

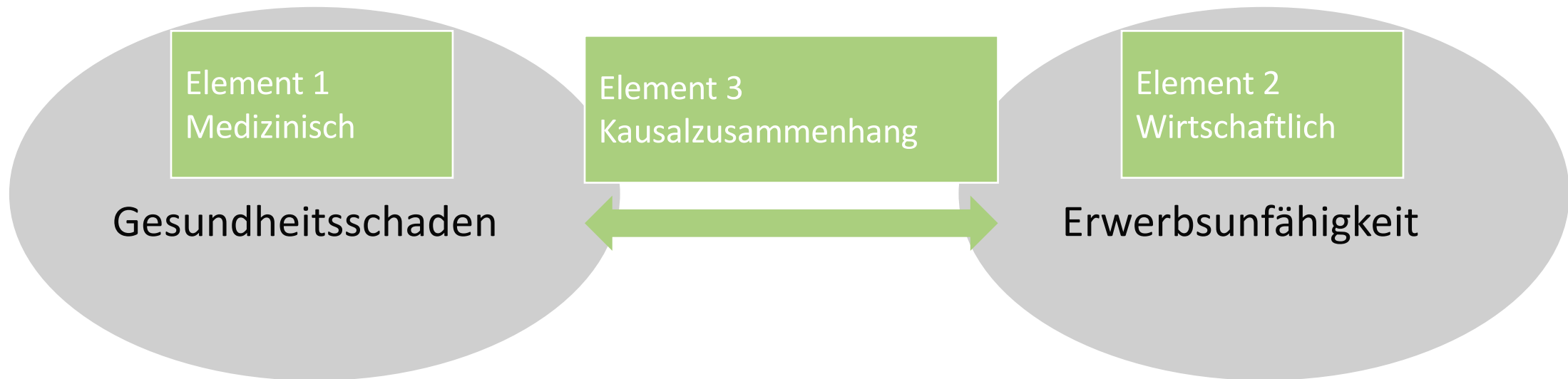
# Herausforderung Sucht- auch für den ärztlichen Dienst der IV

Perspektiven und Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit der  
Sozialversicherung

Dr. med. Georg Umenhofer

# Der Invaliditätsbegriff

- Invalidität ist die voraussichtlich bleibende, oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.
- Die Invalidität setzt drei Elemente voraus.



# Was macht der RAD?

- Ist beratendes Organ der Invalidenversicherung
- Sichtet und prüft die Aktenlage auf medizinische Plausibilität
- Stellt medizinische Sachverhalte für den med. Laien verständlich und nachvollziehbar dar
- Kann in ausgewählten Fällen die Akten durch eigene Untersuchungen ergänzen (z. B: Laboruntersuchungen, Augenschein, umfassende Abklärung)
- Kann medizinische Abklärungen am Arbeitsplatz vornehmen
- Legt dem Rechtsanwender seine Beurteilung der AUF mit den medizinisch feststellbaren, krankheitsbedingten Einschränkungen zur weiteren Prüfung vor.

