

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. September 2026

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Frésard

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. März 2026



Sachverhalt:

A.

Der 1989 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2013 nach einem selbstverschuldeten Autounfall unter Alkohol- und Drogeneinfluss unter Hinweis auf Beinbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 28.1 S. 140, 33.1 S. 17). Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 23. Oktober 2015 (act. II 48) sprach die IVB dem Versicherten vom 1. November 2013 bis 31. Januar 2014 eine befristete ganze Invalidenrente zu.

Im April 2021 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung erneut zum Leistungsbezug an (act. II 50). Die IVB veranlasste ein bidisziplinäres (neurologisch-psychiatrisches) Gutachten durch die Dres. med. C._____, Facharzt für Neurologie, und D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 6. Mai 2022 [act. II 100.1-100.3]), und verneinte mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 29. Juni 2022 (act. II 104) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % einen Rentenanspruch.

B.

Im Rahmen einer im Januar 2023 erfolgten weiteren Anmeldung bei der IV mit dem Antrag auf berufliche Massnahmen (unter Hinweis auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine mittelschwere Depression, stark ausgeprägte Cluster-Kopfschmerzen, Hüftbeschwerden nach einem Autounfall mit anschliessender Operation sowie eine Bewegungseinschränkung des rechten Arms [act. II 105, 109 S. 1]) sprach die IVB dem Versicherten im März 2023 Arbeitsvermittlung mit Coaching zu (act. II 118). Nach Abbruch dieser Massnahme im Mai 2023 schloss die IVB die berufliche Eingliederung mit Mitteilung vom 25. Mai 2023 ab (act. II 129 S. 3, act. II 131).

Im Oktober 2024 gelangte der Versicherte abermals mit einem Leistungsgesuch an die IV; als gesundheitliche Beeinträchtigungen gab er Cluster-Kopfschmerzen, eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Panikattacken, Schlafstörungen, Probleme mit der Atmung, Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, Knieprobleme nach einem Autounfall aus dem Jahr 2012 sowie Rückenschmerzen infolge eines Autounfalls vom 26. April 2024 an (act. II 139; vgl. auch act. II 145, wo zusätzlich eine posttraumatische Belastungsstörung sowie Magen-Darm-Beschwerden aufgeführt wurden). Die IVB beauftragte die MEDAS E._____ mit der Erstellung eines neurologisch-psychiatrischen Verlaufsgutachtens (bidisziplinäres Gutachten vom 23. Juli 2025 [act. II 189.1-189.7]) und kündigte mit Vorbescheid vom 5. August 2025 (act. II 193) die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 28 % an. Nach erhobenem Einwand (act. II 195, 197, 201) holte die IVB eine Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 203 f.) und verfügte am 4. März 2026 wie vorbescheidweise in Aussicht gestellt (act. II 205).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, wie bereits im Vorbescheidverfahren vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 20. April 2026 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. April 2026 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 4. März 2026 (act. II 205). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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). Er-

werbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

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).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der

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

2.4

2.4.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 des Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung

sichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu anmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.4.4 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 147 V 167 E. 4.1 S. 169, 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C_235/2024 E. 4, 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C_235/2024 E. 4).

2.5 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 bezüg-

lich 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 Die Beschwerdegegnerin ist vorliegend auf die Neuanschuldung eingetreten (vgl. act. II 205), womit die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Offen bleiben kann, ob hinsichtlich des hier zur Diskussion stehenden Rentenanspruchs die Anmeldung vom Januar 2023 (act. II 105) oder jene vom Oktober 2024 (act. II 139) als die Prüfung auslösend zu betrachten ist, wurde zwischen den beiden Anmeldungen doch über den Rentenanspruch nicht verfügt. So oder anders ist zu prüfen, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Verfügung vom 29. Juni 2022 (act. II 104) zu Grunde lag und mit welcher letztmals über den Rentenanspruch befunden wurde, im Zeitpunkt der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 4. März 2026 (act. II 205) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.2 Die rechtskräftige Verfügung vom 29. Juni 2022 (act. II 104) stützte sich in medizinischer Hinsicht auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. C. _____ und D. _____ vom 6. Mai 2022 (act. II 100.1-100.3). Darin stellten die Sachverständigen in ihrer Konsensbeurteilung folgende Diagnosen (act. II 100.2 S. 1 f. Ziff. 1.2 f.):

Relevante Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Cluster-Kopfschmerz
2. Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2)
3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.41)

