

**IV und Sucht.**

**Inputreferat beim Treffen der FOSUMOS-  
Gesprächsgruppe Wil, 10. Februar 2010.**

Monika Hermelink, Dr. med., MHA  
Leiterin RAD Ostschweiz



# Agenda.

- Ist Sucht (k)eine Krankheit?
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1) und IV
- „Primäre“ und „sekundäre“ Abhängigkeitssyndrome
- Welche Fragen muss sich der RAD-Arzt stellen?
- Abstinenzforderungen der IV
- Fazit



# Ist Sucht (k)eine Krankheit?

- Suchterkrankungen sind häufig.
- Sie stellen regional (z.B. Alkoholismus in Russland) schwerwiegende public health Probleme dar.
- Suchtkranke haben eine erhöhte Sterblichkeit und eine besonders hohe Suizidrate.
- Die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen und depressiven Störungen ist hoch.
- Therapieansätze sind meist multimodal und berücksichtigen das biopsychosoziale Krankheitsmodell der WHO.
- Suchtkranke brauchen nicht nur Strenge, sondern auch Verständnis.



# Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1) und IV.

- Wann erfüllt eine solche Störung das Kriterium des lang anhaltenden Gesundheitsschadens?
- Bedingen gelegentliche konsumbedingte Ausfälle eine bleibende Einschränkung der Leistungsfähigkeit?
- Stört das Störungsbild oder Konsumverhalten vermutlich tatsächlich die berufliche Leistungsfähigkeit oder spielen normative Ideen bei der Bewertung eine Rolle?
- Jeder Fall muss individuell geprüft werden, eine globale Ablehnung von Ansprüchen, „da Sucht nicht zählt“ ist nicht seriös.



# „Primäre“ und „sekundäre“ Abhängigkeitssyndrome.

- In der Rechtspraxis wird zwischen „primärer“ und „sekundärer“ Sucht unterschieden. In der Realität lässt sich insbesondere bei den Komorbiditäten Depressionen, Angst, Persönlichkeitsproblematik die Frage nach Henne und Ei nicht immer sicher beantworten.
- Gibt es eine „reine“ Sucht?
- Gibt es Menschen, die einfach so süchtig werden und von denen man einfach verlangen kann, dass sie wieder „normal“ werden?
- Passen diese Modell noch zu den Erkenntnissen der Wissenschaft, die Abhängigkeitserkrankungen zunehmend als multifaktoriell bedingte Störungsbilder begreifen?



# Welche Fragen muss sich der RAD-Arzt stellen?

- Welche Art von Störung bzw. Störungen liegt tatsächlich vor?
- Gibt es Hinweise auf Komorbiditäten – somatisch und oder psychisch, auch im Sinne von diskreten kognitiven Einbussen?
- Welche Auswirkungen haben die Komorbiditäten auf die berufliche Leistungsfähigkeit/Eingliederungsfähigkeit unter theoretischer Ausblendung der Suchtproblematik?
- Ist es möglich, dass sich der Zustand nach ausreichender Abstinenz so darstellt, dass bleibende/lang dauernde Komorbiditäten festgestellt werden können?
- Ist eine geplante Abstinenzauflage medizinisch zumutbar – wie wahrscheinlich sind im Einzelfall Komplikationen (z.B. bei langjährigen Medikamentenabhängigkeiten)?



## Abstinenzforderungen der IV. (1/2)

- Behandelnde Ärzte sehen die Ressourcen ihrer Patienten in Hinblick auf Therapie und Leistungsvermögen eher niedrig.
- Behandelnde Ärzte müssen für evtl. Auflagen (Abstinenz) gewonnen werden (telefonisch, sehr aufwändig), fühlen sich gelegentlich nicht ernst genommen in ihren bisherigen Bemühungen.
- Formulierung von Auflagen im Mahn- und Bedenkzeitverfahren ist multiprofessionell sehr ressourcenintensiv.
- Überwachung der Einhaltung von Auflagen ist sehr aufwändig, beim teilweisen Einhalten oder Nichteinhalten von Auflagen ist unter anderem wieder eine ärztliche Prüfung der medizinisch begründeten „Entschuldbarkeit“ nötig.



## Abstinenzforderungen der IV. (2/2)

- Vermeintliche „Erfolge“ von Sanktionen beim Nichteinhalten von Auflagen liegen oft in der mangelnden Alltagskompetenz der Betroffenen begründet (Post nicht geöffnet, Unkenntnis, wo Rechtsmittel einzulegen sind etc.).
- Versicherungsgerichte legen die Latte für die „Unentschuldbarkeit“ des Nichteinhaltens von Auflagen bei Suchtpatienten (besonders mit komorbiden Störungen) sehr hoch, eine gewisse Unzuverlässigkeit sei störungsimmanent.
- Suchtkranke werden im Vergleich zu Versicherten mit anderen Diagnosen überdurchschnittlich häufig zu Massnahmen aufgefordert – spielt da eine moralische Bewertung mit hinein?



## Fazit.

- Die komplexen sozialen und medizinischen Situationen von Versicherten mit F1-Diagnosen lassen sich im IV-Kontext nicht immer optimal lösen.
- Nur wirklich „lohnende“ Fälle sollten mit Auflagen versehen werden, da das Verfahren für alle Beteiligten sehr ressourcenintensiv und belastend ist.
- Neue wissenschaftliche Erkenntnisse sollten Eingang in die Rechtsprechung finden.
- Die Zusammenarbeit der therapeutischen Netzwerke und der IV muss weiter gefördert werden.



# Ihre Fragen.

Dr. med. MHA Monika Hermelink

Leiterin Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD)

Brauerstrasse 54

Postfach

9016 St. Gallen

Tel: 071 282 65 30

Fax: 071 282 69 11

Mobile: 079 205 89 27

Monika.hermelink@svasg.ch

info@svasg.ch

www.svasg.ch