

IV 200 2025 538
ISD/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. März 2026

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. jur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. August 2025



Sachverhalt:

A.

Der 1990 geborene und nach der Einreise in die Schweiz (Oktober 2019) insbesondere vom 1. November 2021 bis 4. Mai 2022 als Praktikant in einem Pensum von 80 % bei der C._____ AG (nunmehr in Liquidation; vgl. <www.zefix.ch>) tätig gewesene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2022 unter Hinweis auf eine am 26. Januar 2022 diagnostizierte arteriovenöse Malformation (AVM) pontin links bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act.II] 1, 12/3, 15). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen, verneinte nach Durchführung eines Aufbautrainings in der C._____ AG (act. II 20, 23) mit Mitteilung vom 9. Februar 2023 (act. II 37) den Anspruch auf berufliche Massnahmen aufgrund der gesundheitlichen Situation und liess den Versicherten in den Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie (mit Zusatzuntersuchung Neuropsychologie) sowie Orthopädie begutachten (Expertise der D._____ [MEDAS] vom 24. Juni 2024 [act. II 93.1/13 ff.]). Mit Vorbescheid vom 25. April 2025 stellte sie in Aussicht, bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 10 % einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 98, 103) und Einholung einer Stellungnahme der neuropsychologischen Gutachterin vom 11. Juli 2024 (recte: 2025; act. II 108) verfügte die IV-Stelle am 15. August 2025 wie in Aussicht gestellt (act. II 109).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. jur. B._____, mit Eingabe vom 3. September 2025 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei über seinen Leistungsanspruch nach Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und insbesondere Einholung eines erneuten verwaltungsexternen polydisziplinären Sachverständigengutachtens erneut zu befinden, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. August 2025 (act. II 109). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers 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 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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7

S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2 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). Eine Rente nach Abs. 1 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).

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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 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. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

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

3.1.1 Der Beschwerdeführer erlitt am 26. Januar 2022 eine spontane Subarachnoidalblutung in Folge einer AVM, welche sich in einem epileptischen Anfall manifestierte. Es erfolgte in dem Spital F._____ eine Coil-Embolisation des AVM-assoziierten Aneurysmas und aufgrund eines Hydrocephalus malresorptivus mit Vigilanzminderung eine Externe Ventrikeldrainage (EVD; Austrittsbericht vom 9. Februar 2022 [act. II 41/35 ff.]). Im Anschluss war der Beschwerdeführer vom 9. bis 16. Februar 2022 in dem Spital F._____ in stationärer Behandlung. Klinisch zeigte sich bei Austritt (noch) eine diskrete psychomotorische Verlangsamung (Austrittsbericht vom 14. März 2022 [act. II 9.2/6 ff.]). Die Fortführung der neurorehabilitativen Massnahmen erfolgte vom 16. bis 24. Februar 2022 in dem Spital F._____. Dabei zeigten sich eine intermittierende Kopfschmerzsymptomatik sowie ausgeprägte Müdigkeit und eine diskrete psychomotorische Verlangsamung (Austrittsbericht vom 25. Februar 2022 [act. II 9.2/11 ff.]). Attestiert wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 26. Januar bis 25. März 2022 (act. II 9.2/17). Am 24. März 2022 wurde eine endovaskuläre Ergänzung der Embolisation durchgeführt, welche sich aufgrund der Eloquenz der AVM-Gefässe frustan gestaltete (Austrittsbericht des Spitals

F._____ vom 26. März 2022 [act. II 9.2/2 ff.]), und vom 16. bis 19. Mai 2022 unterzog sich der Beschwerdeführer in dem Spital F._____ einer stereotaktischen Radiotherapie mit 4 x 7 Gy am CyberKnife (Berichte vom 5. Mai und 9. Juni 2022 [act. II 32/4 ff.]). Eine strukturelle Kardiopathie konnte anlässlich der Sprechstunde Kardiologie des Spitals F._____ vom 29. März 2022 ausgeschlossen werden (Bericht vom 31. März 2022 [act. II 41/22 ff.]). Die Arbeitsunfähigkeit wurde sukzessive verlängert (act. II 9.2/5 und /1, 39.2/32 ff. und /1 ff.; vgl. zum Ganzen auch act. II 93.1/14).

3.1.2 Im weiteren Verlauf stellten die behandelnden Ärzte bei weitgehend stabiler Situation (mit Tendenz zur Hyperfokussierung) kognitive Defizite inkl. Verlangsamung, eine Feinmotorikstörung sowie eine reduzierte Belastbarkeit fest und attestierten entsprechend weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit (Berichte des Spitals F._____ vom 16. Mai 2022 [act. II 36/6 ff.] und 8. August 2022 [act. II 36/3 ff.], des Spitals F._____ vom 4. August 2022 [act. II 35/2] und des Spitals F._____ vom 5. Oktober 2022 [act. II 38/3 f.]; vgl. dazu auch die Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 15. Juni 2022 [act. II 16]).

