

# GR\_GERICHTE S 2014 174 vom 1. September 2015

GR Gerichte, 2015-09-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2014\\_174](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2014_174)

FR: GR\_GERICHTE S 2014 174 du 1 septembre 2015

IT: GR\_GERICHTE S 2014 174 del 1 settembre 2015

## Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

Zwecks Abklärung des Sachverhalts liess die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ in der Zeit vom 18. April bis zum 1. Mai 2012 an zwei Tagen observieren. Am 7. Dezember 2012 wurde dieser sodann zu seinem aktuellen Gesundheitszustand befragt und mit dem Ergebnis der Überwachung konfrontiert.

### E. 4

In seinem Abklärungsbericht vom 12. November 2013 kam pract. med. C.\_\_\_\_\_, Psychiater des RAD, nach zweimaliger Untersuchung von A.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass die im ABI-Gutachten aus dem Jahre 2007 gestellten Diagnosen weiterhin bestünden, zumal im Rahmen des erneuten Gesuches keine neuen und objektivierbaren Befunde beigebracht worden seien, die Anhalt für eine Veränderung der rein organmedizinischen

Situation gäben. Dieser Meinung schloss sich auch RAD-Arzt pract. med. D.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 8. Januar 2014 an.

### E. 5

Mit Vorbescheid der IV-Stelle vom 24. Februar 2014 wurde A.\_\_\_\_\_ angekündigt, dass sein neuerliches Leistungsbegehren abgewiesen werde, da seit dem letzten materiellen Entscheid vom 3. November 2008 keine relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustandes, welche sich dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, eingetreten sei.

### E. 6

Gegen diesen Vorbescheid erhob A.\_\_\_\_\_ am 26. März 2014 Einwand und beantragte, der erwähnte Vorbescheid sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze unbefristete IV-Rente zuzusprechen.

### E. 7

Mit Verfügung vom 10. November 2014 wurde die Abweisung des Leistungsbegehrens bestätigt. Wie sich aus den Abklärungen sowie der Abschlussbeurteilung des RAD ergebe, sei seit dem letzten materiellen Entscheid vom 3. November 2008 keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche sich dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, eingetreten. Auch Dr. med. B.\_\_\_\_\_ – welcher sich nicht mit den Vorakten und insbesondere dem ABI-Gutachten aus dem Jahre 2007 auseinandergesetzt habe – bestätige nicht eine seither eingetretene Verschlechterung des

Gesundheitszustandes, sondern benenne lediglich die seit Jahren bekannte anhaltende somatoforme Schmerzstörung anders. Es liege keine tendenziöse Auswertung des Observationsmaterials vor, und ohnehin habe sich der untersuchende RAD-Arzt im Wesentlichen auf die anlässlich der Untersuchungen erhobenen Befunde und nicht auf die Videos abgestützt.

## **E. 8**

Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer) am 8. Dezember 2014 Beschwerde ans Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und beantragte, die angefochtene Verfügung vom 10. No-

- 4 - vember 2014 sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze unbefristete IV- Rente zuzusprechen. Zur Begründung führte er im Wesentlichen folgendes aus: • Die IV-Stelle habe sich mit seinen Einwänden insgesamt nur ungenügend und punktuell auseinandergesetzt. • Der behandelnde Psychiater Dr. med. B.\_\_\_\_\_ habe in seinem Schreiben vom 16. Januar 2013 eindrücklich aufzeigen können, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe. Seine Diagnose stehe zudem im Einklang mit derjenigen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_. Dr. med. B.\_\_\_\_\_ stelle zwei Diagnosen, nämlich eine mittelschwere depressive Episode (welche sich nota bene mit der Beck'schen Depressionsskala decke) und eine chronische somatoforme Schmerzstörung. Hinzu komme sogar noch eine akzentuierte paranoide Persönlichkeitsstruktur, weshalb drei Diagnosen vorlägen, welche zusammen genommen sehr wohl einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Nur so seien die verschiedenen Abbrüche der Arbeitseinsätze zu erklären. Wie der RAD-Gutachter das Vorliegen einer depressiven Episode habe verneinen können, sei angesichts der von ihm beschriebenen Beschwerden nicht nachvollziehbar. Der Gutachter habe ja selber in Betracht gezogen, dass er phasenweise eine Depressivität aufgewiesen habe, welche eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermocht habe. • Dem RAD-Arzt pract. med. C.\_\_\_\_\_ sei folglich widersprüchliches und inkonsequentes Verhalten vorzuwerfen. Die Tatsache, dass dieser in seinem Bericht wiederholt die bundesgerichtliche Rechtsprechung zitiere, lasse auf eine gewisse Voreingenommenheit schliessen. Gleiches gelte für die Unterstellung von Falschangaben hinsichtlich des Schrebergartens. Überdies sei das Gutachten vor über einem Jahr erstellt worden und gebe somit kein aktuelles Bild seines Gesundheitszustandes wieder. Folglich sei ein unabhängiges (poly- oder zumindest bidisziplinäres) gerichtliches Gutachten einzuholen. • Die Schlussfolgerungen aus dem Observationsbericht seien in aller Form zurückzuweisen – die Interpretation der Videos sei im Allgemeinen als sehr einseitig wertend, wenn nicht tendenziös zu bezeichnen. Der Observationsbericht enthalte zudem teilweise Vermutungen, welche vom Gutachter als klare Beweise übernommen worden seien. Zudem seien die auf dem Video erkennbaren Rückenschmerzen im Gutachten nicht berücksichtigt worden. Hinsichtlich der Sachverhaltsabklärung resp. -darstellung weise die Verfügung der Vorinstanz deshalb erhebliche Mängel auf.

