



**Fall-Nr.:** IV 2009/247  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.06.2020  
**Entscheiddatum:** 29.06.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 29.06.2011**

**Art. 28 IVG. Beurteilung des Beweiswertes eines polydisziplinären Gutachtens. Auseinandersetzung mit den Anforderungen an psychiatrische Gutachten, insbesondere in Bezug auf die Länge und die Sprache der Exploration (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Juni 2011, IV 2009/247).**

-Entscheid Versicherungsgericht, 29.06.2011

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Entscheid vom 29. Juni 2011

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Claudio Allenspach, Poststrasse 43, 7002 Chur,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_, geboren 1947, meldete sich am 18. März 2006 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Mit der Anmeldung reichte er unter anderem einen Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Februar 2006 ein, der den Versicherten im Auftrag der Krankentaggeldversicherung begutachtet hatte. Dieser hatte eine beinahe den Grad einer posttraumatischen Belastungsstörung erreichende Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten diagnostiziert und vorerst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, gleichzeitig aber darauf hingewiesen, dass einige Monate nach der Untersuchung erste Arbeitsversuche unternommen werden könnten bzw. die seit Februar 2005 bestehende volle Arbeitsunfähigkeit nicht auf unbestimmte Zeit anhalten würde (IV-act. 7).

A.b Am 31. März 2006 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin, der IV-Stelle, der Versicherte leide an einer schweren depressiven Episode nach inadäquater Kündigung eines langjährigen Arbeitsverhältnisses. Als Kündigungsgrund sei Unzuverlässigkeit angegeben worden, nachdem der Versicherte über 40 Jahre lang zur vollen Zufriedenheit seines Arbeitgebers seine Arbeit verrichtet habe. Seit 4. Februar 2005 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 9).

A.c Im Arbeitgeberbericht vom 12. April 2006 gab die ehemalige Arbeitgeberin des Versicherten an, dieser sei vom 26. April 1964 bis 30. November 2005 bei ihr als Weber tätig gewesen, wobei der letzte effektive Arbeitstag der 24. Februar 2005 gewesen sei. Seit 25. Februar 2005 sei der Versicherte voll arbeitsunfähig geschrieben gewesen. Der Versicherte habe trotz mehreren Aussprachen und Verwarnungen seine Aufgabe und Verantwortung als Schichtmeister nicht mehr wahrgenommen. Man habe ihm daher diese Stelle gekündigt, ihm aber einen neuen Vertrag als Zettelaufleger angeboten. Der Versicherte sei daraufhin nicht mehr bereit gewesen, seine Arbeit fortzuführen (IV-act. 16; vgl. auch das Kündigungsschreiben vom 22. Februar 2005, IV-act. 17).



A.d Am 10 Mai 2006 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Arztbericht, in welchem er eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierte und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 3. Februar 2005 und bis auf weiteres attestierte; der Versicherte stünde seit 30. Januar 2006 in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 19). Im Verlaufsbericht vom 27. Oktober 2006 gab Dr. D.\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand sei bei Änderung der Diagnose stationär. Die posttraumatische Belastungsstörung habe sich zunehmend zu einer mittel- bis schwergradigen chronischen depressiven Episode entwickelt. Es bestünden Grübelzwang mit Negativismus, Zukunftsängste, Insuffizienzgefühle und eine Störung der Vitalgefühle; der Versicherte sei nicht arbeitsfähig (IV-act. 25).

A.e In einer Stellungnahme vom 20. Dezember 2006 hielt der zuständige Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes Ostschweiz (RAD) fest, es bestehe eine schwerwiegende Erkrankung der Psyche, die sich seit fast zwei Jahren therapierefraktär zeige. Die Berichte des behandelnden Psychiaters seien glaubwürdig. Die Hausärztin habe anlässlich eines Telefongesprächs mitgeteilt, der Versicherte sei arbeitswillig. Der RAD-Arzt empfahl daher vor einer Rentenberechnung Eingliederungsbemühungen der IV (IV-act. 26). Diese wurden am 8. Januar 2007 eingeleitet (IV-act. 28). Nach Gesprächen mit dem Versicherten und mit dessen Tochter (IV-act. 32) gelangte der Eingliederungsberater zum Schluss, dass der Versicherte mit seinem Verhalten gezeigt habe, dass er auf dem Arbeitsmarkt nicht vermittelt werden könne. Der Fall wurde am 27. Februar 2007 abgeschlossen (IV-act. 33).

