

BGE 142 V 342

Bundesgericht (BGE), 2015-04-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_142 V 342](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_142_V_342)

FR: ATF 142 V 342

IT: DTF 142 V 342

Regeste

Regeste Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 6, Art. 7 Abs. 2 und Art. 8 ATSG; posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 ist auf eine PTBS anwendbar (E. 5.2). Entgegen dem Antrag des BSV braucht im vorliegenden Zusammenhang nicht entschieden zu werden, ob die Praxis nach BGE 141 V 281 auf alle (psychischen) Leiden auszudehnen ist (E. 5.3).

Erwägungen

E. 3

Die Vorinstanz erwog mit einlässlicher Begründung - auf die verwiesen wird - im Wesentlichen, das allgemeininternistische, psychiatrische, orthopädische, neurologische und otorhinolaryngologische ABI-Gutachten vom 10. Juni/4. November 2014 erfülle hinsichtlich der Diagnosestellung die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage. Die gutachterliche Annahme, dass der Versicherte nicht an einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leide und keine depressive Störung vorliege, überzeuge. Körperlich bestünden einzig qualitative Gehörseinschränkungen. Aus neurologischer und orthopädischer Sicht seien dem Versicherten körperlich mittelschwere, nach Eingewöhnungszeit und regelmässiger körperlicher Aktivität auch schwere Tätigkeiten ohne ausgeprägte schulterbelastende Arbeiten voll zumutbar. Das ABI-Gutachten erlaube eine Beurteilung der psychischen Problematik gestützt auf die mit Urteil BGE 141 V 281 geänderte Rechtsprechung zu den psychosomatischen bzw. äquivalenten Leiden, zu denen die PTBS gehöre. Zum Komplex der "Gesundheitsschädigung" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298) sei festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht übermässig sei, liege doch keine schwere PTBS vor. Betreffend "Behandlungserfolg oder -resistenz" sei zu bemerken, dass der Versicherte den Cannabiskonsum, der sich ungünstig auf die Verarbeitung des dramatischen Ereignisses auswirke, nicht aufgebe, obwohl ihm dies ohne Weiteres zumutbar wäre. Weiter bestünden keine Komorbiditäten. Zudem seien keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass die Persönlichkeit des Versicherten ein Leistungsvermögen ausschliesse (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) mit täglichem Kontakt zu Kollegen zeige, dass sich die PTBS nicht in jedem Lebensbereich manifestiere. Der Versicherte sei meistens nachmittags mit zwei bis drei Kollegen unterwegs; er mache Spaziergänge, besuche das Restaurant eines Kollegen, wo er mit der Play-Station spielen könne. In der Kategorie "Konsistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303) bestehe keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Insbesondere zeigten der tägliche Kontakt mit Kollegen, der gemeinsame Cannabiskonsum, das Spielen von Videogames sowie das Lesen von Zeitungen, dass die Einschränkungen sich nicht konsistent manifestierten. Immerhin nehme

der Versicherte therapeutische Optionen wahr, verzichte aber nicht auf den für ihn besonders schädlichen Cannabiskonsum. Angesichts BGE 142 V 342 S. 345 der vorhandenen Ressourcen könnte er die geklagten Leistungseinschränkungen bei Aufbietung allen guten Willens überwinden. Die im ABI-Gutachten vom 10. Juni 2014 aus psychiatrischer Sicht attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei somit nicht zu beachten, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe.

E. 4.1

Der Versicherte bestreitet, dass die PTBS mit einer somatoformen Schmerzstörung bzw. einem äquivalenten Beschwerdebild vergleichbar sei. Die beiden letzteren Leiden charakterisierten sich dadurch, dass sie unklar und auch medizinisch nicht recht fassbar seien, quasi auf Indizien beruhten, nirgends wirklich festgemacht werden könnten und auch in der Diagnose umstritten seien. Dies treffe auf eine klar diagnostizierte PTBS gerade nicht zu. In casu sei das die PTBS auslösende Ereignis derart klar und die Entstehung der psychischen Störung derart nachvollziehbar, dass zur Diagnose und Erkrankung keine Fragezeichen zu setzen seien. Die PTBS sei von den Fachärzten klar definiert und abgrenzbar zu anderen (psychischen) Erkrankungen und damit klar diagnostizierbar.

