

IV 200 2026 143
KOJ/GET/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Juli 2026

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Januar 2026



Sachverhalt:

A.

A.a.

Der ... geborene, seit 2010 mittels wirtschaftlicher Sozialhilfe unterstützte A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2019 unter Hinweis auf "Beschwerden des Bewegungsapparates und psychische Probleme" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1; 15 S. 1). Die IVB holte die Akten des Staatssekretariats für Migration (SEM) ein, zog Berichte behandelnder Ärzte bei, veranlasste bei der B._____ (nachfolgend MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 21. September 2020 [act. II 40.2 ff.]) und liess durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (act. II 44 S. 2 ff.). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 45 ff.) und Einholung einer Stellungnahme der MEDAS (act. II 53) verneinte die IVB mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 4. Mai 2021 (act. II 54) bei einem nach der gemischten Methode (Erwerb 50 %/Haushalt 50 %) ermittelten Invaliditätsgrad von 6 % einen Rentenanspruch.

A.b.

Im Februar 2024 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf gesundheitliche Beeinträchtigungen von Seiten beider Kniegelenke, des linken Fuss- und Schultergelenks sowie der Prostata erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 68). Die IVB holte Berichte behandelnder Ärzte ein und verneinte einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (act. II 91). Im Zuge der anschliessenden Rentenprüfung legte die IVB das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor (act. II 104 f.). Mit Vorbescheid vom 3. Januar 2025 (act. II 109) stellte die IVB dem Versicherten bei einem nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode ermittelten Invaliditätsgrad von 31 % die Verneinung eines Rentenanspruchs fest.

spruchs in Aussicht. Dagegen erhoben der Sozialdienst C._____ sowie der behandelnde Arzt, Dr. med. D._____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Einwand (act. II 114; 116), woraufhin die IVB weitere ärztliche Berichte sowie weitere Stellungnahmen des RAD einholte (act. II 129 f.). Mit Verfügung vom 26. Januar 2026 (act. II 133) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen erhoben der Versicherte und Dr. med. D._____ mit von der IVB weitergeleiteter, von beiden unterzeichneter und mit "Einwand gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 26.01.2026" betitelter Eingabe vom 4. Februar 2026 Beschwerde. Sie beantragten die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie eine Neuprüfung des Rentenanspruchs.

Mit Schreiben vom 17. März 2026 teilte der Versicherte dem Gericht mit, dass er fortan als alleiniger Beschwerdeführer fungiere. Ferner stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. April 2026 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Nachdem der Beschwerdeführer weitere Unterlagen eingereicht hatte, hiess der Instruktionsrichter mit Verfügung vom 8. April 2026 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut.

Mit weiterer Eingabe vom 29. April 2026 äusserte sich der Beschwerdeführer zur Rolle seines behandelnden Arztes Dr. med. D._____ und hielt im Übrigen an den mit Beschwerde vom 4. Februar 2026 gestellten Anträgen fest.

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 26. Januar 2026 (act. II 133). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere die Frage, ob der Sachverhalt hinreichend abgeklärt ist.

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 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG).

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

2.3

2.3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Inva-

lidityt 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]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschmeldung 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).

2.3.2 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).

2.3.3 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).

2.3.4 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).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Februar 2024 (act. II 68) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte für die Prüfung, ob ein Revisionsgrund vorliegt, bilden die Verfügung vom 4. Mai 2021 (act. II 54) – mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 6 % verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 26. Januar 2026 (act. II 133; vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 4. Mai 2021 (act. II 54) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre, eine internistische, orthopädische, psychiatrische sowie neuropsychologische Untersuchung umfassende Gutachten der MEDAS vom 21. September 2020 (act. II 40.2 ff.) samt Stellungnahme vom 25. März 2021 (act. II 53). Im Gutachten vom 21. September 2020 (act. II 40.2 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 40.2 S. 6 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Leichtgradige medialbetonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose rechts bei St. n. (= Status nach) zweimaliger Arthroskopie und medialer Meniskussanierung (ICD-10 M17.4)
- Diskrete medialbetonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose links bei St. n. einmaliger Arthroskopie und medialer Meniskussanierung (ICD-10 M17.4)
- Schmerzen OSG (= oberes Sprunggelenk) rechts (richtig wohl: links [vgl. statt vieler act. II 24 S. 8; 40.9 S. 1; 40.4 S. 2, 5]), normale ROM (= Range of Motion) bei St. n. zweimaliger Operation einer OCD (= Osteochondrosis dissecans), radiologisch zentral am Talusdom minime Aufhellungszone, prominente Talusnase (ICD-10 M93.27)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Minime Kraftverminderung des M. (= Musculus) subscapularis bei St. n. arthroskopischer subacromialer Acromionplastik (ICD-10 M75.5)
- Leistenschmerzen links bei St. n. Leistenhernienoperation bds. (= beidseits), Hüftgelenk links klinisch und radiologisch unauffällig
- Adipositas Grad I
- Hypercholesterinämie
- St. n. Inguinalhernien OP 06/2019
- Pollakisurie, bis jetzt nicht behandelt
- minim eingeschränkte Nierenfunktion

