

IV 200 2024 700
MAK/ZID/SSM

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Juli 2026

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. September 2024



Sachverhalt:

A.

Nach vorgängiger Anmeldung zur Früherfassung durch den Sozialdienst Region C._____ meldete sich der 2003 geborene, seit Februar 2021 durchgehend und vollumfänglich mit Sozialhilfe unterstützte sowie durch einen Coach der D._____ GmbH begleitete A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) unter Hinweis auf eine Intelligenzminderung ("IQ") und neurologische Schwierigkeiten im November 2022 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1 f., 7). In der Folge tätigte die IVB medizinische Abklärungen, welchen zufolge im Wesentlichen eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0) diagnostiziert (act. II 43, 49) und zusätzlich von einer Lernstörung bzw. -behinderung ausgegangen wurde (act. II 5/13; vgl. zum Ganzen auch act. II 52/4).

Die IVB gewährte eine (berufliche) Integrationsmassnahme für Jugendliche in der E._____ vom 13. Februar bis 12. November 2023 (act. II 16, 24, 36). Nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 52) forderte die IVB den Versicherten mit Schreiben vom 29. Dezember 2023 auf, bis spätestens am 15. Februar 2024 schriftlich mitzuteilen, bei wem er eine ihm zumutbare leitliniengerechte Therapie (v.a. medikamentöse Behandlung mit einer Stimulanz) starte, in welcher Frequenz und welche ADHS-spezifischen Medikamente verabreicht würden, dies unter Hinweis darauf, dass im Unterlassungsfall die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden könnten (act. II 55, 57). Mit E-Mail vom 6. Februar 2024 teilte der Coach des Versicherten mit, dass der Versicherte eine erste Sitzung mit Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie G._____, am 26. Januar 2024 wahrgenommen habe, die nächste Sitzung am 7. Februar 2024 und weitere Sitzungen in einem zweiwöchigen Rhythmus stattfänden und dabei dann wohl Medikamente zur Behandlung der ADHS verschrieben würden (act. II 58). Auf Nachfrage hin (vgl. act. II 59 ff.) teilte der Coach am 20. Juni 2024 telefonisch mit, der Beschwerdeführer sei anfänglich in die Therapie gegangen und habe versuchsweise eine Packung Concerta erhalten,

doch sei dann ein Kollege gestorben, weshalb der Beschwerdeführer einen Behandlungstermin abgesagt und in der Folge (seit März 2024) keinen neuen Termin erhalten habe (Protokolleintrag vom 20. Juni 2026 [in den Gerichtsakten]). Ebenfalls auf telefonische Nachfrage hin bestätigte das G._____ am 6. und 13. August 2024, dass der Beschwerdeführer nur zweimal – einmal im Januar und einmal im Februar 2024 – vorstellig geworden sei und seither nicht mehr in Therapie gewesen sei, wobei sich herausgestellt habe, dass aufgrund eines sprachlichen Missverständnisses angenommen worden sei, dass (statt des erwähnten Kollegen) der Beschwerdeführer verstorben sei (Protokolleinträge vom 6. und 13. August 2024 [in den Gerichtsakten]; vgl. auch E-Mail des G._____ vom 13. August 2024 [act. II 66/1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 65) wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. September 2024 ab; in der Begründung hielt sie fest, der Versicherte habe die geforderte Auflage zur Teilnahme an einer leitliniengerechten Therapie lediglich zweimalig im Januar und Februar 2024 wahrgenommen, womit er der Aufforderung zur Schadenminderung nicht nachgekommen sei (act. II 67 ff.).

B.

Hiergegen liess der Versicherte mit Unterstützung des Sozialdienstes Region C._____ mit Eingabe vom 16. Oktober 2024 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei dem Leistungsbegehren stattzugeben.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Der fortan durch Rechtsanwalt B._____ vertretene Beschwerdeführer präzierte mit Replik vom 6. Februar 2025 seine Anträge dahingehend, dass in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Sache zur weiteren Abklärung und Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei, eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm rückwirkend auf den 1. April 2023 eine ganze IV-Rente zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin bestätigte mit Duplik vom 17. März 2025 den Antrag auf Beschwerdeabweisung.