E. 4.2

Das Bundesgericht bejahte im Zusammenhang mit einer PTBS verschiedentlich die Anwendbarkeit der Überwindbarkeitsvermutung gemäss BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354 f. (Urteile 8C_483/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 4.2; 9C_209/2011 vom 27. Mai 2011 E. 3.2; 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 7; I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.5; I 696/05 vom 20. April 2006 E. 3.1 und 3.2.2). Mit der Frage, ob die PTBS ein mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vergleichbares psychosomatisches Leiden darstellt, hat es sich indessen bisher nicht vertieft auseinandergesetzt (vgl. SVR 2015 IV Nr. 28 S. 85, 8C_538/2014 E. 4.2.3; siehe auch BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 S. 13 f., wo die PTBS nicht als solches Leiden aufgeführt wird; Urteil 9C_195/2015 vom 24. November 2015 E. 3.4). Im Urteil 8C_375/2014 vom 10. Februar 2015 hat das Bundesgericht entgegen der IV-Stelle nicht bestätigt, die invalidisierende Wirkung der PTBS beurteile sich nach der Praxis zu den somatoformen Schmerzstörungen; vielmehr verneinte es in E. 3.3 dieses Urteils das Vorliegen einer PTBS.

E. 5.1

Eine PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang BGE 142 V 342 S. 346 anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Angst und Depression sind häufig mit den Symptomen und Merkmalen der PTBS assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten.

Drogeneinnahme oder übermässiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 207 f.; vgl. auch KRAEMER/HEPP/SCHNYDER, Entstehung, Verlauf und therapeutische Möglichkeiten der posttraumatischen Belastungsstörung, Der medizinische Sachverständige [MedSach] 2007 S. 153; ULRICH SCHNYDER,

Posttraumatische Belastungsstörungen [Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsmöglichkeiten], in: Psychische Störungen und die Sozialversicherung - Schwerpunkt Unfallversicherung, 2002, S. 101 und 114; Urteil 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 E. 4.3.2). Neuere Übersichtsarbeiten sprechen von einer "sizeable minority" in einer Grössenordnung von 10 %, bei denen über Jahre hinweg Symptome einer PTBS persistieren. Insbesondere progrediente Entwicklungen widersprechen dem zu erwartenden degressiven Charakter posttraumatischer Störungen (WOLFGANG SCHNEIDER UND ANDERE, Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, 2012, S. 533). WOLFGANG HAUSOTTER, Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen, 2. Aufl. 2004, S. 196, geht davon aus, dass eine Krankheitswertigkeit der PTBS gegeben ist, wenn eine Mindestschwere vorliegt, bedeutsame Zusatzsymptome hinzutreten und die Erfüllung von Alltagsaufgaben nicht mehr möglich ist.

E. 5.2.1

Die Rechtsprechung hat zu den "vergleichbaren psychosomatischen Leiden" bislang ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte "pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage" in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-Ausnahmemodell mit "Überwindbarkeitsvermutung") unterstellt wurden. In der betreffenden Aufzählung, auf die BGE 141 V 281 in E. 4.2 verweist, findet sich die PTBS gerade nicht erwähnt BGE 142 V 342 S. 347 (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 S. 13). Dies mag insofern überraschen, als es in der Vergangenheit schon Fälle gab, in denen das Bundesgericht auf sie dieselben Regeln anwandte, ohne dass es sich dabei je näher mit Pathogenese oder Ätiologie des Leidens befasst hätte (vgl. E. 4.2 hiervor und dortige Hinweise). Zu Weiterungen hinsichtlich dieser letzteren Aspekte besteht nach der gemäss BGE 141 V 281 geänderten Rechtsprechung auch im vorliegenden Fall keine Veranlassung.