A.f Am 4. Juni 2007 empfahl der RAD eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten (IV-act. 39), womit das Medizinische Zentrum Römerhof (MZR) am 13. November 2007 beauftragt wurde (IV-act. 45). Am 15. August 2008 erstattete das MZR das polydisziplinäre Gutachten. Der Versicherte war internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht worden. Die internistische Abklärung hatte in italienischer, die psychiatrische Abklärung in französischer Sprache stattgefunden. Die Ärzte nannten keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden im Wesentlichen eine hypertensive und valvuläre Kardiopathie, ein Status nach chronisch-rezidivierender Cholezystitis, eine asymptomatische Sigmadivertikulose, eine rezidivierende Sialolithiasis der Glandula submandibularis links, ein chronisch intermittierendes subacromiales



Impingement der linken Schulter, eine Digitus saltans-Symptomatik Dig. III/IV rechts und Dig. I links, ein chronisches femoropatelläres Schmerzsyndrom am rechten Kniegelenk bei initialer Retropatellararthrose, ein asymptomatisches cervico- und lumbovertebrales Syndrom und Anpassungsprobleme in Zusammenhang mit der Kündigung mit/bei akzentuierten narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitszügen. In der zusammenfassenden Beurteilung gaben die Gutachter an, aktuell habe sich der Versicherte von seinen somatischen Beschwerden weitgehend erholt, wobei er sich subjektiv immer noch stark reduziert fühle. Im Vordergrund stünden nach wie vor seine psychischen Beschwerden, die er mit der Kränkung und Demütigung im Zusammenhang mit seiner Kündigung verbinde. Aktuell sei er unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde aus interdisziplinärer Sicht für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie für jede entsprechende Verweistätigkeit zu 100 % als arbeitsfähig zu beurteilen. Es bestünden weder zeitliche noch qualitative Einschränkungen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne angenommen werden, dass der Versicherte unmittelbar nach seiner Kündigung im Februar 2005 aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Im Frühjahr 2007 habe der Versicherte eine somatische Problematik entwickelt, die zu wiederholten Hospitalisationen, unter anderem mit dramatisch verlaufendem Krankheitsbild, geführt habe. Bis Ende Juni 2007 habe er sich noch in stationärer Rehabilitation befunden. Es sei anzunehmen, dass er bis Ende 2007 aus internistischer Sicht noch in seiner Arbeitsfähigkeit reduziert gewesen sei. Ab Januar 2008 könne retrospektiv wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (IV-act. 49).

A.g Der zuständige Arzt des RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 27. August 2008 fest, auf das MZR-Gutachten könne abgestellt werden. Fraglich sei einzig, ob die Besserung tatsächlich bereits Ende 2007 eingetreten sei. Aus formalen Gründen empfehle er, die Verbesserung ab Begutachtungsdatum im Juni 2008 anzuerkennen. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Februar 2005 bis Juni 2008 für jegliche Tätigkeiten sei damit ausgewiesen (IV-act. 51).

A.h Am 28. August 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten den Abschluss der Arbeitsvermittlung mit (IV-act. 52). Mit Vorbescheid vom 11. September 2008 stellte sie die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente für die Zeitdauer vom 1. Februar 2006 bis 30. Juni 2008 in Aussicht (IV-act. 57).



A.i Gegen den Vorbescheid vom 11. September 2008 liess der Versicherte am 9. Oktober 2008 unter Beilage eines Berichts des Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2008 einwenden, er sei durch einen italienisch sprechenden Psychiater erneut zu begutachten. Auf das psychiatrische Teil-Gutachten des MZR könne nicht abgestellt werden. Die Französischkenntnisse des Versicherten würden für eine psychiatrische Untersuchung nicht ausreichen. Zudem habe die Untersuchung lediglich eine halbe Stunde gedauert, was ungenügend sei. Sodann sei das Teilgutachten betreffend die wesentlichen Aussagen sehr knapp verfasst. Der behandelnde Psychiater habe beim Versicherten deutliche formale Denkstörungen im Sinn einer starken Fixierung und Einengung im Denken gefunden. Die erlittene Kränkung sei nach wie vor sehr stark präsent und auch affektiv zeige der Versicherte Auffälligkeiten. Es liege inzwischen eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung vor (IV-act. 60 f.).

