



Sucht in der Sozialversicherung

-

IV-Berichte – IV-Gutachten

Dr. med. Toni Berthel

FMH Psychiatrie und Psychotherapie

Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen SSAM-SAPP

Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie K&L

Psychosomatische Medizin APPM

Zertifizierter Gutachter SIM

Präsident Schweiz. Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM

- **Ausgangslage**
 - Bundesgerichtsentscheide
- **Was ist Sucht? Substance use disorder „SUD“**
 - ICD, DSM
 - Prävalenz
 - Psychoaktive Substanzen
 - Comorbidität
- **Wie läuft das ab?**
- **Was gehört in einen Bericht/Gutachten?**
- **Substanzkonsum und Arbeit/Arbeitsfähigkeit**
- **Einige wichtige Aspekte**
- **Fazit**

Gesundheit ist relativ

- Die **WHO definiert Gesundheit** als „„einen Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens.“
- Für **Friedrich Nietzsche** ist: „Gesundheit dasjenige Mass an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“
- Für **Prosecco-Philosophen** ist „Gesundheit nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Die IV ist eine Eingliederungsversicherung

Invalidität

- Eine Invalidität im Sinne der IV liegt vor, wenn die Erwerbsunfähigkeit oder die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, d.h. wenn zwischen den beiden Elementen ein Kausalzusammenhang besteht.
- Für die Annahme einer Invalidität genügt es, wenn die Erwerbsunfähigkeit nur teilweise auf den Gesundheitsschaden zurückzuführen ist. Wer jedoch nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann nicht erwerbsunfähig und somit nicht invalid sein (ZAK 1985 S. 223)

Erwerbsunfähigkeit

- Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG).
- Nicht berücksichtigt werden können insbesondere invaliditätsfremde Gründe wie Alter (vgl. aber Rz. 3050.1), mangelnde Schulbildung, sprachliche Probleme, soziokulturelle Faktoren, reines Suchtgeschehen und Aggravation (vgl. Rz. 1026).
- Eine Erwerbsunfähigkeit ist zudem nur zu berücksichtigen, soweit sie für die vP aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Das subjektive Empfinden der vP (z.B. Schmerzen) ist dabei nicht massgebend. Die Beurteilung, was aus objektiver Sicht zumutbar ist und was nicht obliegt den IV-Stellen gestützt auf die medizinischen Angaben des regionalen ärztlichen Dienstes.

Voraussetzungen

- Der Gesundheitsschaden gibt nur dann Anspruch auf Leistung der IV, wenn er eine voraussichtlich längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat.
- Bei Nichterwerbstätigen wird die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt (Art. 8 Abs. 3 ATSG, Art. 5 Abs. 1 IVG). Man spricht von spezifischer Arbeitsunfähigkeit, d.h. von der Unfähigkeit oder der verringerten Fähigkeit, sich im angestammten Aufgabenbereich

Erwerbs- Arbeitsunfähigkeit

- Die Erwerbsunfähigkeit unterscheidet sich von der Berufsunfähigkeit, d.h. der Unfähigkeit, im angestammten Beruf zu arbeiten. Wenn die versicherte Person ohne wesentliche Erwerbseinbusse eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit ausüben kann, gilt sie nicht als invalid im Sinne des Gesetzes.
- Die Erwerbsunfähigkeit unterscheidet sich auch von der Arbeitsunfähigkeit, d.h. von der medizinisch begründeten Unfähigkeit, eine bestimmte Tätigkeit in einem bestimmten Umfang ausführen zu können (Art. 6 ATSG; Rz. 3047 ff.).
- Die IV versichert die gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit, die ALV hingegen die wirtschaftlich bedingte Erwerbsunfähigkeit bzw. -losigkeit.

