

ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN IN DER BEGUTACHTUNG

ASIM Fortbildung 20. März 2019

Dr. med. Claudine Aeschbach, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie
Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der
Abhängigkeitserkrankungen
Präsidentin SAPP (Society of Addiction Psychiatry and Psychotherapy)

Ablauf

1. Definitionen
2. Epidemiologie
3. Forschungsergebnisse (Neurobiologie, Arbeitsintegration)
4. Substanzart, Konsummuster und Arbeitsfähigkeit
5. Diagnostik und Bedeutung von Komorbiditäten
6. Konzept der Schadensminderung
7. Therapie und Auswirkungen der Therapie auf die Arbeitsfähigkeit bzw. Invalidität
8. Schlussfolgerungen: Konsequenzen für die Begutachtung
9. Fallbeispiele aus der Praxis

SIM Broschüre Abhängigkeit

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Abhängigkeit von legalen oder illegalen Substanzen ist primär eine psychiatrische Aufgabe, bei erheblichen körperlichen Folgen unter Einbezug eines internistischen oder neurologischen Konsiliums. Entscheidend sind einerseits die **ätiologischen und pathogenetischen Aspekte**, auch hier die zur Verfügung stehenden **Ressourcen**, das Suchtverhalten bewältigen zu können oder nicht. Andererseits können bei länger anhaltendem Konsum von Substanzen Schädigungen körperlicher oder psychischer Art auftreten, die ihrerseits die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. **Massgeblich sind in diesem Fall die daraus entstehenden Funktionsdefizite.**

1. DEFINITIONEN

Diagnose ICD 10

- Kapitel F
- Unterschied von **schädlichem Gebrauch** und **Abhängigkeitssyndrom**: cave Kriterien!!
- Unterteilung primär in **Art der Substanz**, sekundär in **pathophysiologische Auswirkungen**

Schädlicher Gebrauch: Kriterien

- Konsummuster führt zu (objektiver) **Gesundheitsschädigung**
- **Körperlich** oder **psychisch**
- **Kritik** durch soziale Umgebung häufig, aber nicht relevant für die Diagnose

Abhängigkeitssyndrom: Kriterien ICD

Im Verlauf des **letzten Jahres** drei oder mehr Kriterien

1. Ein starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
4. Nachweis einer Toleranz
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsum, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen

DSM V

- Veränderungen im Vergleich zu DSM IV
- Störungen durch psychotrope Substanzen
- Wird ersetzt durch: „Sucht und zugehörige Störungen“



Begriff **Sucht** taucht wieder auf!

- Substanzgebrauchsstörung („substance use disorder“ SUD)
als **Hybrid** von Missbrauch und Abhängigkeit

DSM 5: Kriterien

- Mindestens 2 Merkmale in den letzten 12 Monaten
- 2 bis 3 Kriterien: moderat
- 4 + Kriterien: schwer

1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen führt
2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen könnte
3. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderter Wirkung unter derselben Dosis
5. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzgebrauch
6. Einnahme der Substanz in grösseren Mengen oder länger als geplant

DSM Kriterien II

7. Anhaltender Wunsch oder erfolgloser Versuch, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen
9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums
10. Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme
11. Craving (starkes Verlangen nach der Substanz)



Kontinuum statt Trennung von Missbrauch und Abhängigkeit

2. EPIDEMIOLOGIE

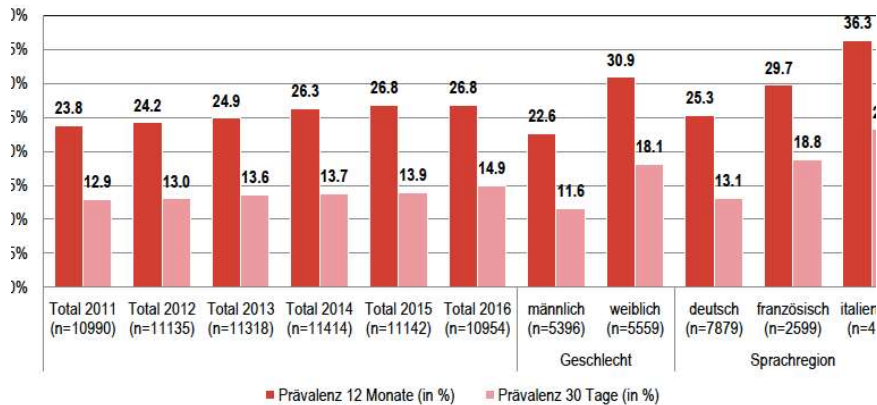
Epidemiologie

Generell:

- Abhängigkeitserkrankungen werden von der Invali-
denversicherung nicht als alleiniger Grund für eine IV-
Berentung akzeptiert. Es ist eine zur Abhängigkeit
führende oder eine aus der Abhängigkeit resultierende
sekundäre psychische oder somatische Diagnose
erforderlich. **Dies kann zur Folge haben, dass
Abhängigkeitserkrankungen in den IV-Daten
tendenziell unterschätzt werden oder dass Personen
mit Abhängigkeitsstörungen im IV Abklärungsprozess
eher eine Zweitdiagnose erhalten.**
- (Obsan 2009, IV Statistik, Kap. 1.5.5.)

Iatrogene Faktoren I

Abbildung 4.4.1a: 12-Monatsprävalenz und 30-Tageprävalenz für die Einnahme mindestens eines der Medikamente (starke Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmedikamente, Psychostimulanzien) (2016) – Total und nach Geschlecht und Sprachregion

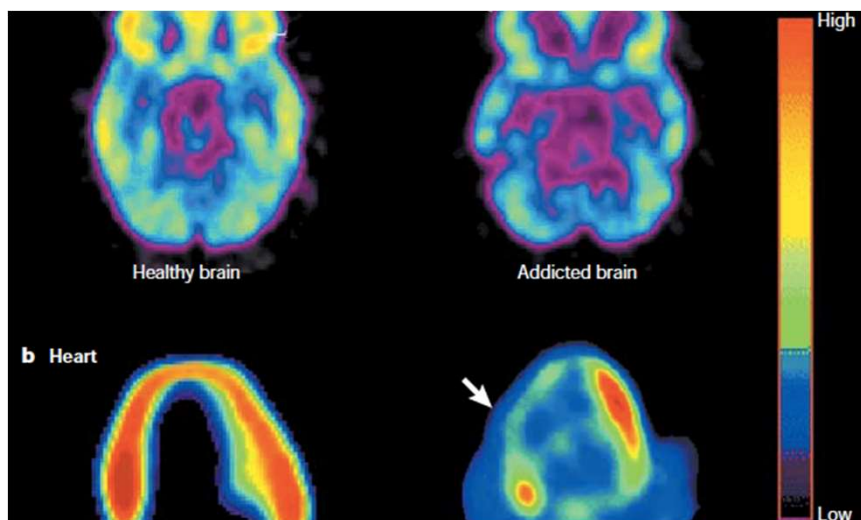


Alcohol and the workplace (WHO Studie 2012)

- Kurzzeitiges Fernbleiben 4 bis 8x häufiger
- Präsentismus (=Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit mit verminderter Produktivität) 2.6 bis 8.6 mal höher
- 15 – 25 % der Arbeitsunfälle sind Alkohol geschuldet
- Wahrscheinlichkeit, dass Alkoholranke einen Unfall machen ist 3 bis 4 mal höher
- Produktivitätsverlust 15%
- 3 – 5% der Berufstätigen sind alkoholabhängig
- Anteil alkoholabhängiger Personen am Arbeitsplatz in der CH ca 2%, = 70'000 Personen (BAG)

3. FORSCHUNGSERGEBNISSE

Neurobiologie



Reviews and Overviews

Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex

Rita Z. Goldstein, Ph.D.

Nora D. Volkow, M.D.

Objective: Studies of the neurobiological processes underlying drug addiction primarily have focused on limbic subcortical structures. Here the authors evaluated the role of frontal cortical structures in drug addiction.

bingeing, and they are deactivated during withdrawal. These regions are also involved in higher-order cognitive and motivational functions, such as the ability to track, update, and modulate the salience of a reinforcer as a function of context

Neurobiologische Mechanismen

- Hauptverantwortliche Substanz für Entstehung einer Abhängigkeit: Dopamin
- Dopamin ist „Belohnungs-, Antriebs-, Glücks-, Motivations-, substanz“
- Natürliche Reize können keine identisch hohen kurzfristigen Erhöhungen des Dopaminspiegels bewirken wie rauscherzeugende Substanzen aber auch z.B. Games
- Tatsächlich sind aber sowohl die Interaktionen verschiedener Neurotransmitter wie auch das Zusammenspielen von verschiedenen Hirnregionen (präfrontaler und frontaler Cortex, Nucleus accumbens, limbisches System) sehr komplex
- Ebenfalls komplex ist die Wirkung von anderen Faktoren (psychoziale Umgebung, Heredität und Verfügbarkeit sowie kulturelle Einflüsse)

Zwischen Medizin und Sozialpädagogik

DOSSIER: SPORT, SOZIALE ARBEIT, MOTIVATIONAL INTERVIEWING

Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem?

