

IV 200 2024 608
KNB/TOZ/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. August 2026

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Juli 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1975 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 1. September 2022 unter Hinweis auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen und teilte dem Versicherten am 30. September 2022 mit, dass zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien (act. II 12). Daraufhin liess sie den Versicherten durch Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 17. Januar 2024 [act. II 51.1]). Nachdem sie eine Internetrecherche über den Versicherten, insbesondere zu dessen Auftritten und Accounts in den sozialen Medien, durchgeführt (act. II 56) und eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 25. April 2024 (act. II 58) eingeholt hatte, kündigte sie mit Vorbescheid vom 28. Mai 2024 (act. II 59) die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der IV mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens an. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand (act. II 66) fest und verfügte am 11. Juli 2024 wie im Vorbescheid vorgesehen (act. II 68).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 11. September 2024 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache durch die Beschwerdegegnerin erneut zu beurteilen. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2024 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Juli 2024 (act. II 68). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

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 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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).

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

2.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf

der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 256, 8C_165/2021 E. 4.2.1).

2.2.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Von einer *lege artis*, normorientierten, d.h. nach Massgabe von BGE 141 V 281 erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Dabei ist zu beachten, dass die ärztliche Beurteilung Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen. Für die Prüfung der Frage, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben, ist erforderlich, dass die Sachverständigen substantiiert darlegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat der medizinisch-psychiatrische Sachverständige darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflicherwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders Bestand haben (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367).

Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann somit als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

2.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen sind insbesondere das Alter (lit. a), der Entwicklungsstand (lit. b), die Fähigkeiten der versicherten Person (lit. c) und die zu erwartende Dauer des Erwerbslebens (lit. d) zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1^{bis} IVG).

2.4 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).

2.5 Um den Leistungsanspruch beurteilen 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 beur-

teilen 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 In medizinischer Hinsicht ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Vom 15. Dezember 2021 bis 14. Januar 2022 war der Beschwerdeführer in der Klinik D. _____ in stationärem Aufenthalt. Im Austrittsbericht vom 17. Januar 2022 (act. II 3 S. 1 - 5) wurden eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; nach der Flucht aus ...; ICD-10 F43.1), eine Traumafolgestörung (ICD-10 F62.0), ein Pavor nocturnus (ICD-10 F51.4), eine nicht-organische Insomnie (chronische Ein- und Durchschlafstörungen einschliesslich Tag-Nacht-Umkehr; ICD-10 F51.0) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) diagnostiziert (act. II 3 S. 1). Die Lebensgeschichte des Beschwerdeführers als ... und Flüchtling aus ... habe ihn mit mehreren schwierigen Situationen konfrontiert. Dadurch habe er bis heute (er habe auch während des Klinikaufenthaltes an diversen Projekten als ... weitergearbeitet, mehrheitlich nachts) eine schwere Symptomatik entwickelt. Diese habe die typischen Merkmale eines wiederholten Erlebens diverser Traumata in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) aufgewiesen, vor allem in Form sogenannter hypnagoger Halluzinationen vor den Einschlafstörungen – differenzialdiagnostisch Pavor nocturnus –, mit teilweise bizarren Träumen und dem Verdacht auf Alpträume, an welche sich der Beschwerdeführer nach eigener Angabe beim Erwachen jedoch nicht erinnern könne. Aufgrund des beim Beschwerdeführer bestehenden Zustands einer vegetativen Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung sowie der damit einhergehenden übermässigen Schreckhaftigkeit und starker Angst vor dem Einschlafen bei bestehender Tendenz zu hypnagogen intensiven Halluzinationen, welche die starken Schlafstörungen ausgelöst und unterhalten hätten, sei auf eine Schlafhygiene hingewiesen worden (u.a. auf das Unterlassen

von nächtlichen Telefonaten bis in die frühen Morgenstunden, vor allem im Bereich ...). Die genannten Symptome könnten einerseits als direkte Folge der schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas verstanden werden, auch im Sinne einer Traumafolgestörung. Das belastende Ereignis, vor allem die unerwartete Flucht in die Schweiz, und die damit verbundenen unangenehmen Umstände der Entwurzelung von der grossen Familie und dem sozialen Netzwerk (welches vor allem seine Karriere als ... sehr zu unterstützen geschienen habe) seien als primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren zu betrachten; ohne deren Einwirkung wäre die Störung nicht entstanden. Möglicherweise sei gleichzeitig eine überschüssende Angstreaktion, bedingt durch den zunehmenden Druck bei sich verstärkenden Konditionen im Rahmen der Covid-19-Pandemie (zweimalige PCR-Test-Kontrolle wöchentlich) und die Maskendispens des Beschwerdeführers (bzw. "Nichtgeimpftsein"), getriggert worden (act. II 3 S. 3). Zum psychopharmakologischen Verlauf hielten die Behandler fest, dass sich der Beschwerdeführer während des stationären Settings entschieden habe, keine weitere medikamentöse Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Es seien psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt worden. Nach Verbesserung der Symptomatik und Stabilisierung des Zustands sei der Beschwerdeführer bei fehlender Fremd- und Selbstgefährdung im gegenseitigen Einvernehmen nach Hause entlassen worden (act. II 3 S. 4).