Mit der Kostennote reichte Rechtsanwalt B. _____ unaufgefordert eine Stellungnahme vom 31. März 2025 ein. Letztere wurde der Beschwerdegegnerin am 24. April 2025 zugestellt.

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 20. September 2024 (act. II 67). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf IV-Leistungen und dabei insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nach

Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens das Leistungsbegehren abgewiesen hat.

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 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2

2.2.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) 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 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 Mass-

nahmen 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).

2.2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben nur 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), sofern sie 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). Eine Rente wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art 28 Abs. 1^{bis} IVG).

2.2.3 Der rentenausschliessende Eingliederungsvorbehalt nach Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG bezieht sich auf die in Art. 8 Abs. 3 IVG abschliessend aufgezählten gesetzlichen Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 ff. IVG. Er erfasst nicht die medizinischen Behandlungen im Sinne von Art. 25 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) mit Eingliederungswirkung, zu deren schadenmindernder Inanspruchnahme die versicherte Person verpflichtet ist (Art. 7 Abs. 2 lit. d und Art. 7a IVG; vgl. E. 2.3 nachfolgend), und die den gesetzlichen Eingliederungsmassnahmen vorgehen. Bei der Invaliditätsbemessung darf ein Behandlungserfolg unter dem Titel der Pflicht zur Selbsteingliederung – einer Anspruchsvoraussetzung – vorweggenommen, d.h. unmittelbar angerechnet werden, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (Art. 7b Abs. 1 IVG und Art. 21 Abs. 4 ATSG) durchgeführt werden müsste, wenn der Erfolg direkt vom Verhalten der versicherten Person abhängt, indem diese selbst ohne (weitere) Hilfe von Fachleuten die Leistungskapazität realisieren könnte. Dies trifft dann zu, wenn therapeutische Vorkehren, die eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwarten lassen (z.B. Einnahme verschriebener Medikamente), aus Eigeninitiative umsetzbar sind. Insoweit geht die Selbsteingliederung dem Rentenanspruch (und auch gesetzlichen Eingliederungsleistungen) vor. Besteht keine aus Eigeninitiative umsetzbare Selbsteingliederungspflicht, weil die versicherte Per-

son es nicht ohne Weiteres selbst in der Hand hat, Arbeitsfähigkeit herzustellen oder auf ihre Eingliederungsfähigkeit hinzuwirken, kann bei einem noch nicht austherapierten Leiden ein Rentenanspruch entstehen. Dies gilt auch, wenn das Behandlungspotenzial und die infrage kommenden therapeutischen Vorgehen abklärungsbedürftig sind. Die versicherte Person ist bei der Abklärung und Durchführung der auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Therapie mitwirkungspflichtig (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG; BGE 151 V 194 E. 5.1.2 S. 195 und E. 5.1.4 S. 196).

2.3 Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sodann muss sie an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen, insbesondere an Massnahmen der Frühintervention, Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Massnahmen beruflicher Art, medizinischen Behandlungen nach Art. 25 KVG und Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG).

2.3.1 Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung – auch für Eingliederungsmassnahmen – fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 148 V 397, 113 V 22 E. 4a S. 28; SVR 2023 IV Nr. 46 S. 156, 9C_248/2022 E. 5.3.1; AHI 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391).

2.3.2 Bei der Schadenminderungspflicht der versicherten Person handelt es sich um einen allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts

(BGE 129 V 460 E. 4.2 S. 463; SVR 2020 EL Nr. 6 S. 21, 9C_251/2019 E. 7.3.1). Einer versicherten Person sind im Rahmen der Schadenminderungspflicht Massnahmen zuzumuten, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte (BGE 140 V 267 E. 5.2.1 S. 274).