Die Suchthilfe ist ein interprofessionelles Geschäft. Der derzeit dominanten Strukturierung der Suchthilfe mittels einer hegemonialen medizinisch-(psycho-)therapeutischen Leitorientierung wird der Anspruch entgegen gesetzt, Sucht wieder verstärkt auch als soziales Problem zu verstehen und zu behandeln. Eine davon ausgehende Neuverhandlung der Kompetenzen unter dem Dach des bio-psycho-sozialen Modells der WHO könnte eine der psychosozialen Dynamik der Sucht angemessenere Grundlage schaffen, die Komplementarität der interprofessionellen Kooperation schärfen und ihre Potenziale dadurch besser erschliessen. Mit diesem Ansatz geht die Positionierung der Sozialen Arbeit als zuständig für die soziale Dimension einher.

Peter Sommerfeld

Prof. Dr., Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Von Roll-Strasse 30, CH-4600 Olten,

können, dass eine interprofessionelle Arbeitsteilung damit

Statistik

...MedOnline... SecureZps ZMB Apple iCloud Twitter Wikipedia Yahoo! News Beliebt Apple Disney Yahoo!

www.zora.uzh.ch/deprints/136373/6/ZORA136373.pdf

 **University of Zurich** UZH

Zurich Open Repository and Archive
University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2017

**Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2016
: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik**

Schaaaf, Susanne

Erwerbsstatus

B15 Erwerbsstatus letzte 6 Monate (vnec110)

	Männer		Frauen		GESAMT act-info-FOS	
	n	%	n	%	n	%
Vollzeitarbeit (ab 70%) (auch wenn kurzfristig krankgeschrieben)	48	13,2%	8	7,0%	56	11,7%
Teilzeitarbeit (auch wenn kurzfristig krankgeschrieben)	21	5,8%	8	7,0%	29	6,1%
Gelegenheitsjobs (ohne dauernde Anstellung)	26	7,2%	5	4,3%	31	6,5%
in Ausbildung (Schule, Studium, Lehre)	22	6,1%	5	4,3%	27	5,6%
arbeitslos, aktive Stellensuche	38	10,5%	18	15,7%	56	11,7%
arbeitslos, keine aktive Stellensuche, da keine Aussicht auf Arbeit	113	31,1%	33	28,7%	146	30,5%
Rentner/in (Pension, AHV, Rücklagen)	4	1,1%	2	1,7%	6	1,3%
Arbeitsunfähigkeit (IV/Taggeld)	47	12,9%	17	14,8%	64	13,4%
Hausfrau/-mann	0	0,0%	7	6,1%	7	1,5%
anderes: Beschäftigungsprogramm, geschützter Arbeitsplatz, Praktikum	8	2,2%	2	1,7%	10	2,1%
anderes: U-Haft, Gefängnis	20	5,5%	3	2,6%	23	4,8%
anderes: Institution	3	0,8%	0	0,0%	3	0,6%
anderes: Sozialhilfe	0	0,0%	1	0,9%	1	0,2%
anderes: Diverses	13	3,6%	6	5,2%	19	4,0%
Total	363	100,0%	115	100,0%	478	100,0%
Missing	11		5		16	

Therapiemotivation

		Geschlecht		GESAMT act-info-FOS
		Männer	Frauen	
Abstinenz (allgemein oder substanzspezifisch); suchtfreies Leben	Antworten	159	43	202
	Personen %	39,2%	10,6%	49,8%
geregelt, normales, besseres Leben; Tagesstruktur; Stabilität	Antworten	46	19	65
	Personen %	11,3%	4,7%	16,0%
berufliche Integration, Ausbildung, Lehre	Antworten	55	12	67
	Personen %	13,5%	3,0%	16,5%
Gesundheit (physisch, psychisch), gesundheitliche Probleme	Antworten	35	16	51
	Personen %	8,6%	3,9%	12,6%
Selbständigkeit, Unabhängigkeit im Leben	Antworten	32	16	48
	Personen %	7,9%	3,9%	11,8%
Selbsterkenntnis, an sich arbeiten	Antworten	21	9	30
	Personen %	5,2%	2,2%	7,4%
Neustart, neues Leben, Leben ändern	Antworten	39	10	49
	Personen %	9,6%	2,5%	12,1%
Lebenssinn finden; Freue am Leben; zufrieden und glücklich sein	Antworten	7	6	13
	Personen %	1,7%	1,5%	3,2%
Massnahme	Antworten	11	3	14
	Personen %	2,7%	0,7%	3,4%
das eigene Kind/ eigene Kinder; gute Mutter/ guter Vater sein; Familie nicht verlieren	Antworten	21	20	41
	Personen %	5,2%	4,9%	10,1%
Beziehung zur Familie und/oder zu Bedarftin	Antworten	24	4	28
	Personen %	6,6%	1,1%	7,7%

