

IV 200 2025 852  
ISD/GET/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 25. März 2026**

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiber Germann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. November 2025



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der ... geborene, bei der C. \_\_\_\_\_ als ... angestellte A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), meldete sich im Oktober 2021 unter Hinweis auf Schulterbeschwerden ("Schulter OP") bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1). Die IVB führte ein Assessment durch (act. II 19), gewährte – nachdem der Versicherte zusätzlich Kniebeschwerden rechts (act. II 24 S. 3) und Panikattacken geltend gemacht hatte (act. II 29 S. 2) – Arbeitsvermittlung zur Aufrechterhaltung des Arbeitsplatzes (act. II 36) sowie ein Aufbautraining (act. II 61), welches nach Krankmeldungen des Versicherten per Ende März 2023 abgebrochen wurde (act. II 69). In der Folge holte die IVB die Akten der D. \_\_\_\_\_ ein (act. II 101.1 ff.), liess den Versicherten nach Vorlage des Dossiers beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD [act. II 98; 103]) durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 2. Februar 2024 [act. II 121.1]) und unterbreitete anschliessend das medizinische Dossier erneut dem RAD (act. II 126). Nach dreimaligen Vorbescheiden (act. II 129; 150; 173), mit welchen die IVB die Ausrichtung einer vom 1. Januar 2023 bis 30. April 2024 befristeten, abgestuften Rente in Aussicht stellte und gegen welche der Versicherte jeweils Einwand erhob, veranlasste die IVB im F. \_\_\_\_\_ (MEDAS, nachfolgend MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 4. September 2025 [act. II 205.1 ff.]). Mit Vorbescheid vom 2. Oktober 2025 (act. II 210) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 22 bzw. 38 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 212), woraufhin die IVB bei der MEDAS Rückfragen stellte (Stellungnahme vom 5. November 2025 [act. II 217]). Mit Verfügung vom 11. November 2025 (act. II 218) entschied sie wie im Vorbescheid vom 2. Oktober 2025 in Aussicht gestellt.

### **B.**

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 12. Dezember 2025 Beschwerde erheben. Er stellt das folgende Rechtsbegehren:

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. November 2025 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Teilinvalidenrente zuzusprechen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2026 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 11. November 2025 (act. II 218). 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**

**2.1.1** 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.1.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende

Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 3.6 S. 294 und E. 4.1 S. 296). Dabei ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_48/2024 vom 17. September 2024 E. 5.4.2.1). Der Arbeitsunfähigkeitsschätzung der medizinischen Gutachterperson ist indessen aus rechtlicher Sicht – insbesondere auch unter dem Gesichtswinkel der Konsistenz – zu folgen, falls sie ihrer Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nachgekommen ist (Urteil des BGer 8C\_243/2025 vom 29. Januar 2026 E. 3.2). Dies alles 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<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

**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 ha-

ben. 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** Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 11. November 2025 (act. II 218) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.1.1** Der RAD-Arzt Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, stellte im Bericht vom 20. Juni 2022 (act. II 37) basierend auf den medizinischen Akten im Wesentlichen die folgenden Diagnosen (S. 5 f.):

- Chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren
- Chronische, belastungsabhängige Schulterbeschwerden bds. (= beidseits)
- Zervikoradikuläres Schmerzsyndrom C7 rechts
- Lumbales Schmerzsyndrom bei degenerativen und discalen Veränderungen
- Kniebeschwerden rechts
- Morbus Menière links
- Angststörung mit Panikattacken mit vor allem somatischen Symptomen

Der Beschwerdeführer leide an chronischen, belastungsabhängigen Beschwerden an beiden Schultern, zerviko-lumbal an der Wirbelsäule und am rechten Knie. Zusätzlich bestehe eine Angststörung mit Panikattacken, weshalb der Beschwerdeführer noch weiter abgeklärt werde. Aus diesem Grund sei die Gesundheitssituation aktuell immer noch als instabil zu bezeichnen (S. 5).

**3.1.2** Am 31. März 2023 erfolgte bei V.a. (= Verdacht auf) mediale Meniskusläsion eine Kniearthroskopie rechts mit medialer Teilmeniskektomie, Resektion der Narbenplica sowie perifokaler Infiltration (act. II 79 S. 1). Anlässlich der Untersuchung vom 13. September 2023 stellte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im gleichentags verfassten Bericht fest, es finde sich eine Dehndysbalance "im Nachteil der rechten unteren Extremität rechts" bei einem sonst adäquat funktionierenden Kniegelenk rechts (act. II 112 S. 3).

