

Sucht und Invalidität

Synthesebericht zum ExpertInnenhearing

Hearing durchgeführt in zwei Teilen am 5.12.97 und 19.1.98 in Bern
Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG

KOSTE, Bern, 30.6.1998

Inhaltsübersicht

| | |
|---|-----------|
| 1 KONZEPT HEARING BAG UND BSV: SUCHT UND INVALIDITÄT | 5 |
| 1.1 Ausgangslage | 5 |
| 1.2 Auftrag | 5 |
| 1.3 Methode | 5 |
| 1.4 Zusammensetzung der ExpertInnengruppe | 5 |
| 1.4.1 FachexpertInnen | 5 |
| 1.4.2 Fachverbände, -kommissionen | 6 |
| 1.5 Fragenkatalog | 6 |
| 1.6 Durchführung und Terminplanung | 7 |
| 2 VORBEMERKUNG | 8 |
| 2.1 Einbettung des Berichts | 8 |
| 2.2 Aufbau des Berichts | 8 |
| 3 RESUMÉ DER EXPERTISEN | 10 |
| 3.1 Expertise Dr. R. Müller, SFA-ISPA, Lausanne: „Alkoholismus und Erwerbsfähigkeit.“ | 10 |
| 3.2 Expertise Prof. Dr. A. Uchtenhagen, ISF, Zürich: „Sucht und Invalidität. Empirische Befunde zur Erwerbstätigkeit und Invalidisierung Drogenabhängiger.“ | 11 |
| 3.2.1 Krankheitswert von Abhängigkeit | 11 |
| 3.2.2 Krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit | 12 |
| 3.2.3 Arbeitsfähigkeit und Phasen der Abhängigkeitsentwicklung | 12 |
| 3.2.4 Komponenten der Abhängigkeit und deren Stellenwert | 12 |
| 4 SUCHT UND KRANKHEITSWERT | 14 |
| 4.1 Fragestellungen | 14 |
| 4.2 These: Idealtypisches Modell der Krankheitsphasen | 14 |
| 4.3 Diagnostik von Sucht | 15 |
| 4.4 Resumé des Inputreferats (A): Dr. med. F. Vollenweider | 17 |
| 4.5 Diskussion | 17 |
| 4.5.1 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht | 17 |
| 4.5.2 Juristische Sicht | 18 |
| 4.5.3 Konsens | 18 |
| 4.6 Fazit | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 5 ANDERE GESUNDHEITSSCHÄDEN | 19 |
| 5.1 Fragestellung | 19 |
| 5.2 Thesen | 19 |
| 5.3 Resumé des Inputreferats (B): Dr. med. D. Kissling | 19 |
| 5.4 Resumé des Inputreferats (C): Dr. med. T. Berthel | 20 |
| 5.5 Diskussion | 21 |
| 5.5.1 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht | 21 |
| 5.5.2 Juristische Sicht | 21 |
| 5.6 Fazit | 21 |
| 6 ERWERBSUNFÄHIGKEIT | 22 |
| 6.1 Fragestellungen | 22 |
| 6.2 Thesen | 22 |
| 6.3 Resumé des Inputreferats (D): Dr. med. J. Besson | 23 |
| 6.4 Resumé des Inputreferats (E): Prof. Uchtenhagen | 23 |
| 6.5 Diskussion | 24 |
| 6.5.1 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht | 24 |
| 6.5.2 Prävention - Drohende Invalidität | 25 |
| 6.5.3 Juristische Sicht | 26 |
| 6.5.4 Zumutbarkeit & Ausbildungsdefizit | 26 |
| 6.6 Fazit | 26 |
| 7 WIEDEREINGLIEDERUNG - AUSGRENZUNGSPROBLEME | 27 |
| 7.1 Fragestellungen | 27 |
| 7.2 Thesen | 27 |
| 7.3 Resumé des Inputreferats (F): Hr. Thommen | 27 |
| 7.4 Resumé des Inputreferats (G): Hr. B. Nussbaumer | 27 |
| 7.5 Diskussion | 28 |
| 7.5.1 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht | 28 |
| 7.5.2 Juristische Sicht | 28 |
| 7.6 Fazit | 29 |
| 7.6.1 Dissens zwischen gängiger IV-Praxis und ExpertInnen-Meinung | 29 |
| 7.6.2 Konsens | 29 |
| 8 SELBSTVERSCHULDEN | 30 |

| | |
|---|------------------|
| 8.1 Fragestellungen | 30 |
| 8.2 Thesen | 30 |
| 8.3 Resumé des Inputreferats (H): Fr. Dr. med. Steiner-König | 30 |
| 8.4 Diskussion | 30 |
| 8.4.1 Vorbemerkung | 30 |
| 8.4.2 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht | 31 |
| 8.4.3 Juristische Sicht | 31 |
| 8.4.4 Dissens | 31 |
| 8.5 Fazit | 32 |
| <u>9 RECHTSGLEICHE BEHANDLUNG</u> | <u>33</u> |
| 9.1 Grundsätzliche Überlegungen | 33 |
| 9.2 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht | 33 |
| <u>10 ANHANG</u> | <u>34</u> |
| 10.1 Glossar / glossaire | 35 |
| 10.2 Liste der ExpertInnen | 43 |

Präambel

Im vorliegenden Text wird häufig der in der Umgangssprache etablierte Begriff *Sucht* verwendet, obschon der Begriff mit einer negativen Konnotation behaftet ist.

Der korrekte Fachbegriff ist *Abhängigkeit* (von psychotropen Substanzen).