## **E. 9**

In ihrer Vernehmlassung vom 23. Dezember 2014 beantragte die IV- Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) die kostenfällige Abweisung der Beschwerde. Aufgrund der Aktenlage sei offensichtlich, dass der Beschwerdeführer über gesundheitliche Beschwerden berichte, welche effektiv entweder überhaupt nicht oder nur teilweise vorliegen würden. Auch

- 5 - aus dem Observationsmaterial ergäben sich keine funktionellen Behinderungen. Gestützt auf den schlüssigen, nachvollziehbaren und widerspruchsfreien RAD-Abklärungsbericht sei davon auszugehen, dass im Vergleich zu den Verfügungen aus dem Jahre 2008 kein erheblich veränderter Sachverhalt vorliege.

#### **E. 10**

In seiner Replik vom 9. Januar 2015 wies der Beschwerdeführer erneut den Vorwurf der Simulation resp. den impliziten Angriff auf die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärzte zurück. Zudem seien auf den Videos Einschränkungen in der Konzentration sowie Müdigkeit gar nicht erkennbar, während der wiederholt leicht schleppende Gang nicht berücksichtigt worden sei. Die Vorinstanz habe sich ohnehin nicht auf die Feststellungen im Erhebungsprotokoll abstützen dürfen, da diese als rein subjektiv zu bezeichnen seien.

#### **E. 11**

November 2011 E.4.2) wird vorliegend nicht bestritten, weshalb sich diesbezügliche Ausführungen erübrigen. Ebenfalls nicht näher einzugehen ist auf die von den behandelnden Ärzten Dr. med. E.\_\_\_\_\_ sowie Dr. med. B.\_\_\_\_\_ geäusserte Kritik, wonach die Observation in einem zu frühen Stadium erfolgt sei und seitens der Beschwerdegegnerin unzulässigerweise vorschnelle Schlüsse gezogen worden seien (vgl. die entsprechenden Schreiben vom 16. Januar 2013 in IV-act. 185 und 186), da diese mit der vorliegenden Beschwerde zu Recht nicht mehr vorgebracht wird. c) Der Beschwerdeführer rügt die Interpretation des Observationsvideos im Ermittlungs- und Observationsbericht sowie durch die RAD-Ärzte jedoch insofern als einseitig wertend oder gar tendenziös, als nicht gewürdigt worden sei, dass er sich zahlreiche Male mit der Hand an den Rücken gefasst, wiederholt eine Schonhaltung eingenommen und langanhaltend nervös mit dem linken Bein gewippt habe. Des Weiteren werde übertreibend dargestellt, dass er den Stecken "schwungvoll" über die Strasse geworfen habe, und im Observationsbericht werde der Eindruck erweckt, dass er ein mit diversen (vollgepackten und schweren) Plastiktüten beladenes Fahrrad schiebe. Tatsache sei jedoch, dass sich in den Säcken Spinat befunden habe, weshalb diesbezüglich nicht von einer erheblichen Kraftanstrengung die Rede sein könne. Ausserdem werde ihm hinsichtlich des Schrebergartens, welcher nicht ihm gehöre, sinngemäss lügenhaftes und simulatives Verhalten vorgeworfen (vgl. Beschwerde vom 8. Dezember 2014 S. 4 f.).

- 14 - Zu diesen Vorbringen ist zunächst festzuhalten, dass die Interpretationen der beauftragten Überwachungsfirma vorliegend nicht von grosser Relevanz sind, zumal sowohl pract. med. D.\_\_\_\_\_ als auch pract. med. C.\_\_\_\_\_ nur bedingt auf diese Beurteilungen abgestützt haben. Ausserdem steht es dem Gericht selbstredend frei, aus den sich bei den Akten befindenden Observationsvideos seine eigenen Schlussfolgerungen abzuleiten. Was pract. med. C.\_\_\_\_\_ resp. dessen Ausführungen im Abklärungsbericht anbetrifft, ist es nicht zutreffend, dass dieser Vermutungen aus dem Observationsbericht unbesehen als klare Beweise übernommen haben soll. Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, sind die von pract. med. C.\_\_\_\_\_ aus dem Observationsmaterial gezogenen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Mobilität und des sozialen Verhaltens des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden (vgl. nachfolgend Erwägungen 7c und 8a). Der Beschwerdeführer moniert zwar zu Recht, dass pract. med. C.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der Eigentumsverhältnisse am Schrebergarten zu Unrecht ein widersprüchliches Verhalten des Beschwerdeführers andeutet. Aus dieser Ungereimtheit im Abklärungsbericht ist indes keineswegs auf eine

Voreingenommenheit des Gutachters zu schliessen. Pract. med. C.\_\_\_\_\_ würdigt diesen Umstand denn auch nicht negativ, sondern überlässt dessen Interpretation explizit den rechtsanwendenden Behörden. Ohnehin ist festzustellen, dass sich pract. med. C.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen nicht auf die Observationsmaterialien abstützt, sondern dass seine Einschätzungen auf den anlässlich der eigenen umfassenden Untersuchungen erhobenen Befunden sowie der medizinischen Aktenlage beruhen. Seine Hinweise auf das Observationsmaterial erfolgen mithin lediglich zwecks Untermauerung seiner unabhängig davon gewonnenen Erkenntnisse. d) In Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Erlasszeitpunkt der angefochtenen Verfügung (10. November 2014) resp. die streitgegenständliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes

- 15 - liegen zudem verschiedene medizinische Berichte und Einschätzungen bei den Akten, deren Inhalt im Folgenden – zumindest im Wesentlichen – in chronologischer Reihenfolge kurz wiedergegeben wird: • In einer psychiatrischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vom 17. September 2009 (vgl. IV-act. 162) bestätigte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM sowie seinerzeit Oberarzt bei den Psychiatrischen Diensten Graubünden (PDGR), eine erhaltene Arbeitsfähigkeit im Rahmen des IV-Entscheids. Nach einer Prüfung der Foerster-Kriterien kam er zum Schluss, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sei und keine Arbeitsunfähigkeit bedinge. Es sei aber davon auszugehen, dass eine Eingliederung in einer mittelschweren oder schweren körperlichen Tätigkeit nicht gelingen werde. • Im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzprechstunde vom 8. Oktober 2009 in der Klinik Valens erging am 12. Oktober 2009 der Untersuchungsbericht Innere Medizin/Rheumatologie (vgl. IV-act. 156 S. 9 ff.). Darin hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ fest, dass sich im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2004 in etwa der gleiche Befund ergebe. Aufgrund der in etwa gleichbleibenden Befunde und einer fehlenden radikulären Ausfallsymptomatik sei auf die Wiederholung einer radiologischen Abklärung verzichtet worden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe weiterhin ein unspezifisches chronisches Rückenschmerzsyndrom mit weiterhin bestehender Schmerzfixierung, kontraproduktiver Schonung und dysfunktionaler Krankheitsbewältigung. • In einem Schreiben an die IV-Stelle vom 28. Juli 2011 (vgl. IV-act. 135) sowie in einem standardisierten Arztbericht für die Anspruchsbeurteilung vom 6. Oktober 2011 (vgl. IV-act. 148) erklärte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, der den Beschwerdeführer seit Mai 2010 als Hausarzt betreut, dass er dessen Neuantrag um Ausrichtung von Renten- und/oder allenfalls Rehabilitationsleistungen unterstütze. Der Beschwerdeführer präsentiere sich körperlich wie psychisch wesentlich schlechter, als dies aus dem ABI-Gutachten aus dem Jahre 2007 und den damaligen Arztberichten herauszulesen sei. Der Teufelskreis von Schmerzen, Armut, Druck der Sozialhilfe, Depressivität und auch Kränkung durch den totalen Verlust der Rente führe zu einer Abwärtsspirale, dessen Ende noch nicht absehbar sei. In Anbetracht der mehrfach gescheiterten Rehabilitations- und Integrationsversuchen sei der Beschwerdeführer – auch bei optimaler Motivation und Anstrengung – weit davon entfernt, sich im freien oder halbgeschützten Arbeitsmarkt auch nur für eine Teilzeitstelle bewerben zu können. Die Rehabilitationsversuche seien an seinen chronisch exazerbierenden Schmerzen gescheitert, welche vom damaligen Betreuungsnetz indes als Verweigerungshaltung interpretiert worden seien. Diagnostisch liege ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom seit dem Arbeitsunfall im Jahre 1995 sowie eine somatoforme Schmerzstörung mit Begleiterkrankungen (mittelschwere Depression, sozialer Rückzug und Isolation, mögliche narzisstische Persönlichkeitsstörung) vor. • In

einem standardisierten Arztbericht für die Anspruchsbeurteilung vom 22. Dezember 2011 (vgl. IV-act. 154) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der den Beschwerdeführer bis im Frühjahr 2010 ambulant

- 16 - behandelt hatte, fest, dass beim Patienten eine chronifizierte Schmerzstörung mit verschiedenen Einflussfaktoren vorliege, welche durch seine psychosoziale Situation jeweils deutlich verbessert oder verschlechtert werde. Auf Rückschläge, Belastungen u.ä. reagiere der Beschwerdeführer mit Schlafstörungen, depressiven Einbrüchen und Zunahme des lumbalen Schmerzsyndroms. Nach der vollständigen Kürzung der Rente sei dieser Kreislauf erneut exazerbiert. Eine psychotische Symptomatik sei nicht auszumachen. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Gesamtzustand ein gewisser Krankheitswert zuzuschreiben, weshalb er die Rentenkürzung von einer Dreiviertelrente auf eine Gesundheitschreibung für nicht angepasst halte, auch wenn eine erhebliche somatoforme und persönlichkeitsbedingte Komponente bestehe. • In der Beurteilung des Observationsvideos vom 24. Oktober 2012 (vgl. IV-act. 178) gelangte pract. med. D.\_\_\_\_\_ vom RAD im Wesentlichen zu den gleichen Schlussfolgerungen wie in den Ermittlungs- und Observationsberichten (vgl. vorstehend Erwägung 4a). In psychischer Hinsicht könne von einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Hinsichtlich der zunächst leichten (AUF maximal 25 %), ab Beginn der Behandlung in der Tagesklinik am 3. August 2011 mittelschweren Depression (AUF 40-50 %) sei mit Beendigung der psychiatrischen Behandlung (letzte Konsultation am 15. Dezember 2011) resp. Beendigung der Psychopharmakotherapie von einem weitgehenden Remittieren der psychischen Problematik auszugehen. In körperlicher Hinsicht sei ebenfalls von einer begrenzten Krankheitsphase auszugehen. Insgesamt dürfte der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Observation – nach einer kurzen Phase der psychischen Verschlechterung – wieder wie bei Status ABI-Gutachten gewesen sein, auch wenn der psychische Gesundheitszustand selbstverständlich nicht beobachtbar sei. Der von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ behauptete soziale Rückzug liege sicherlich nicht vor. Seit Januar 2012 sei der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine leidensadaptierte Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Eine auffällige Verminderung der Arbeitsgeschwindigkeit könne nicht bestätigt werden – die reduzierte Arbeitsgeschwindigkeit im Einsatz für die Gemeinde sei wohl motivationeller Natur gewesen. • In seiner Stellungnahme vom 16. Januar 2013 (vgl. IV-act. 185) bestätigte Dr. med. B.\_\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer seit dem 26. September 2011 psychiatrisch und psychotherapeutisch ambulant behandelt, nebst Kritik an der Observation, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung mit zurzeit mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine akzentuierte paranoide Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) vorliege. Die Observation sowie die anschliessende Befragung hätten den Beschwerdeführer sehr beschäftigt und belastet und zusammen mit anderen Faktoren zu einer Verschlechterung seines psychischen Zustandes geführt. • Der RAD-Abklärungsbericht vom 12. November 2013 (vgl. IV-act. 187, nachfolgend Abklärungsbericht) von RAD-Arzt pract. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, erging nach zwei persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers sowie in Kenntnis des Observationsmaterials. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8), als Diagnosen