**3.1.3** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, stellte im Bericht vom 20. Oktober 2023 (act. II 98) gestützt auf die Akten die folgenden Diagnosen (S. 13):

- Gonalgie rechts bei stabiler Läsion des Restmeniskus:
  - o Status nach zweimaliger Teilmeniskektomie (2016, April 2022)
- Zervikobrachialgie bei foraminale Enge durch Diskusprotrusion C6-C7:
  - o Status nach Infiltration C6-C7 (28. November 2022)
- Restbeschwerden der rechten Schulter nach Acromioplastik:
  - o Status nach Infiltration (11. November 2022)
- Panikattacken und andauernde Persönlichkeitsveränderungen

Die nächtlich auftretenden Panikattacken hätten sich trotz einer stationären Behandlung nicht entscheidend verbessert. Bezüglich des Kniegelenks sei eine konservative Therapie vorgesehen, der Leidensdruck habe nicht das Ausmass erreicht, welches einen erneuten operativen Eingriff rechtfertigte. Der Gesundheitszustand habe sich noch nicht vollständig stabilisiert. Es handle sich um einen kleinen und stabilen Meniskusriss und somit um keine schwerwiegende Gesundheitsstörung, die Prognose sei grundsätzlich günstig (S. 14).

**3.1.4** Im psychiatrischen Gutachten vom 2. Februar 2024 (act. II 121.1) stellte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen (S. 33):

**Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer (und somatischer) Erkrankung (ICD-10 F62.1)

**Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

- Episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0)
- Dekonditionierung

Von der psychiatrischen Seite her stehe seit Januar 2022 die episodisch paroxysmale Angst (Panikstörung) im Vordergrund. Das Auftreten, das Ausmass und die Auswirkungen der Panikstörung seien in den ersten Monaten des Jahres 2022 glaubhaft. In dieser Zeit komme es auch zu adäquaten, ambulanten und teilstationären Behandlungsversuchen der Panikstörung. Spätestens nach dem Tagesklinikaufenthalt (vgl. dazu act. II 42), d.h. ab Ende 2022 ergäben sich jedoch berechtigte Zweifel am Schweregrad und an der Frequenz des Auftretens der Panikattacken. Daneben dürfte – nebst den chronischen Schmerzen – das Hauptproblem die Persönlichkeitsveränderung sein, welche einen Gutteil der heutigen Symptome und Beschwerden erkläre (act. II 121.1 S. 34). Aus psychiatrischer Sicht sei ab 1. Januar 2023 eine Tätigkeit im angestammten Bereich der ... zumutbar. Aufgrund der Persönlichkeitsänderung bedürfe der Beschwerdeführer einer wohlwollenden Umgebung. Zudem bestehe eine Reduktion seiner qualitativen Leistungsfähigkeit (Rendement) von 20 %. Die Auswirkungen der – in erster Linie durch die somatischen Erkrankungen erklärbar – chronifizierten Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit seien bei dieser Einschätzung nicht berücksichtigt. Hierzu werde auf die Beurteilung durch die Somatiker verwiesen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Indikation für eine angepasste Tätigkeit, bzw. sei die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Umgebung nicht höher als 80 % (S. 37).

**3.1.5** Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 27. Februar 2024 (act. II 126) fest, der Gesundheitszustand habe sich seit dem 1. Februar 2024 vollständig stabilisiert. Es liege keine strukturelle Läsion des Kniegelenks vor, die Belastbarkeit sei höchstens geringgradig eingeschränkt (S. 5).

**3.1.6** In der Stellungnahme vom 25. Mai 2024 (act. II 147 S. 1) bestätigte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ seine Einschätzungen im Gutachten vom 2. Februar 2024 (act. II 121.1).

**3.1.7** Im Bericht der Praxis J.\_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2024 (act. II 157 S. 4 f.) wurde ein hochgradiger Verdacht auf funktionelles Erbrechen bei schwerer Angststörung diagnostiziert. Eine Blutentnahme zeige keine Hinweise für ein entzündliches Syndrom, einen Vitaminmangel oder eine Schilddrüsendysfunktion. Es gebe auch keine Hinweise für eine entzündliche Darmerkrankung (S. 4).

**3.1.8** Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 10. Dezember 2024 (act. II 177 S. 3-5) einen Bewusstseinsverlust mit Krampfeignis am 7. Dezember 2024 unklarer Ätiologie (S. 3). Die Ursache müsse zum aktuellen Zeitpunkt offengelassen werden, ein epileptischer Anfall erscheine jedoch weniger wahrscheinlich (S. 5).

**3.1.9** Vom 17. Oktober bis 15. November 2024 war der Beschwerdeführer in der Begutachtungsstelle L.\_\_\_\_\_ (L.\_\_\_\_\_) in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 24. Dezember 2024 (act. II 167 S. 2 ff.) wurden als "Hauptdiagnosen" eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.2) sowie eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst [ICD-10 F41.0]) diagnostiziert (S. 2).

**3.1.10** Im polydisziplinären, auf einer orthopädischen, internistischen, neurologischen, gastroenterologischen und psychiatrischen Untersuchung beruhenden Gutachten der MEDAS vom 4. September 2025 (act. II 205.1 ff.) wurden interdisziplinär im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 205.1 S. 12-14):

**Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

Chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.4) m/b (= mit/bei)

- ausgeprägter chronifizierter posttraumatischer Ver bitterungsstörung (ICD-10 F43.8) bei Angabe von unbewältigtem Kränkungs- und Erniedrigungserleben im beruflichen Kontext
- anamnestisch Panikstörung mit v.a. nächtlichen Panikattacken (ICD-10 F41.0)

- persistierender depressiver Störung mit rezidivierenden depressiven Episoden, ggw. (= gegenwärtig) leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.10)

Persistierende Restbeschwerden Knie rechts mit/bei (ICD-10 M23.22)

- [...]

