

IV 200 2026 22
KOJ/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. August 2026

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Isliker, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch B. _____ AG, Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. November 2025



Sachverhalt:

A.

Der 1977 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Dezember 2018 unter Hinweis auf eine infolge eines Unfalls erfolgte Schulteroperation bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Sie gewährte Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Deutschkurses sowie Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. II 44, 66). Zudem veranlasste sie eine dreimonatige berufliche Abklärung in der Abklärungsstelle D._____ [act. II 65]). Nach Einholung eines Berichts des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [act. II 56]) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 67) verneinte sie mit (unangetroffen gebliebener) Verfügung vom 11. Juni 2019 (act. II 71) einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 0 %. Im weiteren Verlauf sprach sie dem Versicherten Arbeitsvermittlung sowie einen Arbeitsversuch mit Taggeld bei der E._____ AG vom 29. Juli 2019 bis 24. Januar 2020 (act. II 81 f., 89 f.) zu und übernahm die Kosten für einen Deutschkurs vom 14. Januar bis 26. Februar 2020 (act. II 95). Mit Schreiben vom 28. Januar 2020 (act. II 98) teilte sie dem Versicherten mit, dass sie die Unterstützung bei der Stellensuche beende, da er eine Anstellung bei der E._____ AG gefunden habe.

Im März 2024 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit einem Unfall vom 29. August 2023 bestehende Beschwerden erneut zum Leistungsbezug an (act. II 99). Die IVB klärte hierauf die medizinischen und erwerblichen Verhältnisse ab, holte die Akten der Unfallversicherung F._____ ein und teilte dem Versicherten am 18. Februar 2025 mit, dass zurzeit aus gesundheitlichen Gründen keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien (act. II 139). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 163, 166, 174) und Rücksprache mit dem RAD (act. II 176) verneinte sie mit Verfügung vom 25. November 2025 (act. II 177) abermals einen

Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von 14 %.

In der Zwischenzeit hatte die F._____ am 25. August 2025 die Heilbehandlung und Taggeldleistungen per 30. September 2025 eingestellt (act. II 162.8) und mit Verfügung vom 4. September 2025 (act. II 164) dem Versicherten bei einem IV-Grad von 15 % ab dem 1. Oktober 2025 eine Invalidenrente zugesprochen, gleichzeitig jedoch einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung verneint.

B.

Gegen die Verfügung der IVB vom 25. November 2025 (act. II 177) erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C._____, B._____ AG, mit Eingabe vom 9. Januar 2026 Beschwerde. Er beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese sei anzuweisen, ein umfassendes polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2026 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel (Eingaben vom 12. und 31. März 2026) halten die Parteien an den bisher vertretenen Standpunkten wie auch an den 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 – vorbehältlich nachfolgender E. 1.2 – einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. November 2025 (act. II 177). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Soweit der Beschwerdeführer darüber hinaus die Zusprache weiterer, gesetzlich geschuldeter Leistungen (insb. berufliche Massnahmen [vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. I.2, S. 11 Ziff. III.41]) beantragt, bewegt er sich ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2021 AHV Nr. 21 S. 67, 9C_86/2021 E. 5.2), weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten 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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1

2.1.1 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).

2.1.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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

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).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem IV-Grad

von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem IV-Grad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem IV-Grad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem IV-Grad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des IV-Grades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Danach wird für die Bestimmung des IV-Grades 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.

2.4 Um den IV-Grad 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).

2.5

2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen IV-Grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). 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).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad 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).

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 147 V 167 E. 4.1 S. 169, 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C_235/2024 E. 4, 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3).

2.5.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad 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; AHl 1999 S. 84 E. 1b).

2.5.5 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die im März 2024 eingegangene Neuanmeldung (act. II 99) eingetreten und hat über den Leistungsanspruch materiell befunden, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Seit der letzten rechtskräftigen Verneinung eines Rentenanspruchs (Verfügung vom 11. Juni 2019 [act. II 71]) ist mit den zwischenzeitlich eingetretenen Gesundheitsschäden, namentlich den Folgen des Unfalls vom 29. August 2023 (vgl. act. II 102 S. 5 - 7, 162.9, 162.37, 162.207), im Vergleichszeitraum (vgl. E. 2.5.4 hier-vor) eine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung resp. ein Neuanmeldungsgrund unbestrittenermassen ausgewiesen. Dementsprechend ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 2.5.5 hiervor).