Relevante Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

4. Z.n. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1) sowie Psychische und Verhaltensstörungen

durch Kokain: Schädlicher Gebrauch, gegenwärtig abstinert, sowohl von Alkohol als auch von Kokain (ICD-10: F10.10 sowie ICD-10: F14.10)

5. Stottern (ICD-10: F98.5)
6. Zustand nach Autounfall am 25.11.2012 mit
 - dislozierter Femurschaftfraktur links
 - traumatischer Eröffnung der Bursa präpatellaris links
 - undislozierter Clavicula-Schaftfraktur mittleres Drittel links

In neurologischer Hinsicht wurde festgehalten, es bestehe seit circa Mitte 2018 ein Cluster-Kopfschmerz, streng rechtsseitig, mit initial sehr häufigen, bis zu sechsmal täglich auftretenden Attacken mit starken Gesichtsschmerzen rechtsseitig, Tränenfluss des rechten Auges und verstopfter Nase. Nachdem initial ein häufiges Auftreten der Cluster-Kopfschmerzen vorgelegen habe, sei es circa anfangs 2021 zu einer gewissen Besserung gekommen. Der Beschwerdeführer habe sich in Behandlung in die Neurologie des Spitals F._____ sowie in die Kopfwehsprechstunde des Spitals G._____ begeben, wobei seit circa über einem Jahr keine derartigen Behandlungen mehr stattgefunden hätten. Die therapeutischen Optionen seien nicht konsequent durchgeführt worden. Aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs sei ab anfangs 2021 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit (in jeglichen Tätigkeiten) auszugehen. Ab Juni 2018 bis Ende 2020 habe eine 50%ige Beeinträchtigung vorgelegen (act. II 100.2 S. 1 Ziff. 1).

In psychiatrischer Hinsicht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide unter leichten depressiven Symptomen sowie weiteren Symptomen wie verminderter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühlen, Gefühlen von Wertlosigkeit sowie Schlafstörungen. Darüber hinaus zeige er Symptome einer Angststörung mit Befürchtungen im Zusammenhang mit seinen Kopfschmerzattacken. Aus Angst und Besorgtheit vor der nächsten Cluster-Kopfschmerzattacke mediziere sich der Beschwerdeführer selbständig mit drei Tabletten Dafalgan und drei Tabletten Novalgin täglich prophylaktisch, obwohl er wisse, dass seine Kopfschmerzattacken dadurch nicht reduziert werden könnten. Trotz diagnostizierten Cluster-Kopfschmerzes zeigten sein Umgang damit, die Ängste davor und der eingeschränkte Lebensstil neben der somatisch-chronischen Schmerzstörung zudem auch Aspekte einer somatoformen Schmerzstörung (act. II 100.1 S. 38 ff. Ziff. 4.4). Seit

April 2021 könne der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit vollschichtig mit einer Leistungseinschränkung von 20 % eingesetzt werden, die Arbeitsfähigkeit betrage 80 % (act. II 100.1 S. 48 f. Ziff. 6.2).

Interdisziplinär bestehe in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %; die in den beiden Fachgebieten begründeten Teilarbeitsunfähigkeiten könnten nicht additiv verrechnet werden (act. II 100.2 S. 3 Ziff. 1.9 f.). Aus psychiatrischer Sicht werde dringend eine Optimierung der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durch eine pharmakotherapeutische Behandlung in Abstimmung der Psychiater mit den Neurologen empfohlen. Dadurch werde eine Stimmungsstabilisierung, eine Reaktion (recte: Reduktion) der ängstlichen Symptomatik und eine Reduktion der Schlafstörungen medizinisch-theoretisch erwartet, wodurch zwar nicht von einer Verbesserung der Gesamtarbeitsfähigkeit auszugehen sei, jedoch eine Stabilisierung des gesamtpsychischen Zustands erhofft werde. Ausserdem sei vom Beschwerdeführer eine Suchtmittelabstinenz zu verlangen; dabei seien Urinuntersuchungen auf Suchtstoffe durchzuführen (act. II 100.2 S. 3 f. Ziff. 1.11).

