Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 25. Juni 2026 (720 25 352)

Invalidenversicherung

Beweiskraft des im Verwaltungsverfahren eingeholten polydisziplinären Gutachtens; die Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet, die Ergebnisse des Gutachtens in Zweifel zu ziehen.

Besetzung	Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Ana Dettwiler, Gerichtsschreiberin i.V. Juliana Geier
Parteien	**A.____**, Beschwerdeführer
	gegen
	IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A. Der 1979 geborene A.____ arbeitete seit dem 17. Januar 2022 in einem Vollzeitpensum als Gärtner bei der B.____ GmbH. Am 18. Dezember 2022 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an und verwies dabei auf die im April 2022 diagnostizierten Angst- und Panikattacken sowie auf eine im Juni 2022 diagnostizierte eosinophile Ösophagitis. Zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts holte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) bei der Medizinischen Abklärungsstelle Bern (MEDAS Bern) ein

polydisziplinäres Gutachten ein, das am 1. April 2025 fertiggestellt wurde. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. August 2025 einen Leistungsanspruch bei einem ermittelten IV-Grad von 1 % seit 1. Februar 2022 und von 9 % seit 1. Januar 2024. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, A.____ sei gemäss gutachterlicher Einschätzung in seiner angestammten Tätigkeit als Gärtner zwar nur noch zu 60 % arbeitsfähig, weise aber in einer angepassten Tätigkeit weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit auf.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____ am 24. September 2025 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte eine Überprüfung. Ausserdem bestünden die gesundheitlichen Einschränkungen erst seit April 2022 und nicht schon seit Februar 2021. Er habe zwar damals einen anaphylaktischen Schock erlitten, habe aber danach weiterhin gearbeitet. Weiter machte er geltend, in der Verfügung seien nicht alle Einschränkungen berücksichtigt worden. So leide er an einer eosinophilen Ösophagitis und einer eosinophilen Gastroenteritis. Die Entzündung der Speiseröhre werde zwar behandelt, verursache aber weiterhin Einschränkungen. Die Entzündung von Magen und Darm sei mit keinem zugelassenen Medikament behandelbar, und die vom Allergologen vorgeschlagene Immuntherapie werde von der Krankenkasse nicht übernommen. Die Kortisonbehandlung habe zudem zu einer Gewichtszunahme von über 30 kg geführt. Ferner sei das eosinophile Asthma medikamentös kaum kontrollierbar. Die Lungenkapazität betrage deshalb nur 65 %, weshalb körperliche Arbeit nur stark eingeschränkt bis unmöglich sei. Schliesslich leide er auch an einer mittelgradigen, chronifizierten depressiven Episode, die sich ebenfalls erheblich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Aufgrund der erwähnten Einschränkungen sei er nicht mehr arbeitsfähig, was auch aus den beigelegten Arztberichten hervorgehe. Die in der angefochtenen Verfügung getroffene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entspreche nicht seiner gesundheitlichen Situation und berücksichtige die Gesamtheit der Beschwerden nicht genügend.

C. Mit Vernehmlassung vom 3. November 2025 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 69 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen der IV-Stelle beim Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle innert 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Zur Beurteilung der Beschwerde sachlich zuständig ist gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 das Kantonsgericht. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 24. September 2025 ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Ein-

gliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).
2.2 Nach Art. 6 ATSG vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Die Höhe des Rentenanspruchs wird in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (vgl. Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 - 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 - 50 % gelten prozentuale Anteile zwischen 25 % und 47.5 % (Abs. 4).

3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidgrundlagen. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2024, 8C_122/2023, E. 2.3). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.4 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

4. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

5. Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. Im Zentrum der medizinischen Beurteilung stehen indessen insbesondere die nachfolgenden medizinischen Unterlagen:

5.1 Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 7. Juni 2022, dass sich der Versicherte seit dem 6. Mai 2022 in ambulanter psychiatrischer, psychotherapeutischer sowie medikamentöser Behandlung befinde. Seit einigen Wochen leide er unter häufigen Panikattacken und Angstzuständen, wodurch er im Alltag und der Arbeitswelt zunehmend eingeschränkt sei. Die Angststörungen würden begleitet von Herzrasen, Atemschwierigkeiten, Globusgefühl im Hals, Angst zu sterben sowie von depressiven Symptomen wie Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit. Sobald sich die Angst- und Panikproblematik einigermassen stabilisiere, sei der Versicherte gewillt, seine Arbeit wieder aufzunehmen. Aktuell bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Mit einer vollständigen Arbeitsfähigkeit könne man frühestens im September 2022 rechnen.