3.2 Den medizinischen Akten ist zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Arzt für Orthopä-

die/Fusschirurgie im Spital H._____, nannte im Bericht vom 31. August 2023 (act. II 134.55) als Hauptdiagnosen eine mediale subtalare Dislokation mit dislozierter, intraartikulärer Trümmerfraktur des Os naviculare und einer Abrissfraktur am Os tali medial und lateral des linken Fusses, eine nach lateral dislozierte, intraartikuläre, mehrfragmentäre Basisfraktur des Os Phalanx des Digitus V des linken Fusses und eine Distorsion des oberen Sprunggelenks (OSG) des rechten Fusses, Grad I bis II (act. II 134.55 S. 2). Die Zuweisung des Beschwerdeführers sei durch die Notfallstation nach einem Sturz auf beide Füsse vom 29. August 2023 erfolgt. Es sei eine stationäre Aufnahme zur Ruhigstellung im gespaltenen Unterschenkelgips sowie zur Planung des weiteren Procederes erfolgt. In den 48 Stunden posttraumatisch habe der Beschwerdeführer keine Symptome eines Kompartmentsyndroms aufgewiesen. Die Erstmobilisation sei unter einer physiotherapeutischen Begleitung problemlos gelungen. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand, schmerzkompenziert und mit intakter peripherer Sensomotorik nach Hause entlassen werden können (act. II 134.55 S. 3). Der Arzt attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 29. August 2023 bis 15. Oktober 2023 (act. II 134.55 S. 4).

In einem weiteren Bericht vom 23. Februar 2024 (act. II 102) führte Dr. med. G._____ aus, dass sechs Monate nach dem Trauma der Verlauf ordentlich sei. Der Beschwerdeführer könne schmerzfrei bis zu drei Stunden gehen, so dass nun mit der Aufnahme der Arbeitstätigkeit gerechnet werden könne. Für den 26./27. Februar 2024 sei ein Arbeitsversuch geplant. Dabei werde der Beschwerdeführer die maximal mögliche Arbeitsdauer ermitteln und telefonisch mitteilen, damit das Arbeitszeugnis entsprechend angepasst werden könne. Die Physiotherapie solle fortgeführt werden (act. II 102 S. 2).

3.2.2 Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 2. Oktober 2024 (act. II 132) über die ambulante Behandlung, welche vom 3. April 2023 bis 10. September 2024 unregelmässig erfolgt sei (act. II 132 S. 3 Ziff. 1.1 f.). Der Beschwerdeführer habe sich erstmals am 3. April 2023 auf Anraten seines Hausarztes wegen depressiver Verstimmung, innerer Unruhe, Kopfschmerzen und Schlafproblemen beim Psychiater vorgestellt. Im Verlauf des Jahres 2023 habe der Psychia-

ter nichts mehr von ihm gehört. Damals sei eine depressive Entwicklung im Kontext einer Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastung diagnostiziert worden (act. II 132 S. 3 Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer habe sich am 14. März 2024 erneut beim Psychiater gemeldet. Er habe über eine innere Nervosität, eine depressive Verstimmung und Schlafstörungen geklagt. Im August 2023 habe er einen Arbeitsunfall erlitten und sei seither zu 100 % arbeitsunfähig. Weitere Belastungsfaktoren wie die Erkrankung seiner Ehefrau, die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes sowie mangelnde sprachliche Kenntnisse und eine unzureichende soziale Integration belasteten ihn stark und lösten Gefühle von Hilflosigkeit, Frustration, Isolation, Unsicherheit und Überforderung aus. Der Beschwerdeführer leide seit rund zehn Jahren an einer vermutlich strukturellen Epilepsie, welche sich durch episodische, angstbetonte epigastrische Empfindungen ("epigastrale Auren") sowie durch komplex-fokale und bilateral ausgedehnte Anfälle äussere. Er befinde sich in neurologischer Behandlung im Spital H. _____ (act. II 132 S. 4 Ziff. 2.1). Dr. med. I. _____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.22) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 [act. II 132 S. 5 Ziff. 2.5]). Der Beschwerdeführer sei derzeit aus orthopädischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Die aktuelle Arbeitsstelle werde ihm per 31. Oktober 2024 gekündigt (act. II 132 S. 6 Ziff. 3.1). Zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielt der Psychiater fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund der aktuellen Symptome und Funktionseinschränkungen momentan aus orthopädischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die F. _____ habe den Fall noch nicht abgeschlossen (act. II 132 S. 7 Ziff. 4.2). Die prämorbid psychosozialen Ressourcen des Beschwerdeführers seien eingeschränkt, was die Eingliederung zusätzlich erschwere. Insgesamt sei von einer schlechten Prognose hinsichtlich der Eingliederung auszugehen (act. II 132 S. 7 Ziff. 4.3).