Chronisches Zervikalsyndrom rechts mit/bei (ICD-10 M51.3)

- [...]

Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei (ICD-10 M50.3)

- [...]

Chronische belastungsabhängige Schulterbeschwerden links mit/bei (ICD-10 M75.4)

- [...]

Schulterschmerzen rechts mit/bei (ICD-10 M75.1)

- [...]

Rezidivierende Bewusstlosigkeit unklarer Ursache, zum Teil mit Krämpfen, funktionell (ICD-10 F44.5)

Funktionelles Erbrechen (ICD-10 K91.0)

- [...]

#### **Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

Paravertebrale Schmerzen BWS (= Brustwirbelsäule) und Flanke rechts mit/bei (ICD-10 DI 8.0)

- [...]

Chronisches Spannungstyp-Kopfweg (ICD-10 G44.2)

Chronischer Tinnitus (ICD-10 H93.1)

Übergewicht (BMI 27.1 kg/m<sup>2</sup>; ICD-10 E66.9)

Nikotinabusus (1 py; ICD-10 Z72.0)

Obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.31)

- [...]

Laktoseintoleranz (ICD-10 E73)

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter Folgendes fest:

Aus *allgemeininternistischer* Sicht bestehe keine Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit als ... oder im erlernten Beruf als ... (S. 18, 20).

Aus *gastroenterologischer* Sicht bestehe eine vom Beschwerdeführer provozierte Abdominalsymptomatik mit funktionellem Erbrechen, welche der möglicherweise psychiatrisch zu erklärenden Gesamtsituation und führenden Problematik geschuldet sei. Er aggraviere die gastrointestinalen Symptome massivst (S. 6). Der Beschwerdeführer sei in sämtlichen Arbeitsprofilen vollschichtig und ganztätig einsetzbar (S. 19, 20).

Aus *orthopädischer* Sicht klage der Beschwerdeführer über multiple multi-lokuläre Schmerzen (Knie rechts und links, Nacken, Lendenwirbelsäule, Schultern rechts und links, paravertebral im Bereich der Brustwirbelsäule), bei denen jeweils ein gewisser organischer Kern vorhanden sei; die bildgebenden Befunde erklärten jedoch nicht das Ausmass der beklagten Beschwerden mit ihrem Einfluss auf das tägliche Leben und die Arbeitsfähigkeit. Die Diskrepanz erkläre sich aufgrund des psychischen Leidens (S. 6-8).

In *neurologischer* Hinsicht könne die Symptomatik von Seiten des Rückens als chronisches Zervikal- und Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen gewertet werden, ohne Anhaltspunkte in Richtung Radikulopathie. Bezüglich der auf Befragen hin angegebenen Kopfschmerzen sei der klinisch-neurologische Befund unauffällig bzw. als psychosomatisch zu werten. Hinsichtlich des Bewusstseinsverlusts mit Krampfeignis vom 7. Dezember 2024 (mit gemäss Angaben des Beschwerdeführers zwei weiteren Ereignissen) bestehe der Verdacht, dass die Symptomatik im Zusammenhang mit den Panikattacken, somit letztlich funktionell zu werten sei, allenfalls akzentuiert durch eine orthostatische Problematik. Ein epileptisches Geschehen sei unwahrscheinlich unter Berücksichtigung der normalen EEG-Ableitung und auch des normalen MRI-Befundes des Schädels ohne potenziell epileptogenes Korrelat (S. 8-10). Wegen des Zervikal- und Lumbovertebralsyndroms bestehe eine etwas verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Wegen der Bewusstlosigkeiten, unabhängig von deren Ätiologie, dürfe eine Tätigkeit nicht selbst- oder fremdgefährdend sein (S. 15).

Aus *orthopädisch-neurologischer* Sicht sei die Tätigkeit als ... im ... mit ... von ... etc. in Anbetracht der funktionellen Einschränkungen ungünstig. Immerhin arbeite der Beschwerdeführer aber wieder ab 20. April 2025 in

einem 50%-Pensum in der .... Es sei deshalb davon auszugehen, dass er in dieser Tätigkeit bis 2022 in einem 100%-Pensum habe arbeiten können. Danach bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit als ... seit Januar 2022 (S. 19). In einer den Leiden adaptierten Tätigkeit sei von einer Ganztätigkeit auszugehen mit Einschränkung des Rendements um 20 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs wegen der empfundenen Schmerzen. Wegen der Bewusstlosigkeiten, unabhängig von deren Ätiologie, dürfe eine Tätigkeit nicht selbst- oder fremdgefährdend sein (S. 20).