5.2 Im Bericht vom 10. Oktober 2022 hielt Dr. C.____ fest, dass weiterhin vegetative Symptome wie Herzrasen, Atemschwierigkeiten und Globusgefühl bestünden. Begleitet würden diese von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit sowie Ängsten vor der Zukunft und dem Tod. Formale und inhaltliche Denkstörungen, psychotisches Geschehen und Suizidalität lägen nicht mehr vor. Diagnostiziert worden seien eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.1). Aufgrund der Panikstörung und der depressiven Entwicklung sei eine Arbeitsaufnahme weiterhin stark eingeschränkt bis nicht möglich.

5.3 Im Bericht vom 27. Februar 2023 führte Dr. C.____ aus, dass die vegetativen Symptome grösstenteils in den Hintergrund getreten seien. Im Vordergrund stünden Ängste vor der Zukunft, innere Unruhe und alltägliche Unsicherheiten, wenn auch leichter ausgeprägt als zuvor. Der Versicherte sei zunehmend motiviert, mit der Arbeit zu beginnen, und es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Teilzeitpensum von 50 % ab dem 1. April 2023 möglich.

5.4 Dr. C.____ stellte im Bericht vom 11. Juli 2023 fest, dass die regelmässige Einnahme von Antidepressiva und Neuroleptika seit dem letzten Bericht zu einer langsamen Besserung der Panikstörung und der depressiven Symptomatik geführt habe. Die Ängste vor der Zukunft und Unsicherheiten würden jedoch weiterhin eine vollständige Arbeitsaufnahme verhindern. Therapieziel bleibe die Wiederherstellung der Stabilität wie vor Therapiebeginn sowie die vollständige Arbeitsfähigkeit. Die Prognose sehe günstig aus.

5.5 Am 9. Oktober 2023 führte Dr. C.____ aus, dass kürzlich eine eosinophile Gastroenteritis diagnostiziert worden sei, die derzeit behandelt werde. Die Diagnose schwäche den Versicherten auch körperlich. Er sei kraftlos und dadurch physisch und motorisch nicht mehr in der Lage, seine Arbeit als Gärtner aufzunehmen. Er leide nach wie vor an Ängsten vor der Zukunft sowie der Angst, alleine zu bleiben. Seine Ehefrau müsse immer in seiner Nähe sein. Das formale Denken sei unauffällig, ein psychotisches Geschehen liege nicht vor. Suizidgedanken seien latent immer wieder vorhanden, jedoch ohne konkrete Vorstellungen oder Handlungsabsichten. Die Einschränkungen seien so stark, dass weder die bisherige Tätigkeit noch andere Tätigkeiten zum aktuellen Zeitpunkt möglich seien. Die Prognose zur Eingliederung sei aktuell äusserst ungünstig.

5.6 In seiner Stellungnahme vom 22. April 2024 berichtete Dr. C.____, dass beim Versicherten weiterhin eine mittelgradige chronifizierte depressive Störung ohne psychotische Symptome bestehe (ICD-10 F32.1). Zudem diagnostizierte er eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0), welche er jedoch nicht weiter erläuterte oder begründete.

5.7 Die IV-Stelle veranlasste bei der MEDAS Bern ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 1. April 2025 erstattet wurde.