3.1.2 Dipl. Ärztin E._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 20. Oktober 2022 (act. II 19) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F43.1), differentialdiagnostisch eine depressive Erkrankung (ICD-10 F32.9), ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie einen Status nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma von 2012 nach tödlichem Angriff fest (act. II 19 S. 5 Ziff. 2.5). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach behandelter Hepatitis C (2019) und eine Rhinosinusitis mit Polypsis nasi (act. II 19 S. 5 Ziff. 2.6). Zur aktuellen Medikation bestünden keine regelmässigen Einnahmen; diverse Psychopharmaka seien nicht vertragen oder wegen ausbleibender Wirkung abgesetzt worden (act. II 19 S. 4 Ziff. 2.3). Der Beschwerdeführer arbeite derzeit als ... und ... (act. II 19 S. 5 Ziff. 3.1). Zur Prognose der Arbeitsfähigkeit hielt die Ärztin fest, dass eine Anstellung in einem stark strukturierten Rahmen, ohne die Möglichkeit Ar-

beitsintensität und Pausen selbstständig einzuteilen, aufgrund der labilen psychischen Verfassung nicht denkbar sei (act. II 19 S. 5 Ziff. 2.7). Es sei eine regelmässige Psychotherapie indiziert (act. II 19 S. 5 Ziff. 2.8).

Im Bericht vom 28. Februar 2023 (act. II 25) hielt dipl. Ärztin E. _____ einen stationären Gesundheitszustand bei unveränderten Diagnosen fest (act. II 25 S. 2 Ziff. 1 f.).

3.1.3 Dipl. Ärztin F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Verlaufsbericht vom 1. März 2023 (act. II 26) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine PTBS nach der Flucht aus ..., eine Panikstörung sowie chronische Schlafstörungen mit Ein- und Durchschlafstörungen, Alpträumen und Schlafwandeln (act. II 26 S. 2 Ziff. 3). Der Gesundheitszustand sei seit dem 7. Oktober 2022 stationär (act. II 26 S. 2 Ziff. 1). Zur aktuellen Behandlung führte die Psychiaterin aus, sie sehe den Beschwerdeführer nur selten. Seit dem 7. Oktober 2022 hätten lediglich drei Termine stattgefunden. Diese würden häufig abgesagt und/oder verschoben. In diesem Jahr habe die Psychiaterin den Beschwerdeführer erst einmal gesehen. Den bisherigen Verlauf könne man nicht als eine kontinuierliche, gezielte Behandlung bezeichnen. Auch die bisherigen Versuche, ein Medikament zu verschreiben, hätten keinen Erfolg gezeigt. Der Beschwerdeführer berichte bei jedem Präparat über Unverträglichkeiten oder eine fehlende Wirksamkeit (act. II 26 S. 2 Ziff. 7). Aufgrund der beschriebenen gravierenden Gedächtnisprobleme sei eine MRI-Untersuchung des Schädels veranlasst worden. Der Befund vom 6. Februar 2023 (act. II 26 S. 6 f.) sei unauffällig gewesen (act. II 26 S. 3 Ziff. 7). Somatisch bestünden keine nennenswerten Einschränkungen. Geistig berichte der Beschwerdeführer seit ungefähr einem halben Jahr über zunehmende, beunruhigende Gedächtniseinschränkungen. Psychisch bestünden eine Erschöpfung infolge von Schlafstörungen, ein leichtes Misstrauen gegenüber Mitmenschen, eine fehlende Belastbarkeit, eine Reizbarkeit sowie Stimmungsschwankungen. Diese Probleme dürften sich auf jede Arbeitstätigkeit ungünstig auswirken (act. II 26 S. 3 Ziff. 12). Der derzeitige Zustand bestehe seit dem Jahr 2018 mit leichter Tendenz zur Verschlechterung. Prognostisch sei nicht von einer Heilung und/oder wesentlichen Besserung auszugehen, jedoch sei festzustellen, dass bisher keine regelmässige, gezielte Behandlung stattgefunden habe (act. II 26 S. 3

Ziff. 9). Der Beschwerdeführer habe in seiner Heimat jahrelang als ... gearbeitet. Es sei davon auszugehen, dass eine Arbeitstätigkeit im ... in einem kleinen Pensum grundsätzlich möglich wäre. Aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse und seines Migrationshintergrunds sei jedoch nicht anzunehmen, dass der Beschwerdeführer diesen Beruf in der Schweiz ausüben könne (act. II 26 S. 3 Ziff. 13). Andere Tätigkeiten seien beim Beschwerdeführer, der in ... ein ... und ... gewesen sei, wahrscheinlich kaum zumutbar. Es sei nicht davon auszugehen, dass eine ausreichende Motivation bestehe, um einer anderen Arbeitstätigkeit nachzugehen (act. II 26 S. 3 Ziff. 14).

Am 9. Juni 2023 berichtete dipl. Ärztin F._____ über unveränderte Diagnosen (act. II 36 S. 2 Ziff. 2). Seit dem letzten Verlaufsbericht vom 1. März 2023 sei der Beschwerdeführer kaum mehr in der Praxis erschienen. Die vereinbarten Termine würden sehr kurzfristig abgesagt. Seit dem genannten Datum habe die Psychiaterin den Beschwerdeführer nur einmal (am 20. März 2023) gesehen. Weitere Termine seien nicht vereinbart worden, so dass derzeit keine psychiatrische Behandlung stattfinde (act. II 36 S. 2 Ziff. 4). Die Psychiaterin könne nicht beurteilen, ob sich der Zustand des Beschwerdeführers verändert habe (act. II 36 S. 2 oben).