In *psychiatrischer* Hinsicht stehe sehr zentral im Mittelpunkt der beklagten Beschwerden eine ausgeprägte Verbitterung über so beschriebene diskriminierende Behandlung durch seinen unmittelbaren Vorgesetzten über einen längeren Zeitraum. Affekte, die einer ohnmächtigen Wut entsprächen, seien neben depressiver Grundstimmung deutlich dominierend. Die geschilderten Panikattacken liessen sich in der aktuellen Untersuchung nur anamnestisch erschliessen, würden aber bezüglich ihrer Entstehungsphase Ende 2021 und des Verlaufs schlüssig nachvollziehbar geschildert. Die emotional und kognitiv überzeichnete Bewertung der somatischen Einschränkungen lasse sich zumindest zum Teil auf eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne von chronischen Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren zurückführen, mit entsprechender Dekonditionierung durch Vermeidung und dysfunktionaler Bewertung und Bewältigung. Es spreche einiges dafür, dass die Angststörung, die Depression und die Schmerzverarbeitungsstörung ihren Ursprung in der Dynamik der Verbitterungsstörung hätten oder zumindest damit in engem Zusammenhang ständen und diese die Dynamik der Krankheitsentwicklung bestimme (S. 10 f.). In der angestammten Tätigkeit, bezogen auf ein Pensum von 100 %, bestehe eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit, also eine 70%ige Arbeitsfähigkeit seit 1. Oktober 2024. Im psychiatrischen Vorgutachten sei eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2022 geschätzt worden. Diese Schätzung sei nachvollziehbar (S. 19). In einer den Leiden angepassten Tätigkeit wäre mit einer adäquaten Therapie mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 20).

Aus *gesamtmedizinischer* Sicht bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit. Diese Beurteilung habe Gültigkeit seit Januar 2022 (S. 19). In einer angepassten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer nach Einführung einer adäquaten psychiatrischen Therapie in Ganztätigkeit mit Einschränkung des Rendements um 20 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs wegen der empfundenen Schmerzen eingesetzt werden. Diese Beurteilung habe Gültigkeit nach Einführung einer adäquaten psychiatrischen Therapie. Bis dahin gelte weiter die Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 2022 (S. 20).

**3.1.11** In der Stellungnahme vom 5. November 2025 (act. II 217) korrigierte der Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, MEDAS, die im Gutachten vom 4. September 2025 (act. II 205.1 ff.) erfolgte Einschätzung der Gesamtarbeitsfähigkeit und hielt fest, in der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe gesamtmedizinisch eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, gültig ab Januar 2022. In angepasster Tätigkeit könne der Beschwerdeführer in Ganztagsarbeit mit einer Einschränkung des Rendements um 20 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs wegen der empfundenen Schmerzen eingesetzt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2024 auf 80 % aus psychiatrischer Sicht geschätzt worden, was aus heutiger Sicht rückblickend zum damaligen Zeitpunkt seit Anfang 2022 nachvollziehbar gewesen sei. Aus heutiger Sicht sei aufgrund der gegenwärtigen erneuten leichten bis mittelgradigen depressiven Episode davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer erst mit Einführung einer adäquaten psychiatrischen Therapie eine Arbeitsfähigkeit von 100 % aus rein psychiatrischer Sicht erlangen könnte. Bis diese geforderte adäquate psychiatrische Therapie eingeführt sei, gelte deshalb wegen der derzeit erneuten fortbestehenden depressiven Episode gesamtmedizinisch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in adaptierter Tätigkeit, beginnend ab Oktober 2024. Zuvor habe gesamtmedizinisch eine Arbeitsfähigkeit von 80 % von Januar 2022 bis Oktober 2024 bestanden. Nach Einführung der psychiatrischen Therapie betrage die Arbeitsfähigkeit gesamtmedizinisch 80 % (Arbeitsunfähigkeit 20 %).

**3.1.12** Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und behandelnder Arzt des Beschwerdeführers, hielt am 6. Januar 2026 zum MEDAS-Gutachten fest, aufgrund der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit sei dieser weiteren Herabsetzungen am Arbeitsplatz ausgesetzt, was die Verbitterung eher anheize. In diesem Zusammenhang sei der Grundton des Gutachtens, der Beschwerdeführer "aggraviere einfach", eine weitere Herabsetzung seiner Person. Zudem werde behauptet, wenn der Beschwerdeführer nur richtig psychiatrisch behandelt würde, sei alles kein Problem. Eine Weiterarbeit am aktuellen Arbeitsplatz sei nicht mehr möglich. Für diesen Arbeitsplatz bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 222).

