

IV 200 2026 83  
JAP/BRO/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. April 2026**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Brunner

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Dezember 2025



## Sachverhalt:

### A.

Der 1968 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Jahr 1988 unter Hinweis auf mehrere Verletzungen infolge einer Explosion (Amputation des linken Vorderarmes, Deformation des Oberkörpers, des rechten Vorderarms und der rechten Hand sowie einem Gehör- und einem Augenschaden) erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1.1 S. 56 und S. 63 ff.). Mit Mitteilung vom 21. September 1988 (act. II 1.1 S. 3) gewährte die IV eine erstmalige berufliche Ausbildung in Form eines ...studiums am C.\_\_\_\_\_ (vgl. auch act. II 1.1 S. 5 f.). Nach erfolgreichem Abschluss des Studiums (act. II 33 S. 17) schloss die IV den Fall mit Schlussbericht vom 29. November 1990 (act. II 1.1 S. 2) ab.

Im Januar 2011 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf den Verlust des linken Vorderarmes und massive Gehörbeeinträchtigung nach einem Explosionstrauma im Jahr 1986, Schulter-, Nacken- und Rückenprobleme durch Fehlhaltung und Beanspruchung, Erschöpfungserscheinungen durch zusätzlichen physischen und psychischen Energieverbrauch, ein über zwei Jahre schleichend aufgetretenes Burnout sowie eine reaktive Depression nach Kündigung bei der IVB erneut zum Leistungsbezug an (act. II 5). Die IVB nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und gewährte Arbeitsvermittlung (act. II 19). Nachdem der Versicherte eine neue Anstellung gefunden hatte, schloss sie das Dossier Arbeitsvermittlung am 25. Juli 2012 (act. II 31) und verneinte – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 38) – mit Verfügung vom 15. Mai 2013 (act. II 39) einen Anspruch auf Leistungen der IV. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im November 2024 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein massives kognitives Defizit nach einem Treppensturz mit Einschlag des Kopfes an der Wand, ein diagnostiziertes Schädel-Hirntrauma und weiterhin vorhandene massive psychosomatische Beeinträchtigungen abermals bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 40). In der Folge tätigte die IVB

erwerbliche und medizinische Abklärungen; insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die D.\_\_\_\_\_ AG (MEDAS; act. II 77.1 ff.). Mit Vorbescheid vom 21. August 2025 (act. II 84) stellte die IVB dem Versicherten mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 90, 93) unterbreitete die IVB das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 97) und verfügte am 22. Dezember 2025 (act. II 98) dem Vorbescheid entsprechend, wobei sie aufgrund einer nunmehr drohenden Invalidität die Prüfung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen in Aussicht stellte.

## **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 2. Februar 2026 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 22. Dezember 2025 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die Rentenprüfung ihres Versicherten nach dem Abschluss seines Eingliederungsverfahrens erneut durchzuführen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Februar 2026 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 22. Dezember 2025 (act. II 98). Darin verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der IV. Beschwerdeweise beantragt der Beschwerdeführer einzig eine erneute Prüfung des Rentenanspruchs "nach dem Abschluss seines Eingliederungsverfahrens". Streitig und zu prüfen ist vorliegend demnach einzig 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.**

In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer einen Widerspruch zwischen dem Dispositiv und der Begründung der Verfügung geltend (Beschwerde S. 5 f. Ziff. III Art. 2 Rz. 1).

**2.1** Mit einer Verfügung regelt die Behörde ein Rechtsverhältnis; die Regelung des Rechtsverhältnisses erfolgt dabei durch die Entscheidformel

(Dispositiv) der Verfügung (vgl. UHLMANN/KRADOLFER, in: WALDMANN/KRAUSKOPF [Hrsg.], Praxiskommentar zum VwVG, 3. Aufl. 2023, Art. 5 N. 2; TSCHANNEN/MÜLLER/KERN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl. 2022, § 28 N. 639; MARKUS MÜLLER, Bernische Verwaltungsrechtspflege, 3. Aufl. 2021, S. 127 f.).

