

IV 200 2026 124
KOJ/GET/SSM

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Juli 2026

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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



betreffend Verfügung vom 23. Januar 2026

Sachverhalt:

A.

A.a.

Der ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... und ab 1993 in dieser Eigenschaft im eigenen Betrieb erwerbstätig, meldete sich im März 2000 unter Hinweis auf eine Hüftarthrose bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug in Form von Umschulung an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 2; 10 S. 1; 131 S. 2). Nach Abklärung des Sachverhalts gewährte die IVB dem Versicherten eine Umschulung zum ... (act. II 16). Diese Ausbildung brach der Versicherte ab (act. II 73), woraufhin die IVB ihm eine Umschulung zum ... zusprach (act. II 100; 112). Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 13. März 2008 (act. II 125) schloss die IVB die beruflichen Massnahmen mit der Feststellung ab, obwohl der Versicherte die Abschlussprüfung nicht absolviert habe, sei es ihm möglich, als ... zu arbeiten und ein rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften.

A.b.

Im April 2024 meldete sich der zuletzt – bis zur Kündigung per Ende November 2024 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3) – bei der B._____ AG als .../... beschäftigte Versicherte (act. II 140 S. 2 f.) unter Hinweis auf "Arthrose/Gallensteine/Leistenbruch" erneut bei der IV zum Leistungsbezug (u.a.) in Form einer Rente an (act. II 128). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei, holte Berichte behandelnder Ärzte ein und legte das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor (act. II 169 f.; 173). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 175) verneinte die IVB mit Verfügung vom 23. Januar 2026 (act. II 176) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. In der Begrün-

dung hielt sie fest, es liege aus rechtlicher Sicht keine gesundheitliche Beeinträchtigung mit invalidisierendem Charakter vor.

B.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 19. Februar 2026 Beschwerde. Er beantragt die Ausrichtung von Leistungen der IV in Form von beruflichen Massnahmen bzw. Umschulung.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. März 2026 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig reichte sie eine Aktennotiz des RAD-Arztes Dr. med. C._____, Praktischer Arzt, vom 10. März 2026 (in den Gerichtsakten = act. II 179) zu den Akten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. März 2026 gewährte der Instruktionsrichter dem Versicherten die Möglichkeit zur Replik, wovon dieser keinen Gebrauch machte.

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 23. Januar 2026 (act. II 176). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV in Form von beruflichen Massnahmen (Umschulung; vgl. Beschwerde S. 4).

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 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). 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).

2.2 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, wozu auch die Umschulung zählt (Art. 8 Abs. 3 lit. b i.V.m. Art. 17 IVG). Der Umschulungsanspruch setzt grundsätzlich eine Mindesterwerbs-einbusse von rund 20 % in den für die versicherte Person ohne zusätzliche Ausbildung offenstehenden, noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten voraus (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_15/2022 vom 19. Dezember 2022 E. 3.2).

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 Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2026 (act. II 176) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Vom 19. bis 27. Oktober 2023 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung der psychiatrischen Dienste D._____. Im Austrittsbericht vom 22. Dezember 2023 (act. II 139 S. 6-9) wurde als Hauptdiagnose eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.3) festgehalten (S. 6). Bereits nach wenigen Tagen habe sich ein deutlicher Entlastungseffekt gezeigt. Der Beschwerdeführer habe sich fortan klar von akuter Suizidalität distanzieren können und angegeben, sich wesentlich besser zu fühlen und wieder besser schlafen zu können. Auch habe das Grübeln

vollständig sistiert. Der Beschwerdeführer habe bereits nach wenigen Tagen den Austritt gewünscht (S. 8).

