IV 200 2026 271
ACT/SCC/SSM

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Oktober 2026

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A._____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 27. Februar 2026

Sachverhalt:

A.

Der 1981 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2018 wegen einer rezidivierenden Depression bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (Akten der IVB [act. II] 1). Die IVB veranlasste u.a. eine polydisziplinäre Begutachtung durch die B._____ (MEDAS-Gutachten vom 29. September 2020 [act. II 98.1]; Teilgutachten [act. II 98.4-8]) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 13. August 2021 (act. II 114) befristet vom 1. September 2019 bis 31. Dezember 2020 eine Viertelsrente zu; die Verfügung blieb unangefochten. Auf eine Neuanmeldung vom November 2021 (act. II 117 und 118) trat die IVB mit Verfügung vom 17. März 2022 (act. II 136) nicht ein; die Verfügung blieb ebenfalls unangefochten

Im März 2025 meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Bezug von Leistungen an (act. II 137). Die IVB holte medizinische Berichte ein. Mit Vorbescheid vom 3. November 2025 (act. II 162) stellte sie bei einem Invaliditätsgrad von 30 % die Verneinung einer Rente in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte Einwand (act. II 163). Nach Eingang weiterer medizinischer Berichte (act. II 167/2 f., 171) nahm der RAD am 25. Februar 2026 (act. II 172) dazu Stellung. Am 27. Februar 2026 (act. II 173) verfügte die IVB wie in Aussicht gestellt.

B.

Mit Schreiben vom 18. April 2026 (Postaufgabe: 20. April 2026) erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte eine Rente.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2026 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

In der Stellungnahme vom 22. Juni 2026 hielt der Beschwerdeführer sinngemäss an seinem Antrag fest. Gleichentags bat er um Fristverlängerung zur Einreichung einer Replik. Mit prozessleitender Verfügung vom 24. Juni

2026 wurde das Gesuch abgewiesen, da ein weiterer Schriftenwechsel nicht notwendig sei; dem Beschwerdeführer stehe es aber frei, eine allfällige Stellungnahme einzureichen. Der Beschwerdeführer liess sich daraufhin nicht mehr vernehmen.

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 27. Februar 2026 (act. II 173). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente.

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

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berück-

sichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

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. 1bis und 1ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1bis 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

2.3.1 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 IVV).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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. anspruchsrelevant 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 BGer 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).

2.3.3 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). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3). 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).

2.3.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – 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).

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

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2025 (act. II 137) eingetreten und hat über den Anspruch materiell entschieden. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu vergleichen ist der Sachverhalt zur Zeit der eine befristete Rente zusprechenden Verfügung vom 13. August 2021 (act. II 114) mit demjenigen, welcher der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2026 (act. II 173) zugrunde lag; im Hinblick auf die Neuanmeldung nicht massgebend ist die Verfügung vom 17. März 2022 (act. II 136), erfolgte darin doch keine materielle Beurteilung des Anspruchs, sondern ein Nichteintreten auf eine Neuanmeldung.

3.2 Die Verfügung vom 13. August 2021 (act. II 114) basierte auf dem MEDAS-Gutachten vom 29. September 2020 (act. II 98.1). Darin diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 98.1/10):

1. Schweres, eosinophiles und allergisches Asthma bronchiale
2. Chronische Rhinosinusitis
3. Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10: F33.1)
4. Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10: F60.6)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie das Folgende:

5. Leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits
6. Multidirektionale Schulterinstabilität beidseits bei allgemeiner Hypermobilität und anamnestisch wiederholte Subluxationen sowie möglicherweise Status nach Schulterluxation links mit spontaner Reposition Sommer 2016 (kernspintomographisch anamnestisch Labrumläsion)
7. Klinisch Chondropathia patellae rechts

8. Unspezifische Rückenschmerzen thoracal und lumbal
9. Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (aktuell Trapezius und Sternocleidomastoideus)

Der Beschwerdeführer verfüge über ein abgeschlossenes …, er habe als … gearbeitet. Aufgrund der psychiatrischen Problematik sei er ab dem 20. Dezember 2016 vorübergehend zu 100 % krankgeschrieben gewesen. Aus neurologischer Sicht könne mit dem leichten Karpaltunnelsyndrom beidseits keine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit begründet werden. Aufgrund des im Mai 2019 diagnostizierten schweren, allergischen und eosinophilen Asthma bronchiale sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 35 % auszugehen (act. II 98.1/13). In rheumatologischer Hinsicht sei es aktuell und retrospektiv nie zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen. In psychiatrischer Hinsicht habe im Januar 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden; ab Februar 2017 sei eine Arbeitsfähigkeit von 30 %, ab Juni 2017 von 50 %, und danach im gleichen Monat von 60 % attestiert worden. Von Dezember 2017 und bis Juli 2018 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit und danach eine 70%ige sowie ab Oktober 2019 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Mindestens ab dem Gutachtensdatum sei in der angestammten Tätigkeit von einer Einschränkung von 35 % auszugehen (act. II 98.1/14). Es könne keine adaptierte Tätigkeit genannt werden, in der der Beschwerdeführer eine höhere Leistung erbringen könnte (act. II 98.1/15).

