

IV 200 2025 429
KOJ/BON/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. März 2026

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Bögli

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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



betreffend Verfügung vom 3. Juni 2025

Sachverhalt:

A.

Der 1978 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt bei der B._____ GmbH in ... im Stundenlohn tätig (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 80 S. 2), meldete sich im April 2020 unter Hinweis auf eine Autoimmunhepatitis bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 1). Die IVB traf medizinische Abklärungen, insbesondere holte sie Arztberichte bei den behandelnden Ärzten ein und veranlasste auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eine interdisziplinäre (gastroenterologische, psychiatrische, neurologische, orthopädische, internistische, pneumologische) Gesamtbeurteilung durch die Fachärzte der medizinischen Abklärungsstelle C._____ (MEDAS; Gutachten vom 20. Juni 2024 [act. II 102.1-102.11]). Mit Vorbescheid vom 27. Juni 2024 stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. II 103). Nach weiteren medizinischen Abklärungen und erneut durchgeführten Vorbescheidverfahren (act. II 107 ff. und 121 ff.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 3. Juni 2025 (act. II 129) einen Leistungsanspruch mangels eines anspruchserheblichen invalidisierenden Gesundheitsschadens.

B.

Hiergegen erhob der Beschwerdeführer am 3. Juli 2025 Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Rente zuzusprechen. Ebenfalls ersuchte er sinngemäss um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Am 16. Juli 2025 reichte er aufforderungsgemäss Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sowie unaufgefordert weitere medizinische Akten ein (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1-7).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 31. Juli 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 5. August 2025 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wegen Aussichtslosigkeit ab.

Mit Eingabe vom 25. September 2025 reichte der Beschwerdeführer ein weiteres Beweismittel ein (act. IA 8).

In der Stellungnahme vom 9. Oktober 2025 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest.

Am 4. März 2026 reichte der Beschwerdeführer ein weiteres Beweismittel ein (act. IA 9).

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 3. Juni 2025 (act. II 129). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im April 2020 (act. II 1), womit gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG der frühestmögliche Zeitpunkt eines potenziellen Rentenbeginns der 1. Oktober 2020 ist. Mithin steht ein vor dem 1. Januar 2022 zu prüfender Rentenanspruch zur Diskussion, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung (fortan aArt.) Anwendung finden (vgl. dazu auch Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungsrecht 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, 132 V 121 E. 4.4 S. 125).

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). 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). 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Verlaufsbericht vom 25. November 2020 (act. II 27) nannte die behandelnde Hausärztin, Dr. med. D. _____, Praktische Ärztin, die Diagnosen einer Autoimmunhepatitis Typ 1, einer Leistungsintoleranz, einer sexuellen Dysfunktion, einer latenten Depression und einer psychosozialen Belastungssituation (S. 2 und 4). Sie attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ohne Angabe eines konkreten Zeitfensters (S. 3).

Im Verlaufsbericht vom 25. April 2021 (act. II 61) hielt Dr. med. D. _____ eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit im Umfang von rund 15-20 % fest (act. II 61 S. 3).

3.1.2 Im Arztbericht vom 4. Februar 2022 (act. II 54) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beim Beschwerdeführer eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F33.1) sowie einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), weshalb aktuell lediglich eine angepasste Tätigkeit im Umfang von ein bis zwei Stunden pro Tag möglich und eine Steigerung gegenwärtig nicht zumutbar sei (S. 4 und 7).

3.1.3 Im MEDAS-Gutachten vom 20. Juni 2024 (act. II 102.1-102.11) stellten die Sachverständigen in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen (act. II 102.1 S. 5 Ziff. 4.3):

- Autoimmunhepatitis Typ 1
- anamnestische Angabe von Müdigkeit, Zittern, "Schwindel", "Atemnot"
- Status nach durchgemachter Hepatitis B, Immunität gegen Hepatitis A
- Status nach interkurrenter Gastroenteritis Februar 2019
- Prae-Adipositas = Übergewicht (BMI 28.2)
- Anpassungsstörung, kurze depressive Reaktion (ICD-10: F43.20)
- subjektiv Schwindel, nicht organisch-neurogener Ätiologie
- subjektive Sensibilitätsstörungen an den Füessen, nicht neurologisch erklärbar
- Polyarthralgien kleiner und grosser Gelenke
- belastungsabhängige Schmerzen rechtes Kniegelenk bei bekanntem Meniskusschaden
- belastungsabhängige Schmerzen linkes Kniegelenk bei röntgenologisch ausgeschlossener Arthrose
- belastungsabhängige Schmerzen beider Füsse bei geringgradigen arthrotischen Veränderungen am Grosszehengrundgelenk beidseitig röntgenologisch ausgeschlossenen osteodestruktiven Veränderungen
- Asthma bronchiale (anamnestisch)
- mässiger Nikotinabusus