Aus polydisziplinärer Sicht seien aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen leichte Einschränkungen im Beruf als ... (geschützte Tätigkeit als ...hilfe in der E. _____ AG, vermittelt von der F. _____ [act. II 76 S. 3; 80]) zu objektivieren. Bei der Ausübung einer adaptierten Tätigkeit bestehe aber nur eine geringe Minderung der Leistungsfähigkeit. Psychiatrisch zeige die verstärkte Schmerzwahrnehmung und die Fokussierung ebenfalls eine geringe "Ausprägung auf die Arbeitsfähigkeit". Da die Einschränkungen von psychiatrischer und orthopädischer Seite im Hinblick auf eine lei-

densadaptierte Tätigkeit nur gering ausgeprägt seien, sei keine negative Wechselwirkung der fächerübergreifenden Diagnosen zu erwarten und aus diesem Grund komme es auch zu keiner Summation der fachspezifischen Arbeitsunfähigkeiten (act. II 40.2 S. 6). In der bisherigen Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 70 %, in einer den Leiden angepassten Tätigkeit 90 % (S. 8).

3.3 Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 26. Januar 2026 (act. II 133) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Am 20. September 2023 erfolgte eine Schulterarthroskopie mit Tenotomie der langen Bicepssehne, Resektion der erneuten kleinen Osteophyten unter dem AC-Gelenk und Mini-Open-Refixation der Supraspinatus- und cranialen Subscapularissehne links. Es zeigte sich ein peri- und postoperativ komplikationsloser Verlauf mit problemloser sofortiger aktiv-assistiver Mobilisation des linken Armes im erlaubten Bewegungsausmass unter physiotherapeutischer Anleitung (act. II 87 S. 22).

3.3.2 Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte im Bericht vom 18. Dezember 2023 (act. II 72 S. 2 f.) die folgenden Diagnosen (S. 2):

- Kleine erneute Unterflächeneinrisse der refixierten Supraspinatussehne sowie Spongiosaödem im Humeruskopf um die Speedbridge-Ankerventral > dorsal bei kleiner Verknöcherung im Verlauf der Supraspinatussehne links
 - o St. n. SAS (= Subakromialsyndrom) mit Tenotomie der langen Bicepssehne, Osteophytektomie unter dem AC-Gelenk (= Akromioklavikulargelenk) sowie Mini-open-Refixation der Supraspinatus- und cranialen Subscapularissehne links am 20. September 2023
 - Chondropathie Grad II glenohumeral
 - o Deutliche Scapuladyskinesie links
 - o St. n. SAS und subacromialer Dekompression linke Schulter 2010 sowie Osteophytektomie der lateralen Clavicula links am 20. April 2010
- Zervikalgie bei Facettengelenksarthrosen C3/4 und C4/5 rechts, Uncovertebralarthrosen C3/4 bis C6/7, Osteochondrose C6/7 und Retrospondylose mit Ausstrahlungen in die linke Schulter
 - o foraminale Einengung C6/7 links mit möglicher Tangierung der C7-Wurzel links sowie ossäre foraminale Enge C3/4 rechts, C4/5 und

C5/6 beidseits, etwas rechtsbetont (MRI HWS [= Halswirbelsäule]
6. September 2023)

