

szs

Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge

Publikationsorgan der Konferenz der kantonalen
BVG- und Stiftungsaufsichtsbehörden

60. Jahrgang

Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle

Organe pour les publications officielles de la Conférence
des autorités cantonales de surveillance LPP et des fondations

60^e année



Stämpfli Verlag

www.szs.recht.ch

1 | 16

Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge
Publikationsorgan der Konferenz der kantonalen BVG- und Stiftungsaufsichtsbehörden

Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle
Organe pour les publications officielles de la Conférence des autorités cantonales de surveillance LPP
et des fondations

Zitierweise: SZS, Jahr, Seite; z.B. SZS 2011 201

Abkürzung vorgeschlagen: RSAS, année, page; p.ex. RSAS 2011 201

Gesamt-
redaktion Prof. Dr. iur. GABRIELA RIEMER-KAFKA, Luzern/Zürich; Ass.-Prof. Dr. iur. BASILE
CARDINAUX, Universität Fribourg; Prof. Dr. iur. THOMAS GÄCHTER, Zürich; Prof.
Dr. iur. BETTINA KAHIL-WOLFF, Lausanne; lic. iur. HANSPETER KONRAD, Zürich;
PD Dr. iur. URS MÜLLER, SVA Kanton Zürich; Prof. Dr. iur. JACQUES-ANDRÉ
SCHNEIDER, Genf/Lausanne

Redaktion
Recht-
sprechung Prof. Dr. JACQUES-ANDRÉ SCHNEIDER: BVG; Dr. iur. PETER FORSTER: AHVG;
Prof. Dr. THOMAS GÄCHTER: IVG; PD Dr. URS MÜLLER: ELG; Dr. iur. PATRICIA
USINGER-EGGER: KVG und UVG

Ständige
Mitarbeiter
und Mitarbei-
terinnen lic. iur. ELISABETH BERGER GÖTZ, Advokatin, Bundesgericht, Luzern – MLaw ARES
BERNASCONI, avvocato, Bundesgericht, Luzern – lic. iur. DORIS BIANCHI, Geschäfts-
führende Sekretärin für Sozialpolitik des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes,
Bern – PD Dr. iur. SILVIA BUCHER, Rechtsanwältin, Zürich – MLaw JENNY CASTELLA,
avocate, Bundesgericht, Luzern – Prof. Dr. ANNE-SOPHIE DUPONT, Université
Neuchâtel und Genève – lic. iur. PETRA FLEISCHANDERL, Fürsprecherin, Bundesge-
richt, Luzern – Dr. iur. GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY, Rechtsanwältin, Lehrbeauf-
tragte Universitäten Lausanne und Fribourg, Meggen – lic. iur. MÉLANIE FRETZ
PERRIN, avocate, Bundesgericht, Luzern – Prof. Dr. iur. MARC HÜRZELER, Univer-
sität Luzern – Prof. Dr. iur. UELI KIESER, Rechtsanwalt, Zürich/Universitäten Bern
und St. Gallen – Dr. iur. AGNES LEU, Institute of Biomedical Ethics Universität Basel,
Gossau – Dr. iur. MARKUS MOSER, Geschäftsführer der Pensionskasse Novartis,
Lehrbeauftragter Universität Fribourg, Basel – Dr. iur. HANS-JAKOB MOSIMANN,
Richter am Sozialversicherungsgericht Kanton Zürich, Winterthur – Prof. Dr. iur.
ROLAND A. MÜLLER, Schweizerischer Arbeitgeberverband, Zürich – Dr. iur. STÉPHANIE
PERRENOUD, Université Lausanne – Dr. iur. ANDREAS TRAUB, Bundesgericht,
Luzern – Prof. Dr. iur. em. HANS F. ZACHER, alt Direktor des Max-Planck-Instituts
für ausländisches und internationales Sozialrecht, München

Manuskripte und Rezensionsexemplare sind an den Stämpfli Verlag AG, Postfach 5662, 3001 Bern,
szs.zeitschrift@staempfli.com, zu richten.

Abonnements-Service: Stämpfli Verlag AG, Periodika, Wölflistrasse 1, Postfach 5662, CH-3001 Bern,
Tel. 031 300 63 25, Fax 031 300 66 88, E-Mail: periodika@staempfli.com

Inserate: Tel. 031 300 63 89, E-Mail: insertate@staempfli.com

Erscheint jährlich in sechs Heften – Abonnementspreis jährlich inkl. Online-Archiv:

Schweiz CHF 229.–, Ausland EUR 245.–. Abopreis reine Online-Ausgabe: CHF 179.–.

Sämtliche Preise inkl. MwSt. (Online: 8% / Print: 2.5%) und Versandkosten.

Die Aufnahme von Beiträgen erfolgt unter der Bedingung, dass das ausschliessliche Recht zur Ver-
vielfältigung und Verbreitung an den Stämpfli Verlag AG übergeht. Der Verlag behält sich alle
Rechte am Inhalt der Zeitschrift SZS vor. Insbesondere die Vervielfältigung auf dem Weg der
Fotokopie, der Mikrokopie, der Übernahme auf elektronische Datenträger und andere Verwertun-
gen jedes Teils dieser Zeitschrift bedürfen der Zustimmung des Verlags.

L'acceptation des contributions se produit à la condition que le droit exclusif de reproduction et de
diffusion passe à la maison d'édition Stämpfli SA. La maison d'édition se réserve tous les droits sur
le contenu du journal SZS. En particulier, la reproduction par voie de photocopie, de microcopie,
de reprise de supports électroniques de données, et toute autre utilisation de l'ensemble ou de partie
de ce journal nécessitent l'accord de la maison d'édition.

www.szs.recht.ch

© Stämpfli Verlag AG, Bern 2016 – Printed in Switzerland
ISSN 0255-9072

Inhaltsverzeichnis – Table des matières

Vorwort – Préface

- 1 Von Prof. Dr. iur. GABRIELA RIEMER-KAFKA

Abhandlungen – Etudes

- 2 Die patronalen Wohlfahrtsfonds (mit Ermessensleistungen) der beruflichen
Vorsorge nach der Revision von Art. 89a ZGB vom 25. September 2015
Von Prof. Dr. HANS MICHAEL RIEMER
- 12 Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen –
Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281 (= 9C_492/2014)
Von MICHAEL LIEBRENZ, ROMAN SCHLEIFER, CLAUDINE AESCHBACH,
TONI BERTHEL, DOROTHEE KLECHA, RALPH MAGER, GERHARD EBNER,
VOLKER DITTMANN, MARC WALTER, ROLF-DIETER STIEGLITZ, UELI KIESER

Entwicklung der Sozialversicherungsgesetzgebung – Evolution de la législation des assurances sociales

- 45 Sozialversicherungen: Die wichtigsten Änderungen 2016
Von MÉLANIE SAUVAIN
- 51 Assurances sociales: quoi de neuf en 2016?
Par MÉLANIE SAUVAIN

Rechtsprechung des Bundesgerichts – Jurisprudence du Tribunal fédéral

- 57 Jurisprudence 2015 du Tribunal fédéral
en matière de prévoyance professionnelle
Par Prof. Dr. JACQUES-ANDRÉ SCHNEIDER

Neues aus den sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts – Actualités des Cours de droit social du TF

- 94 Absence de prise en compte d'un délai pour la recherche d'une activité
professionnelle raisonnablement exigible en cas d'octroi d'une rente transitoire
au sens de l'art. 30 OLAA
Par JENNY CASTELLA

Ein Kommentar – Un commentaire

- 96 Sind Abhängigkeitserkrankungen aus höchstrichterlicher Sicht (weiterhin) nicht
mit anderen psychischen Störungen (z. B. somatoformen Störungen) vergleich-
bar? – Eine Urteilsbesprechung von BGE 8C_582/2015 im Lichte der theo-
retischen Anwendbarkeit des ergebnisoffenen, strukturierten Beweisverfahrens
Von MICHAEL LIEBRENZ, URSULA UTTINGER, GERHARD EBNER
- 102 **Veranstaltungen zum Sozialversicherungsrecht –
Manifestations concernant le droit des assurances sociales**

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

Résumé

Les auteurs de la présente contribution estiment que l'arrêt du Tribunal fédéral publié aux ATF 141 V 281 et la procédure probatoire structurée que cet arrêt décrit, ouverte quant au résultat, constituent une étape importante pour améliorer l'estimation des effets de troubles psychiques (déterminés) sur la capacité de travail. Cet article traite de la question de savoir si les «troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives», les syndromes médicaux de dépendance, généralement les dépendances sont comparables dans leur nature aux autres troubles psychiques (dans ce cas, les troubles somatoformes) et dans quelle

¹ Universität Bern, Institut für Rechtsmedizin, Forensisch Psychiatrischer Dienst, Falkenplatz 16 und 18, CH-3012 Bern

² Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Gutachtenstelle für Zivil- und Öffentlichrechtliche Fragestellungen, Militärstrasse 8, 8021 Zürich

³ Austrasse 79, 4051 Basel

⁴ Integrierte Psychiatrie Winterthur, Wieshofstrasse 102, 8408 Winterthur

⁵ Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Forensisch Psychiatrische Klinik, Abteilung Versicherungsmedizin, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel

⁶ Zentrum für Begutachtung, Rehaklinik Bellikon, 5454 Bellikon

⁷ Grossmattstrasse 16, 4410 Liestal

⁸ Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Erwachsenen-Psychiatrische Klinik, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel

⁹ Universität Basel, Fakultät für Psychologie, Missionsstrasse 62a, 4055 Basel

¹⁰ Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Bodanstrasse 4, 9000 St. Gallen

* Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM)

Schweizerische Gesellschaft für Forensische Psychiatrie (SGFP)

° Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (SGVP)

mesure une procédure probatoire structurée telle que celle décrite dans l'arrêt susmentionné pourrait s'appliquer, afin d'augmenter l'égalité de droit et de réduire la tension entre l'état des connaissances médicales et la pratique juridique.