2.4 Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

2.4.1 Der Tatbestand des Art. 21 Abs. 4 ATSG enthält verschiedene Elemente: Eine vorübergehende oder dauernde Kürzung oder Verweigerung der Leistung wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht setzt einerseits die Zumutbarkeit der (unterbliebenen) medizinischen Behandlung oder erwerblichen Eingliederung voraus. Zum ändern muss diese Vorkehr geeignet sein, eine wesentliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu bewirken. Hierfür bedarf es keines strikten Beweises, sondern es genügt eine – je nach den Umständen zu konkretisierende – gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehr erfolgreich gewesen wäre. Im Weiteren muss sich die versicherte Person einer solchen Massnahme widersetzt oder entzogen oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beigetragen haben; ab welchem Zeitpunkt eine entsprechende Annahme getroffen werden darf, ist von der richtigen Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens abhängig. Im Übrigen muss die Sanktion in ihrer konkreten Gestalt verhältnismässig sein, indem das Kürzungsmass und die voraussichtliche günstige Wirkung der zumutbaren Massnahme auf den Erwerbsschaden einander entsprechen (SVR 2019 IV Nr. 16 S. 48, 8C_865/2017 E. 3.3 und 5.2.2, 2017 IV Nr. 65 S. 203, 9C_671/2016 E. 2.2 und 4.1.1).

2.4.2 Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Art. 7b Abs. 3 IVG). Vor allem ist auch das Gebot der Verhältnismässigkeit, namentlich die Relation zur günstigen Wirkung der streitbetroffenen Massnahme zu wahren. Mit anderen Worten darf eine Sanktion nicht weiter gehen, als wenn die Schadenminderungspflicht befolgt worden wäre (SVR 2019 IV Nr. 16 S. 48, 8C_865/2017 E. 3.2 und E. 5.2.2).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer, der weder über einen Schul- noch über einen Ausbildungsabschluss verfügt (vgl. act. II 2/1 Ziff. 2), zeigte sich im Rahmen der Leistungsanmeldung (vgl. act. II 6) motiviert, eine Ausbildung absolvieren zu wollen. Da er zu diesem Zeitpunkt keine externe Tagesstruktur hatte, wurde entschieden, bereits ab 13. Februar 2023 mittels Integrationsmassnahmen einen Pensumsaufbau (Zielvereinbarungen vom 17. Januar 2023 [act. II 15/2] und 24. April 2023 [act. II 25/2]) und während der Verlängerung bis 12. November 2023 die Erprobung eines oder mehrerer Berufe resp. die Abklärung der Ausbildungsfähigkeit (Zielvereinbarung vom 26. Juli 2023 [act. II 39/2]) vorzunehmen (Protokolleinträge vom 11. November 2022 und 17. Januar 2023 [in den Gerichtsakten]).

3.1.1 Nachdem zu Beginn der Massnahme das Pensum bei an sich guter Qualität zunächst auf 40 % gesteigert werden konnte, konnte dieses in der Folge aufgrund einer zweiwöchigen Krankschreibung, vieler Absenzen (z.B. für die Wohnungssuche und die Wahrnehmung von Terminen) und (bis zu zwei Stunden) zu spätem Erscheinen am Arbeitsplatz nicht zuverlässig gehalten werden (Abklärungsbericht der E._____ vom 30. Mai 2023 [act. II 29/4 Ziff. 2.3 und 29/11 Ziff. 4.1]). Vom 13. Mai bis 16. Juni 2023 war der Beschwerdeführer infolge Vaterschaftsurlaubs, Ferien und gemeinnütziger Arbeit abwesend. Abgesehen von diesen und zusätzlich vielen krankheitsbedingten Abwesenheiten hielt er die Arbeitszeiten ein und bei einem Pensum von 62 % erschien er auch pünktlich zur Arbeit. Eine Erhöhung des Pensums auf seinen Wunsch hin (trotz Abratens seitens der

E. _____) auf 100 % hatte zur Folge, dass er die Arbeitszeiten am Vormittag nicht mehr pünktlich wahrnehmen konnte, weshalb das Pensum per 17. Juli 2023 auf den Mittelwert von 80 % festgesetzt wurde (Abklärungsbericht der E. _____ vom 21. August 2023 [act. II 38/3 Ziff. 2.1]). Da er jedoch mindestens einmal pro Woche krankgemeldet wurde oder teilweise zu spät zur Arbeit erschien, konnte er dieses Pensum schlussendlich nicht einhalten (act. II 38/5 Ziff. 2.3). Auch in der Folge erschien er unregelmässig zur Arbeit und konnte seine Präsenzzeiten nicht verbessern. Insgesamt fehlte er über 100 Stunden aufgrund von Krankheit oder Arztbesuchen. Zusätzlich kam er aufgrund von Müdigkeit oder unterschiedlichen gesundheitlichen Beschwerden insgesamt 40 Stunden verspätet zur Arbeit oder verliess diese früher als vereinbart. Nach dem Schlussgespräch erschien er gar nicht mehr zur Arbeit. Mit einer Präsenzzeit von 31 % verfehlte er das Mindestziel einer 80%igen Anwesenheit deutlich. War er anwesend, zeigte er je nach Tätigkeit nunmehr ungenügende bis gute Leistungen, je nach gesundheitlicher Verfassung, Auffassungsfähigkeit und Motivation. Zudem zeigte er sich emotional instabil und private Herausforderungen (z.B. Kinderbetreuung oder Konflikte aufgrund der Wohnsituation) schienen ihn zusätzlich zu belasten.

