

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 347 vom 24. Oktober 2025

BE Verwaltungsgericht, 2025-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2025_347

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 347 du 24 octobre 2025

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 347 del 24 ottobre 2025

Regeste

Verfügung vom 29. April 2025

Erwägungen

E. 1.1

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

E. 1.2

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 29. April 2025 (act. II 112). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Be-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 4 - fristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 99, 9C_431/2018 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Damit ist auch die vom Februar bis Oktober 2024 zugesprochene Rente zu überprüfen.

E. 1.3

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

E. 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). 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 5 - dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG). 2.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 2.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 150 V 67 E. 4.3.2 S. 70, 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 243, 8C_132/2020 E. 4.2.2).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 6 - 2.5 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). 3. 3.1 Zum medizinischen Sachverhalt ist den Akten soweit entscheidungswesentlich das Folgende zu entnehmen: 3.1.1 Im Austrittsbericht des Spitals F. _____ vom 8. November 2021 (act. II 20/11 f.) nach einer Hospitalisation vom 27. Oktober bis 2. November 2021 wurde das Folgende diagnostiziert: - GIST (Gastrointestinaler Stromatumor) des

Magenkorpus-/Fundus- Übergang pT2 pNx L0 V0 Pn0 R0 Stadium 1a (...) - Laparoskopische Magenteilresektion am 27.10.2021 (...) Verlaufsdiagnosen: - Schwere Mangelernährung (...) Der Beschwerdeführer sei in einem guten Allgemeinzustand ausgetreten. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für vier Wochen. Laut Sprechstundenbericht des Spitals F. _____ vom 16. Dezember 2021 (act. II 20/5 ff.) habe der Beschwerdeführer berichtet, er habe gelegentlich diffuse, abdominale Beschwerden geringer Intensität. Das Gewicht sei stabil. Bei gutem postoperativem Verlauf könne heute die chirurgische Nachsorge abgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand und mit relativ geringer Symptomatik. 3.1.2 Im Bericht vom 1. März 2022 (act. II 11.2) hielt Dr. med. G. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, fest, es bestehe

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 7 - seit der Operation vom 27. Oktober 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Sie sei zuversichtlich, dass sich der Beschwerdeführer, wenn auch verzögert, vollständig erhole; er habe trotz der Fatigue-Symptomatik die Arbeit zu 100 % verrichten können. Im Bericht vom 29. März 2022 (act. II 18/4 f.) hielt Dr. med. G. _____ fest, die Gesamtsituation sei nach wie vor schwierig, die Fatigue-Symptomatik sei nicht besser geworden. 3.1.3 Im Sprechstundenbericht des Spitals F. _____ vom 3. Mai 2022 (act. II 24/5 ff.) wurde festgehalten, es liege kein Hinweis auf ein Rezidiv des GIST vor. Der Beschwerdeführer könne ab sofort körperlich wieder voll belasten. 3.1.4 Im Bericht vom 7. Juli 2022 (act. II 31/8 ff.) diagnostizierte Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, Zentrum I. _____, fachspezifisch ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom leichten Grades (seit November 2020) und einen chronischen, wenig produktiven Husten unklarer Ätiologie. Trotz CPAP-Therapie persistiere eine Tagesschläfrigkeit. 3.1.5 Im Verlaufsbericht vom 8. November 2022 (act. II 31/2 ff.) diagnostizierte Dr. med. G. _____ das Folgende: - Chronic Fatigue Syndrom (CFS) - Covidinfekt 1/22 (Status nach zweimaliger Covidimpfung mit Moderna) - GIST des Magenkorpus-/Fundus-Übergang pT2 pNx L0 V0 Pn0 R0 Stadium 1a - Status nach laparoskopischer Magenteilresektion am 27.10.2021 - Persistierende Schmerzen im unteren Thorax/Oberbauch rechts, aktuell vermindert Der Beschwerdeführer sei nach vier bis fünf Stunden Arbeit erschöpft und wenn er trotzdem arbeite, komme es zu verminderter Konzentration und auch zu Fehlern sowie zu einer massiven Tagesschläfrigkeit. Bei schweren Lasten brauche er die Hilfe von Kollegen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 27. Oktober 2021 bis 27. Februar 2022, von 75 % vom 28. Februar bis 19. April 2022, von 50 % vom 20. April bis 12. Juni 2022, von 40 % vom 13. Juni bis 25. August 2022, von 20 % vom 26. August bis 8. Oktober 2022 ([Arbeitsfähigkeit] während maximal sechs Stunden pro