3.1.3 Ein ab 1. November 2022 in der C._____ AG durchgeführtes Aufbautraining (act. II 20, 23) war bei fast täglich auftretenden Kopfschmerzen nicht erfolgreich; die Arbeitsfähigkeit für den Arbeitsmarkt wurde verneint und eine relevante Besserung der Arbeitsfähigkeit ca. ein Jahr nach dem akuten Ereignis als eher unwahrscheinlich bezeichnet (Bericht des Spitals F._____ vom 6. Januar 2023 [act. II 41/3 ff.]). Gestützt darauf schloss die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 9. Februar 2023 die berufliche Eingliederung ab (act. II 37).

3.1.4 Im Rahmen der ambulanten Neuro-Psychotherapie in dem Spital F._____ (vom 4. März 2022 bis 5. Mai 2023) wurde beschrieben, dass insbesondere kognitive Aufgaben den Beschwerdeführer stark ermüdeten und ihn auch in Stimmungstiefs versetzten. Es zeige sich eine zumindest mittelschwere neuropsychologische Störung. Indem er seine Belastbarkeitsgrenzen besser wahrnehmen können, regelmässige Pausen erhalten habe und den Alltag mit Haushalt und Erholungsphasen in seinem eigenen Tempo ohne Zeitdruck gestaltet habe, hätten ausgeprägte Müdig-

keits- und Stimmungseinbrüche zunehmend besser vermieden werden können (Abschlussbericht vom 6. Juni 2023 [act. II 48]).

3.1.5 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ging im Bericht vom 3. April 2024 von einem stationären Gesundheitszustand aus (act. II 87/2 Ziff. 1), wobei der Beschwerdeführer wegen Konzentrationsstörungen, rascher Erschöpfbarkeit, Kopfschmerzen und Stimmungsschwankungen höchstens zwei Stunden pro Tag – entsprechend einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 20 % – arbeiten könne und danach Pausen einschalten müsse, was eigentlich nur zu Hause möglich sei (act. II 87/2 f. Ziff. 5 und 9). Zwar sei der Beschwerdeführer nach der Rehabilitationszeit körperlich wieder mobil und selbstständig in allen Aktivitäten des täglichen Lebens, doch sei die Einsatzfähigkeit durch rasche Erschöpfbarkeit stark limitiert (act. II 87/3 Ziff. 12).

3.1.6 Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung diagnostizierten die MEDAS-Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Lumboischialgie links bei Diskusbulging L4/5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 beidseits, eine AVM pontin links mit residueller Hypästhesie der linken Gesichtshälfte, ein (auf eine frühere nicht-traumatische Blutung zurückzuführender) Kopfschmerz mit/bei Status nach Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch und Status nach Occipitalis-Neuralgie links sowie den Verdacht auf eine organische emotional labile (asthenische) Störung (ICD-10 F06.6; act. II 93.1/19 Ziff. 4.3).

Die Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben könnten im Wesentlichen auf das im MRI (vgl. act. II 93.5) sichtbare leichte Diskusbulging L4/5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 beidseits zurückgeführt werden. In der klinisch-neurologischen Untersuchung finde sich eine Hypästhesie der linken Gesichtshälfte bei ansonsten unauffälligem Neurostatus. Die Gefühlsstörung könne durch die bildmorphologisch dargestellte Hirnstammläsion erklärt werden, welche ein Residuum der AVM bzw. deren Behandlung darstelle. Eine aktenanamnestisch dokumentierte Feinmotorikstörung der Hände lasse sich gegenwärtig nicht mehr objektivieren. Bezüglich der kognitiven Einschränkungen fänden sich in den Akten wechselnde Einschätzungen betreffend das neurokognitive Ausfallprofil und den Schweregrad. Die neuropsychologische Zusatzbe-