3.2.3 Der Hausarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Verlaufsbericht vom 6. Mai 2025 (act. II 154) einen stationären Gesundheitszustand fest (act. II 154 S. 2 Ziff. 1). Probleme des Bewegungsapparates, abdominale Beschwerden (Kolitis usw.) und eine Epilepsie hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 154 S. 2 Ziff. 3). Der

Beschwerdeführer werde gastroenterologisch abgeklärt und stehe weiterhin in neurologischer und orthopädischer Betreuung (act. II 154 S. 3 Ziff. 7). Die Prognose sei wegen des Polytraumas und der Epilepsie nicht günstig. Dennoch sei eine günstige Entwicklung nicht auszuschliessen (act. II 154 S. 3 Ziff. 9).

3.2.4 Dr. med. K._____, Facharzt für Chirurgie und Allgemeine Innere Medizin, F._____, ..., führte im Bericht vom 23. Juni 2025 (act. II 162.37) aus, dass als strukturell objektivierbare Folgen des Unfalls vom 29. August 2023 eine Pseudarthrose des Os naviculare bei Status nach medialer subtalarer Dislokation mit dislozierter intraartikulärer Trümmerfraktur des Os naviculare sowie Abrissfraktur des Os tali medial und lateral links und intraartikulärer mehrfragmentärer Basisfraktur des Digitus V links vorliege. Die Diagnose eines CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) setze voraus, dass keine andere Diagnose die Schmerzen erkläre. Vorliegend liessen sich die Beschwerden jedoch durch die Pseudarthrose des Os naviculare erklären (act. II 162.37 S. 1 Ziff. 1). Es sei eine Operation bei Pseudarthrose des Os naviculare links zu diskutieren. Falls keine Operation erfolge, sei von einem Endzustand auszugehen. Von weiteren Therapien sei keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten (act. II 162.37 S. 1 Ziff. 2.1). Falls keine weitere Operation erfolge, wäre eine angepasste Tätigkeit (wechselbelastend, vorwiegend sitzend, ohne längere Geh- und Stehphasen, ohne häufiges oder andauerndes Begehen von Treppen, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Gehen oder Stehen auf unebener Unterlage, ohne Zwangshaltungen in kauender Position sowie ohne Einwirkungen starker Vibrationen oder Schläge auf die Füsse bzw. Sprunggelenke) mit einem ganztägigen Arbeitspensum zumutbar (act. II 162.37 S. 1 Ziff. 3). Angesichts der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz werde eine stufenweise Eingewöhnung empfohlen, beginnend ab sofort zu 50 % mit Steigerung alle zwei bis vier Wochen (act. II 162.37 S. 1 Ziff. 3 f.).

3.2.5 Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie, Co-Chefarzt für Neurologie im Spital H._____, hielt im Bericht vom 17. Juli 2025 (act. II 162.24) neben den im Bericht des Spitals H._____ vom 31. August 2023 (act. II 134.55 S. 2) aufgezählten Diagnosen als weitere Haupt-

diagnosen chronische Schmerzen und Sensibilitätsstörungen an beiden Füßen linksbetont und multifaktoriell sowie einen Torticollis spasticus fest (act. II 162.24 S. 1 f.). Die Situation hinsichtlich der neuropathischen Schmerzen im Bereich des rechten und linken Fusses (links in Kombination mit Gelenks- und Sehnenansatzpathologien) sei leider enttäuschend, da die getrennten fachärztlichen Behandlungsversuche gescheitert seien. Zudem liege ein Syndrom der zentralen Sensitivierung vor, was die Bemühungen erschwere. Notwendig seien eine interdisziplinäre Evaluation und eine Behandlung in einer Schmerzklinik, wo unter Umständen auch die Möglichkeit der Testung eines Hinterstrangstimulators bestehe (act. II 162.24 S. 2).

3.2.6 Der F._____-Arzt Dr. med. K.______ führte im Bericht vom 24. Juli 2025 (act. II 162.21) aus, dass aus chirurgisch-traumatologischer Sicht die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden am linken Fuss (zumindest teilweise) durch die Pseudarthrose nach Trümmerfraktur des lateralen und lateroplantaren Os naviculare erklärbar seien. Diese Beschwerden hätten durch sämtliche bislang durchgeführte Therapien keine Verbesserung erfahren, es sei jedoch auch nicht von einer Verschlimmerung auszugehen. Aus chirurgisch-traumatologischer Sicht sei bei Vorliegen einer Pseudarthrose wenig wahrscheinlich, dass die davon ausgehende Schmerzsymptomatik durch eine weitere konservative Schmerztherapie namhaft verbessert werden könne. Inwieweit die übrigen, durch eine Allodynie über dem Fussrücken als neuropathisch imponierend beschriebenen Beschwerden durch eine Schmerztherapie verbessert werden könnten, müsste von neurologischer Seite geklärt werden, zumal auch die Implantation einer Hinterstrangelektrode diskutiert worden sei. Ebenso müsste neurologisch beurteilt werden, ob bei Ausbleiben einer stationären Schmerztherapie eine Verschlimmerung zu erwarten wäre (act. II 162.21 Ziff. 1.2).