A.j Am 28. Oktober 2008 liess der Versicherte einen Bericht der Hausärztin vom 21. Oktober 2008 nachreichen, in welchem ausgeführt wurde, auch aus internistischer Sicht sei die Ablehnung einer IV-Berentung nicht zu verantworten. Der Versicherte habe über lange Zeit an nicht erkannten Gallenkoliken gelitten, die schliesslich zu einem schweren septischen Schock geführt hätten. Nur dank intensiver Bemühungen der Kollegen im Kantonsspital St. Gallen habe das Leben des Versicherten gerettet werden können. Seit dieser schweren Erkrankung sei der Versicherte bleibend geschwächt und klage immer wieder über abdominale Schmerzen und über eine allgemeine Leistungsminderung. Hinzu komme eine hypertensive Herzkrankheit, die bereits mehrmals linksventrikulär dekompensiert sei (IV-act. 62 f.).

A.k Der RAD empfahl daraufhin am 24. November 2008 der IV-Stelle, die Arztberichte den Gutachtern zur Kommentierung zukommen zu lassen. Bei Bedarf könne der Versicherte zu einer Nachbegutachtung (mit italienischem Dolmetscher) aufgeboten werden (IV-act. 64). Die Ärzte des MZR lehnten in ihrer Stellungnahme vom 17. Dezember 2008 eine erneute Begutachtung des Versicherten ab und hielten an ihrer Beurteilung fest. Die psychiatrische Exploration habe 65 Minuten gedauert und habe in französischer Sprache stattgefunden; es seien keine sprachlichen Hindernisse zutage getreten. Aufgrund des Berichts von Dr. D.\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2008 könne nicht beurteilt werden, ob die neue Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung tatsächlich zu stellen sei. Anlässlich der Begutachtung habe ein objektiver, erheblicher



Gesundheitsschaden aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht festgestellt werden können. Der Versicherte habe sich vom septischen Schock vollkommen erholt. Eine Herzinsuffizienz habe sich nicht gezeigt. Die geklagte Leistungsminderung sei nicht kardial bedingt, sondern durch die allgemeine Dekonditionierung des Versicherten zu erklären (IV-act. 69). Der zuständige RAD-Arzt bestätigte am 20. Februar 2009, dass auf das MZR-Gutachten vom 15. August 2008 abgestellt werden könne (IV-act. 71).

A.I Mit Verfügung vom 4. Juni 2009 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine ganze Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Februar 2006 bis 30. Juni 2008 zu (IV-act. 80).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 8. Juli 2009, mit der die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen und anschliessender Neubeurteilung sowie eventualiter die Neuberechnung des Invaliditätsgrades und die Zusprache einer Invalidenrente auch für die Zeit nach dem 1. Juli 2008 beantragt werden. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, auf das psychiatrische Gutachten des MZR könne nicht abgestellt werden, da es die qualitativen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten nicht erfülle. Obwohl der Beschwerdeführer mit italienischer Muttersprache kein Deutsch verstehe und eine Untersuchung in italienischer Sprache gefordert habe, sei das psychiatrische Gutachten ohne Dolmetscher und in französischer Sprache erstellt worden. Der Beschwerdeführer spreche jedoch nicht ausreichend Französisch. Die Untersuchung habe lediglich 20 bis 25 Minuten gedauert. Diese Aussage würde von der den Beschwerdeführer zur Begutachtung begleitenden Tochter auch im Rahmen einer gerichtlichen Zeugeneinvernahme bestätigt, was hiermit beantragt werde. Sodann sei das psychiatrische Gutachten betreffend die wesentlichen Aussagen sehr knapp verfasst. Diagnose und Beurteilung der begutachtenden Psychiaterin seien auch in materieller Hinsicht unzutreffend. Der behandelnde Psychiater gehe von einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung aus. Die massiven Persönlichkeitsveränderungen des Beschwerdeführers seien im Gutachten mit keinem Wort erwähnt. Die behandelnden Ärzte hätten den Beschwerdeführer in den letzten Jahren intensiv betreut und könnten den Gesundheitszustand fundiert beurteilen. Bei der divergierenden Einschätzung der Ärzte und der unsorgfältigen Begutachtung des