3.1.2 Am 6. Dezember 2023 wurde beim Beschwerdeführer bei diagnostizierter symptomatischer Cholecystolithiasis eine laparoskopische Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase) und Spitzzy-Naht der Nabelhernie durchgeführt (act. II 139 S. 14). Gemäss Austrittsbericht vom 7. Dezember 2023 war der postoperative Verlauf komplikationslos und die Entlassung erfolgte bei gutem Allgemeinzustand und reizlosen Wundverhältnissen (act. II 139 S. 12). Die Nachbehandlung wurde am 8. Januar 2024 abgeschlossen. Der Beschwerdeführer gab an, dass die gürtelförmigen Oberbauchbeschwerden jetzt komplett verschwunden und Stuhlgang und Miktion wieder normal seien, indes bei Belastung Schmerzen im Bereich der linken Leiste beständen (act. II 139 S. 4 f.).

3.1.3 Am 12. Februar 2024 erfolgte bei diagnostizierter symptomatischer sekundärer Coxarthrose bei Cam-Deformität beidseits, links beschwerdeführend, eine Hüft-Totalprothesenimplantation über minimal-invasiven anterolateralen Zugang links (act. II 139 S. 10). Gemäss Austrittsbericht vom 16. Februar 2024 (act. II 139 S. 2 f.) gestaltete sich der peri- und postoperative Verlauf komplikationslos, ebenso wie die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung. Die postoperative radiologische Kontrolle zeigte regelrechte Stellungsverhältnisse. Die Wunde stellte sich rasch reizlos dar. Die Entlassung erfolgte in gutem Allgemeinzustand, teilmobilisiert und mit gut kontrollierten Schmerzen (S. 2).

3.1.4 Ein am 17. Juni 2024 durchgeführtes MRI des Schädels wurde wie folgt beurteilt (act. II 150 S. 42 f.):

- "Keine akute Ischämie oder intrakranielle Blutung.
- Keine hochgradigen Gefässstenosen, kein Perfusionsdefizit.
- Grössenprogredientes Meningeom von 10x6 mm (VU 4x2 mm) an der Konvexität parietookzipital links.
- Neu 29 x 26 x 49 mm grosser Schilddrüsenknoten rechts, weitere Abklärungen empfohlen.
- [...]"

3.1.5 Mit zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstelltem Bericht vom 3. Juli 2024 (act. II 142.2 S. 1 und S. 38 f.) hielt Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, der Beschwerdeführer

befinde sich nach Selbstzuweisung seit dem 1. Februar 2024 in hiesiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Der Beschwerdeführer habe bei Zuweisung eine anhaltende depressive Symptomatik vor dem Hintergrund einer mehrschichtigen psychosozialen Belastungssituation (mehrere somatische Erkrankungen, Verlust des Arbeitsplatzes), in deren Zusammenhang es zunehmend zu einer Verschlechterung seiner Stimmungslage gekommen sei, beschrieben. Bei Aufnahme hätten Symptome eines anxiodepressiven Syndroms bestanden. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung sei es zunächst zu einer beginnenden Stabilisierung des Gesundheitszustandes gekommen. Vor dem Hintergrund der Kündigung des Arbeitsverhältnisses und der Diagnose eines Meningeoms sei es im weiteren Verlauf jedoch zu einer erneuten Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes gekommen, die im Verlauf eine Anpassung der Medikation und eine Intensivierung der Therapie notwendig gemacht habe. Neben der vordiagnostizierten depressiven Episode seien zunehmend psychopathologische Auffälligkeiten auf Persönlichkeitsebene in den Fokus der psychotherapeutischen Behandlung geraten. Diagnostisch sei von einer komorbiden Persönlichkeitsakzentuierung mit paranoid-narzisstischen Anteilen auszugehen (act. II 142.2 S. 38).

3.1.6 Am 24. Juli 2024 erfolgte bei diagnostizierten Inguinalhernien beidseits eine TEEP (= totale extraperitoneale Hernioplastik) beidseits (act. II 150 S. 16). Der Verlauf war komplikationslos; die histologische Beurteilung eines atypischen Lymphknotens ergab keine relevante Pathologie (S. 17).