3.3 Bezüglich des medizinischen Sachverhalts ist den Akten seit der Verfügung vom 13. August 2021 (act. II 114) bis zur angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2026 (act. II 173) im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Bericht vom 14. Dezember 2021 (act. II 118) diagnostizierten Dr. med. univ. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, psychiatrische Klinik D._____, und MSc E._____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, das Folgende:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2)
- Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10: F84.5)
- Atopie mit Pollinose, Asthma
- Hyperlaxität der Gelenke
- Multiple Allergien: Hausstaub, Katzenhaare, Birken, Gräser, ungekochtes Gemüse

Seit der nicht erfolgten Arbeitsvertragsverlängerung im März 2021 sei es zu einer zunehmenden Verschlechterung gekommen. Die depressiven Symptome, die starke Erschöpfung und Blockaden hätten sich über die Monate bis zum Klinikeintritt im Oktober 2021 weiter verstärkt. Prognostisch sei längerfristig zu erwarten, dass der Beschwerdeführer nicht mehr zu 100 % in seiner angestammten Tätigkeit arbeiten könne. Er zeige eine deutliche Beeinträchtigung, sich an Regeln im sozialen, zwischenmenschlichen Kontext zu halten. Weiter bestünden Defizite, z.B. trotz eines grossen Fachwissens die notwendigen Behandlungen für ihm anvertraute Patienten zu priorisieren und auf kurzfristige Veränderungen der Arbeitsanforderungen flexibel zu reagieren. Die Kontaktfähigkeit zu Vorgesetzen und auch die Gruppenfähigkeit sei eingeschränkt, da seine soziale Interaktionsweise im Umfeld unwillentlich zu Konflikten führe.

Im Bericht vom 3. Februar 2022 (act. II 159/16 ff.) nach einem stationären Aufenthalt vom 26. Oktober 2021 bis 23. Januar 2022 führten Dr. med. univ. C._____ und MSc E._____ aus, der Beschwerdeführer sei während der gesamten Hospitalisation und bis 28. Februar 2022 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Längerfristig könne er in seiner angestammten Tätigkeit nicht zu 100 % arbeiten.

3.3.2 Im Bericht vom 31. Oktober 2022 (act. II 159/9 ff.) hielt lic. phil. F._____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, psychiatrische Klinik D._____, fest, es seien die folgenden Diagnosen ermittelt worden: komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS), andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung aufgrund traumatischer Ereignisse (ICD-11: 6B41 = ICD-10: F62.0) sowie ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6). Eine Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und eine Autismus-Spektrum-Störung seien nicht bestätigt worden. Jedoch sei eine sehr geringe Ausprägung im Autismus-Spektrum schwierig erfassbar. Zur Behandlung werde die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie empfohlen. Für die berufliche Eingliederung sei eine genaue Passung zentral.

3.3.3 Im Bericht vom 19. Februar 2025 (act. II 137/2 ff.) diagnostizierte Dr. med. univ. C._____ in psychiatrischer Hinsicht das Folgende:

- Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) mit/bei:
    - Diversen Mobbingerfahrungen, beginnend in der Schulzeit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge hatten (ICD-10: Z61.3)
    - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2)

Der Beschwerdeführer ecke wiederholt in der sozialen Interaktion mit Vorgesetzten und beim Selbstmanagement in Bezug auf administrative Tätigkeiten an (Persönlichkeitsstörung). Im Verlauf und nach Verlust der Stellen komme es jedes Mal zu einer deutlichen Zustandsverschlechterung (reaktive Depression). An so einem Punkt stehe er auch aktuell. Er habe vor wenigen Tagen die Kündigung der aktuellen Anstellung erhalten. Der depressive Zustand sei stark ausgeprägt: Der Beschwerdeführer sei erschöpft, könne sich nicht mehr konzentrieren, Antrieb und Energie fehlten, die Stimmung sei niedergeschlagen, Schlaf und Libido seien gestört und die Tagesstruktur könne er nur mit anwesender Unterstützung aufrechterhalten. Es bestehe ein massiver Leidensdruck mit Versagensgefühlen und Selbstabwertung, Scham, Frustration und Wut, Zukunfts- und existenziellen Sorgen. Es handle sich insgesamt um eine schwere psychische Störung. Prognostisch sei nicht zu erwarten, dass der Beschwerdeführer zu 100 % in seiner angestammten Arbeitstätigkeit arbeiten könne. Bereits das Pensum von 40 % sei eine Überforderung und habe an den freien Tagen kompensiert werden müssen, sodass der Beschwerdeführer an diesen Tagen nicht am sozialen Leben habe teilnehmen oder seinen Haushalt erledigen können.