- 17 - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie anamnestisch St.n. rezidivierender depressiver Störung, zum Begutachtungszeitpunkt in Remission (ICD-10 F33.4), gestellt. Die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers seien über lange Jahre betrachtet auffällig konstant, ohne dass diese durch therapeutische Bemühungen oder üblicherweise in Jahren auftretende Veränderungen (seien es Verbesserungen oder Verschlechterungen) modifiziert worden seien. Die somatomedizinische Sachlage stelle sich im Vergleich zur Beurteilung im ABI-Gutachten fast oder gänzlich unverändert dar. Anhand einer Prüfung der Foerster-Kriterien wird zudem dargelegt, dass eine Schmerzüberwindbarkeit vorliegend nicht ausnahmsweise als unzumutbar zu betrachten ist. Im Längsschnitt sei das Beklagen resp. Vorhandensein attestierter depressiver Symptome kein Novum. Auch wenn in der Vorgeschichte depressive Zustände oder depressive Episoden (wenn auch überwiegend auf Kontextfaktoren basierend) vorgelegen hätten und insgesamt von einer gewissen psychischen Verletzlichkeit auszugehen sei, so sei nicht von einer andauernden Depressivität auszugehen, welche eine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge. Auch die Beurteilung des bisherigen Krankheitsverlaufs unter Berücksichtigung der umfangreichen Aktenlage ergebe keinen Anhalt für das dauernde Vorliegen einer relevanten psychischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Eingliederungsfähigkeit sei medizintheoretisch vollumfänglich möglich, scheitere aber aufgrund des von Leistungsinsuffizienz und Schmerzleben geprägten Selbstbildes des Beschwerdeführers. 5. a) In der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin das erneute Leistungsbegehren des Beschwerdeführers deshalb abgewiesen, weil ein im Vergleich zum letzten materiellen Entscheid sowohl aus somatischer als auch aus psychischer Sicht unveränderter Gesundheitszustand bestehe. In ihrer Beurteilung hat sie sich vorwiegend auf den RAD-Abklärungsbericht von pract. med. C.\_\_\_\_\_ vom 12. November 2013 abgestützt. Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf diesen Abklärungsbericht abgestellt hat, mithin ob dieser hinsichtlich seines Beweiswerts den an ihn gestellten Anforderungen zu genügen vermag oder ob die übrige Aktenlage – insbesondere die Arztberichte von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und Dr. med. B.\_\_\_\_\_ – diesen zu erschüttern vermögen und allenfalls weitere Abklärungen erforderlich machen. b) Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Da-

- 18 - nach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V

351 E.3a m.w.H.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingehenden oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c m.w.H.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b sowie 112 V 30 E.1a m.w.H.). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 spre-

- 19 - chen (vgl. BGE 137 V 210 E.1.3.4 und 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungssache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2, 4.4 und 4.5 sowie 125 V 351 E.3a und 3b). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E.3b und 122 V 157 E.1c m.w.H.). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). c) In Revisionsfällen im Sinne von Art. 17 ATSG sowie bei Neuansmeldungen (wie vorliegend) gilt es bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhalts darüber hinaus noch Folgendes zu beachten: Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt, bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangs-

- 20 - punkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision oder Neuansmeldung erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E.5.1 und 125 V 351 E.3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von

einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_618/2014 vom 19. Dezember 2014 E.2.2, 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.6.1.2 und 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E.4.2). d/aa) RAD-Arzt pract. med. C.\_\_\_\_\_ setzt sich in seinem Abklärungsbericht vom 12. November 2013 nicht nur umfassend mit der Vorgeschichte in Form der Angaben des Patienten sowie den bei den Akten liegenden Berichten und Gutachten auseinander, sondern beschäftigt sich insbesondere intensiv mit den beiden Arztberichten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ sowie Dr. med. B.\_\_\_\_\_, auf welche sich der Beschwerdeführer bei der Begründung seines Leistungsgesuchs im Wesentlichen abstützt. Der nachvollziehbare und widerspruchsfreie RAD-Abklärungsbericht ist nicht nur auf der Basis der medizinischen Aktenlage, sondern insbesondere gestützt auf anlässlich zweier persönlicher Untersuchungen des Beschwerdeführers erhobenen Befunde erfolgt. Auch die Erkenntnisse der Observation sind in den Abklärungsbericht eingeflossen, auch wenn pract. med. C.\_\_\_\_\_ nur unwesentlich, mithin lediglich als unterstützendes Argument seiner unab-

