

IV 200 2025 616  
FUE/SAW/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. März 2026**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Mauerhofer  
Gerichtsschreiberin Baumann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. September 2025



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., zuletzt bis Oktober 2002 zu 100 % im ... einer ... erwerbstätig gewesen, meldete sich im Mai 2022 unter Hinweis auf eine verminderte psychische und körperliche Belastbarkeit bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 10 S. 5, 85.1 S. 8 Ziff. 4.4). Die IVB nahm erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor und hielt mit Mitteilung vom 13. Juni 2022 (act. II 12) fest, dass Eingliederungsmassnahmen nicht möglich seien. Weiter stellte sie mit Vorbescheid vom 23. August 2025 (act. II 47) bei einem Invaliditätsgrad von 18 % die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 48, 50, 55) sowie nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 72 S. 5 f.) wurde die C.\_\_\_\_\_ (MEDAS) mit einer polydisziplinären Begutachtung in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Kardiologie und Rheumatologie (vgl. Expertise vom 18. März 2025, act. II 85.1-85.8) beauftragt. Mit neuem Vorbescheid vom 16. Mai 2025 (act. II 89) stellte die IVB die Verneinung des Anspruchs auf IV-Leistungen mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach erneutem Einwand (act. II 99, 103 S. 1 f.) holte die IVB beim psychiatrischen MEDAS-Gutachter eine Stellungnahme ein (act. II 108 S. 2 ff.) und verfügte am 1. September 2025 wie im Vorbescheid vom 16. Mai 2025 angekündigt (act. II 110).

### **B.**

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 18. September 2025 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 1. September 2025 sei aufzuheben und ab 1. August 2022 sei eine ganze Invalidenrente (Invaliditätsgrad 100 %) zuzusprechen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. Insbesondere seien

zunächst die medizinischen Akten zu vervollständigen, anschliessend sei ein neues Gutachten unter Einbezug der Fachdisziplin Neuropsychologie einzuholen und erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Oktober 2025 schliesst 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 1. September 2025 (act. II 110). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

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

**2.2** 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

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 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228).

**2.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C\_540/2020 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** Den Akten lässt sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 9. März 2022 (act. II 13 S. 9 ff.) diagnostizierte PD Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, einen Verdacht auf ein funktionelles Syndrom (S. 9). Die angegebenen "Blockaden" und Sprachstörungen seien am ehesten funktionell bedingt. Eine umfassende

neuropsychologische Untersuchung bei Prof. Dr. phil. E.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, habe ein – ohne Ausnahme – unauffälliges neurokognitives Leistungsprofil gezeigt (S. 10).

**3.1.2** Der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Hämatologie, führte im Bericht vom 16. Juni 2022 (act. II 13 S. 1 ff.) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden Hauptdiagnosen auf (S. 3 Ziff. 2.5 i.V.m. S. 7 f.):

1. Status nach schwerem Verkehrsunfall 1973 (Beschwerdeführer wurde von einem Lastwagen überrollt)
2. hypertensive und koronare Zweigefässerkrankung
3. Status nach zentraler Lungenembolie rechts bei Vieretagenthrombose am 22. März 2015
4. neu entdeckte arterielle Hypertonie bei familiärer Disposition
5. Kristallarthritis

Ab dem 15. März 2021 (Behandlungsbeginn) attestierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und führte aus, aufgrund der koronaren Herzkrankheit, der Kristallarthritis und der deutlichen Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten bestehe eine massive Einschränkung für eine berufliche Tätigkeit (S. 2 Ziff. 1.1 und 1.3, S. 4 Ziff. 3.4).