Kausalzusammenhang

- Ein Kausalzusammenhang liegt nicht vor und eine Invalidität ist nicht gegeben, wenn die Erwerbsunfähigkeit nicht durch einen Gesundheitsschaden, sondern durch andere Faktoren (invaliditätsfremde Gründe, vgl. ZAK 1989 S. 313) verursacht wurde, insbesondere durch
 - wirtschaftliche Gründe, wie Arbeitslosigkeit (ZAK 1984 S. 347), Krise, Mangel oder Rückgang der Arbeitsmöglichkeiten in einem bestimmten Gebiet oder einem bestimmten Erwerbszweig (hier kommt allenfalls die ALV zum Tragen),
 - persönliche Gründe, wie mangelnder Arbeitseifer (ZAK 1964 S. 299), mangelhafte Bildung (ZAK 1980 S. 279) oder Sprachkenntnisse, Alter, Unfähigkeit über das normale Mass hinauszuarbeiten (ZAK 1988 S. 476).

Bundesgerichtsentscheide

Praxis bis 2019

Im Bereich der Alkoholabhängigkeit unterscheidet die Medizinwissenschaft

- zwischen induzierten psychiatrischen Störungen (durch den Alkoholkonsum hervorgerufen) und
- unabhängigen psychiatrischen Störungen (mit Alkoholkonsum assoziiert).
- **In der Regel sind die psychiatrischen Symptome induziert und bessern sich durch Einstellung des Alkoholkonsums in den Wochen nach dem Entzug von selbst, so dass sie nicht Gegenstand einer separaten psychiatrischen Diagnose sein können.** Das Auftreten einer psychiatrischen Komorbidität bildet noch keine ausreichende Grundlage, um rechtlich auf eine Invalidität wegen Abhängigkeit zu schliessen. Die diagnostizierte psychische Erkrankung muss überwiegend wahrscheinlich zur Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person beitragen. Bei mehreren Gesundheitsstörungen muss die medizinische Beurteilung die Auswirkungen jeder einzelnen Störung auf die Arbeitsfähigkeit beschreiben und bestimmen, welchen Grad die Arbeitsfähigkeit erreichen könnte, wenn man von den Auswirkungen der Abhängigkeit absieht (9C_395/2007).

Bundesgerichtsentscheide

2015 Leiturteil

- BGE 141 V 281
- Somatische Schmerzstörungen
 - Strukturiertes, normatives Prüfungsraster sog. Standardindikatoren

2017 Präzisierung Leiturteil von 2015

- BGE 143 V 409, BGE 143 V 418
- Ausweitung auf Depressive Störungen und sämtliche psychische Erkrankungen

2019 Präzisierung Leiturteil von 2015

- BGE 145 V 215
- Ausdehnung auf Abhängigkeitsstörungen

Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen – Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281 (= 9C_492/2014)

Von MICHAEL LIEBRENZ,^{1,2,*,#} ROMAN SCHLEIFER,² CLAUDINE AESCHBACH,^{3,*} TONI BERTHEL,^{4,*} DOROTHEE KLECHA,^{1,#} RALPH MAGER,^{5,°} GERHARD EBNER,^{6,#,°} VOLKER DITTMANN,^{7,#} MARC WALTER,⁸ ROLF-DIETER STIEGLITZ,⁹ UELI KIESER¹⁰

Das Bundesgericht anerkennt in seinen Entscheidungserwägungen, dass:

- Die medizinische Abgrenzung in primäre und sekundäre Suchterkrankungen diagnostisch notorisch problematisch war
- Dass keine rechtlich Grundlage für das Konstrukt eines «selbstverschuldeten» Zustandes bestehe
- Dass die grundsätzliche Annahme, dieser Zustand einem Entzug und damit einer Wiederherstellung der Gesundheit ohne weiteres zugänglich, falsch ist.

Was heisst das für uns und unsere Klientel?

Was heisst das für Suchtkrankheiten?