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 8 - Tag) und wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % ab 9. Oktober 2022; d.h. aktuell seien dem Beschwerdeführer vier bis fünf Stunden pro Tag zuzumutbar, ausnahmsweise maximal sechs Stunden pro Tag, damit eine langsame Steigerung ohne massive Erschöpfung möglich sei. Lasten könne der Beschwerdeführer maximal 15 bis 20 kg tragen (act. II 31/3). 3.1.6 Im Bericht vom 2. Juni 2023 (act. II 47) diagnostizierte Dr. med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Infektiologie, Spital F. _____, einen Verdacht auf zentrale Sensitivierung mit Erschöpfungssymptomatik. Die Müdigkeit habe in der zweiten Woche nach der Covid-Infektion deutlich zugenommen.

Beim Beschwerdeführer zeige sich ein CFS im Zusammenhang mit einer massiven körperlichen mentalen Überlastung über Jahrzehnte bei massiver action proneness. Empfohlen werde Physiotherapie mit Fokus auf Entspannung, Achtsamkeit sowie Körperwahrnehmung und eine psychologische Gesprächstherapie. Im Bericht vom 15. Januar 2024 (act. II 56/6 ff.) hielt Dr. med. J. _____ fest, der Beschwerdeführer arbeite wieder in einem Pensum von 60 %. Seit einigen Monaten habe er alle zwei Wochen Psychotherapie. Sie empfehle eine intensivierete stationäre, multimodale Therapie über drei Wochen. 3.1.7 Im Bericht vom 12. März 2024 (act. II 75/72) hielt Dr. med. K. _____, Fachärztin für Radiologie, fest, ein MR des Knies links habe einen schräg horizontal zur Unterfläche ziehenden Riss des Corpus und des Hinterhorns des medialen Meniskus ergeben. Es liege eine Ligamen- topathie des medialen Kollateralbandes, ein Knorpelschaden des medialen femorotibialen Kompartimentes Grad II nach Outerbridge vor. Der laterale Meniskus, der übrige Bandapparat und die übrigen Gelenksknorpel seien unauffällig/intakt. Es bestehe kein Kniegelenkserguss und kein Knochen- marksödem. 3.1.8 In der Sprechstunde Kniechirurgie des Spitals L. _____ vom 16. April 2024 (act. II 75/69) hielten Prof. Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. N. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, es werde bezüglich des komplexen Risses des Innenmeniskus mit eingeschlagenem Lappen und Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 9 - Reizung des MCLs bei beginnender medialer Gonarthrose links eine Ope- ration durchgeführt (vgl. Operationsbericht vom 23. Mai 2024 [act. II 75/52 f.]). 3.1.9 Im Austrittsbericht vom 30. April 2024 (act. II 56) – nach Hospitalisa- tion vom 12. Februar bis 5. März 2024 im Spital F. _____ – diagnosti- zierten Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und dipl. Ärztin P. _____ (ohne Facharztstitel im Medizinalberuferegister [MedReg; <www.medregom.admin.ch>] verzeichnet) das Folgende: - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Fakto- ren - CFS, DD Dysthymie - GIST des Magens, Magenkorpus-/Fundus-Übergang pT2 pNx L0 V0 Pn0 R0 Stadium 1a - Abnormer Gamma-Glutamyl-Transferasewert (GGT) - Schlafapnoe - Endolymphatischer Hydrops - Vitamin-D-Mangel Psychisch liege eine gedrückte Stimmungslage mit Interessen- und Motiva- tionslosigkeit vor. Der Beschwerdeführer habe Antidepressiva abgelehnt. Es bestünden klare Hinweise auf eine generalisierte Schmerzverarbei- tungsstörung und zusätzlich eine Fatigue-Symptomatik. DD wäre hier auch eine dysthyme Co-Notation denkbar. Ab dem 20. März 2024 werde die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in einem Pensum von 30 % empfoh- len. 3.1.10 Im Bericht vom 5. Juni 2024 (act. II 75/45 f.) hielt Prof. Dr. med. Q. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroentero- logie, fest, es liege aller Wahrscheinlichkeit nach eine nichtalkoholische Lebererkrankung bei Adipositas und Dyslipidämie vor. Zusätzlich habe bis Dezember 2024 ein riskanter Alkoholkonsum bestanden. Im Vordergrund sollte eine konsequente Gewichtsreduktion stehen. 3.1.11 In der Sprechstunde Kniechirurgie des Spitals L. _____ vom 14. Juli 2024 (act. II 75/32 f.) hielten Prof. Dr. med. M. _____ und Dr. med. R. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, es zeige sich noch ein entzündlicher Rest- zustand, daher erfolge eine Infiltration. Langfristig werde von einer Besse-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 10 - rung ausgegangen. In zwei Wochen erfolge eine Verlaufskontrolle mit Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. 3.1.12 Im Laborbefund der S. _____ vom 6. August 2024 (act. II 89.8/1 f.) zeigten sich Y-GT und Harnsäure als auffällig erhöht. 3.1.13 Im MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2024 (act. II 89.1) diagnostizierten die Gutachter mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0) mit/bei leichten Einschränkungen in der kognitiven Flexibilität, im Arbeitsgedächtnis und in der Planungs- und Problemlösungsfähigkeit (act. II 89.1/8). Nur auf psychiatrischem Gebiet bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: Nach Ende der tagesklinischen Therapie sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit zu 70 % zumutbar (Arbeitsunfähigkeit von 30 % [act. II 89.1/9]). Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nach Austritt aus der tagesklinischen Betreuung, vermutlich ab November 2024, zu 80 % zumutbar (Arbeitsunfähigkeit von 20 % [act. II 89.1/10]). Während den Hospitalisationen (inkl. Tagesklinik) habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Retrospektiv sei bezüglich der Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzung der Behandler abzustellen (act. II 89.1/9). Im neurologischen Teilgutachten (act. II 89.2) stellte Dr. med. T. _____, Facharzt für Neurologie, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 89.2/8). Es liege in der bisherigen oder einer anderen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vor (act. II 89.2/10). Im rheumatologischen Teilgutachten (act. II 89.3) stellte Dr. med. univ. U. _____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Rheumatologie, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 89.3/9). Es liege keine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung vor (act. II 89.3/9) und es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. II 89.3/10). Im allgemein-internistischen Teilgutachten (act. II 89.4) stellte Dr. med. V. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 89.4/11). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb von einer nichtalkoholischen Fettleber ausgegangen werde, statt die Ursache im Alkoholkonsum zu vermuten (act. II 89.4/12). Die stark schwankenden Laborwerte würden ihrer Meinung

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 11 - nach mit einem schwankenden Alkoholkonsum zusammenhängen (act. II 89.4/12). Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig (act. II 89.4/14). Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 89.5) führte dipl. Arzt W. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aus, der Beschwerdeführer gebe an, er könne nicht mehr arbeiten, weil er müde, erschöpft und ausgelaugt sei (act. II 89.5/1). Zu den Diagnosen hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer erfülle eines der drei Hauptkriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode nach ICD-10. Die Stimmung sei nur etwas betrübt, es gäbe keine Hinweise für Freudlosigkeit und Interesselosigkeit, der Beschwerdeführer habe Durchschlafstörungen, Konzentrationsprobleme, eine innere Leere, ein eingeschränktes Selbstbewusstsein und mache sich Selbstvorwürfe. Weil aber weitere Nebenkriterien erfüllt seien, werde von einer leichtgradigen Depression mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen (act. II 89.5/10 f.). Die Symptomvalidierung bei der neuropsychologischen Untersuchung sei unauffällig gewesen, deshalb könnten die neuropsychologischen Defizite auch berücksichtigt werden. Die Symptome der Müdigkeit, der Erschöpfung und des Ausgelaugtseins könnten auch durch die leichtgradige depressive Episode erklärt werden (act. II 89.5/13). Die Fahreignung sei eingeschränkt, die Beurteilung sollte jedoch durch das Strassenverkehrsamt erfolgen (act. II 89.5/14). Für die aktuelle Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (fünf Stunden und 36 Minuten pro Tag) und in einer