3.1.7 PD Dr. med. F._____, Facharzt für Neurochirurgie, hielt im Bericht vom 14. August 2024 (act. II 150 S. 14 f.) fest, die links parieto-occipitale, leicht grössenprogrediente Raumforderung entspreche am ehesten einem Meningeom. Dieses sei klein und klinisch asymptomatisch. Aktuell bestehe kein neurochirurgischer Handlungsbedarf (S. 15).

3.1.8 Dipl. Arzt G._____ hielt im Bericht vom 21. November 2024 (act. II 150 S. 8-10) fest, bezugnehmend auf die Vorkonsultation vom Mai 2024 habe sich die Miktionsituation auch ohne medikamentöse Therapie verbessert. Die Blasenentleerung sei objektiv ebenfalls kompensiert. Hin-

gegen habe sich im September 2024 eine ausgeprägte genitale, vorallem scrotale Schmerzsymptomatik mit deutlicher Einschränkung der Lebensqualität nach durchgeführter Herniensenierung beidseits gezeigt. Lokal zeige sich kein Hinweis auf einen relevanten urologischen Befund ursächlich für die Symptomatik. Am ehesten seien die Schmerzen nach Herniensenierung zu interpretieren. Schliesslich sei das Prostatakarzinom-screening negativ gewesen (S. 10).

3.1.9 Vom 24. September bis 9. November 2024 befand sich der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik H._____. Im Austrittsbericht vom 27. November 2024 (act. II 146 S. 1-5) wurden im Wesentlichen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung bei Persönlichkeitsakzentuierung diagnostiziert (S. 1). Der Beschwerdeführer habe gute Behandlungserfolge zum einen in der Schmerzreduktion und -bewältigung erzielen können, zum anderen hätten das Kennenlernen von Coping- und Resilienzstrategien zu einer deutlichen Stimmungsaufhellung geführt (S. 3).

3.1.10 Eine Sonographie der Leiste links vom 28. November 2024 wurde wie folgt beurteilt (act. II 165 S. 16): "Normale und zur Gegenseite symmetrische postoperative Situation in der Leiste links. Kein Nachweis eines Rezidivs".

3.1.11 Dipl. Arzt G._____ hielt im Bericht vom 13. Januar 2025 (act. II 165 S. 13-15) fest, die testikuläre und inguinale Schmerzsituation habe sich seit der letzten Verlaufskontrolle etwas gebessert. Die testikulären Schmerzen seien regredient. Weiterhin bestehe ein klinisch und sonografisch unauffälliger scrotaler und testikulärer Befund bei leicht dilatiertem Venenplexus links. Die Miktion sei subjektiv zufriedenstellend und objektiv restharnfrei (S. 14).

3.1.12 Im Bericht der Orthopädie I._____ vom 28. Februar 2025 (act. II 165 S. 11 f.), mitunterzeichnet von Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wurde festgehalten, es zeige sich ein zeitgerechter postoperativer Verlauf ein Jahr nach der Hüft-TP-Implantation links. Die noch leichten muskulären

Restbeschwerden seien im Rahmen des normalen Heilungsprozesses zu interpretieren. Der Beschwerdeführer lehne jedoch weitere Physiotherapie klar ab (S. 11).

3.1.13 Dipl. Arzt G._____ führte im Bericht vom 8. April 2025 (act. II 165 S. 9 f.) aus, die inguinoscrotale Schmerzsituation habe sich nun deutlich verbessert. Auch die Miktionsituation sei nun zufriedenstellend. Objektiv zeige sich ein unauffälliger urologischer Status (S. 10).

3.1.14 Am 15. Juli 2025 erfolgte bei diagnostizierter Struma cystica et nodosa rechts (gutartige Vergrösserung der rechten Schilddrüsenhälfte) eine Hemithyreoidektomie rechts (Entfernung des rechten Schilddrüsenlappens). Histologisch wurde kein malignes neoplastisches Gewebe nachgewiesen (act. I 10).