Wegen der regelmässigen Krankheitsabsenzen, der unterdurchschnittlichen kognitiven Leistungsfähigkeit, des infantilen Verhaltens und der fehlenden Übernahme von Verantwortung wurde eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt als unrealistisch eingeschätzt (Abklärungsbericht der E. _____ vom 15. November 2023 [act. II 54/3 Ziff. 2.1 f.]). Da bei gleichbleibenden Voraussetzungen (Gesundheit, private Situation) nicht davon ausgegangen werden konnte, dass eine weitere Verlängerung der Massnahme zu einer nachhaltigen Veränderung führen würde, wurde die Massnahme am 12. November 2023 beendet. Es wurde vereinbart, den möglichen weiteren Verlauf aufgrund der zwischenzeitlich gestellten ADHS-Diagnose (vgl. act. II 43, 49) sowie der offenen Fragen rund um den Cannabiskonsum des Beschwerdeführers mit dem RAD zu besprechen (act. II 54/11 Ziff. 6.2 f.).

3.1.2 Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte im Bericht vom 8. November 2023 nebst einer

Lernbehinderung die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0). Eine adäquate Einschätzung könne aktuell noch nicht abgegeben werden. Es sei angezeigt, dass die therapeutischen Aktivitäten ausgebaut würden. Vor allem sei auf eine medikamentöse Behandlung mit einer Stimulanz hinzuarbeiten. Dies sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Hierauf könne und solle nicht verzichtet werden. Mit dieser medikamentösen Behandlung werde der Beschwerdeführer quasi fit gemacht, an einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der aktuellen Konfliktbereiche erfolgreich teilzunehmen. Auch dies sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Ohne eine solche Behandlung mache eine behördliche Massnahme keinen Sinn. Wenn dann erste Erfolge erzielt würden, könne kurzfristig um ein vorläufiges Zumutbarkeitsprofil nachgesucht werden (act. II 52/4).

3.1.3 Wie bereits in E. 2.2.3 hiavor ausgeführt, gehen medizinischen Behandlungen im Sinne von Art. 25 KVG mit Eingliederungswirkung den gesetzlichen Eingliederungsmassnahmen vor. Die Gründe einer Eingliederungsunfähigkeit sind gerichtsnotorisch nämlich häufig darin zu suchen, dass es zunächst vor allem auf psychischer Ebene an den Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Integration fehlt; in solchen Fällen müssen diese Bedingungen durch eine eingliederungswirksame Therapie im Sinne von Art. 25 KVG erst einmal geschaffen werden. Die beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung stehen dann nicht für sich allein, sondern kommen in Abstimmung mit therapeutischen Vorkehrungen zum Tragen (BGE 151 V 306 E. 4.5.2 S. 313). Entsprechend verhält es sich auch im vorliegenden Fall: Der RAD-Arzt erklärte in der Stellungnahme vom 8. November 2023, Eingliederungsmassnahmen seien gesundheitsbedingt noch nicht durchführbar, es bedürfe vorgängig einer medikamentösen Therapie mit einer Stimulanz, um den Beschwerdeführer quasi fit zu machen für eine erfolgreiche Teilnahme an einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (act. II 52/4). Aufgrund dessen überrascht es nicht, dass vorliegend die vorzeitig eingeleitete (berufliche) Integrationsmassnahme für Jugendliche in der E. _____ nicht erfolgreich verlief (vgl. act. II 54/11 Ziff. 6.1), zumal diese im Wesentlichen deshalb initiiert wurde, um dem Beschwerdeführer wenigstens eine Tagesstruktur zu vermitteln (vgl. act. II 51/1 sowie Protokolleinträge vom 11. November 2022 und 17. Januar 2023 [in den Gerichtsakten]).