Inhaltsübersicht

Einleitung

1. Abhängigkeitserkrankungen aus medizinischer Sicht
 - 1.1 Die gegenwärtige Klassifikation der ICD-10
 - 1.1.1 Messinstrumente zur Quantifizierung des Substanzmittelgebrauchs und zur Funktionsbeschreibung
 - 1.2 Das DSM-5 und ein Ausblick auf die kommende ICD-11
 - 1.3 Stigma und unterschiedliche Behandlungskonzepte
 - 1.4 Ätiologie und Pathogenese
 - 1.5 Dualdiagnosen (Doppeldiagnosen) und substanzinduzierte psychische Störungen
 - 1.6 Unterscheidung legale und illegale psychotrope Substanzen
 - 1.7 Musterhafte Ansätze im Umgang mit Substanzstörungen in der Schweiz (Beispiel: Opioide)
2. Suchtleiden aus Sicht des Sozialversicherungsrechtes
 - 2.1 Betrachtung von ausgewählten sozialversicherungsrechtlichen Aspekten in der Schweiz
 - 2.2 Betrachtung von ausgewählten sozialversicherungsrechtlichen Aspekten in der BRD
3. Spannungsfeld zwischen der geltenden Rechtsprechung und dem Kenntnisstand der Medizin in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankungen
4. Eignung der neuen Indikatoren aus der Rechtsprechung zu psychosomatischen Störungsbildern zur Abklärung der Leistungsfähigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen
 - 4.1 Kategorie «Funktioneller Schweregrad»
 - 4.1.1 Komplex «Gesundheitsschädigung»
 - 4.1.1.1 «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde»
 - 4.1.1.2 Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz
 - 4.1.1.3 «Komorbiditäten»
 - 4.1.2 Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - 4.1.3 Komplex «Sozialer Kontext»

- 4.2 Kategorie «Konsistenz»
 - 4.2.1 Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
 - 4.2.2 Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck
- 4.3 Zwischenresümee
5. Mögliche Einwände
6. Schlussbemerkung und Zusammenfassung

Vorbemerkung: Das nachstehende Manuskript entstand im Frühjahr und Sommer 2015 und stellt einen medizinischen und juristischen Konsens der daran beteiligten Autorinnen und Autoren bezüglich der Einordnung der Abhängigkeitserkrankungen im Nachgang des Bundesgerichtsurteils BGE 141 V 281 dar. Die Aktualität dieser Thematik wurde dabei zuletzt durch den BGE 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 erneut unterstrichen. Eine Besprechung dieses Urteils findet sich andernorts im gleichen Heft. Dem geneigten Leser wird jedoch aus didaktischen Gründen empfohlen, die Aufmerksamkeit zunächst dem untenstehenden Artikel – als umfassende und wertneutrale Einführung in die Thematik – zu schenken.

Einleitung

Das sowohl von juristischer^{1,2} als auch von medizinischer^{3,4} Seite bereits vielfach wohlwollend kommentierte Urteil BGE 141 V 281 stellt in verschiedener Hinsicht eine Zäsur im Umgang mit der Abschätzung von Auswirkungen von (bestimmten) psychischen Störungen auf die Arbeitsfähigkeit dar.

¹ KIESER U., Neue Rechtsprechung im Urteil 9C_492/2014, SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG 2015;96(35):1212–1214.

² RIEMER-KAFKA G., Zur Überwindung der Überwindbarkeitsvermutung. Einige Gedanken zum Bundesgerichtsurteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (zur BGE Publikation vorgesehen) SZS 2015 S. 373.

³ JEGER J., Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, in Jusletter 13. Juli 2015.

⁴ KOPP H. G., «Massgeschneidertes» vom Bundesgericht, SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG 2015;96(35):1209–1211.

Nach bisheriger Rechtsprechung wurden verschiedene Diagnosen (Fibromyalgie, Chronic Fatigue Syndrome und Neurasthenie, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, chronische Beschwerden nach einer HWS-Distorsion, nicht organische Hypersomnie und – aus unserer Sicht – auch die PTBS) zu einer Gruppe zusammengefasst, für die angenommen (vermutet) wurde, dass eine Willensanstrengung zur Verwertung der Arbeitsfähigkeit zumutbar wäre.⁵ «Die nur in Ausnahmefällen anzunehmende Unzumutbarkeit (...) eines Wiedereinstieges in den Arbeitsprozess setzt – so die Lesart des Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) im Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) – das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter (Foerster-)Kriterien voraus.»⁶ Die unzureichende Evidenz sowohl für die Anfangsvermutung («regelhafte Überwindbarkeit»), die Gruppenzusammenstellung (später als PÄUSBONOG karikiert) als auch für die zur Prüfung herangezogenen Kriterien wurde vielfach hervorgehoben und schliesslich auch in der höchstrichterlichen Urteilsbegründung offen adressiert. Dennoch muss aus medizinischer Sicht eingeräumt werden, dass die juristische Anfangsvermutung ihren Ursprung eben doch in der medizinischen Literatur hatte und auch in der 5. Auflage des Standardwerks *Psychiatrische Begutachtung* (Erscheinungsjahr 2009) im Kapitel *Krankenversicherung* der etwas missverständlich anmutende Passus enthalten war: «Patienten mit (neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen) sind in der Regel arbeitsfähig» (...).^{7,8}

Allerdings waren (und sind) bereits in den Foerster-Kriterien Aspekte enthalten, die sich nicht nur in den nun neu formulierten Indikatoren wiederfinden, sondern bereits (damals) Rückschlüsse auf das Funktionsniveau des betreffenden Patienten erlaubten. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an das Kriterium des «ausgewiesenen sozialen Rückzug

⁵ Vgl. KSIH, Rz. 1017 1/15.

⁶ Vgl. KSIH, Rz. 1017.1 1/13.

⁷ Vgl. auch JEGER J., Die Entwicklung der «Foerster-Kriterien» und ihre Übernahme in die bundesgerichtliche Rechtsprechung: Geschichte einer Evidenz, in: Jusletter 16. Mai 2011.

⁸ FOERSTER K. & DRESSING H. (2009). *Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* 5. Auflage S. 664 ff.

in allen Belangen des Lebens», wenn man so will, ein Mass für die Beeinträchtigung der Aktivität bzw. Partizipation gemäss der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).⁹

Überhaupt stellt die mehrfache, implizite Bezugnahme auf das ICF (auch wenn diese Begrifflichkeit nicht *expressis verbis* verwendet wird) bei der Systematisierung der Standardindikatoren in beiden Kategorien («Funktioneller Schweregrad», «Konsistenz») und über verschiedene Komplexe (z. B. Persönliche Ressourcen, Sozialer Kontext, Aktivitätsniveau) hinweg aus Sicht der Autoren eine wesentliche Verbesserung gegenüber dem bisher verfolgten Ansatz dar. Die umfassende Darstellung der Ressourcen und Defizite anhand der Standardindikatoren sollte es dem medizinischen Gutachter zukünftig erlauben, die medizinische Leistungsfähigkeit eines Patienten im Rollenkontext der bisherigen und in einer an das Leiden angepassten Tätigkeit klarer darzulegen und es dem Rechtsanwender ermöglichen, zu einer abschliessenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu gelangen. Insgesamt ist es mit der neuen Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern zu einer deutlichen Verringerung des von uns zuletzt als «Kluft» bezeichneten Abstandes zwischen naturwissenschaftlichem Wissensstand und juristischem Krankheitskonzept gekommen.¹⁰

Vor diesem Hintergrund und vor der vonseiten des höchsten Gerichtes gewählten Formulierung die Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens anhand vorgegebener Indikatoren betreffe die «anhaltende somatoforme Störung» und die «vergleichbaren psychosomatischen Leiden» wird sich zukünftig die Frage stellen, inwieweit auch andere psychische (aber auch organische) Störungen vergleichbar sind. Diese Einschätzung lässt sich auch dadurch unterstreichen, dass man sich nochmals die weiter oben genannte – aus medizinischer Sicht – extrem heterogene Zusammensetzung der ehemaligen «pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage» vor Augen führt.

⁹ World Health Organization (WHO). (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Geneva: WHO.

¹⁰ LIEBREUZ M., CANELA C., SCHLEIFER R., SEIFRITZ E., Psychiatrische Expertise/juristische Entscheide im Sozialversicherungsrecht Expertise psychiatrique/décisions juridiques dans le droit des assurances sociales. *in Fo Neurologie und Psychiatrie*. 2013, 11(6):27–32.

Im vorliegenden Artikel gehen die Autoren der Frage nach, ob die «Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1)», medizinisch Abhängigkeitserkrankungen, gemeinhin «Suchtleiden», ihrer Natur nach mit anderen psychischen Störungen (in diesem Fall den somatoformen Störungen) vergleichbar sind und inwieweit ein in BGE 141 V 281 ff. beschriebenes strukturiertes Beweisverfahren zu Anwendung kommen könnte, um die Rechtsgleichheit weiter zu steigern und das Spannungsfeld zwischen medizinischem Kenntnisstand und Rechtspraxis ebenfalls zu reduzieren.

Das vorliegende Manuskript richtet sich dabei sowohl an juristische als auch an medizinische Fachpersonen. Zur besseren Lesbarkeit haben die Autoren versucht, die Sachverhalte aus beiden Disziplinen möglichst klar darzulegen und auf die essentiellen Erkenntnisse zu reduzieren. Ein Anspruch auf Vollständigkeit in Bezug auf einzelne Aspekte, so z. B. in Bezug auf die neurobiologischen Zusammenhänge oder die historischen Entwicklungen der Rechtsprechung, kann deshalb nicht erhoben werden.

1. Abhängigkeitserkrankungen aus medizinischer Sicht

1.1 Die gegenwärtige Klassifikation der ICD-10

Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)¹¹ als ein auch von juristischer Seite anerkanntes Klassifikationssystem definiert in der zum Zeitpunkt der Abfassung des vorliegenden Artikels gültigen Ausgabe (ICD-10, Version 2012) das Abhängigkeitssyndrom als «eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, eine verminderte Kontrolle über ihren Konsum und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängig-

¹¹ DILLING H. & FREYBERGER H. J. (2012). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Huber, Bern, 7. Auflage.

keitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Alkohol, Cannabinoide oder Kokain), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.» In der Folge sind sechs Kriterien definiert (Zwang zu konsumieren, verminderte Kontrolle über den Substanzkonsum, körperliches Entzugssyndrom, Toleranzentwicklung, Einengung auf den Substanzkonsum, anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen), von denen im Minimum drei über den Zeitraum von mindestens einem Monat bestanden haben müssen, um die Störung zu diagnostizieren. Kürzere Zeiten können dann einbezogen werden, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.