- Das Urteil von 2019 bedeutet:
- In Bezug auf die Beurteilung der rentenbegründenden Invalidität werden die gleichen Beurteilungskriterien für alle psychischen Störungen angewendet. (Zum ersten Mal seit Einführung der Invalidenversicherung seit 1960)

Suchterkrankungen/Substanzgebrauchsstörungen/SUD sind in der IV-Rechtssprechung gegenüber anderen psychischen Störungen gleichgestellt.
SUD sind psychische Störungen nach ICD

Kernaussagen aus dem Bundesgerichtsurteil

- Dieses präzisierende Leiturteil vom Dezember 2019 bestätigt im Sinne der konstanten Rechtsprechung, dass die **Indikatorenrechtsprechung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen zur Anwendung kommt**. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hat mit Blick auf die vorgegebenen Kriterien der Indikatorenrechtsprechung zu erfolgen, insbesondere **sei der Aspekt der funktionellen Auswirkungen stärker zu berücksichtigen**, was bereits in den diagnostischen Anforderungen umzusetzen sei. Unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotenzialen (Ressourcen) sei **das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen**.

2015: BGE 141 V 281: Was bedeutet dieses Urteil?

Sogenanntes **«strukturiertes Indikatoren Beweisverfahren»** nach BGE 141 V 281 mit «Indikatoren» mit zwei Kategorien zur Beurteilung durch den Gutachter:

- Kategorie «funktioneller Schweregrad»
 - Komplex «Gesundheitsschädigung»
 - Ausprägung diagnoserelevanter Befunde,
 - Behandlungserfolg oder -resistenz, Eingliederungserfolg oder -resistenz,
 - Komorbiditäten (psychiatrisch und somatisch)
 - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - Komplex «Sozialer Kontext».
- Kategorie «Konsistenz»
 - Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
 - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck.
 - (Dieses Urteil 2015 bezog sich lediglich auf psychosomatische Störungen).

Grundlagen

- Auf bereits entschiedene Fälle wird nicht zurückgekommen
- Es ist eine Neuanmeldung notwendig
- Auf die Neuanmeldung wird eingetreten, wenn glaubhaft gemacht werden kann, dass sich der Sachverhalt oder der Gesundheitszustand sich verändert hat
- Es muss ein Arztbericht vorliegen, der diese Veränderung belegt
- Damit ein Begutachtung gemacht werden kann, muss keine Entzugsbehandlung angeordnet werden
- Teilnahme an zumutbaren medizinischen Massnahmen nach wie vor möglich (Schadenminderungspflicht)
- Soziokulturelle und psychosoziale Faktoren sind ausgeschlossen

Auf die Anmeldung wird eingetreten

- Wenn es sich um eine Neuanschuldung handelt
- Wenn es objektive Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum letzten Entscheid gibt
- Die Änderung der Rechtsprechung begründet noch keine Neuentscheidung (ausser die frühere Entscheidung würde auf ungenügender Sachverhaltsabklärung beruhen)

Dazu braucht es:

- Eine fachärztliche, einwandfreie Diagnose der Abhängigkeitserkrankung
- Die Indikatorenprüfung
- Die Beurteilung der Zumutbarkeit von schadenmindernden Auflagen

Dazu ist in der Regel eine gutachterliche Abklärung notwendig

Was braucht es für einen umfassenden Bericht/Gutachten?

2015: BGE 141 V 281: Was bedeutet dieses Urteil?

Sogenanntes **«strukturiertes Indikatoren Beweisverfahren»** nach BGE 141 V 281 mit «Indikatoren» mit zwei Kategorien zur Beurteilung durch den Gutachter:

- Kategorie «funktioneller Schweregrad»
 - Komplex «Gesundheitsschädigung»
 - Ausprägung diagnoserelevanter Befunde,
 - Behandlungserfolg oder -resistenz, Eingliederungserfolg oder -resistenz,
 - Komorbiditäten (psychiatrisch und somatisch)
 - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - Komplex «Sozialer Kontext».
- Kategorie «Konsistenz»
 - Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
 - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck.
 - (Dieses Urteil 2015 bezog sich lediglich auf psychosomatische Störungen).