- aktenkundig Verdacht auf Asthma bronchiale, ab 2014 in Spiro nicht nachweisbar, Spiroergometrie ohne Befund 2016
- allergische Rhinokonjunktivitis aktenanamnestisch
- Verdacht auf Asthma bronchiale 9. März 2021
- Status nach Ausschluss KHK, inkl. Kardio CT Juni 2016

Im gastroenterologischen Teilgutachten vom 25. November 2023 (act. II 102.3) hielt Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, fest, dass die Autoimmunhepatitis derzeit ohne Therapie in Vollremission und auch der Zustand nach Hepatitis A und B nicht behandlungsbedürftig sei, weshalb die gastroenterologischen Beschwerden nicht nachvollziehbar seien. Die geklagten Beschwerden wie Müdigkeit, Leistungsabfall, Konzentrationsschwäche und Antriebslosigkeit stünden nicht in Zusammenhang mit der derzeit in Vollremission befindlichen Autoimmunhepatitis (S. 8 Ziff. 6.1 und S. 9 Ziff. 6.2). Aus rein gastroenterologischer Sicht liege daher keine objektivierbare Einschränkung des Funktions- und Fähigkeitsprofils vor. Selbst wenn aufgrund eines erneuten Aufflammens der Autoimmunhepatitis wiederum eine immunsuppressive Therapie durchgeführt werden müsste, hätte diese Therapie keine objektivierbare Einschränkung des Funktions- und Fähigkeitsprofils zur Folge, womit sich auch für die Arbeitsfähigkeit aktuell keine Relevanz ergebe (S. 10 f. Ziff. 7.2). In der Zeit nach der Diagnosestellung der Autoimmunhepatitis von Dezember 2018 bis April 2019 sei die 100%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar gewesen (S. 11 Ziff. 8.1 und S. 12 Ziff. 8.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 24. November 2023 (act. II 102.4) stellte Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, fest, dass beim Beschwerdeführer keine gravierende psychische Störung habe gefunden werden können. Die wenn überhaupt zu stellende psychiatrische Diagnose einer Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.20) habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 f. Ziff. 6.1 und S. 8 Ziff. 6.3).

Im allgemein medizinisch-internistischen Teilgutachten vom 13. Februar 2024 (act. II 102.7) führte Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit jedenfalls während den Hospitalisationen und Rekonvaleszenzzeiten (also ab 24. Dezember 2018) vollständig arbeitsunfähig gewesen, gefolgt

von einer Periode mit schwierig abzuschätzender Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, welche wohl vereinfachend als voll anzunehmend sei. Volle Arbeitsfähigkeit sei – unter Berücksichtigung einer dreimonatigen Rekonvaleszenzzeit ab Remission anfangs Juni 2019 – ab Anfang September 2019 wieder gegeben gewesen (S. 11 Ziff. 8.1).

Neurologisch, orthopädisch und pneumologisch wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit festgehalten (act. II 102.5 S. 8 Ziff. 6.3 und S. 8 f. Ziff. 7.1, 102.6 S. 9 Ziff. 6.3 und S. 10 Ziff. 7.2, 102.8 S. 6 f. Ziff. 6.3, S. 7 Ziff. 7.2 und S. 8 Ziff. 8.1).

In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 20. Juni 2024 (act. II 102.1 S. 3 ff. Ziff. 4) hielten die Sachverständigen fest, dass aus gastroenterologischer und allgemein-internistischer Sicht einzig eine temporäre Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Dezember 2018 bis April 2019 bestanden habe. Mit Eintritt der Remission anfangs Juni 2019 sei eine klare Verbesserung anzunehmen und Verweisungstätigkeiten seien ab diesem Zeitpunkt wieder zumutbar gewesen. Spätestens ab Anfang September 2019 habe unter Annahme einer Rekonvaleszenzzeit von drei Monaten auch in der angestammten Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 7 Ziff. 4.6). Für den Fall einer erneuten immunsuppressiven Therapie müsse die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erneut beurteilt werden (S. 6 Ziff. 4.3).