1.1.1 Messinstrumente zur Quantifizierung des Substanzmittelgebrauchs und zur Funktionsbeschreibung

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen stehen sowohl klinische Untersuchungsmittel (Alkohol Foetor, Intoxikationszeichen, Injektionspuren) als auch psychometrische Verfahren zur Verfügung. So existieren Selbstbeurteilungsverfahren zur Kurzabklärung (Screening), zur Einschätzung des Schweregrades und zur Indikationsstellung für therapeutische Massnahmen zur Verfügung. Beispielhaft sei auf den «Münchener Alkoholismus Test» (MALT), den «CAGE Test» oder die englischsprachige «Severity of Dependence Scale» (SDS)^{12,13} verwiesen. Anders als bei anderen psychischen Störungen sind darüber hinaus technische Untersuchungsmethoden in Verwendung, welche es erlauben, die Diagnose bzw. die Gebrauchsmuster (Schweregrade) im Quer- und Längsschnitt zu objektivieren. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die einschlägig bekannte Messung des Alkoholgehaltes in der Atemluft, Bestimmung von Abbau- und Stoffwechselprodukten in Blut, Urin oder Speichel (z. B. Cannabis oder andere Substanzen) bzw. die Bestimmung von Langzeitparametern in Blut bzw. Urin oder Haaranalysen (CDT, ETG). Darüber hinaus können noch weitere objektive Ergebnisse von

¹² RICHTER G. & ZAHN M. (1991). Validierung des MALT (Münchener Alkoholismus-Test) und des CAGE (amerikanischer 4-Item-Alkoholismus-Test) an einer stationären Hochrisikogruppe mit Verleugnungstendenz. *Sucht*, 37, 175–179.

¹³ GOSSOP M., BEST D., MARSDEN J. & STRANG J. (1997). Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale.

technischen Untersuchungen die Diagnose indirekt stützen. Zu nennen wären hier die Folgen von Substanzeinwirkungen, z. B. auf die Leber (abbildbar in Form der Leberschädigung oder Auffälligkeiten des Blutbildes und des Vitaminstoffwechsels).

Die dem Gutachter zur Verfügung stehenden Instrumente zur Beurteilung des Aktivitäts- und Partizipationsniveaus sind diagnoseunabhängig gestaltet und können deshalb für alle (psychischen) Störungen gleichermaßen zur Anwendung kommen. Funktionsstörungen bei Abhängigkeitserkrankungen können exemplarisch zu kognitiven Dysfunktionen, Einschränkungen der emotionalen und motivationalen Funktionen sowie auch zur Störung der Körperstrukturen (Gehirn, Leber, untere Extremitäten (i. S. einer Polyneuropathie)) führen.¹⁴ Gemäss der Struktur des ICF kommt es nicht zu einer blossen Abbildung der Defizite, sondern auch zur Erläuterung von Ressourcen und allfälligen protektiven Kontextfaktoren. (Für eine Übersicht der sich aktuell in der Verwendung findenden Instrumente sei an dieser Stelle auf einen soeben erschienen Review «Funktionsbeschreibung in der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit – Was ist evidence based» verwiesen.)¹⁵

1.2 Das DSM-5 und ein Ausblick auf die kommende ICD-11

Während die ICD-10 noch zwischen Missbrauch und Abhängigkeit differenziert, ist diese Unterscheidung im amerikanischen Diagnosemanual «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)» «überwunden» worden, da sich in den Jahren ab 1994 herausgestellt hatte, dass eine zuverlässige («reliable») Differenzierung zwischen diesen beiden Kategorien kaum möglich ist.^{16, 17} Nun wird von den amerikanischen Kollegen nur noch eine einheitliche «Substanzkonsumstörung»

¹⁴ Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung, April 2010. www.deutsche-rentenversicherung.de S. 11–13.

¹⁵ CANELA C., SCHLEIFER R., DUBE A., HENGARTNER M. P., EBNER G., SEIFRITZ E. & LIEBRENZ M. (2015) Funktionsbeschreibung in der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit – Was ist «evidence-based»? *Psychiat Prax*; 42: 1–8.

¹⁶ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

¹⁷ BAUMGÄRTNER G. & SOYKA M. (2013). DSM-5 – Was ändert sich für die Suchttherapie und -forschung? *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 81(11), 648–654.

(«substance use disorder») verschlüsselt, für die erstmals eine dreistufige Schweregradeinteilung in leicht, mittel und schwer, abhängig von der vorhandenen Symptomanzahl, möglich wird.¹⁸ (Auf geteiltes Echo stiess schliesslich die Wiedereinführung der insbesondere im Deutschen als stigmatisierend empfundenen Begrifflichkeit der «Sucht».¹⁹) Aus praktischen Gründen (insbesondere für die hausärztliche Behandlung) wird die Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit in der für 2018 erwarteten ICD-11 wohl nicht aufgegeben werden; zudem wird momentan erwogen, das pathologische Glücksspielen und die pathologische Computer- bzw. Internetnutzung (anders als im DSM-5) bei den Zwangs- und verwandten Störungen zu gruppieren und nicht zu den Abhängigkeitserkrankungen zu überführen.²⁰ Eine abschliessende Entscheidung bezüglich der Einführung von Schweregraden ist nicht gefallen, wobei die vorgeschlagene Beibehaltung der Kategorien Missbrauch/Abhängigkeit allerdings gegen eine solche spricht.²¹ Insgesamt ist also davon auszugehen, dass die Änderungen im Vergleich zur ICD-10 gering bleiben werden und dass damit auf Jahre hinaus erhebliche Unterschiede zwischen den Klassifikationssystemen entstehen bzw. erhalten bleiben.

1.3 *Stigma und unterschiedliche Behandlungskonzepte*

Obwohl auch auf Patienten mit anderen psychischen Störungen lange eine stigmatisierende Sichtweise bestand, erwähnt seien in diesem Zusammenhang z. B. die affektiven Störungen, die Depressive als Schwache, die «sich nur zusammenreissen sollen», verkannte und die tatsächlichen neurobiologischen Grundlagen vernachlässigte, sind diese vor

¹⁸ RUMPF H.J., KIEFER F. & Suchttherapie (DG-Sucht). (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte: DSM-5: Removal of the Distinction between Dependence and Abuse and the Opening for Behavioural Addictions. *Sucht*, 57(1), 45–48.

¹⁹ WIESBECK G. A. (2011). Kommentare zu Rumpf und Kiefer (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte: Sucht und zugehörige Störungen. *SUCHT*, 57(1), 56–57.

²⁰ RUMPF H.J. & MANN K. (2015). ICD-11: Was können wir für Suchtforschung und Suchttherapie erwarten? ICD-11: What can we expect in View of Addiction Research and Addiction Treatment? *SUCHT*, 61(3), 123–126.

²¹ <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1602669465>.

allem gegenüber Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen auch heute noch verhältnismässig stark ausgeprägt.²² Dieser psychischen Störung wird dabei sowohl vonseiten der Allgemeinbevölkerung (bisweilen aber auch der Ärzteschaft selbst) mit moralisierender Ablehnung gegenübergetreten.²³ Eine häufig anzutreffende Perzeption ist die, dass «der Betroffene sich schliesslich selbst in die Lage gebracht, er ja schliesslich nie mit dem Gebrauch der einschlägigen Substanzen hätte beginnen müssen», dass er «wenn er den Gebrauch (durch einen Entzug) beende», er wieder «wie vorher» sei und dass ein etwaiger Rückfall «ein Zeichen von allgemeiner (Charakter-)Schwäche» sei.^{24,25} Anders als bei anderen psychischen Störungen wurde deshalb die Therapie lange «Laien» übertragen, die versuchten, eben dieser vermeintlichen Charakterschwäche durch Isolation und im weitesten Sinne «arbeitstherapeutischen» Massnahmen beizukommen.²⁶ Diese Sichtweise führte aus heutiger Sicht zu äusserst problematischen Empfehlungen nicht nur an die Betroffenen selbst, sondern auch an deren familiäres Umfeld. Eine gängige Überzeugung (die zuweilen auch von den Betroffenen geteilt wird) lautete, den «Süchtigen» keine (materiellen) Zuwendungen zu geben, damit diese erst die «Talsole» treffen können.²⁷ Durch das Erreichen eines möglichst desolaten Gesamtzustandes sollte dem Patienten «quasi die Augen geöffnet» werden, um eine «positive Veränderungsbereitschaft» zu induzieren. Das derartige Zugänge, die bisweilen noch in der Presse kolportiert werden, regelhaft ohne Erfolg bleiben und wissenschaftlicher Grundlage entbehren, muss aus Sicht der Autoren dieses Artikels nicht extra erwähnt werden. Klarer wird dem Leser die Schwäche derartigen Konzepte, wenn man sie auf den Umgang mit anderen somati-

²² PESCOSOLIDO B. A., MARTIN J. K., LONG J. S., MEDINA T. R., PHELAN J. C. & LINK B. G. (2010). «A disease like any other»? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*.

²³ RASINSKI K. A., WOLL P. & COOKE A. (2005). Stigma and Substance Use Disorders.

²⁴ LIVINGSTON J. D., MILNE T., FANG M. L. & AMARI E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50.

²⁵ ROOM R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and alcohol review*, 24(2), 143–155.

²⁶ Dargestellt auch in WHITE W. L. (1998). *Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in America*. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute.

²⁷ MCKEGANEY J. M. N. (2001). Identity and recovery from dependent drug use: The addict's perspective. *Drugs: education, prevention, and policy*, 8(1), 47–59.

schen oder psychischen Störungsbildern überträgt, z.B. eine Kontaktsperre bei depressiven Patienten zu deren Angehörigen fordern würde oder bei Patienten mit einer Blutzuckererkrankung erst das Auftreten einer völligen Entgleisung des Blutzuckerspiegels (Koma) abwarten würde, bevor man mit einer Therapie (sei dies eine Gewichtsreduktion oder Insulingabe) einleiten würde.

Der «allgemeinen Erfahrung des täglichen Lebens» entspricht es aber auch, dass der mehr oder wenige regelhafte Gebrauch von psychotropen Substanzen nicht bei allen Menschen gleichermaßen (schnell) zur Entwicklung einer floriden Abhängigkeitserkrankung führt: Vielmehr wirken hier verschiedene Faktoren zusammen. Auch gestaltet sich eine etwaige Funktionseinbuße, ebenso wie Therapiemöglichkeiten und -ergebnisse höchst unterschiedlich. So verlaufen z.B. Entzüge bei einigen Individuen unproblematisch (häufig sogar ohne professionelle Hilfe), und es gelingt, eine langfristige Substanzfreiheit («Abstinenz») zu halten; bei anderen verläuft der Entzug kompliziert und der Verlauf ist chronisch begleitet von häufigen Rückfällen, und das Therapieziel wandelt sich zu einem der Schadensminderung.^{28,29,30} Unter Suchtmedizinerinnen hat sich deshalb heute die Haltung durchgesetzt, Parallelen zu anderen chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Hypertension zu ziehen.³¹

1.4 Ätiologie und Pathogenese

Unser Verständnis von Ursache («Ätiologie») und Entwicklung («Pathogenese») von Abhängigkeitserkrankungen hat sich über den Verlauf der letzten Jahrzehnte dramatisch weiterentwickelt; einige Autoren sprechen gar von «revolutionären Veränderungen»³². Möglich wurde dies

²⁸ STANTON M.D. (1976). Drugs, Vietnam, and the Vietnam veteran: an overview. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 3(4), 557–570.