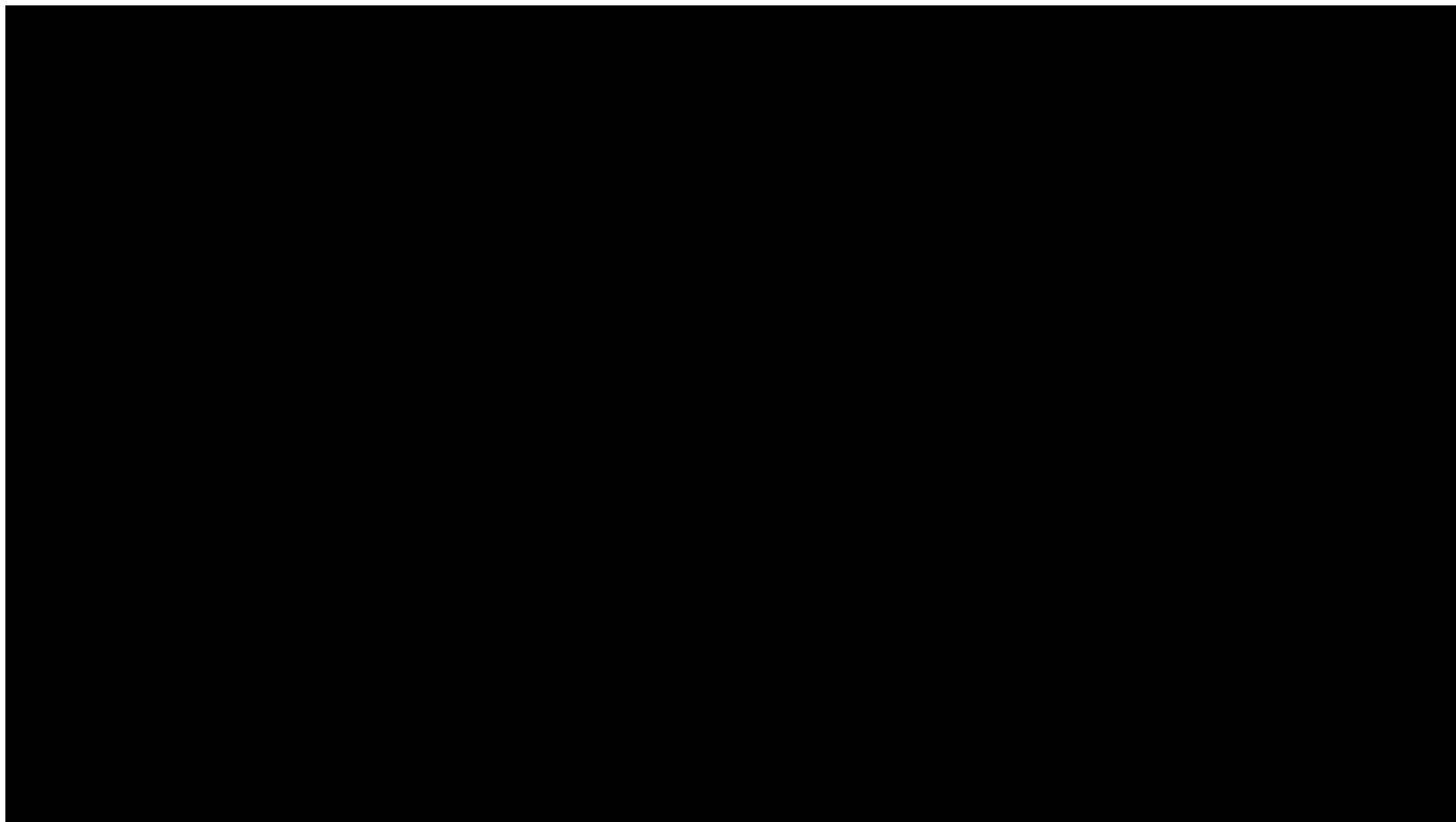
# Was macht der RAD NICHT?

- Rentenzusprache
- Gutachten
- Juristische Beurteilungen von «Zumutbarkeit», «Überwindbarkeit», «Duldungspflicht» etc.
- Beurteilungen des Arbeitsmarktes
- Erstellen von Berufsbildern

# Was denn dann? Konkrete Aufgaben:

- Medizinischer Teil der Zumutbarkeitsbeurteilung z.H. Jurist
- Interne Untersuchungen mit höchstrichterlich anerkanntem Beweiswert z.H. Rechtsanwender
- Erstellen von Tätigkeitsprofilen z.H. Eingliederungs- oder Berufsberater («adaptierte Tätigkeit»)
- Unterstützung im Eingliederungsprozess durch Potential – und Risikoabschätzung z. H. Eingliederungs- und Berufsberater
- Auswerten von externen Gutachten hinsichtlich medizinischer Konsistenz und Plausibilität z. H. Rechtsanwender
- Bearbeitung von neuen medizinischen Sachverhalten im Rahmen von Einwänden z.H. Jurist

Zusammenarbeit heisst....?



# Perspektiven und Spannungsfelder

- Versicherungsmedizin vs. Therapeutische Medizin
- Eingliederung vs. Komorbide Störung
- Sucht vs. Gesellschaft
- Recht vs. Medizin

# Versicherungsmedizin vs. Therapeutische Medizin

- Gemeinsame Grundlage meist internationale Nomenklaturen
- Behandlungsleitlinien
- Gemeinsames Problem: «Compliance», Selbsteinschätzung
- Trennende Probleme:
  - Therapeutisch-unmittelbare Verantwortung
  - Verfahrenstechnisch-Kollektive Verantwortung