angepassten Tätigkeit von 20 % (act. II 89.5/15, 89.5/17). Im neuropsychologischen Teilgutachten (act. II 89.7) hielt Dr. sc. hum. di- pl. psych. univ. X. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, fest, beim Beschwerdeführer liege eine leichte neuropsychologische Störung vor, die seine kognitive Flexibilität, seine geteilte Aufmerksamkeit sowie seine Planungs- und Problemlösungsfähigkeit betreffe (act. II 89.7/10). In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und in einer angepassten Tätigkeit von 10 % (act. II 89.7/11). 3.1.14 In der Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten vom 11. Dezember 2024 (act. II 101/4 ff.) hielt die behandelnde Psychosomatikerin Dr. med. E. _____ fest, die bestehende chronische Erschöpfung werde

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 12 - in jedem Gutachten anamnestisch als Hauptbeschwerde erhoben; keiner der Gutachter habe sich spezifisch mit der Diagnose eines CFS beschäftigt. Die Kanada-Konsensuskriterien für ein CFS seien beim Beschwerdeführer jedoch erfüllt. Die Symptomatik habe in geringerer Ausprägung bereits vor der Covid-Erkrankung bestanden. Es habe sich ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Covid-Erkrankung und einer erheblichen Verschlechterung der Symptomatik gezeigt. Aus ihrer Sicht sei daher die Diagnose Long-Covid gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer selbst habe wiederholt angegeben, dass sich die Müdigkeit nur kurzzeitig nach Corona verschlechtert und danach wieder auf dem vorbestehenden Niveau eingependelt habe. Neben dem CFS bestehe eine chronische Schmerzkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es hätte hier ein interdisziplinäres psychosomatisches Gutachten gebraucht. Dem Beschwerdeführer sei aktuell keine Arbeitstätigkeit zuzumuten. 3.1.15 In der MEDAS-Stellungnahme vom 14. Februar 2025 (act. II 110) hielt der Neurologe Dr. med. T. _____ fest, bezüglich der schwankenden Werte des Leberenzym Gamma-GT sei internistisch eine ausführliche Diskussion erfolgt; der Alkoholübergebrauch sei demnach die überwiegend wahrscheinliche Ursache dafür. Es existierten keine Nachweismethoden, die ein CFS überwiegend wahrscheinlich messbar bzw. belegbar machen würden (act. II 110/2). Die Fatigue-Symptomatik selbst bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ausführlich diskutiert worden. Es spiele keine Rolle, ob die Fatigue-Symptomatik eine oder mehrere Ursachen (Long-Covid etc.) habe, da das gesamte Defizit unabhängig von der Ursache bewertet werde (act. II 110/3). Der Psychiater dipl. Arzt W. _____ hielt fest, die Symptome der Müdigkeit, der Erschöpfung und des Ausgelautetseins sowie die festgestellten neuropsychologischen Defizite seien durch die im Gutachten beschriebene Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode verursacht worden. Es könne nicht noch zusätzlich zur leichtgradigen depressiven Episode die Diagnose eines CFS gestellt werden (act. II 110/4). 3.1.16 Im Sprechstundenbericht vom 27. Mai 2025 (act. II 113/8 f.; Beschwerdeakten [act. I] 2) hielt Dr. med. E. _____ fest, die Erschöpfung habe zeitlich vor der depressiven Symptomatik bestanden. Es gebe klini-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 13 - sche Überlappungen, aber die Diagnosekriterien seien sowohl beim CFS als auch bei der Depression klar und sie seien beide erfüllt. Wer ein CFS in der Ausprägung wie beim Beschwerdeführer habe, dem sei es körperlich schlichtweg nicht möglich, 80 % zu arbeiten. 3.2 3.2.1 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). 3.2.2 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 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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestell-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 14 - ten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3). 3.2.3 Bei der Würdigung von divergierenden ärztlichen Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass allenfalls von unterschiedlichen Krankheitsbegriffen ausgegangen wurde. Das in der Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell ist weiter gefasst als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426, 127 V 294 E. 5a S. 299). Beruht die Abweichung allein auf der Verwendung unterschiedlicher krankheitsbegrifflicher Prämissen, so liegen keine einander widersprechenden Einschätzungen im Sinne von BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 vor (SVR 2007 IV Nr. 33 S. 117, I 738/05 E. 5.2). 3.3 Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 29. April 2025 (act. II 112) auf die Beurteilung der MEDAS-Gutachter vom 1. Oktober 2024 (act. II 89.1) ab. Dies ist nicht zu beanstanden. Das MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2024 (act. II 89.1), einschliesslich der Teilgutachten vom 6., 8. und 18. August 2024 (act. II 89.2-7), erfüllt die beweisrechtlichen Anforderungen an medizinische Berichte (E. 3.2.1) und erbringt vollen Beweis. Die Experten setzten sich mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers einlässlich auseinander (act. II 89.1/5, 89.2/7, 89.3/7 f., 89.4/7 f., 89.5/8) und die Ausführungen sowie die Feststellungen sind in Kenntnis der Vorakten (act. II 89.6) getroffen worden. Die Experten haben die medizinischen Befunde (act. II 89.1/5 f., 89.3/5 ff., 89.4/7 ff., 89.5/5 ff., 89.7/5 ff.) und die