Ausbildung

		Männer	Frauen	FOS
keine oder teilobligatorische Ausbildung	Antworten	31	8	39
	Personen %	6,6%	1,7%	8,2%
obligatorische Schule	Antworten	272	87	359
	Personen %	57,5%	18,4%	75,9%
Übergangsausbildung	Antworten	28	17	45
	Personen %	5,9%	3,6%	9,5%
Allgemeinbildung ohne Maturität	Antworten	18	9	27
	Personen %	3,8%	1,9%	5,7%
Berufliche Grundausbildung oder Berufslehre	Antworten	172	46	218
	Personen %	36,4%	9,7%	46,1%
Maturitätsschule oder Lehrkräfte-Seminar	Antworten	14	8	22
	Personen %	3,0%	1,7%	4,7%
Höhere Berufsbildung	Antworten	11	3	14
	Personen %	2,3%	0,6%	3,0%
Fachhochschule oder Universität	Antworten	10	2	12
	Personen %	2,1%	0,4%	2,5%
Doktorat oder Habilitation	Antworten	0	0	0
	Personen %	0,0%	0,0%	0,0%
Antworten		556	180	736

Lebensunterhalt

< 30 Tage vor Eintritt

B12 Hauptquelle Lebensunterhalt, letzte 30 Tage (vnec080)

	Männer		Frauen		GESAMT act-info-FOS	
	n	%	n	%	n	%
Erwerbseinkommen	28	7,8%	8	6,9%	36	7,5%
Ersparnisse	6	1,7%	2	1,7%	8	1,7%
Rente (AHV, IV und andere)	49	13,6%	15	12,9%	64	13,4%
Sozialhilfe/ Fürsorge	183	50,7%	70	60,3%	253	53,0%
Arbeitslosenversicherung	6	1,7%	1	0,9%	7	1,5%
durch Partner/in	0	0,0%	3	2,6%	3	0,6%
durch Eltern/ Familie/ Freunde	31	8,6%	7	6,0%	38	8,0%
dealen/ Kleinhandel mit Drogen	12	3,3%	0	0,0%	12	2,5%
andere illegale Einkünfte	1	0,3%	0	0,0%	1	0,2%
anschaffen gehen/ Prostitution	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Taggeldversicherung	11	3,0%	3	2,6%	14	2,9%
anderes: U-Haft, Gefängnis	28	7,8%	5	4,3%	33	6,9%
anderes: Justiz	3	0,8%	0	0,0%	3	0,6%
anderes: Diverses	3	0,8%	2	1,7%	5	1,0%
Total	361	100,0%	116	100,0%	477	100,0%
Missing	13		4		17	

Lebensunterhalt

< 6 Monate vor Eintritt

B13 Hauptquelle Lebensunterhalt, letzte 6 Monate (vnec090)

	Männer		Frauen		GESAMT act-info-FOS	
	n	%	n	%	n	%
Erwerbseinkommen	58	16,1%	14	12,1%	72	15,1%
Ersparnisse	3	0,8%	3	2,6%	6	1,3%
Rente (AHV, IV und andere)	49	13,6%	15	12,9%	64	13,4%
Sozialhilfe/ Fürsorge	164	45,6%	56	48,3%	220	46,2%
Arbeitslosenversicherung	6	1,7%	3	2,6%	9	1,9%
durch Partner/in	3	0,8%	5	4,3%	8	1,7%
durch Eltern/ Familie/ Freunde	27	7,5%	8	6,9%	35	7,4%
dealen/ Kleinhandel mit Drogen	12	3,3%	2	1,7%	14	2,9%
andere illegale Einkünfte	0	0,0%	1	0,9%	1	0,2%
anschaffen gehen/ Prostitution	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Taggeldversicherung	9	2,5%	2	1,7%	11	2,3%
anderes: U-Haft, Gefängnis	22	6,1%	5	4,3%	27	5,7%
anderes: Justiz	2	0,6%	0	0,0%	2	0,4%
anderes: Diverses	5	1,4%	2	1,7%	7	1,5%
Total	360	100,0%	116	100,0%	476	100,0%
Missing	14		4		18	