3.2.7 Stellung nehmend zum Bericht von Dr. med. L.______ vom 17. Juli 2025 hielt Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie, F._____, ..., im Bericht vom 24. Juli 2025 (act. II 162.23) fest, dass eine zugrunde liegende, überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Pathologie des peripheren Nervensystems von Dr. med. L.______ nicht aufgeführt werde. Damit könnten multifaktorielle Beschwerden beider Füsse nicht in

einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 29. August 2023 und der Verletzung des linken Fusses beurteilt werden. Ein unfallkausale Behandlungsindikation auf neurologischem Fachgebiet könne aus dem Bericht von Dr. L. _____ nicht abgeleitet werden.

3.2.8 Dr. med. N. _____, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, F. _____, ..., diagnostizierte im Bericht vom 19. August 2025 (act. II 162.9) eine teilweise nicht konsolidierte Fraktur des Os naviculare links (act. II 162.9 S. 2). Von weiteren Behandlungen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden (act. II 162.9 S. 2 Ziff. 1.1). Hinsichtlich des medizinischen Zumutbarkeitsprofils verwies Dr. med. N. _____ auf das von Dr. med. K. _____ im Bericht vom 23. Juni 2025 definierte Belastungsprofil (act. II 162.9 S. 2 Ziff. 2.1).

3.2.9 Dem Bericht von Dr. med. L. _____ vom 20. Oktober 2025 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) sind neben den im Bericht des Spitals H. _____ vom 23. Februar 2024 (act. II 102 S. 1) genannten Hauptdiagnosen als Nebendiagnosen eine wahrscheinliche strukturelle Epilepsie (Erstmanifestation [EM] im Jahr 2000), ein stark lageabhängiges, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, ein häufig auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (Erstdiagnose am 7. November 2022) sowie eine Nikotinabhängigkeit (kumulativ ca. 30 Packyears) zu entnehmen. Es sei bereits seit längerem eine Evaluation betreffend einen Hinterstrangstimulator vorgeschlagen worden; diese sei nur in einer spezialisierten Schmerzklinik möglich. Sollten die Schmerzen im Rahmen einer umfassenden multimodalen Evaluation als eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden, wäre zudem eine Psychotherapie des auch seelischen Traumas erforderlich, welche einen erwiesenen Nutzen habe (act. I 4 S. 2). Die Erwerbsfähigkeit könne erst nach Ausschöpfung sämtlicher therapeutischer Massnahmen beurteilt werden. Schliesslich hielt Dr. med. L. _____ fest, ihm hätten keine Beurteilungen der F. _____-Ärzte vorgelegen, zu welchen er hätte Stellung nehmen können (act. I 4 S. 3 Ziff. 3 und 5).

3.2.10 Dr. med. O._____, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, leitender Arzt im Spital P._____ AG, erklärte im Bericht vom 4. November 2025 (act. I 5), dass er als Facharzt für Anästhesiologie keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers machen könne; ihm fehlten hierfür auch die gutachterlichen Kenntnisse und Qualifikationen. Eine schmerzmedizinische Behandlung in ihrem Spital ziele darauf ab, die Schmerzen zu verbessern (act. I 5 S. 1). Die vorgeschlagenen schmerzmedizinischen Massnahmen – namentlich die Wiederholung der bereits durchgeführten Blockade popliteal mit einer höheren bzw. stärker konzentrierten Ropivacain-Dosis, gegebenenfalls ein Dosisfindungsversuch mit Ketamin sowie die Planung einer stationären Rehabilitation – hätten grundsätzlich das Potenzial, die Schmerzsituation des Beschwerdeführers zu verbessern und in der Diagnose bzw. Differenzierung zwischen einer zentralen und einer peripheren Schmerzstörung für Klarheit zu schaffen (act. I 5 S. 2).