## St.Galler Gerichte

Beschwerdeführers hätte die Beschwerdegegnerin daher weitere Abklärungen vornehmen müssen, bevor ein Entscheid hätte gefällt werden dürfen. Falls das Gericht dem Hauptantrag nicht folgen sollte, wäre der Invaliditätsgrad auch für den Zeitraum ab 1. Juli 2008 auf 100 % zu veranschlagen, da sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 19. November 2009 die Abweisung der Beschwerde und die Feststellung, dass der Rentenanspruch bereits Ende Dezember 2007 erloschen sei. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund der Kündigungssituation sei fraglich. Die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ müsse als zweifelhaft bezeichnet werden. Der psychiatrischen Begutachtung sei die internistische und die rheumatologisch-orthopädische Abklärung vorangegangen. Bei der internistischen Untersuchung sei eine ausführliche Anamnese erhoben worden, worauf die Psychiaterin habe aufbauen können. Die Zusammenfassung ihrer Befragung sei unvereinbar mit der vom Beschwerdeführer vorgetragene Darstellung, der Untersuchte habe weniger als eine halbe Stunde gedauert und es habe erhebliche Verständigungsprobleme gegeben. Vielmehr liege eine gestraffte Skizze einer umfangreichen, detaillierten und tiefen Befragung vor. Daher bestehe kein Grund für die Annahme, die Ärztin habe wesentliche Punkte übersehen, ausgelassen oder falsch verstanden. Auf die psychiatrische Begutachtung könne abgestellt werden. Die angefochtene Verfügung erweise sich im Grundsatz als korrekt. Zu beanstanden wäre, dass die Rente zugunsten des Beschwerdeführers per Juni 2008 befristet worden sei. Da nach gutachterlicher Einschätzung bereits ab Anfang 2008 kein rechtsgenügender Nachweis für eine invalidisierende Krankheit mehr vorliege, wäre die Rente per Dezember 2007 zu befristen. Diesbezüglich sei die angefochtene Verfügung zu korrigieren (act. G 6).

B.c Mit Replik vom 14. Dezember 2009 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten. Mit dem Antrag einer reformatio in peius widerspreche die IV-Stelle ihrem eigenen RAD-Arzt. Für einen Rückzug der Beschwerde bestehe keine Veranlassung. Sollte das Gericht die angefochtene Verfügung jedoch wider Erwarten gleichwohl zu Ungunsten des Beschwerdeführers ändern wollen, so sei den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Rückzug der Beschwerde einzuräumen. Die Beurteilungen des behandelnden Psychiaters seien vom RAD als



glaubwürdig erachtet worden. Der behandelnde Psychiater stelle aktuell zudem nicht mehr die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung, sondern andauernde Persönlichkeitsstörung. Eine Neubegutachtung dränge sich deshalb auf (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Duplik vom 18. Dezember 2009 an ihrem Antrag fest (act. G 12).

Erwägungen:

1.

Angefochten ist eine Verfügung, die nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ergangen ist. Grundsätzlich sind für die Zeit bis 31. Dezember 2007 die damals geltenden Bestimmungen und ab 1. Januar 2008 die neuen Normen der 5. IV-Revision anzuwenden ([BGE 132 V 215](#) E. 3.1.1; vgl. auch Urteil 8C\_520/2010 vom 9. Juli 2010, E. 2). Die 5. IV-Revision hat hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht. Neu normiert wurde demgegenüber der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der, sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]), gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) entsteht. Da ein allfälliger Rentenanspruch im vorliegenden Fall auf einen Zeitpunkt vor dem 1. Januar 2008 festzusetzen wäre, wirkt sich diese Neuerung auf den hier zu prüfenden Fall jedoch nicht aus (vgl. Urteil 8C\_373/08 des Bundesgerichts vom 28. August 2008, E. 2.1 mit Hinweis).

2.

2.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden voll erwerbstätigen Personen die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise



Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

3.