# Eingliederung vs. Therapie

- Gemeinsame Grundlagen:
  - Beschäftigung stabilisiert und strukturiert
  - Selbstwertgefühl steigt bei sinnstiftender Tätigkeit
  - Verlust des Arbeitsplatzes oder Beschäftigungslosigkeit häufig Trigger für Strukturverlust und Verschärfung des Konsums
  - Interdisziplinärer, systemischer oft sozialpädagogischer Ansatz
- Trennende Probleme:
  - Eingliederung bringt «Störfaktoren» in die Therapie
  - Therapie braucht auch mal «Ruhe und Kontinuität»
  - häufig verharmloste Nebenwirkungen der Therapie: Destabilisierung, Prioritätenshift, Regression

# Sucht vs. Gesellschaft

- Noch immer moralisches Thema
- Krankheitsverständnis brüchig
- Grundlagenforschung im Vergleich zu anderen Krankheiten harzig obwohl Schäden für die Volkswirtschaft erheblich
- Rechtsprechung *bisher* nicht im Einklang mit der medizinischen Auffassung (Primäre / Sekundäre Sucht)

# Recht vs. Medizin...im Wandel

- BGE 141V281 Juni 2015 somatoforme Schmerzstörung
- Strukturiertes Beweisverfahren
  - Diagnose lege artis inkl. diagnoseinhärentem Schweregrad (mit Einschränkungen)
  - Einzelbeurteilung
  - Klare Aufgabenteilung Recht und Medizin und Differenzierung zwischen «ärztlicher» AUF-Einschätzung und Beurteilung des «medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen», wobei sich letzterer an den normativen Vorgaben zu orientieren hat.
  - BG fordert vehement eine Gesamtbetrachtung (vs. konstruierter Inkonsistenzen und singulärer Betrachtungen) inkl. Wechselwirkungen

# Strukturiertes Beweisverfahren

## A. Kategorie "funktioneller Schweregrad"

### a. Komplex "Gesundheitsschädigung"

- i. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde
- ii. Behandlungserfolg oder –resistenz
- iii. Eingliederungserfolg oder –resistenz
- iv. Komorbiditäten

### b. Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)

### c. Komplex "Sozialer Kontext"

## B. Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)

### a. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen

### b. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

# Ausnahme

Das Beweisverfahren bleibt entbehrlich, wenn für eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit keine aktenkundigen Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbarer Weise verneint wird und allfällige gegenteiligen Einschätzungen mangels fehlender fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann.

(BGE 141 V 281)

# Recht vs. Medizin II

Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens auf **alle psychischen Erkrankungen am 30.11.2017**

***...mit Ausnahme der Suchterkrankung (!):***

Es gilt weiterhin die langjährige höchstrichterliche Rechtsprechung:

Unterscheidung primäre und sekundäre Sucht

# Das bedeutete,

- Die Sucht wurde IV-rechtlich erst relevant, wenn durch sie eine Krankheit oder ein Unfall eingetreten ist, dessen Folge ein die AF beeinträchtigender GS ist oder
- Die Sucht erwies sich selbst als Folge eines beeinträchtigenden Gesundheitsschadens.
- Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden hingegen fehlte regelmässig, wenn im Wesentlichen nur Befunde vorlagen, die in der Sucht hinreichende Erklärungen fanden. Dh. der Charakter einer Erkrankung wurde der reinen Abhängigkeitserkrankung abgesprochen.

seit 2015: hartnäckige Versuche, die Sucht anderen psychischen Erkrankungen gleichzustellen:

- Urteil BGE 8C\_582/2015
- Versicherungsgericht hält an der damals gültigen Rechtsprechung fest und weist den Versuch des V., nach BGE 141 V 281 beurteilt zu werden, ab.
- Bundesgericht bestätigt am 8.10.2015 den Entscheid des Versicherungsgerichtes und weist die Beschwerde des V. ab.



# Wandel ab 2015 .....2.0

Urteilsbesprechung von Liebrecht/Uttinger/Ebner vom 2016:

«Aus medizinischer Sicht ist die rechtliche Auffassung, Sucht sei keine Erkrankung im eigentlichen Sinne, nicht belegbar.»