3.1.15 Dr. med. E._____ hielt im Bericht vom 4. August 2025 (act. II 167) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73), fest (S. 4). In den vergangenen Monaten habe sich eine zunehmende Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes gezeigt. Eine anhaltende depressive Symptomatik bestehe aktuell nicht mehr. Der Beschwerdeführer verfüge über eine verlässliche Tagesstruktur und ein gutes Funktionsniveau im häuslichen Umfeld (S. 3).

3.1.16 Die RAD-Ärztin Dr. med. K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt nach interner Zuweisung an den RAD-Arzt Dr. med. C._____ (act. II 169) im Bericht vom 3. Oktober 2025 (act. II 170) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) sowie einen Status nach Hüft-TEP (= Totalendoprothese des Hüftgelenks) links am 12. Februar 2024 bei sekundärer Coxarthrose beidseits, links führend, fest (S. 3 f.). Nach dokumentierter schwerer depressiver Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sei von einer erhöhten Vulnerabilität und einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % bei erhöhtem Pausenbedarf auszugehen. Bei einer Persönlichkeitsakzentuierung im Rahmen einer

Z-Diagnose sei nicht von einer relevanten Einschränkung auszugehen (S. 3). Dies gelte ab 4. August 2025. Für die Zeit bis Anfang August 2025 könne auf die "psychiatrisch attestierte AUF im Dossier" abgestellt werden (S. 4). Somatisch seien körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere Tätigkeiten in wechselbelastender oder vorwiegend sitzender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10-15 kg ganztags über 8.5 Stunden ohne weitere Leistungsminderung zumutbar. Zu vermeiden seien vorwiegendes Stehen und Gehen, Zwangshaltungen, Arbeiten in gebückter Haltung, Hocken und Knien, Gehen auf unebenem Gelände, längeres Abwärtsgehen, Springen, Steigen auf Leitern und Gerüste, häufiges Treppensteigen. Dieses Zumutbarkeitsprofil sei durchgehend vorhanden gewesen. Eine Ausnahme bilde der Zeitpunkt der Hüft-TEP links im Februar 2024. Hier könne von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgegangen werden über vier Monate. Weiterhin hätten nach einer Leistenoperation im August 2024 starke skrotale Schmerzen bestanden, welche aber nach wenigen Monaten gebessert hätten, so dass ca. drei Monate postoperativ nach der Leistenhernienoperation eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (S. 4).

3.1.17 Ein am 3. November 2025 durchgeführtes MRI des Schädels wurde wie folgt beurteilt (act. I 11):

- "Im Vergleich zur Letztuntersuchung vom 06/2024 minimal progredientes sowie längerfristig seit 2018 grössenprogredientes Konvexitätsmeningeom parietookzipital links ohne raumfordernde Wirkung oder Ödem. Keine Zeichen eines erhöhten Hirndrucks.
- Keine neuen Kopfschmerzursachen."

3.1.18 Mit Aktennotiz vom 17. November 2025 (act. II 173) hielt der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ fest, " Im Rahmen des eben geführten Telefonates mit L. _____ [= Case Manager Renten] und Verweis auf die Arbeitsplatzbeschreibung [...] kann davon ausgegangen werden, dass die letzte konkrete Tätigkeit mit dem ZMP [= Zumutbarkeitsprofil], wie in der RAD Stellungnahme 03.10.2025 angegeben, übereinstimmt. Von daher besteht 100-prozentige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungsminderung für die letzte konkrete Tätigkeit."

Mit weiterer Aktennotiz vom 10. März 2026 (act. II 179) hielt der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ fest, aufgrund der im Rahmen der Beschwerde eingereichten Unterlagen ergebe sich keine Änderung in der bisherigen Beurteilung.