5.7.1 Dr. med. D.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, führte aus, der Versicherte gebe in der allgemein-internistischen (AIM)-Begutachtung an, dass wesentliche Einschränkungen weniger im körperlichen Bereich, etwa beim Stehen, Gehen, Sitzen, Bücken, Heben oder Tragen bestehen würden. Vielmehr sei er einerseits im psychischen Bereich eingeschränkt, da beispielsweise längere Fahrten allein bei ihm Panikzustände auslösten. Andererseits bestünden nach seinen Angaben Einschränkungen durch Müdigkeit sowie durch die Durchfälle, die ein regelmässiges Aufsuchen von Toiletten erforderten. Im Rahmen der Anamnese und der körperlichen Untersuchung von einer Stunde und 40 Minuten habe der Versicherte keine wesentlichen Ermüdungserscheinungen und keine Unkonzentriertheit gezeigt. Im ruhigen Sitzen habe er weder Dyspnoe noch wesentliche Schmerzen geäussert. Auch habe er während der gesamten Untersuchung nicht die Toilette aufsuchen müssen. Die Aktivität im häuslichen Umfeld scheine nicht relevant eingeschränkt zu sein. Der Versicherte sei im Alltag aktiv, bringe die Kinder zur Schule, hole sie wieder ab und erledige den Haushalt. Er fahre Auto und mache den Einkauf. Er gebe an, dass er längere Strecken mit dem Auto nicht zurücklegen könne. Eine Ferienreise nach Mazedonien mit dem Auto sei jedoch möglich gewesen. Aus dem sozialen Aktivitätsniveau lasse sich keine Einschränkung ableiten, die einer Reintegration in eine leidensadaptierte Tätigkeit entgegenstehe. Betreffend des Therapieverlaufs bezüglich der Durchfälle und des Asthma bronchiale verwies Dr. D.____ auf das gastroenterologische sowie das pulmologische Teilgutachten. Ausserhalb dieser Bereiche lägen aus AIM-Sicht keine die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkenden Erkrankungen vor.

5.7.2 Gemäss dem Teilgutachten von Dr. med. E.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, gebe der Versicherte an, zuletzt im August 2023 gearbeitet zu haben. Er sei im Jahr 2024 nicht erwerbstätig gewesen, könne sich aber nur schwer daran erinnern. Den Unterlagen zufolge sei eine Arbeitsunfähigkeit nach 2021 wechselnd zwischen 40 % und 100 % attestiert worden. Zudem gebe der Versicherte an, aufgrund von Angstzuständen nicht in der Lage zu sein, regelmässig einer Arbeit nachzugehen. Er sehe sich weniger durch die gastroenterologischen Gesundheitsstörungen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt als vielmehr durch die Angstzustände seit der Reanimation. Die geschilderten Beschwerden seien rein gastroenterologisch zwar plausibel dargestellt, insgesamt jedoch nur leichtgradig und nicht als arbeitsrelevant zu werten. Retrospektiv sei aus gastroenterologischer Sicht plausibel, dass im Rahmen des anaphylaktischen Schocks für acht Wochen ab dem 8. Februar 2021 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, darüber hinaus sei jedoch keine längere Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne der Versicherte demnach weiterhin achteinhalb Stunden anwesend sein, wobei eine Toilette in erreichbarer Nähe des Arbeitsplat-

zes vorhanden sein sollte und keine schweren körperlichen Arbeiten verrichtet werden sollten. Diese Anforderungen würden die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf jedoch nicht einschränken. Auch eine angepasste Tätigkeit müsse die Möglichkeit bieten, regelmässig eine Toilette aufzusuchen, wobei schwere körperliche Arbeit ebenfalls nicht sinnvoll erscheine. Diese Einschätzung gelte durchgängig auch retrospektiv, ausgenommen im Zeitraum der Rekonvaleszenz nach dem akuten anaphylaktischen Schock.

5.7.3 Gemäss der Untersuchung durch Dr. med. univ. F.____, Fachärztin Pneumologie, gebe der Versicherte an, aufgrund gastroenterologischer Symptome die Arbeitstätigkeit aufgegeben zu haben. Der Versicherte habe schon früher wiederholt unter belastungsabhängiger Atemnot gelitten, etwa beim Heben schwerer Lasten bei der Arbeit. Er habe dies jedoch für normal gehalten beziehungsweise auf das Rauchen zurückgeführt. Auf seine Zukunftsvorstellungen angesprochen, habe der Versicherte im pneumologischen Gutachten sinngemäss angegeben, dass er nun schon einige Zeit nicht mehr gearbeitet habe und sich erst noch zeigen müsse, wie es angesichts des Asthmas mit einer Wiederaufnahme der Arbeit aussehe. Zur Therapieaktivität stellte sie fest, dass der Versicherte durch das Asthma bronchiale nicht wesentlich eingeschränkt sei, jedoch unter einer eingeschränkten körperlichen Aktivität leide. Aus pneumologischer Sicht sei im Jahr 2021, im Rahmen eines stationären Aufenthalts bei Zustand nach Reanimation infolge eines allergischen Schocks, Asthma bronchiale diagnostiziert worden. Aber schon vor 2021 sei eine inhalative Therapie mit Symbicort erfolgt, unter welcher sich die Atembeschwerden gebessert hätten. Nach Ablehnung der beantragten Therapie mit Dupixent durch die Krankenkasse sei die inhalative Therapie mit Relvar sowie Ventolin ein- bis zweimal täglich fortgeführt worden. Atembeschwerden verspüre der Versicherte zwar noch gelegentlich, diese seien im Alltag jedoch nicht wesentlich einschränkend.