urteilung vom 6. Juni 2024 (vgl. act. II 93.2) zeige eine auffällige Beschwerdevalidierung sowie Inkonsistenzen und Unplausibilitäten auf mehreren Ebenen. Neuroanatomisch liessen sich die testpsychologisch formal mittelschweren Defizite in unterschiedlichen kognitiven Domänen nicht ausreichend durch die bildmorphologisch dargestellte Läsion im Bereich des Hirnstamms links erklären. Nicht-organisch bedingte psychiatrische Diagnosen seien weder aktenanamnestisch noch anlässlich der gutachterlichen Untersuchung zu erheben gewesen; die geklagten neuropsychologischen Beschwerden (u.a. Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörungen, Reizoffenheit, Ablenkbarkeit) könnten nicht durch eine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne erklärt werden. Zu diskutieren bleibe, ob eine psychiatrische Diagnose aus der ICD-10-Gruppe F0x, organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen, zu erheben sei. Wegweisend für die Beurteilung der Validität der geklagten Beschwerden seien hierbei die Ergebnisse des neuropsychologischen Teilgutachtens (vgl. act. II 93.2) mit auffälligen Ergebnissen bei der Beschwerde- und Performanzvalidierung mit der Folge, dass die Befunde als nicht valide beurteilt worden seien und keine neuropsychologische Diagnose habe gestellt werden können. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung hätten sich auch gewisse Inkonsistenzen in Bezug auf das Aktivitätenniveau ergeben. Im Übrigen habe der Beschwerdeführer ausgesprochen kontrolliert und affektiv wenig spürbar gewirkt. Die geklagten kognitiven Beeinträchtigungen liessen sich deshalb auch aus psychiatrischer Sicht nicht mit ausreichender Sicherheit und Validität beurteilen. Begrenzt nachvollziehbar erschienen einzig die Klagen über eine Veränderung des Erlebens und der Affektivität. Zwar liessen sich die Beschwerden nicht objektivieren und ein Anteil an Aggravation am Ausmass der geklagten Beschwerden erscheine wahrscheinlich. Gesamthaft sei der Verdacht auf eine organisch bedingte emotionale Labilität zu erheben, die eine Diagnose nach ICD-10 begründe und die vom Beschwerdeführer geklagten Symptome der Affektdurchlässigkeit oder -labilität umfasse (act. II 93.1/17 f. Ziff. 4.2).

Körperlich mittelschwere Tätigkeiten, primär sitzend oder stehend, mit häufig inklinierten und rotierten Körperhaltungen, könnten nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden. Aus rein neurologischer Sicht bestehe auf-

grund der episodischen Kopfschmerzen eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit gering erhöhtem Pausenbedarf. Aufgrund der psychiatrischen Diagnose bestehe eine erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, eine mässig ausgeprägte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Kompetenz und Wissensanwendung, der Proaktivität und Spontanaktivitäten, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der Gruppenfähigkeit, der Mobilität und Verkehrsfähigkeit und eine leicht ausgeprägte Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten (act. II 93.1/18 ff. Ziff. 4.3 und 4.5). Die diesbezüglichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden als gering eingeschätzt (act. II 93.1/18 Ziff. 4.2). In der Tätigkeit als Praktikant ... habe gesamthaft bei voller Stundenpräsenz aufgrund der akuten Subarachnoidalblutung bei AVM pontin links von Januar bis Juli 2022 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, aufgrund der psychiatrischen Diagnose ab August 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % und infolge der orthopädischen Diagnose seit dem Zeitpunkt der Begutachtung eine solche von 40 % bestanden (act. II 93.1/20 f. Ziff. 4.6). Auch für adaptierte Tätigkeiten habe von Januar bis Juli 2022 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten ab August 2022 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 90 % zugemutet werden. Zudem sollte es sich um körperlich sehr leichte Tätigkeiten, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen handeln (act. II 93.1/21 Ziff. 4.7).

3.1.7 Dr. phil. G._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP, und lic. phil. H._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, bemängelten in der Stellungnahme zum Vorbescheid vom 19. Juni 2025 (act. II 102/2 ff.), dass ihnen die Namen und Rohwerte der im neuropsychologischen Teilgutachten (act. II 93.2) durchgeführten Testverfahren nicht genannt worden seien. Abgesehen davon seien die Beeinträchtigungen in den basalen Aufmerksamkeitsfunktionen entgegen der Gutachterin plausibel und passten zu den Beobachtungen, dass der

Beschwerdeführer langsamer sei (act. II 102/3 ad Ergebnisse Performanzvalidierung). Auch sei der Verlauf und das Ausmass der festgestellten kognitiven Defizite entgegen der Aussage im Teilgutachten plausibel, müsse die Belastbarkeit doch über einen längeren Zeitraum geprüft werden und würde das Ausmass der kognitiven Schwierigkeiten den Patienten und deren Angehörigen meist erst bewusst, wenn sich der Patient wieder in seinem häuslichen Umfeld befinde und mit den Alltagsanforderungen konfrontiert sei (act. II 102/3 f. ad neuropsychologische Verlaufstestungen und Verlauf). Nicht valide neuropsychologische Befunde seien nicht einzig durch Aggravation erklärbar, sondern auch durch Ärger, Negativismus, Frustration, Streben nach Aufmerksamkeit oder Anerkennung und Fürsorge sowie Streben nach Gerechtigkeit (act. II 102/4 ad Aggravation). Schliesslich sei bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dem Umstand Rechnung zu tragen, dass im Rahmen des therapeutisch begleiteten Arbeitsversuchs an der ehemaligen Praktikumsstelle die Präsenzzeit und die inhaltlichen Anforderungen der Tätigkeit aufgrund der Art und des Ausmasses der noch bestehenden Beeinträchtigungen nicht soweit hätten gesteigert werden können, dass eine relevante Arbeitsfähigkeit erreicht worden sei (act. II 102/4 f. ad Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit).