**2.2** Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin im Dispositiv (act. II 98 S. 1) einen Anspruch auf Invalidenleistungen und stellte in der Begründung (act. II 98 S. 2) eine Prüfung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen in Aussicht. Soweit der Beschwerdeführer darin einen offensichtlichen Widerspruch ortet (Beschwerde S. 5 f. Ziff. III Art. 2 Rz. 1), ist ihm nicht zu folgen. Die Verneinung eines Leistungsanspruchs im Verfügungszeitpunkt fusste auf einem in diesem Zeitpunkt (noch) fehlenden invalidisierenden Gesundheitsschaden, während die Prüfung eines allfälligen künftigen Eingliederungsanspruchs gestützt auf eine (erst) drohende Invalidität in die Wege geleitet wurde. Im angefochtenen Verwaltungsakt wurde mithin nach gegenwärtigen und künftigen Leistungen bzw. fehlender und drohender Invalidität differenziert, was nicht unvereinbar ist. In formeller Hinsicht liegt somit keine widersprüchliche Verfügung vor. Ob die Beschwerdegegnerin durch das skizzierte Vorgehen den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" verletzte (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 2 Rz. 3; vgl. hierzu Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG), beschlägt hingegen eine materielle Frage (vgl. E. 6 hiernach).

### **3.**

**3.1** 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).

**3.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7

ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**3.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**3.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 256, 8C\_165/2021 E. 4.2.1).

**3.2.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter

Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

**3.3.1** 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 [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).

**3.3.2** 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).

**3.3.3** 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).

**3.3.4** 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).

#### **4.**

**4.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom November 2024 (act. II 40) eingetreten. Damit ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Ferner kann die Frage, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 15. Mai 2013

(act. II 39) und der hier angefochtenen Verfügung vom 22. Dezember 2025 (act. II 98) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 3.3.1 f. hiervor), offengelassen werden, da selbst bei einer in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitigen Prüfung (vgl. E. 3.3.4 hiervor) – wie nachfolgend dargelegt wird – kein Anspruch auf eine Rente besteht.

**4.2** Die angefochtene Verfügung vom 22. Dezember 2025 (act. II 98) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem MEDAS-Gutachten vom 23. Juli 2025 (act. II 77.1 ff.). Darin stellten die Experten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (act. II 77.1 S. 8 f. Ziff. 4.3):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, schwer ausgeprägt ohne psychotische Symptome, in Teilremission (ICD-10 F33.2)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Präadipositas nach WHO 2000 (ICD-10 E66.99)
- Nikotinkonsum (ICD-10 Z72.0)
- Arterielle Hypertonie, ohne Angaben einer hypertensiven Krise, aktuell medikamentös therapiert (ICD-10 I10.90)
- Hypertensive Herzerkrankung, ohne Angaben einer Herzinsuffizienz (ICD-10 I11.90)
- Kombinierte Fettstoffwechselstörung, aktuell nicht medikamentös therapiert (ICD-10 E78.5)
- Diabetes mellitus Typ 2, aktuell nicht medikamentös therapiert (ICD-10 E11.90)
- Arteriosklerose der Aorta ascendens (ICD-10 I71.0)
- Aortenklappeninsuffizienz (ICD-10 I35.0)
- Mitralklappeninsuffizienz 0-I Grades (ICD-10 I34.0)
- Chronische Insomnie (ICD-10 G47.0)
- Leichtes Schädel-Hirn-Trauma bei Treppensturz am 1. März 2024 (ICD-10 S06.0)
  - Chronisch-rezidivierende belastungsabhängige Beschwerden, u.a. migränöse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen und "kognitive Blockaden"
  - Migräne-Kopfschmerz, getriggert durch kognitive, visuelle und körperliche Aktivitäten
  - Belastungs-, bewegungs- und visuell induzierter Schwindel
    - Syndromal persistent postural-perceptual Dizziness (PPPD), prädominant visual vertigo
  - Diagnostik:
    - MR-Schädel vom 11. März 2024: Altersentsprechend normale craniocerebrale Kernspintomographie, insbesondere keine intrakraniellen Blutungen
    - 2-Achsen-Drehstuhllagerung mit Video-Okulographie: Keine Hinweise für BPLS (benigner paroxysmaler Lagerungsschwin-

del), hingegen Hinweise für orthostatische/autonome Dysregulation

Sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor, wobei diese ausschliesslich psychiatrisch bedingt sei (S. 10 Ziff. 4.5).