Umfassende Abklärung

Beurteilung

- Aktenzusammenfassung
- Woran leidet der/die Versicherte
- Störungsentwicklung
- Lebensgeschichte
- Aktuelle Situation, Tagesablauf, Freizeit, übrige Aktivitäten
- Untersuchungsbefund (psychisch, AMDP, Labor, somatisch, allenfalls Neuropsychologie etc.)
- Fremdauskünfte
- Was kann er/sie? Was kann er/sie nicht oder nicht mehr? (Mini-ICF)
- Konsistenz
- Beurteilung, DG mit/ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (inkl. Comorbidität)
- Persönlichkeit
- Auswirkung der versch. Störungen auf die Leistungsfähigkeit und Alltagsgestaltung
- Bisherige Behandlungen, Erfolg, Misserfolg
- Medizinische Massnahmen

Psychischer Befund

- Bewusstseinsstörungen
- Orientierungsstörungen
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- Formale Denkstörungen
- Befürchtungen und Zwänge
- Wahn
- Sinnestäuschungen
- Ich-Störungen
- Störungen der Affektivität
- Antriebs- und motorische Störungen
- Circadiane Besonderheiten
- Andere Störungen

Mini-ICF

Einschränkungen

KEINE LEICHT MITTELGRADIG SCHWER VOLLSTÄNDIG

1. Anpassung an Regeln und Routinen
2. Planung und Strukturierung von Aufgaben
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
4. Anwendung fachlicher Kompetenzen
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
6. Durchhaltefähigkeit
7. Selbstbehauptungsfähigkeit
8. Kontaktfähigkeit zu Dritten
9. Gruppenfähigkeit
10. Familiäre und intime Beziehungen
11. Spontan-Aktivitäten
12. Selbstpflege
13. Verkehrsfähigkeit

Mini-ICF-APP

Ratingbogen

Patientenname: _____ Beruf: _____

Name des Beurteilers: _____ Datum: _____

Beruf des Beurteilers: Arzt Psychologischer Psychotherapeut
 Sozialarbeiter

Informationsbasis: Klinisches Interview Teambesprechung
 Begutachtung

Kontextbezug: ohne Kontextbezug allgemeiner Arbeitsmarkt
 Bezugsberuf

zu beurteilende Fähigkeit	Beeinträchtigung				
	keine	leicht	mittelgradig	schwer	vollständig
1. Anpassung an Regeln und Routinen Fähigkeit, sich an Regeln zu halten, Termine verabredungsgemäß wahrzunehmen und sich in Organisationsabläufe einzufügen. Dies beinhaltet bspw. die Erfüllung von täglichen Routineabläufen, Einhalten von Verabredungen, pünktliches Erscheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Planung und Strukturierung von Aufgaben Fähigkeit, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, d. h. angemessene Zeit für Aktivitäten (Arbeit, Haushaltsführung, Erholung und andere Tages- und Freizeitaktivitäten) aufzuwenden, die Reihenfolge der Arbeitsabläufe sinnvoll zu strukturieren, diese wie geplant durchzuführen und zu beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit Fähigkeit, sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anzupassen, d. h. inwieweit der Proband in der Lage ist, je nach Situation unterschiedliche Verhaltensweisen zu zeigen. Dies kann Veränderungen in den Arbeitsanforderungen, kurzfristige Zeitveränderungen, räumliche Veränderungen, neue Sozialpartner oder auch die Übertragung neuer Aufgaben betreffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anwendung fachlicher Kompetenzen Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, d. h. beruflich, ausbildungsspezifisch oder aufgrund der Lebenserfahrung. Fähigkeit, Fach- und Lebenswissen oder Kompetenzen gemäß den situativen Rollenerwartungen einzusetzen und unter Berücksichtigung des Lebenshintergrunds zumutbare inhaltliche und fachliche Anforderungen zu erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit Fähigkeit, kontextbezogen und nachvollziehbar Entscheidungen zu fällen oder Urteile abzugeben. Fähigkeit, Sachverhalte differenziert und kontextbezogen aufzufassen, daraus die angemessenen Schlussfolgerungen und Konsequenzen zu ziehen und dies in erforderliche Entscheidungen umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