## **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).

**3.2.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in 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).

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** Das polydisziplinäre, auf einer orthopädischen, internistischen, neurologischen, gastroenterologischen und psychiatrischen Untersuchung beruhende Gutachten der MEDAS vom 4. September 2025 (act. II 205.1 ff.) sowie dessen Stellungnahme vom 5. November 2025 (act. II 217) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte und erbringen Beweis (vgl. E. 3.2.2 vorne). Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige Einschätzung sowie hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit überzeugend. Was die gesamtmedizinische Arbeitsfähigkeit anbelangt, haben die Gutachter schlüssig dargelegt, dass die in orthopädisch-neurologischer sowie psychiatrischer Hinsicht jeweils bescheinigten Teilarbeitsunfähigkeiten nicht zu addieren sind (SVR 2020 IV Nr. 22 S. 75, 9C\_461/2019 E. 4.1), nachdem sich die funktionellen Beeinträchtigungen aufgrund der in ihrem Ausmass klinisch und bildgebend nicht erklärbaren und demonstrativ vorgetragenen Beschwerden (act. II 205.1 S. 11; 205.7 S. 66; vgl. auch act. II 121.1 S. 34) zumindest teilweise überlappen (act. II 205.1 S. 19). Sodann orientieren sich die psychiatrische Telexpertise sowie die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung bei der Frage der funktionellen Auswirkungen der festgestellten (psychischen) Beeinträchtigungen an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.1.2 vorne). Dabei schadet es nicht, dass im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS (act. II 205.7 S. 48) und in der Folge im interdisziplinären Konsens (act. II 205.1 S. 12 f.) andere Diagnosen als im Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2024 (act. II 121.1 S. 33; 147 S. 1), welches die beweismässigen Anforderungen an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2.2 vorne) gleichermassen erfüllt, gestellt wurden (act. II 205.1 S. 21), beschränkt sich die Divergenz zwischen den beiden Gutachten doch auf eben diesen Punkt: Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im

invalidenversicherungsrechtlichen Sinne setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte, schlüssig gestellte psychiatrische Diagnose voraus, indes kommt es im Wesentlichen darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Urteil des BGer 8C\_13/2024 vom 9. September 2024 E. 6.3.1). Diesbezüglich stimmen die Gutachten überein, indem in der MEDAS-Expertise (act. II 205.1 S. 19) bzw. in der Stellungnahme vom 5. November 2025 (act. II 217 S. 2 f.) hinsichtlich der Folgeabschätzung für die Zeit bis Oktober 2024 auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ abgestellt und erst für die Zeit danach – aufgrund einer gutachterlich festgestellten, nachträglich eingetretenen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes (act. II 205.7 S. 66) – eine leicht höhere Arbeitsfähigkeit bescheinigt wurde. Gelangten die Experten beider Gutachten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit somit zum selben Schluss, besteht trotz der unterschiedlichen Diagnosestellung kein rechtserheblicher, klärungsbedürftiger Widerspruch. Ebenso bedarf es bei dieser Ausgangslage keiner Diskussion darüber, ob die im MEDAS-Gutachten diagnostizierte Verbitterungsstörung überhaupt als eigenständige psychiatrisch-nosologische Entität anzuerkennen ist (Urteil des BGer 9C\_908/2015 vom 14. April 2016 E. 4.2), nachdem gleichzeitig eine in Bezug auf die Symptomatik vergleichbare persistierende depressive Störung festgestellt wurde (act. II 205.1 S. 12; Urteil des BGer 9C\_234/2023 vom 4. September 2023 E. 3.3.5), insbesondere aber eine (invalidenversicherungsrechtlich allein relevante) Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens dem Grundsatz nach (gutachterlich übereinstimmend) erstellt ist.

Somit liegen nach interdisziplinärer Einschätzung im MEDAS-Gutachten (somatisch im Ausmass nicht erklärbar [act. II 205.1 S. 11]) Beeinträchtigungen insbesondere von Seiten des rechten Kniegelenks, des Rückens und der Schultern, sowie psychische Beschwerden in Form chronischer Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.4) bei ausgeprägter chronifizierter posttraumatischer Verbitterungsstörung (ICD-10 F43.8), anamnestisch Panikstörung (ICD-10 F41.0) und persistierender depressiver Störung mit rezidivierenden depressiven Episoden, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.10), vor (act. II 205.1 S. 8, 10, 12-14). Dadurch ist die Arbeitsfähigkeit gemäss

Gutachten vom 4. September 2025 (act. II 205.1 ff.) in der angestammten Tätigkeit als ... bei der C. \_\_\_\_\_ (act. II 209; 205.3 S. 3 f.) gesamtmedizinisch seit Januar 2022 um 50 % eingeschränkt (act. II 205.1 S. 19). In einer den Leiden angepassten Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit gemäss Stellungnahme der MEDAS vom 5. November 2025 (act. II 217) – auf welche insoweit abzustellen ist (vgl. E. 3.4.1 hinten) – gesamtmedizinisch 80 % von Januar 2022 bis Oktober 2024 bzw. 70 % ab Oktober 2024 (act. II 217 S. 2 f.).