3.3 Zum Gesundheitszustand, zur Arbeitsfähigkeit und deren Entwicklung seit der Verfügung vom 29. Juni 2022 (act. II 104) lässt sich den Akten das Folgende entnehmen:

3.3.1 Im Austrittsbericht vom 6. Dezember 2022 über die stationäre Behandlung vom 30. November bis 6. Dezember 2022 (act. II 152 S. 6 f.) diagnostizierte Dr. med. H._____, Praktische Ärztin der Psychiatrie des Spitals F._____, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und Anpassungsstörungen im Rahmen der psychosozialen Belastungssituationen (ICD-10: F43.2). Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an Cluster-Kopfschmerzen, welche für ihn eine starke Belastung darstellten. Während der Schmerzattacken äussere er sich manchmal fremdaggressiv; er habe sich bisher jedoch immer selbst daran hindern können, körperlich aggressiv zu werden. Das Umfeld nehme wahr, dass er sich verändert habe und frage ihn, ob er Drogen konsumiere, was er jeweils verneine. Zusätzlich sei die häusliche Situation belastend (S. 6). Während der Hospitalisation habe der Beschwerdeführer oft irritiert und niederschwellig verbal aggressiv gegenüber dem Pflegeper-

sonal gewirkt. Im Verlauf habe einer der Mitpatienten berichtet, dass der Beschwerdeführer Kokain konsumiert habe. Der Beschwerdeführer habe sich daraufhin geweigert, eine Urinprobe abzugeben, und habe die Station verlassen, ohne sich abzumelden. Nachdem ihm mitgeteilt worden sei, dass er austreten sollte, weil er sich nicht an die Regeln halte, habe er weinerlich, danach wütend und mit Selbstmorddrohungen reagiert. Zum Zeitpunkt des Austritts habe weder eine akute Selbst- noch eine Fremdgefährdung bestanden (S. 7).

Im gleichzeitig zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellten Bericht vom 22. Dezember 2022 (act. II 117.3 S. 9 ff.) diagnostizierten die behandelnden Psychologen des Spitals F._____, lic. phil. I._____, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, und M.Sc. J._____, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, im Zusammenhang mit Cluster-Kopfschmerzen (ICD-10: F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73 [S. 10 Ziff. 4]). Die psychischen Beschwerden bestünden rezidivierend und exazerbierten klinisch auffällig erstmalig im Sommer 2020. Mit der regelmässigen Arbeitssituation habe eine gewisse Stabilität erreicht werden können. Zuletzt hätten sich die Cluster-Kopfschmerzen am Arbeitsplatz intensiviert. Mit dem Wegfall der beruflichen Tätigkeit und im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen habe sich die depressive Symptomatik so stark gesteigert, dass sie nun wieder vordergründig sei (S. 10 Ziff. 3). Gegenwärtig werde von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (S. 10 Ziff. 5).

Im Austrittsbericht vom 1. Juni 2023 über die stationäre Behandlung vom 18. Mai bis 1. Juni 2023 in der Psychiatrie des Spitals F._____ (act. II 152 S. 3 ff.) diagnostizierten K._____, Assistenzärztin, und lic. phil. L._____, eidg. anerkannter Psychotherapeut, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3), Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, DD drogeninduziert, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73 [S. 4]). Der Be-

schwerdeführer berichte von einer psychischen Dekompensation in den letzten Tagen. Er fühle sich niedergeschlagen, traurig und von seinen Nachbarn oder den Leuten im ÖV beobachtet und verfolgt. Auslöser für die Situation seien verschiedene Belastungsfaktoren (u.a. Todesfälle, Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen, viel Verantwortung). Er habe in der letzten Zeit keine Drogen eingenommen (S. 3). Der Beschwerdeführer berichte im Verlauf von Angst vor Mitpatienten. Er fühle sich provoziert und versuche, sich abzugrenzen, was ihm nur teilweise gelungen sei. Aufgrund zunehmend verschlechterter Umstände habe er den Austritt gewünscht (S. 4).

Im Bericht vom 11. März 2024 der Psychiatrie des Spitals F._____ über das am 10. März 2024 erfolgte ambulante Notfallgespräch (act. II 152 S. 1 f.) diagnostizierten dipl. Ärztin M._____ und M.Sc. N._____, Psychologin, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Der Beschwerdeführer erscheine nachts in Begleitung der Polizei. Der Vater habe die Polizei gerufen, da der Beschwerdeführer verbal aggressiv geworden sei. Grund dafür sei gewesen, dass er das Gefühl gehabt habe, seine Frau habe die Schmerzmedikamente weggeworfen; es sei jedoch nur eine leere Schachtel gewesen (S. 1). In der Beurteilung wurde eine komplexe psychosoziale Belastungssituation ohne akute Fremd- oder Selbstgefährdung festgehalten. Am ehesten könnten die Symptome unter der bekannten chronischen Schmerzstörung mit psychischen und sozialen Anteilen subsumiert werden (S. 2).

Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, und M.Sc. J._____, seit März 2023 eidg. anerkannter Psychotherapeut, Spital F._____, führten im zuhänden der Beschwerdegegnerin erstellten Bericht vom 24. Januar 2025 (act. II 153 S. 2 f.) aus, seit Juni 2022 werde eine stetige Verschlechterung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers gesehen. Vor dem Hintergrund der diagnostizierten Cluster-Kopfschmerzen sei eine zunehmend chronifizierte depressive Symptomatik entstanden, welche sich wechselhaft mittel- bis schwergradig symptomatisch in Form von agitiertem Verhalten, Misstrauen und paranoiden Gedanken bis hin zu paranoiden Wahnvorstellungen zeige. Teilweise würden beträchtliche Bewusstseins- und Orientierungsstörungen vorherrschen. Mittlerweile sei dem Beschwerdeführer deswegen laut sei-

nen Angaben der Führerschein entzogen worden (S. 2 f.). Es bestehe zudem der Verdacht, dass es vor dem Hintergrund der chronischen Cluster-Kopfschmerzen zu einer tiefgreifenden Persönlichkeitsänderung gekommen sei, was diagnostisch abgeklärt werden müsse. Der Beschwerdeführer sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar bzw. vollständig arbeitsunfähig (S. 3).

3.3.2 Der Hausarzt Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten Bericht vom 29. Januar 2025 (act. II 157 S. 4) aus, er bestätige, dass sich insbesondere die Kopfschmerzsituation des Beschwerdeführers zwischenzeitlich deutlich verschlechtert habe. Der Beschwerdeführer sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig und dekompenziere angesichts der Gesamtsituation zunehmend psychisch wie sozial. Aufgrund der Verschlechterung habe er den Beschwerdeführer zusätzlich in der Psychosomatik des Spitals G._____ angemeldet.

3.3.3 Im Bericht des Spitals G._____ vom 8. April 2025 (act. II 189.6) wurden die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Cluster-Kopfschmerzen und Depression gestellt (S. 1). Es bestünden bekannte Cluster-Kopf-schmerzen und damit verbunden eine chronische Schmerzverarbeitungsstörung mit zentraler Hypersensibilisierung. Für eine zentralnervös vermittelte Komponente würden eine klammernalgometrische Hyperalgesie, Rückzugstendenzen, Ein-/Durchschlafstörungen, eine Phono-/Photophobie, eine erhöhte emotionale Reizbarkeit sowie das Meiden von Menschenmengen sprechen. Psychometrisch zeigten sich sowohl im BDI (33) als auch im HADS (24) auffällige Werte für eine Depression (S. 2).

3.3.4 Im bidisziplinären neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 23. Juli 2025 (act. II 189.1-189.7) wurden in der interdisziplinären Konsensbeurteilung folgende Diagnosen gestellt (act. II 189.1 S. 5 Ziff. 4.3):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Cluster-Kopfschmerzen (ICD-10: G44.0)
- Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen (ICD-10: G44.4)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73)
- Psychische und Verhaltensstörung durch Kokain, Z.n. schädlichem Gebrauch (ICD-10: F14.1)
- Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide, Z.n. schädlichem Gebrauch (ICD-10: F12.1)
- Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Z.n. schädlichem Gebrauch (ICD-10: 10.1)

Im neurologischen Teilgutachten führte Dr. med. Q._____, Fachärztin für Neurologie, aus, beim Beschwerdeführer seien zunächst episodische Cluster-Kopfschmerzen im Jahr 2020 diagnostiziert worden, die sich im Verlauf zu einem chronischen Cluster-Kopfschmerz entwickelt hätten. Zudem bestehe eine tägliche Schmerzmitteleinnahme seit mehreren Jahren, sodass ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz zu verzeichnen sei (act. II 189.2 S. 6 Ziff. 6.3.1). Der Beschwerdeführer könne in jeglichen Tätigkeiten acht Stunden pro Tag anwesend sein, wobei der Pausenbedarf aufgrund der chronifizierten Kopfschmerzsymptomatik erhöht sei. Die Arbeitsfähigkeit betrage seit der letzten Begutachtung aus dem Jahr 2022 unverändert 80 % (act. II 189.2 S. 7 f. Ziff. 8). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit der Verfügung vom 29. Juni 2022 aus neurologischer Sicht nicht wesentlich verändert (act. II 189.2 S. 9 Ziff. 8.4).