3.1.4 Mit Bericht vom 12. August 2024 (act. II 107 S. 9; act. IA 7) stellte der behandelnde Hepatologe Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie sowie Endokrinologie-Diabetologie, einen erneuten akuten Schub der Autoimmunhepatitis fest und führte aus, aufgrund der vom Beschwerdeführer genannten Beschwerden sei es diesem nicht möglich, einer Tätigkeit nachzugehen, die mit körperlicher Belastung einhergehe.

3.1.5 Die nunmehr behandelnde Hausärztin Dr. med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, attestierte mit Bericht vom 25. August 2024 (act. II 107 S. 3 ff.; act. IA 6) unter Hinweis auf den akuten Schub der Autoimmunhepatitis eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von

maximal zwei bis drei Stunden pro Tag (act. II 107 S. 3; vgl. auch Arztzeugnis vom 18. März 2025 [act. II 126 S. 6 f.]).

3.1.6 Im Arztbericht vom 3. September 2024 (act. II 114 S. 22 ff.) führte Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____ aus, dass von Seiten der Autoimmunhepatitis eine zufriedenstellende und kompensierte Situation vorliege. Die vom Beschwerdeführer erwähnten Beschwerden (Nausea, Schwindel, Bauchschmerzen, schnelle Erschöpfung) könnten nicht hepatologisch erklärt werden (S. 23 f.).

Gemäss Verlaufsbericht vom 25. September 2024 (act. II 112 S. 3 f.) erwartete Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____ bei aktuell hepatologisch zufriedenstellendem Verlauf keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezüglich der Lebererkrankung (S. 3).

3.1.7 In ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2025 (act. II 120 S. 2 ff.) führte die gastroenterologische MEDAS-Gutachterin Dr. med. F. _____ aus, die Diagnose einer Autoimmunhepatitis unter immunsuppressiver Therapie begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Die Autoimmunhepatitis sei gut behandelbar und beherrschbar, auch im Fall des Beschwerdeführers. Aus den letzten Laborwerten von September 2024 sei ersichtlich, dass nach dem erneuten Schub vom 26. Februar 2024 seit Juni 2024 wiederum eine Remission unter immunsuppressiver Therapie vorliege. Aus gastroenterologischer Sicht könne daher nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Februar 2024 bis Juni 2024 konstatiert werden. Unter Verweis auf den Arztbericht des behandelnden Hepatologen Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____ vom 3. September 2024 (act. II 114 S. 22 ff.) bestätigte sie, dass die Diagnose einer Autoimmunhepatitis in Remission keine Arbeitsunfähigkeit begründe (act. II 120 S. 2 und 4 f.).

3.1.8 Im Arztzeugnis vom 2. April 2025 (act. II 126 S. 2 f.; act. IA 5) betonte Dr. med. J. _____ noch einmal, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden für die aktuellen gesundheitlichen Einschränkungen eine wichtige Rolle spielten (S. 2) und sie attestierte mit Arztzeugnis vom 23. Mai 2025 (act. IA 3) erneut eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wobei sie auch eine chronische psychiatrische Krankheit erwähnte.

3.1.9 Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____ führte in seinem "Sprechstundenbericht Hepatologie" vom 18. September 2025 (act. IA 8) aus, die Lebersituation beim Beschwerdeführer sei stabil. Die vom Beschwerdeführer genannten Beschwerden wie Fatigue/Müdigkeit seien durch die Autoimmunhepatitis aus hepatologischer Sicht gut erklärbar (S. 3).

3.1.10 Schliesslich wird mit Arztbericht vom 20. Februar 2026 von Dr. med. K. _____, Facharzt für Radiologie, beim Beschwerdeführer eine bilaterale lumbosakrale Übergangsanomalie festgestellt (act. IA 9).

3.2

3.2.1 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).

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).