**3.1.3** Im Bericht vom 8. September 2022 (act. II 37) nannte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, H.\_\_\_\_\_, Psychosomatische Medizin, als Hauptdiagnose einen funktionellen Beschwerdekomples (S. 1). Der Beschwerdeführer berichte von einem hohen inneren Stresserleben in Verbindung mit vegetativen Symptomen hinsichtlich der Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Offenbar bestehe diese ausgeprägte Stressintoleranz seit vielen Jahren. So berichte der Beschwerdeführer, seit etwa 20 Jahren nicht mehr berufstätig zu sein. Bei koronarer Dreigefässerkrankung und Status nach Lungenembolie sei die körperliche Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt. Lebensgeschichtlich würden die grossen gesundheitlichen Probleme in der Kindheit (Verdacht auf Leukämie, beinahe tödlicher Unfall) auffallen. Derartige lebensbedrohliche Belastungen bereits in der frühen Kindheit könnten eine Dysregulation der stressverarbeitenden Systeme des Körpers zur Folge haben und die geringe psychische Belastbarkeit mitbedingen. Der Beschwerdeführer berichte davon, sehr ordnungsliebend zu sein bei hohem Kontrollbedürfnis, was darun-

terliegende Ängste vermuten lasse. Seine ausgeprägte Gewissenhaftigkeit mit Perfektionismus seien offenbar so stark ausgeprägt, dass er Aufgaben eher meide und prokrastiniere. Dies eventuell aus der Sorge heraus, die Aufgaben nicht perfekt bewältigen zu können. In der Folge entstünden ein Überforderungsgefühl und Hilflosigkeitserleben, was dazu geführt habe, dass der Beschwerdeführer seit Jahren nicht mehr arbeite. Die Stressresistenz dermassen zu verbessern, dass eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich sei, erscheine unrealistisch (S. 3).

**3.1.4** Der Beschwerdeführer war ab Dezember 2023 bei Dipl.-Psych. I.\_\_\_\_\_, eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut, in Behandlung. Im Verlaufsbericht vom 14. Juni 2024 (act. II 69) führte Dipl.-Psych. I.\_\_\_\_\_ diagnostisch eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5) auf (S. 3 Ziff. 2.5). Die psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers sei deutlich eingeschränkt. Er sei in seinem Alltag perfektionistisch veranlagt und benötige für die Erledigung von Aufgaben entsprechend mehr Zeit. Das Kontrollbedürfnis sei hoch und Abweichungen resp. Kontrollverluste in alltäglichen Routinen versuche er zu vermeiden. Gelingt dies nicht, komme es zu Gefühlen von "Blockiert sein", hohem innerem Druck und Prokrastination. Zugrundeliegend schienen Ängste zu sein, welche der Beschwerdeführer jedoch kaum erlebe, da er sich stets in einem bekannten und vertrauten Umfeld bewege. Dies führe dazu, dass die Belastbarkeit deutlich reduziert sei. Insbesondere erlebe der Beschwerdeführer im Alltag wiederholt Situationen, in denen er überfordert sei und Angstattacken erlebe. Da die Muster bereits sehr lange bestünden und chronifiziert seien, sei von keiner zeitnahen Verbesserung auszugehen (S. 4 f. Ziff. 3.4). Aktuell bestehe keine Medikation (S. 3 Ziff. 2.3). Die Arbeitsfähigkeit müsse erprobt werden, erscheine jedoch aufgrund des geringen Ansprechens auf therapeutische Inhalte kaum erreichbar (S. 3 Ziff. 2.7).

**3.1.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, erachtete in der Stellungnahme vom 13. August 2024 (act. II 72 S. 5 f.) ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Psychiatrie, Kardiologie, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin für notwendig. Dabei stellte sie auch auf eine konsiliarische Beurteilung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ab. Dieser hielt fest, beim Be-