zu beurteilende Fähigkeit	Beeinträchtigung				
	keine	leicht	mittelgradig	schwer	vollständig
6. Durchhaltefähigkeit Fähigkeit, hinreichend ausdauernd und während der üblicherweise erwarteten Zeit an einer Tätigkeit (im Beruf oder bei sonstigen Aufgaben) zu bleiben und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Selbstbehauptungsfähigkeit Fähigkeit, in sozialen Kontakten oder auch Konfliktsituationen ohne beeinträchtigende Befangenheit zu bestehen und für seine Überzeugungen einzustehen, ohne dabei soziale Normen zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kontaktfähigkeit zu Dritten Fähigkeit, unmittelbare informelle soziale Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen, wie Begegnungen mit Kollegen, Nachbarn oder Bekannten und mit diesen angemessen zu interagieren, wozu auch Rücksichtnahme, Wertschätzung des Gegenübers oder die Fähigkeit, Gespräche zu führen, gehören. Dazu gehört die Fähigkeit des Probanden, unverbindlich zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gruppenfähigkeit Fähigkeit, sich in Gruppen einzufügen, die expliziten oder informellen Regeln der Gruppe zu durchschauen und sich darauf einzustellen. Die Beurteilung bezieht sich auf das Verhalten des Probanden in Gruppensituationen bzw. seine Fähigkeit zur öffentlichen Präsentation. Dazu gehören Kleingruppen wie das Arbeitsteam, der Verein oder Großgruppen wie die Firma, eine politische Gruppierung oder die Kirche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Familiäre bzw. intime Beziehungen Fähigkeit, enge und ggf. intime Beziehungen zu einem vertrauten Menschen oder in der Familie aufzunehmen und aufrechtzuerhalten. Beurteilt wird die Fähigkeit, enge emotionale Zuwendung zu geben und zu empfangen und mit den anderen Rollenerwartungen und dem beruflichen Umfeld befriedigend abzustimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Spontan-Aktivitäten Fähigkeit des Probanden, außerhalb beruflicher oder sozialer Pflichten Spontanverhalten zu initiieren, Freizeitaktivitäten wahrzunehmen und in seinen Alltag zu integrieren. Beurteilt werden Aktivitäten, bei denen der Proband selbst aktiv und initiativ werden muss und die nicht beispielsweise durch eine Berufsrolle aufgezwungen werden. Dazu gehören zum einen Aktivitäten des täglichen Lebens wie häusliche Aktivitäten, z. B. die Beschaffung von Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, die Zubereitung von Mahlzeiten, die Pflege von Wohnung, Haus und Haushaltsgegenständen, die Versorgung von Pflanzen oder Haustieren. Dazu gehören des Weiteren kreative oder rekreative Aktivitäten, z. B. Hobbys, der Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Erholungsaktivitäten, Sport oder künstlerische Aktivitäten. Qualität und Quantität stehen in einem sich ergänzenden Verhältnis, jemand kann ein intensives Hobby haben, dem viel Zeit gewidmet wird, oder sich vielen verschiedenen Dingen zuwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Selbstpflege Fähigkeit zur Selbstfürsorge und -pflege, also die Fähigkeit, sich zu waschen, Haut, Fuß- und Fingernägel, Haare und Zähne zu pflegen, sich sauber und der Situation, dem Anlass und der Jahreszeit entsprechend zu kleiden, die gesundheitlichen Bedürfnisse seines Körpers wahrzunehmen und darauf angemessen zu reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Verkehrsfähigkeit Fähigkeit des Probanden, zu verschiedenen Orten zu gehen bzw. sich in verschiedene Situationen zu begeben und Transportmittel, wie Auto, Bus oder Flugzeug, zu benutzen. Beurteilt wird, ob der Proband ohne Probleme jeden verkehrsüblichen Platz aufsuchen und jedes verkehrsübliche Fortbewegungsmittel benutzen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistung / Performance

- Was tut er/sie?
- Was ein Individuum in seiner üblichen Umwelt tut

Leistungsfähigkeit / Capacity

- Was kann er/sie?
- Fähigkeit eines Individuums eine Handlung oder Aufgabe durchzuführen

Leistungsfähigkeitspotential / Reserve capacity

- Was könnte er/sie?
- Reservekapazität



Offene Fragen

Was bleibt unklar?