In der Zusammenfassung der ambulanten psychiatrischen Betreuung vom 15. Dezember 2023 (act. II 51.2) hielt dipl. Ärztin F._____ neu einen Status nach Suizidversuch im Jahr 2010 fest (act. II 51.2 S. 3). Aufgrund der fehlenden Wirksamkeit sowohl der psychopharmakologischen Medikation als auch der Psychotherapie sei der Beschwerdeführer zur stationären Behandlung in die Klinik D._____ eingewiesen worden, wo er vom 15. Dezember 2021 bis 14. Januar 2022 hospitalisiert gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe die stationäre Behandlung als nicht hilfreich erlebt. Was die ambulante psychotherapeutische Behandlung betreffe, hätten seit dem 6. März 2019 insgesamt 14 Termine stattgefunden, im Jahr 2023 jedoch nur zwei. Eine häufigere Terminvereinbarung sei nicht möglich gewesen, da sich der Beschwerdeführer wegen seiner ... oft im Ausland aufgehalten oder Termine aus diesem Grund abgesagt habe. Die vorgeschlagene alternative Behandlung (TCM, Akupunktur) habe der Beschwerdeführer nicht weiterverfolgt. Der Beschwerdeführer habe mehrmals neurologisch anmutende Beschwerden (Bewusstlosigkeitsanfälle) erwähnt, aufgrund derer er notfallmäs-

sig hospitalisiert worden sei. Es lägen jedoch keine Abklärungs- oder Austrittsberichte zu diesen Hospitalisationen vor und es sei unklar, ob die genannten Probleme weiter abgeklärt oder verfolgt worden seien. Die Psychiaterin wies in diesem Zusammenhang auf die am 6. Februar 2023 durchgeführte MRI-Untersuchung des Schädels (act. II 26 S. 6 f.) hin (act. II 51.2 S. 2).

3.1.4 Dr. med. C._____ hielt im Gutachten vom 17. Januar 2024 (act. II 51.1) zu den Untersuchungsbefunden fest, dass sich der Beschwerdeführer misstrauisch und wiederholt sensitiv bis paranoid anmutend präsentiert habe; er habe einerseits angespannt, verängstigt, sehr unsicher und misstrauisch, andererseits aber auch stumpf, affektiv flach und anhedon gewirkt und Ängste gezeigt, das Haus zu verlassen, sich unter Menschen zu begeben, sowie diffuse Bedrohungsängste geäussert (act. II 51.1 S. 20 f. Ziff. 4.3). Der Gutachter diagnostizierte eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) und eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01 bzw. F32.11 [act. II 51.1 S. 26 Ziff. 6.1]). Die Schilderungen des Beschwerdeführers stünden im Wesentlichen nicht im Widerspruch zu den Beobachtungen des Gutachters oder den erhobenen Befunden. Allerdings fänden sich immer wieder Unstimmigkeiten zu den fremdanamnестischen Angaben, ebenso ergäben sich teilweise Widersprüche innerhalb seiner eigenen Schilderungen. Erwähnt sei beispielsweise, dass der Beschwerdeführer gegenüber der Klinik D._____ angegeben habe, nicht wegen seiner beruflichen Tätigkeit verfolgt worden zu sein. In den Schilderungen während der Begutachtung sowie in den Berichten der behandelnden Psychiaterin stünden hingegen politische Verfolgungen deutlich im Vordergrund. Auch habe die Klinik D._____ berichtet, der Beschwerdeführer habe in ... Militärdienst in einem Spezialkommando geleistet, ohne dies näher auszuführen. Gegenüber dem Gutachter habe er solche Einsätze in wenigen Worten erwähnt, sich jedoch wenig später davon wieder zu distanzieren versucht. Primär seien diese Inkonsistenzen im Zusammenhang mit der Pathologie bzw. mit Ängsten paranoider Färbung zu sehen. Denkbar wäre jedoch auch ein zumindest bewusstseinsnahes Verschweigen schambedingter Inhalte. Denkbar wäre zudem, dass die Geschichte des Beschwerdeführers deutlich mehr Substanz aufweise,

als letztlich berichtet werde, was wiederum verständlich wäre (act. II 51.1 S. 27 f. Ziff. 6.2). Am deutlichsten hätten sich die Widersprüche in der arbeitsanamnestischen Darstellung gezeigt. Während der Beschwerdeführer angegeben habe, seit Ende 2018 bzw. Anfang 2019 nicht mehr gearbeitet zu haben, stehe dies im Widerspruch zu den Angaben der Behandlerin und der Klinik D._____. Weiter fänden sich im Internet Hinweise auf berufliche Aktivitäten jüngeren Datums, welche dort erwähnt und beschrieben würden. Diese Inkonsistenzen seien im Kontext der Pathologie nicht zu verstehen (act. II 51.1 S. 28 Ziff. 6.2). Die ungenügende medikamentöse wie auch terminliche Compliance des Beschwerdeführers sei einerseits – zumindest teilweise – durch die Symptomatik im Zusammenhang mit der PTBS und der Traumafolgestörung bzw. durch ein Vermeidungsverhalten zu erklären. Andererseits dürfte der Beschwerdeführer tatsächlich abwesend und nicht vor Ort gewesen sein, da die Behandlerin in ihrem letzten Bericht vom 15. Dezember 2023 festgehalten habe, dass er sich aufgrund seiner ... Aktivitäten öfters im Ausland aufgehalten habe und deshalb Termine hätten abgesagt werden müssen. Es sei von einem deutlichen Optimierungspotenzial der Behandlung auszugehen (act. II 51.1 S. 29 Ziff. 7.1). Zumindest könne dem Beschwerdeführer ein regelmässiges vierzehntägiges Therapiesetting zugemutet werden, ebenso ein erneuter medikamentöser Behandlungsversuch mit einem Antidepressivum der neueren Generation. Zumindest sei teilweise von einer nicht krankheitsbedingten Selbstlimitierung auszugehen, da der Beschwerdeführer offenbar auch eine vorgeschlagene, nicht-invasive alternative Behandlung (TCM, Akupunktur) bislang nicht umgesetzt habe. Insbesondere scheine es auch wichtig, die motivationale Lage zu klären bzw. thematisieren, ob der Beschwerdeführer sich nun einer Behandlung stellen oder lieber als ... im Ausland weilen wolle. Prognostisch seien gewisse Verbesserungen der Befunde hinsichtlich der Depression und der Panikstörung zu erwarten, jedoch kaum relevante Aufhellungen im Hinblick auf die beiden traumatischen Störungsbilder (act. II 51.1 S. 30 Ziff. 7.1). Zu den Ressourcen hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer verfüge über eine zumindest durchschnittliche Intelligenz, sprachliche Kenntnisse (er spreche ..., ... und ...) und ein abgeschlossenes ... im Heimatland. Diese Ressourcen könnten jedoch auch ohne Einschränkungen seitens der Psychopathologie aus soziokulturellen und sprachlichen Gründen in der Schweiz kaum genutzt werden. Keine Ressourcen seien aus dem persönlichen und sozialen Umfeld zu