3.2.11 Zu den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwänden nahm die RAD-Ärztin Dr. med. Q._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, am 21. November 2025 (act. II 176) Stellung und hielt fest, dass der Fall gemeinsam mit einem RAD-Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates konsensual beurteilt worden sei. Es lägen keine neuen medizinischen Sachverhalte (Befunde) vor, welche hinsichtlich des relevanten Vergleichszeitpunkts eine veränderte medizinische Situation ergeben würden (act. II 176 S. 3). Der medizinische Sachverhalt sei vollumfänglich abgeklärt. Geistige oder psychische Beeinträchtigungen bestünden nicht; eine psychiatrische Diagnose liege nicht vor, und es erfolge keine psychiatrische Behandlung. Somatische Probleme wie eine fokale Epilepsie und ein obstruktives Schlafapnoesyndrom seien in Behandlung und gut eingestellt; sie begründeten keinen andauernden Gesundheitsschaden. Die Schulter sei nach der Operation im Jahr 2018 als weitgehend ausgeheilt zu beurteilen. Der Beschwerdeführer habe damit noch viele Jahre bis zu seinem Unfall gearbeitet. Ebenso liege keine Verdachtsdiagnose vor, welche weiterer Abklärung bedürfe. Somit sei als bleibende Beeinträchtigung lediglich die Unfallfolge mit Fussverletzungen festzustellen, womit das vom F._____-Arzt erstellte Zumutbarkeitsprofil weiterhin gelte. Weitere Abklärungen seien aus RAD-ärztlicher Sicht nicht

notwendig. Die chronifizierte(n) Beschwerden an den Extremitäten, welche über zwei Jahre nach dem Trauma fortbestünden, hätten bereits im Bericht des F. _____-Arztes vom 23. Juni 2025 Berücksichtigung gefunden. Somit könne weiterhin am vom F. _____-Arzt definierten Zumutbarkeitsprofil vom 23. Juni 2025 festgehalten werden (act. II 176 S. 4).

3.2.12 Im Bericht des Psychiatrischen Ambulatoriums des Spitals P. _____ AG (fortan: Psychiatrisches Ambulatorium) vom 11. Dezember 2025 (act. I 3) wurden als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und mutmasslich zentralen Faktoren genannt (act. I 3 S. 3). Beim Beschwerdeführer bestehe im Zusammenhang mit wiederholten somatischen Erkrankungen und anhaltenden funktionellen Einschränkungen eine ausgeprägte depressive Symptomatik. Diese äussere sich in Antriebslosigkeit, emotionaler Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Grübelneigung sowie ausgeprägten Zukunftsängsten. Zudem bestünden schlafbezogene Beschwerden und eine erhöhte psychische Belastbarkeitseinschränkung. Die depressive Symptomatik habe sich vor dem Hintergrund einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit nach einem Arbeitsunfall sowie einer chronischen Schmerzproblematik entwickelt und im Verlauf verstärkt. Es zeigten sich deutliche Auswirkungen auf die psychische Belastbarkeit, die Konzentrationsfähigkeit sowie auf die Fähigkeit zur strukturierten Alltags- und Arbeitsgestaltung. Die psychische Symptomatik sei als reaktiv auf die anhaltenden somatischen Einschränkungen und die damit verbundenen psychosozialen Belastungen zu verstehen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit derzeit relevant eingeschränkt (act. I 3 S. 2). Der Beschwerdeführer sei in die integrierte ambulante Behandlung aufgenommen worden, mit dem Ziel der Stabilisierung der bestehenden depressiven Symptomatik sowie der Unterstützung bei den aktuellen psychosozialen Belastungen (act. I 3 S. 5).

3.2.13 Am 4. März 2026 wurden im Spital H. _____ eine lateralisierende und closing Wedge Osteotomie des Calcaneus, eine Aussenbandrekonstruktion mit Raffung nach Broström-Gould, eine tubulierende Naht der Peroneus brevis-Sehne und eine tubulierende Naht der PL an PB und eine dorsalisierende closing Wedge-Osteotomie MFK1 durchgeführt (act. I 6 S. 3). Im Austrittsbericht vom 5. März 2026 (act. I 6) wurde festgehalten,

dass sich der peri- und postoperative Verlauf komplikationslos gestaltet habe. Die intraoperative Röntgenkontrolle habe eine regelrechte Stellung des eingebrachten Osteosynthesematerials gezeigt. Bei trockenen Wundverhältnissen sei ein gespaltener Unterschenkelgips angelegt worden. Die Erstmobilisation sei unter einer physiotherapeutischen Begleitung problemlos gelungen. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen sowie intakter peripherer Sensorik nach Hause entlassen werden können (act. I 6 S. 3).

3.3

3.3.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung 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).

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

Den 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 (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).

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

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 25. November 2025 (act. II 177) massgeblich auf die Berichte der F._____-Ärzte Dr. med. K._____- vom 23. Juni 2025 und 24. Juli 2025 (act. II 162.37, 162.21) und Dr. med. N._____- vom 19. August 2025 (act. II 162.9) sowie die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. Q._____- vom 21. November 2025 (act. II 176) gestützt. Die in den Berichten der F._____-Ärzte vom 23. Juni 2025, 24. Juli 2025 und vom 19. August 2025 (act. II 162.37, 162.21, 162.9) enthaltenen Feststellungen und Ausführungen sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar begründet. Das vom F._____-Arzt Dr. med. K._____- erstellte und vom F._____-Arzt

Dr. med. N._____ bestätigte (act. II 162.9 S. 2 Ziff. 2.1) Zumutbarkeitsprofil (act. II 162.37 S. 1 Ziff. 3) trägt den Einschränkungen des Beschwerdeführers vollumfassend Rechnung und die attestierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ist nachvollziehbar und überzeugend begründet.