Fazit

- Die Arbeitsfähigkeit steht – zumindest statistisch - in keiner Weise im Fokus von Suchttherapien
- Es gibt kaum Forschung darüber, wie die Arbeitsfähigkeit bei Abhängigen gefördert werden könnte.
- Durch die Stigmatisierung der Suchtkrankheiten bestehen massive Vorurteile bezüglich der Auswirkungen eines Suchtleidens auf die Arbeitsfähigkeit

4. SUBSTANZART, KONSUMMUSTER UND ARBEITSFÄHIGKEIT

Forschung Zusammenhang Substanzkonsum - Arbeitsunfähigkeit

- Inexistent
- Alle meine Behauptungen gründen auf meiner persönlichen Erfahrung
- Die im Vortrag erwähnte Reihenfolge der Substanzen entspricht meiner subjektiven Einschätzung der Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit

Alkohol

- Häufigstes Problem
- Sehr lange Latenzzeit zwischen erstem problematischem Konsum und Aufsuchen von Hilfe (ca. 20 Jahre)
- Unterschied ob nur ausserhalb der Arbeitszeit oder während der Arbeit getrunken wird
- Kurzfristig: Beeinträchtigungen im intoxikierten Zustand und „am Morgen danach“
- Längerfristig: nachhaltige neurokognitive und affektive Beeinträchtigung, die sich auf die **Arbeitseffizienz**, die **Arbeitsqualität** und das **Sozialverhalten am Arbeitsplatz (inkl. Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit)** auswirken

Benzodiazepine

- Sehr häufiges, völlig unterschätztes Problem
- Eingenommene Menge wird meist unterschätzt und nicht korrekt angegeben
- Verschreibung ist ubiquitär, meist ohne wirkliche Kontrolle über die Menge
- Kurzfristige Folgen ähnlich wie bei Alkohol
- Längerfristige Folgen: Auswirkungen auf Kognition (Lernfähigkeit, Gedächtnis, Auffassung) sind weit grösser als angenommen

Opiate/Opioide

- Die Auswirkungen von verschiedenen Opiaten/Opioiden auf die Arbeitsfähigkeit sind stark abhängig von Art der Substanz (Agonist, Antagonist, Mischung, intrinsische Wirkung an den verschiedenen Rezeptoren)
- Bisher sind mindestens 5 verschiedene Opiatrezeptoren bekannt, es werden laufend neue entdeckt
- Für die Abhängigkeit entscheidend, weil Euphorie und Analgesie bewirkend, sind die μ -Rezeptoren, insbesondere μ_1
- Erstaunlicherweise sind die Ursachen der Sedation bei Opioiden noch nicht bekannt

Cannabis

- Bedeutung für die Arbeitsunfähigkeit unklar
- Bei Vulnerabilität Psychose auslösend
- Amotivationales Syndrom
- Wirkungen sehr individuell, nur zum Teil dosis- oder spiegelabhängig
- Anteil CBD, THC unterschiedlich
- Sehr lange Halbwertszeit auch nach Konsumstopp
- Nur bei chronischem und quantitativ intensivem Konsum und/oder Vulnerabilität wird AUF generell beeinträchtigt: Konzentration, Antrieb, depressive Stimmung

Kokain und Partydrogen (Stimulantien)

- Kokain: bei Abhängigkeit AUF wegen Abhängigkeit i.e.S.
- Realitätsverlust (Selbstüberschätzung)
- Bei gelegentlichem Konsum (Parties): keine Auswirkungen auf die AUF, Halbwertszeit bei sporadischem Konsum relativ kurz (Stunden)
- Nachweisbarkeit im Urin bei sporadischem Konsum ca 3 Tage, bei regelmässigem Konsum 7 Tage

Halluzinogene

- Nur im akuten Intoxikationsstadium Auswirkungen auf die AUF
- Bei vulnerablen Personen Psychose auslösend, diese kann sich auch längere Zeit hinziehen

5. DIAGNOSTIK UND BEDEUTUNG VON PSYCHIATRISCHEN KOMORBIDITÄTEN

1. Definitionen

Komorbidität:

Gleichzeitiges Vorhandensein einer psychischen Störung durch (Substanz)konsum (ICD 10: F 1x.x) und einer anderen, nicht substanzgebundenen psychischen Störung (ICD 10: F0 bis F6, ausser F1)