²⁹ MARLATT G.A. (1996) Harm reduction: Come as you are. *Addictive behaviors* 21(6): 779–788.

³⁰ MARLATT G.A., WITKIEWITZ K. (2002) Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive behaviors* 27 (6): 867–886.

³¹ McLELLAN A.T. (2002) Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction* 97 (3): 249–252.

³² KOOB G.F., SIMON E.J. (2009) The Neurobiology of Addiction: Where We Have Been and Where We Are Going. *J Drug Issues* 39 (1): 115–132.

durch Fortschritte im Bereich der Neurowissenschaften, insbesondere der Neurobiologie, der Neurogenetik, aber auch der Bildgebung, dem sogenannten «Neuroimaging»³³. Allgemein anerkannt ist heute, dass es sich um eine lang andauernde («chronische») Hirnerkrankung («chronic brain disease») mit nachweisbaren Veränderungen auf molekularer, zellulärer, struktureller und funktioneller Ebene handelt.^{34,35} Sie wird als eine tiefgreifende Störung der Gehirnfunktion mit nachweisbaren, objektivierbaren Veränderungen des Stoffwechsels der Botenstoffe («Neurotransmitterstoffwechsel»), der Rezeptorverfügbarkeit, der Umsetzung von genetischer Information («Genexpression») und des Antwortverhaltens auf von aussen auf den Organismus einwirkende («exogene») Reize angesehen.^{36,37} Untersuchungen an Zwillingen und innerhalb von Familien konnten zeigen, dass sich 40–60% der Ätiologie, also der «Ursache», von Abhängigkeitserkrankungen mit genetischen (und nicht etwa mit «charakterlichen» oder «umweltbedingten») Risikofaktoren erklären lassen.^{38,39} Studien, die untersuchten, wie sich Abhängigkeitserkrankungen in Familien verteilen, konnten allerdings kein einzelnes Gen identifizieren, welches für die Vererbung verantwortlich ist, vielmehr handelt es sich – so UHL ET ALTERI – um «eine komplexe Störung», bei der genetische und Umweltfaktoren interagieren und zur Verletzlichkeit («Vulnerabilität») eines Individuums beitragen. Dennoch konnten bereits einige sogenannte «Risiko-Gene» identifiziert werden, eine Entwicklung, die bei Weitem noch nicht abgeschlossen ist. Beispielhaft soll das Zinkfinger Gen804A (ZNF 804A) Erwähnung finden. Verschie-

³³ VOLKOW N.D., FOWLER J.S. & WANG G.J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*, 111(10), 1444.

³⁴ LESHNER A.I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45–47.

³⁵ ERSCHKE K.D., JONES P.S., WILLIAMS G.B., TURTON A.J., ROBBINS T.W. & BULLMORE E. T. (2012). Abnormal brain structure implicated in stimulant drug addiction. *Science*, 335(6068), 601–604.

³⁶ VOLKOW N.D. & BALER R.D. (2014). Addiction science: Uncovering neurobiological complexity. *Neuropharmacology*, 76, 235–249.

³⁷ KALIVAS P.W. & VOLKOW N.D. (2014). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*.

³⁸ UHL G.R. (2004). Molecular genetic underpinnings of human substance abuse vulnerability: likely contributions to understanding addiction as a mnemonic process. *Neuropharmacology*, 47, 140–147.

³⁹ UHL G.R., LIU Q.R. ET AL., 2002. Substance abuse vulnerability loci: converging genome scanning data. *Trends Genet.* 18 (8), 420–425.

dene Varianten dieses Gens (rs1344706 und rs7597593), welche auch mit einer Reihe anderer psychischer Störungen (z. B. der Schizophrenie) assoziiert sind,⁴⁰ sind statistisch signifikant auch mit dem Risiko für eine Heroinabhängigkeit verbunden und führen zu einer verschlechterten neurokognitiven Leistung (insbesondere in den Bereichen Impulsivität und der Entscheidungsfähigkeit) verglichen mit gesunden Kontrollen.⁴¹

Als Zwischenfazit lässt sich also festhalten, dass sich der Einfluss individueller sozialer Umweltfaktoren vor allem im Rahmen der Exponiertheit («soziales Milieu») und des ersten Gebrauchs von psychotropen Substanzen zeigt, dass die genetischen Risikofaktoren hingegen einen wesentlichen Einfluss auf den langfristigen Verlauf bzw. die Verlaufsform einer Abhängigkeitserkrankung haben.⁴²

1.5 *Dualdiagnosen (Doppeldiagnosen) und substanzinduzierte psychische Störungen*

Verkompliziert wird die Behandlung von Patienten mit einer Substanzabhängigkeit dadurch, dass bei vielen Betroffenen zusätzlich eine oder mehrere weitere psychische Störungen (z. B. Schizophrenie, Affektive Störungen wie Depressionen oder bipolare Störungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS etc.) bestehen.⁴³ In der Literatur werden dabei häufig Zahlen von 50 – 80% genannt, also die Regel statt einer Ausnahme.^{44,45} Anders als bei Symptomen, deren Auf-

⁴⁰ SUN Y., HU D., LIANG J., BAO Y.P., MENG S.Q., LU L. & SHI J. (2015). Association between variants of zinc finger genes and psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 162(1), 124–137.

⁴¹ SUN Y., ZHAO L.Y., WANG G.B., YUE W.H., HE Y., SHU N., ... & SHI J. (2015). ZNF804A variants confer risk for heroin addiction and affect decision making and gray matter volume in heroin abusers. *Addiction biology*.

⁴² MERIKANGAS K.R., McCLAIR V.L. (2012) Epidemiology of substance use disorders. *Hum Genet* 131 (6): 779–789. doi: 10.1007/s00439-012-1168-0.

⁴³ STOHLER R. & RÖSSLER W. (Eds.). (2005). Dual diagnosis: the evolving conceptual framework (Vol. 172). Karger Medical and Scientific Publishers p. 7–10.

⁴⁴ KESSLER R. C. (2004) The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry* 56 (10):730–737.

⁴⁵ GRANT B.F., STINSON F.S., DAWSON D.A., CHOU S.P., DUFOUR M.C., COMPTON W., ... & KAPLAN K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807–816.

treten als unmittelbare (kausale) Folge der Einnahme einer psychotropen Substanz verstanden werden können – verwiesen sei z. B. auf das Auftreten von psychotischen Symptomen («Farben sehen») nach der Einnahme von Halluzinogenen wie LSD oder dem depressionsähnlichen «Crash» von Kokainisten –, handelt es sich um «separate mit dem Substanzgebrauch in einer Wechselbeziehung stehende psychische Störungen»,⁴⁶ die diesem vorausgegangen sind, gleichzeitig aufgetreten oder erst nachfolgend entstanden sein können. In der Schweiz stehen spezialisierte Behandlungseinrichtungen zur Verfügung (z. B. sog. «Dualstationen»), allerdings finden in Anbetracht der Häufigkeit des Auftretens von Doppeldiagnosen die meisten Behandlungen im allgemeinpsychiatrischen und hausärztlichen Kontext statt – eine Entwicklung, die durchaus begrüsst wird.⁴⁷ Unabhängig davon, wo behandelt wird, sollte die Therapie der Abhängigkeitserkrankung und der weiteren komorbiden psychischen Störungen gemeinsam erfolgen.⁴⁸

Auch wenn aus dem Vorliegen einer Dualdiagnose nicht direkt auf das psychosoziale Funktionsniveau eines Individuums zurückgeschlossen werden kann und sollte, sind häufig Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu beobachten und in der medizinischen Literatur seit vielen Jahren dokumentiert.^{49,50}

1.6 Unterscheidung legale und illegale psychotrope Substanzen

Ergänzend möchten die Autoren an dieser Stelle einfügen, dass die Unterscheidung in legale und illegale psychotrope Substanzen kein in der Wissenschaft begründetes Mass für die «Gefährlichkeit» und den

⁴⁶ JACOBS S., CAHILL K. S., GOLD M. S., Historical and Conceptual Issues in Dual diagnosis: the evolving conceptual framework (Vol. 172). Karger Medical and Scientific Publishers p. 55.

⁴⁷ MINKOFF K. (2001) Best practices: developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric services* 52 (5):597–599.

⁴⁸ WALTER M., GOUZOU LIS-MAYFRANK E. (Hrsg.) (2014). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart. Kohlhammer

⁴⁹ UCHTENHAGEN A. (1987). Gesundheitliche und soziale Folgeschäden des Suchtmittelmissbrauchs. *Sozial- und Präventivmedizin* 32 (3):122–126.

⁵⁰ LAUDET A. B., MAGURA S., VOGEL H. S. & KNIGHT E. (2000). Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of substance abuse treatment*, 18(4), 321–329.

«Schädigungscharakter» einer psychotropen Substanz bzw. eines «Suchtmittels» weder für den Abhängigen selbst noch für die Allgemeinheit darstellt. NUTT ET AL. argumentierten bereits 2010 in einer im (hochangesehenen) *Lancet* publizierten Studie, dass der durch den Konsum psychotroper Substanzen verursachte Schaden gemessen an den Kriterien physische (z.B. Sterblichkeit), psychologische (z.B. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen) und soziale (z.B. Verlust von Beziehungen, Ökonomische Kosten, Kriminalität) Schädigung für Alkohol weitaus höher (72/100) ausfällt als z.B. derjenige von Heroin (55/100), Kokain (27/100) oder Cannabis (20/100).^{51,52}

1.7 *Musterhafte Ansätze im Umgang mit Substanzstörungen in der Schweiz (Beispiel: Opioide)*

Im Umgang mit den Herausforderungen von Abhängigkeitsproblemen hat die Schweiz im internationalen Vergleich eine Vorreiterrolle eingenommen. Verwiesen sei auf die erfolgreiche Schliessung der offenen Drogenszene durch die Implementierung des Viersäulenmodells, später Würfelmodells, mit einer nicht mehr nur einseitigen Betonung der Repression, also der «Unterdrückung», sondern auch mit den Elementen Prävention, Therapie und Schadenminderung.^{53,54,55}

⁵¹ NUTT D.J., KING L.A. & PHILLIPS L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565.

⁵² Vgl. auch MORGAN C.J., NORONHA L.A., MUETZELFELDT M., FIELDING A. & CURRAN H.V. (2013). Harms and benefits associated with psychoactive drugs: findings of an international survey of active drug users. *Journal of Psychopharmacology*, 27(6), 497–506.

⁵³ FALCATO L., STOHLER R., DÜRSTELER-MACFARLAND K.M., EICHENBERGER A., EICH D. & RÖSSLER W. (2001). Closure of an open drug scene – a case register-based analysis of the impact on the demand for methadone maintenance treatment. *Addiction*, 96(4), 623–628.