Der RAD-Ärztin Dr. med. Q._____ lagen sämtliche medizinischen Akten, insbesondere auch diejenigen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 29. August 2023 (vgl. act. II 134.1 ff., 162.1 ff.), vor. Sie würdigte diese Unterlagen und legte nachvollziehbar dar, dass der medizinische Sachverhalt vollumfänglich abgeklärt sei und als bleibende Beeinträchtigungen lediglich die Unfallfolgen an den Füßen bestünden, weshalb das vom F._____ -Arzt Dr. med. K._____ am 23. Juni 2025 definierte Zumutbarkeitsprofil (act. II 162.37 S. 1 Ziff. 3) weiterhin gelte. Dass die RAD-Ärztin keine klinische Exploration des Beschwerdeführers durchgeführt hat, ist nicht zu beanstanden, konnte sie sich aufgrund der lückenlosen medizinischen Akten, insbesondere des durch die F._____ vollständig dokumentierten fachärztlichen Behandlungsverlaufs, doch ein gesamthaft umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers verschaffen (vgl. E. 3.3 in fine hiavor) und wären aus einer persönlichen Untersuchung keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Damit erfüllen die Berichte der F._____ -Ärzte Dr. med. K._____ vom 23. Juni 2025 und 24. Juli 2025 (act. II 162.37, 162.21) und Dr. med. N._____ vom 19. August 2025 (act. II 162.9) sowie die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. Q._____ vom 21. November 2025 (act. II 176) die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an einen (versicherungsinternen) medizinischen Bericht (vgl. E. 3.3.2 hiavor), so dass darauf abgestellt werden kann. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag nicht durchzudringen:

3.4.1 Zunächst ist auf der medizinischen Befundebene – wie die RAD-Ärztin Dr. med. Q._____ schlüssig dargelegt hat (vgl. act. II 176 S. 3 f.) – seit den Beurteilungen der F._____ -Ärzte vom 23. Juni 2025, 24. Juli 2025 und 19. August 2025 (act. II 162.37, 162.21, 162.9) keine massgebende Veränderung oder Verschlechterung des medizinischen Sachverhalts ersichtlich, welche ergänzende Abklärungen erforderlich erscheinen

liesse. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. dessen Eingabe vom 12. März 2026, S. 1) durfte daher im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 25. November 2025 (act. II 177; zum massgebenden Sachverhalt: vgl. 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) von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden, da von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung des (unfallbedingt) beeinträchtigten Gesundheitszustands mehr zu erwarten war (vgl. act. II 162.21 Ziff. 1.2, 162.9 S. 2 Ziff. 1.1; vgl. auch act. II 162.23; siehe auch Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 31. März 2026, S. 2). Die erwähnten Beurteilungen der F. _____-Ärzte lagen sowohl der Einstellung der Heilbehandlung und Taggeldleistungen per Ende September 2025 (vgl. act. II 162.8) als auch der Rentenverfügung der F. _____ vom 4. September 2025 (act. II 164) zugrunde. Gegen Letztere wurde nach Aktenlage keine Einsprache erhoben, was vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht wird. Da bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. November 2025 (act. II 177) eine massgebende Änderung des medizinischen Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist, besteht kein Anlass, von einer seit den genannten Beurteilungen eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung auszugehen. Daran vermag weder die fortdauernde orthopädische Behandlung (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. III.4) noch die am 4. März 2026 durchgeführte weitere Fussoperation etwas zu ändern, zumal der peri- und postoperative Verlauf gemäss Austrittsbericht des Spitals H. _____ vom 5. März 2026 (act. I 6 S. 3) komplikationslos war und sich daraus keine Hinweise auf eine bereits im hier massgebenden Verfügungszeitpunkt bestandene massgebende Verschlechterung der Befundlage oder der funktionellen Leistungsfähigkeit ergeben. Insbesondere bestehen keine Anhaltspunkte für eine anspruchsrelevante Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit, welche ohne wesentlichen Unterbruch während mindestens drei Monaten andauern würde (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Abgesehen davon datiert der Austrittsbericht vom 5. März 2026 (act. I 6) nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. November 2025 (act. II 177) und ist daher grundsätzlich nicht in die Beurteilung einzubeziehen, zumal er keine Rückschlüsse auf den im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehen-

den Gesundheitszustand zulässt (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 23, I 649/06 E. 3.4).