Psychische Störung:

F0: organisch bedingte psychische Störung (z.B. Demenz)

F2: Psychosen (z.B. Schizophrenie)

F3: Affektive Störungen (z.B. Depressive Störung)

F4: Reaktive Störungen (z.B. Angststörung)

F5:

F6: Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotional instabile PS)

Bedeutung von komorbiden Störungen

ALKOHOLMISSBRAUCH



Persönlichkeitsstörung

Schizophrenie



Alkoholabhängigkeit

Klinische Auffälligkeiten der komorbiden Patienten

- Gruppe fiel in den 80er/90er Jahren durch die Maschen des ansonsten differenzierten und gut ausgebauten Versorgungsnetzes, da eine strikte Trennung zwischen Behandlung von psychischen Störungen und Behandlung von substanzinduzierten Störungen bestand
- In der Forschung meist aus Studien ausgeschlossen
- Gruppe gehört zu den häufigsten Nutzern des medizinischen Versorgungssystems
- Gruppe hat deutlich schlechteres „Therapieoutcome“ als Pat. ohne Komorbidität (bzgl. Sucht wie auch bzgl. psychischer Erkrankung)

3. Epidemiologie

- Rund 50% der Personen mit einer PS (Psychischen Störung) entwickeln in ihrem Leben eine SMA (Substanzmittelabhängigkeit)
- 15% mit einer PS weisen innerhalb eines Jahres auch eine SMA auf
- Dabei handelt es sich um **echte Zusammenhänge** zwischen zwei Störungen, nicht um zufällige Koinzidenzen oder Artefakte („odds ratio“)

Relatives Risiko für Entwicklung eines SMA (= Risiko im Vergleich zu gesunden Personen)

- Antisoziale Persönlichkeitsstörung: **30 x**
84% der asP weisen einen SMA auf
- Angststörung: **1,7 x**
24% der AS weisen SMA auf



verschiedene Aetiologiemodelle

4. Aetiologiemodelle

- SMA + Antisoziale Persönlichkeitsstörung
= eine Diagnose
(zur Diagnose der asP gehört die SMA)
- SMA + Angststörung
= Interaktion mit feed-forward Reaktion von zwei Störungen
➡ Verwendung des Begriffs Komorbidität problematisch, wo eine einzige Störung vorliegt

Möglichkeiten

- SMA + PS mit oder ohne gemeinsame Symptome oder mit einzelnen verschiedenen Symptomen
 - PS substanzinduziert (Intoxikation / Entzug)
 - PS substanzunabhängig
Nur substanzunabhängige PS= echte Komorbidität
➡ Interaktionen der beiden Störungen
- Für Beurteilung im gutachterlichen Kontext relevant!

5. Depression und SMA

- Verschiedene Aetiologiemodelle:
 1. Selbstmedikation, bzw. primäre Depression, sek. SMA
 2. SMA verursacht Depression, substanzinduzierte sek. Depression
 3. Depression und SMA bedingen sich gegenseitig, bidirektionales Modell
 4. Dritter Faktor bewirkt beide Störungen, gemeinsame Faktoren-Hypothese

Klinische Studien

- (Brown et al. 1995): Verlauf bei vier Gruppen von hospitalisierten Männern ohne Medikation:
 1. - reine Alkoholabhängigkeit (AA)
 2. - primäre AA, zeitlich sek. Depression
 3. - primäre Depression, zeitl. Sek. AA
 4. - reine DepressionNach 4-W Abstinenz verbesserten sich die depressiven Sy nur bei Pat. mit reiner oder primärer AA, bei prim. Depression oder reiner Depression nicht

Weitere Studien

- (Verheul et al. 2000): Alkohol führt, wie andere Sedativa, bei Intoxikation direkt zu vorübergehenden substanzinduzierten depressiven Zustandsbildern
- Alkoholabhängigkeit kann den Verlauf einer Depression negativ beeinflussen (Mueller et al. 1994)
- Depression beeinflusst den Verlauf der AA nicht oder gar **positiv** (Chamey et al. 1998, Kranzler et al. 1994)

Familienstudien

- (Swendsen&Merikagangas): nur schwache Hinweise auf gemeinsame Aetiologie z.B. Kreuzvererbung,
- Relatives Risiko bei Familienmitgliedern 3,2 x höher aber ohne eindeutiges zeitliches Muster

