1). Vielmehr bedarf es einer Änderung auf der Befundebene (vgl. E. 2.2.2 vorne). Deren aktuelle Beschreibung (act. II 236 S. 4 = act. II 244.2 S. 10) deckt sich hinsichtlich der affektiven Situation im Wesentlichen mit der Beschreibung im Bericht vom 17. März 2021 (act. II 127 S. 4). Darüber hinaus erlauben die unverändert gebliebene Medikation mit Hypericum (Johanniskraut) und das identische therapeutische Setting (act. II 127 S. 4 f.; 236 S. 3 f.) nicht den Schluss auf eine wesentliche Verschlechterung der Befundlage und damit des Gesundheitszustandes. Insbesondere erfolgte keine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung. Soweit Dr. med. F. _____ im Bericht vom 30. Mai 2024 (act. I 4) ins Feld führte, er habe dem Beschwerdeführer weitere Behandlungen angeboten, was dieser je-

doch zufolge körperlicher und seelischer Erschöpfung nicht habe einhalten können (S. 3 Rz. 3), was der Beschwerdeführer als Ausdruck einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes wertet (Beschwerde S. 6 f. Rz 24; Replik S. 1 f.), überzeugt dies nicht, nachdem Dr. med. F. _____ stets – auch noch im Bericht vom 6. Dezember 2023 – die "hohe Bereitschaft und Compliance des Versicherten, sich psychiatrisch-psychotherapeutisch behandeln zu lassen", betont hatte (vgl. act. II 127 S. 4; 236 S. 4). Auch aus dem MEDAS-Gutachten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer aus krankheitsbedingten Gründen (allenfalls auch nur situativ) zu einer adäquaten Therapieadhärenz nicht in der Lage wäre. Im Gegenteil hielt Dr. med. F. _____ selber fest, dass sich der Beschwerdeführer dank seiner hohen Compliance bei psychischen Tiefs jeweils wieder habe auffangen können (act. II 236 S. 3). Schliesslich legt Dr. med. F. _____ sowohl bei der Schilderung der Funktionseinschränkungen (S. 6) als auch bei seiner Einschätzung, wonach es zwecks nachhaltiger Veränderung der Funktionalität einer Stressreduktion im Sinne einer finanziellen Entlastung (z.B. in Form einer vorübergehenden Berentung) bedürfe, die Annahme einer ASS zugrunde, welche Diagnose jedoch dem Gesagten zufolge im MEDAS-Gutachten überzeugend verworfen wurde (vgl. E. 3.6.2 vorne).

3.6.4 Ferner verweist der Beschwerdeführer zwecks Begründung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf die gescheiterten Eingliederungsmassnahmen (vgl. Beschwerde S. 8 f. Rz. 29 ff).

Diesbezüglich folgt aus den Akten, dass die Ausbildung zum ... EFZ scheiterte (act. II 217; 221). Zudem wurde im MEDAS-Gutachten der damals stabile Gesundheitszustand als "den stabilen Rahmenbedingungen geschuldet" beurteilt bzw. die Stabilität auch auf die betreute und stark supportive Wohnform zurückgeführt, wobei – so die Gutachter – deren Wegnahme zu einem verfrühten Zeitpunkt mit relativer Wahrscheinlichkeit zu einer psychischen Dekompensation führen würde (act. II 179.1 S. 7). Es trifft schliesslich auch zu, dass die Arbeitsfähigkeit von 80 % vor dem Hintergrund des "fast schon angepasst anmutenden" Arbeitsplatzes bescheinigt wurde (S. 14).