**3.4** Der Beschwerdeführer erachtet das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 4. September 2025 (act. II 205.1 ff.) – wie gezeigt zu Recht (vgl. E. 3.3 vorne) – ausdrücklich als beweiskräftig im Sinne der rechtsprechungsgemässen Vorgaben an den Beweiswert medizinischer Berichte (vgl. E. 3.2.2 vorne; Beschwerde S. 5 Ziff. 2.5). Er macht einzig geltend, entgegen der angefochtenen Verfügung sei hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit die in der Konsensbeurteilung des Gutachtens bescheinigte Gesamtarbeitsfähigkeit von 50 % (ab 2022) massgebend und nicht die in der Stellungnahme der MEDAS vom 5. November 2025 attestierte Gesamtarbeitsfähigkeit von 80 % bzw. – ab Oktober 2024 – 70 % (Beschwerde S. 4 f. Ziff. 2.4 f.).

**3.4.1** Während im internistischen, gastroenterologischen und neurologischen Teilgutachten jeweils keine (quantitative) Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (act. II 205.3 S. 11; 205.6 S. 6; 205.5 S. 11), ging Dr. med. M. \_\_\_\_\_ im orthopädischen Teilgutachten in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als ... bis 2022 von einer 100%igen und "derzeit" bzw. ab April 2025 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit bescheinigte er ab Dezember 2021 eine "Ganztagstätigkeit" mit Einschränkung des Rendements um 20 % (act. II 205.4 S. 14). Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bescheinigte unter Verweis bzw. Bezugnahme auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2024 (act. II 121.1 S. 37 f.) in der bisherigen Tätigkeit zunächst eine 80%ige und ab 1. Oktober 2024 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit hielt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ unter dem Blickwinkel der quantitativen Arbeitsfähigkeit einzig fest, "Mit einer adäquaten Therapie wäre mit einer

vollen Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht zu rechnen" (act. II 205.7 S. 66); eine von der in der bisherigen Tätigkeit attestierten Arbeitsfähigkeit abweichende Einschränkung bescheinigte er nicht. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 205.1) wurden diese Einschätzungen übernommen, wobei orthopädisch-neurologisch in Bezug auf die bisherige Tätigkeit präzisierend seit Januar 2022 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen und die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 20 % bzw. 30 % ausdrücklich nicht additiv zur orthopädisch-neurologischen Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt wurde (vgl. dazu E. 3.3 vorne). Gesamtmedizinisch wurde die Arbeitsfähigkeit sodann überzeugend auf 50 % festgesetzt (S. 19). Hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit wurden die Werte aus den Teilgutachten ebenfalls übernommen, wobei psychiatrisch wiederum keine (von der bisherigen Tätigkeit abweichende) Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit erfolgte; vielmehr wurde einzig die Formulierung aus dem Teilgutachten ("Mit einer adäquaten Therapie wäre mit einer vollen Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht zu rechnen") wiederholt (S. 20). Gesamtmedizinisch bescheinigten die Gutachter bis zur "Einführung einer adäquaten psychiatrischen Therapie" jedoch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und für die Zeit danach eine "Ganztagstätigkeit mit Einschränkung des Rendements um 20 %" (S. 21).

Unabhängig davon, ob die von den Gutachtern empfohlene Psychotherapie, mit welcher die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit gemäss deren Einschätzung prognostisch aufgehoben werden könnte (act. II 205.7 S. 66; 205.1 S. 21; 217 S. 3), bis dato erfolgt ist, kann der Beschwerdeführer unter den gegebenen Umständen daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten (Beschwerde S. 4 Ziff. 2.3): Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (S. 2 f. Rz. 6) zutreffend festhielt, beruht die im Gutachten vom 4. September 2025 für eine den Leiden angepasste Tätigkeit gesamtmedizinisch bescheinigte Arbeits(un)fähigkeit von 50 % offensichtlich auf einem Versehen. Denn die – dem Dargelegten zufolge im psychiatrischen Teilgutachten nicht quantifizierte – Arbeitsunfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit kann sachlogisch höchstens gleich hoch, nicht jedoch höher sein als in der angestammten Tätigkeit, in welcher Dr. med. O.\_\_\_\_\_ eine 20%ige bzw. ab Oktober 2024 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (act. II 205.7 S. 66). Selbstredend fällt es auch aus-