3.1 Strittig ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Januar 2008. Für den Zeitraum von Februar 2005 bis Dezember 2007 haben die Ärzte übereinstimmend eine volle Arbeitsunfähigkeit angegeben. Der Beschwerdeführer litt nach Lage der Akten im Anschluss an die im Februar 2005 ausgesprochene Kündigung an erheblichen psychischen Beschwerden. Hinzu kamen verschiedene somatische Probleme; so erlitt er im Frühjahr 2007 etwa einen septischen Schock infolge einer Gallenblasenentzündung. Der Beschwerdeführer wurde im Juni 2008 internistisch und



rheumatologisch/orthopädisch untersucht. Im Gutachten vom 15. August 2008 führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe sich weitgehend von seinen somatischen Beschwerden erholt, wobei er sich immer noch subjektiv stark reduziert fühle. Im Vordergrund stünden wiederum seine psychischen Beschwerden. Er habe den Eindruck geäußert, sein Kopf funktioniere nicht mehr. Er könne sich nur schlecht an Dinge erinnern und leide unter immer wiederkehrenden Angstzuständen. Er sei dauernd nervös, schlafe nachts schlecht und träume immer wieder von seiner Arbeitsstelle. Er befinde sich nach wie vor in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 49–37).

### 3.2

3.2.1 Der internistische Gutachter erkannte im Rahmen seiner Untersuchung keine klinischen Zeichen einer Herzinsuffizienz oder einer sonstigen kardiovaskulären Erkrankung. Es bestehe lediglich eine chronisch-venöse Insuffizienz Stadium II im Bereich der unteren Extremitäten, was aber per se keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedinge. Auch der Abdominalstatus sei bei Status nach Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung) völlig bland. In den Laboruntersuchungen fänden sich derzeit Normalwerte ohne Hinweise für eine Leber- oder Niereninsuffizienz und ohne nachweisbare Entzündungszeichen. EKG und Lungenfunktionsprüfung seien ebenfalls unauffällig, sodass aktuell aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder in einer sonstigen Verweistätigkeit begründet werden könne (IV-act. 49–37). Die behandelnde Ärztin wendete am 21. Oktober 2008 ein, der Versicherte sei vom erlittenen septischen Schock bleibend geschwächt, klage immer wieder über abdominale Schmerzen und über eine allgemeine Leistungsminderung. Hinzu komme eine hypertensive Herzkrankheit, die bereits mehrmals linksventrikulär dekompensiert sei (IV-act. 63). Dazu nahm der begutachtende Internist am 17. Dezember 2008 Stellung; er führte aus, die Gallensteinproblematik sei effektiv die Ursache für den septischen Schock und für das Multiorganversagen des Beschwerdeführers gewesen. Allerdings habe sich dieser vollkommen davon erholt, ohne bleibende Schäden. Die Gallenblase sei entfernt worden, so dass dieses Problem definitiv behoben sei. Abdominalbeschwerden seien seither nicht mehr geklagt worden. Zwar bestehe nach wie vor eine hypertensive Kardiopathie bei allerdings fehlenden klinischen Zeichen einer Herzinsuffizienz.



Korrelierend dazu zeige sich echokardiographisch eine normale linksventrikuläre Pumpfunktion. Die kardiale Dekompensation sei im Rahmen der schweren Sepsis erfolgt und sei seither nicht mehr aufgetreten. Die aktuell noch beklagte Leistungsminderung sei nicht kardial bedingt, sondern durch die allgemeine Dekonditionierung des Beschwerdeführers zu erklären (IV-act. 69–2 f.). Diese Beurteilung und Stellungnahme ist nachvollziehbar. Sie ist ausführlich begründet und erscheint als umfassend und sorgfältig. Klinisch konnten bei der Untersuchung vom Juni 2008 weder Hinweise für eine Herz- noch für eine Lungeninsuffizienz gefunden werden. Der Beschwerdeführer äusserte diesbezüglich auch keine Klagen. Dr. C.\_\_\_\_ nannte in ihrem Schreiben vom 21. Oktober 2008 keine konkreten Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung des MZR sprechen würden. Ihr Hinweis, eine Arbeitsaufnahme erscheine „völlig unrealistisch“, gründet nicht auf plausiblen medizinischen Ausführungen. Dass im Zusammenhang mit den von ihr erwähnten Gallenkoliken vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte, wird auch von den Gutachtern des MZR anerkannt. Darauf stellt auch die Beschwerdegegnerin ab. Weshalb trotz zwischenzeitlich erfolgter Entfernung der Gallenblase diesbezüglich weiterhin Probleme bestehen und wie sich diese auswirken sollten, erklärte Dr. C.\_\_\_\_ nicht. Worin aus internistischer Sicht konkret eine anhaltende, medizinisch objektivierbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erblicken wäre, erläutert sie nicht. Insgesamt vermögen ihre Ausführungen die Schlüssigkeit der internistischen Beurteilung des MZR nicht in Zweifel zu ziehen.