- Relative Einengung des Spinalkanals auf Höhe C6/7
- Arterielle Hypertonie
- Hypercholesterinämie, medikamentös behandelt
- Nasenmuschelhyperplasie mit Behinderung der Nasenatmung
- St. n. Analvenenthrombose bei Hämorrhoidalleiden
- OSG-Arthroskopie und Debridement sowie offene Revision einer osteochondralen Läsion an der medialen Talusrolle links am 8. Juni 2016
- St. n. Revision einer osteochondralen Läsion und arthroskopischer Mikrofrakturierung sowie Resektion eines lateralen Tibiavorderkantensporns links am 28. Mai 2014
- Rezidivierende Harnwegsinfekte
- St. n. Leistenhernien-OP bds. (= beidseits)

3.3.3 Eine Weichteilsonografie des linken Oberschenkels vom 27. Dezember 2023 wurde wie folgt beurteilt (act. II 87 S. 15): "DD [= Differentialdiagnostisch] Vernarbung des wahrscheinliche M. semitendinosus. Sonografisch keine lipomtypische Formation, keine Malignitätskriterien. Bei Änderung der Klinik wäre eine MRI indiziert."

3.3.4 Im Bericht vom 29. Januar 2024 (act. II 87 S. 9 f.) führte Dr. med. G._____ aus, bei langsamer aber stetiger Besserung von Restbeschwerden und Schulterbeweglichkeit persistiere auch ein schmerzüberlagertes Kraftdefizit bei Bewegungen vor dem Körper (S. 10).

3.3.5 Dr. med. H._____ und Dr. med. I._____, beide Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellten im Bericht vom 30. April 2024 (act. II 92 S. 6 f.) die folgende Diagnose: "Rechtsbetonte mehretagere cervicale Degeneration mit Facettengelenks- und Uncarthrosen sowie Foraminalstenose HWK6/7 links und foraminaler Einengung HWK3/4 rechts, HWK4/5 und HWK6/7 bds." In der Beurteilung hielten sie fest, es fänden sich zwar mehretagere Degenerationen; diese seien aber aktuell klinisch recht gut kompensiert und induzierten keine Beschwerdesymptomatik mehr (S. 7).

3.3.6 Im Bericht vom 27. Mai 2024 (act. II 92 S. 3-5) bescheinigte Dr. med. G._____ für die körperlichen Arbeiten in der ... der E._____

AG seit 1. September 2023 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Leichte Arbeiten ohne wesentliche Belastung von Knie und Schulter seien in einem reduzierten Teilzeitpensum denkbar. Sitzende, wechselbelastende Arbeiten ohne wesentliche Gewichtsbelastungen und mit Arbeiten lediglich bis Brust-/Schulterhöhe seien in einem 50%igen Teilpensum denkbar, dies allerdings nur bezogen auf die Schulter- und Kniebeschwerden (S. 5).

3.3.7 Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 19. Juli 2024 (act. II 101 S. 1-6) fest, der Beschwerdeführer leide seit mehreren Jahren an einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F 43.1) sowie einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.11). Diese psychischen Erkrankungen seien durch anhaltende Bedrohungen und Unsicherheiten bezüglich des Aufenthaltsstatus verschärft worden. Zusätzlich beständen multiple orthopädische Beschwerden einschliesslich Gonarthrose, Schulterarthrose und wiederkehrende Harnwegsinfekte (S. 2). Die bisherige Tätigkeit sei derzeit überhaupt nicht zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit könnte eventuell für bis zu zwei Stunden pro Tag zumutbar sein, vorausgesetzt die Tätigkeit sei körperlich leicht und erfordere keine längeren Konzentrationsphasen (S. 5).