ser Betracht, dass anders als bei der bisherigen Tätigkeit bei einer leidensadaptierten Tätigkeit die Teilarbeitsunfähigkeiten zu addieren wären. Nachdem einzig in orthopädisch-neurologischer Hinsicht bezüglich einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (act. II 205.1 S. 20) attestiert wurde, kann die Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung der psychisch bedingten und – wie hier – nicht kumulierbaren Teilarbeitsunfähigkeiten von 20 % respektive 30 % gesamtmedizinisch folglich nicht 50 %, sondern höchstens 20 % bzw. 30 % betragen. Dem wurde in der Stellungnahme der MEDAS vom 5. November 2025 (act. II 217) Rechnung getragen und die Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit entsprechend den Beurteilungen in den Teilgutachten in diesem Sinne richtiggestellt (S. 2 f.). Es handelt sich bei den entsprechenden Ausführungen mithin nicht um eine "nachträgliche orthopädische Einzelmeinung" (Beschwerde S. 5 Ziff. 2.5), sondern lediglich um die korrekte Synthese der sich aus den einzelnen beweiskräftigen Teilgutachten ergebenden, nicht additiv zu berücksichtigenden Arbeitsunfähigkeiten im Hinblick auf die Gesamtarbeitsfähigkeit. Insbesondere hatte die Stellungnahme vom 5. November 2025 keine Neubeurteilung der jeweiligen fachmedizinischen Ergebnisse – weder in medizinischer Hinsicht noch in Bezug auf die spezifischen Folgeabschätzungen hinsichtlich Zumutbarkeitsprofilen und Arbeitsunfähigkeiten – zum Gegenstand. Damit schadet es entgegen der Beschwerde (S. 4 f. Ziff. 2.4) auch nicht, dass Dr. med. M.\_\_\_\_\_ als Orthopäde die Korrektur vorgenommen hat. Auf die in der Stellungnahme vom 5. November 2025 (act. II 217) bescheinigte Gesamtarbeits(un)fähigkeit hinsichtlich einer leidensadaptierten Tätigkeit kann demnach entgegen der Beschwerde vorbehaltlos abgestellt werden.

**3.4.2** Im Weiteren vermag auch der Bericht des Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Januar 2026 (act. II 222) den Beweiswert der seitens der MEDAS-Experten getroffenen Einschätzungen und Beurteilungen nicht zu schmälern. Insoweit fällt zunächst auf, dass sich der behandelnde Psychiater wiederholt in unsachlichem Tonfall geäußert hat (vgl. act. II 156 S. 1; 175 S. 2; 222) und zugunsten des Beschwerdeführers auch advokatorisch auftrat, was Zweifel an der Objektivität bzw. Sachlichkeit des Behandlers weckt und den Beweiswert seiner Angaben erheblich schmälert (vgl. etwa BGer 8C\_532/2024 vom 26. Juni

2025 E. 4.2). Inhaltlich beschränkt sich seine Kritik sodann auf die Folgeabschätzung bzw. ausschliesslich auf die hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 50 %, derweil Dr. med. N.\_\_\_\_\_ keine medizinischen Aspekte aufzeigt, welche im Rahmen der Begutachtungen in der MEDAS im Allgemeinen und im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ im Speziellen unberücksichtigt geblieben wären. Derlei Anhaltspunkte ergeben sich auch nicht aus seinen übrigen Berichten (vgl. act. II 70; 86; 131 S. 3; 143 S. 6; 156 S. 1; 175 S. 2; 179). Eine derartige, bloss anderslautende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung genügt zur Entkräftung des Beweiswertes eines Administrativgutachtens nicht (Urteil des BGer 8C\_96/2024 vom 25. November 2024 E. 5.4). Sodann gehört es entgegen Dr. med. N.\_\_\_\_\_ auch zu den Aufgaben von Gutachtern, sich zu Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung sowie zu Konsistenz und Plausibilität geltend gemachter Einschränkungen zu äussern (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110), wobei im Gutachten keine Aggravation im Sinne eines generellen Ausschlussgrundes (vgl. E. 2.1.2 vorne) festgestellt, sondern lediglich – aber immerhin – aus gastroenterologischer Sicht nachvollziehbar festgehalten wurde, dass mit Blick auf das Übergewicht und den guten Allgemeinzustand des Beschwerdeführers bezüglich der angegebenen Intensität von Emesis und Nausea weder Konsistenz noch Plausibilität beständen (act. II 205.1 S. 11). Dr. med. N.\_\_\_\_\_ trägt im Bericht vom 6. Januar 2026 nichts vor, was diese Einschätzungen als unzutreffend erscheinen lassen würden.

**3.5** Zusammenfassend bestehen weder gestützt auf die Berichte von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ noch die übrigen Akten konkrete Indizien (vgl. E. 3.2.2 vorne) gegen die Zuverlässigkeit der MEDAS-Expertise vom 4. September 2025 bzw. der Stellungnahme vom 5. November 2025.

**3.6** Die von den MEDAS-Gutachtern unter Berücksichtigung der massgeblichen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 3.3 vorne) medizinisch-theoretisch bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit als ... und von 80 % (ab Januar 2022 bis Oktober 2024) bzw. 70 % (ab Oktober 2024) in einer den Leiden angepassten Tätigkeit ist auch rechtlich hinreichend erstellt, weshalb kein Anlass besteht, davon abzuweichen (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54). Insbesondere

re könnte mittels einer (rechtlichen) Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.1.2 vorne) keine höhere Arbeitsunfähigkeit resultieren als die gutachterlich attestierte (Urteil des BGer 8C\_52/2020 vom 22. April 2020 E. 4.2.2).

Auf der von den MEDAS-Gutachtern erstellten medizinisch-theoretischen Grundlage ist demnach nachfolgend der Rentenanspruch zu prüfen.

