

**Invalidenversicherung; Neuanmeldung nach vorangegangener Leistungsverweigerung; Anwendungsfall eines nicht beweiskräftigen Administrativgutachtens und einer verselbständigten, therapieresistenten depressiven Erkrankung** – Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 8 Abs. 1, Art. 17 Abs. 1 und Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 87 Abs. 3 IVV.

*Einem Administrativgutachten fehlt es an der erforderlichen Nachvollziehbarkeit, wenn ohne konkrete befundmässige Verbesserung eine deutlich höhere somatische Arbeitsfähigkeit bescheinigt wird als sie der ursprünglichen Verfügung zu Grunde lag. Es muss aus dem Gutachten ersichtlich sein, von welchen tatsächlichen Vorgaben die Experten bei der zumutbaren adaptierten Tätigkeit ausgehen; eine lediglich als Tagesstruktur etablierte Beschäftigung in einer geschützten Werkstätte fällt als angestammte Tätigkeit ausser Betracht (E. 4.4).*

*Beim konkreten schweren, langandauernden Verlauf einer depressiven Erkrankung mit achtmaliger stationärer psychiatrischer Behandlung innert rund drei Jahren, zusätzlichen monatlichen therapeutischen Gesprächen sowie einer umfangreichen medikamentösen Behandlung ist auch unter Berücksichtigung bestehender psychosozialer Belastungen von einem verselbständigten Krankheitsbild auszugehen. Angesichts der langjährigen, intensiven stationären und ambulanten Therapiebemühungen, die letztlich nur kurzzeitige Verbesserungen zu bewirken vermochten, sowie der wiederkehrenden Suizidabsichten und zweimaligen Suizidversuchs muss die depressive Störung als therapieresistent angesehen werden. Eine (lediglich) psychosozial begründete Symptomatik bzw. eine reaktive Komponente in Zusammenhang mit dem IV-Verfahren, wie sie im Administrativgutachten festgehalten wird, ist nicht plausibel.*

*Da das Administrativgutachten zahlreiche Ungereimtheiten enthält, bestehen triftige Gründe, davon abzuweichen und gestützt auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit auszugehen (E. 5.5).*

OGE 63/2015/45 vom 14. November 2017

Keine Veröffentlichung im Amtsbericht

## **Sachverhalt**

Der 1961 geborene X. war seit 29. Juni 1988 zu 100% als Hilfsarbeiter angestellt. Im Jahr 2003 erlitt er im Rahmen einer Operation eine Nervenverletzung am linken Handgelenk. Am 18. Februar 2008 erfolgte ein weiterer operativer Eingriff im Bereich des proximalen Vorderarms; bis 3. Mai 2008 war er deswegen zu 100% arbeitsunfähig. Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 2010 aus betrieblichen Gründen. Am 7. Mai 2010 meldete sich X. bei der IV-Stelle zum

Leistungsbezug an. Die von der IV-Stelle verfügte Abweisung des Gesuchs wurde vom Obergericht des Kantons Schaffhausen und vom Bundesgericht bestätigt (OGE 63/2011/16 vom 11. November 2001; BGer 8C\_939/2011 vom 13. Februar 2012).

Mit Schreiben vom 4. Mai 2012 liess X. bei der IV-Stelle einen Antrag auf berufliche Massnahmen stellen. Er machte geltend, es bestehe zusätzlich seit Oktober 2011 eine mittelschwere depressive Episode und deshalb eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Vom 6. Juni 2012 bis 20. Juli 2012 befand sich X. erstmals stationär in einer psychiatrischen Klinik. Am 2. August 2012 teilte ihm die IV-Stelle mit, sie gewähre Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche. Am 28. August 2012 ersuchte X. die IV-Stelle, aufgrund einer schweren depressiven Episode (F32.2) ein Revisionsverfahren einzuleiten. Vom 28. August 2012 bis 20. September 2012 befand er sich erneut stationär in einer psychiatrischen Klinik. Die IV-Stelle verfügte am 28. September 2015 nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen, im Wesentlichen gestützt auf ein bidisziplinäres (rheumatologisches und psychiatrisches) Gutachten vom 21. Juli 2014, X. habe bei einem Invaliditätsgrad von 38% keinen Anspruch auf eine Rente. Eine Beschwerde von X. gegen diese Verfügung hiess das Obergericht gut; es sprach X. mit Wirkung ab 1. Februar 2013 eine ganze Invalidenrente zu.