Diagnosen (act. II 89.1/8, 89.2/7 ff., 89.3/9 f., 89.4/11, 89.5/9 ff., 89.7/10) nachvollziehbar dargelegt. Die MEDAS-Gutachter setzen sich ebenfalls eingehend mit den Belas-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 15 - tungsfaktoren und den Ressourcen auseinander (act. II 89.1/9). Die zu zie- hende Schlussfolgerung, dass die angegebene Schwäche, Müdigkeit, Leis- tungsminderung und Fatigue-Symptomatik keine schlüssigen oder nach- vollziehbaren somatischen Grundlagen finden und die berichtete Fatigue- Symptomatik im Rahmen der depressiven Störung zu erklären sei (act. II 89.1/7), ist einleuchtend begründet. Weiter überzeugt die Beurtei- lung, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Arbeit zu 70 % (act. II 89.1/9) und eine angepasste Arbeit zu 80 % zumutbar sei (act. II 89.1/10). Nachvollziehbar ist das Zumutbarkeitsprofil, wonach eine Arbeit mit möglichst ruhigem Arbeitsplatz, eine Einzeltätigkeit oder allenfalls in einem kleinen Team, ohne sehr komplexe Aufgaben, seriell durchführ- bar, mit wenig Potential für zwischenmenschliche Probleme oder hohen emotionalen Stress, ohne enges Zeitlimit und mit der Möglichkeit, selbstbe- stimmend zusätzliche Zwischenpausen einzulegen und unter Verzicht auf besonders verantwortungsvolle, gefährdende und Überwachungs- Tätigkeiten (act. II 89.1/10) den Beschwerden angepasst sei. Die Empfeh- lung der MEDAS-Gutachter, der Beschwerdeführer solle nach Ende der tagesklinischen psychiatrischen Therapie weiterhin eine ambulante psych- iatrische Therapie durchführen, wobei möglich sei, dass die verschiedenen Symptome geringer würden oder ganz verschwänden (act. II 89.1/10), überzeugt. Ebenfalls ist nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter eine (weitere) stationäre Behandlung hingegen nicht als notwendig erachte- te (act. II 89.5/18). 3.4 Was der Beschwerdeführer vorbringt, ist nicht geeignet, das schlüs- sige MEDAS-Gutachten in Zweifel zu ziehen. Zur Covidinfektion gibt der Beschwerdeführer selbst an, diese habe nur einen kurzen Einfluss auf sei- ne Fatigue-Symptomatik gehabt, danach sei diese identisch zum Status ante Corona gewesen (vgl. act. II 89.2/2, 89.5/2). Weiter geht aus den Ak- ten auch hervor, dass der Beschwerdeführer 21 Jahre bei der gleichen Ar- beitgeberin tätig ist, welche ihm weiterhin den Lohn ausbezahlt (act. II 89.1/6, 89.2/1, 89.5/3), wobei er anführt, es fehle ihm die Kraft für eine Rückkehr bzw. er vermisse die Arbeit nicht (act. II 89.1/6, 89.3/5, 89.4/6, 89.5/1). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten "starken" Einschränkungen bei der Aufmerksamkeit und Konzentration konnten in den neuropsychologischen Tests zwar nicht entsprechend bestätigt wer-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 16 - den, indessen lagen leichte Einschränkungen bei der kognitiven Flexibilität, leichte Einbussen im Arbeitsgedächtnis und leichte Einschränkungen bei der Planungs- und Problemlösungsfähigkeit vor, welche in psychiatrischer Hinsicht auch berücksichtigt wurden (vgl. act. II 89.1/8, 89.5/14). An der Validität der Testergebnisse bemängelt der Beschwerdeführer korrekter- weise nichts, bzw. macht er auch nicht substantiiert geltend, dass stärkere Einschränkungen vorlägen. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, das Kantonsgericht Luzern habe in seiner Rechtsprechung festgestellt, eine durch ein CFS hervorgerufene Arbeitsunfähigkeit und eine daraus resultierende Erwerbsunfähigkeit könne zu einer Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG führen (Beschwerde S. 2), kann nicht gehört werden, ist doch die Recht- sprechung eines anderen kantonalen Gerichts für das vorliegend angerufe- ne Gericht nicht bindend. In casu ist der obgenannte medizinische Sach- verhalt zu würdigen, insbesondere die gutachterlichen Beurteilungen (E. 3.2.1 hiervor), weshalb der Beschwerdeführer aus einer für einen ande-