3.2 Mit Mitteilung vom 29. Dezember 2023 verpflichtete die Beschwerdeführerin den Beschwerdeführer zur schadensmindernden – insbesondere medikamentösen – Therapie, wobei er ihr bis spätestens am 15. Februar 2024 schriftlich mitzuteilen hatte, bei wem er die Therapie starte, in welcher Frequenz die Termine stattfänden und welches ADHS-spezifische Medikament verschrieben werde (act. II 56/2).

3.2.1 Soweit der Beschwerdeführer in der Stellungnahme vom 31. März 2025 (S. 3) die Zumutbarkeit dieser Massnahme in Abrede stellt, ist ihm entgegenzuhalten, dass der RAD-Arzt die Durchführung einer medikamentösen bzw. einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ohne weiteres als zumutbar erachtet (act. II 52/4 unten). Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, wozu auch eine Psychotherapie gehört, denn auch in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form der allgemeinen Schadenminderung (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_534/2021 vom 18. November 2021 E. 5.1). Für den durch die Eingliederungsmassnahme zu erwartenden Therapieerfolg besteht zudem eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (Urteil des BGer 8C_345/2022 vom 12. Oktober 2022 E. 5.4.2).

3.2.2 Entsprechend startete der Beschwerdeführer am 26. Januar 2024 bei Dr. med. F._____ im G._____ eine solche Therapie und nahm – bei beabsichtigtem Zweiwochenrhythmus – am 7. Februar 2024 auch noch einen weiteren Termin wahr, wobei er versuchsweise eine Packung Concerta erhielt; seit März 2024 ist er aber weder in Therapie noch in medikamentöser Behandlung (act. II 58/1; Protokolleintrag vom 20. Juni 2026 [in den Gerichtsakten]). Das entspricht mitnichten einer (leitliniengerechten) Therapie mit entsprechender Medikation, was vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten wird.

3.3 Androhungsgemäss hat die Beschwerdegegnerin deshalb weitere Leistungen abgelehnt (act. II 68). Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, dass ihm die versäumten Termine nicht zum Nachteil gereichen dürften. Er bringt vor, er habe ADHS und eine Intelligenzminderung. Es könne daher von ihm nicht gefordert werden, die Therapie eigenverantwortlich und konsequent zu besuchen, er sei denn auch wegen Überforderung gescheitert. Daran treffe ihn kein Verschulden, zumal auch die Therapieein-

richtung G._____ schwer erreichbar gewesen sei und ein Missverständnis vorgelegen habe. Dem kann nicht gefolgt werden.

3.3.1 Ein rechtsgenügliches Mahn- und Bedenkzeitschreiben bedingt, dass die betroffene Person in die Lage versetzt wird, sich die nachteiligen Folgen ihres Verhaltens zu vergegenwärtigen (Urteil des BGer I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3.3), was einzig voraussetzt, dass sie die massgebenden Sachverhaltselemente tatsächlich mitgeteilt erhalten hat (vgl. ADRIAN ROTHENBERGER, in: KIESER/KRADOLFER/LENDERS [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 21 N. 150). Diese Voraussetzungen sind vorliegend ohne weiteres erfüllt: Das entsprechende Schreiben vom 29. Dezember 2023 (act. II 55) enthält die unmissverständliche und hinreichend konkretisierte Verhaltensanordnung (schriftliche Mitteilung des Therapeuten, der Therapiefrequenz und des verabreichten ADHS-spezifischen Medikaments) sowie – mit dem expliziten Hinweis auf die drohende Leistungskürzung oder -verweigerung – eine ebenso klare Androhung der Rechtsfolgen im Falle der Missachtung dieser Verhaltensanordnung.