E. 5.2.2

Für die Frage, ob die PTBS in den Anwendungsbereich von BGE 141 V 281 E. 4.2 fallen soll, bestehen verschiedene Anknüpfungspunkte. So ist vorab auch bei diesem Krankheitsbild in Erinnerung zu rufen, dass bereits die Herleitung und Begründung der Diagnose besonderes Augenmerk bedürfen (vgl. Urteil 9C_195/2015 E. 3.3.1; allgemein: BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Ohne hier auf die bei der PTBS bestehenden konzeptionellen Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-5 einzugehen (vgl. dazu WOLFGANG HAUSOTTER, Psychiatrische und psychosomatische Begutachtung für Gerichte, Sozial- und private Versicherungen, Frankfurt 2016, S. 242 ff.; im Einzelnen zu den Klassifikationssystemen: BGE 130 V 396 E. 6.3 S. 402 f.), gilt es hier zunächst das Belastungskriterium, mithin das auslösende Trauma (vgl. E. 5.1 hiervor) in den Blick zu nehmen. Dieses ist nicht in erster Linie oder allein von der Gutachterperson selbst zu klären, aber von dieser zwingend zu referieren. Namentlich dort, wo es allein durch die subjektiven Angaben und Schilderungen der betroffenen Person belegt wird, lässt sich ein entsprechender Nachweis in aller Regel nicht ohne Weiteres erbringen (vgl. etwa Urteil 9C_687/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2). Nebst der ihrerseits für die Bejahung einer PTBS bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn

berücksichtigt werden soll (vgl. Urteil 9C_195/2015 E. 3.3.3 mit weiteren Hinweisen). Im Schrifttum wird zudem etwa auf den ebenfalls zu beachtenden Aspekt verwiesen, dass ein nur gelegentliches Auftreten von Flashbacks oder Alpträumen nicht genügt, um eine PTBS zu begründen (HAUSOTTER, a.a.O., E. 5.2.2 S. 251 mit Hinweis).

E. 5.2.3

Bei der hier anstehenden Beurteilung ist davon auszugehen, dass es sich bei der PTBS ganz allgemein um eine Störung handelt, BGE 142 V 342 S. 348 die nicht nur keinen Bezug zu einem organischen Geschehen aufweist, sondern für die sich keine oder kaum objektivierbare Befunde erheben lassen, was namentlich auf ihre typischen Symptome (Nachhallerinnerungen, Alp-/Träume, Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, Überwachsbarkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit) zutrifft. Dazu können weitere vielfältige Symptome treten, die ebenso bei anderen Störungen vorkommen und nach differenzierter Prüfung rufen. Auch der Verlauf zeigt sich sehr wechselhaft und nicht prognostizierbar, wobei progrediente Entwicklungen kaum zu erwarten sind und Chronifizierung, verbunden mit sozialem Rückzug und Antriebsmangel, eher selten auftritt (HAUSOTTER, a.a.O., E. 5.2.2 S. 253). Bei einem dergestalt schwer fassbaren, rein subjektiven, nicht objektivierbaren und unspezifischen Krankheitsbild ist in Zusammenhang mit der Diagnosestellung in besonderer Weise auch auf Ausschlussgründe (Aggravation und dergleichen) zu achten (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f.). Soweit es darüber hinaus schlussendlich vor allem um die Folgenabschätzung geht, mithin darum, die Auswirkungen der Störung auf das Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit zu erheben und zu gewichten, bedarf es nach dem Erwogenen gerade auch bei der PTBS des "konsistenten Nachweises" mittels "sorgfältiger Plausibilitätsprüfung". Dafür liegt die besondere Eignung des strukturierten Beweisverfahrens unter Verwendung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 E. 4.1.3 vor dem rechtlichen Hintergrund des Art. 7 Abs. 2 ATSG (SR 830.1) gleichsam auf der Hand. Dies alles gilt umso mehr, als dem "Konzept der PTBS" offenbar auch von Seiten renommierter Psychiater massive Kritik ("interessengesteuerte Modediagnose mit inflationärer Ausweitung") erwachsen ist (Nachweis bei HAUSOTTER, a.a.O., E. 5.2.2 S. 247). Andererseits kann auf diesem Wege auch den eingangs erwähnten konzeptionellen Unterschieden zwischen DSM-5 und ICD-10 Rechnung getragen werden, die sich zwar bezogen auf die Diagnose auswirken mögen, die ihrerseits für sich allein für die Anspruchs begründung jedoch rechtsprechungsgemäss nie ausreichend sein kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.4.1.1 S. 291 f.; BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 356).

E. 5.3

Entgegen dem Antrag des BSV braucht im vorliegenden Zusammenhang nicht entschieden zu werden, ob die Praxis nach BGE 141 V 281 auf alle (psychischen) Leiden auszudehnen sei. (...)

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