Dr. F.____ gab an, dass der Versicherte bei mittel- bis schwergradigem Asthma bronchiale im Alltag nicht wesentlich eingeschränkt sei. Es bestehe gelegentlich eine belastungsabhängige Atemnot, die ab einem Stockwerk auftrete, wobei sich diese Erkenntnisse auch mit den Ausführungen im AIM-Teilgutachten deckten. Unter der regelmässigen inhalativen Therapie mit Relvar empfinde der Versicherte eine zufriedenstellende Einstellung, wobei es immer wieder gelegentlich zu belastungsabhängigen Atembeschwerden komme, die sich jedoch nach einer kurzen Pause rasch besserten. Aus pneumologischer Sicht bestehe ein sehr gutes Eingliederungspotenzial. Hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils sollten bei mittel- bis schwergradigem Asthma bronchiale das Heben und Tragen schwerer Lasten von mehr als 15 kg sowie Arbeiten in Zwangshaltung oder bei grossen Temperaturunterschieden vermieden werden. Zudem sei auf die regelmässige Einhaltung von Pausen zur Applikation der inhalativen Therapie zu achten. In der angestammten Tätigkeit mit körperlicher Belastung könne eine Arbeitsfähigkeit von 60 % angenommen werden. In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

5.7.4 PD Dr. med. G.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, hielt in seinem Gutachten fest, der Versicherte habe angegeben, dass die psychiatrischen Beschwerden mit dem allergischen Schock aufgetreten seien. Mittlerweile bestehe bei ihm auch eine Angst vor Ärzten. Seine Frau müsse ihn überallhin begleiten. Auch bei der Verordnung neuer

Medikamente gehe er gemeinsam mit ihr ins Krankenhaus, um dort im Fall einer erneuten allergischen Reaktion abgesichert zu sein. Vor dem allergischen Schock im Jahr 2021 habe er keine psychischen Probleme gehabt. Auf die Frage, weshalb nach dreieinhalb Jahren psychiatrischer Behandlung keine Verbesserung eingetreten sei, gab der Versicherte an, die Behandlung habe zwar etwas, aber nicht viel geholfen. Er nehme Escitalopram, Relaxane und Olanzapin ein. Es sei trotz relativ hochfrequenter psychiatrischer Termine und einer an sich lege artis durchgeführten Psychopharmakotherapie keinerlei Besserung eingetreten. Er könne nunmehr nur noch maximal einen Kilometer gehen, da sonst wieder eine Panikattacke auftrete. Bei Angst und Panikattacken nehme er Temesta ein, welches er allerdings seit einem Jahr nicht mehr benötigt habe. Dr. G.____ führte weiter aus, dass die geschilderten psychischen Beschwerden vom Versicherten sehr unspezifisch vorgetragen würden und die tatsächliche Schwere sowie Frequenz der angegebenen Panikstörung kaum in Erfahrung zu bringen seien. Weshalb ihn die Angst- und Paniksymptome gerade in der Arbeitsfähigkeit einschränken sollten, sei nicht zu eruieren und nicht nachvollziehbar. Auf den ersten Blick erscheine die Therapieaktivität zwar angemessen, da regelmässige psychiatrische Termine wahrgenommen würden und eine lege artis Verordnung mit Cipralex bestehe. Zu hinterfragen sei jedoch, weshalb der Versicherte keine Fortschritte mache und auch nicht darüber Bescheid wisse, wie den Angstsymptomen zu begegnen sei. Insofern sei von einer Unwirksamkeit der Therapie auszugehen.