# Wandel ab 2015.....3.0

## Bundesgerichtsurteil 7/19: BGE 9c\_724/2018

- Die Rechtsfrage, ob primäre Abhängigkeitssyndrome – wie sämtliche Erkrankungen- nach BGE 141 V 281 – einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen sind, wurde von beiden sozialrechtlichen Abteilungen(...in einem Verfahren nach Art.23 Abs. 2) mehrheitlich bejaht (Beschluss vom 8.7.2019)
- Demnach sind Abhängigkeitserkrankungen im Allgemeinen lt. ICD 10 und DSM 5 als eigenständige Erkrankungen auf deren Auswirkungen hinsichtlich Minderung der AF zu prüfen.

# Invalidenversicherung = Finalversicherung

- Es ist unerheblich, aus welchem Grund der GS vorliegt – so auch bei der Sucht:
- Genauer gesagt, der willentliche Konsum von Suchtmitteln führt nicht von vornherein zu einer Verneinung eines Gesundheitsschadens.
- Art. 21 Abs1 ATSG (Kürzung der Leistung wenn GS Folge eines Verbrechens ist) ist nicht anzuwenden, da Konsum illegaler Substanzen **kein** Verbrechen, sondern lt. BetmG und StGb eine Übertretung ist.

# ABER!!!!

Schadenminderungspflicht:

«Kommt die VP den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhält willentlich (! *Anm.*) den krankhaften Zustand aufrecht, ist nach Art 7b IVG in Verbindung mit Art 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistung möglich.

# UND....ABER....DOCH

- Die willentliche Natur des fortgesetzten Substanzkonsums kann indes bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndromes gerade nicht in jedem Fall vorbehaltlos bejaht werden (Zit. BG)
  - => Diagnosekriterien anhaltender Wunsch und erfolglose Versuche...😊
- Offensichtlich besteht eine med. Kontroverse zur Frage, ob es sich bei der Sucht um eine hirnorganische Erkrankung handelt....(Erwägungen BG)

# Wie auch immer...

«so oder anders ist die abhängige Person ihrer Erkrankung jedenfalls nicht willenlos ausgeliefert, sie muss aber beträchtliche Ressourcen mobilisieren, um ihrem Verlangen, die Substanz immer wieder zu konsumieren, widerstehen zu können.» (Zit. Erwägungen BG)

# Deshalb gilt seit 7/19 auch für Abhängigkeitserkrankungen nach ICD/DSM:

- Eine **fachärztlich korrekt gestellte** Diagnose muss vorliegen
- Eine Diagnose macht noch keine Invalidität
- Die Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit sind im Einzelfall ärztlich festzustellen und dem Rechtsanwender nachvollziehbar darzustellen.
- Das strukturierte Beweisverfahren zum Nachweis der Auswirkungen ist anzuwenden.

Fortsetzung Zusammenarbeit heisst...



# Stolpersteine Diagnostik

- ...Konsum hat Vorrang gegenüber Verhaltensweisen, die von dem Konsumenten früher höher bewertet wurden...
- Schädlicher Gebrauch: gesellschaftliche Wertung ist kein Beweis für schädlichen Gebrauch, es ist eine tatsächliche Schädigung der Gesundheit des Konsumenten erforderlich (ICD-10 F1x.1)
- Entzugssyndrom ...wenn das Erscheinungsbild so schwer ist, dass es eine besondere medizinische Behandlung erfordert...(ICD-10 F1x.3)
- Abhängigkeitssyndrom (ICD-10)
  - per definitionem stoffgebunden
  - Entzugssyndrom sh. oben (Kriterium 3)
  - Vernachlässigung von «Vergnügen und Interessen» (nicht Pflichten!) (Kriterium 5) vgl. BGE 141 V 281!
  - Toleranzentwicklung gegenüber Dosen, die bei Konsumenten ohne TE zu einer schweren Beeinträchtigung oder Tod führen würden (Kriterium 4)
  - inkludiert Schädigung (Kriterium 6)
  - iatrogene (Opiat)abhängigkeit explizit ausgeschlossen sofern kein Verlangen nach Konsum besteht
  - Starker Wunsch oder Zwang psychotrope Substanzen zu konsumieren (...aus Langeweile, Copingstrategie oder zur affektiven Regulation, zur Unterhaltung, Selbstmedikation?)

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens muss insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (Urteil BGE 9c\_724/2018)

Psychosoziale Faktoren sind «selbstverständlich» auszuklammern

# Schweregrad der Sucht

Diagnostische Begriffe («chronisch», «Abhängigkeit», «Schädlich»)

Entzugsversuche...? Welche Entzugsbehandlung ist entbehrlich?