3.1.8 Zu den Einwänden des Beschwerdeführers resp. zu den Ausführungen der Dr. phil. G._____ und des lic. phil. H._____ (vgl. E. 3.1.7 hiervor) nahm die neuropsychologische Gutachterin am 11. Juli 2024 (recte: 2025) wie folgt Stellung: Gemäss den Leitlinien für die neuropsychologische Begutachtung des Vereins Versicherungsmedizin Schweiz (Swiss Insurance Medicine, SIM) werde empfohlen, weder Namen noch Rohwerte der eingesetzten Testverfahren zur Erhebung der Beschwerde- und Performanzvalidierung zu nennen, um die Testintegrität zu wahren. Bereits im Teilgutachten sei festgehalten worden, dass zwei von drei Performanzvalidierungsaufgaben als auffällig zu beurteilen gewesen seien, was gemäss fachlicher Literaturmeinung klar auf eine bewusstseinsnahe Aggravation von kognitiven Einbussen hinweise. Es sei auch auf eine auffällig hohe Anzahl an Antizipationen in der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) hingewiesen worden. Korrekt sei, dass diese Auffälligkeit im Zusammenhang mit Problemen in der Aufmerksamkeit oder auch der exekutiven Kontrolle erklärt werden könne. Jedoch könnten verlang-

samte Reaktionen in der tonischen Alertness in Kombination mit einer erhöhten Gesamtzahl an Antizipationen gemäss einer weiteren Literaturmeinung als auffällig in Bezug auf Aggravation gesehen werden, insbesondere wenn diese Kombination (wie vorliegend) in einem Test auftrete. Wiederum eine andere Literaturmeinung bestätige zudem, dass die Go/NoGo-Aufgabe aufgrund ihrer Anforderungen an die exekutive Kontrolle und Impulssteigerung eine höhere kognitive Belastung darstelle als die Alertness-Aufgabe, die lediglich die Reaktionsfähigkeit prüfe. Die Resultate früherer Untersuchungen seien aufgrund des Fehlens einer Beschwerdevalidierung nur eingeschränkt verwertbar. Während der gutachterlichen Untersuchung sei der Beschwerdeführer klinisch nicht durch eine erhöhte Verlangsamung aufgefallen (act. II 108/1 ff. ad Performanzvalidierung). In keiner der in den Akten dokumentierten Voruntersuchungen sei eine Beschwerdevalidierung durchgeführt worden. Zudem habe eine mittelschwere neuropsychologische Störung der Literaturmeinung nach eine deutliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag und in den meisten beruflichen Anforderungen (nur noch einfache Arbeiten und Auffallen im sozialen Umfeld) zu Folge; dieser Schweregrad werde vorliegend nicht erreicht (act. II 108/4 ff. ad neuropsychologische Verlaufstestungen und Verlauf). Wenn, wie vorliegend, die Slick-Kriterien vollständig erfüllt seien, führe dies unweigerlich zur Schlussfolgerung, dass eine Aggravation oder Simulation vorliege (act. II 108/6 f. ad Aggravation). Ohne valide neuropsychologische Testbefunde sei keine fundierte Einschätzung der Schwere, Art der Störung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit möglich. Zwar lieferten die Berichte über den Arbeitsversuch wertvolle Zusatzinformationen, aber ohne valide Testdaten könnten sie nicht als Grundlage für eine endgültige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit herangezogen werden. Auch bei einem Arbeitsversuch könne ein suboptimales Leistungsverhalten vorliegen (act. II 108/7 f. ad Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit).

3.1.9 Im Bericht vom 3. September 2025 präzisierte lic. phil. H. _____, die Gründe für problematisches Leistungsverhalten könnten vielseitig sein, wobei die aktuelle Literatur wesentlich nuancierter sei. Defizitäre Resultate könnten auch genau das widerspiegeln, wofür sie eigentlich konstruiert worden seien, nämlich einen Hinweis zu geben auf Defizite. Gezeigte Leistungen und berichtete Beschwerden könnten unabhängig voneinander gül-

tig (valide) resp. ungültig (invalide) sein. Der Beschwerdeführer könne sehr wohl Einschränkungen haben, denn er habe nachweislich eine Hirnverletzung erlitten und frühere Befunde und multiple Beobachtungen beschrieben die Probleme detailliert. Diese Probleme seien patho-ätiologisch grundsätzlich nachvollziehbar (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6).

3.2 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).

3.2.1 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).

3.2.2 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).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3).