ren Versicherten gestellten Diagnose eines CFS hier nichts ableiten kann. Der Kritik des Beschwerdeführers, auf das MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2024 könne nicht abgestellt werden, da die Gutachter fälschlicherweise nicht lege artis unter Anwendung der diagnostischen Kriterien (sogenannten Kanada-Kriterien) ein CFS diagnostiziert hätten (Beschwerde, S. 2 f.), kann nicht gefolgt werden. Der Beschwerdeführer stützt sich auf die Stellungnahme der behandelnden Dr. med. E. _____ vom 11. Dezember 2024 (vgl. act. II 101/4 ff.) ab, welche ein CFS, einen Long-Covid-Zustand sowie eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostizierte. Indessen setzten sich die MEDAS-Gutachter Dr. med. T. _____ und dipl. Arzt W. _____ in der Stellungnahme vom 14. Februar 2025 (act. II 110/2 ff.) damit eingehend auseinander. Auf deren einleuchtende und überzeugende Ausführungen ist zu verweisen: Dr. med. T. _____ hielt nachvollziehbar fest, dass die Fatigue-Symptomatik selbst bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Gutachten bereits ausführlich diskutiert worden sei (act. II 110/3). Seine Einschätzung, die behandelnde Dr. med. E. _____ nenne sehr viele Diagnosen parallel (CFS, Post-Covid und psychische Diagnosen), obwohl