3.3.2 Wäre dem Beschwerdeführer dahingehend zu folgen, dass er aufgrund der vom RAD anerkannten Diagnosen einer ADHS und einer Lernbehinderung tatsächlich nicht in der Lage ist, die Therapie eigenverantwortlich und konsequent zu besuchen, resp. dass er sich über das von ihm Verlangte und über die Folgen im Unterlassungsfall gar nicht bewusst war, drängten sich behördliche Massnahmen des Erwachsenenschutzes zum seinem Wohl und Schutz auf (vgl. Art. 388 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210]), wobei eine Vertretungsbeistandschaft nach Art. 394 f. ZGB sowie eine umfassende Beistandschaft nach Art. 398 ZGB gar gegen den Willen des Beschwerdeführers (vgl. act. II 29/7, 51/1) möglich wären. Vorliegend besteht indessen keine Beistandschaft (vgl. act. II 7/1 Ziff. 1.3), wenngleich aber eine intensive und engmaschige Betreuung durch verschiedene Institutionen (vgl. Replik S. 4 oben). Offensichtlich wurde diese Unterstützung durch private oder öffentliche Dienste bislang als ausreichend und genügend (vgl. Art. 389 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB) erachtet und von der Anordnung einer Beistandschaft abgesehen. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers kann denn auch aus den (ins-

besondere medizinischen) Akten nicht gefolgt werden, dass er aufgrund des verminderten intellektuellen Leistungsvermögens Sinn und Zweck einer Mitteilung in einem Sozialversicherungsverfahren nicht erkennen könnte (Replik S. 5).

3.3.2.1 Anlässlich einer Intelligenztestung bzw. neuropsychologischen Untersuchung in den Psychiatrischen Diensten der Spital I. _____ AG vom 4. Oktober 2022 zeigte sich bei einem Gesamt-IQ von 67 zwar ein weit unterdurchschnittliches Ergebnis. Allerdings habe der Beschwerdeführer angegeben, am Morgen vor der Untersuchung Cannabis konsumiert zu haben, weshalb die beiden Indexwerte Verarbeitungsgeschwindigkeit und Arbeitsgedächtnis durch die Wirkung von Cannabis betroffen und wie auch der Gesamt-IQ unterschätzt sein könnten. Der hier eruierte IQ-Wert, welcher im Bereich der Minderintelligenz liege, sei deshalb leicht höher und im Bereich der Lernstörung einzuschätzen. Diese Einschätzung stimme überdies überein mit der Schullaufbahn (Regel- und Kleinklasse, Realschule). Die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung sei im Kindes- und Jugendalter nicht optimal verlaufen, dennoch sei nie eine fachgerechte Abklärung oder Intervention erfolgt. In einer ergänzenden psychiatrischen Untersuchung und Beurteilung hätten sich anamnestisch und biografisch Hinweise auf ein komorbides ADHS mit Impulsivität, Stimmungsschwankungen und Konzentrationsstörungen gezeigt. Angezeigt sei ein anderes Setting (z.B. betreutes Wohnen) oder ein enges Coaching, damit die Voraussetzungen für eine IV-gestützte Praktische Ausbildung (PrA; z.B. Maler/Gipser) möglich wären, sowie eine ADHS-Abklärung (act. II 5/13 f.). Weitergehende Massnahmen wurden nicht in Betracht gezogen.

3.3.2.2 Auch anlässlich der (beruflichen) Integrationsmassnahme für Jugendliche in der E. _____ war die Abteilung Malerei der Meinung, dass eine PrA zum Maler infolge guter praktischer Fähigkeiten für das entsprechende Niveau gewagt werden könnte, vorausgesetzt der Beschwerdeführer könnte sein Pensum (weiter) auf 100 % steigern und die Krankheitsabsenzen abbauen (act. II 38/3 Ziff. 2.1). Die Leistungen einer schulischen Abklärung vom 25. August 2023 lagen denn auch auf einem guten PrA-Niveau (act. II 42/2 unten; namentlich sehr gutes Leseverstehen). Als besondere Massnahme wurde die Weiterführung des Coachings (wegen der