schwerdeführer habe sich nach guter soziobiografischer Entwicklung ab der Jahrtausendwende eine intensive berufliche Dekonditionierung eingestellt. Im Jahr 2022 sei eine neuropsychologische Abklärung ohne auffälligen Befund erfolgt. In der Psychosomatik sei ein funktioneller Beschwerdekomplex, jedoch keine psychische Störung, vor allem keine Zwänge und auch keine intensiven Auffälligkeiten im Persönlichkeitsbereich gesehen worden. Jüngst werde eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Damit auf der Basis der ICD-10 diese Diagnose mit ausreichender Sicherheit gestellt werden könne, sei ein zweistufiges Vorgehen erforderlich. In einem ersten Schritt werde geprüft, ob die Grundkriterien, die sich bei allen Persönlichkeitsstörungen beobachten liessen, erfüllt seien. Erst wenn dies bejaht werden könne, sei in einem zweiten Schritt festzustellen, welche Merkmale einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zutage träten. Dabei zeige sich, dass das vierte Grundkriterium für die Annahme einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt sei und die Grundkriterien eins, zwei und sechs nicht vollständig erfüllt seien. Insofern könne auf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht abgestellt werden. Um diese Problematik sowie auch die somatischen Fragestellungen genauer abzuklären, sei eine Begutachtung notwendig. Auf eine neurologische und neuropsychologische Mitbegutachtung könne verzichtet werden (S. 5).

**3.1.6** Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten wurden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 18. März 2025 (act. II 85.1) keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden Diagnosen genannt (S. 7 f. Ziff. 4.3c):

1. Akzentuierte abhängig-vermeidende und zwanghafte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73)
2. Rezidivierende Kristallarthropathie, wahrscheinlich im Sinne einer chronischen Arthritis urica (ICD-10 M14.0)
3. Koronare Dreifässerkrankung (Erstdiagnose Dezember 2021; ICD-10 I25.0)
4. Metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9)
5. Status nach zentraler Lungenembolie rechts am 22. März 2015 (ICD-10 I26.9)

Aus allgemeininternistischer Sicht wurde ausgeführt, es bestünden keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit in diesem Fachbereich jemals längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei (act. II 85.3 S. 7 Ziff. 8.1.4). Auch in kardiologischer Hinsicht wurde angegeben, dass dies-

bezüglich seit jeher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. II 85.6 S. 6 Ziff. 8.1.3 f.).

Im rheumatologischen Teilgutachten (act. II 85.5) wurde festgehalten, die seit Jahren intermittierend beklagten Arthralgien seien im Rahmen einer Kristallarthropathie resp. einer Arthritis urica zu subsumieren (S. 6 Ziff. 7.2). Sonstige relevante Befunde am Bewegungsapparat hätten nicht objektiviert werden können (S. 5 Ziff. 6.1). Es bestünden keine spezifischen qualitativen oder quantitativen Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Einzig im Rahmen einer jeweils akuten Kristallarthropathie resp. akuten Arthritis urica sei es vorübergehend möglich, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit kurzfristig reduziert sei (S. 7 Ziff. 8.2.1).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 85.4) legte L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, bezüglich der affektiven Komponente habe sich der Beschwerdeführer in der Untersuchung mit einer ausgeglichenen Stimmungslage gezeigt, welche als ebenso beschrieben worden sei. Auch in der Vorgeschichte hätten sich keine Anhaltspunkte für eine pathologische affektive Symptomatik gefunden, sodass eine entsprechende Erkrankung resp. eine Depressionserkrankung nicht vorhanden sei. Der Beschwerdeführer habe über Ängste vor Neuerungen und über zwanghaft anmutende Verhaltensmuster in dem Sinne berichtet, dass alles seine Ordnung haben müsse und er beispielsweise die Vorratskammer vor Augen habe. Es seien Ängste angegeben worden, Angelegenheiten nicht zeitgerecht hinzubekommen. Die Alltagsgestaltung sei in erster Linie von angenehmen Tätigkeiten geprägt. Es sei nicht nachvollziehbar, warum sich der Beschwerdeführer von seiner 88-jährigen Mutter quasi vollversorgen lasse. Es sei eine erhebliche motivationale Komponente vorhanden. Hinzu kämen sehr hohe Schulden. Insgesamt sei eine von wenig sinnvollen Tätigkeiten geprägte Alltagsgestaltung vorhanden, wobei es sich hierbei um mittlerweile erheblich eingeschliffene Verhaltensmuster handle. Die für das Stellen der Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zu erfüllenden notwendigen diagnostischen Eingangskriterien seien als nicht erfüllt anzusehen, diagnostisch sei von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit abhängig-vermeidenden und zwanghaften Anteilen (ICD-10 Z73) auszugehen. Diese seien per Definition lediglich als normabweichendes Ver-

halten ohne Krankheitswert anzusehen. Weitere Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen seien nicht zu stellen (S. 6 f. Ziff. 6.3a). Sowohl aktuell als auch retrospektiv fänden sich aus psychiatrischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine etwaige verminderte Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 8.1.4).