- 21 - hängig davon erstellten Schlussfolgerung, auf die Observationsergebnisse abstellt (vgl. hierzu vorstehend Erwägung 4c). Indem sich der Abklärungsbericht vertieft mit dem bisherigen Verlauf des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auseinandersetzt und die aktuelle Situation vor dem Hintergrund der gesamten Krankheitsgeschichte würdigt, trägt er dem vergleichenden Charakter des revisions- oder neuanmeldungsrechtlichen Beweisthemas hinreichend Rechnung (vgl. vorstehend Erwägung 5c). bb) Soweit der Beschwerdeführer den RAD-Arzt pract. med. C.\_\_\_\_\_ in Bezug auf dessen Abklärungsbericht als voreingenommen bezeichnet, ist ihm nicht zu folgen. Zunächst schliesst die Tatsache, dass es sich beim RAD um einen versicherungsinternen, zur Verwaltung gehörenden Dienst handelt, nicht aus, dass einem derartigen Bericht – sofern er den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht zu genügen vermag – voller Beweiswert zukommen kann (vgl. vorstehend Erwägung 5b sowie BGE 135 V 254 E.3.4.2 in fine, BGE 137 V 210 E.1.2.1 und Urteil des Bundesgerichts 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E.4.3.2). Der – ohnehin nicht absoluten – Arbeitsteilung zwischen dem medizinischen Fachmann und der Verwaltungsbehörde resp. dem Gericht hinsichtlich der Abklärung und Würdigung des erheblichen Sachverhalts (vgl. vorstehend Erwägung 2d sowie BGE 140 V 193 E.3.2 m.w.H.) steht es sodann nicht entgegen, dass sich die Ausführungen eines begutachtenden Mediziners auf gewisse rechtliche Rahmenbedingungen beziehen resp. dass diese in Form von Bundesgerichtszitaten wiedergegeben werden. Dies spricht entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht für eine Voreingenommenheit des Gutachters, sondern umgekehrt vielmehr für die Qualität des Berichtes resp. die Gründlichkeit des begutachtenden Mediziners. Letztendlich ist und bleibt es die Aufgabe der Verwaltung resp. des Gerichts, die Folgeabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Per-

- 22 - son – unabhängig von allfälligen rechtlichen Ausführungen in den medizinischen Unterlagen – vorzunehmen. cc) Des Weiteren bemängelt der Beschwerdeführer, dass der RAD-Abklärungsbericht vom 12. November 2013 exakt ein Jahr vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden sei und deshalb kein aktuelles Bild über seinen

Gesundheitszustand vorliege. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich pract. med. C.\_\_\_\_\_ aus eigener Initiative zur Verzögerung zwischen seinen Untersuchungen (vom 15. Mai 2012 und 20. Juni 2012) und dem Abschluss des Abklärungsberichtes (12. November 2013) geäußert hat (vgl. Abklärungsbericht S. 28 f.). Dabei führte er nachvollziehbar aus, dass er eine zusätzliche Verlaufsuntersuchung resp. begutachtung im vorliegenden Fall für nicht erforderlich halte, da der physische Gesundheitszustand seit über zehn Jahren sowohl bezüglich der beklagten Beschwerden als auch bezüglich fehlender organmedizinischer resp. objektivierbarer Ursachen dieser Beschwerden praktisch vollständig stabil sei. Aus dem gleichen Grunde ist nach Auffassung des Gerichts auch die verhältnismässig lange Dauer zwischen dem Abschluss des Abklärungsberichtes und dem Erlass der angefochtenen Verfügung nicht zu beanstanden resp. nicht mittels Einholen einer Verlaufsbeurteilung zu korrigieren. Bezeichnenderweise macht der Beschwerdeführer in seinen Ausführungen denn auch nicht geltend, dass sich sein Gesundheitszustand seit den Untersuchungen Mitte 2012 resp. seit Vorliegen des Abklärungsberichtes Ende 2013 wesentlich verändert habe. dd) Zu Recht nicht infrage gestellt werden sodann die persönlichen und fachlichen Qualifikationen von pract. med. C.\_\_\_\_\_. Als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt dieser über die nötige Fachkompetenz, um die – insbesondere in psychischer Hinsicht umstrittenen – Veränderungen im Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu beurteilen.

- 23 - e) Damit ist festzuhalten, dass der RAD-Abklärungsbericht von pract. med. C.\_\_\_\_\_ vom 12. November 2013 den beweisrechtlichen Anforderungen an einen im Hinblick auf eine Neuanmeldung einzuholenden medizinischen Bericht genügt und dass sich die Beschwerdegegnerin bei ihren Beurteilungen folglich – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – zu Recht auf diesen abgestützt hat. 6. In seinem Neuanmeldungs-gesuch vom 2. August 2011 machte der Beschwerdeführer insofern eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend, als ihn seine chronischen Rückenschmerzen über die ganze Wirbelsäule bei jeglicher belastenden Tätigkeit behindern und regelmässig zu Pausen zwingen würden. Auch seine von Versagensgefühlen und Zukunftsängsten geprägte seelische Verfassung sei seit der Rentenaufhebung im Jahre 2008 sehr schlecht. Seine Dolmetschertätigkeit habe er aufgeben müssen, da er keinerlei Druck mehr aushalten könne, und zwei Versuche zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt seien fehlgeschlagen (vgl. IV-act. 134 S. 4 f.). Dr. med. E.\_\_\_\_\_, der die Neuanmeldung des Beschwerdeführers erklärermassen unterstützte, diagnostizierte am 28. Juli 2011 ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom seit dem Arbeitsunfall im Jahre 1995 sowie eine somatoforme Schmerzstörung mit Begleiterkrankungen (mittelschwere Depression, sozialer Rückzug und Isolation, mögliche narzisstische Persönlichkeitsstörung), und gemäss Dr. med. B.\_\_\_\_\_ liege eine rezidivierende depressive Störung mit zurzeit mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine akzentuierte paranoide Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) vor (vgl. vorstehend Erwägung 4d). Demnach ist im Folgenden zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 3. November 2008 in physischer (nachfolgend Erwägung 7) oder psychischer (nachfolgend Erwägung 8) Hinsicht verschlechtert hat.