## **Aus den Erwägungen**

**2.3.** Bei einander widersprechenden medizinischen Berichten darf das Gericht den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist grundsätzlich nicht dessen Herkunft entscheidend, sondern ob dieser 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Dennoch kommt den Administrativ- und Gerichtsgutachten praxisgemäss erhöhter Beweiswert zu, indem ihnen volle Beweiskraft zuzuerkennen ist, solange nicht konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 352 f. und seitherige Rechtsprechung).

[...]

**4.1.** Streitgegenstand bildet die verfügte Abweisung des Erhöhungsgesuchs. Zu prüfen ist daher, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund der getroffenen Abklärungen im Vergleich zur Rentenablehnung am 24. Januar 2011 eine erhebliche Änderung in den medizinischen Verhältnissen zu Recht verneint hat.

**4.2.** Die ursprüngliche Rentenverfügung vom 24. Januar 2011 basierte hauptsächlich auf einem Gutachten des Dr. med. Y. vom 14. Februar 2010, dem Arztbericht des Dr. med. Z. vom 13. Juli 2010 sowie einem MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 24. August 2010.

Dr. med. Y. hielt in seinem Gutachten als Diagnose ein massives, überregionales Schmerzsyndrom im gesamten Bereich der linken oberen Extremität nach Schädigung des Nervus radialis superficialis am Handgelenk und späterer, proximaler Neurotomie dieses Astes am proximalen Vorderarm fest. Nach der zweiten Operation an der Hand verspüre der Beschwerdeführer neu verstärkt ein ausgeprägtes schmerzhaftes Brennen im ganzen Arm, eine Schmerzhaftigkeit am Vorderarm selbst und eine ausgeprägte lokale Schmerzhaftigkeit der Narbe am Vorderarm, mit ausstrahlenden Schmerzen bis in den Schulterbereich hinein. Damit sei seine Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt. Jede weitere Operation, auch wenn sie korrekt durchgeführt werde, werde die Probleme mit Schmerzen und Funktionsstörungen weiter akzentuieren.

Dr. med. Z. bestätigte am 13. Juli 2010 die Diagnose eines chronischen regionalen Schmerzsyndroms am linken Arm. Er führte aus, prognostisch sei von keiner Verbesserung auszugehen. Ob sich eine Verschlechterung einstellen werde, könne nicht gesagt werden. Aufgrund des Versagens jeglicher Therapien lasse sich kein vernünftiger Therapieversuch machen. Für alle schweren Tätigkeiten, die den linken Arm betreffen, bestehe eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit. Die linke Hand könne lediglich als Helferhand eingesetzt werden. Die bisherige Tätigkeit könne im Prinzip noch ausgeübt werden. Dem Beschwerdeführer sei mittlerweile aber gekündigt worden. Letztendlich könne auch eine belastende Tätigkeit mit verminderter Leistungsfähigkeit durchgeführt werden. Objektiv betrachtet bestehe eine dauerhaft reduzierte Leistungsfähigkeit. Bei einer optimalen Tätigkeit, die keinen wesentlichen Einsatz der linken Hand erfordere, würde diese wahrscheinlich 75% betragen, bei allen schweren Tätigkeiten wahrscheinlich nur 50%.

Das MRI vom 24. August 2010 wurde aufgrund des rezidivierenden Lumbovertebralsyndroms mit zusätzlicher Schmerzausstrahlung in das linke Bein durchgeführt. Der Untersuchung zeigte eine etwas irreguläre flache Diskushernie mediolateral links im Segment L4/L5, ohne sichere Alteration der linken Nervenwurzel L5. Es bestünde eine deutliche Chondrose im Segment L5/S1, aber keine Anhaltspunkte für eine Spinalkanal- oder relevante Foraminalstenose, jedoch bestehe eine mässige bis deutliche Spondylarthrose im mittleren bis unteren Abschnitt der LWS.