Subjektive Angaben...? Ist Sucht an sich bereits eine schwere Krankheit?

Fremdangaben oder ...?

# ASI (Addiction Severity Index)/RAP (Rapid Addiction Profile)

- Konsummenge tritt in den Hintergrund (ASI: wenig valider Prädiktor für die Einschätzung des Schweregrades! Im RAP gar nicht erfragt)
- Familiäre /soziale Auswirkungen (Funktionseinbussen/Ressourcen)
- Körperliche Auswirkungen (Infekte...) und Umgang damit (Ressourcen)
- Psychiatrische Komorbidität
- Beschaffung der Substanz (Kriminalität, Prostitution)
- Ausbildungsstand und bisherige Tätigkeit (Funktionsniveau/Ressourcen)

Im Einklang mit der 5.IV Revision soll der Invaliditätsbegriff nicht über eine Verschärfung des medizinischen Elementes (Ein- oder Ausschluss von Diagnosen) sondern mittels Verschärfung des kausalen Elementes und des Zumutbarkeitsbegriffes (enthält medizinische und nichtmedizinische Elemente!!!) eingeschränkt werden (Bundesgesetzänderung 22.6.2005)

# Zumutbarkeit: medizinische Elemente:

- Schädigung / Nebenwirkungen durch die Massnahme?
- Ist die geforderte Massnahme lege artis?
- Wie verbreitet ist die Massnahme?
- Wie invasiv ist die Massnahme?
- Wie verhältnismässig ist die Massnahme? Dh. würden andere in derselben Situation sich dieser Massnahme unterziehen?
- Welche Dauerfolgen (Schäden und Wirkung!) sind zu erwarten?

# Psychosoziale Faktoren

- Alter, Sprache, Bildungsstand
- Familiäre Belastungen (Partnerschaft, alleinerziehend etc.)
- Soziokulturelle Faktoren

«eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorliegen, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen»

# Funktionseinschränkungen durch Sucht

- Selbstfürsorge / Selbstpflege
- Soziale Kompetenzen
- Stimmungsschwankungen
- Kognitive Einschränkungen
- Zuwendung zu anderen als Suchtspezifischen Themen (Freizeit, Partnerschaft, Arbeit)
- Objektive Folgen Z.B. Suchtbedingter Verlust Sorgerecht, Fahrtauglichkeit



# Fallbeispiel

- 40jährige VP, ledig, kinderlos
- Aktuell Heroin-, Benzo- und Methadonsubstitution mit Beikonsum Benzos, Kokain,
- Lebt in einer eigenen Wohnung, wirkt gepflegt, ist intelligent und einsichtig
- Aktuelles Gutachten schliesst Persönlichkeitsstörung und andere Begleiterkrankungen aus(inkl. Infekte etc.). Die vom Behandler festgestellte schwere kognitive Beeinträchtigung konnte neuropsychologisch nicht bestätigt werden.
- Bereits früh, dh. vom Jugendgericht angeordnete Massnahme zur Suchtbehandlung
- Freiwillige Entzugsbehandlungen stationär von 2003 bis zuletzt 2016, intensiviert seit 2012 durch verschiedene Kliniken dokumentiert
- Seit über 10 Jahren keine Beschaffungskriminalität mehr
- Immer wieder erwerbstätig, lebt vorwiegend von Familienvermögen, zuletzt Sozialamt, unterstützt nun die betagten Eltern bei der Haushaltsführung.
- Hohe Motivation der Entzugsbehandlungen nimmt in den letzten Jahren weiter zu

# Frage an den RAD

- Stabiler GZ?
- Schwere der Suchterkrankung?
- Behandlungsoptionen und deren Prognose? Dauerhafter Schaden?
- Welche Auswirkungen hat die Suchterkrankung auf die Arbeitsfähigkeit?

# Mit Aufwand ist zu rechnen....

- Definition von Schweregraduierung
- Beschreibung der rein suchtbedingten Funktionseinbussen
- Kriterien für die medizinischen Aspekte zur Zumutbarkeitsbeurteilung des «nächsten» Entzugs oder einer Entwöhnungsbehandlung
- Therapeutische Optionen und deren Auflagen
- Medizinisch sinnvolle Strategien für die revisionsweise Überprüfung von Leistungen und Auflagen (Anpassung, Straffung, Erneuerung von Auflagen...)
- Wann liegt eine Heilung vor?