- 24 - 7. a) Bezüglich des physischen Gesundheitszustandes führt pract. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Abklärungsbericht zutreffend aus, dass der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ keine neuen und objektivierbaren Befunde beigebracht habe, die Anhalt dafür gäben, dass sich die rein

organmedizinische Situation verändert hätte. Mangels Veränderungen in der Beschwerdeangabe, neuer objektiver Belege für organmedizinische Ursachen der angegebenen, körperlich empfundenen Beschwerden sowie in Anbetracht der sorgfältigen Diagnosestellung im ABI-Gutachten aus dem Jahre 2007 kam pract. med. C. \_\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung weiterhin bestehe (vgl. Abklärungsbericht S. 23). Soweit Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 16. Januar 2013 ohne nähere Begründung und ohne Darlegung entsprechender Befunde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert, handelt es sich dabei demnach lediglich um eine andere Benennung der seit Jahren bekannten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (vgl. RAD-Abschlussbeurteilung vom 8. August 2014 in IV-act. 203, Case Report S. 9 f.). Wie vorstehend dargelegt, bedarf es zur Annahme einer rentenrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes einer substanziellen Veränderung in der Beschaffenheit oder dem Ausmass der vorbestehenden Tatsachen, während bloss nominelle Differenzen diagnostischer Natur hierfür nicht genügen (vgl. vorstehend Erwägung 5c sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_618/2014 vom 19. Dezember 2014 E.2.3). b) In Ermangelung neuer objektivierbarer Befunde sowie angesichts der Tatsache, dass die bekannten Befunde, deren diagnostische Zuordnung sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmmedizinischer Sicht bereits Gegenstand diverser Verfahren bis hin zum Bundesgericht gebildet haben, hat pract. med. C. \_\_\_\_\_ zu Recht keinen Anlass gesehen, im Rahmen seines Abklärungsberichts erneut rheumatologische Abklärungen vorzunehmen resp. vornehmen zu lassen (vgl. Ab-

- 25 - klärungsbericht S. 23). Zur gleichen Einschätzung gelangte schon Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Jahre 2009 in der Klinik Valens, welche aus diesem Grunde ebenfalls auf die Wiederholung einer radiologischen Abklärung verzichtet hatte (vgl. IV-act. 156 S. 12). Vor diesem Hintergrund erweist sich der Sachverhalt – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – als ausreichend abgeklärt, weshalb auf die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens in den Fachbereichen Psychiatrie, Rheumatologie und ev. Neurologie – auch im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung (vgl. BGE 134 I 140 E.5.3) – zu verzichten ist. Der entsprechende Antrag des Beschwerdeführers ist demnach abzuweisen. c) Dass keine namhaften Einschränkungen der physischen Gesundheit vorliegen, ergibt sich nach Auffassung des Gerichts auch aus den Observationsvideos. Es ist wohl zutreffend, dass sich der Beschwerdeführer vereinzelt an den Rücken greift, wenn er sich aus gebückter oder kniender Stellung aufrichtet. Hierzu ist jedoch zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer mit dieser Geste oftmals offenkundig das Hemd in die Hosen steckt resp. die Hose zurechtrichtet. Sodann erscheint es nicht ungewöhnlich, dass sich eine Person, welche rund eine halbe Stunde lang kniend und in gebückter Haltung Spinat erntet, von Zeit zu Zeit aufsteht und den Rücken streckt. Zutreffend ist überdies, dass teilweise eine Schonhaltung in Form eines leichten, diskreten Hinkens auszumachen ist, doch verschwindet dies jeweils nach kurzer Zeit wieder. Insgesamt hinterlässt der Beschwerdeführer, welcher anlässlich der Observation dabei beobachtet werden konnte, wie er eine längere Gehstrecke zurücklegt, in verschiedenen Körperhaltungen Gartenarbeit verrichtet und beim Abbau eines Zeltes hilft, ein Fahrrad mit seiner Tochter auf der Lenkstange schiebt und diese auf dem Spielplatz auf seine Schultern hebt (vgl. das separate BVM-Dossier), nicht den Eindruck, als würde er unter gewichtigen körperlichen Einschränkungen leiden.

- 26 - d) Damit ist festzuhalten, dass der physische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Beurteilung im Jahre 2008 keine wesentliche Verschlechterung erfahren hat. Der Vollständigkeit halber ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass die neue, mit BGE 141 V 281 am 3. Juni 2015 eingeführte Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen keine "Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse" im revisions- resp. neuanmeldungsrechtlichen Sinne darstellt, mithin für sich alleine nicht als Revisions- resp. Neuanmeldungsgrund gilt. Dies hat das Bundesgericht jüngst im praxisändernden BGE 141 V 585 entschieden. 8. a) Hinsichtlich der Depression relativiert pract. med. C. \_\_\_\_\_ die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ beschriebene grosse Rückzugstendenz und fortgeschrittene soziale Desintegration insofern, als sich eine solche im Rahmen der Untersuchung nicht habe feststellen lassen und die Observationsvideos eindeutig gegen eine fortgeschrittene soziale Desintegration sprächen. Zudem würden die Einschätzungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, welcher kein Psychiater sei, nicht auf objektivierbaren Befunden, sondern naturgemäss wohl im Wesentlichen auf den Angaben des Beschwerdeführers basieren (vgl. Abklärungsbericht S. 24). Dem Beschwerdeführer ist zwar insofern Recht zu geben, als sowohl Sozialkontakte via Telefon als auch eine Begrüssung auf der Strasse nicht per se gegen eine Desintegration sprechen – auch Personen, welche an depressiven Störungen litten, würden kommunizieren, wie der Beschwerdeführer etwas lakonisch, aber nicht zu Unrecht festhält. In der Tat legt aber die Konsultation der Observationsvideos nicht den Schluss nahe, dass sich der Beschwerdeführer sozial zurückzieht oder nicht integriert ist. Vielmehr wirkt seine Art, wie er durch die Strassen geht und Leute begrüsst, sowie die Tatsache, dass er im Dorf viele Leute zu kennen scheint, als wäre er gut integriert und hätte keine Probleme, mit seinem sozialen Umfeld zu interagieren. Zudem bleibt anzumerken, dass das Telefon des Beschwerdeführers am Morgen der ersten Exploration offenbar nicht weniger als dreimal mit verschiede-