Gemäss Dr. G.____ seien die Angaben des Versicherten zu etwaigen psychischen Beschwerden vage und unspezifisch. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Gesundheitszustand seit dreieinhalb Jahren stationär sein solle. Sorgen um die eigene Gesundheit seien zwar denkbar, doch sei eine Angststörung, welche bereits nach einem Kilometer Gehen eine Panikattacke verursache, in der Literatur nicht beschrieben und ihm als Sachverständigen nicht bekannt. Die Glaubwürdigkeit der Angaben des Versicherten sei daher eingeschränkt. Auch anhand der qualitativ wertigen psychiatrischen Befunde könne aus gutachterlicher Sicht keine versicherungspsychiatrisch relevante Diagnose objektiviert werden. Nach dem klinischen Eindruck sei der Versicherte nicht derart psychisch eingeschränkt, dass dies zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führe. Es sei nicht festzustellen, inwieweit welche psychischen Probleme den Versicherten in seiner Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Er habe lediglich angegeben, dass er dann Panikattacken bekomme, die wieder besser würden, sobald er nach Hause komme. Dr. G.____ wies darauf hin, dass dies nicht nachvollziehbar sei, und es auch keine medizinische Begründung für diese Art von Problemen gebe. Eine langdauernde, hochfrequente Behandlung habe keinerlei Besserung gebracht. Die Auswertung des Beck-Depressions-Inventars (BDI) habe beim Versicherten einen Gesamtsummenwert von 23 ergeben. Dieser entspreche jedoch nicht dem klinischen Befund, der aktuell keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung liefere. Auch im Rahmen der psychiatrischen Aktendiskussion hätten sich mehrfache Auffälligkeiten und Implausibilitäten bezüglich der Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ ergeben. Dr. G.____ führte dazu aus, dass die Befunde von Dr. C.____ wenig aussagekräftig seien, da sie rein beschreibend seien und die gestellten Diagnosen in keiner Weise schlüssig hergeleitet würden. Ferner erscheine das Festhalten an einer unveränderten Medikation angesichts einer derartigen Verschlechterung aus fachärztlicher Sicht fragwürdig. Schliesslich werde in den Befunden auch nicht dargelegt, inwiefern die geschilderte psychische Symptomatik die Arbeitsfähigkeit tatsächlich einschränke.

5.7.5 Gemäss der Konsensbeurteilung bestehen einzig aus pneumologischen Gründen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Aus den übrigen Fachgebieten – Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie und Psychiatrie – liessen sich keine zusätzlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründen. So könne der Versicherte gemäss gastroenterologischem Teilgutachten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit weiterhin achteinhalb Stunden anwesend sein, wobei eine Toilette in erreichbarer Nähe erforderlich sei. Auch aus psychiatrischer Sicht habe keine versicherungspsychiatrisch relevante Diagnose objektiviert werden können. In der zuletzt ausgeübten, mit körperlicher Belastung verbundenen Tätigkeit könne demnach aufgrund des mittel- bis schwergradigen Asthma bronchiale eine Arbeitsfähigkeit von 60 % angenommen werden.

In einer leidensadaptierten Tätigkeit sollte der Versicherte nur Lasten bis zu zehn Kilogramm, ausnahmsweise bis zu 15 Kilogramm, heben. Arbeiten in Zwangshaltung sowie Tätigkeiten mit grossen Temperaturunterschieden, etwa im Kühlhaus, seien zu vermeiden. Zudem sei auf die Einhaltung regelmässiger Pausen zur Applikation der inhalativen Therapie zu achten. Aus gastroenterologischer Sicht sollte sich zudem eine Toilette in erreichbarer Nähe des Arbeitsplatzes befinden. Aus pneumologischer Sicht sei dem Versicherten überdies dringend ein Rauchstopp anzuraten, ebenso wie regelmässige körperlich leichte Betätigung, leichtes Ausdauertraining und eine Gewichtsreduktion. Es bestünden keine Gründe oder Risiken, die gegen die vorgeschlagenen Therapien sprächen. Unabhängig davon seien leidensadaptierte Tätigkeiten auch retrospektiv möglich gewesen. In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