In der interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die MEDAS-Gutachter fest, insgesamt bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung könne seit Jahren angenommen werden und sei jedenfalls seit der IV-Anmeldung im Mai 2022 zu bestätigen (act. II 85.1 S. 9 Ziff. 4.6.3 f.).

**3.1.7** Am 8. Juli 2025 (act. II 103 S. 3 f.) führte Dipl.-Psych. I. \_\_\_\_\_ z.H. der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aus, es sei klar, dass der Beschwerdeführer durchaus Routinen und unflexible Muster habe, welche er nicht anders ausführen könne, seiner Lebensweise alles unterordne, zum Teil sehr rigide Haltungen und übermässige Zweifelhaftigkeit habe, sich sehr mit Ordnung, Perfektionismus und auch mit Kontrolle beschäftige und äusserst gewissenhaft sei. Diese Muster seien über die Jahre hinweg bestehend gewesen. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers sei er für diese übergenaue Art im beruflichen Setting geschätzt worden und sei ihm diese dort zugutegekommen. Erst mit den wirtschaftlichen Veränderungen in der ...branche sei es dann zu einer Dekompensation gekommen. Zwischenmenschliches Verhalten sei bei ihm von der Logik geprägt, ebenso die Therapiestunden. Ein Gespräch über Angst sei möglich, das Fühlen von Angst hingegen nicht. Der Beschwerdeführer treffe sich regelmässig mit Kollegen. Gemäss seinen Schilderungen jedoch eher selten und immer mit denselben zwei bis drei Kollegen, bei welchen er sich sicher fühle. Die Gespräche drehten sich häufig um technische Aspekte, bei welchen er sich kompetent fühle. Die abhängig-vermeidenden Züge könne man "so stehen lassen". In Bezug auf die motivationale Komponente sei zu erwähnen, dass sich der Beschwerdeführer dahingehend geäussert habe, dass er "eigentlich schon lieber arbeiten wolle, sich dies jedoch nicht zutraue". Diese Problematik sei bereits seit Jahren bestehend und die Muster hätten sich verfestigt. Die Verfestigung dieser Muster sei nicht einfach zu lösen und widerspreche bereits einer 100%igen Arbeitsfähigkeit. In den Gesprächen habe sich deutlich gezeigt, dass oberflächlich scheinbar "kein Leidens-

druck" bestehe, jedoch durchaus Leidensdruck vorhanden sei. So habe der Beschwerdeführer Panikattacken und Angstzustände beim Einkaufen und immer wieder Blockaden bei Routineabläufen geäußert. Dies vor allem dann, wenn es Abweichungen von gewohnten Mustern gegeben habe. Weiter sei beim Gutachten die Einschätzung, dass der Beschwerdeführer in den Jugendjahren keinerlei Einschränkungen gehabt habe, zweifelhaft, da er bereits damals zwanghafte Verhaltensmuster gehabt habe, die sich immer weiter akzentuiert hätten. Es sei nicht nachvollziehbar, dass eine Persönlichkeitsstörung aufgrund fehlender Hinweise in der Biografie ausgeschlossen werde. Es scheine, dass weder detaillierte Nachfragen gemacht noch fremdanamnestic Angaben eingeholt worden seien. Aktuell könne kein Therapieverlauf angegeben werden, da der Beschwerdeführer seit März nicht mehr in Behandlung gewesen sei (S. 3 f.).