- Schadenminderungspflicht? wie? Was kann verlangt werden?
- Voraussetzungen für Eingliederungsmassnahmen und allfälliger Konsum (Ausmass des Konsums, Abstinenz, Entzug?) (kann/muss/soll Abstinenz/Teilabstinenz/Entzug vorausgesetzt/verlangt werden?)
- Umsetzungspraxis in den verschiedenen IV-Stellen
- Rechtspraxis ist noch unklar

Mögliche Beispiele

- Wenn der Suchtmittelkonsum die Leistungsfähigkeit des Versicherten relevant beeinträchtigt
- Alkoholisiert am Arbeitsplatz
- Verhaltensauffälligkeiten, die auf den Substanzkonsum zurückgeführt werden können
 - Unzuverlässigkeit, Unpünktlichkeit
 - Impulsivität (z.b. Gegen Mitarbeitende, Vorgesetzte, Maschinen etc.)
- Stellenverluste im Vorfeld, die auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen zurückgeführt werden können (z.b. Kündigung wegen Alkohol am Arbeitsplatz etc.)

Abklärung:

- Wurde/n die Störung/en schon einmal behandelt?
- Hat die Behandlung in einer dafür geeigneten Einrichtung stattgefunden?
- Hat die Behandlung nach den Regeln der medizinischen Wissenschaften stattgefunden?
- Sind alle Störungen behandelt worden?
- Gibt es Behandlungsoptionen?
- Etc.

Was ist Sucht?

psychoaktive Substanzen

Comorbidität

Was ist Sucht? Deskriptive Diagnostik

Diagnostik ICD-10: Störungen durch psychotrope Substanzen:

Abhängigkeitssyndrom

- Dosissteigerung
- Entzugerscheinungen
- Wirkungsverlust, Toleranzentwicklung
- Kontrollverlust
- Einschränkung der persönlichen Entwicklung
- Konsum trotz negativer Folgen

Mindestens 3 oder mehr
Kriterien im Verlauf der letzten
12 Monate

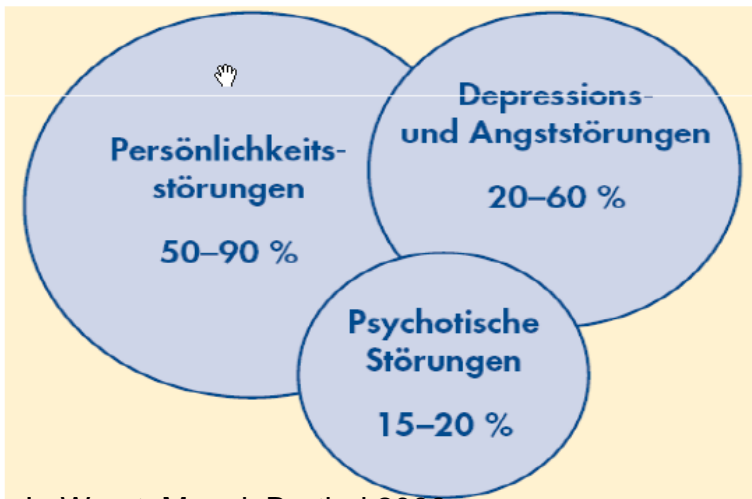
WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)

Comorbidität Epidemiologie

- **Psychische Störungen sind häufig**
- **Sucht geht häufig mit anderen psychischen Störungen einher**

Epidemiologie - Zusammenfassung

- 80% aller Patienten mit einer Drogenabhängigkeit haben eine komorbide psychische Störung