Im psychiatrischen Teilgutachten hielt Dr. med. R._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, in der Zusammenschau der bisherigen und aktuellen Beschwerden liessen sich keine "kalkülrelevanten" Veränderungen feststellen. Der Beschwerdeführer beklage sich seit jeher über die negative Stimmungslage im Zusammenhang mit Kopfschmerzattacken, wobei seine Verzweiflung und Reizbarkeit mit der Intensität und Häufigkeit der Kopfschmerzattacken einhergingen. In den Zeiten ohne Kopfschmerzen fühle er sich recht wohl und unternehme gerne mit anderen Kollegen etwas, gehe mit Kollegen in Bars oder unternehme Spaziergänge im Wald, was er auch sehr geniesse. Es sei weder eine durchgehende depressive Stimmungslage noch eine durchgehend schwerwiegende Antriebs- oder Interessenminderung zu explorieren. Die geschilderte Erwartungsangst vor den Kopfschmerzattacken erfülle die Kriterien einer psychiatrischen Angststörung sodann nicht. Zudem seien die Schmerzen durch den Nachweis

einer körperlichen Störung (Cluster-Kopfschmerz als eine der schwersten Formen der primären Kopfschmerzen) sehr wohl erklärbar (act. II 189.3 S. 12 f.). Damit lasse sich beim Beschwerdeführer lediglich eine kopfschmerzbedingte Beeinträchtigung in seiner Alltagsgestaltung inkl. Beruf und Freizeit im Sinne einer Z-Diagnose objektivieren (act. II 189.3 S. 14). Es bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; diese Einschätzung gelte seit Juli 2022 (act. II 189.3 S. 15 f. Ziff. 8). Seit der Verfügung vom 29. Juni 2022 habe sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht wesentlich verändert (act. II 189.3 S. 16 Ziff. 8.4). Es sei ein Schmerzmittelentzug, gefolgt von einem Rehabilitationsaufenthalt in einer auf Kopfschmerzen spezialisierten Klinik, sowie eine Anbindung an eine neurologische Kopfschmerzsprechstunde mit konsequenten und regelmässigen Kontrollen und der Einsatz einer medikamentösen Prophylaxe zu empfehlen. Zudem solle eine Suchtmittelabstinenz angestrebt werden, da diese die Kopfschmerzen triggerten. Es werde eine Verlaufsbeurteilung in zwei Jahren empfohlen (act. II 189.1 S. 7 Ziff. 4.8).

3.3.5 Im Bericht vom 10. November 2025 (act. II 201 S. 2 ff.) führte der behandelnde Psychotherapeut M. Sc. J. _____, Spital F. _____, aus, die Beobachtung des Gutachters könne gut nachvollzogen werden und die verschiedenen Bedenken würden geteilt. Ein grosses Problem in der Behandlung seien die bagatellisierenden und stark verharmlosenden Aussagen des Beschwerdeführers, welche insbesondere bei unbekannten Personen, wie beim Gutachter, häufig auftreten würden. Das Zusammenleben der Familie des Beschwerdeführers zeichne sich durch starke Konflikte aus und der Vater habe in der letzten Zeit wiederholt die Polizei alarmieren müssen, da das fremdgefährdende Potenzial des Beschwerdeführers nicht mehr kontrollierbar gewesen sei. Die Konflikte hätten sich über die Jahre in Häufigkeit und Ausprägung intensiviert. Beruflich könne über die Jahre eine stetige Verschlechterung erkannt werden. Der Beschwerdeführer habe diverse Anstellungen nicht lange halten können, was mit der kognitiv verlangsamten Arbeitsweise und den Absenzen aufgrund der Cluster-Kopfschmerzen zusammenhänge (S. 3). Infolgedessen werde über die Jahre eine stetige Verschlechterung seiner psychischen Befindlichkeit gesehen. Eine medikamentöse Behandlung sei wiederholt angesprochen

worden, habe jedoch – über eine Reservemedikation mit Quetiapin hinaus – nicht installiert werden können. Diagnostisch würden in den erwähnten Verhaltensweisen Aspekte einer Persönlichkeitsstörung und/oder einer früheren posttraumatischen Belastungsstörung gesehen. Diese könnten leider nicht auf den ersten Blick den klassischen Kriterien zugeordnet werden, da der Beschwerdeführer die ausgeprägte Fähigkeit besitze, diese Verhaltensweisen für kurze Momente vordergründig zu regulieren (S. 4). Die Hauptdiagnose einer mittelschweren bis schweren rezidivierenden depressiven Störung mit fraglich psychotischen Symptomen werde weiterhin als gegeben gesehen (S. 5).