5.8 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte der Versicherte folgende medizinische Unterlagen ein:

5.8.1 Im Bericht des Spitals H.____, Allergologische Poliklinik, vom 1. März 2024 führte Dr. I.____, Facharzt Allergologie und klinische Immunologie sowie Kinder- und Jugendmedizin, aus, dass sich seit der letzten Konsultation vom 25. Oktober 2022 ein gutes Therapieansprechen der eosinophilen Ösophagitis gezeigt habe. Trotz konsequenter diätetischer Massnahmen ("6-food elimination diet") und topischer Steroide habe sich die eosinophile Colitis hingegen nicht gebessert, weshalb eine Behandlung mit Prednison eingeleitet worden sei. Darauf habe der Versicherte gut angesprochen. Eine Koloskopie vom Dezember 2023 sei unauffällig gewesen. Eine Dosisreduktion habe jedoch aufgrund einer Beschwerdezunahme nicht erfolgen können, sodass der Patient weiterhin auf Prednison eingestellt bleibe. Das Asthma werde mit Relvar und Symbicort behandelt. In der Konsultation vom 2. Mai 2023 hätten sich ein Asthma Control Test (ACT)-Wert von 20/25 sowie eine mittelschwere, irreversible Obstruktion gezeigt. Der Versicherte habe zudem mindestens zehnmal auf zusätzliche Inhalationen von Symbicort zurückgreifen müssen. Zu den vorgesehenen Verlaufskontrollen sei er nicht erschienen. Aufgrund der trotz konsequenter diätetischer Massnahmen und oraler Steroide persistierenden eosinophilen Colitis werde eine Off-Label-Behandlung mit dem monoklonalen Antikörper Benralizumab empfohlen. Kleine Fallserien von Patienten mit eosinophilen Magen-Darm-Erkrankungen, die mit Anti-IL-4/13- oder Anti-IL-5-Antikörpern behandelt worden seien, hätten dabei vielverspre-

chende Ergebnisse gezeigt. Entsprechend sei eine Kostengutsprache für Benralizumab eingereicht worden. Bereits vor einem Jahr sei dem Versicherten von seinem behandelnden Pneumologen aufgrund eines unkontrollierten Asthmas eine Behandlung mit Benralizumab empfohlen worden.

5.8.2 Im Verlaufsbericht für Erwachsene vom 16. April 2024 teilte Dr. C.____ mit, dass der Versicherte bewusstseinsklar und allseits orientiert sei. Der Affekt sei nach wie vor deprimiert und die Stimmung gedrückt. Es bestünden Ängste, das Haus zu verlassen oder allein darin zu bleiben. Der Versicherte sei zudem nicht in der Lage, eigenständig zu Arztterminen zu gehen oder selbständig im Supermarkt einzukaufen, und daher auf die durchgehende Begleitung seiner Ehefrau angewiesen. Hinzu komme die Angst, erneut einen allergischen, anaphylaktischen Schock zu erleiden und plötzlich zu versterben. Im formalen Denken zeige sich der Versicherte unauffällig, inhaltlich sei er jedoch stark mit seinen Ängsten beschäftigt, was ihn erheblich einschränke: Er sei weder fähig, Besorgungen allein zu erledigen, noch sich unbegleitet fortzubewegen, noch sich ohne Begleitung zu Hause aufzuhalten. Hinweise auf ein psychotisches Geschehen oder Suizidalität lägen keine vor. Die Prognose stelle sich zum aktuellen Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als ungünstig dar.

5.8.3 Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Intensivmedizin und Pneumologie, hielt im Bericht des Spitals H.____ vom 26. April 2024 fest, dass der Versicherte angab, es gehe ihm gut. Der Husten bestehe zwar weiterhin, er sei jedoch rückläufig, und Auswurf habe er keinen. Auch die Belastungsdyspnoe sei nach wie vor vorhanden. Vor drei Wochen habe er einen leichten Infekt gehabt, der jedoch gut ausgeheilt sei. Mit der Inhalation von Relvar komme er problemlos zurecht. Er rauche weiterhin, insgesamt liege sein Konsum bei rund 30 Packyears. Aufgrund der eosinophilen Gastroenteritis nehme er aktuell noch Spiricort ein. Die Lungenfunktionsprüfung habe eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung ergeben, die sich als nicht reversibel erwiesen habe. Die spezifischen Atemwegswiderstände sowie die CO-Diffusionskapazität hätten sich dabei im Normbereich gezeigt, während das FeNO erhöht gewesen sei. Das FEV1 habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung verbessert, wohingegen die FVC unverändert geblieben sei. Insgesamt lasse sich die Erkrankung damit gemäss den GINA-Kriterien aktuell als gut kontrolliert einstufen. Die Inhalation mit Relvar könne so fortgeführt werden. Dem Versicherten seien alle Befunde erläutert worden, wobei ihm insbesondere die Wichtigkeit eines konsequenten Nikotinverzichts nahegelegt worden sei.