Im neurologischen Teilgutachten vom 26. Juni 2025 (act. II 77.3) legte der Experte insbesondere dar, von somatisch-neurologischer Seite sei festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer keine versicherungsmedizinisch relevante Diagnose geltend gemacht werden könne. Die verschiedenen Beschwerden, welche seit dem leichten Schädel-Hirn-Trauma vom 1. März 2024 persistierten und sich bisher nur leicht gebessert hätten, seien zwar aufgrund der zeitlichen Koinzidenz durch dieses verursacht worden, der Schweregrad und namentlich die Persistenz von mehr als drei Monaten liessen sich jedoch nicht durch dieses erklären. Dies nicht zuletzt auch angesichts des normalen Schädel-MRI vom 11. März 2024 (vgl. act. II 47.117 S. 2), des normalen Neurostatus und der unauffälligen apparativen neurovestibulären Diagnostik. Zudem hätten die im Vordergrund stehenden belastungsinduzierten neurokognitiven Einschränkungen in der viereinhalbstündigen neuropsychologischen Begutachtung nicht objektiviert werden können. Die erzielten Resultate seien durchwegs durchschnittlich bis überdurchschnittlich gewesen (act. II 77.3 S. 17 Ziff. 6.4). Auf neurologischem Fachgebiet habe in den ersten drei Monaten nach dem leichtgradigen Schädel-Hirn-Trauma vom 1. März 2024 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Spätestens seit dem 1. Juni 2024 dürfe auf dem neurologischen Fachgebiet von einer durchgehend vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 19 Ziff. 8.1.4).

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 22. Juni 2025 (act. II 77.4) wurde ausgeführt, die vom Beschwerdeführer geschilderten Einschränkungen bzw. die berichtete Blockade bei anstehenden kognitiven Anforderungen seien nicht durch hirnorganische Faktoren zu erklären. Bei anderen Tätigkeiten, die ebenfalls hohe Anforderungen an die kognitiven Leistungen stellten, berichte er über keine Einschränkungen. Dies sei ein Hinweis, dass die beklagten Beschwerden wahrscheinlich Ausdruck erworbener nicht-funktionaler Strategien seien, indem versucht werde, sich an die vor-

bestehende hohe Leistungsorientierung anzupassen. Hierunter setze er sich selbst unter Druck und könne somit auch nicht von stets vorhanden gewesenen oder zumindest wieder gewonnenen kognitiven Ressourcen adäquat profitieren. Daher sei der neuropsychologischen Beurteilung der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ (vgl. act. II 47.40 S. 3 ff.) zuzustimmen, dass die vom Beschwerdeführer beklagten subjektiven Beschwerden überwiegend wahrscheinlich Ausdruck von psychoreaktiven Faktoren und/oder einer psychischen Erkrankung darstellten (act. II 77.4 S. 13 Ziff. 4.3.1). Anlässlich der Begutachtung respektive der Testuntersuchung seien durchwegs gute bis sogar überdurchschnittliche kognitive Leistungen erhoben worden und es seien somit gute kognitive Ressourcen vorhanden (S. 15 Ziff. 7.2). Aus rein neuropsychologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit 100 % arbeitsfähig (S. 16 Ziff. 8.1).

Dipl. Arzt F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Juni 2025 (act. II 77.5) insbesondere fest, die erheblich verminderte Belastbarkeit und die Ängste schienen im Vordergrund der Symptomatik zu stehen. Die Stimmung erscheine inzwischen noch wenig beeinträchtigt. Wegen der bisherigen lebenszeitlichen Ereignisse wie dem Arbeitsunfall im ..., der Beziehung zur Mutter und der Trennung von der Ehefrau erscheine die lange depressive Erholungszeit nach dem Ereignis des Treppensturzes und die danach zunächst folgende Inaktivität nachvollziehbar. Im Verlauf habe sich eine langsame Besserung eines Teils der Symptomatik gezeigt. Depressive Symptome und Konzentrationsstörungen, die in der neuropsychologischen Untersuchung kaum nachweisbar gewesen seien, seien zum Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung wenig präsent. Weiterhin in erheblichem Mass ausgeprägt sei eine verminderte Belastbarkeit (S. 26 Ziff. 7.1). Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell für sämtliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 28 f. Ziff. 8.1 f.).

Der internistische Experte vermerkte, die in der Vergangenheit gestellten Diagnosen könnten nachvollzogen werden (act. II 77.6 S. 16 Ziff. 6.5). Aus allgemeinmedizinischer Sicht liege eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit vor (S. 18 Ziff. 8.1).