Ausgehend von einer 75%-igen Leistungsfähigkeit legte das Bundesgericht seinem die Rentenabweisung bestätigenden Entscheid einen IV-Grad von 33% zu Grunde.

**4.3.** Den Akten lässt sich nichts entnehmen, was auf eine seither eingetretene Veränderung in *somatischer Hinsicht* schliessen liesse, insbesondere finden sich keine entsprechenden Hinweise in der Expertise [...]. Die Gutachter hielten fest, im Bereich der linken Hand könne ein neuropathisches Schmerzsyndrom des Nervus radialis superficialis bestätigt werden mit auch motorischer Komponente mit Thenaratrophy links und funktioneller Einschränkung sowie einer Kraftminderung vor allem bei der Daumenposition. Gemäss den gutachterlichen Schlussfolgerungen bestand das arbeitsbezogene relevante Problem in einer verminderten Belastungstoleranz der Lendenwirbelsäule, der linken Schulter und des linken Unterarms. Das Hauptproblem sahen die Experten in einem ausgeprägten Schmerz- und Schonverhalten. Aufgrund der Selbstlimitierung bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) könne die Zumutbarkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit (als Hilfsarbeiter) als auch in einer anderen Arbeit nicht abschliessend gestützt auf die EFL beurteilt werden. Die Beurteilung müsse vielmehr medizinisch-theoretisch (interdisziplinär) erfolgen. Dabei kamen die Gutachter zum Schluss, aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht sei eine mittelschwere wechselpositionierte Tätigkeit (im Sinne eines Wechsels zwischen Gehen-Stehen und Sitzen) unter Vermeidung statisch-repetitiver und feinmotorisch anspruchsvoller Arbeiten mit gleichzeitigem Kraftaufwand mit der linken, adominanten Hand und nur seltenem Arbeiten über Schulterhöhe mit dem linken Arm ganztags zumutbar.

**4.4.** Die von den Experten [...] festgehaltene Symptomausweitung und Selbstlimitierung war im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. Y. am 16. Februar 2005 (noch) kein Thema. Versicherungsrechtlich kann eine Selbstlimitierung insbesondere bei der Beurteilung der Zumutbarkeit bedeutsam sein. Nicht ausgeblendet werden darf aber, dass eine EFL nicht zum Ziel hat, die Natur der oft vielfältigen und komplexen Ursachen, welche einer Selbstlimitierung zu Grunde liegen, zu erforschen. Ebenfalls ist sie nicht geeignet, kognitive oder verhaltensorientierte Fähigkeiten am Arbeitsplatz zu schätzen oder Leistungseinschränkungen aufzuzeigen, die auf Erkrankungen ausserhalb des Bewegungsapparates zurückzuführen sind (BGer 8C\_547/2008 vom 16. Januar 2009 E. 4.2.1 mit Hinweis). Soweit die [...] Gutachter, ohne eine konkrete befundmässige Verbesserung betreffend den linken Arm und die linke Hand zu nennen (unter Hinweis auf die von ihnen beobachteten erheblichen Inkonsistenzen), von einer deutlich geringeren somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ausgingen als sie im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 24. Januar 2011 bestand, fehlt es der Expertise an der erforderlichen Nachvollziehbarkeit.