**3.1.8** In der Stellungnahme vom 27. August 2025 (act. II 108 S. 2 ff.) hielt der psychiatrische Gutachter fest, in der psychiatrischen Untersuchung sei die biografische Anamnese erhoben worden (S. 3). Beim Beschwerdeführer hätten sich keine erheblichen Einschränkungen gezeigt, welche aus einer Persönlichkeitsstörung heraus erklärbar seien. Unbestritten sei, dass zwanghafte Verhaltensmuster in verschiedenen Bereichen bestünden, wobei der Beschwerdeführer hiervon beruflich sogar profitiert habe. Alleine aus der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung per se lasse sich nicht automatisch auf eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit schliessen. Diese müsste darüber hinaus in einer schwergradigen Ausprägung vorliegen, um die Arbeitsfähigkeit überhaupt zu beeinträchtigen, was hier jedoch ebenfalls nicht der Fall sei. Die Eingangskriterien für das Stellen der Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt (S. 4).

**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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.1** 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).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 1. September 2025 (act. II 110) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 18. März 2025 (act. II 85.1 ff.) samt der gutachterlichen Stellungnahme vom 27. August 2025 (act. II 108 S. 2 ff.) gestützt. Dieses erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.2 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar und einlässlich be-

gründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf schlüssigen Einschätzungen anlässlich der umfassenden interdisziplinären Konsensbeurteilung. Dem MEDAS-Gutachten (inkl. der nachträglichen Stellungnahme) kommt somit voller Beweiswert zu, sodass darauf abzustellen ist.

**3.3.1** Die MEDAS-Gutachter haben differenziert und schlüssig dargelegt, dass beim Beschwerdeführer aus allgemein-internistischer, kardiologischer, rheumatologischer sowie psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen ist (act. II 85.1 S. 7 Ziff. 4.3). Insbesondere ist hervorzuheben, dass sich der psychiatrische Experte im Rahmen der diagnostischen Herleitung einlässlich mit der sozialen Anamnese, der Berufsbiografie und der psychiatrischen Vordiagnose auseinandergesetzt und nachvollziehbar aufgezeigt hat, dass beim Beschwerdeführer gestützt auf die Aktenlage, den bisherigen Behandlungsverlauf, die Verhaltensbeobachtung und die weitestgehend unauffälligen psychiatrischen Untersuchungsbefunde akzentuierte abhängig-vermeidende und zwanghafte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) zu diagnostizieren sind (act. II 85.4 S. 6 f. Ziff. 6.3). Im Weiteren führte der psychiatrische Gutachter in Auseinandersetzung mit der abweichenden Diagnosestellung im Bericht des behandelnden Psychologen Dipl.-Psych. I. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2024 (act. II 69 S. 3 Ziff. 2.5) eingehend und nachvollziehbar aus, dass mehrere Grundkriterien der spezifischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60) gemäss der internationalen Klassifikation psychischer Störungen nicht erfüllt sind. Diese Beurteilung überzeugt und korreliert überdies mit der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. K. \_\_\_\_\_ (act. II 72 S. 5). Insbesondere hielt der psychiatrische Experte fest, dass sich die Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit und Jugend manifestieren, zu einem verminderten Funktionsniveau in verschiedenen Lebensbereichen führen sowie durchgehend vorhanden und nicht nur auf einzelne Episoden beschränkt sind (vgl. dazu die diagnostischen Leitlinien Ziff. 2, 4 und 6 in DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 276 f.). Demgegenüber habe der Beschwerdeführer über viele Jahre in verschiedenen Tätigkeiten gearbeitet (gemäss der Berufsbiografie war er unter anderem als ..., ... für ...,