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 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung

(BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

3.3 Die RAD-Berichte vom 3. Oktober 2025 (act. II 170) und vom 17. November 2025 (act. II 173) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an ärztliche Berichte und erbringen Beweis (vgl. E. 3.2.2 vorne). Es liegen keine Stellungnahmen von Behandlern vor, welche Zweifel an den darin getroffenen Einschätzungen zu wecken vermöchten. Mangels Indizien gegen deren Zuverlässigkeit kann somit für die Beantwortung der sich vorliegend stellenden Tat- und Rechtsfragen darauf abgestellt werden (vgl. E. 3.2.1 vorne).

3.4

3.4.1 In somatischer Hinsicht wurde im RAD-Bericht vom 3. Oktober 2025 einzig für die Zeit nach der Hüftoperation im Februar 2024 sowie nach der Leistenoperation Ende Juli 2024 eine vier- respektive dreimonatige Arbeitsunfähigkeit anerkannt (act. II 170 S. 4), wobei dies auch für die zuletzt bei der B. _____ AG als .../... ausgeübte Tätigkeit gilt (act. II 173). Der Beschwerdeführer macht geltend, die aus somatischer Sicht bescheinigte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entspreche nicht den Tatsachen (Beschwerde S. 3 oben).

3.4.2 Soweit er auf weitere in der Vergangenheit durchgemachte gesundheitliche Beeinträchtigungen verweist (2018: Innenmeniskusriss Knie rechts; 2021: Chorioretinitis centralis serosa, Sehverlust rechts 50% [Beschwerde S. 1]), ist festzuhalten, dass betreffend das rechte Knie allein eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (im Jahr 2018) bescheinigt wurde (act. I 2 = act. II 177 S. 13 f.) und auch hinsichtlich der 2021 diagnostizierten Chorioretinitis centralis serosa keine Anhaltspunkte für eine längerdauernde Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehen (act. I

2 = act. II 177 S. 15 f.). Insbesondere enthalten die Akten respektive die (zahlreichen) Berichte der Behandler keine Hinweise dafür, dass darauf zurückzuführende funktionelle Beeinträchtigungen die Arbeitsfähigkeit im hier massgebenden Zeitraum seit der Wiederanmeldung im April 2024 (act. II 126) beeinflussten.

Im Übrigen verkennt das Gericht nicht, dass der Beschwerdeführer seit Ende 2023 an diversen gesundheitlichen Beeinträchtigungen litt, die auch operative Eingriffe erforderten (vgl. E. 3.1 vorne). Indessen ist aufgrund der medizinischen Berichte erstellt, dass die Eingriffe überwiegend komplikationslos erfolgten und die anschliessenden Heilungsprozesse jeweils regelhaft verliefen (Entfernung der Gallenblase vgl. act. II 139 S. 4 f., 12; Hüft-Totalprothesenimplantation vgl. act. II 139 S. 2, 10; 165 S. 11). In Bezug auf die Inguinalhernien (Leistenbruch; vgl. act. II 150 S. 16 f.) entwickelte sich im September 2024 zwar eine scrotale Schmerzproblematik mit deutlicher Einschränkung der Lebensqualität (act. II 150 S. 10). Allerdings ergab sich insoweit bei sonographisch normalen Befunden von Seiten der linken Leiste (act. II 165 S. 16) seit Januar 2025 (act. II 165 S. 15) eine zunehmende und deutliche Besserung (act. II 165 S. 10). Ferner bestand aufgrund des im Juni 2024 diagnostizierten Meningeoms (act. II 150 S. 42 f.) kein Handlungsbedarf (act. II 150 S. 15) bzw. sind insoweit keine funktionellen Beeinträchtigungen dokumentiert. Dasselbe gilt schliesslich auch hinsichtlich der im Juli 2025 erfolgten Hemithyreoidektomie rechts (act. I 10). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass invalidenversicherungsrechtlich nicht die Anzahl gestellter Diagnosen oder erfolgter Eingriffe massgeblich ist, sondern die daraus (in ihrer Gesamtheit) sich ergebenden funktionellen Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. In Anbetracht des nach den einzelnen Eingriffen aktenmässig dokumentierten Verlaufs ist die Einschätzung des RAD, wonach allein infolge der im Februar respektive im Juli 2024 erfolgten Operationen betreffend die Hüfte bzw. die Leiste jeweils eine vier- respektive dreimonatige Arbeitsunfähigkeit ohne bleibende Einschränkungen im Rahmen des sowohl für die bisherige als auch für anderweitige Tätigkeiten formulierten Zumutbarkeitsprofils bestand (act. II 170 S. 4; 173), nachvollziehbar und überzeugend.