**4.3** 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).

**4.4** Das MEDAS-Gutachten vom 23. Juli 2025 (act. II 77.1 ff.) erfüllt – jedenfalls was die Befunderhebung und die darauf basierende diagnostische Einschätzung sowie die Folgenabschätzung auf den somatischen Fachgebieten betrifft – die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsexternen Expertise (vgl. E. 4.3 hiervor), was vom anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten wird. Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die Befundlage, die medizinischen Zusammenhänge und die daraus zu ziehenden Schlüsse zum Gesundheitszustand nachvollziehbar dargestellt und überzeugend begründet.

Insbesondere wurde in Übereinstimmung mit der übrigen medizinischen Aktenlage (vgl. insbes. act. II 47.104 S. 44, 47.107 S. 2 ff., 47.117 S. 2) kein objektives Korrelat für die vom Beschwerdeführer weiterhin geltend gemachten Einschränkungen nach dem Treppensturz gefunden (vgl. insbesondere act. II 77.3 S. 17 Ziff. 6.4) und auch die behandelnde Neurologin hielt fest, dass nicht-somatische Faktoren eine Rolle spielten, wobei die von ihr ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsatteste diese Faktoren mitumfassten (act. II 77.8 S. 18). Folglich überzeugt die Schlussfolgerung, wonach aus somatischer Sicht spätestens seit Juni 2024 keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestünden (act. II 77.1 S. 10 Ziff. 4.5).

Soweit in Abweichung zum psychiatrischen Teilgutachten (act. II 77.5) im – nach der Begutachtung verfassten – Bericht der psychiatrischen Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2025 (act. II 93 S. 19 ff.) die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), eine K-PTBS (komplexe Posttraumatische Belastungsstörung) gemäss ICD-11 sowie eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) gestellt wurden, ist anzumerken, dass es sich dabei um eine psychologische und nicht fachärztliche Beurteilung handelt. Auch wenn eine fachärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztlich abweichende Beurteilung entkräftet werden kann, kann daraus zwar nicht abgeleitet werden, dass dieser Bericht von vornherein unbeachtlich ist (BGE 151 V 258 E. 4.3 S. 261). Allerdings haben die behandelnden Psychologinnen keine wichtigen Aspekte genannt, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Sodann ist zu beachten, dass insbesondere die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann, sondern dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie hier – lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V361 E. 4.1.2 S. 365). Hinzu kommt, dass nicht die Diagnose, sondern die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf die Leistungsfähigkeit massgebend ist (Urteil des BGER 8C\_121/2023 vom 15. September 2023 E. 4.2) und der psychiatrische Gut-

achter ohnehin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging (act. II 77.5 S. 28 f. Ziff. 8.1 f.).

Demnach bildet das MEDAS-Gutachten vom 23. Juli 2025 (act. II 77.1 ff.) für den anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhalt grundsätzlich eine zuverlässige Grundlage. Was die Folgenabschätzung der vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen betrifft, genügt es nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung allerdings nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige von der Diagnose direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen nicht überzeugend nach, liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen von der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung zulässt (vgl. zum Ganzen: BGE 148 V 49 E. 6.2.1 S. 54). Vorliegend begründete dipl. Arzt F. \_\_\_\_\_ seinen Schluss, aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, schwer ausgeprägt ohne psychotische Symptome, in Teilremission (ICD-10 F33.2) bestehe für sämtliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 77.5 S. 24 Ziff. 6.4 und S. 28 f. Ziff. 8.1 f.), im Lichte der dargelegten Rechtsprechung nicht genügend. So wurden im psychiatrischen Teilgutachten die Indikatoren nicht oder höchstens rudimentär abgehandelt. Sodann vermag das vom Gutachter vorgenommene Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (act. II 77.5 S. 19 f. Ziff. 4.3.2) die geforderte gutachterliche Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht zu ersetzen, zumal diesem Testverfahren lediglich ergänzende Funktion zukommt und die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist (Urteile des BGer 8C\_252/2025 vom 1. Dezember 2025 E. 5.5 und 8C\_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.3). Folglich liegt ein triftiger Grund im Sinne der Rechtsprechung vor, der ein Abweichen von der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung zulässt. In einem nächsten Schritt ist

damit anhand der Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281) vertieft zu prüfen, ob der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen erbracht ist.