Sodann kamen die Experten zum Schluss, die angestammte Tätigkeit sei wohl retrospektiv seit 2006 nicht mehr zumutbar. Hingegen entspreche die in der Folge ausgeübte Arbeit einer teiladaptierten Tätigkeit, wie sie auch aktuell noch ausgeübt werden könnte. Da diese weitgehend stehend ausgeübt worden sei, sei aus somatischer Sicht (Rückenproblematik, Fehlstatik, vermehrter Pausenbedarf) eine Reduktion des zeitlichen Rendements auf sechs Stunden anzunehmen. Bei diesen Ausführungen bleibt allerdings unklar, von welchen tatsächlichen Vorgaben die Gutachter ausgingen. Die Arbeitsstelle als Hilfsarbeiter [...], welche der Beschwerdeführer seit dem Jahr 1988 innehatte, wurde per 31. Januar 2010 gekündigt, anschliessend übte der Beschwerdeführer keine Arbeitstätigkeit mehr aus. Es wurde einzig im Rahmen des ersten stationären Aufenthaltes im Psychiatriezentrum A. eine Beschäftigungstherapie in der Stiftung B. in die Wege geleitet (und während der anschliessenden ambulanten Behandlung aufrechterhalten). Wenn die Gutachter ausführten, die angestammte Tätigkeit sei mutmasslich seit 2006 unzumutbar, die in der Folge ausgeübte Tätigkeit aber (somatisch) im Umfang von sechs Stunden täglich zumutbar, ist nicht ersichtlich, von welcher Folgetätigkeit sie ausgingen. Nicht damit gemeint sein kann jedenfalls die lediglich als Tagesstruktur etablierte Beschäftigung in der geschützten Werkstätte. Auch insoweit sind die gutachterlichen Einschätzungen somit nicht nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund kann bezüglich der somatischen Limitierung nicht auf das [...] Gutachten abgestellt werden. Es ist davon auszugehen, dass die im Januar 2011 vorhanden gewesene somatische Beeinträchtigung überwiegend wahrscheinlich unverändert auch im hier relevanten Verfügungszeitpunkt (28. September 2015) persistierte.

**5.** Während im Zeitpunkt der anspruchsverneinenden Verfügung vom 24. Januar 2011 keinerlei (relevante) psychische Auffälligkeiten bestanden, befand sich der Beschwerdeführer ausweislich der Akten seit Dezember 2011 in teilstationärer Behandlung im Psychiatriezentrum A. Dass in *psychischer Hinsicht* eine erhebliche Veränderung eingetreten war, ist unbestritten. Streitig und zu prüfen ist aber, in welchem Ausmass die psychische Beeinträchtigung die Arbeitsfähigkeit mindert. Diesbezüglich ergeben die Akten folgendes Bild:

**5.1.** Mit Bericht vom 12. April 2012 diagnostizierte med. pract. C, Oberarzt, [...], in erster Linie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei schwieriger psychosozialer Situation und Arbeitslosigkeit. Der Versicherte habe bei Eintritt ein deutlich depressives Zustandsbild mit Gedankenkreisen, Unruhegefühl, Ein- und Durchschlafstörungen, zum Teil auch Gedanken, nicht mehr leben zu wollen, gehabt. Er sei aus psychiatrischer Sicht vor allem wegen des depressiven Zustandsbildes als zu 100% arbeitsunfähig anzusehen.

**5.2.** Eine erste stationäre psychiatrische Behandlung erfolgte (nach Zuweisung per ärztlich angeordnetem fürsorgerischem Freiheitsentzug [FFE; seit 1. Januar

2013: Fürsorgerische Unterbringung {FU} im Anschluss an einen Suizidversuch mit Tabletten) vom 6. Juni bis 20. Juli 2012. Im Austrittsbericht vom 27. Juli 2012 wurde hauptsächlich eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert (ICD-10 F32.2). Auf der Akutstation habe sich der Beschwerdeführer rasch von Suizidgedanken distanzieren können, diese seien jedoch bald wieder aufgetreten. Er habe sich häufig fast den ganzen Tag zurückgezogen. Am 18. Juni 2012 sei die Verlegung auf die Station für Rehabilitation erfolgt, wo er ein schwankendes Zustandsbild gezeigt habe. Zum Teil sei er innerlich angespannt gewesen und habe aggressive Gefühle gezeigt. Bezüglich Suizidalität habe der Beschwerdeführer immer wieder als unklar beurteilt werden müssen.