3.3.6 In der Stellungnahme des RAD vom 23. Februar 2026 (act. II 204 S. 2) führte S._____, Fachpsychologe für Psychotherapie, aus, im Gutachten sei nachvollziehbar beurteilt worden, dass seit der Begutachtung im Jahr 2022 keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Die vorgetragenen Einwände der Behandler der Psychiatrie Spital F._____ seien als eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts zu sehen. Dr. med. T._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, bestätigte nach Besprechung und eigener Durchsicht diese Beurteilung (act. II 203).

3.4

3.4.1 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).

3.4.2 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).

3.5

3.5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 4. März 2026 (act. II 205) auf das bidisziplinäre Gutachten vom 23. Juli 2025 (act. II 189.1-189.7). Dieses ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen klinischen Explorationen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Es überzeugt inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Zudem wurde zur Frage einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. Juni 2022 nachvollziehbar Stellung genommen. Damit erfüllt die Expertise die höchstrichterlichen Beweisforderungen (E. 3.4.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist.

3.5.2 In neurologischer Hinsicht ist gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 23. Juli 2025 erstellt, dass sich der im Jahr 2020 erstmals diagnostizierte Cluster-Kopfschmerz – bei weiterhin unauffälligem neurologischem

Befund – im Verlauf zu einem chronischen Cluster-Kopfschmerz entwickelt hat. Weil der Beschwerdeführer zudem seit mehr als fünf Jahren täglich Schmerzmittel einnimmt, liegt zusätzlich ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz vor (act. II 189.2 S. 6 Ziff. 6.3.1), womit auch letzterer bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. Juni 2022 vorlag (vgl. auch act. II 117.3 S. 3 viertes Lemma). Die Sachverständige kam damit zum überzeugenden Schluss, dass sich der neurologische Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 29. Juni 2022 nicht wesentlich verändert hat (act. II 189.2 S. 9 Ziff. 8.4). Im Rahmen der aktuellen neurologischen Untersuchung gab der Beschwerdeführer an, an durchschnittlich drei bis sechs Attacken innert 24 Stunden zu leiden. Die Attackenfrequenz habe in den letzten fünf bis sechs Jahren drei bis sechs Attacken pro Tag betragen (act. II 189.2 S. 2 Ziff. 3.2.1). Im Rahmen der neurologischen Untersuchung vom 2. Februar 2022 hatte er angegeben, früher bis zu sechs Attacken pro Tag, aktuell zwei bis drei Attacken zu haben (act. II 100.1 S. 16). Aus den Akten geht hervor, dass die Attackenfrequenz stark von der Anzahl der eingenommenen Medikamente resp. Schmerzmittel abhängt (vgl. act. II 100.1 S. 16 unten). Im Zeitpunkt des Erstgutachtens applizierte sich der Beschwerdeführer Imigran-Spritzen (act. II 100.1 S. 19), welche seine Beschwerden verbesserten (act. II 189.2 S. 2 Ziff. 3.2.1), während er im Zeitpunkt des Zweitgutachtens von Juli 2025 ausschliesslich im Rahmen eines vermeidbaren Medikamentenübergebrauchs Schmerzmittel einnahm, die wirksame Therapie mittels Imigran-Spritzen jedoch nicht mehr wahrnahm (act. II 189.2 S. 2 Ziff. 3.2.1). Damit ist keine revisionsrelevante Veränderung des neurologischen Gesundheitszustandes erstellt. Anhaltspunkte für eine anderweitige somatische revisionsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes liegen sodann nicht vor (vgl. act. II 117.3 S. 3, 12 f., 145 S. 3 f.).