5.8.4 Dr. med. K.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, hielt im Bericht vom 4. Juni 2024 fest, dass eine eosinophile Ösophagitis sowie eine eosinophile Gastroenteritis/Colitis (Rezidiv) vorlägen. Zudem sei ein Status nach Helicobacter pylori (HP)-positiver Gastritis sowie eine periphere Eosinophilie bekannt. Weiter bestünden ein Analpolyp sowie ein allergisches Asthma bronchiale, wobei anamnestisch ein Status nach anaphylaktischem Schock mit Status asthmaticus und Reanimationspflichtigkeit nach Einnahme von Novalgin vorliege. Ergänzend seien eine Cholezystolithiasis, der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Soorösophagitis zu erwähnen. Weiter führte sie aus, dass seit März 2024 eine Therapie mit Fasenra erfolge. Das Prednison habe reduziert werden können, während die Jorveza-Therapie unverändert fortgeführt werde. Sie plane, das Prednison weiter auszuschlei-

chen. Die nächste Kontrollgastroskopie unter der laufenden Jorveza-Therapie sei für August 2024 vorgesehen.
5.8.5 Im Bericht vom 21. August 2024 berichtete Dr. K.____, dass sich erneut der Verdacht auf einen Soor des Ösophagus gezeigt habe. Sollte sich dieser Befund histologisch bestätigen, werde eine einmalige Therapie mit Diflucan empfohlen. Da zusätzlich ein Mundsoor imponiere, solle die Therapie um eine lokale Behandlung ergänzt werden. Entsprechende Verhaltensmassregeln seien mit dem Patienten besprochen worden. Makroskopisch zeige sich unter der Jorveza-Therapie kein Hinweis auf eine Aktivität der eosinophilen Ösophagitis. Es bleibe die Histologie abzuwarten. Die übrigen untersuchten Abschnitte seien bis auf eine leichte Schleimhautrötung im Magen unauffällig gewesen. Auch hier sei zur Abklärung der Eosinophilie eine Probenentnahme erfolgt. Das systemische Kortison habe aufgrund von Diarrhoen wieder erhöht werden müssen. Die letzte Fasenra-Gabe sei Anfang August 2024 erfolgt. Eine erneute Vorstellung im Unispital sei im weiteren Verlauf geplant.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 1. April 2025. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar sei.

6.2 Wie unter E. 3.3 hiervor aufgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen vorliegend in Bezug auf das polydisziplinäre Gutachten vom 1. April 2025 keine vor. So weist es weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist für die streitigen Belange umfassend und in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt worden. Die gutachterliche Einschätzung beruht auf persönlichen Untersuchungen und berücksichtigt die vollständige Krankengeschichte. Es setzt sich mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander und begründet in psychiatrischer Hinsicht nachvollziehbar und überzeugend, weshalb nicht auf die davon abweichende Einschätzung des behandelnden Psychiaters, Dr. C.____, abzustellen war. Auch die Zumutbarkeitsbeurteilung erscheint plausibel. So wird nachvollziehbar erörtert, dass sich einzig aus pneumologischen Gründen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ergeben, während aus den übrigen Fachgebieten keine zusätzlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen (vgl. E. 5.7.5). Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 60 % in der zuletzt ausgeübten, mit körperlicher Belastung verbundenen Tätigkeit ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar hergeleitet und stimmt mit den übrigen fachärztlichen Feststellungen überein. Gleiches gilt für die in einer leidensadaptierten Tätigkeit attestierte volle Arbeitsfähigkeit von 100 %. Das polydisziplinäre Gutachten erfüllt damit die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine verlässliche Beweisgrundlage.