**5.3.** Der nachfolgende Zeitraum bis zum Verfügungserlass (und – was in diesem Verfahren allerdings nicht zu berücksichtigen ist – auch darüber hinaus) war geprägt von wiederholten stationären Aufenthalten im Psychiatricentrum A., jeweils im Anschluss an schwere depressive Episoden (einmal mit psychotischen Symptomen), wobei sich wiederholt Phasen mit verstärkten Suizidgedanken gezeigt hatten und der Beschwerdeführer auch einmal einen Suizidversuch (mit Tabletten) unternommen hatte, nachdem er sich bereits einige Zeit zuvor in den Rheinfluss hatte stürzen wollen. Die Ärzte am Psychiatricentrum A. verneinten während der gesamten hier interessierenden Zeitspanne eine auf dem freien Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit und diagnostizierten zunächst eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei schwieriger psychosozialer Situation und Arbeitslosigkeit, am 27. Juli 2012, 19. September 2012 sowie am 5. August 2013 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome nach Suizidversuch (ICD-10 F32.2 bzw. 32.11).

**5.4.** Dr. med. D. hielt im psychiatrischen Fachgutachten vom 2. Januar 2014 fest, der Beschwerdeführer leide unter einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21). Die anamnestischen Angaben würden auf eine Entwicklung psychischer Probleme mit Krankheitswert nach der Kündigung des Arbeitsverhältnisses und Verlust der Tagesstruktur im Verlaufe seit 2010 hindeuten. Die psychischen Probleme seien aktenmässig erstmals im Bericht des Psychiatricentrum A. vom 12. April 2012 im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode bei schwieriger psychosozialer Situation und Arbeitslosigkeit dokumentiert worden, was die anamnestischen Angaben bestätigten. Zur Entwicklung der depressiven Symptomatik habe damit eindeutig die veränderte Lebenssituation geführt, weshalb in diagnostischer Hinsicht nicht von einer depressiven Störung, sondern von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ausgegangen werden könne. Die Suizidgedanken seien nicht auf eine selbsterhaltende depressive Symptomatik, sondern auf die schwierige psychosoziale Situation zurückzuführen

und könnten daher mit den schweren depressiven Symptomen nicht in Verbindung gebracht werden. Die gegenwärtige Akzentuierung der psychischen Probleme stehe auch in Zusammenhang mit dem IV-Verfahren, was zusätzlich für die reaktiven Ursachen der psychischen Probleme spreche. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Exploration weitgehend unauffällige psychokognitive Funktionen aufgewiesen, die im Widerspruch zum subjektiven Krankheitsgefühl stünden. Objektiv und testpsychologisch könne höchstens eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik festgestellt werden, die auf leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen der geistigen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit und Gestaltung von Spontanaktivitäten hindeute. Aufgrund der festgestellten Einschränkungen könne aus psychiatrischer Sicht höchstens eine ca. 30%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei bei der Wiederherstellung einer Tagesstruktur zu erwarten. Bei fehlenden Hinweisen auf schwerwiegende bewusste oder unbewusste emotionale Konflikte oder eine schwerwiegende belastende psychosoziale Situation könne keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Eine rezidivierende depressive Störung werde nach ICD-10 nach mindestens drei depressiven Phasen und dazwischen Remissionsphasen diagnostiziert. Der Beschwerdeführer leide seit 2012 unter einer anhaltenden depressiven Symptomatik ohne vollständige Remission, weshalb nach der ICD-10 keine depressive Störung, sondern eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vorliege.

**5.5.** Die Differenzen zwischen den Beurteilungen der Ärzte des Psychiatricentrum A. und des Gutachters Dr. med. D. bestehen somit einerseits in der diagnostischen Einordnung und andererseits in der Einschätzung der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens.

Was die genaue Diagnose betrifft, ist für die Anspruchsberechtigung nicht die exakte Diagnosestellung entscheidend, sondern es kommt auf die konkreten funktionellen Auswirkungen an (z.B. BGer 9F\_8/2010 vom 12. August 2010 E. 2.2.3). Immerhin ist festzuhalten, dass gemäss den medizinischen Unterlagen die Depression seit 2011 nie remittierte, sondern zwischen mittelgradiger und schwerer Ausprägung schwankte und somit bereits der zeitliche Verlauf bei einer Krankheitsdauer von fast vier Jahren (bezogen auf den Verfügungszeitpunkt am 28. September 2015) gegen eine definitionsgemäss vorübergehende bzw. nicht länger als zwei Jahre dauernde depressive Anpassungsstörung spricht (dazu auch Peter Hofmann, Depressive Anpassungsstörungen, in: Österreichische Ärztezeitung 2015, S. 19).