In Wurst, Moggi, Berthel 2009

Drogen im Blickpunkt, EBDD, 2004

Prävalenz Normalbevölkerung

Prävalenz	Lebenszeit	12-Monat	1-Monat
Affektive Störungen	19%	7.6%	3.9%
Angststörung	19.3%	12.4%	9.7%
Substanzabusus	18.7%	8.9%	5.8%
Substanzabhängigkeit	12.9%	4.9%	2.6%
Schizophrenie	0.4%	0.2%	0.2%
Essstörungen	0.7%	0.4%	0.3%

Es ist ein Brauch von alters her:
Wer Sorgen hat,
hat auch Likör.

Wilhelm Busch

Co-Morbidität und Behandlung/Betreuung

- Bessere Erfolge wenn gleichzeitig Begleiterkrankung behandelt wird
- Höhere Symptombefreiheit und Abstinenzrate in spezialisierten Behandlungsprogrammen
- Gleichzeitige Behandlung von Sucht, psychischen Erkrankungen und sozialen Problemen ist erfolgreicher

Substanzkonsum und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Auswirkungen Konsum
- Substanzen
- Unterschiedliche Konsumgruppen
- Konsum/Abhängigkeit und Alter/Lebensphase

Akute Wirkung

- Berauschung/Betäubung
- Kognitive Funktionen
 - Abstraktion
 - Exekutive Funktionen
 - Intellektuelle Funktionen
- Komplexe Ich-Funktionen (Marelli 2008)
 - Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Kontaktgestaltung, Beziehungsfähigkeit, Affektsteuerung, Impulskontrolle, Selbstwertregulation, Regressionsfähigkeit, Intentionalität, Antrieb, Abwehrorganisation
- Auswirkungen auf die Arbeit
 - Effizienz, Qualität, Sozialverhalten

Wirkung nach Konsum, anderntags

- Kater
- Hang over
- Entzugerscheinungen
- Absenzen am Arbeitsplatz

Auswirkungen durch langdauernden, chronischen Konsum

- Kognitive Veränderung
- Affektive Beeinträchtigung
- Arbeitseffizienz, -qualität,
- Arbeits- und Sozialverhalten
- Zuverlässigkeit
- Absenzen am Arbeitsplatz

- Persönlichkeitsveränderung

Auswirkungen auf Arbeits- und Leistungsfähigkeit

- Alkohol
- Benzodiazepine
- Opioide
- Cannabis
- Kokain
- Halluzinogene

Konsumierende Gruppen

- Menschen die mit Hilfe des Konsums von Suchtmitteln arbeitsfähig sind
- Menschen die trotz dem Konsum von Suchtmitteln arbeitsfähig sind
- Menschen die wegen dem Konsum von Suchtmitteln arbeitsunfähig sind
- Menschen die trotz dem Konsum von Suchtmitteln nicht arbeitsfähig sind

Aeschbach C. 2021

Alter/Lebensphase

Differenzierte Abklärung
Entwicklung, Schule,
Freizeit, Traumen,
Belastungen, Förderungen,
ADHD, Familie, Funktion
des Konsums, Ressourcen
Förderungsbedarf,
Persönlichkeit etc. etc.

Was kann er/sie?
Substanz: Fkt, Dauer,
Ausmass, Auswirkung,
Persönlichkeit, Defizite,
Ressourcen, psych.
Störungen, Beh. Bedarf
Augenhöhe etc. etc.