6.3 Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet, dieses Beweisergebnis in Frage zu stellen. Soweit er geltend macht, in der Verfügung seien nicht sämtliche gesundheitlichen Probleme, die seit 2022 bestünden und seine Erwerbsfähigkeit stark beeinträchtigten, be-

rücksichtigt worden, vermag dies nicht zu überzeugen. Das polydisziplinäre Gutachten, auf das sich die angefochtene Verfügung stützt, hat sich mit sämtlichen vom Beschwerdeführer genannten Beschwerdebildern – der eosinophilen Ösophagitis, der eosinophilen Gastroenteritis, dem eosinophilen Asthma sowie den psychischen Erkrankungen – im Rahmen eines jeweils eigenen Teilgutachtens auseinandergesetzt (vgl. E. 5.7.1 bis 5.7.4). Dass hierbei einzelne Diagnosen unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, ist nicht ersichtlich. Es ist ausserdem festzuhalten, dass sämtliche vom Beschwerdeführer dem Gericht eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte zeitlich vor dem Gutachten erstellt wurden. Der letzte Bericht datiert vom August 2024, während die Gutachtenstermine im November 2024 bzw. Januar 2025 stattfanden. Das Gutachten ist somit aktueller als alle vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte. Zudem sind sämtliche eingereichten Berichte im Aktenverzeichnis des Gutachtens aufgeführt. Sie waren den Gutachterinnen und Gutachtern demnach bekannt und flossen in die Ergebnisse der Begutachtung ein. Ausserdem ist anzumerken, dass sich bis auf Dr. C.____ keiner der behandelnden Ärzte zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geäussert hatte. Mit Ausnahme des Berichts von Dr. C.____ steht keiner der eingereichten Berichte inhaltlich im Widerspruch zu den Feststellungen der Gutachter.

6.4 Was die abweichende Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ betrifft, vermag diese die gutachterliche Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. Dr. G.____ legte in seinem psychiatrischen Teilgutachten nachvollziehbar dar, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten psychischen Beschwerden sehr unspezifisch vorgetragen worden seien und weder die tatsächliche Schwere noch die Frequenz der geltend gemachten Panikstörung in Erfahrung zu bringen gewesen seien. Insbesondere blieb unklar, weshalb die Angst- und Paniksymptome gerade die Arbeitsfähigkeit einschränken sollten. Die vom Beschwerdeführer subjektiv geschilderte, bereits nach einem Kilometer Gehen auftretende Panikattacke liess sich mit den objektiv erhobenen Befunden nicht in Einklang bringen und ist – wie Dr. G.____ ausführte – auch in der Literatur nicht beschrieben. Auch der erhobene BDI-Summenwert von 23 entsprach nicht dem klinischen Befund, der aktuell keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung lieferte. Hinzu kommt, dass die Befunde von Dr. C.____ gemäss den Feststellungen des Gutachters wenig aussagekräftig sind, da sie rein beschreibend bleiben und die gestellten Diagnosen in keiner Weise schlüssig hergeleitet werden. Auch wird darin nicht dargelegt, inwiefern die geschilderte psychische Symptomatik die Arbeitsfähigkeit tatsächlich einschränken soll. Angesichts dieser nachvollziehbaren und in sich schlüssigen Auseinandersetzung mit der abweichenden Beurteilung des behandelnden Psychiaters besteht kein Anlass, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen.

6.5 Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, dass die gesundheitlichen Einschränkungen erst seit April 2022 und nicht schon seit Februar 2021 bestünden, ist nicht ersichtlich, was er daraus ableiten möchte. Mangels Relevanz ist darauf nicht weiter einzugehen.

7. Zusammenfassend ist festzustellen, dass am polydisziplinären Gutachten der MEDAS Bern vom 1. April 2025 keine konkreten Zweifel bestehen, die der Beweistauglichkeit entgegenstehen. Daran vermögen auch die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte nichts zu än-

dern. Folglich hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 25. August 2025 zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

8. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1‘000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend unterliegt der Beschwerdeführer, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Vorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Bei diesem Verfahrensausgang wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- verrechnet.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.