## **5.**

**5.1** Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine rezidivierende depressive Störung, schwer ausgeprägt ohne psychotische Symptome, in Teilremission (ICD-10 F33.2), gestellt (act. II 77.5 S. 24 Ziff. 6.4). Diesbezüglich sind auf der ersten Ebene (vgl. E. 3.2.2 hiavor) die klassifikatorischen Vorgaben für eine depressive Störung eingehalten (vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff. und S. 176 ff.) und die Diagnose wurde im Gutachten hinreichend begründet (act. II 77.5 S. 24 f. Ziff. 6.6 f.). Einzig in Bezug auf den Schweregrad der depressiven Störung ergeben sich mit Blick auf die erhobenen Befunde (act. II 77.5 S. 17 ff. Ziff. 4.3.1 f.) und der gutachterlichen Einschätzung einer Teilremission gewisse Unklarheiten, was vorliegend jedoch nicht ausschlaggebend ist. Sodann stellten die Sachverständigen keine Hinweise auf aggravierende oder simulierende Darstellungstendenzen fest (act. II 77.1 S. 10 Ziff. 4.4.1, 77.3 S. 18 Ziff. 7.1.1, 77.5 S. 26 Ziff. 7.1.1, 77.6 S. 17 Ziff. 7.1.1). Nachdem die Prüfung der ersten Ebene somit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht ausschliesst, hat auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (vgl. E. 3.2.3 hiavor).

**5.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298).

**5.2.1** Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298) ergibt sich Folgendes:

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und

Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte der psychiatrische Sachverständige – nebst weitgehend unauffälligen Befunden – mässige Konzentrationsstörungen, geringe Einschränkungen im Kurzzeitgedächtnis, kaum verlangsamtes Denken, kaum innere Unruhe, verminderte Belastbarkeit sowie anamnestisch vorhandene Panikattacken (act. II 77.5 S. 17 f. Ziff. 4.3.1). Insoweit liegen keine Befunde vor, die auf erhebliche Einschränkungen hinweisen. Demgegenüber beschrieb der Gutachter bezugnehmend auf das Mini-ICF-APP teilweise relevante Beeinträchtigungen. Erhebliche Einschränkungen wurden allerdings lediglich bei vier (bei der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie der Selbstbehauptungsfähigkeit) und mässige Einschränkungen lediglich bei zwei von 13 Fähigkeiten (bei der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie der Proaktivität und Spontanaktivität) genannt, während die übrigen Items als nur leicht (Fähigkeit zu Anpassung an Regeln und Routinen, der Kompetenz- und Wissensanwendung, der Gruppenfähigkeit sowie der Mobilität und Verkehrsfähigkeit) oder nicht (Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung) beeinträchtigt betrachtet wurden (act. II 77.5 S. 19 f. Ziff. 4.3.2). In diesem Zusammenhang ist zudem zu wiederholen, dass dem Testergebnis nur ergänzende Funktion beigemessen werden kann (vgl. E. 4.4 hiervor).

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenzen als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299). Im Rahmen der stationären Behandlung in der Rehaklinik H.\_\_\_\_\_ vom 13. Januar bis 26. Februar 2025 nahm der Beschwerdeführer an elf verhaltenstherapeutischen lösungs- und ressourcenorientierten Einzeltherapiesitzungen bei zwei Psychotherapeutinnen teil (act. II 77.8 S. 28). Obwohl im Austrittsbericht vom 26. Februar 2025 (act. II 77.8 S. 25 ff.) die Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung im ambulanten Setting empfohlen und eine Anmeldung in den psychiatrischen Diensten I.\_\_\_\_\_ in Aussicht gestellt wurde (S. 29), nahm er in der Folge keine entsprechende Therapie auf und stand auch im Zeitpunkt der Begutachtung in keiner psychiatri-

schen/psychotherapeutischen Behandlung (act. II 77.5 S. 16 Ziff. 3.2.14). Im Juni 2025 erfolgte durch die behandelnde Neurologin jedoch eine Anmeldung bei den ambulanten Diensten der psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_\_ zur Durchführung einer Psychotherapie (act. II 93 S. 32 ff.). In den Akten liegt denn auch ein von zwei Psychologinnen unterzeichneter Bericht der psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_\_ (act. II 93 S. 19 ff.), woraus jedoch nicht ersichtlich ist, ob und in welcher Frequenz Therapien stattfinden. Aus den Akten ergeben sich jedenfalls keine Hinweise auf eine fachärztliche Behandlung der psychischen Störung. Sodann nimmt der Beschwerdeführer zur Schlafregulation zwar das Medikament Quetiapin ein; eine eigentliche antidepressive medikamentöse Therapie erfolgt hingegen nicht (act. II 77.5 S. 16 Ziff. 3.2.14 und S. 26 Ziff. 7.1). Von einer konsequenten (Depressions-)Therapie kann demnach nicht die Rede sein. Mithin wurden die therapeutischen Optionen bisher nicht ausgeschöpft und es liegt keine ausgewiesene Behandlungsresistenz vor, was vom psychiatrischen Gutachter bestätigt wurde, indem er eine ambulante psychotherapeutische Behandlung empfahl und von einer weiteren Verbesserung der Belastbarkeit innerhalb der nächsten Monate ausging (act. II 77.5 S. 26 Ziff. 7.1).