⁵⁴ NORDT C. & STOHLER R. (2006). Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. *The Lancet*, 367(9525), 1830–1834.

⁵⁵ LIEBREUZ M., STOHLER R. & NORDT C. (2014). Ethnic- and gender-specific differences in the prevalence of HIV among patients in opioid maintenance treatment – a case register analysis. *Harm Reduction Journal*, 11, 23.

2. Suchtleiden aus Sicht des Sozialversicherungsrechtes

2.1 *Betrachtung von ausgewählten sozialversicherungsrechtlichen Aspekten in der Schweiz*

Im Anwendungsbereich der KVG gelten der Alkoholismus sowie auch die Drogensucht als Krankheiten.⁵⁶ Bezogen auf den IVG-Bereich begründet aber die alleinige Alkoholabhängigkeit (Trunksucht) gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes.⁵⁷ Dasselbe gilt auch für den suchtmässigen Missbrauch von Medikamenten und auch für Rauschgiftsucht.⁵⁸

Die Sucht (Abhängigkeitserkrankung) wird im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn diese eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt, in deren Folge ein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eintritt, bzw. wenn die Sucht selber als Folge eines Gesundheitsschadens mit Krankheitswert eingetreten ist.⁵⁹

Genauer dargestellt können krankheits- oder unfallbedingte funktionelle Einschränkungen zur Invalidität führen, wenn diese Folgen einer eigenständigen Gesundheitsschädigung darstellen.⁶⁰ Bei simultanem Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung muss eine allfällige Wechselwirkung zwischen dieser und der Suchtmittelabhängigkeit genau betrachtet werden.⁶¹ Wenn die erhobenen Befunde bzw. die Einschränkungen im Wesentlichen in der Sucht ihre Erklärung finden und die psychische Komorbidität (beispielsweise eine depressive Störung oder auch eine schizophrene Störung etc.) bei einer hypothetischen positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern, wird das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint.⁶² Im Sinne der Schadensminderungspflicht (Art. 21 Abs. 4 ATSG) wird vom Antragsteller oft eine Entzugsbehandlung erwartet und in vielen Fällen als zumutbar erachtet.⁶³

⁵⁶ BGE 101 V 77 E. 1a., BGE 118 V 107.

⁵⁷ EVGE 1968 S. 278 Erw. 3 a).

⁵⁸ BGE 99 V 28 E. 2.

⁵⁹ BGE 99 V 28.

⁶⁰ KSIH, Rz. 1013/1013.1.

⁶¹ Urteil I 169/06 vom 8. 8. 2006.

⁶² Urteil 9C_856/2012 E. 2 vom 19. 8. 2013.

⁶³ Urteil 9C_158/2010 vom 29. 6. 2010.

Bei Koexistenz von psychischen Störungen und einer (Alkohol-)Abhängigkeit wird postuliert, dass die Wissenschaft von sogenannten induzierten psychischen Störungen bei einer primären Sucht und unabhängigen psychischen Störungen ausgeht.⁶⁴ In der Regel seien die psychiatrischen Symptome induziert und würden sich durch Einstellung des Alkoholkonsums in den Wochen nach dem Entzug von selbst bessern, sodass sie nicht Gegenstand einer separaten psychiatrischen Diagnose sein könnten. Das Auftreten einer psychiatrischen Komorbidität bilde noch keine ausreichende Grundlage, um rechtlich auf eine Invalidität wegen Abhängigkeit zu schliessen. Die diagnostizierte psychische Erkrankung müsse überwiegend wahrscheinlich zur Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person beitragen.

Im Rahmen der medizinischen Sachverhaltsabklärung wird erwartet, dass im Falle einer «primären», der Sucht zugrundeliegenden psychischen oder somatischen Störung (sogenannte sekundäre Suchterkrankung) beurteilt wird, inwieweit eine solche primäre Störung die Kriterien eines Gesundheitsschadens mit Krankheitswert erfüllt und zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führt. Die psychischen und somatischen Folgeschäden infolge einer Abhängigkeit müssen konkret beschrieben werden. Es muss dabei beurteilt werden, ob es sich um bleibende Störungen handelt, was häufig erst nach einer Entzugsbehandlung und einer längeren Abstinenz beurteilbar sei.⁶⁵ Bei mehreren Gesundheitsstörungen müssen die Auswirkungen der jeweiligen Störung auf die Arbeitsfähigkeit – auch wenn man von den Auswirkungen der Abhängigkeit absieht – beurteilt werden.⁶⁶

Herauszuheben ist, dass eine Unterscheidung in Sucht bzw. Suchtfolgen von legalen und illegalen psychotropen Substanzen im Rahmen der Leistungsabklärung nach ATSG nicht vorgenommen wird.

Diese Ausführungen zeigen, dass die auf die IV-Leistungspflicht bezogene Rechtsprechung zwar der «losgelösten» Sucht nicht eine rentenbegründende Wirkung zuordnet. Allerdings wird eine solche Wirkung nicht etwa deshalb verneint, weil gar nicht eine versicherte Beeinträchtigung vorliegt; die Rechtsprechung scheint die rentenbegründende Wirkung deshalb zu verneinen, weil bei einem blossen Suchtgeschehen angenommen wird, die betreffende Person sei in der Lage, arbeitstätig

⁶⁴ KSIH 1013.1.

⁶⁵ MEYER T. & BLUM F. (2004). Der Alkoholpatient, sein Arzt und die IV. SAEZ.

⁶⁶ KSIH 1013.1.

zu sein. Ob eine solche Annahme im Einzelfall zutrifft oder nicht, muss aber im Rahmen einer Abklärung beantwortet werden (können). Indem die bisherige Rechtsprechung von vornherein eine rentenbegründende Wirkung verneint, kommt sie dieser Abklärungspflicht nicht nach. Es drängt sich auf, auch bei Suchtkrankheiten eine umfassende Abklärung vorzunehmen, und zwar allenfalls – das ist im Rahmen des vorliegenden Beitrages zu beantworten – unter Beizug der Kriterien gemäss dem Bundesgerichtsentscheid BGE 141 V 281.

2.2 *Betrachtung von ausgewählten sozialversicherungsrechtlichen Aspekten in der BRD*

Das Bundessozialgericht (BSG) hat im Jahr 1968 die Trunksucht als eine Krankheit anerkannt und die Krankenkasse verpflichtet, die indizierte medizinische Behandlung zu gewähren.⁶⁷ Im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung wird die Trunksucht als Krankheit angesehen, zu deren Behandlung Rehabilitationsmassnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringen sind.^{68,69} Bei Drogenabhängigkeit wird vom BSG das Vorliegen einer Krankheit angenommen, soweit durch das Suchtmittel ein Kontrollverlust eingetreten ist.⁷⁰

Bei der medizinischen Sachabklärung sollen gemäss Leitlinien der deutschen Rentenversicherung u. a. folgende Punkte beachtet werden:⁷¹

- Beginn, Dauer, Verlauf einschliesslich Diagnosestellung und Ausprägung der Abhängigkeitserkrankung
- Begleit- und Folgekrankheiten auf somatischem und psychischem Gebiet
- Art, Häufigkeit und Umfang von Vorbehandlungen der Abhängigkeitserkrankung einschliesslich der Kontakte zu Beratungsstellen und Teilnahme an Selbsthilfegruppen
- Auswirkungen auf die soziale Situation (zum Beispiel Führerscheinverlust, Arbeitsverhältnis, häufiger Arbeitsplatzwechsel, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Verhältnis zu Angehörigen, Wohnung, Straffälligkeit)

⁶⁷ 3 RK 63/66 – SozR Nr. 28 zu § 182 RVO = BSGE 28, 114.

⁶⁸ BSG Urteil vom 24. 3. 1983 – 8 RK 2/82 – SozR 2200 § 184a Nr. 5.

⁶⁹ BSG Urteil vom 16. 11. 1989 – 5 RJ 3/89 – SozR 2200 § 1237 Nr. 23.

⁷⁰ BSG Urteil vom 17. 7. 1985 – 1 RA 11/84 – SozR 2200 § 1237 Nr. 20.

⁷¹ Deutsche Rentenversicherung: Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen, April 2010.

- Stand der Sozialisation und Beschreibung der Persönlichkeit zu Beginn der Abhängigkeitsentwicklung und zum aktuellen Zeitpunkt
- Einsichtsfähigkeit des Versicherten in seine Abhängigkeit, Motivation zur Abstinenz, Prognose.

Von einem Abhängigen könne – gemäss Rechtsprechung in der BRD – in der Regel erwartet werden, die Abstinenz einzuhalten und somit seine Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Die Annahme von professioneller Unterstützung kann von betroffenen Personen im Sinne der Mitwirkungspflicht erwartet werden.⁷²

Auch bei einer Abhängigkeit ohne Folgeerkrankungen und Komorbiditäten können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach erfolgreicher Suchtrehabilitation und bei erhöhter Rückfallgefährdung in Berufen mit besonderer Suchtmittelexposition (beruflicher Umgang mit Suchtstoffen oder Alkohol) zugesprochen werden.⁷³

3. Spannungsfeld zwischen der geltenden Rechtsprechung und dem Kenntnisstand der Medizin in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankungen

Aus Sicht der Autoren des vorliegenden Artikels liegt der gegenwärtigen Rechtsprechung eine Reihe von Annahmen zugrunde, die dazu führen, dass das Spannungsfeld zwischen medizinischem Kenntnisstand und Rechtspraxis momentan sehr gross ist.

Im Einzelnen sind das Folgende Aspekte: A.) ein Entzug sei in der Regel zumutbar; der Entzug führt B.) zu einer Rückbildung der die Funktion beeinträchtigenden Beschwerden und C.) auch zu einer Verbesserung allfälliger komorbid auftretender psychischer und somatischer Beschwerden.

Zu A. und B.: Bei primärer Sucht ohne weitere Komorbiditäten wird gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts von fehlender Invalidität ausgegangen, wenn die feststellbaren Funktionseinschränkungen nur auf die Sucht zurückzuführen sind. Es wird angenommen, dass im Falle eines hypothetischen Entzugs, welcher in der Regel zumutbar sei, sich die Einschränkungen wieder zurückbilden würden.

⁷² §63 SGB I, § 51 SGB V, §125 SGB III.

⁷³ Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin (Hrsg.) Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung: mit 176 Tabellen. Springer-Verlag, 2011.