3.3.8 Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 2. Dezember 2024 (act. II 104) aus, orthopädisch sei weiterhin dauerhaft von einer Minderbelastbarkeit des linken Fusses und beider Kniegelenke auszugehen, was bereits im Zumutbarkeitsprofil von 2020 berücksichtigt worden sei. Eine Veränderung dieses Leistungsprofils er scheine unter Berücksichtigung der aktuellen Berichte im Dossier nicht erforderlich. Jedoch habe sich hinsichtlich der nochmalig operierten Schulter sowie aufgrund der degenerativen Veränderungen an der HWS eine dauerhafte Verschlechterung im Sinne einer verbleibenden Minderbelastbarkeit ergeben, was eine Präzisierung des bisherigen Zumutbarkeitsprofils erforderlich mache. Zumutbar seien körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden mit 20 % Leistungsminderung aufgrund vermehrten Pausenbedarfs. Hinsichtlich der Gültigkeit des somatischen Zumutbarkeitsprofils sei festzustellen, dass ab

dem 20. September 2023 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten bestanden habe, dies durchgehend bis Ende Mai 2024. Ab dem 1. Juni 2024 habe der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch wieder in einer leidensangepassten Tätigkeit im Pensum von 80 % arbeiten können (S. 3).

Der RAD-Arzt Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 3. Dezember 2024 (act. II 105 S. 5) fest, aus psychiatrischer Sicht habe sich keine Veränderung ergeben und es könne insoweit weiterhin auf die Feststellungen im MEDAS-Gutachten abgestellt werden.

3.3.9 Dr. med. L._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 2. Juni 2025 (act. II 122 S. 1 f.) eine beginnende Degeneration des OSG links (S. 1). In der Beurteilung hielt sie fest, es zeige sich weiterhin ein erfreulicher Verlauf nach Infiltration am 29. November 2024. Aufgrund der Schmerzfreiheit könne die Behandlung pausieren (S. 2).

3.3.10 Dr. med. G._____ hielt im Bericht vom 9. Juli 2025 (act. II 121) fest, der Beschwerdeführer präsentiere sich mit unverändert persistierenden, subjektiv zunehmenden subakromial/subdeltoidal lokalisierten Schmerzen bei Abduktionsbewegungen im Bereich der Horizontalen, teilweise nun aber auch in Ruhe sowie in Linksseitenlage. Dies korreliere mit den im MRI vom Januar 2025 erkennbaren, die Bursa subdeltoidea kreuzenden Narbensträngen zwischen Musculus deltoideus und Humeruskopf. Diese könnten arthroskopisch reseziert werden, wodurch eine Besserung der dort lokalisierten Beschwerden erwartet werden könne (S. 2).

3.3.11 Im Bericht vom 18. Juli 2025 (act. II 126 S. 4 f.) diagnostizierte Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, u.a. bilaterale, medial betonte Gonarthrosen links > rechts (S. 4). Hinsichtlich der Kniegelenke bestehe kein Zeitdruck. Nichtsdestotrotz zeige sich beidseits eine erhebliche mediale Gonarthrose, welche sicherlich behandlungsbedürftig sein werde. Hier sei der Leidensdruck der entscheidende Faktor (S. 5).

3.3.12 Dr. med. D._____ führte im Bericht vom 22. Juli 2025 (act. II 125) aus, es bestehe sowohl somatisch als auch psychisch seit Jahren eine 100%ige "Gesamterwerbsunfähigkeit" (S. 3). Er empfehle daher dringend, den bisherigen IV-Grad zu revidieren und dem Beschwerdeführer eine unbefristete IV-Rente im Umfang von 100 % zuzusprechen (S. 4).

3.3.13 Der RAD-Arzt Dr. med. K._____ hielt im Bericht vom 13. Januar 2026 (act. II 129) fest, am bisherigen Zumutbarkeitsprofil könne aus psychiatrischer Sicht festgehalten werden (S. 2).

Der RAD-Arzt Dr. med. J._____ führte im gleichentags verfassten Bericht (act. II 130) aus, nach Aktenlage sei orthopädisch weiterhin dauerhaft eine Minderbelastbarkeit der unteren Extremitäten (hierbei des linken Fusses und beider Kniegelenke) sowie der linken Schulter objektiviert, was bereits im Zumutbarkeitsprofil vom 2. Dezember 2024 berücksichtigt worden sei. Eine Notwendigkeit zur Anpassung dieses Leistungsprofils werde unter Bezugnahme auf die eingereichten aktuellen Berichte im Dossier nicht ausgewiesen. Die dokumentierten funktionellen Befunde an Schulter, Kniegelenken und Sprunggelenk wiesen keine namhafte Verschlechterung der medizinischen Situation aus. Entsprechend könne aus orthopädischer Sicht am vorgesehenen Entscheid festgehalten werden (S. 2).