- 27 - nen Ruftönen geklingelt hat (vgl. Abklärungsbericht S. 21). Die entsprechenden Interpretationen durch pract. med. D. \_\_\_\_\_ und pract. med. C. \_\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 178 S. 6 sowie Abklärungsbericht S. 24), wonach Anzeichen für eine grosse Rückzugstendenz und fortgeschrittene soziale Desintegration zu verneinen seien, sind demzufolge nicht etwa als "unwissenschaftlich" oder tendenziös zu werten. b) Pract. med. C. \_\_\_\_\_ hält in seinem Abklärungsbericht weiter fest, dass depressive Symptome beim Beschwerdeführer kein Novum darstellten, sondern in den letzten Jahren mehrmals und phasenweise aufgetreten seien. Insofern begründe die Einschätzung, dass nun eine Depression vorliege, für sich alleine noch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Dem Beschwerdeführer attestiert er zum Untersuchungszeitpunkt eine erhebliche depressive Selbstwahrnehmung, nicht jedoch das Vorliegen einer veritablen Depressivität resp. einer versicherungsmedizinisch aner kennenswerten depressiven Störung im Sinne des ICD-10 F32/33. Angesichts diverser Vorbefunde sei von einer gewissen psychischen Verletzlichkeit des Beschwerdeführers auszugehen, zufolge welcher in verschiedenen Situationen wiederholt depressive Zustände oder depressive Episoden aufgetreten seien (vgl. Abklärungsbericht S. 26). So hat auch Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 22. Dezember 2011 festgehalten, dass der Beschwerdeführer auf Rückschläge, Belastungen u.ä. mit Schlafstörungen, depressiven Einbrüchen und einer Zunahme des lumbalen Schmerzsyndroms reagiere – so etwa nach der vollständigen Kürzung der Rente im Jahre 2008 (vgl. IV-act. 154). Konkret bringen auch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sowie Dr. med. B. \_\_\_\_\_ zum Ausdruck, dass etwa die Aberkennung der Teilrente im Jahre 2008 oder die Konfrontation des Beschwerdeführers mit dem Observationsmaterial zu einer enormen Erschwerung der Situation resp. zu einer

Verschlechterung seines psychischen Zustandes geführt hätten (vgl. IV-act. 148 sowie 185). In diesem Zusammenhang weist pract. med. C.\_\_\_\_\_ unter Verweis auf die ein-

- 28 - schlägige Rechtsprechung des Bundesgerichts zutreffend darauf hin, dass sog. Kontextfaktoren wie psychische Auswirkungen einer drohenden oder erfolgten Renteneinstellung IV-rechtlich nicht von Belang seien. Mit anderen Worten darf das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheiden- de Befunde wie beispielsweise eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare, andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne zu umfassen. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, mithin gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (vgl. BGE 127 V 294 E.5a, Urteil des Bundesgerichts 9C\_953/2012 vom 5. April 2013 E.3.1 sowie MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 28a N 271). Vor diesem Hintergrund ist pract. med. C.\_\_\_\_\_, der das Vorliegen von periodischen depressiven Zuständen – selbst zum Zeitpunkt der Untersuchung – sowie daraus resultierender vorübergehender Phasen der Arbeitsunfähigkeit nicht negiert, nachvollziehbarerweise zum Schluss gekommen, dass keine andauernde Depressivität vorliege, welche eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge (vgl. Abklärungsbericht S. 25 f.). Insofern kann pract. med. C.\_\_\_\_\_ – auch im Hinblick auf die Interpretation des Beck-Depressionsfragebogens, welcher vor allem das Selbstbild eines Probanden widerspiegelt (vgl. Abklärungsbericht S. 24 sowie 30 f.) – diesbezüglich kein "widersprüchliches und inkonsequentes Verhalten" vorgeworfen werden (vgl. Beschwerde vom 8. Dezember 2014 S. 3). Die Einschätzung von pract. med. C.\_\_\_\_\_ deckt sich letztlich auch mit derjenigen des vormals behandelnden Psychiaters Dr.