3.5

3.5.1 In psychischer Hinsicht wurde anlässlich eines stationären Aufenthalts in den psychiatrischen Diensten D. _____ vom 19. bis 27. Oktober 2023 namentlich vor dem Hintergrund eines Arbeitsplatzkonflikts eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.3) diagnostiziert (act. II 139 S. 6 f.). Nach wenigen Tagen zeigte sich ein deutlicher Entlastungseffekt und der Beschwerdeführer wünschte den Klinikaustritt (S. 8). Nach einer Selbstzuweisung liess er sich sodann ab 1. Februar 2024 durch Dr. med. E. _____ (Klinik M. _____) ambulant psychiatrisch-psychotherapeutisch behandeln. Zwischenzeitlich erfolgte auf dessen Zuweisung hin vom 24. September bis 9. November 2024 ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik H. _____, wo eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung bei Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) diagnostiziert wurden (act. II 146 S. 1). Diese Diagnosen übernahm Dr. med. E. _____ im Rahmen der anschliessenden Fortsetzung der ambulanten Therapie (act. II 164.2 S. 19). Am 4. August 2025 berichtete er von der gegenwärtigen Remission der depressiven Störung (act. II 167 S. 4).

3.5.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____ hielt im Bericht vom 3. Oktober 2025 fest, bis Anfang August 2025 könne in psychischer Hinsicht "auf die attestierte AUF im Dossier" abgestellt werden. Danach bestand ab Mai 2024 durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (act. II 167 S. 2). Ab 4. August 2025 gelte aufgrund einer psychischen Vulnerabilität eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 170 S. 3). Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2026 (act. II 176) einen invalidisierenden Gesundheitsschaden aus rechtlicher Sicht (vgl. auch Beschwerdeantwort S. 2 Rz. 6).

3.6 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist jedoch 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). Dabei lässt sich eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C_492/2023 E. 5.1).

3.7

3.7.1 Nachdem die depressive Störung im August 2025 remittiert ist (act. II 167 S. 4), besteht ab diesem Zeitpunkt zum vornherein keine (psychisch bedingte) invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung mehr, zumal die verbliebene Diagnose "Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73)" für sich genommen keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen vermag (Urteil des BGer 8C_181/2025 vom 15. Januar 2026 E. 4.2). Die RAD-ärztlich bescheinigte und mit einer spezifischen Vulnerabilität begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % überzeugt nicht, zumal bereits anlässlich der letzten Konsultation vom 11. Juli 2025 keine höhergradigen Funktionseinschränkungen mehr bestanden, der Beschwerdeführer im häuslichen Umfeld über eine tragfähige Tagesstruktur sowie ein stabiles

Unterstützungsnetz verfügte und insgesamt günstige "personale und psychosoziale Ressourcen" vorlagen (act. II 167 S. 5).