3.2.2 Im Rahmen der rheumatologisch/orthopädischen Begutachtung wurden diskrete Befunde betreffend einige Finger, die linke Schulter, das rechte Kniegelenk und die Wirbelsäule erhoben. Diese waren aber grösstenteils asymptomatisch bzw. bewirkten keine funktionellen Limitierungen. Eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergab sich daraus jedenfalls nicht (vgl. IV-act. 49–38). Diese Beurteilung erscheint als konsistent mit der übrigen Aktenlage, ist plausibel und gibt keinen Anlass für weitere Abklärungen.

3.3 Im Vordergrund stehen nach Auffassung der begutachtenden wie der behandelnden Ärzte die psychischen Beschwerden. Deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ist umstritten.



3.3.1 Das Bundesgericht hat in einer Vielzahl von Urteilen festgehalten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Ermessensspielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zuverlässig und zu respektieren sind, sofern der Gutachter lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann einer medizinischen Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht immer dann die nötige Beweiskraft abgesprochen werden, wenn die behandelnden Ärzte nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte relevant erscheinende Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben oder geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. etwa das Urteil 8C\_809/2007 des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

3.3.2 Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, die psychiatrische Begutachtung sei unbrauchbar, weil er nicht in seiner Muttersprache befragt worden sei. Die Rechtsprechung billigt der bestmöglichen sprachlichen Verständigung zwischen Experten und versicherter Person zwar insbesondere bei der psychiatrischen Abklärung besonderes Gewicht zu. Es besteht aber dennoch kein unbedingter Anspruch auf Durchführung einer medizinischen Abklärung in der Muttersprache des Exploranden resp. der Explorandin oder unter Beizug eines Übersetzers (so m.w.H. etwa die Bundesgerichtsurteile 8C\_913/2010 vom 18. April 2011, E. 3.1.1; 9C\_511/2009 vom 30. November 2009, E. 4.2.2.1; 9C\_1022/2008 vom 24. Juli 2009, E. 3.3.2). Auch in den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen (publ. in: Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ] 2004 S. 1048 ff., S. 1051) wird für die Untersuchung von Fremdsprachigen lediglich empfohlen, einen geeigneten Dolmetscher beizuziehen, wenn die sprachliche Verständigung zwischen Gutachter und Exploranden nicht genügend möglich ist. Ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder der Explorandin oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist, hat grundsätzlich der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden (m.w.H. Urteil 8C\_913/2010, E. 3.1.1).



3.3.3 Die begutachtende Psychiaterin hat angegeben, das Gespräch habe in französischer Sprache stattgefunden, der Beschwerdeführer spreche nicht akzentfrei, aber fliessend Französisch (IV-act. 50–2). In der Stellungnahme vom 17. Dezember 2008 hat die begutachtende Psychiaterin erneut betont, dass keine sprachlichen Hindernisse zutage getreten seien (IV-act. 69). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers und der behandelnde Psychiater sprechen dem Beschwerdeführer zwar für eine psychiatrische Begutachtung ausreichende Kenntnisse der französischen Sprache ab. Sie versäumen es jedoch darzulegen, inwiefern sich der Beschwerdeführer und die Gutachterin nicht verstanden hätten. Dazu finden sich keinerlei Darlegungen oder beispielhafte Aufzählungen. Der Beschwerdeführer behauptet nicht, dass die Gutachterin von seinen Angaben abgewichen wäre bzw. einzelne seiner Äusserungen aufgrund von sprachlichen Missverständnissen unzutreffend wiedergegeben hätte. Hinweise auf Verständigungsprobleme gehen auch aus dem psychiatrischen Gutachten nicht hervor. Die begutachtende Psychiaterin hat – wenn auch knapp – die Anamnese erhoben und den Beschwerdeführer zu seiner Lebensgeschichte, seinen Beschwerden und der Behandlung befragt. Die Ausführungen dazu erscheinen auch unter Berücksichtigung der übrigen Aktenlage – insbesondere des Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2006 – als ausreichend und stehen zu den Vorakten oder zu nachträglichen Ausführungen des Beschwerdeführers nicht in Widerspruch. Hätten Verständigungsprobleme bestanden, hätte die Gutachterin die Untersuchung wohl abgebrochen oder einen Dolmetscher beigezogen. Der Versicherte selbst hat weder während noch nach der Untersuchung den Verdacht geäussert, die Gutachterin könnte ihn nicht richtig verstanden haben. Auch hatte er nicht beklagt, die Fragen aus sprachlichen Gründen nicht erfassen und verstehen zu können. Die Beurteilung der begutachtenden Psychiaterin, die Untersuchung könne in französischer Sprache geführt werden, ist daher nicht in Zweifel zu ziehen.