erwarten, da ein solches kaum vorhanden sein dürfte (act. II 51.1 S. 31 Ziff. 7.2). Hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit sei aufgrund der kognitiven Einschränkungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis), der Antriebsproblematik, der wiederholt zu erwartenden Störungen von Seiten der Flashbacks, des deutlich unregelmässigen Schlafrhythmus mit Erschöpfung sowie der durch die Panikstörung bedingten Unterbrechungen nicht davon auszugehen, dass eine Tätigkeit im Rahmen eines üblichen Angestelltenverhältnisses im ... oder in einem verwandten Beruf realistisch oder zumutbar sei. Umgekehrt wäre dies jedoch auch aus rein sprachlichen Gründen bereits nicht realistisch. In einem angepassten Rahmen sei hingegen durchaus von einer Teilarbeitsfähigkeit auszugehen. Eine ... Tätigkeit, am ehesten als ... für ... mit freier Zeiteinteilung, der Möglichkeit grösserer Pausen und Ruhephasen sowie ohne Zeitdruck oder feste Abgabetermine dürfte teilzeitlich zumutbar sein. Quantitativ sei von einer Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % auszugehen (act. II 51.1 S. 32 Ziff. 8).

3.1.5 Aufgrund der Angaben in den Berichten der dipl. Ärztin F. _____ sowie der im psychiatrischen Gutachten vom 17. Januar 2024 enthaltenen Hinweise auf berufliche Aktivitäten des Beschwerdeführers im Ausland veranlasste die Beschwerdegegnerin eine Internetrecherche unter anderem betreffend den Facebook-Account, den Instagram-Account, den YouTube-Kanal sowie das LinkedIn-Profil des Beschwerdeführers (vgl. act. II 68 S. 2). Aus der am 22. März 2024 durchgeführten Recherche (act. II 56) ergab sich, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2023 und 2024 unter anderem nach ... sowie in weitere Staaten bzw. Städte wie ... (...), ... (...), ... (...), ... (...) und ... (...) reiste (act. II 56 S. 1 - 3, 5 f., 15, 19). Ferner war er als ... des G. _____ und als ... der H. _____ tätig (act. II 56 S. 2) und ..., etwa durch seine Teilnahme am ... im September 2023 (act. II 56 S. 22 - 25). Diese Recherchenergebnisse liess die Beschwerdegegnerin durch den RAD beurteilen.

Stellung nehmend dazu und zum Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 17. Januar 2024 (act. II 51.1) führte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 25. April 2024 (act. II 58) aus, dass unter Berücksichtigung der Internetrecherche vom 22. März 2024 aus RAD-psychiatrischer Sicht gewisse im Gutachten festgehaltene Anga-

ben, Beschwerden und Befunde zu relativieren seien. Dies betreffe insbesondere die Angaben zu einer Anhedonie im Sinne einer vollständigen Genussunfähigkeit, einem stumpfen, flachen Affekt, der Vermeidung persönlicher Kontakte bzw. einem praktisch vollständigen sozialen Rückzug (keine sozialen Kontakte mehr mit Ausnahme zu einer ..., welche der Beschwerdeführer gelegentlich sehe), zu ständigen Ängsten und einem anhaltenden Bedrohungsgefühl (fühle sich "ständig bedroht", "könne keinem trauen") und dazu, die meiste Zeit zu Hause zu sein sowie Ängste zu haben, das Haus zu verlassen und "sich unter Menschen zu begeben", ferner die Angabe, "kaputt" zu sein (act. II 58 S. 8 Ziff. IV). Daher erweise sich das Gutachten als teilweise verwertbar. Diagnostisch sei von einer Traumafolgestörung, am ehesten im Sinne einer PTBS (ICD-10 F43.1) oder einer sonstigen Reaktion auf eine schwere Belastung (ICD-10 F43.8), auszugehen, während die Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) nicht ausreichend ausgewiesen erscheine, zumal die hierfür erforderlichen Traumata nicht eindeutig auszumachen seien und keine ausreichenden Angaben, einschliesslich fremdanamnestischer Angaben zur früheren Persönlichkeit, vorlägen. Die Diagnosen einer Panikstörung und einer depressiven Störung mit leichter bis mittelgradiger Episode würden nachvollziehbar erscheinen, wobei die Panikattacken auch unter die Traumafolgestörung subsumiert werden könnten (act. II 58 S. 7 Ziff. III). Unklar sei, warum gutachterlich auf verschiedene Widersprüche und Inkonsistenzen hingewiesen worden sei, diese aber in der gutachterlichen Beurteilung im Sinne einer Indikatorenprüfung letztlich nicht entsprechend gewertet worden seien (act. II 58 S. 8 Ziff. V.1). Unter Einbezug der Standardindikatoren und der Ergebnisse der Internetrecherche sei aus RAD-psychiatrischer Sicht die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anzupassen und davon auszugehen, dass eine angepasste Tätigkeit in einem Umfang von 60 % bis 70 % möglich und zumutbar wäre (act. II 58 S. 9 Ziff. V.1). Die gutachterlich vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen im Sinne einer Intensivierung und Optimierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen, einschliesslich der psychopharmakologischen Behandlung würden nachvollziehbar und zumutbar erscheinen (act. II 58 S. 9 Ziff. V.2 f.). Unter den vorgeschlagenen Massnahmen sei von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit um 10 % bis 20 % innerhalb von sechs bis neun Monaten auszugehen, entsprechend einer Er-