3.7.2 Doch auch für die Zeit bis 4. August 2025 ist eine psychisch bedingte Invalidität im Rechtsinne nicht ausgewiesen:

3.7.2.1 So stellte Dr. med. E._____ im Bericht vom 3. Juli 2024 keine Diagnose (act. II 142.2 S. 38 f.; 142.2 S. 1). Der Anamnese ist jedoch zu entnehmen, dass bei Aufnahme die Symptome eines "anxiodepressiven Syndroms" bestanden, wobei sich zunächst eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes einstellte, es jedoch vor dem Hintergrund der Kündigung durch den Arbeitgeber sowie der Diagnose eines Meningeoms zu einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes kam (act. II 142.2 S. 38). Allerdings war der damals bzw. am 27. Juni 2024 erhobene Befund (Psychostatus [act. II 142.2 S. 39]) mit dem anlässlich der Konsultation vom 11. Juli 2025 (beim angegebenen Datum "11.07.2024" handelt es sich offensichtlich um einen Verschreiber) erhobenen Befund (act. II 167 S. 3), welcher im Sinne einer Remission der depressiven Symptomatik beurteilt wurde (S. 4), identisch. Eine erhebliche, psychisch bedingte Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens ist im Lichte dieser Umstände aufgrund des Berichts vom 3. Juli 2024 somit nicht ausgewiesen. Zwar wies Dr. med. E._____ den Beschwerdeführer im weiteren Verlauf unter Hinweis auf eine rezidivierende depressive Störung, "derzeit schwere Episode nach Mobbing und Jobverlust" der Rehaklinik H._____ zur stationären Behandlung zu (act. II 146 S. 1). Die psychopathologische Befundlage präsentierte sich indessen bereits bei Klinikeintritt wenig ausgeprägt. Insbesondere war die Stimmung des Beschwerdeführers subjektiv euthym bzw. "objektiv leicht gedrückt" bei gut erhaltener Schwingungsfähigkeit; Antrieb, Interesse und Psychomotorik waren nur leicht reduziert (S. 3), womit die Befunde nicht mit einer schweren depressiven Störung in Einklang zu bringen waren. Dies gilt umso mehr hinsichtlich der Situation bei Klinikaustritt, als die Stimmung subjektiv sowie objektiv euthym war bei gut erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und normalem Antrieb (S. 4), so dass – wie die RAD-Ärztin Dr. med. K._____ insoweit überzeugend konstatierte (act. II 159 S. 5) – auch die Diagnose einer depressiven Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episo-

de nicht nachvollzogen werden kann. Im Rahmen der nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik H._____ erfolgten Fortsetzung der ambulanten psychiatrischen Therapie stellte Dr. med. E._____ im Bericht vom 18. Dezember 2024 sodann eine "seither" eingetretene Besserung (act. II 164.2 S. 19) fest und berichtete am 11. Juni 2025 von einer rückläufigen, wenn auch noch nicht vollständig remittierten depressiven Symptomatik (act. II 164.2 S. 3). Auch wenn der Behandler als Referenzgrösse dieser positiven Entwicklung eine schwere depressive Episode zugrunde legte, welche einzig in den psychiatrischen Diensten D._____ (act. II 139 S. 6), danach bzw. seit Wiederanmeldung im April 2024 (act. II 126) jedoch nie mehr diagnostiziert wurde und dem Dargelegten zufolge auch nicht akten- bzw. befundmässig nachvollziehbar ausgewiesen war, so folgt doch aus der dokumentierten Entwicklung, dass eine schwerwiegende, die Arbeitsfähigkeit bedeutsam einschränkende Psychopathologie im massgebenden Beurteilungszeitraum nicht gegeben bzw. nicht ausgewiesen war.