Erwähnenswert erscheint allerdings, dass die Entzugsbehandlung keineswegs in allen Fällen eine *lege artis* Therapie einer Abhängigkeitsstörung darstellt, mit schwersten (tödlichen) Komplikationen verlaufen kann^{74,75} und beispielsweise weitere Therapieformen wie «kontrollierter Substanzgebrauch» (z. B. kontrolliertes Trinken⁷⁶ bzw. eine Trinkmengenreduktion⁷⁷), eine dauerhafte Substitutionsbehandlung (bsp. bei Opioidabhängigkeit) sowie Konzepte der Schadensminderung und palliative Ansätze in Frage kommen und eine Entzugsbehandlung hinsichtlich soziomedizinischem «Outcome» durchaus übertreffen können.^{78,79}

In der Praxis führt eine alleinige Entzugsbehandlung, gerade bei schwerem und langjährigem Verlauf mit zuvor gescheiterten Therapien, kaum zu einer dauerhaften Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit; vielmehr kann eine solcher Ansatz bei erheblichem krankheitsbedingtem Kontrollverlust zu Rückfällen beitragen, de facto einen ungünstigen Verlauf also weiter begünstigen.

Es scheint leicht nachvollziehbar, dass auch eine «kontrollierte Abhängigkeit» z. B. von Alkohol mit bestimmten beruflichen Anforderungen nicht in Einklang zu bringen ist; genannt seien Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an Fahrtauglichkeit, Bedienung von gefährlichen Maschinen oder bestimmte Tätigkeiten im gastronomischen Bereich (Barkeeper etc.). Allerdings kann bei der vorgenannten Personengruppe eine berufliche Kontextänderung, i. S. einer Umschulung oder auch Berufsberatung die Arbeitsfähigkeit wiederherstellen, ohne dass eine Abstinenz erreicht ist, die aber häufig im Vorfeld der Leistungszusprache zur «Auflage» gemacht wird.

⁷⁴ BAYARD M., MCINTYRE J., HILL K.R. & WOODSIDE JR. J. (2004). Alcohol withdrawal syndrome. *American family physician*, 69(6), 1443–1450.

⁷⁵ KOSTEN T.R. & O'CONNOR P.G. (2003). Management of drug and alcohol withdrawal. *New England Journal of Medicine*, 348(18), 1786–1795.

⁷⁶ KÖRKELE J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *SUCHT*, 61(3), 147–174.

⁷⁷ MANN K. (2015). Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *Sucht*, 61(1), 29–36.

⁷⁸ BÜHRINGER G. & RUMPF H.J. (2015). Reduction of alcohol intake as a therapeutic aim: a contribution to improve the treatment of persons with alcohol use disorders? *Sucht*, 61(1), 5–8.

⁷⁹ MITCHELL S.G., GRZYCZYNSKI J., SCHWARTZ R.P., MYERS C.P., O'GRADY K.E., OLSEN Y.K. & JAFFE J.H. (2015). Changes in Quality of Life following Buprenorphine Treatment: Relationship with Treatment Retention and Illicit Opioid Use. *Journal of psychoactive drugs*, 47(2), 149–157.

Insbesondere bei vorhandenen Komorbiditäten, auffälligen tief greifenden Verhaltensmustern oder Persönlichkeitsauffälligkeiten, aber auch bei defizitären kognitiven Funktionen, welche suchtbedingt oder auch suchunabhängig sein können, kann die Fähigkeit, einen Suchtmittelentzug durchzuführen und nachfolgend suchtmittelfrei zu leben, erheblich eingeschränkt sein. Als Beispiel können insbesondere Patienten mit schwerwiegenden Störungen der Emotionsregulation (Borderline-Persönlichkeitsstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung [PTBS] und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung [ADHS]) genannt werden.⁸⁰

Während der medizinischen Sachverhaltsabklärung weisen insbesondere langjährige Krankheitsdauern der Abhängigkeit mit mehrfachen gescheiterten *lege artis* durchgeführten Behandlungsversuchen (bei motivierten und complianten Patienten), erhebliche soziale, interpersonelle und berufliche Einschränkungen (mit häufigen gescheiterten Eingliederungsversuchen) im Längsschnitt, aber auch ungünstige Kontextfaktoren (beruflicher Kontakt mit Suchtmitteln, Schicksalsschläge, fehlende familiäre Unterstützung etc.) auf einen schweren Verlauf der Abhängigkeitserkrankung hin.

Zu C.) Die häufige Annahme, dass sich eine komorbide psychische (oder auch somatische) Störung in der Regel nach einem Entzug bessert, erscheint im Lichte der wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte als zu pauschal und nicht haltbar. Diese Annahme stützt sich u. E. auf eine medizinisch nicht belegbare Unterteilung in eine primäre und eine sekundäre Sucht, die rechtlich auch unterschiedlich gewertet werden können. Diese rein chronologische begründete Aufteilung postuliert eine scheinbare, jedoch wissenschaftlich kaum haltbare, Kausalität und lässt das oben beschriebene Konzept der Dualdiagnosen ausser Acht.

Zu verlangen ist aus Sicht der Autoren eine medizinische Abklärung unter Berücksichtigung der Komorbiditäten, Persönlichkeit, Kontextfaktoren, erfolgten Behandlungen und konkreten Einschränkungen bzw. Ressourcen im Bereich der Aktivitäten und Partizipationen.

⁸⁰ Vgl. S3-Leitlinie «Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen» AWMF-Register (Stand: 23.2.2015).

4. Eignung der neuen Indikatoren aus der Rechtsprechung zu psychosomatischen Störungsbildern zur Abklärung der Leistungsfähigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen

Eckpunkt der «Schmerzrechtsprechung 2.0» – gemäss Gächter und Meier – ist, dass das «A.) bisherige Regel/Ausnahme-Modell (Vermutung) durch einen strukturierten, normativen (...) Prüfungsraster ersetzt wird B.) im Zentrum der rechtlichen Beurteilung eines Rentenanspruches weiterhin die Prüfung der Zumutbarkeit einer Arbeitsleistung steht und C.) die Überwindbarkeitsvermutung durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt wird».⁸¹

Nachdem es sich, wie oben dargelegt, auch bei einer Abhängigkeitserkrankung um eine psychische Störung mit grossen Schnittmengen zu anderen psychischen Störungen (vgl. Ätiologie und Pathogenese) im engeren Sinne handelt (und sie deshalb auch im Kapitel V [F] «Psychische und Verhaltensstörungen» und nicht etwa anderenorts klassifiziert ist), stellt sich die Frage, ob mit dem vonseiten der beiden Sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichtes beschlossenen strukturierten Beweisverfahren nunmehr ein Prüfungsraster zur Verfügung steht, welches die Zumutbarkeitsüberprüfung einer Arbeitsleistung auch für dieses psychische Störungsbild verbessert und die bisher angewendete kategoriale Verneinung von Leistungsansprüchen bei sogenannten «primären Suchtgeschehen» obsolet werden lässt. Eine Beibehaltung der aus medizinischer Sicht nicht mehr haltbaren Unterscheidung in «primäre und sekundäre Sucht» wäre bei einem derartigen Vorgehen nicht nötig und würde – ebenso wie bei der somatoformen Schmerzstörung – für eine Annäherung zwischen medizinischer Evidenz und Rechtsprechung sorgen.

Im Folgenden sollen nun die einzelnen vom Bundesgericht in BGE 141 V 281 4.1.3. genannten Indikatoren auf ihre Eignung für die Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens beim Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen geprüft werden.

⁸¹ THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter 29. Juni 2015 Rz. 32–Rz. 37.

4.1 Kategorie «Funktioneller Schweregrad»

4.1.1 Komplex «Gesundheitsschädigung»

4.1.1.1 «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde»

«Als erster Indikator zu nennen ist die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome. Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung helfen dabei, Funktionseinschränkungen, welche auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen sind, von den (direkten) Folgen nicht versicherter Faktoren zu scheiden. Ausgangspunkt ist der diagnose-inhärente Mindestschweregrad. Spielen auf der anderen Seite Ausschlusskriterien eine gewisse Rolle, ohne dass deswegen eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung a priori auszuschliessen wäre, sind die auf Aggravation usw. hinweisenden Umstände zu bewerten. Die Schwere des Krankheitsgeschehens ist auch anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren.»

Aus medizinischer Sicht ist es auch für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen möglich, dem Rechtsanwender Angaben zum Ausprägungsgrad der diagnoserelevanten Befunde zu machen. Unter Zuhilfenahme von klinischer Untersuchung, psychometrischen Verfahren und technischen Untersuchungsmethoden (siehe oben) ist ein hohes Mass an Objektivierung pathologischer Konsummuster möglich. Auch die einschlägigen Diagnosesysteme ICD-10 (Missbrauch/Abhängigkeit) bzw. DSM-5 (drei Grade) erlauben eine Schweregradeinteilung, wenn auch nur im weiteren Sinne. Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen können analog anderer psychischer Störungen betrachtet werden, jedoch kommen Dissimulationstendenzen typischerweise bei Abhängigkeitserkrankungen ebenfalls vor – aus Verleugnungstendenz und Schamerleben, aber auch wegen allfälliger negativer Folgen (Fahreignung, bei illegalen Substanzen auch Strafverfolgung, berufliche Nachteile, zusätzlich wohl durch die geltende Rechtsprechung).

4.1.1.2 Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz

«Behandlungs- und Eingliederungserfolg – oder Resistenz», Behandlungserfolg oder -resistenz, also Verlauf und Ausgang von Therapien, sind wichtige Schweregradindikatoren. Das definitive Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie weist auf eine negative Prognose hin. Psychische Störungen der hier interessierenden Art gelten nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und

therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was sich e contrario aus der ständigen Rechtsprechung ergibt. Bei einem erst relativ kurze Zeit andauernden – somit noch kaum chronifizierten – Krankheitsgeschehen dürften regelmässig noch therapeutische Optionen bestehen, eine Behandlungsresistenz also ausgeschlossen sein.

Die Darstellung des Therapieverlaufes gehört gemäss Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) zu den gutachterlichen (Kern-)Aufgaben und kann deshalb auch für das Gebiet der Abhängigkeitserkrankungen zur Anwendung kommen.⁸² In diesem Bereich kann insbesondere beurteilt werden, ob beim Scheitern von abstinenzorientierten Behandlungsbemühungen (z.B. hochfrequente und multiple Rückfälle nach ambulanten oder stationären Behandlungsbemühungen) empfohlene Strategiewechsel eruiert worden sind (z.B. kontrolliertes Trinken bei Alkoholabhängigen oder Einleitung einer Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigen).⁸³ Insbesondere bei der letztgenannten Gruppe besteht heute breiter Konsens darin, dass eine stabile Substitutionsbehandlung mit einem langwirksamen Opioid mit einer erfolgreichen Eingliederung, ob im privaten oder im beruflichen Kontext, einhergeht.^{84,85,86}

4.1.1.3 «Komorbiditäten»

Die psychische Komorbidität ist nicht mehr generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt (...) Die bis-

⁸² COLOMB E. ET AL.: Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Swiss Society of Psychiatry and Psychotherapy 2012. Abrufbar unter: www.psychiatrie.ch.