- 29 - med. H.\_\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2011, welcher dem Gesamtzustand einen "gewissen Krankheitswert" zuschreibt, gleichzeitig jedoch auch erhebliche somatoforme und persönlichkeitsbedingte Komponenten ausmacht (vgl. vorstehend Erwägung 4d sowie IV-act. 154 S. 3). c) Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hat auch sein aktuell behandelnder Psychiater, Dr. med. B.\_\_\_\_\_, nicht "eindrücklich aufzeigen" können, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert hat. Dieser unterlegt seine im Schreiben vom 16. Januar 2013 (vgl. IV-act. 185) gestellten Diagnosen nämlich mit keinerlei Befunden. An dessen fachlicher Kompetenz, den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie fachmedizinisch zu würdigen, wird nicht gezweifelt. Seine Einschätzung vermag den Abklärungsbericht des RAD vorliegend aber auch insofern nicht in Zweifel zu ziehen, als sie sich lediglich auf den momentanen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezieht. Ein kurzer Verweis auf die Vorgeschichte kann selbstredend nicht ausreichen, um dem neu anmeldungsrechtlichen Beweisthema, welches auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu einem vorbestehenden Zustand abzielt, gerecht zu werden (vgl. vorstehend Erwägung 5c). Dass sich seine Diagnosestellung mit derjenigen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im Einklang befindet, vermag dieser im vorliegenden Kontext ebenfalls keinen höheren Beweiswert zu verleihen. d) Auch nicht zu überzeugen vermag der Einwand in der Beschwerde, wo-

die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden wie verminderte Konzentration, vermindertes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen und verminderter Appetit mit den unter ICD-10 F32 beschriebenen Symptomen übereinstimmen würden und deshalb – in Übereinstimmung mit dem Ergebnis des Beck-Depressionsfragebogens – von einer mittelschweren Depression auszugehen sei (vgl. Beschwerde vom 8. Dezember 2014 S. 3). Diesbezüglich ist mit der Beschwerdegegnerin nämlich

- 30 - festzuhalten, dass es sich bei den geklagten Beschwerden sowie auch bei den Ergebnissen des Beck-Fragebogens (vgl. hierzu Abklärungsbericht S. 24) um rein subjektive Angaben des Beschwerdeführers handelt. Falls seitens des Beschwerdeführers gegenüber den beurteilenden Ärzten falsche und/oder unvollständige Angaben gemacht würden, resultiere dies fast zwangsweise in falschen Schlussfolgerungen in den medizinischen Berichten. Aufgrund der Aktenlage sowie der schlüssigen und nachvollziehbaren Darstellung von pract. med. C.\_\_\_\_\_ im Abklärungsbericht ist vorliegend davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über gesundheitliche Beschwerden berichtet, welche nicht objektivierbar waren, mithin effektiv entweder gar nicht oder nur teilweise vorlagen resp. vorliegen. e) Als weiteres Argument gegen das Vorliegen einer depressiven Störung in rentenrelevantem Ausmass bringt pract. med. C.\_\_\_\_\_ im Abklärungsbericht vor, dass weder in psychiatrischer noch in psychotherapeutischer oder psychopharmakologischer Hinsicht eine adäquate Behandlung stattgefunden habe (vgl. Abklärungsbericht S. 24 f.). Vor dem Hintergrund der vorstehenden Erwägungen braucht dieses (seitens des Beschwerdeführers unwidersprochen gebliebene) Vorbringen jedoch nicht abschliessend beurteilt zu werden. f) Das Vorliegen einer mittelschweren Depression mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, wie sie Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 28. Juli 2011 beschrieben hat (vgl. IV-act. 135), wurde im Rahmen des Abklärungsberichtes demnach in nachvollziehbarer Weise widerlegt. Wie pract. med. C.\_\_\_\_\_ zutreffend ausführt, sind die wiederholt aufgetretenen depressiven Episoden jeweils auf der Grundlage psychosozialer Faktoren (sog. Kontextfaktoren) entstanden und waren jeweils von beschränkter zeitlicher Dauer, weshalb diese depressiven Symptome – selbst wenn sie von versicherungsmedizinischer Relevanz wären – keine

- 31 - längerfristige oder gar andauernde Minderung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen (vgl. Abklärungsbericht S. 29). 9. Auch in der von den behandelnden Ärzten geltend gemachten narzisstischen resp. paranoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 Z73.1; vgl. IV-act. 135 S. 5 sowie 185 S. 2) ist keine neu anmeldungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszumachen. Wie im Abklärungsbericht zutreffend festgehalten wird, vermögen akzentuierte Persönlichkeitszüge nach geltender Rechtsprechung nämlich keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit und demnach auch keine Rentenansprüche gegenüber der IV zu begründen. Bei der sog. Z-Kategorie des ICD-10-Systems handelt es sich nämlich nicht um psychiatrische Diagnosen, sondern lediglich um "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen" und damit nicht um einen rechtserheblichen Gesundheitsschaden (vgl. Abklärungsbericht S. 25 f. mit Verweis auf Urteil des Bundesgerichts 8C\_633/2010 vom 15. November 2010 E.5.2.4). 10. a) Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ein Vergleich des Sachverhalts, welcher der Verfügung vom 3. November 2008 zugrunde lag, mit jenem Sachverhalt, welcher sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 10. November 2014 verwirklicht hat, entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung nicht auf eine wesentliche

Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers schliessen lässt, welche einen IV- Leistungsanspruch begründen würde. Die entsprechende Beurteilung von pract. med. C.\_\_\_\_\_ im als beweiskräftig und umfassend eingestuften RAD-Abklärungsbericht wird insbesondere durch die Ausführungen der behandelnden Ärzte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und Dr. med. B. \_\_\_\_\_, welche ihre Diagnose nicht auf objektive Befunde zu stützen vermögen resp. den im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand lediglich anders interpretieren, nicht in Zweifel gezogen. Damit hat die Beschwerdegegnerin

- 32 - dem Beschwerdeführer gestützt auf dessen Neuanmeldungs-gesuch zu Recht keinen Rentenanspruch zuerkannt, weshalb sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig erweist und die vorliegende Beschwerde ab- zuweisen ist. b) Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkei- ten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festge- legt. Bei diesem Ausgang des Verfahrens rechtfertigt es sich, dem unter- liegenden Beschwerdeführer Gerichtskosten in Höhe von Fr. 700.-- zu überbinden. Die obsiegende IV-Stelle hat keinen Anspruch auf eine Par- teientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

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