vielen gesundheitsbedingten Absenzen sowie morgendlichen Verspätungen) als notwendig erachtet (act. II 38/12 unten). Immerhin habe der Beschwerdeführer Krankheitsabsenzen nunmehr pünktlich und korrekt mitgeteilt (act. II 38/5 Ziff. 2.3) und sich an Abmachungen gehalten (so das wöchentliche Senden eines Feedbacks zur laufenden Woche; act. II 46/1). Zudem habe der Beschwerdeführer vom Coach den Auftrag bekommen, der Fachperson für berufliche Integration per E-Mail selbst mitzuteilen, dass ihm eine Arbeit nicht gefallen habe. Dies mit dem Ziel, dass nicht das Helfersystem für ihn eine Veränderung bewirke, sondern er selbst. Am 18. April 2023 habe er dies tatsächlich vollzogen (act. II 29/5 oben). Gegen Ende der Massnahme sei das Verhalten des Beschwerdeführers im Arbeitsalltag oft als infantil wahrgenommen worden und habe eine enge Begleitung erfordert. Der Beschwerdeführer müsste in einer Ausbildung voraussichtlich aktiv zu einem differenzierten Wahrnehmen und Beurteilen der eigenen Leistungen und zum Entwickeln von angepassten Lösungsstrategien motiviert und angeleitet werden (act. II 54/4 Ziff. 2.3).

3.3.2.3 Im Rahmen einer testpsychologischen Abklärung in den Psychiatrischen Diensten der Spital I. _____ AG überschritt der Beschwerdeführer in der Wender Utah Rating Scale – Kurzform (WURS-K) mit 31 Punkten knapp den diagnostisch relevanten Schwellenwert von 30 Punkten. Die Befragung zu Symptomen im Kindesalter habe im Bereich der Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität/Impulsivität konsistent Hinweise ergeben, dass eine ADHS im Kindesalter vorgelegen habe. Im Vergleich mit den ICD-10-Forschungskriterien (mind. je sechs Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts-/ Impulskriterien) sei der Hinweis auf die Diagnose einer ADHS klar gegeben. Das durchgeführte Wender-Reimherr-Interview (WRI) habe mit Erfüllen der Kriterien für beide Hauptskalen und allen weiteren Skalen konsistente Befunde für vorhandene ADHS-Symptome im Erwachsenenalter geliefert. Damit seien neben den ICD-10-Kriterien auch die Utah-Kriterien für eine ADHS erfüllt. Damit sei von einer gesicherten Diagnose einer ADHS nach ICD-10 F90.0 auszugehen. Die Ausprägung der psychischen Belastung, die in der Brief-Symptom-Checklist (BSCL) ersichtlich sei, sei wahrscheinlich einerseits vor dem Hintergrund der aktuellen Lebenssituation zu sehen, andererseits könne es zudem als eine Folge unbehandelter ADHS-Symptome gesehen werden. Empfohlen werde eine

psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung oder ein ADHS-spezifisches Coaching, um weitere Strategien zur Verbesserung der Konzentrations-, Organisations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit zu erwerben und zu verfestigen sowie allenfalls die Themen Selbstfürsorge und Emotionsregulation zu besprechen. Eine medikamentöse Behandlung mit einem Methylphenidat könne im Einverständnis des Beschwerdeführers geprüft werden (Berichte vom 11. und 31. August 2023 [act. II 49/5, 43/2]). Weitergehende Massnahmen wurden nicht in Betracht gezogen.

3.3.2.4 Der RAD-Arzt bestätigte im Bericht vom 8. November 2023 die behandlerseits festgestellte ADHS und Lernbehinderung. Diese wirkten sich in der Regel nicht auf das quantitative Leistungsvermögen aus, sondern auf der qualitativen Ebene. Angezeigt sei ein Ausbau der therapeutischen Aktivitäten, v.a. eine medikamentöse Behandlung mit einer Stimulanz (act. II 52/4).

3.3.2.5 Zusammenfassend zeigen sich beim Beschwerdeführer zwar Defizite und Beeinträchtigungen in den Bereichen der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität, aber auch in den anderen relevanten Bereichen wie Affektlabilität, Desorganisation und Impulsivität (vgl. act. II 52/3). Diese werden aber nicht derart einschränkend umschrieben, dass er nicht in der Lage wäre, Sinn und Zweck der begonnenen leitliniengerechten Therapie zu erkennen und zu verstehen, was von ihm überhaupt gefordert wird (vgl. aber Replik S. 7). Er agiert auf einem guten PrA-Niveau (act. II 42/2 unten). Anders als in der Replik (S. 4) ausgeführt, wurde anlässlich der Intelligenztestung nicht auf eine Minderintelligenz, sondern aufgrund der zuvor erfolgten Einnahme von Cannabis bloss (aber immerhin) auf eine Lernstörung erkannt (act. II 5/13). Die empfohlenen Massnahmen beschränken sich im Wesentlichen auf betreutes Wohnen oder ein enges Coaching (act. II 5/14, 38/12 unten, 49/5) bzw. eine therapeutische, insbesondere medikamentöse Behandlung (act. II 49/5, 52/4).