... und zuletzt langjährig als ... verschiedener ... tätig [act. II 85.1 Ziff. 4.4]; vgl. hierzu auch den damit im Einklang stehende IK-Auszug, act. II 10). Gestützt darauf kam der psychiatrische Gutachter L. \_\_\_\_\_ stringent zum Schluss, dass der Beschwerdeführer kaum in der Lage gewesen wäre, derart lange beruflich mit Pensen von jeweils 100 % tätig zu sein, wenn eine Persönlichkeitsstörung in einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Ausprägung vorgelegen hätte. Auch betreffend die soziale Situation zeigte der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar auf, dass der Beschwerdeführer langjährig verheiratet gewesen war, sozial gut integriert ist und ein gutes Verhältnis zu seinen Söhnen sowie Beziehungen zu Frauen pflegt, was ebenfalls gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung spricht, die meistens mit deutlichen Einschränkungen der sozialen Leistungsfähigkeit verbunden ist (vgl. dazu die diagnostischen Leitlinien Ziff. 6 in DILLING et al., a.a.O., S. 277). Differenziert und schlüssig hielt der psychiatrische Gutachter sodann fest, dass sich zwar in der Untersuchung anhand der Schilderungen des Beschwerdeführers, der bisherigen Lebensgeschichte und der vorliegenden Behandlungsberichte deutliche Tendenzen für zwanghafte Verhaltensmuster gezeigt haben, diese jedoch nicht den Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung erfüllen (act. II 85.4 S. 6).

Der Bericht von Dipl.-Psych. I. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2025 (act. II 103 S. 3 f.) vermag die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen. Dieser Eingabe lassen sich keine neuen und/oder wichtigen Aspekte entnehmen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären.

**3.3.2** Was der Beschwerdeführer gegen den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens vorbringt, verfängt ebenfalls nicht:

Soweit er geltend macht, für eine umfassende Abklärung des Gesundheitszustandes hätte auch eine neuropsychologische Begutachtung durchgeführt werden müssen, kann ihm nicht gefolgt werden (vgl. Beschwerde S. 8 N. 25). Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (SVR 2021 UV Nr. 19 S. 96

E. 6.4; Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Januar 2015, 8C\_277/2014, E. 5.2). Vorliegend haben es die Gutachter – korrelierend mit der Auffassung der RAD-Ärzte Dres. med. K. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ (vgl. act. II 72 S. 5) – nicht als notwendig erachtet, einen Neuropsychologen hinzuzuziehen, was nicht zu beanstanden ist. Eine neuropsychologische Abklärung ist denn auch nur bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen (vgl. Urteil des BGer 8C\_11/2021 vom 16. April 2021 E. 4.2). Eine solche Indikation ist – worauf bereits die Beschwerdegegnerin zutreffend hingewiesen hat (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 N. 4) – auch nicht erkennbar. Den Akten kann entnommen werden, dass aufgrund von "Blockaden" und "Sprachstörungen" bereits im Februar 2022 eine umfassende neuropsychologische Abklärung durchgeführt worden ist, die keine auffälligen Befunde zeigte (act. II 13 S. 10). Dass sich diesbezüglich der Gesundheitszustand verändert hätte, ist aus den Akten nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass keine weiteren neuropsychologischen Untersuchungen erfolgt sind. Gleich verhält es sich mit dem Einwand, zur psychiatrischen Diagnostik seien weder die Ergebnisse der Mini-ICF-APP (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen) noch weitere psychiatrische Verlaufsberichte eingeholt worden (vgl. Beschwerde S. 8 f. N. 26). Testpsychologischen Befunden wird nur eine ergänzende Funktion zugesprochen. Die Ergebnisse des Mini-ICF-APP alleine reichen für eine hinreichende und nachvollziehbare Begründung einer Arbeitsunfähigkeit rechtsprechungsgemäss nicht aus (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.3 S. 57). Vom Gutachter mussten deshalb weder die Ergebnisse der durchgeführten Testung eingeholt noch eine solche durchgeführt werden. Umso weniger ist eine solche geeignet, einen Gesundheitsschaden zu belegen. Betreffend Therapieverlauf ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer erst seit Dezember 2023 bei Dipl.-Psych. I. \_\_\_\_\_ in Behandlung ist (act. II 69 S. 1 Ziff. 1.1 f.). Zuvor hat er nie psychologische oder psychiatrische Unterstützung in Anspruch genommen (act. II 37 S. 2, 41). Zudem hielt der behandelnde Psychologe fest, dass der Beschwerdeführer nur gering auf therapeutische Inhalte ansprach und im Therapieverlauf nur an Kleinigkeiten gearbeitet werden konnte (act. II 69 S. 3 Ziff. 2.7, 103 S. 4). Zudem konnte Dipl.-Psych. I. \_\_\_\_\_ am 8. Juli 2025 über keinen Verlauf berichten, da der Beschwerdeführer seit März