Adoleszenz, Junge Erwachsene
Integration in den Arbeitsmarkt
Rekreativkonsum
Abhängiger Konsum
Psychische Störungen
Entwicklungsstörungen

Erhalt Arbeitsstelle
Reintegration
Umschulung
Erhalt der Ressourcen
Psychische Störungen
Teilw. Lange ohne Arbeit

18 – 25 Jahre

Ab ca 35 Jahren

Bsp. AB Cann -
MN Cann +

Bsp. CD Alk +
EF Koks -
GH Koks +

Einige Aspekte

- Abstinenz, Teilabstinenz, Rekrekationskonsum
- Ambulante versus stationäre Behandlung
- Kontext

Abstinenz

Abstinenz am Arbeitsplatz versus Totalabstinenz

- Totalabstinenz ist für viele Menschen mit SUD nicht zu erreichen
- Abstinenzforderungen sind häufig kontraproduktiv und führen zum Abbruch der Behandlung
- Eine Abstinenz führt häufig zu einer Exazerbation der comorbiden Störungen (Ängste, Symptome einer Persönlichkeitsstörung). Das müssen wir in unserer Behandlungsstrategie berücksichtigen.
- Behandlung auf Augenhöhe. Keine paternalen/maternalen Besserwissereien.
- Abstinenz kann neue Risiken bringen (Opioide, Substitution) und die Arbeitsintegration gefährden
- Viele comorbide Störungen zeigen sich häufig erst nach längerer Abstinenz

Ambulante Behandlung versus stationäre Behandlung

- Die meisten Entzüge finden im ambulanten Setting statt
- Viele Entzüge finden ohne ärztliche Unterstützung statt
- Ambulante Entzüge sind erfolgreich
- Es gibt keine Evidenz, dass stationäre Behandlungen erfolgreicher sind als ambulante Behandlungen
- Somatische, psychische, soziale Probleme müssen in der Behandlung berücksichtigt werden.
- Interdisziplinarität auch im ambulanten Setting (Somatiker, Psychiater, Suchtberatungsstellen)

Kontext des Konsums und Substanzwirkung

Kontext ist wichtig

- Alter bei Erstkonsum
- Ritualisierter Konsum, alleine, in Gruppen
- Dauer, Verlauf, Situationen in denen konsumiert wird/wurde
- Wirkung und Funktion der Substanz (z.b. Beruhigung durch Kokain; Angstlösung durch Alkohol; Stimmungsverbesserung; Entspannung durch Cannabis etc. etc.)
- Ressourcen: soziale Kontakte/Beziehungen, soziale Einbettung, Ausbildung, Motivation, Hobbies etc.
- Defizite: comorbide Störungen, nicht erfüllte adolescentäre Entwicklung, Persönlichkeit, Schul-, Lehr-, Arbeitsabbrüche

- **Fazit**

- Substanzkonsumstörungen sind gut zu behandeln
- Es gibt verschiedene Ziele der Behandlung
 - Abstinenz, Konsumreduktion, kontrollierter Konsum, soziale Integration, Arbeitserhalt, Arbeitsintegration
- Menschen mit SUD sind motiviert zu arbeiten. Sie brauchen aber eine gute Unterstützung beim Prozess der Arbeitsintegration.
- Comorbide Störungen müssen behandelt werden (z.b. Angststörungen)
- Prognose für Behandlung und Integration gut, wenn frühzeitig damit begonnen wird
- Die Forderung nach Totalabstinenz verhindert häufig eine erfolgreiche Behandlung oder Integration in den Arbeitsprozess (Z.b. abendlicher Konsum von Cannabis, Alkohol etc.)

- Wir behandeln keine Diagnosen sondern Menschen mit Symptomen
- Bei unseren Berichten und Gutachten geht es nicht allein um Diagnosen sondern um Funktionseinschränkungen
- Differenzierte Beurteilung des Einzelfalles ist notwendig, aber auch komplex und aufwendig
- Die genauen Umstände des Konsums, Rituale, Kontext, soziale Umstände, individuelle Wirkung der Substanz sind zu erfragen
- Schadenminderung und Konsumkompetenz sind erfolgversprechende und erfolgreiche Ansätze
- Im Spannungsfeld von Konsum, Ritualen, Identitätsbildung, Arbeitsintegration verdienen Jugendliche und junge Erwachsene unsere besondere Beachtung.
- Sorgfältiger Umgang mit Wünschen nach individueller Lebensgestaltung, Konsumwünschen und Anforderungen des Arbeits- und Lebensalltags