3.3.4 Im Bericht vom 8. Oktober 2025 (act. II 159/2 ff.) diagnostizierte der behandelnde Psychiater Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und einen Verdacht auf Persönlichkeitsstörung, (DD) Autismus-Spektrum-Störung. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer drei Tage pro Woche zu vier Stunden pro Tag zumutbar.

3.3.5 In der Aktenbeurteilung vom 30. Oktober 2025 (act. II 161) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psycho-

therapie, u.a. fest, zwischen Dezember 2021 und Mai 2022 sei der Beschwerdeführer ambulant in der psychiatrischen Klinik D._____ untersucht worden. Anlässlich dieser Untersuchungen hätten keine Autismus-Spektrum-Störung und keine ADHS bestätigt werden können. Bestätigt worden sei die bereits gutachterlich genannte ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6). Ausschliesslich aufgrund der Selbstauskünfte des Beschwerdeführers über ein schwieriges Familienklima in der Kindheit sowie Mobbingerfahrungen während der Schulzeit und am Arbeitsplatz sei durch die untersuchende Psychologin die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-11 bzw. einer andauernden Persönlichkeitsänderung aufgrund traumatischer Ereignisse (ICD-10: F62.0) postuliert worden. Bereits anlässlich der gutachterlich psychiatrischen Untersuchung im September 2022 habe der Beschwerdeführer über diese belastenden Lebenserfahrungen berichtet, welche vom Gutachter aber den "ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen" zugeordnet worden seien. Überwiegend wahrscheinlich handle es sich somit um eine andere diagnostische Zuordnung des gleichen medizinischen Sachverhaltes. Aktenkundig sei, dass der Beschwerdeführer von Juni 2022 bis Februar 2024 in der I._____ angestellt gewesen sei. Aktenkundig sei, dass der Hausarzt vom 11. bis 18. September 2024 und vom 9. Dezember 2024 bis 31. Juli 2025 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt habe, was mit psychischen Beschwerden ("Morgentief, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Anspannungszustände, Schlafattacken, niedergedrückte und perspektivlose Stimmung") begründet worden sei. Befunde das somatische Fachgebiet betreffend oder neue Diagnosen im somatischen Fachgebiet seien nicht genannt worden. Aus psychologischer Sicht sei im Ambulatorium der psychiatrischen Klinik D._____ zudem vom 23. Oktober bis 6. November 2024 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt worden. Im Bericht vom 19. Februar 2025 habe Dr. med. univ. C._____ im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten vom 29. September 2020 über unveränderte Diagnosen (rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer depressiver Episode ICD-10: F33.2, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung ICD-10: F60.6) informiert. Nachdem der Beschwerdeführer "vor einigen Tagen die Kündigung der aktuellen Arbeitsstelle erhalten hatte", sei es erneut zu einer "reaktiven Depression" gekommen, welche aus Sicht der ambulanten Behandler einer "schweren depressiven Episode, bei

rezidivierender depressiver Störung, F 33.2" entsprechen würde. Ein vollständiger Psychostatus sei dem eingereichten Bericht nicht zu entnehmen. Dr. med. univ. C._____ sei davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer nicht zu 100 % in seiner angestammten Tätigkeit arbeiten könne, was sich mit der psychiatrischen gutachterlichen Einschätzung decke. Am 19. Februar 2025 habe der Beschwerdeführer eine erste Konsultation beim Psychiater Prof. Dr. med. G._____ wahrgenommen. Von diesem würden seit Behandlungsaufnahme keine fachärztlich-psychiatrischen Arbeitsunfähigkeits-Atteste ausgestellt, eine Erhöhung der Antidepressiva sei seit Februar 2025 nicht erforderlich gewesen. Das Antidepressivum Trittico werde nur noch einmal wöchentlich in geringer Dosis bei Bedarf zur Schlafunterstützung eingenommen. Die ambulante psychiatrische Behandlung habe zudem nur noch einmal monatlich stattgefunden. Ein vollständiger Psychostatus sei dem Bericht von Prof. Dr. med. G._____ vom 8. Oktober 2025 nicht zu entnehmen und die Prognose zur Arbeitsfähigkeit werde – unter der Voraussetzung positiver Anstellungserfahrungen – mit 100 % eingeschätzt.