3.3 Das MEDAS-Gutachten vom 24. Juni 2024 (act. II 93.1/13 ff.), einschliesslich der Teilgutachten (act. II 93.1/2 ff., 93.2, 93.3 und 93.4), und die ergänzende neuropsychologische Stellungnahme vom 11. Juli 2024 (recte: 2025; act. II 108) erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. E. 3.2 und 3.2.1 hiervor) und überzeugen. Sie erfolgten in Kenntnis und Würdigung der Akten, unter Auseinandersetzung mit den Angaben des Beschwerdeführers bzw. der behandelnden Ärzte und nach umfassender fachärztlicher und zusätzlich neuropsychologischer Untersuchung. Die dabei objektivierbaren Befunde und Einschränkungen flossen in die gutachterliche Konsensbeurteilung (act. II 93.1/13 ff.) ein (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224). Der Beweiswert des MEDAS-Gutachtens ist soweit die somatische Beurteilung betreffend zwischen den Parteien unbestritten geblieben (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 1 i.i.) und aufgrund der Akten ergeben sich diesbezüglich keine massgebenden Diskrepanzen, weshalb auf Weiterungen grundsätzlich verzichtet

werden kann. Immerhin ist aber festzuhalten, dass im orthopädischen Teilgutachten aufgrund anamnestisch seit 2007 und damit vor der Einreise in die Schweiz (2019) bestehender lumbaler Schmerzen (vgl. act. II 93.1/5 f. Ziff. 3.2) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Speziellen bzw. in mittelschweren, primär sitzenden oder stehenden Tätigkeiten mit häufig inklinierten, reklinierten und rotierten Körperhaltungen im Allgemeinen attestiert wurde (vgl. act. II 93.1/11 Ziff. 7.2 und 8). Inwieweit diesbezüglich überhaupt die versicherungsmässigen Voraussetzungen (Art. 6 IVG) erfüllt sind, kann mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen und den Einkommensvergleich offenbleiben.

3.4 Die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten beschränkt sich auf das neuropsychologische Teilgutachten (act. II 93.2) und insoweit auch die ergänzende neuropsychologische Stellungnahme vom 11. Juli 2024 (recte: 2025; act. II 108). Diese Kritik verfängt nicht.

3.4.1 Vorab ist in grundsätzlicher Hinsicht darauf hinzuweisen, dass die neuropsychologische Abklärung nach gefestigter Rechtsprechung lediglich – aber immerhin – eine Zusatzuntersuchung darstellt und es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes bleibt, das funktionelle Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_380/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 10.2.1; vgl. auch Urteil des BGer 9C_478/2021 vom 11. November 2021 E. 4.2 mit Hinweis auf Ziff. 4.3.2.2 der Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] 2016). Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, ein Bericht einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten sei von vornherein unbeachtlich (vgl. BGE 151 V 258 E. 4.3 S. 261).

Das neuropsychologische Teilgutachten (act. II 93.2) wurde vorliegend sowohl vom psychiatrischen als auch vom neurologischen Sachverständigen gewürdigt, wobei insbesondere der psychiatrische Sachverständige die neuropsychologisch beschriebenen Inkonsistenzen und die fehlende Plausibilität sowie die Schlussfolgerung einer (wenn auch umfangmässig schwierig fassbaren) Aggravation in Bezug auf die kognitiven Einschränkungen

kungen und die subjektive Müdigkeit bestätigte (vgl. act. II 93.4/17 Ziff. 4.3, /20 Ziff. 6.2, /22 Ziff. 6.3; vgl. auch act. II 93.3/13). Dem Umstand, dass die neuropsychologische Gutachterin aufgrund der invaliden Testergebnisse auf eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verzichtete, kommt daher keine ausschlaggebende Bedeutung zu. Die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – die notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365) – stellt eine überzeugende Schätzung der mindestens bestehenden Einschränkung (vgl. act. II 93.4/25 Ziff. 8.1, 93.1/20 f. Ziff. 4.6) dar, basierend auf den hinreichend objektivierbaren Befunden, wobei die Arbeitsfähigkeitsschätzung um die Auswirkungen der Aggravation bereinigt wurde. Dass dies vor dem Hintergrund einer lediglich als Verdachtsdiagnose (Verdacht auf eine organische emotional labile [asthenische] Störung [ICD-10 F06.6; act. II 93.4/21 Ziff. 6.3]; vgl. Urteil des BGer 8C_539/2020 vom 3. November 2020 E. 6.2.1) beschriebenen psychischen Krankheitsentität erfolgte, schadet nicht, zumal rechtsprechungsgemäss nicht die (genaue) Diagnose massgebend ist (vgl. etwa Urteil des BGer 8C_121/2023 vom 15. September 2023 E. 4.2 mit Hinweisen) und der so psychiatrisch beschriebenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit Blick auf den Einkommensvergleich ohnehin keine Anspruchsrelevanz zukommt. Die dieser differenzierten fachärztlich-psychiatrischen Einschätzung widersprechenden Stellungnahmen durch die (behandelnden) Psychologen (vgl. act. II 102; act. I 6) sind nicht geeignet, die gutachterlichen Beurteilungen und Schlussfolgerungen zu entkräften, zumal es sich bei den behandelnden Psychologen nicht um Fachärzte (der Psychiatrie) handelt (Urteil des BGer 8C_439/2024 vom 24. März 2025 E. 5.3.2).