höhung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf 70 % bis maximal 80 % (act. II 58 S. 9 Ziff. V.5).

3.1.6 Dipl. Ärztin F. _____ führte in dem im vorliegenden Verfahren aufgelegten Bericht vom 9. August 2024 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) aus, es sei eine einfache Untersuchung durchgeführt worden (Mini-Mental-Status-Test und Uhrentest). Bei dieser habe der Beschwerdeführer in der Kombination aus Uhrentest und Mini-Mental-Status-Test 20 Punkte erreicht. Die maximale Punktzahl, welche bei diesen Tests erzielt werden könne, betrage 35 Punkte. Bei der Interpretation der Kombination von Uhrentest und Mini-Mental-Status hätte eine maximale Punktzahl von 9 Punkten erreicht werden sollen; der Beschwerdeführer habe hierbei 0 Punkte erzielt. Diese Tests seien in ... Sprache durchgeführt worden. Zwar sei eine Aggravation nicht auszuschliessen, das Testergebnis sei jedoch als "sehr bescheiden" zu bewerten, und gemäss dem Test bestehe eine leichte kognitive Beeinträchtigung an der Grenze zu einer mittelgradigen kognitiven Beeinträchtigung. Gemäss Austrittsbericht der Klinik D. _____ hätten bereits damals gewisse kognitive Schwierigkeiten bestanden. Sollte der Test die objektive Gesundheitssituation des Beschwerdeführers widerspiegeln, wäre eine Tätigkeit im ..., ... oder ..., auch bei Ausübung in der Muttersprache, als unmöglich zu betrachten (act. I 4 S. 2 Ziff. 3). Bei einer angepassten Tätigkeit könnte der Beschwerdeführer versuchen, in einem kleineren Teilpensum mit sehr flexiblen Arbeitszeiten und im geschützten Rahmen einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (act. I 4 S. 2 Ziff. 4). Aufgrund des stagnierenden Verlaufs mit Tendenz zur Verschlechterung sowie der seit eineinhalb Jahren berichteten kognitiven Verschlechterung sei nicht davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers künftig wesentlich verbessern könnte (act. I 4 S. 2 Ziff. 3). Jedoch werde festgehalten, dass – wie bereits im Gutachten erwähnt und auch von der behandelnden Psychiaterin festgestellt worden sei – die bisherige Behandlung nicht ausreichend gewesen sei, da keine regelmässige Psychotherapie durchgeführt worden sei, der Beschwerdeführer sich auf eine solche nur schwer habe einlassen können und hinsichtlich der medikamentösen Therapie eine Resignation bzw. ein Verzicht bestanden habe. Gemäss den Behandlungsrichtlinien wäre eine regelmässige Psychotherapie – optimalerweise im Stabilisierungszustand und ergänzt durch eine gezielte Traumatherapie – zu empfehlen. Der zeitliche Ho-

horizont einer solchen Therapie sei voraussichtlich auf viele Monate anzusetzen (act. I 4 S. 3 Ziff. 5). Aufgrund der seit langem bestehenden Beschwerden über kognitive Schwierigkeiten sowie des schlecht ausgefallenen Mini-Mental-Status-Tests wäre eine neuropsychologische Untersuchung zu empfehlen, insbesondere falls bei der gegenwärtig geplanten MRI-Untersuchung des Schädels eine Verschlechterung oder entsprechende Befunde festgestellt würden (act. I 4 S. 3 unten).

3.1.7 Mit Zeugnis/Verordnung vom 9. September 2024 (act. I 3) führte die Hausärztin dipl. Ärztin E. _____ aus, sie bestätige, dass beim Beschwerdeführer anlässlich der letzten MRI-Untersuchung des Schädels vom 7. August 2024 diffuse mikroangiopathische (mikrovaskuläre) Veränderungen beschrieben worden seien. Diese Veränderungen seien von unklarer klinischer Relevanz und müssten unter Berücksichtigung der Klinik gedeutet werden.

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 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 Vorkarten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt

(BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.3 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).

3.2.4 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 151 V 244 E. 3.5 S. 248, 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2024 (act. II 68) in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 17. Januar 2024 (act. II 51.1) sowie auf den unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Internetrecherche vom 22. März 2024 (act. II 56) erstellten Bericht des RAD-Psychiaters Dr. med. I. _____ vom 25. April 2024 (act. II 58) gestützt. Der RAD-Psychiater kam dabei zum Schluss, dass zufolge der inzwischen zusätzlich erhobenen Beweise die vom Gutachter erhobenen Diagnosen wie auch dessen Beurteilung von Befundlage und Auswirkungen anzupassen und zu relativieren seien.