Zusammenfassend würden keine neuen Befunde und Diagnosen im somatischen Fachgebiet genannt. In psychiatrischer Hinsicht sprächen fehlende neue Diagnosen, fehlende fachärztlich-psychiatrisch ausgestellte Arbeitsunfähigkeits-Atteste, fehlende Dokumentation objektiv erhobener krankheitswertiger Befunde und fehlende Behandlungsintensivierungen (stattdessen Medikamentenreduktion und Verlängerung der Konsultationsintervalle auf einmal monatlich) gegen eine erhebliche und langandauernde Verschlechterung.

3.3.6 Im Bericht vom 22. Januar 2026 (act. II 167) zuhanden der Beschwerdegegnerin diagnostizierten Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. K._____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, psychiatrische Klinik D._____, das Folgende:

- Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) mit/bei:
    - Diversen Mobbingerfahrungen, beginnend in der Schulzeit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge hatten (ICD-10: Z61.3)
    - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56)

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2)

Der Beschwerdeführer habe bis jetzt auf seinem gelernten Beruf nicht Fuss fassen können. Die psychische Störung sei dafür zu ausgeprägt und im beruflichen Umfeld als … zu limitierend.

3.3.7 In der Aktenbeurteilung vom 25. Februar 2026 (act. 172) führte die RAD-Ärztin Dr. med. H._____ aus, es werde über eine geplante stationäre Behandlung wegen Zunahme von Depressionssymptomen im Kontext von verschiedenen psychosozialen Belastungen (Trennung von seiner Lebenspartnerin, bevorstehender Auszug aus dem gemeinsamen Haus und Krebserkrankung der Mutter) informiert. Aktenkundig sei, dass der Beschwerdeführer nach erfolgter Zuweisung durch seinen Hausarzt (und nicht durch den ambulant behandelnden Psychiater) am 26. Januar 2026 wegen zunehmender depressiver Symptome "im Zusammenhang mit einem psychosozialen Belastungsereignis" zur stationären Behandlung in die psychiatrische Klinik L._____ eingetreten sei, wo er bisher noch nicht in Behandlung gestanden habe. Zusammenfassend sei es im Kontext von psychosozialen Belastungen zu einer erneuten depressiven Verstimmung gekommen. Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung. Mit dem erneuten Auftreten einer depressiven Episode im Kontext von psychosozialen Belastungen bei vorbestehender rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33) werde keine langdauernde und erhebliche Veränderung im psychiatrischen Fachgebiet begründet.

3.3.8 Im Bericht vom 8. April 2026 (act. II 178/11 ff. = Beschwerdeakten [act. I] 3), erstellt nach einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 26. Januar bis 26. März 2026 in der psychiatrischen Klinik L._____ und eingelangt im laufenden Beschwerdeverfahren, diagnostizierten Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und MSc N._____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, sowie Psychologin O._____ das Folgende:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2)
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0)
- Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6)
- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0)

- Verdacht auf Atypischer Autismus (ICD-10: F84.1)

Zu Beginn habe sich klinisch eine ausgeprägte depressive Symptomatik gezeigt. Die ICD-10 Kriterien der rezidivierenden Depression, aktuell schwere Episode (ICD-10: F33.2), zeigten sich als erfüllt (act. II 178/16). Nebst der psychopharmakologischen Einstellung sei eine multimodale Behandlung erfolgt. Der Schwerpunkt habe auf der Verarbeitung der kürzlich erfolgten Trennung sowie der damit verbundenen emotionalen Belastung gelegen. Unter der fortlaufenden Behandlung habe sich im Verlauf eine Verbesserung der depressiven Symptomatik gezeigt. Eine vollständige Remission habe im stationären Verlauf nicht erreicht werden können, jedoch eine ausreichende Stabilisierung für die Weiterbehandlung im ambulanten Setting (act. II 178/17).

3.3.9 In der Stellungnahme vom 1. Juni 2026 (Verfahrensakten) führte die RAD-Ärztin Dr. med. H._____ aus, der Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik L._____ vom 8. April 2026 habe dokumentiert, dass es im Kontext von erheblichen psychosozialen Belastungen bei vorbekannter rezidivierender depressiver Störung erneut zu einer depressiven Episode gekommen sei, welche sich nach stationärer Behandlung innert acht Wochen wieder deutlich gebessert habe. Eine langdauernde und erhebliche Verschlechterung lasse sich damit nicht begründen.