3.4.2 Auch inhaltlich ergeben sich sodann weder aufgrund der Stellungnahmen der behandelnden Psychologen (vgl. act. II 102; act. I 6) noch den übrigen (medizinischen) Akten konkrete Anhaltspunkte, welche massgebende Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens (act. II 93.1/13 ff.) bzw. dessen neuropsychologischen Teilgutachtens (act. II 93.2) zu wecken vermöchten, weshalb sich alleine aufgrund der vom Gutachten abweichenden Folgeabschätzung durch die Behandler kein Abweichen vom Gutachten aufdrängt (vgl. E. 3.2.2 hiavor). So legte die neuropsychologische Gutachterin in Auseinandersetzung mit den erho-

benen Testresultaten, der mehrfach und deutlich auffälligen Performanzvalidierung, des klinischen Eindrucks und der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers sowie in einlässlicher Diskussion der abweichenden Beurteilung der behandelnden Neuropsychologen und unter Beizug einer Vielzahl von fachlichen Literaturmeinungen umfassend begründet und sorgfältig abwägend dar, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die angegebenen kognitiven Einschränkungen und die Müdigkeit aggraviert dargestellt werden (act. II 93.2/18 Ziff. 6.2, 108). Die Beurteilung wurde in der Folge vom psychiatrischen Gutachter aufgrund eigener Untersuchung und Würdigung der neuropsychologischen Einschätzung auch aus fachärztlicher Sicht geteilt. Die neuropsychologisch beschriebenen Inkonsistenzen traten denn auch im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens zutage und insgesamt wurden die objektiv vorhandenen Einschränkungen relevant geringer beurteilt, als sie subjektiv reklamiert wurden (act. II 93.4/22 Ziff. 6.3 und /25 Ziff. 7.2). Damit einher geht, dass schon im August 2022 die behandelnde Ärztin des Spitals F._____ eine Tendenz zur Hyperfokussierung feststellte (act. II 36/5). Sowohl die neuropsychologische Gutachterin als auch der psychiatrische Gutachter legten die bei der Beurteilung der Validität der Befunde und der Abgrenzung des Aggravationsanteils bestandenen Schwierigkeiten transparent offen (act. II 93.2/16 ff., 93.4/22 ff., 108), mithin erfolgte der Schluss auf Aggravation – entgegen der Unterstellung durch die Behandler (act. I 6) – weder undifferenziert noch mechanisch. Dies spricht nicht gegen, sondern vielmehr für den Beweiswert des Gutachtens (vgl. Urteile des BGer 9C_614/2015 vom 21. Juni 2016 E. 5.1 und 8C_261/2016 vom 27. Juni 2016 E. 4; SUSANNE BOLLINGER, Der Beweiswert psychiatrischer Gutachten in der Invalidenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, Jusletter vom 31. Januar 2011, Rz. 24 mit Hinweisen).

3.4.3 Die neuropsychologische Gutachterin legte weiter überzeugend begründet dar, dass die früher von den Behandlern erhobenen neuropsychologischen Befunde mangels durchgeführter standardisierter Performanzvalidierung nur eingeschränkt nachvollzogen werden können (act. II 93.2/17 f. Ziff. 6.2). Mit Blick auf die wiederholt beschriebenen Inkonsistenzen, auch ausserhalb des neuropsychologischen Gutachtens, ist

dies angesichts der erforderlichen objektivierten Beurteilung des medizinisch-theoretischen Leistungsvermögens ohne Weiteres nachvollziehbar. Ebenso nahm die neuropsychologische Gutachterin zu den schwankenden Leistungen/Angaben des Beschwerdeführers (diese wurden auch im neurologischen Teilgutachten festgehalten [act. II 93.3/10 Ziff. 3.2, /13 Ziff. 6.1 f.]) in den bisherigen neuropsychologischen Testungen sowie zur vom Gutachten divergierenden ergotherapeutischen Einschätzung Stellung und stellte diese den eigenen Beobachtungen und Befunden gegenüber (act. II 93.2/16 Ziff. 6.1, 108). Soweit die Behandler die leichte Tendenz zur Verschlechterung des kognitiven Leistungsprofils durch krankheitsbedingte Schwankungen bzw. als Differenzialdiagnose bei Status nach Bestrahlung erklären und der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang eine zusätzliche radio-onkologische Begutachtung fordert (Beschwerde S. 7 f. Ziff. 3), ist darauf hinzuweisen, dass eine solche von den Gutachtern in Kenntnis der stattgehabten Strahlentherapie und der erfolgten psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Begutachtung implizit als nicht erforderlich beurteilt wurde, was in ihrem Ermessen stand (Art. 44 Abs. 5 ATSG) und entgegen der Beschwerde nicht zu beanstanden ist.