3.3.1 Das Gutachten des Dr. med. C. _____ erfüllt die formellen Anforderungen an ein solches (vgl. E. 3.2.2 hiavor). Die im Gutachten enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf einer eingehenden fachärztlichen Untersuchung (vgl. act. II 51.1 S. 11 - 21 Ziff. 3 f.) und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten (vgl. II 51.1 S. 3 - 11 Ziff. 2) sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer geklagten Einschränkungen getroffen worden. Diesem kommt grundsätzlich Beweiswert zu. Nicht berücksichtigen konnte der Gutachter die von der Beschwerdegegnerin erst später erhobenen weiteren Beweise zum Lebenssachverhalt des Beschwer-

deführers. Zu klären bleibt deshalb die Bedeutung dieser weiteren Beweise für die Leistungsbeurteilung.

3.3.2 Der Beschwerdeführer macht hierzu zunächst geltend, die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Internetrecherche sei eine unzulässige Observation und die Beweismittel dürften nicht verwendet werden. Zudem hätten solche Beweise dem Gutachter zur Stellungnahme vorgelegt werden müssen (vgl. Beschwerde, S. 5 f.). Dem kann nicht gefolgt werden.

Anders als bei einer Observation nach Art. 43a ATSG, wo eine Person verdeckt observiert und dabei Bild- und Tonaufzeichnungen von in Echtzeit ablaufenden Vorgängen erstellt werden, hat die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall lediglich im Internet frei verfügbare Informationen abgerufen, die vom Beschwerdeführer dort aus freien Stücken zur breiten öffentlichen Kenntnisnahme zur Verfügung gestellt wurden und werden. Die Erhebung solcher Informationen stellt keine verdeckte Observation dar. Eine Auswertung von – wie hier – öffentlich zugänglichen Einträgen aus Social-Media-Profilen bzw. -Plattformen ist denn auch gemäss der Rechtsprechung zulässig (vgl. SVR 2018 IV Nr. 74 S. 239, 8C_909/2017 E. 6.2). Die erhobenen Unterlagen wurden ordnungsgemäss in den Akten abgelegt und der Beschwerdeführer konnte sich zu diesen äussern. Die Authentizität der Unterlagen hat der Beschwerdeführer nicht bestritten. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die erhobenen Unterlagen in ihre Entscheidungsfindung miteinbezogen hat.

Die Beschwerdegegnerin hat diese weiteren Beweise nicht dem Gutachter vorgelegt, sondern den RAD um eine Stellungnahme gebeten. Der RAD-Psychiater Dr. med. I._____ führte daraufhin aus, dass die zusätzlichen Beweise bereits auf diagnostischer Ebene eine angepasste Beurteilung zur Folge haben müssten. Ob auf diese grundsätzlich nachvollziehbar begründeten Ausführungen des RAD-Arztes abgestellt werden kann, braucht hier nicht abschliessend geklärt zu werden, weil auch eine unter Berücksichtigung der weiteren Beweise auf der Basis des Gutachtens von Dr. med. C._____ erfolgende Indikatorenprüfung ergibt, dass eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (spätestens) auf der rechtlichen Ebene zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund kommt der teilweise vom Gutachten abweichenden diagnostischen Beurteilung durch den RAD-

Psychiater jedenfalls keine ausschlaggebende Bedeutung zu respektive ergibt sich hieraus kein weiterer Abklärungsbedarf.

4.

Das Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 17. Januar 2024 (act. II 51.1) wurde in Unkenntnis der später erhobenen Beweise erstellt. Dem Gutachter standen damit, auch wenn er bereits aus dem Untersuchungsgespräch verschiedene Anzeichen für Inkonsistenzen erheben konnte, wesentliche Unterlagen für eine abschliessende Beurteilung der beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen und Ressourcen und damit für eine vollständige medizinische Indikatorenprüfung nicht zur Verfügung. Ebenso ist nicht auf die durch den RAD-Psychiater mit Blick auf die Internetrecherche angepasste Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (vgl. act. II 58 S. 9) abzustellen, zumal diesbezüglich keine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren erfolgte. Die Indikatorenprüfung ist deshalb vom Gericht auf der Basis des Gutachtens des Dr. med. C. _____ unter Berücksichtigung der von der Beschwerdegegnerin erhobenen weiteren Beweise vorzunehmen (vgl. E. 2.2.3 hiavor). Zu prüfen ist damit die Frage der Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit, mithin ob dieser – mit Blick auf die Indikatorenprüfung – auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann (vgl. E. 2.2.1 ff. hiavor).

4.1 Bereits der Gutachter wie später auch der RAD-Psychiater, letzterer in Kenntnis der weiteren Beweise, wiesen auf diverse Diskrepanzen und Inkonsistenzen zwischen den Schilderungen des Beschwerdeführers und den fremdanamnestischen Angaben hin (vgl. act. II 51.1 S. 27 f. Ziff. 6.2, 58 S. 8 Ziff. IV). Ob diese Inkonsistenzen bereits das Ausmass von Ausschlussgründen im Sinne von BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51 erreichen, wofür mit Blick auf das tatsächlich gezeigte Leistungsvermögen erhebliche Anzeichen bestehen, braucht hier nicht abschliessend geklärt zu werden, da auch die detaillierte Prüfung anhand der Standardindikatoren zum gleichen Ergebnis führt. Es wird deshalb nachfolgend auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens vorgenommen (vgl. E. 2.2.3 hiavor).

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

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

4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.).