Zunächst kann der Beschwerdeführer aus der von ihm angerufenen Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nichts unmittelbar zu seinen Gunsten ableiten, dient diese doch in erster Linie dem Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz einer Gesundheitsschädigung, welcher in einem strukturierten Beweisverfahren unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen ist – wozu auch Eingliederungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 300) gehören. Vorliegend stellt sich jedoch einzig die Frage nach dem Vorliegen einer revisionsrelevanten Änderung auf der Tatsachenebene (vgl. E. 2.2.2 vorne). Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass die Bedingungen, welche die MEDAS in Bezug auf die Lehranstellung (act. II 150 S. 2 f.) als "fast schon angepasst" beschrieb, bis zum Abbruch der Lehre keine wesentlichen Veränderungen erfuhren. Entgegen der Darstellung in der Replik (S. 2) legten die Gutachter anlässlich der Untersuchungen vom Januar 2022 (act. II 179.1 S. 2) bei ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gerade nicht die Verhältnisse der (bereits im Juni 2021 abgeschlossenen) Lehre zum ... EBA, sondern jene Anstellungsbedingungen, wie sie bei der Ausbildung zum ... EFZ seit August 2021 vorlagen, zugrunde (vgl. act. II 179.1 S. 14). Der Abbruch der (auch unter Berücksichtigung von Rückschlägen positiv verlaufenden [vgl. Protokoll, Einträge vom 1. und 17. März, 26. April und 15. September 2022]) Lehre erfolgte, obschon die Beschwerdegegnerin weiterhin supportive Massnahmen im Sinne der Übernahme der Wohnkosten (mit intensiver Betreuung [act. II 200 S. 2; 201]) sowie der Gewährung eines begleitenden Coachings (act. II 196) zugesichert hatte (act. II 201; Protokolleinträge vom 18. und 23. Januar 2023). Mithin blieben die Rahmenbedingungen, wie sie sich den Gutachtern anlässlich der Begutachtung boten und welche sie im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der von ihnen bescheinigten Arbeitsfähigkeit als erforderlich erachteten, unverändert. Nachdem eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen ist (vgl. E. 3.6.3 vorne), kann vom Scheitern der Ausbildung zum ... EFZ somit nicht auf eine (revisionsrelevante) Verschlechterung in den tatsächlichen Umständen geschlossen werden.

3.6.5 Demnach begründen weder die Berichte von Dr. med. F. _____ (act. II 236 S. 2 ff.; 244.2 S. 9-12; act. I 4) noch die Vorbringen in der Beschwerde und der Replik auch nur geringe Zweifel (vgl. E. 3.4.3 vorne) am

Beweiswert des Berichts der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ vom 6. Februar 2024 (act. II 242 S. 3 ff.), womit es der eventualiter beantragten weiteren Abklärungen nicht bedarf. Nachdem auch in somatischer Hinsicht keine Veränderung zur Diskussion steht (act. II 242 S. 6), ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 17. Juni 2022 nicht erstellt.

3.7 Schliesslich besteht auch keine revisionsrelevante Veränderung in erwerblicher Hinsicht (vgl. E. 2.2.2 vorne), nachdem die Beschwerdegegnerin bei der ursprünglichen Ermittlung des Invaliditätsgrades für beide Vergleichseinkommen auf Tabellenlöhne der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt hatte (act. II 186 S. 1). Der Umstand, wonach der Beschwerdeführer die Lehre zum ... EFZ abbrach (act. II 205) und den Arbeitsplatz verlor (act. II 221), berührt den Invaliditätsgrad folglich nicht, zumal bereits ursprünglich dem Umstand Rechnung getragen wurde, dass dem Beschwerdeführer selbst in der Tätigkeit als ... EBA eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (Tabelle TA1, Wirtschaftszweig Ziff. 16-18 [Herstellung von Holzwaren], Kompetenzniveau 1, Männer). Da in gesundheitlicher Hinsicht eine Änderung nicht erstellt ist (vgl. E. 3.6.5 vorne), hat auch das der Verfügung vom 17. Juni 2022 (act. II 186) zugrunde gelegte Zumutbarkeitsprofil entgegen der Replik (S. 2) weiterhin Gültigkeit. Damit erübrigt sich die von der Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung des ab 1. Januar 2024 gültigen Pauschalabzugs (Art. 26^{bis} Abs. 4 IVV in der seit 1. Januar 2024 in Kraft stehenden Fassung) vorgenommene erneute Invaliditätsbemessung.

3.8 Ist demnach ein Revisionsgrund weder in gesundheitlicher noch in erwerblicher Hinsicht erstellt, besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

3.9 Zusammenfassend ist die Verfügung vom 1. Mai 2024 nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

4.2 Nach Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

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. _____, MLaw C. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Replik vom 17. Juli 2024)
 - 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.