3.5.3 Auch in psychischer Hinsicht ist gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 23. Juli 2025 keine revisionsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 29. Juni 2022 erstellt: Der psychiatrische Sachverständige legte unter Würdigung der Aktenlage, der Anamnese und der erhobenen Befunde schlüssig und nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt des Erstgutachtens über eine negative Stimmungslage im Zusammenhang mit den Kopfschmerzatt-

tacken geklagt hatte und seine Verzweiflung und Reizbarkeit bereits damals in Zusammenhang mit deren Intensität und Häufigkeit standen (act. II 189.3 S. 12). Ferner zeigte er überzeugend auf, dass sich gestützt auf die erhobenen Untersuchungsbefunde (vgl. act. II 189.3 S. 8 Ziff. 4.3) keine durchgehend depressive Stimmungslage oder schwerwiegende Antriebs- bzw. Interessenminderung objektivieren lasse, die geltend gemachte Erwartungsangst vor den Kopfschmerzattacken nicht von klinischer Relevanz sei und auch die diagnostischen Kriterien einer Schmerzstörung nicht erfüllt seien, weshalb sich beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen lasse (act. II 189.3 S. 12 ff.). Der Sachverständige kam mit nachvollziehbarer Begründung zum überzeugenden Schluss, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 29. Juni 2022 nicht wesentlich verändert hat (act. II 189.3 S. 16 Ziff. 8.4).

3.5.4 Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Berichte der behandelnden Ärzte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend macht (Beschwerde S. 4 ff. Ziff. 3), kann ihm nicht gefolgt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass die Berichte den Gutachtern vorgelegen hatten (vgl. act. II 189.4). Zudem vermögen diese Berichte keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu begründen. Den Berichten lassen sich keine Aspekte entnehmen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3). Die von den Behandlern geltend gemachte, seit Juni 2022 bestehende chronifizierte depressive Symptomatik (act. II 153 S. 2) schloss Dr. med. R. _____ überzeugend aus (act. II 189.3 S. 12); zudem wies er schlüssig darauf hin, dass trotz regelmässiger Behandlung und angeblich beobachteter Verschlimmerung keine psychopharmakologische Behandlung eingeleitet worden war (vgl. hierzu act. II 201 S. 4), was bei einer tatsächlich fortschreitenden – und nicht lediglich punktuell auftretenden – depressiven Symptomatik (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) leitliniengerecht und dringend indiziert gewesen wäre (act. II 189.3 S. 13). Auch hinsichtlich der von den Behandlern beschriebenen “erheblichen Bewusstseins- und Orientierungsstörung” (act. II 153 S. 2 f.) legte der Sachverständige nachvollziehbar dar, dass der in diesem Zusammenhang angeführte Führerausweisent-

zug nach Angaben des Beschwerdeführers auf das Führen eines Fahrzeugs in alkoholisiertem und kokainintoxiziertem Zustand zurückzuführen sei (act. II 189.3 S. 13, vgl. act. II 189.3 S. 6 Ziff. 3.2.9) und für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in dieser Form bzw. in Form von weiteren Beschwerden (Ängstlichkeit, Impulsivität, paranoide Ideen) angesichts des positiven Substanznachweises in der Urinprobe (COC und THC) eine substanzinduzierte Ursache zunächst auszuschliessen wäre (vgl. act. II 189.3 S. 8, 14). Dem Konsum der erwähnten Substanzen selbst mass der Sachverständige nachvollziehbar keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (act. II 189.3 S. 14 Ziff. 6.3.3); abgesehen davon, dass der Substanzkonsum auch bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. Juni 2022 bekannt war. Schliesslich schloss der Gutachter auch eine von den Behandlern als möglich eingestufte neu eingetretene Persönlichkeitsänderung (im Sinne einer klinischen Störung [act. II 153 S. 3]) mangels eines durchgehenden Musters ausgeprägter interaktioneller Störungen und mangels Veränderung im Beschrieb der Persönlichkeit im Vergleich zum Erstgutachten schlüssig aus (act. II 189.3 S. 13). Diesbezüglich vermochten denn auch die Behandler innerhalb ihrer mehrjährigen Behandlungsdauer keine entsprechende (Verdachts-)Diagnose zu stellen (act. II 117.3 S. 3 f., 10 Ziff. 4, 152 S. 1, 4, 6, 153 S. 2 f., 201 S. 4 f.).