Hierzu ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer beim Gutachter geklagten und gezeigten Befunde und Symptome angesichts der vom Beschwerdeführer bei der Begutachtung nicht offen gelegten häufigen Auslandsaktivitäten (vgl. Internetrecherche vom 22. März 2024 [act. II 56]) und seines auch ansonsten erheblichen Aktivitätenniveaus – soweit mit Blick auf die bestehenden erheblichen Inkonsistenzen überhaupt nachvollziehbar – lediglich als leicht ausgeprägt zu bewerten sind. Damit erweist sich die vom Gutachter angenommene Schwere der Symptomatik ebenso wie die vom Beschwerdeführer bei der Begutachtung präsentierte Gesundheitssituation im Rahmen der rechtlichen Überprüfung als nicht überzeugend. Hinzu kommt, dass – wie sämtliche behandelnden Ärzte, der Gutachter und der RAD-Psychiater übereinstimmend festgehalten haben (act. II 3 S. 4, 19 S. 4 f. Ziff. 2.3 und 2.8, 26 S. 3 Ziff. 9, 36 S. 2 Ziff. 4, 51.2 S. 2, 51.1 S. 29 f. Ziff. 7.1, 58 S. 9 Ziff. V.2 f. und V.5) – keine adäquate Behandlung erfolgt, weder in psychopharmakologischer noch in psychiatrisch-psychotherapeutischer Hinsicht. So fanden laut der behandelnden Psychiaterin seit dem 6. März 2019 insgesamt 14 Termine statt, im Jahr 2023 jedoch lediglich zwei. Eine häufigere Terminvereinbarung sei nicht möglich gewesen, da sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner ... Aktivitäten häufig im Ausland aufgehalten oder Termine aus diesem Grund abgesagt habe. Die von ihr vorgeschlagene alternative Behandlung mittels TCM bzw. Akupunktur habe der Beschwerdeführer nicht weiterverfolgt (act. II 51.2 S. 2). Mithin kann – entgegen der Schilderung des Beschwerdeführers – nicht von einem hohen Leidensdruck infolge der psychischen Erkrankung ausgegangen werden.

4.2.1.2 Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenzen als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.).

Entgegen der Annahme des Beschwerdeführers liegt keine schwere und therapeutisch nicht mehr angehbare psychische Störung vor. Andernfalls wären die wiederholten Auslandsreisen und das umfangreiche, das Ausland betreffende politische Engagement von vornherein nicht möglich. Abgesehen davon, dass wenn und soweit überhaupt Einschränkungen vorliegen, weiterhin erhebliche therapeutische Optionen mit entsprechender Aussicht auf Besserung bestehen würden (act. II 3 S. 4, 19 S. 4 f. Ziff. 2.8, 51.2 S. 1 f., 51.1 S. 29 f. Ziff. 7.1, 58 S. 9 Ziff. V.2 f. und V.5). Die kaum stattfindende (bzw. in Anspruch genommene) medizinische Behandlung sowie die Nichteinnahme der verordneten Medikation sind im Übrigen nicht krankheitsbedingt ("nicht krankheitsbedingte Selbstlimitierung" [vgl. act. II 51.1 S. 30 Ziff. 7.1]). Auch aus den Angaben der behandelnden Psychiaterin vom 9. August 2024 (act. I 4 S. 3 Ziff. 5) ergibt sich nichts anderes. Sie bestätigte vielmehr ausdrücklich, dass die bisherige Behandlung unzureichend war bzw. ist (keine regelmässige Psychotherapie, keine medikamentöse Behandlung etc.) und führte – entgegen der sinngemässen Darstellung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 6 f. Ziff. 9.1 f.) – nicht aus, die Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft oder es liege eine Chronifizierung vor. Schliesslich hatte sie in ihrem Bericht vom 15. Dezember 2023 (act. II 51.2) ausdrücklich festgehalten, dass die geringe Therapiefrequenz bzw. die Terminabsagen zufolge der häufigen Auslandsaufenthalte des Beschwerdeführers erfolgt seien, mithin keine Grundlage in einer (psychischen) Krankheit haben (vgl. E. 4.2.1.1 hiavor).

Es besteht auch keine Eingliederungsresistenz. Einerseits liegen keine gescheiterten Eingliederungsversuche vor, andererseits gelingt es dem Beschwerdeführer, sich regelmässig ins Ausland zu begeben, um dort gemäss der behandelnden Psychiaterin (vgl. act. II 51.2 S. 2) sowie den Ergebnissen der Internetrecherche aktiv (berufsähnlich) ... tätig zu sein und dies sogar in führenden Funktionen (vgl. act. II 56 S. 1 - 3, 5 f., 15, 19, 22 - 25). Ein Umstand, der im Übrigen auch gegen die von der behandelnden Psychiaterin im Bericht vom 9. August 2024 inzwischen gestützt auf die Angaben des Be-

schwerdeführers festgehaltenen "kognitiven Schwierigkeiten" spricht. Daran ändern auch die hierfür durchgeführten zwei rudimentären Tests nichts (act. I 4). Die Ärztin hat keine Validierung der Testergebnisse durchgeführt und eine Simulation oder Aggravation deswegen ausdrücklich nicht ausgeschlossen. Die dem Bericht beigelegten Tests sind denn auch offensichtlich entscheidend von der Mitwirkungsbereitschaft des Probanden abhängig.