Was den Indikator Komorbiditäten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300) anbelangt, bestehen neben der depressiven Störung keine weitere psychische Diagnose, jedoch diverse somatische Diagnosen, welche allerdings keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben (act. II 77.1 S. 8 f. Ziff. 4.3.2). Eine Wechselwirkung zwischen den psychischen und somatischen Diagnosen wird im Gutachten nicht genannt. Da in der bisherigen Tätigkeit aus somatischer Sicht keine Leistungseinschränkungen bestehen, kann jedenfalls nicht von wesentlichen ressourcenhemmenden Komorbiditäten ausgegangen werden. Was sodann die Folgen des Explosionstraumas im Jahr 1986 (act. II 1.1 S. 56) anbelangt, ist zu betonen, dass der Beschwerdeführer trotz diesen über Jahre beruflich erfolgreich war (act. II 77.5 S. 14 Ziff. 3.2.6), weshalb eine allfällige diesbezügliche Komorbidität zu relativieren ist.

**5.2.2** Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzustellen, dass die vom Gutachter erhobenen Untersu-

chungsbefunde (act. II 77.5 S. 17 ff. Ziff. 4.3) nicht auf eine Persönlichkeitsstörung hinweisen, was vom psychiatrischen Gutachter auch explizit bestätigt wurde (act. II 77.5 S. 23 Ziff. 6.1). Zudem sind den Akten keine Hinweise zu entnehmen, dass in den zwischenmenschlichen Beziehungen grössere Schwierigkeiten bestehen. Der Beschwerdeführer verfügt über eine erhaltene Motivation hinsichtlich einer beruflichen Tätigkeit (act. II 77.1 S. 9 Ziff. 4.4; 77.3 S. 13 Ziff. 3.2.15) und vermag seinen Alltag alleine zu bewältigen (vgl. act. II 77.1 S. 10 Ziff. 4.4; 77.4 S. 7 Ziff. 3.2.5 und S. 8 Ziff. 3.2.8; 77.5 S. 15 f. Ziff. 3.2.12). Vor diesem Hintergrund ist von weitgehend erhaltenen persönlichen Ressourcen auszugehen.

**5.2.3** In Bezug auf den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzustellen, dass die Gutachter von intakten sozialen Kontakten ausgingen, auch wenn diese geringer seien als früher (act. II 77.3 S. 11 Ziff. 3.2.10), respektive einen sozialen Rückzug verneinten (act. II 77.5 S. 18 Ziff. 4.3.1), was durch die Aussage des Beschwerdeführers bestätigt wird, nach dem Treppensturz hätten ihm seine Arbeitskollegen, Kollegen vom Sport und sein privates Netzwerk geholfen, aus dem "schwarzen Loch" zu kommen. Beispielsweise habe er nach dem Treppensturz im März 2024 respektive der kurz darauf erfolgten Trennung von der Partnerin vorübergehend bei einer seiner zwei Töchter gewohnt. Die Töchter hätten ihm sodann eine neue Wohnung organisiert und die Kollegen den Umzug übernommen (act. II 77.5 S. 11 Ziff. 3.2.1). Weiter bestehe ein gutes Verhältnis zu seinem Bruder (act. II 77.5 S. 13 Ziff. 3.2.4), er gehe wieder alle zwei Wochen zum ...sport (act. II 77.5 S. 12 Ziff. 3.2.1) und sei in der Anfangsphase einer neuen Beziehung (act. II 77.5 S. 14 Ziff. 3.2.9). Damit verfügt der Beschwerdeführer über erhaltene soziale Ressourcen.