3.4

3.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelwürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre

Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des BGer 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

3.5 Die RAD-Berichte vom 2. und 3. Dezember 2024 (act. II 104 f.) sowie vom 13. Januar 2026 (act. II 129 f.) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an ärztliche Berichte und erbringen Beweis (vgl. E. 3.4.2 vorne). Mangels Indizien gegen deren Zuverlässigkeit kann für die Beantwortung der sich vorliegend stellenden Tat- und Rechtsfragen darauf abgestellt werden. Daran ändern die Vorbringen in der Beschwerde nichts:

3.5.1 Soweit Dr. med. D._____ seinen eigenen Berichten besonderen Beweiswert beimisst (Beschwerde S. 2 Ziff. 3.1), so gilt dem Grundsatz nach das in E. 3.4.2 Gesagte, nämlich, dass ein nachvollziehbarer Bericht eines behandelnden Arztes geeignet sein kann, Zweifel am Beweiswert

RAD-ärztlicher Stellungnahmen zu wecken. Dies beurteilt sich jedoch aufgrund der konkreten Gegebenheiten. Vorliegend ist zunächst dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Dr. med. D. _____ als langjährig behandelnder Arzt (Beschwerde S. 2 Ziff. 3.1) offensichtlich die Interessen des Beschwerdeführers vertritt und sein Engagement wesentlich darauf abzielt, dem Beschwerdeführer zu einer Invalidenrente zu verhelfen (vgl. "Forderung" für die Anhebung des IV-Grades [act. II 116 S. 4]; dringende Empfehlung für die Ausrichtung einer ganzen Rente [act. II 125 S. 4]). Dass es ihm – wie gegenüber dem Gericht am 29. April 2026 telefonisch sowie mit Eingabe desselben Datums (S. 1 f. Ziff. 1 f.) geltend gemacht – nur darum gehe, dem Beschwerdeführer dabei zu helfen, die Schreiben der Behörden zu verstehen bzw. ihn im IV-Verfahren zu unterstützen, steht in Widerspruch zur Aktenlage, handelte er doch im (einzig von ihm unterzeichneten) Einwandschreiben vom 7. Februar 2025 (act. II 116 S. 1-4) ausdrücklich im Namen des Beschwerdeführers (S. 1). Nicht wesentlich anders verhält es sich in Bezug auf die von der Beschwerdegegnerin dem Gericht weitergeleitete und von diesem als Beschwerde entgegengenommene Eingabe vom 4. Februar 2026 ("Einwand gegen die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 26.01.2026"), welche von Dr. med. D. _____ mitunterzeichnet wurde. Auch wenn er nach Rücksprache mit dem Gericht am 17. März 2026 gemäss gleichentags verfasstem Schreiben "nicht *mehr* [Hervorhebung hinzugefügt] als Prozessvertreter nach aussen" auftrat, so räumte der Beschwerdeführer gleichzeitig ein, dass er weiterhin von Dr. med. D. _____ unterstützt werde. Damit steht fest, dass sich dieser Arzt offenbar in einem Umfang mit den Interessen seines Patienten identifiziert, welche über das normale Mass, welches bei einem behandelnden Arzt zu erwarten ist, hinausgeht. Aus seinen Formulierungen "Einwand gegen den IV-Vorbescheid" (act. II 116 S. 1), "Einwand gegen die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 26.01.2026" (Beschwerde vom 4. Februar 2026), der "Forderung" nach einer erneuten Überprüfung und Anhebung des IV-Grades (act. II 116 S. 4) bzw. der dringenden Empfehlung zur Gewährung einer ganzen Rente (act. II 125 S. 4) folgt unmissverständlich, dass ein eigentlicher Rollenwechsel vom behandelnden Arzt zum Parteivertreter stattgefunden hat. Den Ausführungen von Dr. med. D. _____ kann deshalb von Vornherein nur sehr begrenzter Beweiswert zukommen (Urteil des BGer 8C_532/2024 vom 26. Juni 2025 E. 4.2).