4.2.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, liegen gemäss dem Gutachter eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) und eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01 bzw. F32.11 [act. II 51.1 S. 26 Ziff. 6.1]) vor. Wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.3 hiavor) braucht nicht näher geklärt zu werden, welche Folgen die weiter erhobenen Beweise auf medizinischer Ebene auf die Diagnosestellung durch den Gutachter haben müssten und ob dem Gutachter in seiner Diagnosestellung insoweit, als er neben einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung auch eine PTBS diagnostiziert hat, überhaupt gefolgt werden kann. Denn gemäss den diesbezüglichen Leitlinien folgt die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung der PTBS und löst diese ab (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 208). Eine relevante wechselseitige Verstärkung der diagnostizierten Störungen ist vorliegend nicht ersichtlich. Vielmehr ist in Anbetracht des in E. 4.2.1.2 hiavor aufgezeigten therapeutischen Potenzials sowie der wahrgenommenen Auslandsaktivitäten des Beschwerdeführers das Vorliegen relevanter Komorbiditäten, die sich negativ auf seine Ressourcen auswirken, auszuschliessen.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) hat der Gutachter zwar eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) diagnostiziert. Es liegt jedoch keine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung vor, welche eine Ressourcenaktivierung im Hinblick auf eine berufliche Tätigkeit erschweren würde. Im Gegenteil verfügt der Beschwerdeführer durch seine berufsähnlich ausgeübten ... und ... Tätigkeiten über umfangreiche Erfahrung (vgl. act. II 56 S. 2), was

sich unter anderem an seinen regelmässigen Auslandsreisen und -aktivitäten zeigt. Unbestritten kann er die gemäss seinen Ausführungen in der Heimat erlernte Tätigkeit als ... (vgl. act. II 51.1 S. 31 Ziff. 7.2, 56 S. 2) aufgrund sprachlicher Barrieren sowie der fehlenden Anerkennung seiner Ausbildung in der Schweiz nicht ausüben; diese Umstände sind jedoch invaliditätsfremd und stehen überdies der Aufnahme einer anderweitigen beruflichen Tätigkeit nicht entgegen. Dass der in der Schweiz als Flüchtling aufgenommene Beschwerdeführer offensichtlich nicht gewillt ist, trotz langjährigen Sozialhilfebezugs (act. II 2 S. 1) seine auslandsbezogenen ... Aktivitäten zugunsten einer sein Auskommen sichernden Erwerbstätigkeit in der Schweiz aufzugeben, stellt keine krankheitsbedingte, Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen begründende Einschränkung dar.

4.2.3 Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer über mobilisierbare soziale Ressourcen verfügt. Zwar geht der Gutachter Dr. med. C. _____ von nur geringen Ressourcen aus, familiär besteht lediglich noch zur Mutter Kontakt (vgl. act. II 51.1 S. 18 Ziff. 3.2 und S. 31 Ziff. 7.2). Den Ergebnissen der Internetrecherche zufolge ist der Beschwerdeführer jedoch im In- und Ausland (...) aktiv und stehen ihm zahlreiche soziale Kontakte und Verbindungen im In- und Ausland zur Verfügung. Daraus ergibt sich, dass aus rechtlicher Sicht – entgegen der Einschätzung des Gutachters, die dieser auf der Basis der ihm damals zur Verfügung gestandenen Unterlagen und der mit Blick auf die Internetrecherche offensichtlich unzutreffenden Angaben des Beschwerdeführers getroffen hatte – von einem breit abgestützten sozialen Umfeld und somit von aktivierbaren Ressourcen auszugehen ist.

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie Konsistenz. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

4.3.1 Bezüglich des Indikators der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist festzuhalten, dass gemäss dem Gutachten vom 17. Januar 2024 (act. II 51.1 S. 18 f. Ziff. 3.2) nur bescheidene Aktivitäten bestehen ("lebe alleine, soziale Kontakte habe er keine mehr", "nur ein kurzer Spaziergang, die meiste Zeit zu Hause", "lesen könne er vielleicht zwischen 15 und 30 Minuten am Stück"). Den Ergebnissen der Internetrecherche vom

22. März 2024 (act. II 56) zufolge verfügt der Beschwerdeführer jedoch über ein deutlich höheres und vielfältiges Aktivitätenniveau, insbesondere aufgrund seiner regelmässigen Auslandsreisen und dortigen ... Tätigkeiten sowie der regen Betätigung in den sozialen Medien. Dies steht in deutlichem Widerspruch zu der subjektiv angenommenen vollständigen (act. II 51.1 S. 18) bzw. gutachterlich teilweise attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 51.1 S. 32). Damit kann nicht von einer gleichmässigen Einschränkung in sämtlichen Lebensbereichen gesprochen werden.

4.3.2 Bezüglich des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) kann auf das bei den Indikatoren Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz Ausgeführte verwiesen werden (vgl. E. 4.2.1.2 hiervor). Dabei ist zu wiederholen, dass mit Blick auf die bisher unzureichend wahrgenommenen Therapien ein entsprechender Leidensdruck hinsichtlich der geltend gemachten erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen nicht ansatzweise nachvollzogen werden kann (vgl. E. 4.2.1.1 hiervor).

4.4 Im Rahmen der Beweiswürdigung ergibt die Gesamtbetrachtung, dass die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der gutachterlich diagnostizierten psychischen Störungen anhand der Standardindikatoren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können (vgl. E. 2.2.2 f. hiervor). Folglich kann der medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden und ein invalidisierender Gesundheitsschaden ist mithin zu verneinen. Nicht weiter geprüft zu werden braucht unter diesen Umständen die von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort aufgeworfene Frage, ob die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt wären.

4.5 Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV im Ergebnis zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung vom 11. Juli 2024 (act. II 68) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 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.
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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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