3.2.2 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 151 V 244 E. 3.5 S. 248, 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, 8C_260/2020 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf das MEDAS-Gutachten vom 20. Juni 2024 (act. II 102.1-102.11) und die Stellungnahme vom 10. Januar 2025 (act. II 120 S. 2 ff.) der MEDAS-Gutachterin Dr. med. F._____.

Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 20. Juni 2024 (act. II 102.1) ist zusammen mit den einzelnen Teilgutachten (act. II 102.2-102.11) und der ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2025 (act. II 120 S. 2 ff.) für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen klinischen Explorationen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugt inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie die Beurteilungen der medizinischen Situation und der Konsistenz und Plausibilität einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Die Beurteilung des Gesundheitszustands erfolgt unter dem Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich einer Konsensbeurteilung (act. II 102.1 S. 3 ff. Ziff. 4) Ebenso fliessen die Teilgutachten – soweit erforderlich – in die interdisziplinäre Beurteilung ein. Damit erfüllt das MEDAS-Gutachten vom 20. Juni 2024 (act. II 102.1-102.11) – zusammen mit der ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2025 (act. II 120 S. 2 ff.) – die vorerwähnten

höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2.2 f. hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.3.2 An der schlüssigen Einschätzung der MEDAS-Gutachter vermögen die in den Akten befindlichen medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Deren Angaben, wonach der Beschwerdeführer insbesondere an einer Autoimmunhepatitis mit verschiedenen Symptomen leide und daher eine Langzeittherapie mit Immunsuppressiva benötige (insbesondere act. II 27, 107 S. 3 ff., 107 S. 9 und act. IA 3), wurden im MEDAS-Gutachten vom 20. Juni 2024 bzw. der ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2025 berücksichtigt und es wurde nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die Diagnose einer Autoimmunhepatitis vorliegend keine Arbeitsunfähigkeit begründet, selbst wenn ein erneuter Schub auftreten und daher eine erneute Therapie notwendig werden würde (act. II 102.3 S. 10 f. Ziff. 7.2 und 120 S. 2 und 4 f.). In Übereinstimmung dazu führte auch der behandelnde Hepatologe Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____ im Verlaufsbericht vom 25. September 2024 aus, dass er bei zufriedenstellendem Verlauf des erneuten Schubs der Autoimmunhepatitis keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erwarte (act. II 112 S. 3). Sodann hielt er in seinem Arztbericht vom 12. August 2024 lediglich fest, dass aktuell Tätigkeiten mit körperlicher Belastung nicht möglich seien, äusserte sich ansonsten aber nicht zur Arbeitsfähigkeit (act. II 107 S. 9). Auf diese Einschränkung bei Tätigkeiten mit schwerer körperlicher Belastung wies auch Dr. med. F. _____ in ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2025 hin (act. II 120 S. 5). Erhebliche Differenzen zwischen den Berichten von Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____ und der Einschätzung der Gutachter im MEDAS-Gutachten mit ergänzender Stellungnahme sind nicht ersichtlich. Sodann wurde die von Dr. med. D. _____ und Dr. med. J. _____ mehrfach attestierte (und zum Teil als erheblich eingestufte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht näher begründet, sondern einzig anhand der vom Beschwerdeführer subjektiv geschilderten Symptome und seiner aktuell effektiv ausgeübten Tätigkeit beurteilt (vgl. act. II 27, 61, 107 S. 3 ff., 126 S. 2 und act. IA 3). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität ist aber nicht unbesehen auf die subjektiven Angaben der versicherten Person abzustellen, sondern es hat stets eine sorgfältige

Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Soweit der Beschwerdeführer ihn beeinträchtigende Symptome erwähnt, vermögen diese subjektiven Angaben eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit demnach nicht rechtsgenügend nachzuweisen. Ebenfalls darf und soll der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Auch der im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____ vom 18. September 2025 (act. IA 8) ändert nichts. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wie Fatigue/Müdigkeit werden hier zwar als durch die Autoimmunhepatitis als gut erklärbar erachtet, doch wird gerade im MEDAS-Gutachten mit schlüssiger Begründung dargelegt, dass die genannten Symptome in keinem Zusammenhang mit der dazumal in Vollremission befindlichen Autoimmunhepatitis stehen (vgl. das gastroenterologische Teilgutachten [act. II 102.3 S. 9 Ziff. 6.2 und S. 10 f. Ziff. 7.2] und die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [act. II 102.1 S. 4 f. Ziff. 4.2]). Schliesslich setzt sich Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____ mit dem Arztbericht vom 18. September 2025 (act. IA 8) in Widerspruch zu seinem Arztbericht vom 3. September 2024, in welchem er noch ausgeführt hatte, dass die erwähnten Beschwerden (Nausea, Schwindel, Bauchschmerzen, schnelle Erschöpfung, Anstrengungsatemnot) nicht hepatologisch erklärt werden könnten (act. II 114 S. 23 f.). Seine Angaben vermögen am schlüssigen Ergebnis des MEDAS-Gutachtens vom 20. Juni 2024 (act. II 102.1-102.11) folglich ebenfalls keine Zweifel zu erwecken.

In psychiatrischer Hinsicht haben die Gutachter zu den von den behandelnden Ärzten gestellten psychiatrischen Diagnosen Stellung genommen und nachvollziehbar und überzeugend aufgezeigt, dass und weshalb diese nicht (mehr) zutreffend sind (act. II 102.1 S. 5 Ziff. 4.2 und 102.4 S. 7 f. Ziff. 6 und S. 5). Wie den Akten weiter zu entnehmen ist, fand die letzte Kontrolle bei Dr. med. E. _____ bereits im Dezember 2021 (act. II 54 S. 2) statt, womit sein Arztbericht vom 4. Februar 2022 (act. II 54) nicht mehr den aktuellen Gesundheitszustand wiedergibt und damit keine Zweifel an der Beurteilung der MEDAS-Gutachter zu erwecken vermag.

Dr. med. E. _____ hat denn auch festgehalten, dass er aufgrund der erst kürzlich begonnenen Behandlung keine abschliessende Prognose zur Arbeitsfähigkeit und zur Eingliederung abgeben könne (act. II 54 S. 5 und 7). Die behandelnden Hausärztinnen Dr. med. D. _____ und Dr. med. J. _____ wie auch Prof. Dr. med. Dr. nat. phil. I. _____, welche bei ihrer Beurteilung ein psychisches Beschwerdebild mit einbeziehen (act. II 27 S. 2 und 4, 107 S. 5 und 9, act. IA 3), verfügen sodann nicht über den entsprechenden Facharztstitel. Für die Eignung eines Arztes oder einer Ärztin, in einer bestimmten medizinischen Disziplin stichhaltige Aussagen machen zu können, ist jedoch gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel vorausgesetzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_83/2010 vom 22. März 2010 E. 3.2.3). Die fachfremden Ausführungen der Behandler vermögen die gutachterlichen Schlussfolgerungen daher nicht in Zweifel zu ziehen.

3.3.3 Neben dem Hinweis auf die Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte erhebt der Beschwerdeführer keine (substanzierten) Einwände – solche sind denn auch nicht ersichtlich – und bestreitet insbesondere auch nicht die überzeugende psychiatrische Beurteilung der MEDAS. Eine psychotherapeutische Behandlung hat er im Übrigen nach kurzer Zeit wieder abgebrochen (act. II 102.4 S. 7 Ziff. 6.1).

3.3.4 Schliesslich vermag auch der vom Beschwerdeführer nachträglich beigebrachte Arztbericht vom 20. Februar 2026 von Dr. med. K. _____ (act. IA 9) nichts zu ändern. Denn das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213, 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2022 UV Nr. 46 S. 183, 8C_655/2021 E. 6.3.1). Im erwähnten Arztbericht wird gestützt auf die Untersuchung vom 20. Februar 2026 und damit deutlich nach dem Verfügungszeitpunkt am 3. Juni 2025 ein neuer Befund gestellt, weshalb dieser im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen ist.

3.4 Zusammenfassend ist gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 20. Juni 2024 (act. II 102.1-102.11) aktuell kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erstellt.

4.

Nach dem Dargelegten hat der Beschwerdeführer mangels eines Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit keinen Anspruch auf IV-Leistungen. Die gegen die Verfügung vom 3. Juni 2025 (act. II 129) erhobene Beschwerde ist damit offensichtlich unbegründet und abzuweisen.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 4. März 2026)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.