3.5.2 Doch auch inhaltlich dringt die von ihm geäusserte Kritik nicht durch:

3.5.2.1 Entgegen der Beschwerde (S. 2 Ziff. 2.1) können auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3). Ein solcher Fall liegt hier vor, zumal die beschwerdeweise Darstellung, die "RAD-Aktenbeurteilungen" seien ohne fachärztliche Verlaufsberichte erfolgt, offensichtlich nicht zutrifft. Vielmehr basieren die Einschätzungen der RAD-Ärzte, welche ihrerseits über die erforderlichen fachärztlichen Ausbildungen verfügen, auf einem von behandelnden Fachärzten umfassend und detailliert sowie zeitlich lückenlos dokumentierten Verlauf (vgl. E. 3.3 vorne). Dass die RAD-Ärzte der vom Beschwerdeführer seit 2018 ausgeübten, von der F._____ vermittelten Tätigkeit als ...hilfe in der E._____ AG (act. II 76 S. 3; 80) bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine massgebende Bedeutung beimessen, ist nicht zu beanstanden: Denn einerseits handelte sich hierbei nicht um eine IV-spezifische, unter Berücksichtigung des medizinisch-theoretisch Zumutbaren erfolgte berufliche Eingliederungsmassnahme, aus welcher allenfalls Rückschlüsse auf das objektiv zumutbare Leistungsvermögen gezogen werden könnten. Andererseits entspricht die damals ausgeübte vorwiegend stehende Tätigkeit als ...hilfe (act. II 40.4 S. 3) dem seit der Neuanmeldung gültigen Zumutbarkeitsprofil nurmehr bedingt (act. II 104 S. 3). Folglich können ungeachtet der Ursachen, welche zur Aufgabe der letzten Tätigkeit geführt haben, auch aus diesem Grund keine Rückschlüsse auf die im streitgegenständlichen Zeitraum zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Rahmen einer dem Zumutbarkeitsprofil entsprechenden angepassten Tätigkeit gezogen werden.

3.5.2.2 Weiter greift die Kritik, die von Dr. med. D._____ in seinen Berichten aufgeführten psychiatrischen Befunde seien seitens des RAD "ignoriert" worden (Beschwerde S. 3 Ziff. 3.2), zu kurz. Den Berichten vom 19.

Juli 2024, 7. Februar 2025 und 22. Juli 2025 ist zu entnehmen, dass die von Dr. med. D._____ dargestellte Befundlage und diagnostische Einordnung (PTBS sowie mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom [act. II 101 S. 2 f.; 116 S. 2; 125 S. 2]) im Wesentlichen dieselben sind wie im Bericht vom 22. November 2019 (act. II 16 S. 5). Mit Letzterem setzte sich der psychiatrische Experte im Rahmen der MEDAS-Begutachtung einlässlich auseinander und verwarf insbesondere die Diagnose einer PTBS (act. II 40.3 S. 7; 53 S. 2). Das MEDAS-Gutachten vom 21. September 2020 (act. II 40.2 ff.) bildete sodann Basis der (unangefochten gebliebenen) Verfügung vom 4. Mai 2021 (act. II 54). Wie der RAD-Arzt Dr. med. K._____ überzeugend ausführte, sind den Berichten von Dr. med. D._____ keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung bzw. Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit dem MEDAS-Gutachten zu entnehmen (act. II 105 S. 5; 129 S. 2). Insbesondere wies Dr. med. D._____ auch schon im Bericht vom 22. November 2019 auf ein chronifiziertes Beschwerdebild hin (act. II 16 S. 5). Auch ergeben sich aus den Berichten des Behandlers sowie den übrigen Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass bei der damaligen Begutachtung wesentliche Tatsachen unberücksichtigt geblieben sind oder eine unvertretbare Fehldiagnose gestellt wurde. Ist eine Änderung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zum Grundlage der rechtskräftigen Verfügung vom 4. Mai 2021 (act. II 54) bildenden MEDAS-Gutachten nicht ausgewiesen, besteht aus medizinischer Sicht auch kein Anlass für eine davon abweichende Folgeabschätzung. Entsprechend überzeugt die Einschätzung des RAD, wonach für die Beurteilung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit weiterhin auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann (act. II 105 S. 5).