3.4.4 Auf die Herausgabe der internen Testnotizen bzw. Rohdaten der durchgeführten Tests, welche der gutachterlichen Meinungsbildung dienen, besteht gemäss der Rechtsprechung kein Anspruch (vgl. Urteil des BGer 9C_498/2021 vom 18. Januar 2022 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Dies hat vorliegend auch gegenüber den behandelnden Neuropsychologen zu gelten, ansonsten ohne Weiteres eine Umgehung möglich wäre. Die neuropsychologische Gutachterin war demnach weder zur Herausgabe der Testunterlagen noch zur weitergehenden Information verpflichtet (vgl. auch act. II 108/1 f.).

3.4.5 An der differenzierten gutachterlichen Beurteilung der objektivierbaren gesundheitlichen Einschränkungen und der gestützt darauf attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 93.1/20 f. Ziff. 4.5 ff.) vermögen sodann die im Rahmen des gescheiterten, sehr niederschweligen Eingliederungsversuchs von November 2022 bis Januar 2023 (vgl. dazu act. II 23, 29, 37; Protokoll S. 6 Eintrag vom 18. Januar 2023 [in den Gerichtsakten]) erhobenen Befunde ebenfalls keine Zweifel zu wecken, zumal sie nicht auf vertief-

ten medizinischen Untersuchungen beruhen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung des Beschwerdeführers wiedergeben (Urteil des BGer 8C_217/2023 vom 1. September 2023 E. 4.1.1 und 4.1.4). Dies hat umso mehr im vorliegenden Fall zu gelten angesichts der gutachterlich beschriebenen Aggravation, der erheblichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie der eingeschränkten Motivation zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, auch wegen der Diskrepanz zwischen den Interessen/der Ausbildung und den realistischen Betätigungsmöglichkeiten auf dem schweizerischen Arbeitsmarkt (vgl. act. II 93.4/17 Ziff. 4.3, /19 Ziff. 6.1, /20 f. Ziff. 6.2).

3.5 Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt umfassend abgeklärt, weshalb – entgegen dem Rechtsbegehren in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I.1) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist. Gestützt auf das MEDAS-Gutachten bestand von Januar bis Juli 2022 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten und ab August 2022 eine vollschichtig umsetzbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 90 % in einer angepassten Tätigkeit (act. II 93.1/20 f. Ziff. 4.6 f.). Auf ein strukturiertes Beweisverfahren bzw. auf die Vornahme einer Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.1 zweiter Abschnitt hiervor) kann verzichtet werden (vgl. Urteil des BGer 8C_783/2019 vom 14. April 2020 E. 4.1.4 mit Hinweisen).

4.

4.1 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode, welche sich aus dem Status ergibt. Dieser bestimmt sich nach Art. 24^{septies} Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre. Gemäss Art. 24^{septies} Abs. 2 IVV gilt eine versicherte Person als erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 1 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % oder mehr entspricht (lit. a). Die versi-

cherte Person gilt als nicht erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 2 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit ausüben würde (lit. b) respektive als teilerwerbstätig nach Art. 28a Abs. 3 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als 100 % entspricht (lit. c).

Der Beschwerdeführer war zuletzt in einem 80 %-Pensum erwerbstätig (act. II 12/3 Ziff. 2.3, 15/2) und hätte dieses Pensum gemäss eigenen Angaben im hypothetischen Gesundheitsfall beibehalten (act. II 15/2). Gleichwohl ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung – angesichts der fehlenden massgebenden Einschränkung im Aufgabenbereich im Ergebnis zugunsten des Beschwerdeführers – von einem 100 %-Pensum und der Anwendbarkeit der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (vgl. E. 2.3 hiervor) aus (vgl. act. II 109/1 f.). Wie es sich damit verhält, kann vorliegend offenbleiben, da selbst (zugunsten des Beschwerdeführers) ausgehend von einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit im hypothetischen Gesundheitsfall kein Rentenanspruch resultiert.