Bis zum 1. Oktober 2014 war der Beschwerdeführer bereits sechs Mal stationär behandelt worden und unterzog sich ansonsten monatlich stützenden Gesprächen

sowie einer umfangreichen medikamentösen Behandlung, welche allerdings nicht verhindern konnte, dass am 28. Januar 2015 eine weitere (siebte) stationäre Behandlung erforderlich wurde und der Beschwerdeführer am 29. September 2015 zum achten Mal stationär in das Psychiatricentrum A. eintrat. Auch unter Berücksichtigung der verschiedenen Belastungsfaktoren (Stellenverlust Ende Mai 2010; Beteiligung an einem Verkehrsunfall mit Todesfolge im Juni 2013; Verlust der Arbeitsstelle in der Stiftung B. per Ende Februar 2015) ist angesichts des schweren, langandauernden Krankheitsverlaufs klar von einer verselbständigten depressiven Erkrankung auszugehen, weshalb auch nicht weiter ins Gewicht fällt, ob psychosoziale Faktoren für deren Entstehung (mit-)ursächlich gewesen waren (BGer 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit zahlreichen Verweisen).

Mit Blick auf die langjährigen, intensiven stationären und ambulanten Therapiebemühungen, die letztlich nur jeweils kurzzeitige Verbesserungen zu bewirken vermochten, muss die Erkrankung als therapieresistent angesehen werden. Bei einem derart schweren Verlauf mit wiederkehrenden Suizidabsichten, zweimaligem Suizidversuch, achtmaliger stationärer Behandlung innert rund 3½ Jahren und umfangreichen ambulanten Therapiebemühungen ist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem realen Arbeitsmarkt, wie sie von den Ärzten am Psychiatricentrum A. attestiert worden war, jedenfalls überwiegend wahrscheinlich. Demgegenüber vermag das psychiatrische Fachgutachten nicht zu überzeugen. Die testpsychologischen Befunde, welche Dr. med. D. zur Begründung seiner Einschätzung anführte, haben lediglich ergänzende Beweisfunktion, ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (BGer 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1 mit Hinweis). Inwiefern die Suizidgedanken auf psychosoziale Schwierigkeiten zurückgehen und nicht mit den schweren depressiven Symptomen in Verbindung gebracht werden können, begründet Dr. med. D. nicht. Die diesbezügliche Beurteilung leuchtet auch deshalb nicht ein, weil immer wieder Phasen mit verstärkten Suizidgedanken aktenkundig sind, ohne dass ein Zusammenhang mit spezifischen lebensgeschichtlichen Belastungen ersichtlich wäre. Angesichts der jahrelangen umfangreichen Therapiebemühungen scheint auch eine erhebliche reaktive Komponente in Zusammenhang mit dem IV-Verfahren unwahrscheinlich. Dass der Gutachter die Reaktion des Beschwerdeführers, welcher auf die Frage, ob er sich eine adaptierte Tätigkeit vorstellen könnte, mit Suizid drohte, als Hinweis für dessen erhaltene Selbstbehauptungsfähigkeit gewertet hat, kann vor dem Hintergrund des dokumentierten schweren Krankheitsverlaufs, der lediglich einen zeitweiligen, beschränkten Einsatz in einer geschützten Werkstätte zuließ, nicht nachvollzogen werden.

Unter Berücksichtigung der im Einzelnen dargelegten Ungereimtheiten bestehen triftige Gründe, vom Administrativgutachten abzuweichen und ohne beweismässigen Weiterungen, namentlich ohne Einholen eines Gerichtsgutachtens, auf die Berichte der Ärzte am Psychiatriezentrum A. abzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Vor diesem Hintergrund ist von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit auszugehen.