3.4

3.4.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 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). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4.3 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.5 Die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2026 (act. II 173) stützt sich massgeblich auf die einlässlich begründeten Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. H._____ vom 30. Oktober 2025 (act. II 161) und vom 25. Februar 2026 (act. II 172) sowie den im vorliegenden Verfahren aufgelegten Bericht vom 1. Juni 2026. Die Aktenbeurteilungen erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung und überzeugen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug der medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte, die RAD-Ärztin Dr. med. H._____ setzte sich denn auch damit sorgfältig auseinander; die Beurteilung ist nachvollziehbar und überzeugt. In psychiatrischer Hinsicht ist somit gestützt auf die einleuchtende Einschätzung des RAD keine wesentliche Änderung des Sachverhalts erstellt; vielmehr stellen die diversen Berichte der psychiatrischen Klinik D._____ (act. II 137/2, 159/9, 159/16 und 167/2) offensichtlich eine andere Würdigung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts dar, wird doch in den Berichten vom 19. Februar 2025 und 22. Januar 2026 explizit aufgeführt, der "Ge-

sundheitsschaden muss deshalb als grösser als bisher angenommen angesehen werden" respektiv "ist grösser als bisher angenommen" (act. II 137/4 respektiv 167/3). Auch der Bericht der psychiatrischen Klinik L._____ vom 8. April 2026 über den stationären Aufenthalt vom 26. Januar bis zum 26. März 2026 (act. II 178/11 ff. = act. I 3) enthält keine Anhaltspunkte, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit dem Vergleichszeitpunkt wesentlich verändert hätte, insbesondere ist eine neue Diagnose für sich allein kein Neuanmeldungsgrund (vgl. E. 2.3.3 hiervor); vielmehr gehen die Behandelnden der Klinik davon aus, die ADHS respektiv die entsprechende Symptomatik habe bereits seit der Kindheit – und damit vor dem massgebenden Vergleichszeitpunkt (vgl. E. 3.1 hiervor) – bestanden (act. II 178/15 f., act. I 3, S. 5 und 6 Mitte). So überzeugt denn auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht des RAD vom 1. Juni 2026, wonach es im Kontext erheblicher psychosozialer Belastungen (Trennung von der Lebenspartnerin, Krebserkrankung der Mutter, Arbeitslosigkeit) zu einer erneuten depressiven Episode gekommen sei, die sich innert acht Wochen deutlich verbessert habe (S. 6; in den Gerichtsakten). Diese psychosozialen Belastungsfaktoren haben also nicht zu einem neuen Gesundheitsschaden geführt. Auch in der Beschwerde (S. 2) wird letztlich von keiner Veränderung ausgegangen, da sich "spätestens seit 2021 keine vollständige Erholung der Arbeitsfähigkeit mehr ergeben" habe (S. 2 oben) respektive dass den Diagnosen ADHS und CPTSD "bis anhin zu Unrecht nicht Rechnung getragen worden" sei (S. 2 gegen unten), sowie den Ausführungen in der Stellungnahme vom 22. Juni 2026, S. 2, welche letztlich von einem bereits lange bestehenden Zustand ausgehen. Die Berichte der Behandler vermögen damit keine – auch keine nur geringen – Zweifel an der Einschätzung der RAD-Ärztin zu begründen (vgl. E. 3.4.2 hiervor).

Ob die von Behandelnden der psychiatrischen Klinik L._____ neu gestellten Diagnosen überzeugen oder nicht (was in der Beschwerdeantwort, S. 2 f. Ziff. 7, bezweifelt wird), kann bei dieser Ausgangstage offenbleiben. Insoweit ist deshalb kein Neuanmeldungsgrund erstellt.

3.6 In somatischer Hinsicht ist ein Neuanmeldungsgrund weder ersichtlich (vgl. auch act. II 161/6) noch wird ein solcher geltend gemacht.

3.7 Bezüglich eines Revisionsgrunds in erwerblicher Hinsicht ist erstellt, dass der Beschwerdeführer zwar zwischenzeitlich seine Stelle verlor (act. II 137/3). Dies stellt indes keinen erwerblichen Neuanmeldungsgrund dar, da bereits in der Verfügung vom 13. August 2021 (act. II 114/5) sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen gestützt auf Tabellenlöhne festgesetzt worden sind und ein effektiv erzielter Lohn somit weder damals noch heute Einfluss auf den Invaliditätsgrad hat.

3.8 Mangels eines Neuanmeldungsgrunds hat es mit der Rentenablehnung sein Bewenden.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2026 (act. II 173) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
   - A._____
   - 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.