6.KONZEPT DER SCHADENMINDERUNG

Mitwirkungspflicht und Schadenminderung

- **Die versicherte Person ist zur Auskunftserteilung und Mitwirkung verpflichtet. Sie hat sich allen angeordneten zumutbaren Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen zu unterziehen und aktiv zum Erfolg der Eingliederung beizutragen.**
- **Die versicherte Person unterliegt zudem der Schadenminderungspflicht (Selbsteingliederungspflicht). Sie hat aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Ausübung der Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich vorzukehren.**
- Sie muss insbesondere:
 - jede Möglichkeit wahrnehmen, um eine ihrer Invalidität angepasste zumutbare Erwerbstätigkeit zu finden, anzunehmen oder behalten zu können;
 - in ihrer Erwerbstätigkeit oder in ihrem Aufgabenbereich mögliche und zumutbare Umstellungen vornehmen, damit die verbliebene Arbeitsfähigkeit bestmöglich ausgenützt wird;
 - sich einer **zumutbaren medizinischen Heilbehandlung** unterziehen, sofern diese geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern.
- Kommt die versicherte Person diesen Verpflichtungen nicht nach, wird ihr eine angemessene Bedenkfrist gesetzt. Befolgt sie die Aufforderung nicht fristgemäss, kann die IV-Stelle je nach Situation aufgrund der Akten entscheiden, oder sogar Leistungen verweigern oder einstellen.

Schadenminderung bei Substanzstörungen: Probleme

- Häufige Auflage: Abstinenz
- Viele Komorbiditäten können erst wirklich beurteilt werden nach längerer Abstinenz
- Bei gewissen Substanzen bringt Abstinenz keine Verbesserung des Gesundheitszustandes, sondern neue Risiken (Opiate)

7.THERAPIE UND AUSWIRKUNGEN DER THERAPIE AUF DIE ARBEITSFÄHIGKEIT

Alkohol

- Je nach Ausmass des Konsums stationärer oder ambulanter Entzug
- Kontrollierte Abstinenz bei Abhängigkeit
- Kontrolliertes Trinken bei Missbrauch oder risikoarmem Gebrauch(CDT!)
- Opiatantagonisten als Anti Craving Substanzen
- Aversionsmittel (Disulfiram)
- Psychotherapie

Benzodiazepine

- Kontrollierter Entzug, Entwöhnung
- Cave: Substanzen mit kurzer Halbwertszeit: Abhängigkeitspotential am grössten
- Bei Unfähigkeit zur Abstinenz: Ersatz durch Substanz mit längerer Halbwertszeit

Opiate

- Entzug und Abstinenz nur in besonderen Fällen (Schwangerschaft; expliziter Wunsch des Pat.; kurze Abhängigkeit, kein i.v. Konsum, kein Mischkonsum)
- Evidenzbasiert: medikamentöse Therapie durch Opiode
- In der Schweiz sind mittlerweile verschiedene Substanzen zur Behandlung zugelassen
- Betreuung in spezialisierter Einrichtung oder durch einen erfahrenen Hausarzt

Cannabis

- Genau abklären, wie sich der Konsum gestaltet
- Quantitative Bestimmung teuer und aufwändig ohne viel Mehrwert
- Dauer eines Entzuges kann nicht vorausgesagt werden
- Bisher keine Evidenz wie Konsum und Arbeitsfähigkeit zusammenhängen

Kokain/Stimulantien/Partydrogen

- Oft nicht Ursache einer Arbeitsunfähigkeit
- Wenn doch: Abstinenz einfordern und überprüfen

8. SCHLUSSFOLGERUNGEN: KONSEQUENZEN FÜR DIE BEGUTACHTUNG

Aktuelle Voraussetzungen

- Substanzabhängigkeit wird von der Invalidenversicherung nur anerkannt wenn:
 - Die Abhängigkeit **Folge** einer Erkrankung ist (z.B. Depression, bipolare Störung, Schizophrenie)
 - Die Abhängigkeit **irreversible invalidisierende gesundheitliche** Schäden ausgelöst hat (z.B. dekompensierte Leberzirrhose, Korsakow Demenz)

Beziehung zwischen Abhängigkeit und „Krankheit“ : Annahmen des Gesetzanwenders

- Substanzabhängigkeit ist keine Krankheit
- Substanzabhängigkeit ist medizinisch (positiv) beeinflussbar
- (illegaler) Substanzkonsum wirkt sich immer verschlechternd auf die gesundheitliche Situation aus

Spannungsfeld zwischen Rechtssprechung und medizinischem Kenntnisstand

Annahme Rechtssprechung:

- A) Ein Entzug ist in der Regel zumutbar
- B) Ein Entzug führt zu einer Rückbildung der die Funktion beeinträchtigenden Beschwerden
- C) Ein Entzug führt zu einer Verbesserung allfälliger komorbid auftretender psychischer und somatischer Beschwerden

Realität:

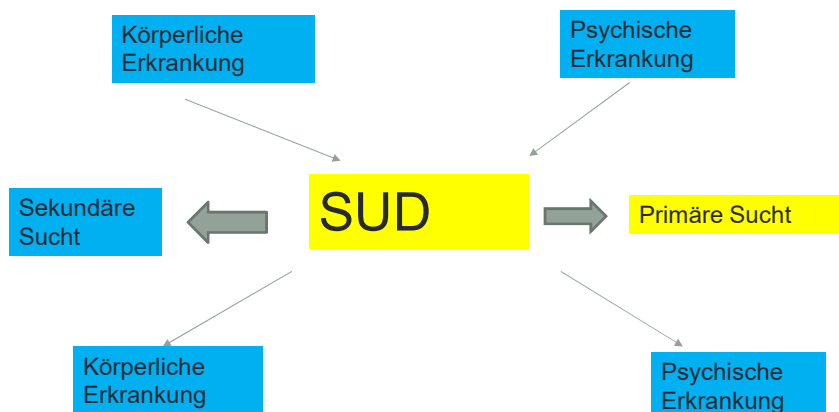
Ob ein Substanzenzug einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat und **welchen** Einfluss er hat, bleibt bis nach dessen Durchführung und auch für eine längere Zeit danach unsicher.

Dogma der Abstinenz: Evidenz der Behandlungen

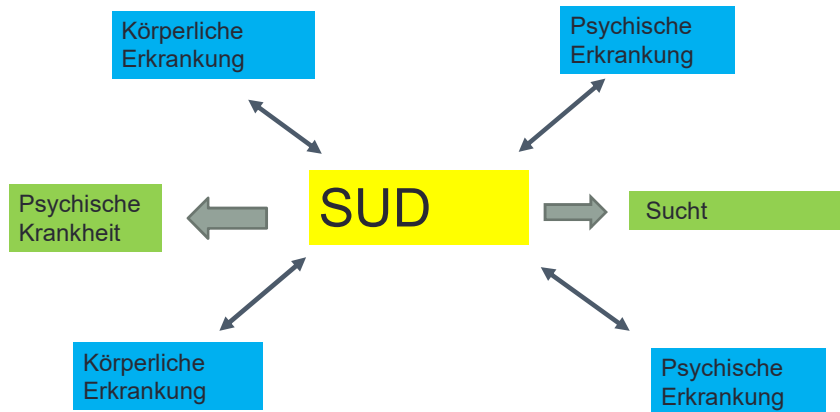
- Die abstinenzorientierte Behandlung galt bisher als „Königsweg“
- Um zu einer Abstinenz zu gelangen, wurde meist eine langdauernde (Monate bis Jahre) dauernde stationäre Therapie in einer spezialisierten Einrichtung empfohlen oder von den Sozialversicherungen verlangt.
- In der Literatur finden sich keine Evidenzen, dass eine stationäre Therapie einer ambulanten Therapie überlegen ist

- Differenzierte Beurteilung des Einzelfalles notwendig und bei Substanzkonsumstörung sehr komplex!
- Eigentlich sollte diese nur durch in Suchtbehandlung erfahrene Gutachter erfolgen

Einfaches Schema: Blick der Juristen



Komplexes Schema: Blick der Psychiater



Nützliche Fragen

- Gibt es neben der Substanzkonsumstörung eine weitere psychische oder körperliche Erkrankung (die zu einer Invalidität oder einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führt)?
- Wie beeinflussen sich diese Erkrankungen gegenseitig?
- Welchen (quantitativen und/oder qualitativen) Anteil hat die SUD an der Arbeitsunfähigkeit?
- Wenn die weitere Erkrankung nicht existieren würde, wie würde sich die SUD verhalten? Wäre sie beeinflussbar? Wie?

9. FALLBEISPIELE AUS DER PRAXIS

Fallbeispiele aus der Praxis

1. Bipolare Störung, Kokain, Alkohol
2. Schizophrenie, THC, Alkohol
3. Depression, Partydrogen, Persönlichkeitsstörung
4. Opiate, Benzodiazepine, somatische Diagnosen, bipolare Störung Typ II

Danke für die Aufmerksamkeit