2025 nicht mehr in Behandlung war, womit in Frage steht, ob diese Behandlung überhaupt noch fortgesetzt wurde. Folglich ist auch diesbezüglich nicht zu beanstanden, dass auf die Einholung weiterer Verlaufsberichte verzichtet wurde.

Der Beschwerdeführer bringt zudem vor, es liege keine nachvollziehbare Erklärung vor, warum er seit über 20 Jahren nicht mehr erwerbstätig sein könne (vgl. Beschwerde S. 7 f. N. 23). Hierzu legte die Beschwerdegegnerin zutreffend dar, dass in den Akten keine Hinweise dafür bestehen, dass der Beschwerdeführer in dieser langen Zeit krankheitsbedingt unfähig gewesen wäre, einer Tätigkeit nachzugehen. Insbesondere liegen keine Arztberichte vor, die eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit in den letzten 20 Jahren belegen würden (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 f. N. 5). Für den Beschwerdeführer bestand offenbar denn auch keine Notwendigkeit in den letzten Jahren einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wurde sein Lebensunterhalt doch zunächst von einem Cousin in ..., anschliessend von seinem Vater und nach dessen Tod von der Mutter finanziert (act. II 85.4 S. 3, 85.6 S. 3). Seit Januar 2021 wird er zudem vollumfänglich vom Sozialdienst unterstützt (act. II 15). Soweit der psychiatrische Gutachter auf eine erhebliche motivationale Komponente hinwies, ist festzuhalten, dass psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden können (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 188, 9C\_537/2011 E. 3.2). Mithin war die Beschwerdegegnerin nicht gehalten, weitere Abklärungen diesbezüglich vorzunehmen.

**3.4** Gestützt auf das Dargelegte ergeben sich weder aus den Berichten des behandelnden Psychologen noch aus den Vorbringen des Beschwerdeführers konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 18. März 2025 sprechen. Damit ist der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt, womit die Beschwerdegegnerin – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) hinreichend Rechnung getragen hat. Weitere Sachverhaltserhebungen – wie in der Beschwerde beantragt (vgl. Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2) – erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94,

122 V 157 E. 1d S. 162; in BGE 151 III 28 nicht publ. E. 5.2 des Urteils des BGer 9C\_298/2024 vom 14. August 2024; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C\_296/2018 E. 4).

**3.5** Zusammenfassend ist weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht ein Gesundheitsschaden mit länger andauernder Einschränkung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG erstellt. Bei den gutachterlich festgestellten Persönlichkeitszügen, die gemäss Gutachten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen, handelt es sich um eine sogenannte Z-Diagnose, die nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung fällt (Urteil des BGer vom 1. Juni 2022, 8C\_804/2021, E. 4.1.3 mit Hinweis). Eines strukturierten Beweisverfahrens bzw. einer Indikatorenprüfung bedarf es nicht, wenn bereits aus medizinischer Sicht das Vorliegen eines die Arbeitsfähigeits- und Leistungsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschadens ausgeschlossen ist. Zudem erübrigt sich bei diesem Ergebnis eine Prüfung der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. Beschwerde S. 10 ff. N. 29). Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHI 1999 S. 238 E. 1). Dabei hat die Beschwerdegegnerin auch die durch die jahrzehntelange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt eingetretene selbstverschuldete erwerbliche Dekonditionierung nicht zu vertreten.

**3.6** Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht mit Verfügung vom 1. September 2025 (act. II 110) einen Anspruch auf IV-Leistungen verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 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):
  - Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - 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.