3.5.5 Nichts an der Beurteilung zu ändern vermag schliesslich der im Nachgang an das bidisziplinäre Gutachten vom 23. Juli 2025 ergangene Bericht des behandelnden Psychotherapeuten M.Sc. J. _____ vom 10. November 2025 (act. II 201 S. 2 ff.). Abgesehen davon, dass damit nicht eine Stellungnahme eines Facharztes vorliegt (vgl. BGE 151 V 258 E. 4.3 S. 261 mit Hinweisen), weckt die Eingabe auch materiell keine Zweifel am Gutachten: Die vom Therapeuten geschilderten familiären bzw. sozialen Konflikte sowie die berufliche Situation des Beschwerdeführers wurden im Rahmen des Gutachtens ausführlich thematisiert und gewürdigt (act. II 189.3 S. 2 f., 5, 10 ff.). Zudem bestätigte M.Sc. J. _____ zum einen, dass die Beobachtungen des Gutachters nachvollzogen werden könnten und verschiedene Bedenken geteilt würden, und zum anderen, dass sich die gezeigten Verhaltensweisen nicht (auf den ersten Blick) den klassischen diagnostischen Kriterien, namentlich denjenigen einer Persönlichkeitsstörung oder posttraumatischen Belastungsstörung, zuordnen lies-

sen. Damit waren auch die Behandler nicht imstande, die genannten Verhaltensweisen leitliniengerecht einer psychischen Störung zuzuordnen und eine Diagnose zu stellen. Soweit der behandelnde Psychotherapeut indes ausführte, dass der Beschwerdeführer seine Situation oft verharmlose bzw. bagatellisiere und das Ausmass der Erkrankung nicht sofort ersichtlich werde, ist anzumerken, dass die fachärztliche Beurteilung von Dr. med. R._____ nicht bloss eine Momentaufnahme anhand der klinischen Exploration darstellt, der Gutachter sich vielmehr gestützt auf die Vorakten ein vollständiges Bild verschaffen und das Verhalten des Beschwerdeführers entsprechend umfassend und leitliniengerecht beurteilen konnte.

Nichts am Ergebnis zu ändern vermag schliesslich auch die mit Vorbescheid vom 10. April 2026 (act. II 208) angekündigte Abweisung des Begehrens um berufliche Massnahmen (Beschwerde S. 5 f.), wird darin doch auf die fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers Bezug genommen.

3.6 Zusammenfassend bestehen keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung, weshalb die Beschwerdegegnerin eine für den Rentenanspruch relevante Veränderung des Gesundheitszustandes zu Recht verneint hat. In erwerblicher Hinsicht ist gestützt auf die Akten ebenfalls kein Revisionsgrund erstellt und ein solcher wird auch nicht geltend gemacht.

Nach dem Dargelegten liegt weder in medizinischer noch in erwerblicher Hinsicht eine revisionsrelevante Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vor, weshalb sich eine Neubemessung des Invaliditätsgrades grundsätzlich verbietet (vgl. E. 2.4.2 hiavor).

3.7 Die per 1. Januar 2024 in Kraft getretene Änderung von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (Änderung vom 18. Oktober 2023 [AS 2023 635]) stellt einen eigenständigen Änderungstitel und keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG dar (vgl. Rz. 9210 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 151 V 264 E. 6.2 S. 266 mit Hinweisen] sowie Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern IV 200 2025 364 vom 29. Mai 2026 E. 3.5.4 und IV 200 2025 46 vom 5. Mai 2025 E. 3.3). Soweit daher – wie hier – keine (revisi-

onsrechtlich relevante) Sachverhaltsänderung stattfand, ist die frühere Verfügung nicht umfassend zu prüfen, sondern es ist einzig eine neue Invaliditätsbemessung anhand der bisherigen Faktoren (ohne Indexierung) und unter Berücksichtigung des Pauschalabzugs von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV vorzunehmen (vgl. auch Abs. 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 18. Oktober 2023 der IVV). Unter Berücksichtigung des vorliegend massgebenden Pauschalabzugs von 10 % (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV erster Satz) resultiert basierend auf dem Einkommensvergleich der Verfügung vom 29. Juni 2022 (act. II 104) ein um den Pauschalabzug von 10 % gekürztes Invalideneinkommen von Fr. 49'643.10 ($55'159.-- \times 0.9$) und ein Invaliditätsgrad von 28 % ($100 - [100 / 68'949.-- \times 49'643.10]$), womit der Beschwerdeführer weiterhin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (E. 2.2 hiavor).

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 4. März 2026 (act. II 205) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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:

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.