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 17 - diese funktionell gleiche, sich komplett überlagernde Funktionsstörungen bedingten, was offenbar der Begründung einer von ihr attestierten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit diene, überzeugt. Die Aussage, es ändere jedoch nichts an der Gesamtbeurteilung, da ein eigenständiges CFS oder ein Post-Covid-Zustand nicht sicher diagnostizierbar sei und die konkurrierende depressive Erkrankung die vorgebrachten gesundheitlichen Einschränkungen vollumfänglich erklären würde, ist nachvollziehbar und überzeugt. Die Ausführungen des Psychiaters dipl. Arzt W. _____, welcher die Symptome (Müdigkeit, Erschöpfung, Ausgelaugtsein) und die neuropsychologisch festgestellten Defizite (leichte Einschränkungen in der kognitiven Flexibilität, leichte Einbussen beim Arbeitsgedächtnis und bei der Planungs- und Problemlösefähigkeit) mit der Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode erklärt (act. II 110/4), sind ebenfalls einleuchtend. Letztlich geht es um die Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit; die (genaue) Diagnose ist für die Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht massgebend, sondern vielmehr, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_121/2023 vom 15. September 2023 E. 4.2 mit Hinweisen). Die Herleitung der ermittelten Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht von 80 % im Teilgutachten ist schlüssig. Dass die Gesamtarbeitsfähigkeit der Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht entspricht (act. II 89.1/9), überzeugt auch mit Blick auf die weiteren Teilgutachten. Nichts an diesem Ergebnis ändert der nach dem Verfügungszeitpunkt vom 29. April 2025 (zum massgebenden Sachverhalt: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213, 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2022 UV Nr. 46 S. 183, 8C_655/2021 E. 6.3.1) eingereichte Bericht von Dr. med. E. _____ vom 27. Mai 2025 (act. II 113/8), welcher zu berücksichtigen ist, soweit er Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlaubt (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 23, I 649/06 E. 3.4). Der Sprechstundenbericht enthält keine von den MEDAS-Gutachtern unerkannt oder ungewürdigt gebliebenen Aspekte (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Dem Umstand, dass Dr. med. E. _____ als schmerztherapeutische Ärztin mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 18 - akzeptieren hat, ist bei der Beurteilung Rechnung zu tragen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4). Vorliegend tritt die behandelnde Ärztin advokatorisch auf und identifiziert sich offenbar in einem Umfang mit den Interessen ihres Patienten, welche über das normale Mass hinausgeht (vgl. Urteile des BGer 8C_635/2022 vom 16. Februar 2022 E. 4.8 und 8C_79/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.2). 3.5 Somit ist gestützt auf das schlüssige MEDAS-Gutachten erstellt, dass sich die Funktionseinschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischem Gebiet ergeben, bedingt durch die im MEDAS-Gutachten diagnostizierte leichte depressive Episode (act. II 89.1/8). Im Allgemeinen lässt sich eine leichte bis mittelschwere depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten – welche hier nicht vorliegen (act. II 89.1/8) – nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential (Weiterführung einer ambulanten Therapie, ohne zusätzliche Gabe von Medikamenten [act. II 89.1/10]), so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Dennoch kann hier offenbleiben, ob mit Blick auf die leichte Depression der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen ist (vgl. BGE 148 V 49; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C_492/2023 E. 5.1), da sich so oder anders nichts am Resultat ändert (vgl. E. 4.6 hier-nach). 3.6 Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt. Weitere Beweiserhebungen, namentlich die beantragte psychosomatische Begutachtung (vgl. Beschwerde, S. 3), sind nicht angezeigt, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (in BGE 151 III 28 nicht publ. E. 5.2 des Urteils des BGer 9C_298/2024 vom

E. 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

E. 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.

E. 14

August 2024; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4). 3.7 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer retrospektiv – gestützt auf die durch die behandelnden Ärzte attestierte Arbeits(un)fähigkeit (vgl. act. II 89.1/9) – ab 27. Oktober 2021 (act. II 28.1) zu 100 % arbeitsunfähig war. Ab 28. Februar 2022 wurde ihm eine teilweise

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 19 - Arbeitsfähigkeit attestiert und er nahm die Arbeit schrittweise wieder auf (act. II 28.1/9, 60/2). Vom 12. Februar bis 5. März 2024 war der Beschwerdeführer dann erneut zu 100 %, vom 6. März bis 30. Mai 2024 zu 30 % und ab 1. Juni 2024 wiederum zu 100 % arbeitsunfähig (act. II 89.1/9). Weiter steht fest, dass dem Beschwerdeführer ab August 2024 (act. II 89.5/17), spätestens ab November 2024 (act. II 89.1/10), eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar ist (keine Minderung der zeitlichen Präsenz, jedoch Leistungsminderung von 20 % [act. II 89.1/10]). Auf dieser Basis sind nachfolgend die Einkommensvergleiche vorzunehmen.