3.4.2 Aus dem – ebenfalls nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. November 2025 (act. II 177) datierenden – Bericht des Psychiatrischen Ambulatoriums vom 11. Dezember 2025 (act. I 3) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Darin wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und mutmasslich zentralen Faktoren diagnostiziert (act. I 3 S. 3); als Behandlungsziel wurden die Stabilisierung der depressiven Symptomatik und die Unterstützung bei den bestehenden psychosozialen Belastungen genannt (act. I 3 S. 5). Der Bericht ist jedoch für die Beurteilung des bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung massgebenden Sachverhalts nicht entscheidend, zumal er keine hinreichenden Rückschlüsse auf die damals bestehende psychische Befundlage oder deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. E. 3.4.1 hiervor). Dies gilt umso mehr, als sich der Beschwerdeführer erst im Dezember 2025 und damit nach Erlass der rentenverneinenden Verfügung in psychiatrische Behandlung begab. Hinzu kommt, dass den Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen des Psychiatrischen Ambulatoriums, R._____, lediglich begrenzter Beweiswert zukommt, da sie über keinen in der Schweiz anerkannten Fachtitel für Psychiatrie und/oder Psychotherapie verfügen (vgl. Eintrag gemäss dem eidgenössischen Medizinalberuferegister). Vor diesem Hintergrund vermag der Bericht des Psychiatrischen Ambulatoriums vom 11. Dezember 2025 (act. I 3) mangels fachärztlich einwandfreier Diagnosestellung auch keine anspruchserhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu belegen (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer zuvor, vom 3. April bis 10. September 2024, bei Dr. med. I._____ unregelmässig ambulant in Behandlung stand (act. II 132 S. 3 Ziff. 1.1 f.). Dieser diagnostizierte eine depressive Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.22) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 [act. II 132 S. 5 Ziff. 2.5]). Das Beschwerdebild war damit jedenfalls nicht unwesentlich durch invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren (Erkrankung der Ehefrau, Angst vor dem

Verlust des Arbeitsplatzes, mangelnde sprachliche Kenntnisse, eine unzureichende soziale Integration [vgl. act. II 132 S. 4 Ziff. 2.1]) mitgeprägt. Eine konkrete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht nahm Dr. med. I. _____ zudem nicht vor (vgl. act. II 132 S. 7 Ziff. 4.2). Hinweise darauf, dass die Behandlung nach dem 10. September 2024 fortgesetzt worden wäre, ergeben sich sodann nicht aus den Akten.

Anhaltspunkte, dass weitere abklärungsbedürftige Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, sind weder ersichtlich noch werden solche vom Beschwerdeführer überzeugend aufgezeigt.

3.4.3 Hinsichtlich der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie des medizinischen Belastungsprofils legte der F. _____-Arzt Dr. med. K. _____ im Bericht vom 23. Juni 2025 (act. II 162.37) nachvollziehbar dar, dass aufgrund der diagnostizierten Pseudarthrose des Os naviculare bei Status nach medialer subtalarer Dislokation mit dislozierter intraartikulärer Trümmerfraktur des Os naviculare sowie Abrissfraktur des Os tali medial und lateral links und intraartikulärer mehrfragmentärer Basisfraktur des Digitus V links (act. II 162.37 S. 1 Ziff. 1) eine quantitativ uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, vorwiegend sitzend, ohne längere Geh- und Stehphasen, ohne häufiges oder andauerndes Begehen von Treppen, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Gehen oder Stehen auf unebener Unterlage, ohne Zwangshaltungen in kauender Position sowie ohne Einwirkungen starker Vibrationen oder Schläge auf die Füsse bzw. Sprunggelenke) bestehe (act. II 162.37 S. 1 Ziff. 3). Dabei trug er der (unfallbedingt) eingeschränkten Belastbarkeit und Funktionalität der Füsse bzw. Sprunggelenke in angemessener Weise Rechnung. Diese Einschätzung steht im Einklang mit den von den Behandlern des Spitals H. _____ in den Berichten vom 31. August 2023 und 23. Februar 2024 (act. II 134.55 S. 2, 102 S. 1) erhobenen Befunden. Allein der Umstand, dass die fachärztlich beschriebenen Einschränkungen nicht mit der Selbsteinschätzung bzw. Schmerzwahrnehmung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. III.3) übereinstimmen, vermag weder geringe Zweifel an der versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. med. K. _____