⁸³ Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit Empfehlungen Revision 2013 des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmittelmedizin (SSAM) der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS) abrufbar unter www.ssam.ch.

⁸⁴ CORSI K.F., LEHMAN W.K. & BOOTH R.E. (2009). The effect of methadone maintenance on positive outcomes for opiate injection drug users. *Journal of substance abuse treatment*, 37(2), 120–126.

⁸⁵ HSIAO C.Y., CHEN K.C., LEE L.T., TSAI H.C., CHANG W.H., LEE I.H., ... & YANG Y.K. (2015). The reductions in monetary cost and gains in productivity with methadone maintenance treatment: One year follow-up. *Psychiatry research*, 225(3), 673–679.

⁸⁶ KOENIG L., SIEGEL J.M., HARWOOD H., GILANI J., CHEN Y.J., LEAHY P. & STEPHENS R. (2005). Economic benefits of substance abuse treatment: Findings from Cuyahoga County, Ohio. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), S41–S50.

herigen Kriterien «psychiatrische Komorbidität» und «körperliche Begleiterkrankungen» sind zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. (...) Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist.

Gutachtlich können die somatischen und psychischen Folge- und Begleiterkrankungen umfassend abgeklärt werden. Je nach Suchtmittel sollte dabei auf spezifische Folgestörungen geachtet werden; gegebenenfalls müssen auch entsprechende fachärztliche Abklärungen (Neurologie, Hepatologie, Infektiologie) erfolgen. Berücksichtigt werden muss ferner, dass die Symptome der Begleiterkrankungen durch eine aktive Abhängigkeit «unterdrückt» werden und sich beispielsweise nach einem Entzug erheblich verschlechtern können. Relevant erscheint auch die Wechselwirkung, zwischen der Abhängigkeitserkrankung und der Komorbidität genau zu analysieren, da daraus Informationen für Abstinenz- und Behandlungsfähigkeit bzw. für ein Rückfallrisiko abgeleitet werden können.⁸⁷

4.1.2 Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)

Mit dem schon mehrfach erwähnten stärkeren Einbezug der Ressourcenseite gewinnt der Komplex der Persönlichkeit (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) an Bedeutung. (...) Neben den herkömmlichen Formen der Persönlichkeitsdiagnostik, die auf die Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und -störungen abzielt, fällt auch das Konzept der sogenannten «komplexen Ich-Funktionen» in Betracht. Diese bezeichnen in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten, welche Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zulassen (u. a. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität). Entscheidend ist nicht die begriffliche Herkunft, sondern die Eignung dieser Kategorien, zur Klärung der funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung beizutragen.

⁸⁷ Vgl. Deutsche Rentenversicherung, Berlin (Hrsg.) Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Springer-Verlag, 2011. S. 584–586.

gen. Wo dies nach den Umständen des Einzelfalles zutrifft, ist von diesem Ansatz Gebrauch zu machen.

Manifeste Persönlichkeitsstörungen insbesondere aus dem Cluster A (sonderbar-exzentrisch) und B (dramatisch-emotional), weniger C (ängstlich-vermeidend) schränken auf verschiedenen Ebenen ein.⁸⁸ Bereits Persönlichkeitsakzentuierungen reichen aus, um am Arbeitsplatz für Schwierigkeiten zu sorgen.⁸⁹ Sowohl die ICD-10 als auch das DSM-5 lassen momentan jedoch nur kategoriale Schlüsse zu, entweder wird das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung bejaht oder verneint. Eine Schweregradeinteilung folgt evtl. mit der Einführung der bereits oben genannten ICD-11; erneut stellen sich u. a. Fragen der «reliablen» – also der zuverlässigen – Unterscheidbarkeit zwischen einzelnen Ausprägungsgraden.⁹⁰

Der Wunsch des Bundesgerichts nach einer differenzierteren Betrachtungsweise ist also nachvollziehbar und deckt sich mit den medizinischen Bemühungen. Mit Bezugnahme auf das «Strukturniveau» und die assoziierten Begrifflichkeiten im Urteil BGE 141 V 281 wird allerdings wieder auf ein schulenspezifisches (psychoanalytisches) Konzept zurückgegriffen und zum «Massstab» erklärt, welches von anderen Psychotherapieschulen (z. B. kognitiv-behaviorale Psychotherapie), die heute deutlich weiterverbreitet sind, durchaus kritisch hinterfragt werden.⁹¹ Da sich das Bundesgericht dazu entschlossen hat, den «primären Krankheitsgewinn» eben aufgrund des schulenspezifischen Zugangs zu verwerfen,⁹² überrascht die Wiedereinführung an anderer Stelle umso mehr. Das Modell des Strukturniveaus⁹³ – welches für die Anwendung im versicherungsmedizinischen Bereich *nicht* validiert wurde – lässt zu-

⁸⁸ CRAMER V., TORGERSEN S. & KRINGLEN E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive psychiatry*, 47(3), 178–184.

⁸⁹ HENGARTNER M.P., MÜLLER M., RODGERS S., RÖSSLER W. & AJDACIC-GROSS V. (2014). Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(2), 327–335.

⁹⁰ ZIMMERMANN J. (2014) Paradigmenwechsel in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 15(03), e1–e10.

⁹¹ MARGRAF J., JACOBI F., MAERCKER A., SCHNEIDER W. & FREYBERGER H. (2000). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. Was leistet die OPD, 38–56.

⁹² Urteil des Bundesgerichts BGE 141 V 281 (9C_492/2014) vom 3. Juni 2015 E 4.1.1.

⁹³ Vgl. RUDOLF G. (2012). Strukturbezogene Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 57(4), 357–372.

dem ein erhebliches Mass an «interpretativem Spielraum» zu, was für die «rechtsgleiche Behandlung aller Versicherten» eine grosse Herausforderung darstellen dürfte. Rein praktisch stellt sich die Frage, ob beim Festhalten an diesen Begrifflichkeiten die bisherige Praxis, dass ein Gutachten von Titelträgern «FMH Psychiatrie und Psychotherapie» erstellt werden kann, zu halten ist. Die FMH fordert für die Erlangung des Fachtitels eine psychotherapeutische (aber eben keine spezifisch psychoanalytische) Ausbildung.⁹⁴ Bei der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD),⁹⁵ welche auf der psychoanalytischen/psychodynamischen Theorie beruht, ist zudem eine sehr aufwendige Schulung und Erfahrung nötig, und der Aufwand für ein Interview im Rahmen einer gutachtlichen Exploration ist beträchtlich. Studien, welche in Deutschland laufen, sind erforderlich, um zu überprüfen, ob dieses Instrument für den gutachtlichen Kontext überhaupt geeignet ist. Die komplexen Ich-Funktionen,⁹⁶ auf welche sich das Bundesgericht explizit im Urteil bezieht, sind aus der OPD abgeleitet. Sie sind ebenfalls für den versicherungsmedizinischen/gutachtlichen Kontext nicht validiert. Hinzu kommt bei ihnen noch ein weiterer, ganz entscheidender Nachteil: Sie sind – im Gegensatz zur OPD – nicht operationalisiert, sodass Objektivität und Reliabilität (Zuverlässigkeit) weder gewährleistet noch messbar und damit nicht bekannt sind.

Die Autoren schlagen deshalb vor, die bewährten Methoden zur Diagnostik von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen zu verwenden, wie sie in der Aus-/Weiter-/Fortbildung gelehrt werden und für welche es bewährte, breit angewendete und operationalisierte Instrumente mit ausreichender Reliabilität und Objektivität gibt. Hierzu gehören: Anamnese, Querschnittsbefunde, aus ICD-10 und DSM-IV abgeleitete Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren bzw. Interviews sowie eine ausführliche Fremdanamnese. Zur Erfassung der Persönlichkeit gibt es ebenfalls reliable Instrumente; auf ein solches wird in den Leitlinien der SGPP 2012 auch hingewiesen.

⁹⁴ Vgl. Weiterbildungsprogramm «FMH Psychiatrie und Psychotherapie» vom 1. Juli 2009 (letzte Revision: 31. Oktober 2013) abrufbar unter www.fmh.ch.

⁹⁵ Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.

⁹⁶ FABRA M. Sogenannte komplexe Ich-Funktionen, psychischer Querschnittsbefund und Einschätzung des Leistungsvermögens in der Begutachtung psychogener Erkrankungen. *Versicherungsmedizin* 2005;57:133-6 und 4:178-81.

Aus psychiatrischer Sicht stellt sich jedoch im gutachtlichen Kontext eine zusätzliche, prinzipielle, methodische Problematik in Bezug auf die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen: Die Unterscheidung, welche Merkmale prämorbid (vor der Erkrankung bereits bestehende) Anteile darstellen und welche im Querschnitt als Persönlichkeitsanteile imponieren, aber durch die aktuelle Erkrankung, den aktuellen Kontext, den Krankheitsverlauf bedingt oder beeinflusst sind, ist zentral; gerade bei Persönlichkeitsmerkmalen ohne Krankheitswert macht sich diese Problematik umso mehr bemerkbar, da sich hier ja – per definitionem – mögliche Abweichungen immer noch im Normbereich befinden.⁹⁷

Aus fachpsychiatrischer Sicht scheint es insgesamt nicht evidenzbasiert, zur Übernahme von ICD-10 oder DSM-5-fremden Begrifflichkeiten⁹⁸ zu greifen; es wäre eher zur Beschreibung von allfälligen «deutlichen Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu Anderen» (so die ICD-10 im Kapitel F6) anzuhalten, um das Leistungsvermögen zu beschreiben.

Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass Persönlichkeitsakzentuierungen und Persönlichkeitsstörungen in Wechselbeziehungen zu Abhängigkeitserkrankungen stehen und damit auch diesen Komplex abbildbar machen. Die Beschreibung der Ressourcen und Defizite in diesem Bereich sollte jedoch schulenunabhängig erfolgen und durch den Rechtsanwender anhand der üblichen Kriterien wie Plausibilität und Nachvollziehbarkeit bewertet werden.

4.1.3 Komplex «Sozialer Kontext»

Der soziale Kontext bestimmt mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert. Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird.

⁹⁷ D. VON ZERSSEN (2001). Diagnostik der prämorbidem Persönlichkeit. In R.-D. STIEGLITZ, H. J. FREYBERGER und U. BAUMANN (Hrsg.), Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Enke. S. 271–283.

⁹⁸ Vgl. RUDOLF G. (2001). Wie analytische Psychotherapeuten Diagnosen handhaben. *Psychotherapeut*, 46(2), 102–109.

