

# **BGer 8C\_427/2012 vom 18. September 2012**

Bundesgericht, 2012-09-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_427\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_427_2012)

FR: TF 8C\_427/2012 du 18 septembre 2012

IT: TF 8C\_427/2012 del 18 settembre 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten ( Art. 82 ff. BGG ) kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat ( Art. 105 Abs. 1 BGG ), und kann deren Sachverhaltsfeststellung nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht ( Art. 105 Abs. 2 BGG ). Es wendet das Recht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ). Immerhin prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Begründungspflicht der Beschwerde ( Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ), grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind. Es ist jedenfalls nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu untersuchen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen wurden ( BGE 133 II 249 E. 1.4.1 S. 254).

### **E. 2.1**

Zu prüfen ist unter dem dargelegten kognitionsrechtlichen Blickwinkel, ob die Vorinstanz zu Recht eine während eines Jahres bestehende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % mit anschliessender rentenbegründender Erwerbsunfähigkeit verneint hat.

### **E. 2.2**

Im kantonalen Entscheid wurden die für Beurteilung der Streitsache massgeblichen rechtlichen Grundlagen zutreffend wiedergegeben. Es betrifft dies namentlich die Bestimmungen und Grundsätze zur Arbeitsfähigkeit ( Art. 6 ATSG ), Erwerbsunfähigkeit ( Art. 7 ATSG ) und Invalidität ( Art. 8 ATSG ), zu den Voraussetzungen und zum Umfang des Rentenanspruchs ( Art. 28 Abs. 1 und 2 IVG ) sowie zu den Anforderungen an beweiskräftige medizinische Berichte und Gutachten ( BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis; vgl. ferner BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Darauf wird verwiesen.

Anzufügen ist, dass die Feststellung des Gesundheitsschadens, d.h. die Befunderhebung, die gestützt darauf gestellte Diagnose und die ärztliche Stellungnahme zum noch vorhandenen Leistungsvermögen oder (bei psychischen Gesundheitsschäden) zur Verfügbarkeit von Ressourcen der versicherten Person sowie die auf der Basis der medizinischen Untersuchungen gerichtlich konstatierte Arbeits(un)fähigkeit Tatfragen beschlagen ( BGE 132 V 393 E. 3.2 S. 398), welche sich auf Grund der letztinstanzlich geltenden Kognitionsregeln einer Überprüfung durch das Bundesgericht weitgehend entziehen.

### **E. 3.1**

Nach der vor Bundesgericht einzig strittigen Feststellung der Vorinstanz ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin als Folge des am

9./10. Juli 1997 erlittenen Unfalles an einer die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigenden posttraumatischen Belastungsstörung leidet. Die medizinische Aktenlage zeigt sich diesbezüglich wie folgt:

#### **E. 3.1.1**

Eine psychische Beeinträchtigung in Form einer sekundären Depression mit Hyperventilationsneigung, Panikattacken und sozialem Rückzug wurde erstmals im hausärztlichen Bericht des Dr. med. A. \_\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 15. November 2007 erwähnt. Diese Symptomatik habe teils medikamentös, teils durch psychiatrische Begleitung wieder stabilisiert werden können.

#### **E. 3.1.2**

Gemäss psychiatrischem Teilgutachten des Medizinischen Gutachtenzentrums X. \_\_\_\_\_ des Dr. med. S. \_\_\_\_\_, vom 25. November 2008 befand sich die Beschwerdeführerin seit September 2005 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. H. \_\_\_\_\_. Nach dessen Aussagen hätten sich die anfänglichen Symptome einer Angststörung zwischenzeitlich zu einer posttraumatischen Belastungsstörung verdichtet, welche nunmehr chronifiziert seien. Gestützt darauf gelangte Dr. med. S. \_\_\_\_\_ zur Diagnose einer schweren und chronifizierten Form einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) in Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall 1997, zumindest vorhanden seit dem psychiatrischen Behandlungsbeginn bei Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Herbst 2005, welche die Leistungsfähigkeit um 70 % vermindere.

#### **E. 3.1.3**

Der RAD wertete das entsprechende Teilgutachten in seiner Stellungnahme vom 15. Januar 2009 als in wesentlichen Punkte lückenhaft. So stellten sich insbesondere die Anamnese zum Unfallhergang und zur Symptomatik mit Auswirkungen auf die Alltagsfunktionen als unvollständig dar, sodass die Herleitung der Diagnose und die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar seien.