3.7.2.2 Dies wird zusätzlich dadurch untermauert, dass der Beschwerdeführer eine medikamentöse Behandlung konsequent ablehnte (act. II 164.2 S. 3, 20), was gegen eine (langanhaltende) schwerwiegende Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustandes spricht. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zudem zutreffend ins Feld führte (S. 2 Rz. 6), bestand von allem Anfang an ein erhebliches therapeutisches, letztlich auch zur Remission der Depression führendes Potential. Schliesslich fehlen auch nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten: Zwar wurden von den Behandlern Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung bei Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) festgestellt (vgl. act. II 146 S. 1; 161.2 S. 19). Dem Austrittsbericht der Rehaklinik H._____ vom 27. November 2024 sind jedoch keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass diese Diagnose eine wesentliche ressourcenhemmende Wirkung – insbesondere in Zusammenhang mit der Behandlung der depressiven Störung – entfaltet hätte. Im Gegenteil wurde der Beschwerdeführer als jederzeit sehr therapiemotiviert, reflektiert und veränderungsbereit beschrieben, wobei es ihm gelungen sei, im stationären Setting dysfunktionale Verhaltensmuster abzubauen und neue Muster im Alltag umzusetzen (act. II 146 S. 3). In Bezug auf einen verbesserten Umgang mit Schmerzen im Alltag habe er die gelernten Co-

pingstrategien und Entspannungsübungen regelmässig und selbstständig angewandt, einen aktiven Umgang mit den Schmerzen gefunden und die allgemeine Belastbarkeit deutlich steigern können (S. 4). Dies spricht klar gegen eine erhebliche persönlichkeitsbedingte und das funktionelle Leistungsvermögen beeinflussende (psychische) Komorbidität.

Im Weiteren steht nach dem Gesagten fest, dass der Beschwerdeführer im Verlauf an diversen körperlichen Beeinträchtigungen litt (vgl. E. 3.4.2 vorne). Wird der Begriff der (potentiell ressourcenhemmenden) Komorbidität weitergefasst und werden die somatischen Beeinträchtigungen miteinbezogen (BGE 143 V 418), so ist zu berücksichtigen, dass die zwischenzeitliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes auch auf die (im Juni 2024) gestellte Diagnose eines Meningeoms zurückgeführt wurde (act. II 142.2 S. 38; 150 S. 42). Dass diese Diagnose den Beschwerdeführer zunächst beunruhigte, ist verständlich und nachvollziehbar. Jedoch ist festzuhalten, dass dieser Befund bereits im August 2024 als "klinisch asymptomatisch" und ohne Behandlungsbedarf beurteilt wurde (act. II 150 S. 15), so dass höchstens kurzzeitig von einer (bedeutsamen) Komorbidität auszugehen wäre. Dasselbe trifft auf die nach durchgeführter Herniensa- nierung im September 2024 aufgetretene scrotale Schmerzsymptomatik zu, mit welcher der Beschwerdeführer im Zuge des Aufenthalts in der Rehakli- nik H._____ einen verbesserten Umgang erreichen konnte (act. II 146 S. 2, 4) und welche sich im Verlauf besserte (vgl. E. 3.4.2 vorne).

3.8 Demnach ist fraglich, ob seit der Wiederanmeldung im April 2024 durchgehend eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung vorlag. Selbst jedoch wenn dies bejaht wird, so bestehen vorliegend keine gewich- tigen Gründe, aufgrund derer trotz fehlender nennenswerter psychiatrischer (oder anderweitiger) Komorbiditäten dennoch auf eine invalidisierende Er- krankung zu schliessen wäre (vgl. E. 3.6 vorne). Demzufolge kann auf die seitens der Behandler sowie des RAD aus psychischen Gründen beschei- nigte Arbeitsunfähigkeit in rechtlicher Hinsicht nicht abgestellt werden. Nachdem auch in somatischer Hinsicht eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.4 vorne) nicht gegeben ist, ist das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens im Rechtssinne und in der Folge einer invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse seit der Wiederanmeldung im

April 2024 zu verneinen. Damit hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der IV zu Recht verneint und es besteht mangels Invalidität auch kein Anspruch auf (erneute) berufliche Massnahmen in Form der beantragten Umschulung.

3.9 Zusammenfassend erging die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2026 zu Recht und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

4.2 Nach Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat der (nicht anwaltlich vertretene) 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):
 - A. _____
 - 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.