#### **4.**

**4.1** Mit Blick auf die im Oktober 2021 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 1) und die ab Januar 2022 bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.6 vorne) ist der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. Januar 2023 festzulegen (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

#### **4.2**

**4.2.1** 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; vgl. Art. 16 ATSG).

**4.2.2** 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**4.2.3** 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<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares

Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 Satz 1 IVV).

Sodann galt hinsichtlich des leidensbedingten Abzugs nach Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV bis 31. Dezember 2023 Folgendes: Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen. Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV sowie der nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 (vgl. 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) zurückzugreifen (BGE 150 V 410).

Seit 1. Januar 2024 lautet Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV sodann wie folgt: Vom statistisch bestimmten Wert nach Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig.

**4.2.4** Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). In der Regel sind die Werte der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_Level (Monatlicher Bruttolohn nach

Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) massgebend (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

### **4.3**

**4.3.1** Die Beschwerdegegnerin legte bei der Berechnung des Valideneinkommens den bei der C.\_\_\_\_\_ als ... im Jahr 2024 bei einem 100%-Pensum erzielbaren Verdienst von jährlich Fr. 69'684.-- zugrunde (act. II 127; 218 S. 2), wobei sie zu Gunsten des Beschwerdeführers auch für das Jahr 2023 auf diesen Wert abstellte. Es bestehen in den Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass sich der Beschwerdeführer im hypothetischen Gesundheitsfall beruflich anderweitig orientiert oder den Arbeitgeber gewechselt hätte (vgl. E. 4.2.2 vorne). In der Folge ist dem Valideneinkommen für den gesamten Beurteilungszeitraum ein Jahresverdienst von Fr. 69'684.-- zugrunde zu legen.

**4.3.2** Mit Blick auf das Invalideneinkommen ist zunächst festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar im Umfang eines 50%-Pensums weiterhin als ... bei der C.\_\_\_\_\_ arbeitet (act. II 209; 205.3 S. 3 f.). Diese Tätigkeit kann jedoch nicht dem Invalideneinkommen zugrunde gelegt werden, da der Beschwerdeführer mit einem Pensum von 50 % die ihm verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihm medizinisch-theoretisch zumutbare Erwerbstätigkeit insofern nicht bestmöglich verwertet (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV; vgl. E. 4.2.3 vorne), als ihm die Erzielung eines höheren Einkommens möglich wäre. Denn rechtsprechungsgemäss muss sich der Beschwerdeführer in Nachachtung der ihm obliegenden Schadenminderungslast diejenige Tätigkeit anrechnen lassen, bei der der geringste Invaliditätsgrad resultiert (Urteil des BGer 8C\_124/2021 vom 2. August 2021 E. 4.4.3.1). Im Lichte der gutachterlich bescheinigten Arbeitsfähigkeit von 80 % bzw. 70 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit (vgl. E. 3.6 vorne) stellte die Beschwerdegegnerin entsprechend zu Recht auf statistische Werte gemäss LSE 2022, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_Level, ab (vgl. E. 4.2.3 vorne), wobei sie mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (act. II 205.1 S. 20) sowie die Ausbildung und Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers (act. II 19 S. 1; 205.7 S. 38 f.) zutreffend den Wert Total, Kompetenzniveau 1, Männer, zugrunde legte (act. II 218 S. 1 f.). Im Weiteren besteht für die Zeit vor dem 31. Dezember 2023 kein Anlass für

einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.2.3 vorne); namentlich wurde dem gutachterlich attestierten erhöhten Pausenbedarf bereits mit einer Leistungsminderung von 20 % Rechnung getragen (act. II 205.1 S. 20). Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin für die Zeit ab Januar 2024 bzw. im Hinblick auf die im Oktober 2024 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes (mit einhergehender Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 80 % auf 70 %) gestützt auf Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2024 in Kraft stehenden Fassung zu Recht einen Abzug von 10 % gewährt (act. II 218 S. 2; vgl. E. 4.2.3 vorne).

Somit beziffert sich das Invalideneinkommen unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche) und der Nominallohnentwicklung (BFS, Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2024, Position B-S; vgl. E. 4.2.4 vorne) per Januar 2023 auf Fr. 53'992.30 (Fr. 5'305.-- x 12 / 40 x 41.7 / 100.3 x 102 x 0.8) und per Oktober 2024 auf Fr. 43'019.15 (Fr. 5'305.-- x 12 / 40 x 41.7 / 100.3 x 103.2 x 0.7 x 0.9).

**4.3.3** Demnach beträgt der Invaliditätsgrad gerundet (zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) per Januar 2023 23 % ([Fr. 69'684.-- - Fr. 53'992.30] / Fr. 69'684.-- x 100) bzw. per Oktober 2024 38 % ([Fr. 69'684.-- - Fr. 43'019.15] / Fr. 69'684.-- x 100), womit für den gesamten Zeitraum kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (vgl. E. 2.2 vorne).

**4.4** Zusammenfassend ist die Verfügung vom 11. November 2025 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

**5.1** 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.

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.