Bei der Beurteilung der medizinischen Leistungsfähigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen und Dualdiagnosen ist, ähnlich wie bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern, die genaue Betrachtung der persönlichen und sozialen Kontextfaktoren notwendig. Zu nennen sind hier insbesondere das Vorhandensein der familiären und partnerschaftlichen Beziehungen, die Wohnsituation und die Freizeitgestaltung im Querschnitt, aber auch im Längsverlauf. Dabei ist zu beurteilen, ob diese Kontextfaktoren als direkte Folgen des gesundheitlichen Leidens zu verstehen sind oder ob es sich um krankheitsunabhängige soziokulturelle Faktoren (mangelhafte Bildung, unzureichende Sprachkenntnisse etc.) handelt. Insbesondere relevant erscheint auch die Frage, inwieweit die sozialen Kontextfaktoren sich unter einer adäquaten Therapie (falls eine solche verfügbar ist) bessern können. Berücksichtigt werden sollen auch die vorhandenen Ressourcen, beispielsweise im Hinblick auf die soziale und familiäre Unterstützung, welche u. a. die Gefahr der Rückfälle mildern und sich auf den Arbeits-/Integrationsprozess positiv auswirken kann.

Die Erfassung des sozialen Kontextes geht aber noch in eine andere Richtung, nämlich hin zur Beurteilung von Ressourcen und damit zur Konsistenz von geklagten Leistungseinschränkungen.

4.2 Kategorie «Konsistenz»

4.2.1 Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z. B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. (...) Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen.

Hinsichtlich der Konsistenz- bzw. Plausibilitätsprüfung (d. h. Prüfung der Widersprüche in verfügbaren Daten) sind verschiedene Aspekte von Relevanz. Bedeutend erscheint das Erfassen von Inkonsistenzen im Längsschnitt (u. a. berufliche und Eingliederungsanamnese und Leistungsfähigkeit im Längsverlauf) unter Berücksichtigung der zusätzlichen objektiven Informationen (Medikamentenspiegel), der fremd-

anamnestischen Angaben, der Aktenlage und einer Verhaltensbeobachtung sowie unter einem Vergleich von ausserberuflichen Aktivitäten und Partizipationen (u. a. Freizeit und informelle Beziehungen) und geltend gemachten Defiziten bei der beruflichen Teilhabe.⁹⁹

Hierbei ist aus gutachtlicher Sicht zu beachten, dass per se Inkonsistenzen wertneutral sind und in jedem Fall eine gutachtliche Stellungnahme zur Klärung erforderlich machen, inwiefern sie nicht durch eine Erkrankung erklärbar sind.

Neben der klassischen Konsistenzprüfung gibt es klinische Indikatoren sowie standardisierte psychologische und neuropsychologische Instrumente zur Erfassung der Authentizität der präsentierten Symptome sowie der Leistungsbereitschaft des Probanden.^{100,101}

Auch im Bereich der Konsistenzprüfung kann also insgesamt analog anderer psychischer Störungen vorgegangen werden. Für eine gültige Beurteilung ist dabei sehr viel Erfahrung, Aufwand und auch Schulung nötig.¹⁰² Bei der Beurteilung von Abhängigkeitserkrankungen ist zu beachten, dass im gutachtlichen Kontext auch Dissimulationstendenzen nicht selten vorkommen (zu den Gründen siehe 4.1.1.1).

4.2.2 Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur

⁹⁹ Vgl. NEDOPIL N. (2012). Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht; 69 Tabellen. S. 213 ff. (Georg Thieme Verlag).

¹⁰⁰ Vgl. eine Übersicht in: ROGERS, RICHARD (Editor) 2008. Clinical Assessment of Malingering and Deception. New York, London: The Guilford Press.

¹⁰¹ MERTEN T., DANDACHI-FITZGERALD B., HALL V., SCHMAND B. A., SANTAMARÍA P. & GONZÁLEZ-ORDI H. (2013). Symptom validity assessment in European countries: Development and state of the art. *Clínica y Salud*, 24(3), 129–138.

¹⁰² Publikation von EBNER G., JOKEIT H., LIEBRENZ M. & MOSIMANN H., (in Vorbereitung).

Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet.

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist eine genaue Erfassung des Längsverlaufs, inkl. Entwicklung bzw. Beginn des riskanten/übermässigen Substanzgebrauchs, des Konsummusters und der bisherigen Behandlungen (inkl. Selbstbehandlungsversuche, nicht ärztlich überwachte Entzüge) mit dabei auftretenden Komplikationen (z. B. Entzugsdelir, Krampfanfälle, gescheiterte Entzüge) für die weitere Therapieplanung und Prognoseeinschätzung essentiell. Es soll dabei auf erfolgreiche und auch gescheiterte Therapiestrategien und auch auf die Eigenmotivation/Kooperationsfähigkeit des Exploranden geachtet werden.

4.3 Zwischenresümee

Aus der detaillierten Betrachtung ergibt sich, dass die vonseiten des höchsten Gerichtes beschriebenen Indikatoren unisono geeignet sind, auch für die Zumutbarkeitsüberprüfung einer Arbeitsleistung bei einer Abhängigkeitserkrankung zur Anwendung zu gelangen. Vor dem Hintergrund des Wissenszuwachses im Bereich der Ätiologie und Pathogenese dieses Störungsbildes scheint die Unterteilung in «primäre» und «sekundäre Sucht» nun obsolet.

5. Mögliche Einwände

Nun mag befürchtet werden, dass eine Entschädigung auch von Abhängigkeitserkrankungen die angespannte finanzielle Situation der Sozialversicherungen¹⁰³ weiter verschärfen würde, dass mithin ökonomische statt juristische oder medizinische Überlegungen angerufen werden. Derartigen Einwänden kann entgegnet werden, dass a.) bereits bis anhin schwere Fälle – welche aus medizinischer Sicht «einer Dualdiagnose» entsprechen – entschädigt wurden. Entfallen würden hingegen

¹⁰³ Botschaft zu Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, Drucksache 10.032 vom 24. Februar 2010 abrufbar unter www.admin.ch.

bei vielfach therapierten und nun im Sinne einer Schadensminderung eingestellten, z. B. substituierten Patienten Auflagen von potenziell destabilisierenden (und gefährlichen) Entzugsbehandlungen, um allfällige «vorangehende Gesundheitsstörungen mit gravierendem Krankheitswert» isoliert, nach einem Entzug, beurteilen zu können. Dies könnte den Abklärungsprozess verschlanken und gerade dann Kosten sparen, wenn auf zusätzliche stationäre Aufenthalte zur Abklärung verzichtet werden kann, b.) analog zu den meisten anderen psychischen Störungen kein «Automatismus» zwischen gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht. Abhängigkeitserkrankungen haben unterschiedliche Schweregrade, nehmen unterschiedliche Verläufe und haben dementsprechend auch unterschiedliche Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit eines Individuums. Wie erwähnt stehen in der Medizin diagnoseunabhängige Instrumente zur Verfügung, um Ressourcen und Defizite des Aktivitäts- und Partizipationsniveaus darzustellen, daraus Fähigkeitsprofile abzuleiten und diese mit der bisherigen Tätigkeit oder einer an das Leiden angepassten Tätigkeit in Abgleich zu bringen – ein derartiger ressourcenorientierter Ansatz könnte dabei helfen, aktiv nach Möglichkeiten zu suchen, auch von dieser Störung betroffene in den Arbeitsmarkt zu integrieren (i. S. von beruflichen Massnahmen, «Wiedereingliederung vor Entschädigung») c.) die abschliessende, normative Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Rechtsanwender es auch zukünftig erlauben wird, allfällige «Fehlentwicklungen» frühzeitig zu detektieren und gegebenenfalls Praxisänderungen zu veranlassen. Allerdings sei nochmal darauf hingewiesen, dass in Rechtsräumen, in denen Abhängigkeitserkrankungen analog zu anderen psychischen Störungen beurteilt werden, nur bei 4% aller gewährten Renten die verminderte Invalidität durch diese begründet werden.¹⁰⁴

6. Schlussbemerkung und Zusammenfassung

Die Autoren des vorliegenden Artikels bewerten – übereinstimmend mit anderen Kommentatoren – das Bundesgerichtsurteil BGE 141 V 281 und das darin beschriebene ergebnisoffene, strukturierte Beweisverfahren als Meilenstein auf dem Weg zur Verbesserung der Abschätzung von

¹⁰⁴ Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin (Hrsg.) Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung: mit 176 Tabellen. Springer-Verlag, 2011.

Auswirkungen von (bestimmten) psychischen Störungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die eingangs gestellte Frage, ob die «psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen», d. h. medizinisch ausgedrückt Abhängigkeitserkrankungen bzw. gemeinhin «Suchtleiden», ihrer Natur nach mit anderen psychischen Störungen vergleichbar sind und ob ein strukturiertes Beweisverfahren zur Anwendung kommen könnte, um die Rechtsgleichheit weiter zu steigern und das Spannungsfeld zwischen medizinischem Kenntnisstand und Rechtspraxis zu reduzieren, kann insgesamt bejaht werden. Die Ausnahmebehandlung der Abhängigkeitserkrankungen, nämlich die pauschale Annahme einer Besserung der Funktionseinschränkungen nach einem hypothetischen oder auch tatsächlich durchgeführten Entzug, erscheint angesichts des gegenwärtigen Forschungsstands und der Entwicklungen bei der Therapie in den letzten Jahrzehnten nicht haltbar. Zu verlangen ist eine individuelle strukturierte medizinische Sachverhaltsabklärung, welche die konkrete medizinische Situation, unter Berücksichtigung des Schweregrades der Abhängigkeit, der Begleit- und Folgeerkrankungen sowie der bisher durchgeführten und noch möglichen Behandlungsoptionen berücksichtigt und anhand der erfassten defizitären und vorhandenen Funktionen, Aktivitäten und Partizipationen, dies unter Berücksichtigung der noch verfügbaren Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien, die Arbeitsfähigkeit einschätzt.

Abschliessend soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Autoren sich bei der Bewertung der Anwendbarkeit auf die Abhängigkeitserkrankung konzentriert haben. Ob, wie im IV-Rundschreiben 339 des BSV postuliert,¹⁰⁵ die «Standardindikatoren» bei allen zu erstellenden Gutachten berücksichtigt werden sollten, wurde nicht untersucht, allerdings ist zu konstatieren, dass aufgrund des Leitentscheides keine Notwendigkeit mehr besteht, eine spezifische psychische Störung, nämlich die Abhängigkeitserkrankung, von einem strukturierten Beweisverfahren auszunehmen.

¹⁰⁵ Vgl. BSV IV-Rundschreiben Nr. 339/Auftrag für ein medizinisches Gutachten in der Invalidenversicherung (gültig ab 9. 9. 2015).