3.3.4 Nach Angaben der Tochter des Beschwerdeführers soll das Untersuchungsgespräch der Psychiaterin lediglich 20–25 Minuten und damit zu wenig lange gedauert haben. Im Gutachten sind keine Feststellungen zur zeitlichen Dauer zu finden. Die begutachtende Psychiaterin hat in ihrer Stellungnahme vom 17. Dezember 2008 eine Gesprächsdauer von 65 Minuten angegeben (IV-act. 69–1). Wie viel Zeit für eine Exploration erforderlich ist, schwankt nach der Rechtsprechung in weiten Grenzen, und ein genereller Zeitrahmen lässt sich nicht verbindlich angeben (Urteil



I 58/2006 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 13. Juni 2006, E. 2.2). Der bei einer psychiatrischen Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand ist von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig und muss dieser angemessen sein (vgl. m.w.H. das Bundesgerichtsurteil 9C\_811/2010 vom 16. Februar 2011, E. 4.2.1). So kann beispielsweise nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts bei der Beurteilung einer somatoformen Schmerzstörung und deren Überwindbarkeit sogar eine zwanzigminütige Untersuchung ausreichen, wenn keine konkreten Hinweise vorliegen, dass sich die kurze Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des Gutachtens ausgewirkt hat (Bundesgerichtsurteil 8C\_942/2009 vom 29. März 2010). Im vorliegenden Fall sind auch bei Unklarheit über die effektive Untersuchungsdauer jedenfalls keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Psychiaterin bei der Sachverhaltsfeststellung und der Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht fachgerecht vorgegangen wäre. Daher kann in antizipierter Beweiswürdigung von einer Befragung der Tochter des Beschwerdeführers abgesehen werden.

3.3.5 Dr. B.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten vom 21. Februar 2006 dargelegt, dass die Kündigung zu einer beinahe den Grad einer posttraumatischen Belastungsstörung erreichende Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten geführt habe. Prognostisch ist er vom Weiterbestehen der vollen Arbeitsunfähigkeit für einige weitere Monate ausgegangen. Nach deren Ablauf sei jedoch eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess vorzunehmen (IV-act. 7–4). Die begutachtende Psychiaterin hat über zwei Jahre nach dieser Beurteilung keine arbeitsfähigkeitsmindernde psychiatrische Störung mehr feststellen können. Sie hat lediglich Beschwerden im Zusammenhang mit der Kündigung bei akzentuierter Persönlichkeit mit narzisstischen und histrionischen Zügen attestiert. Das Denken des Beschwerdeführers hat sie als formal und inhaltlich geordnet erlebt. Er sei affektiv schwingungsfähig gewesen. Auffallend sei gewesen, wie er mit lebhafter Mimik und Gestik das subjektiv erlebte Unrecht, nämlich die Kündigung nach über 40 Jahren bei der gleichen Firma, sowie die negativen Auswirkungen auf sein aktuelles Leben beschrieben habe. An Gefühlen seien dabei Wut, Ohnmacht und sehr viel Scham festzustellen gewesen. Insgesamt sei seine Affektivität sehr gut einfühlbar, er sei auch zugänglich gewesen. Hingegen habe er kategorisch das Entwerfen von alternativen Lösungsstrategien zum totalen Rückzug verworfen. In ihrer Beurteilung hat die