3.3.3 Anders als in der Beschwerde vorgebracht, bestehen sodann auch keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer mit dem Aufgleisen der Therapie bzw. dem Suchen eines Therapeuten/einer Therapeutin überfordert gewesen wäre. Auch wenn ihn der Coach an die erste Therapiesitzung begleitete (vgl. act. II 58/1), nahm er noch einen weiteren Termin bei

Dr. med. F._____ wahr und meldete sich für den übernächsten Termin ab (Protokolleinträge vom 20. Juni, 6. Und 13. August 2024 [in den Gerichtsakten]). Nachdem ihm aufgrund eines Missverständnisses kein weiterer Terminvorschlag mehr unterbreitet worden war, rief er eigenen Angaben in der Beschwerde (S. 1) zufolge mehrfach und selbstständig das G._____ an, ohne aber dass seine Anrufe beantwortet worden wären, und informierte auch seinen Coach. Ähnlich war es ihm auch im Verlauf der Integrationsmassnahme, wenngleich teilweise mit Unterstützung des Coachs, durchaus möglich, Krankheitsabsenzen und Feedbacks pünktlich und korrekt mitzuteilen (act. II 38/5 Ziff. 2.3, 46/1) und sich per E-Mail an die Fachperson für berufliche Integration zu wenden (act. II 29/5 oben). Gleichfalls hätte von ihm im vorliegenden Zusammenhang erwartet werden können, dass er sich nicht nur an seinen Coach richtet, sondern auch die Beschwerdegegnerin kontaktiert und ihr mitteilt, dass die Terminvereinbarungen mit dem G._____ schwierig seien und er von diesem nichts mehr vernommen habe. Hinzu kommt, dass er nach mehreren frustrierten Anrufversuchen mit dem G._____ zusätzlich per E-Mail oder Kontaktformular auf dessen Homepage hätte in Kontakt treten können. Sofern erforderlich hätte er hierzu bei der D._____ bzw. seinem Coach um Unterstützung bitten können.

3.4 Bevor die versicherte Person Leistungen verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglichst zu mindern. Ein Rentenanspruch ist nämlich zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (SVR 2018 IV Nr. 61 S. 197 E. 4.2, 2017 UV Nr. 45 S. 156 E. 3.3.1).

Der Beschwerdeführer hat sich der angeordneten Selbsteingliederung in Form der zumutbaren medizinischen Behandlung nicht (hinreichend) unterzogen. Er hat damit seine Schadenminderungspflicht nicht erfüllt. Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren wurde korrekt durchgeführt und die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf Leistungen zu Recht abgelehnt. Dies erweist sich unter Berücksichtigung dessen, dass ohne leitliniengerechte Therapie eine behördliche Massnahme keinen Sinn ergibt

(act. II 52/4), denn auch als verhältnismässig. Sämtliche IV-Leistungen sind von der leistungsablehnenden Verfügung erfasst, wobei die globale Leistungsablehnung ihren Grund in der Nichterfüllung der Selbsteingliederungspflicht hat. Folglich braucht auch der (Eventual-)Antrag auf Zusprache einer Rente (vgl. Replik S. 8 ff.) nicht weiter geprüft zu werden.

Der Umstand, dass der Beschwerdeführer die Therapie inzwischen wieder aufgenommen hat (vgl. Beschwerde S. 1 unten), ist in einem allfälligen Neuanmeldungsverfahren zu berücksichtigen (Urteile des BGer 9C_236/2021 vom 3. September 2021 E. 2.2 und 8C_494/2019 vom 10. Dezember 2019 E. 4.1). Die angefochtene Verfügung enthält denn auch den Hinweis, dass bei einer Neuanmeldung ein Arztbericht über eine leitliniengerechte Therapie beizulegen ist (act. II 67/1 unten).

3.5 Die angefochtene Verfügung ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist 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 i.V.m. 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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.