3.5.2.3 Sodann hat sich der RAD-Arzt Dr. med. J._____ einlässlich mit den somatischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und das Zumutbarkeitsprofil entsprechend angepasst (act. II 104; 130). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, der RAD erkenne zwar "formell eine Minderbelastbarkeit", ziehe daraus aber "keine realistischen funktionellen Konsequenzen" (Beschwerde S. 3 Ziff. 4.1), legt er nicht dar, welche konkreten medizinischen Aspekte eine restriktivere Formulierung

des Zumutbarkeitsprofils bedingen würden. Insbesondere reicht hierzu der pauschale Hinweis auf die diversen Diagnosen nicht aus, da weder einzelne Diagnosen noch deren Summe einen unmittelbaren Rückschluss auf das funktionelle Leistungsvermögen erlauben. Dass Dr. med. J. _____ unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigte (act. II 104 S. 3; Beschwerde S. 4 Ziff. 4.2), ist mit Blick auf die zuletzt dokumentierten Befunde ohne weiteres nachvollziehbar: So gab der Beschwerdeführer hinsichtlich der linken Schulter allein leichte Schmerzen an (act. II 126 S. 3). Bezüglich der Kniegelenke (Gonarthrose) ist eine ausgeprägte Schmerzsituation nicht ausgewiesen und es besteht keine aktuelle Behandlungsbedürftigkeit (act. II 126 S. 5). Schliesslich präsentierte sich das OSG links anlässlich der letzten Konsultation schmerzfrei (act. II 122 S. 2).

3.5.2.4 Was schliesslich den Einwand des Beschwerdeführers "Gescheiterter Eingliederungsversuch als objektiver Beweis" (Beschwerde S. 4 Ziff. 5) anbelangt, so kann auf das in E. 3.5.2.1 Gesagte verwiesen werden. Der angeführte BGE 134 V 64 betrifft das bei der Überentschädigungsbeurteilung Teilinvaliden in der beruflichen Vorsorge anzurechnende Erwerbseinkommen und ist vorliegend somit nicht einschlägig.

3.6 Zusammenfassend bestehen weder gestützt auf die Berichte von Dr. med. D. _____ noch die übrigen Akten auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der RAD-Berichte vom 2. und 3. Dezember 2024 (act. II 104 f.) sowie vom 13. Januar 2026 (act. II 129 f.). Der beantragten zusätzlichen Abklärungen (Beschwerde S. 5 Ziff. 7) bedarf es demnach nicht.

3.7 Zur Frage des Revisionsgrundes sowie zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit ergibt sich sodann Folgendes:

3.7.1 Hinsichtlich der nochmalig operierten (linken) Schulter hat sich eine dauerhafte Verschlechterung im Sinne einer verbleibenden Minderbelastbarkeit ergeben (act. II 104 S. 2; 121 S. 2), womit eine Änderung in der Befundlage und somit ein Revisionsgrund ausgewiesen ist. Ferner hat die Beschwerdegegnerin im Gegensatz zur Verfügung vom 4. Mai 2021 (act. II 54 S. 2) neu den Status einer Vollerwerbstätigkeit angenommen, womit ein weiterer Revisionsgrund gegeben wäre (vgl. E. 2.3.2 vorne), was jedoch

offen bleiben kann, da auch diesfalls kein Rentenanspruch resultiert (vgl. E. 4.5 hiernach). Damit ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.3.4 vorne).

3.7.2 Die von den RAD-Ärzten bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit bei 20%iger Leistungsminderung in angepasster Tätigkeit gilt ab 1. Juni 2024 (act. II 104 S. 3). Indem Dr. med. K. _____ mangels Veränderungen im psychiatrischen Bereich das MEDAS-Gutachten weiterhin für massgeblich erachtet, gilt insoweit eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit (act. II 40.3 S. 10). In der Folge hat dies auch insoweit zu gelten, als weiterhin kein Anlass für eine additive Berücksichtigung der geltenden Arbeitsunfähigkeiten besteht (act. II 40.2 S. 6). Auf dieser medizinisch-theoretischen Grundlage ist nachfolgend der Rentenanspruch zu prüfen.

4.

4.1 Mit Blick auf die im Februar 2024 erfolgte Neuanschuldung (act. II 68 S. 1) ist der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. August 2024 festzulegen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Dabei kann mit Blick auf das Ergebnis offen bleiben, ob die Voraussetzung gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt ist (vgl. act. II 92 S. 2; 104 S. 3).