#### **E. 3.1.4**

In der konsiliarischen Expertise des Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, der Klinik Z. \_\_\_\_\_ vom 21. September 2009 wurden eine psychotraumatologische Restsymptomatik im Sinne einer leichten subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.2), situationsgebundene agoraphobe Ängste (ICD-10: F40.00) sowie eine mehrheitlich remittierte depressive Episode, gegenwärtig einer leichten Dysthymie entsprechend (ICD-10: F34.1), diagnostiziert. Die Kriterien zur Diagnosestellung eines Vollbildes einer posttraumatischen Belastungsstörung seien - so der Arzt im Weiteren - aktuell nicht gegeben und wahrscheinlich auch rückblickend in diesem Ausmass nie gegeben gewesen. Es müsse indes von einer leichten, ausgeprägten, doch spezifischen psycho-traumatologischen Symptomatik im Sinne einer leichten syndromalen (also nicht voll ausgebildeten, den definierten Kriterien mithin nicht vollumfänglich entsprechenden) posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen werden. Der Ausprägungsgrad der festgestellten psychischen Auffälligkeiten bzw. Störung sei je einzeln betrachtet zu gering, um versicherungspsychiatrisch eine Minderung der Zumutbarkeit zu rechtfertigen.

#### **E. 3.1.5**

Die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_\_, welchen die Beschwerdeführerin durch Dr. med. H.\_\_\_\_\_ wegen eines Burnout-Syndroms bei Status nach posttraumatischer Belastungsstörung zugewiesen worden war, diagnostizierten ihrerseits mit Bericht vom 23. Oktober 2009 eine Anpassungsstörung mit Erschöpfung, emotionaler Instabilität und verringerter Impulskontrolle bei chronifizierter posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.23, F62.0). Die Patientin sei 1997 unschuldig von einem Auto auf dem Trottoir angefahren worden, wodurch es im Spital zu einer Nahtoderfahrung und im Anschluss zu einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Depressionen/Angst- und Paniksymptomatik sowie sozialem Rückzug gekommen sei.

### **E. 3.1.6**

Dr. med. W.\_\_\_\_\_ kam in seiner psychiatrischen ABI-Teilbegutachtung vom 8. Dezember 2010 zum Schluss, dass die Explorandin unter einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) und einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) leide, welche die Arbeitsfähigkeit um 20 % einschränkten. Anhaltspunkte für eine erhebliche psychische Störung bestünden demgegenüber nicht. Namentlich die in einem früheren Zeitpunkt erwähnte Diagnose einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung könne nach ICD-10 nicht gestellt werden. Es handle sich bei dem von der Versicherten erlittenen Unfall nicht um die Art von traumatischem Geschehnis, die bei fast jeder betroffenen Person eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, wie dies bei einem schweren Katastrophenereignis, einer Folter oder einem sonstigen Verbrechen der Fall sei.

### **E. 3.1.7**

Mit Bericht vom 30. Januar 2012 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ an der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit schwerer Persönlichkeitsveränderung nach lebensbedrohlichem Unfall 1997 (ICD-10: F43.1) mit intrusivem Syndrom (Intrusionen, Übererregtheit [fehlende Impulskontrolle und Aggressionsausbrüche], ausgeprägtem Vermeidungsverhalten mit sozialer Selbstisolierung), chronischen Angst- und Panikzuständen, kognitiven Störungen und einer um 80 % reduzierten Arbeitsfähigkeit in der angestammte Tätigkeit als Treuhänderin fest.

### **E. 3.2**

Auf Grund dieser Sachlage erweist sich die in tatsächlicher Hinsicht getroffene Feststellung des kantonalen Gerichts weder als offensichtlich unrichtig noch unvollständig. Insbesondere liegt, wie die nachstehenden Erwägungen aufzeigen, entgegen der in der Beschwerde vertretenen Betrachtungsweise keine willkürliche Beweiswürdigung vor ( BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400).