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Vorliegend erfolgte die Leistungsanmeldung im April 2022 (act. II 1), wobei gesundheitliche Einschränkungen ab dem 26. Januar 2022 geltend gemacht wurden (act. II 1/6 Ziff. 6.1) bzw. ausgewiesen sind (act. II 9.2/17 f.). Unter Berücksichtigung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG hätte ein Rentenanspruch somit frühestens im Januar 2023 (bei dannzumal erfüllter sechsmonatiger Karenzfrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG) entstehen können. Der Einkommensvergleich ist daher entgegen der angefochtenen Verfügung nicht per August 2022 (vgl. act. II 109/1), sondern erst per Januar 2023 vorzunehmen. Am Ergebnis ändert dies indes nichts.

4.3

4.3.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

4.3.2 Der Beschwerdeführer arbeitete im Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens in einem bis 31. Oktober 2022 befristeten Arbeitsverhältnis (act. II 12/3 Ziff. 2.1). Vor diesem Hintergrund ist das Abstellen auf die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für das Valideneinkommen daher korrekt und zu Recht nicht bestritten. Mit Blick auf die fehlende in der Schweiz anerkannte Berufsausbildung, die bisher ausgeübten Aushilfstätigkeiten und das Praktikum (vgl. act. II 15/1 f.) ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für das Valideneinkommen auf den Totalwert der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) abstellte. Für das Heranziehen des branchenspezifischen Tabellenlohnwertes im Bereich ... (LSE 2022, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 62-63) besteht auch eingedenk der im Rahmen des Praktikums absolvierten Kurse (vgl. act. II 103/7 ff.) und der blossen Möglichkeit einer Festanstellung bei der vormaligen Arbeitgeberin nach erfolgreichem Abschluss des Praktikums (vgl. dazu act. II 15/2 oben) sowie angesichts des befristeten Arbeitsverhältnisses kein hinreichender Anlass. Jedenfalls aber käme lediglich das Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) in Frage, ersetzt doch die vom Beschwerdeführer begonnene Ausbildung "... " (vgl. dazu <www.berufsberatung.ch/dyn/show/

2886?id=2238>) nicht die Ausbildung etwa zum ..., sondern bildet hierfür lediglich eine mögliche Grundlage (<...>) und verfügt der Beschwerdeführer in der Schweiz über keine namhafte Erfahrung in diesem Bereich. Besagtes Kompetenzniveau 1 wird im Bereich ... lohnstatistisch geschlechtsspezifisch nicht abgebildet bzw. ist im Totalwert statistisch nicht sicher (vgl. LSE 2022, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 62-63, Kompetenzniveau 1, Männer bzw. Total), weshalb ohnehin nicht darauf abgestellt werden könnte. Für das beschwerdeweise verlangte Abstellen auf das Kompetenzniveau 2 bzw. gar 3 besteht schliesslich nach dem Dargelegten offensichtlich keine Grundlage.

4.4

4.4.1 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV sowie der nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur besteht, ist, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung beim leidensbedingten Abzug angeht, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (BGE 150 V 410). Danach gilt es zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig

benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3).

4.4.2 Beim Invalideneinkommen ist mangels Verwertung unbestritten (ebenfalls) auf den lohnstatistischen Totalwert abzustellen (vgl. E. 4.4.1 hiavor), wobei die Beschwerdegegnerin keinen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn (im Rahmen der bis 31. Dezember 2023 geltenden Rechtslage) gewährte (vgl. act. II 109/1). Der Beschwerdeführer beantragt, es sei neben dem Pauschalabzug gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV zusätzlich ein leidensbedingter Abzug von 10 % vorzunehmen (Beschwerde S. 13 f. Art. 3). Einen solchen Pauschalabzug sieht Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV erst seit dem 1. Januar 2024 vor und kommt somit im Berechnungszeitpunkt nicht zur Anwendung; für den damals geltenden Teilzeitabzug von 10 % (vgl. E. 4.4.1 hiavor) besteht bei einer Arbeitsfähigkeit von 90 % bei voller Stundenpräsenz (act. II 93.1/21 Ziff. 4.7) kein Raum. Wie es sich darüber hinaus mit dem Abzug vom Tabellenlohn verhält, kann offenbleiben, da auch bei Vornahme des (bis 31. Dezember 2023) rechtsprechungsgemäss höchstzulässigen – in concreto nicht infrage kommenden – Abzugs von 25 % kein Rentenanspruch resultieren würde.

4.5

4.5.1 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht

publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022). Damit resultiert ausgehend von den 90%-igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (act. II 93.1/21 Ziff. 4.7) und unter Vornahme des maximal zulässigen leidensbedingten Abzugs von 25 % beim Invalideneinkommen ein rentenausschliessender (vgl. E. 2.2 hiervor) Invaliditätsgrad von höchstens rund 33 % ($100 \cdot 0.9 \cdot 0.75$).

4.6 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 15. August 2025 (act. II 109) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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 und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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):
 - Rechtsanwältin Dr. jur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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