4. 4.1 4.1.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Wird im Rahmen der Invaliditätsbemessung auf Tabellenlöhne abgestellt, so sind die aktuellsten statistischen Daten beizuziehen. Gemeint sind damit die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Daten (BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70).

4.1.2 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.1.3 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26bis Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbsein-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 20 - kommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26bis Abs. 2 IVV). Vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1bis IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26bis Abs. 3 IVV).

4.2 Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % war ab 27. Oktober 2021 erstellt (vgl. E. 3.7 hiavor) und der Beschwerdeführer meldete sich am 14. März 2022 (act. II 1/9) an, frühestmöglicher Rentenbeginn (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG) wäre damit der 1. September 2022. Der Beschwerdeführer hatte indessen ab 28. Februar 2022 die angestammte Arbeit wieder schrittweise aufgenommen und eine Rente 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). Ab 12. Februar 2024 wurde dem Beschwerdeführer wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert, weshalb ein erster Einkommensvergleich für Februar 2024 erfolgt. Im Begutachtungszeitpunkt im August 2024 attestierten die MEDAS-Gutachter dem Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Es ist deshalb ein zweiter Einkommensvergleich für August 2024 vorzunehmen.

4.3 Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität vom Beschwerdeführer für die B. _____ AG tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens im

Jahr 2024 von Fr. 64'249.--(act. II 112/4), was nicht zu beanstanden ist und vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht bestritten wird. 4.4 Im Februar 2024 war der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig, weshalb bei einem Invalideneinkommen von Fr. 0.-- und einem Valideneinkommen von Fr. 64'249.-- ein Invaliditätsgrad von 100 % resultiert und der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2024 einen Anspruch auf eine ganze Rente hat.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 21 - 4.5 Der Beschwerdeführer schöpft die von den MEDAS-Gutachtern im Begutachtungszeitpunkt attestierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 % nicht aus, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf den Zentralwert der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2022 des Bundesamtes für Statistik (BFS), Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, von Fr. 5'305.-- abgestellt hat. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 41.7 Stunden), aufgerechnet auf ein Jahr und indexiert auf das Jahr 2024 (Tabelle T1.1.20 Nominallohnindex, Männer, 2021-2024; Total, 2022: 100.3; 2024: 103.2) und in Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 80 % sowie unter Abzug von 10 % (E. 4.1.3 hiervor) resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 49'164.80 ($\text{Fr. } 5'305.-- / 40 \times 41.7 \times 12 / 100.3 \times 103.2 \times 0.8 \times 0.9$). 4.6 Die Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 64'249.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 49'164.80 ergibt einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 23 % ($[\text{Fr. } 64'249.-- / \text{Fr. } 49'164.80] / \text{Fr. } 64'249.-- \times 100 = 23.47$), weshalb der Beschwerdeführer keinen Anspruch mehr auf eine Rente hat. Nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % bereits ab August 2024 berücksichtigte (vgl. Begutachtung in psychiatrischer Hinsicht [act. II 89.5/17]) und die ganze Rente per 31. Oktober 2024 (Art. 88a Abs. 1 IVV) befristete, fällt dies doch ebenfalls mit dem angegebenen geplanten Ende der tagesklinischen Behandlung zusammen (act. II 89.1/6, 89.5/16). 4.7 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 29. April 2025 (act. II 112) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen. 5. 5.1 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 unab-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. Oktober 2025, IV 200 2025 347 - 22 - hängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen. 5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.