### **E. 3.2.1**

Aus den dargelegten Unterlagen erhellt, dass die Dres. med. A.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ und W.\_\_\_\_\_ das Vorhandensein einer (chronifizierten) posttraumatischen Belastungsstörung übereinstimmend explizit ausschliessen bzw. nicht erwähnen. Was die abweichende Sichtweise des Dr. med. S.\_\_\_\_\_ im Rahmen der Begutachtung des Medizinischen Gutachtenzentrums X.\_\_\_\_\_ anbelangt, gilt es zu beachten, dass die entsprechenden psychiatrischen Ausführungen bereits mit Entscheid der Vorinstanz vom 16. Juni 2010 als nicht beweiskräftig qualifiziert worden waren. Damals hatte das kantonale Gericht namentlich unter Hinweis auf fachmedizinische Dokumentationen (insbesondere die Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, Version 2011, abrufbar unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) erkannt,

dass eine posttraumatische Belastungsstörung in der Regel mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach dem Trauma beginnt; lediglich bei wenigen Patienten nimmt die Störung über die Jahre einen chronischen Verlauf und geht danach in eine dauernde Persönlichkeitsänderung über. Vorliegend habe, so die weiteren Ausführungen, der die Beschwerdeführerin seit Herbst 2005 psychiatrisch behandelnde Dr. med. H. \_\_\_\_\_ zunächst eine Angststörung konstatiert, welche sich laut seinen Angaben vom 25. November 2008 sukzessive zu einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt habe. Damit sei von einer Latenzzeit von rund zehn Jahren auszugehen, welche im Lichte der dargestellten medizinischen Richtwerte deutlich gegen das Bestehen eines derartigen psychischen Beschwerdebildes spreche. An diesen Schlussfolgerungen, welchen die Versicherte nicht opponierte, ist festzuhalten. Wie im in casu angefochtenen Entscheid zutreffend erwogen wurde, ändert die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2012 an diesem, sich mit dem Aussagegehalt des ABI-Gutachtens vom 4. Januar 2011 deckenden Ergebnis nichts. Ebenso wenig vermag der Bericht der Klinik Z. \_\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2009, der in erster Linie auf der Diagnosestellung durch den überweisenden Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fusst, etwas Gegenteiliges zu belegen.

### **E. 3.2.2**

Ob der Unfall vom 9./10. Juli 1997, bei welchem die Beschwerdeführerin als Fussgängerin durch ein aus einer Parklücke fahrendes Auto erfasst worden war und sich ein schweres Polytrauma mit namentlich einer Beckenfraktur sowie einer komplexen Knieverletzung rechts zugezogen hatte, ein traumatisches Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere darstellt (wie beispielsweise eine Vergewaltigung, eine mehrmonatige Lagerhaft etc.), dessen es rechtsprechungsgemäss bedarf, um eine invalidisierende posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 F43.1 anzuerkennen (Urteil [des Eidg. Versicherungsgerichts] I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.4 mit diversen Hinweisen; vgl. auch BGE 133 IV 145 E. 3.5 S. 148 f.; ferner Ulrich Schnyder, Posttraumatische Belastungsstörung, in: Psychische Störungen und die Sozialversicherung - Schwerpunkt Unfallversicherung, 2002, S. 99 ff., insb. S. 101), braucht angesichts dieser Verhältnisse nicht abschliessend beantwortet zu werden. Selbst für den Fall, dass die Versicherte einer durch eine Lungenembolie verursachten Erstickungsnahtoderfahrung ausgesetzt gewesen wäre, könnte der Vorfall kaum als von solch gravierender Schwere eingestuft werden, dass er ein Jahrzehnt später das Auftreten der fraglichen psychischen Gesundheitsstörung zu bewirken vermöchte.

Vor diesem Hintergrund erübrigen sich die von der Beschwerdeführerin im Eventualantrag geforderten zusätzlichen Sachverhaltsabklärungen (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. ; 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94).

### **E. 3.3**

In Anbetracht von ansonsten unbestritten gebliebenen vorinstanzlichen Erwägungen bleibt es somit bei der Erkenntnis, dass gestützt auf das ABI-Gutachten vom 4. Januar 2011 von einem verbliebenen Leistungsvermögen im Rahmen leidensadaptierter Tätigkeiten von 70 % seit spätestens 25. Juni 2003 auszugehen ist, woraus keine durchschnittlich mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres mit anschliessender rentenbegründender Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG resultiert.

### **E. 4**

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 65 Abs. 4 lit. a in Verbindung mit Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG ).

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