**5.3** Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303) ist mit Blick auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) Folgendes festzuhalten: Zum Tagesablauf hielt der psychiatrische Gutachter fest, der Beschwerdeführer stehe morgens zwischen 6:15 Uhr und 6:30 Uhr auf. Er nehme sich ein Wochenprogramm vor, in dem er plane, wann er einkaufen und wann er beispielsweise die Administration wie "Formulare ausfüllen" erledige. Er versuche sich

Belohnungen einzubauen. Sodann fahre er eine Stunde ... und schaue am Abend fern, wobei er am Tag nicht zu viel gemacht haben dürfe, wenn er abends fernsehen wolle. Er versuche insgesamt, nicht zu viel zu machen, um sich nicht zu überfordern. Er erledige auch den Haushalt. Radio oder Musik höre er nicht, da es ihm sonst zu viel werde. Sodann gab der Beschwerdeführer an, dass er den ...verein wieder besuche. Danach müsse er jedoch ein bis zwei Tage Pause einkalkulieren. In Bezug auf seine Hobbys und sportlichen Aktivitäten führte er weiter aus, neben dem ...fahren gehe er ..., ... und ... . Ausserdem fahre er wieder Auto (act. II 77.5 S. 15 f. Ziff. 3.2.12). Auch wenn das Aktivitätenniveau verglichen zu früher eingeschränkt ist, sind gewisse Aktivitäten wie insbesondere das Auto- und ...fahren, aber auch das Aktivitätenniveau insgesamt, nicht vereinbar mit einer vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit.

In Bezug auf den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist zu wiederholen, dass der Beschwerdeführer zwar im Rahmen der stationären Behandlung in der Rehaklinik H.\_\_\_\_\_ vom 13. Januar bis 26. Februar 2025 an elf verhaltenstherapeutischen lösungs- und ressourcenorientierten Einzeltherapiesitzungen teilnahm (act. II 77.8 S. 28), zuvor jedoch keine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung erfolgte und auch im Zeitpunkt der Begutachtung nicht in Behandlung war (act. II 77.5 S. 16 Ziff. 3.2.14) respektive erst im Juni 2025 eine Anmeldung bei den ambulanten Diensten der psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_\_ zur Durchführung einer Psychotherapie erfolgte (act. II 93 S. 32 ff.). Zudem nimmt er weder eine fachärztliche Behandlung noch eine medikamentöse antidepressive Therapie in Anspruch (act. II 77.5 S. 16 Ziff. 3.2.14 und S. 26 Ziff. 7.1). Dies spricht insgesamt gegen einen hohen Leidensdruck.

**5.4** Wenngleich die Diagnose einer schwer ausgeprägten rezidivierenden depressiven Störung für eine gewisse funktionelle Einschränkung bzw. eine gewisse Ressourcenhemmung spricht, steht gleichzeitig fest, dass der Gutachter von einer Teilremission ausging (act. II 77.5 S. 24 Ziff. 6.4 und S. 27 Ziff. 7.2) und die anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde wenig ausgeprägt waren (act. II 77.5 S. 17 f. Ziff. 4.3.1). Jedenfalls sind

jedoch in der Gesamtbetrachtung die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Folglich ist ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht hinreichend plausibilisiert und eine dahingehende Einschränkung nicht ausgewiesen.

## 6.

Da der psychiatrischen Schätzung der Arbeitsunfähigkeit unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden kann und aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit vorliegt, verneinte die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden und damit einen Rentenanspruch zu Recht. Bei dieser Ausgangslage konnte der Entscheid über den Rentenanspruch unabhängig von allfälligen Eingliederungsmassnahmen gefällt werden (vgl. die unter der Herrschaft der WEIV [Weiterentwicklung der IV] weiterhin gültige Rechtsprechung, wonach in Fällen, in denen ein Rentenanspruch von vornherein zu verneinen ist, über diesen unabhängig von allfälligen Eingliederungsmassnahmen entschieden werden kann [Urteil des BGer 8C\_515/2010 vom 20. Oktober 2010 E. 2.2]). Damit wurde der Grundsatz "Eingliederung statt Rente" bzw. "vor Rente" im Sinne von Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG nicht verletzt und erfolgte die Rentenprüfung nicht "ganz offensichtlich zu einem verfrühten Zeitpunkt" (vgl. zur entsprechenden Rüge: Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 2 Rz. 3 und S. 7 Ziff. III Art. 3).

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 22. Dezember 2025 (act. II 98) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## 7.

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

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

**7.2** 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):
  - Rechtsanwältin 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.