4.2

4.2.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

4.2.2 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). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens (Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

4.2.3 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. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26^{bis} Abs. 2 Satz 1 IVV). Vom statistisch bestimmten Wert nach Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

4.2.4 Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). In der Regel sind die Werte der Tabelle TA1_tirage_skill_Level (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) massgebend (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

4.3 Die Beschwerdegegnerin legte bei der Berechnung des Valideneinkommens statistische Werte nach Massgabe von Tabelle TA1_skill-level, Wert Total, Kompetenzniveau 1, Männer, der LSE 2022 zugrunde (vgl. act. II 133 S. 2 i.V.m. act. II 54 und act. II 44 S. 6). Dies ist entgegen der Beschwerde (S. 5 Ziff. 6) korrekt: Der Beschwerdeführer verfügt über keine Berufsausbildung (act. II 1 S. 5) und übte in der Vergangenheit ausschliesslich (Hilfs-)Tätigkeiten im geschützten Rahmen aus (act. II 13 S. 2; 80; 126 S. 6), obgleich ihm ungeachtet seines Status als vorläufig aufgenommener Ausländer (act. II 2; 101 S. 2; vgl. Art. 85a Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 2005 über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration [Ausländer- und Integrationsgesetz, AIG; SR 142.20]) medizinisch-theoretisch stets eine Tätigkeit auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglich gewesen wäre. Damit lässt sich das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, womit es mit der Beschwerdegegnerin nach Massgabe von Art. 26 Abs. 4 i.V.m. Art. 25 Abs. 3 IVV zu bestimmen ist (vgl. E. 4.2.2 und E. 4.2.4 vorne).

4.4 Bezüglich des Invalideneinkommens steht fest, dass der Beschwerdeführer aktuell keine Erwerbstätigkeit zu einem ihm zumutbaren Pensum ausübt, indes eine den Leiden angepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % bei 20%iger Leistungsminderung zumutbar wäre (vgl. E. 3.7.2 vorne). Entsprechend legte die Beschwerdegegnerin entgegen der Beschwerde (S. 5 Ziff. 6) zu Recht dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen zugrunde (vgl. E. 4.2.3 vorne) und berücksichtigte einen Pauschalabzug von 10 % (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2024 gültigen Fassung; vgl. E. 4.2.3 f. vorne). Schliesslich ist die Restarbeitsfähigkeit auch unter Berücksichtigung des Alters verwertbar (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16), spricht doch im Falle des Beschwerdeführers in erster Linie die erhaltene Arbeitsfähigkeit von 100 % bei einer Leistungsminderung von 20 % für den Leiden angepasste Tätigkeiten gegen eine Unverwertbarkeit. Die dabei bestehenden funktionellen Einschränkungen (act. II 104 S. 3) sind zudem nicht dergestalt, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt, der auch Stellen- und Arbeitsangebote umfasst, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (sog. Nischenarbeitsplätze; vgl. BGE 148 V 174 E. 9.1 S. 188, 138

V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 65, 8C_458/2018 E. 4.2), nicht kennt. Insbesondere erfordern einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art gemäss dem zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 keine besondere Einarbeitungszeit oder spezielle sprachliche, schulische oder ausbildungsmässige Voraussetzungen (Urteil des BGer 8C_222/2024 vom 23. Januar 2025 E. 5.3). Der Annahme einer leidensadaptierten Tätigkeit steht auch der Status des Beschwerdeführers als vorläufig aufgenommenen Ausländer nicht entgegen (vgl. E. 4.3 vorne).

4.5 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C_104/2021). Damit beläuft sich der Invaliditätsgrad auf 28 % ($100 \% - [80 \% \times 0.9]$). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2 vorne).

5.

Zusammenfassend besteht die angefochtene Verfügung vom 26. Januar 2026 zu Recht und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

Der Beschwerdeführer wird im Umfang seines Unterliegens grundsätzlich kostenpflichtig (Art. 108 VRPG).

6.1 Mit Verfügung vom 8. April 2026 hat der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (betreffend die Verfahrenskosten) gutgeheissen.

6.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unab-

hängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht zu befreien (Art. 113 VRPG).

6.3 Infolge Unterliegens hat der (nicht anwaltlich vertretene) Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.