begutachtende Psychiaterin angegeben, der Beschwerdekomples des Beschwerdeführers stehe in direktem Zusammenhang mit der massiv kränkend erlebten Kündigung, könne aber keiner versicherungspsychiatrisch relevanten psychiatrischen Erkrankung im engeren Sinn zugeordnet werden. Die negativen Träume und Schlafstörungen (ohne Medikation) sowie gelegentlichen Angstzustände erfüllten die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht (IV-act. 50 und 69). Die Nervosität des Beschwerdeführers fand ebenfalls in der Beurteilung der Gutachterin Berücksichtigung. Die Schlafstörungen haben sich durch die geeignete Medikation offenbar gebessert. Die familiäre Situation hat der Beschwerdeführer als harmonisch beschrieben. Insgesamt erscheint daher, wie schon Dr. B.\_\_\_\_ im Februar 2006 prognostiziert hat, eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes drei Jahre nach der Kündigung als plausibel, sodass dem Beschwerdeführer trotz seiner subjektiven Überzeugung, keiner Arbeit mehr nachgehen zu können, eine volle Arbeitstätigkeit zumutbar ist. Die offenbar nach wie vor heftigen Gefühle des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der Kündigungssituation sind nachvollziehbar, vermögen jedoch keine relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Da folglich auch in materieller Hinsicht keine Mängel an der psychiatrischen Begutachtung festgestellt werden können, rechtfertigt sich keine Wiederholung der psychiatrischen Untersuchung.

3.3.6 Der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ zieht, wie erläutert, aus seiner Wahrnehmung des Beschwerdeführers in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit andere Schlüsse. Dies vermag jedoch nicht zu einer anderen Beurteilung zu führen, zumal er keine plausibel begründete, versicherungsrechtlich relevante Zumutbarkeitsbeurteilung vornimmt. Im Übrigen erscheint die Zuverlässigkeit der von ihm „mit Nachdruck“ gestellten Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (IV-act. 19–7) in Berücksichtigung der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) zumindest fraglich („Situation [...] mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“). Zu beachten ist auch, dass er als langjähriger behandelnder Psychiater aufgrund seiner Nähe zum Patienten notgedrungen eine andere Sichtweise einnimmt als ein rein begutachtender Facharzt. Insgesamt vermögen seine Darlegungen nicht derart ernste Zweifel an der



Einschätzung seitens des MZR auszulösen, dass weitere Abklärungen als angezeigt erscheinen.

3.4 Wie der zuständige RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 27. August 2008 zu Recht festgestellt hat (vgl. IV-act. 51), erscheint die volle Arbeitsfähigkeit erst ab der Begutachtung im Juni 2008 als erwiesen. Eine Verbesserung bereits seit Anfang 2008 ist zwar möglich, lässt sich aber mangels entsprechender Akten nicht hinreichend belegen. Folglich ist bis Juni 2008 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab diesem Zeitpunkt ist dem Beschwerdeführer hingegen eine volle Arbeitstätigkeit zumutbar.

4.

4.1 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung nach Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

4.2 Die Beschwerdegegnerin hat diese Dreimonatsfrist zur Einstellung der ganzen Rente wohl versehentlich unberücksichtigt gelassen. Bei einer Verbesserung ab Juni 2008 ist die Rente somit nicht nur bis Ende jenes Monats, sondern bis zum 30. September 2008 geschuldet. Insoweit ist Verfügung vom 4. Juni 2009 zu korrigieren.

5.

5.1 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2009 insoweit aufzuheben, als sie die ganze Rente lediglich bis 30. Juni 2008 gewährt. Der Beschwerdeführer hat bis 30. September 2008 Anspruch auf die ganze Rente. Per 1. Oktober 2008 ist die Rentenausrichtung einzustellen.



5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der Beschwerdeführer unterliegt in der Hauptsache. Sein Obsiegen betrifft nur einen kleinen Zeitabschnitt der Rentenausrichtung. Daher erscheint es angemessen, ihm einen Anteil der Gerichtskosten von Fr. 500.-- und der Beschwerdegegnerin einen Anteil von Fr. 100.-- aufzuerlegen. Im Ausmass von Fr. 100.-- ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Aufgrund des überwiegenden Unterliegens erscheint eine Parteientschädigung von lediglich Fr. 500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2009 insoweit aufgehoben, als sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente per 30. Juni 2008 einstellt. Der Beschwerdeführer hat bis 30. September 2008 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Der Beschwerdeführer hat von den Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- einen Anteil von Fr. 500.--, die Beschwerdegegnerin einen solchen von Fr. 100.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird angerechnet, Fr. 100.-- werden ihm zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.