zu begründen noch ein Abweichen von dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu rechtfertigen. Zunächst nannten die vom Beschwerdeführer ins Feld geführten Dres. med. L. _____ und O. _____ in ihren Berichten vom 17. Juli 2025, 20. Oktober 2025 und 4. November 2025 (act. II 162.24, I 4 f.) keine wesentlichen neuen Aspekte oder Elemente, namentlich hinsichtlich der Befundlage, welche die Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilungen der F. _____-Ärzte Dres. med. K. _____ und N. _____ sowie der Rad-Ärztin Dr. med. Q. _____ in Frage zu stellen vermöchten (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3). Sodann äusserten sich die beiden Ärzte nicht explizit zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Dr. med. O. _____ hielt ausdrücklich fest, dass ihm eine entsprechende Beurteilung als Facharzt für Anästhesiologie nicht möglich sei (act. I 5 S. 1). Dr. med. L. _____ wiederum konnte sich hierzu nicht fundiert äussern, da ihm die Berichte der F. _____-Ärzte nicht vorlagen und er daher keine Kenntnis von den darin enthaltenen versicherungsmedizinischen Beurteilungen hatte (vgl. I 4 S. 3 Ziff. 3).

3.5 Zusammenfassend liegen keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilungen der F. _____-Ärzte Dr. med. K. _____ vom 23. Juni 2025 und 24. Juli 2025 (act. II 162.37, 162.21) und Dr. med. N. _____ vom 19. August 2025 (act. II 162.9) sowie der RAD-Ärztin Dr. med. Q. _____ vom 21. November 2025 (act. II 176) sprechen. Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt und auf weitere Abklärungen, hinsichtlich des Gesundheitszustandes und des Zumutbarkeitsprofils (polydisziplinäre Begutachtung, Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL], Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung [AMA; vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. I.3 und S. 8 Ziff. III.23]), ist in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261, 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). Diesbezüglich ist zudem in Erinnerung zu rufen, dass die versicherte Person von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens hat, wenn Leistungsansprüche streitig sind (vgl. BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165).

Demnach ist der Beschwerdeführer aufgrund der Pseudarthrose des Os naviculare bei Status nach medialer subtalarer Dislokation mit dislozierter intraartikulärer Trümmerfraktur des Os naviculare sowie Abrissfraktur des Os tali medial und lateral links und intraartikulärer mehrfragmentärer Basisfraktur des Digitus V links (act. II 162.37 S. 1 Ziff. 1) in einer angepassten Tätigkeit (vgl. zum Zumutbarkeitsprofil act. II 162.37 S. 1 Ziff. 3 bzw. E. 3.4.3 hiervor) zu 100 % arbeits- und leistungsfähig.

4.

4.1

4.1.1 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. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV).

4.1.2 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. 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} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der 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).

4.2 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).

Mit Blick auf die im März 2024 erfolgte Neuanmeldung zum Leistungsbezug (vgl. act. II 99) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.2 hiavor) sowie unter der Prämisse einer erfüllten Wartezeit (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. 2.2 hiavor) auf September 2024. Auf diesen Zeitpunkt hin ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.3

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen zu Recht anhand der Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin (S. _____ AG, ...), bei welcher der Beschwerdeführer ab Juli 2023 als ... angestellt gewesen war (act. II 114 S. 4 Ziff. 2.1 f.); die Arbeitgeberin hatte das Arbeitsverhältnis per 31. Oktober 2024 aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst (act. II 124 S. 2). Es bestehen keine Anzeichen dafür, dass der Beschwerdeführer ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung nicht weiterhin in derselben Beschäftigung tätig wäre. Gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2024 ein Einkommen von Fr. 71'500.-- bei einem Arbeitspensum von 100 % erzielt

(act. II 114 S. 8 Ziff. 5.1). Dieses wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten (vgl. Beschwerde, S. 9 Ziff. III.31).

4.3.2 Das Invalideneinkommen ist in Anbetracht des Umstandes, dass der Beschwerdeführer seine verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.5 hiervor) in Bezug auf eine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit nicht verwertet, anhand eines LSE-Tabellenlohnes zu bestimmen. Gestützt auf Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2022, Männer, Total, Kompetenzniveau 1, unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit, der Nominallohnentwicklung und des nach Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV hier einzig zulässigen Abzuges von 10 % (vgl. E. 4.1.2 hiervor), ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 61'456.-- (Fr. 5'305.-- x 12 / 40 x 41.7 [BUA, Total, 2024] / 100.3 x 103.2 [Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer 2021-2024, Total, Indices 2022 bzw. 2024] x 0.9).

4.3.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein rentenausschliessender (vgl. E. 2.2 hiervor) IV-Grad von gerundet (vgl. dazu BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018 E. 7.1) 14 % ([Fr. 71'500.-- ./ Fr. 61'456.--] / Fr. 71'500.-- x 100).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 25. November 2025 (act. II 177) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

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

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

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B._____ AG, Rechtsanwältin C._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.