1 Konzept Hearing BAG und BSV: Sucht und Invalidität

Der Auftrag des BAG an die KOSTE zur Organisation, Durchführung und Protokollierung des Hearings basiert auf dem nachfolgend zitierten Konzeptpapier vom 16. Juli 1997; siehe Pt. 1.6 (f).

1.1 Ausgangslage

Seit über 15 Jahren leistet die Invalidenversicherung (IV) kollektive Leistungen an Institutionen im Suchtbereich. Dies betrifft vor allem stationäre Angebote der Rehabilitation. Die Beitragspraxis der IV muss sich im Rahmen der Gesetzgebung (IVG) und der Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichtes (EVG) bewegen.

Das EVG hält seit den sechziger Jahren fest, dass (Drogen-)Sucht nicht für sich allein, sondern nur in Verbindung mit einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden geistigen oder körperlichen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der zur Sucht geführt hat oder als deren Folge aufgetreten ist, eine Invalidität gemäss Art. 4 IVG begründen kann.

Gemäss IVG gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. Gemäss WHO und auch gemäss EVG hat Sucht Krankheitswert. Die geltende Rechtsprechung des EVG schliesst jedoch grundsätzlich aus, dass Sucht per se eine Invalidität begründen kann.

Es geht nicht darum, jede drogenkonsumierende Person zu invalidisieren. Es gilt jedoch zu prüfen, ob nicht Menschen, die wegen ihrer Suchtmittelabhängigkeit eine längerdauernde Erwerbseinschränkung aufweisen, aufgrund theoretischer Überlegungen zu Unrecht von Leistungen der Invalidenversicherung ausgeschlossen werden. Dieser Ausschluss wiederum wirkt sich auf ganze Institutionen im Suchthilfebereich aus, da diese nur dann kollektive Leistungen von der IV erhalten, wenn mindestens 50% ihrer Bewohner und Bewohnerinnen die Kriterien des Art. 4 IVG erfüllen.

Unser Ziel ist es, dass der Zusammenhang von Invalidität und Sucht von Fachexperten und Fachexpertinnen gemäss heutigem Stand der Wissenschaften aufgearbeitet wird.

1.2 Auftrag

Gemäss Amstsitzung vom 17. Januar 1997 erteilt das Eidg. Departement des Innern (EDI) dem BAG in Zusammenarbeit mit dem BSV den Auftrag, mit Unterstützung von externen Experten und Expertinnen das Thema Sucht und Invalidität vertieft aufzuarbeiten.

1.3 Methode

- Aufarbeitung, Synthese des sozialpsychiatrischen Forschungsstandes zum Bereich Krankheitsverlauf und Rehabilitationsprozess bei Abhängigkeitsproblemen (v.a. am Beispiel Alkohol und illegale Drogen)
- Expertenhearing zur Vertiefung offener Fragen
- Abklärung, für welche Massnahmen allenfalls neue Entscheidungsgrundlagen auch rechtlich genutzt werden können

1.4 Zusammensetzung der ExpertInnengruppe

Bei der Zusammensetzung der Gruppe sollen folgende Fachbereiche respektive Fachverbände und -kommissionen berücksichtigt werden:

1.4.1 FachexpertInnen

Aus den Fachbereichen:

- Sozialpsychiatrie
- Sozial- und Präventivmedizin

- Forschung
- LeiterInnen von Institutionen
- Sozialversicherungsrecht

Ferner ist die Teilnahme von Vertretungen aus den Bereichen:

- Arbeitsmedizin
- Arbeitspsychologie
- Neuropsychische Rehabilitation
- Klinische Pharmakologie

vorzusehen.

1.4.2 Fachverbände, -kommissionen

Eidg. Alkoholkommission

Eidg. Kommission für Drogenfragen

Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP)

FMH

VKS

KKBS

Drogen- und Alkoholfachverbände: A+S, SGA, VSD, GREAT, ASID, VCRD

1.5 Fragenkatalog

Es soll jeweils spezifisch auf den Bereich Alkohol und den Bereich illegale Drogen eingegangen werden, damit allfällige Unterschiede erfasst werden können.

Fragen an Suchtexperten und -expertinnen

1.5.1

Sucht kann gemäss WHO und EVG Krankheitswert haben. Kann bei suchtkranken Menschen unter Berücksichtigung verschiedener Phasen der Sucht die Erwerbsfähigkeit durch die Krankheit Sucht dauernd oder für längere Zeit eingeschränkt sein? Können Sie genauer beschreiben, worauf eine allfällige Erwerbsunfähigkeit zurückzuführen ist?

Stichworte zur Erörterung der Gründe für die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit:

Krankheit Sucht? (durch welche Komponenten des Krankheitsbildes?)

Suchtmittel? (pharmakologische Wirkung? Illegaler Status der Substanz?)

andere psychische oder körperlichen Gesundheitsschäden (primär oder sekundär)?

soziale Ausgrenzung (z.B. infolge der Illegalität von Drogen)?

wirtschaftliche Ausgrenzung, Arbeitsmarktsituation?

schlechter Wille?

Selbstverschulden?

Zusammenhang der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit mit der Suchtdauer?

Bleibt die Erwerbsfähigkeit auch in einem Substitutionsprogramm eingeschränkt?

1.5.2

Gemäss IV ist ein stabilisierter Zustand der Krankheit Voraussetzung für Eingliederungsmassnahmen. Wann ist innerhalb eines Suchtverlaufes ein stabilisierter Zustand, der Eingliederungsmassnahmen in beruflicher Hinsicht erlaubt, vorhanden? Ist Abstinenz zwingende Voraussetzung für Eingliederungsmassnahmen? Sind Eingliederungsmassnahmen während einer Substitutionsbehandlung möglich und sinnvoll?

1.5.3

Sind zur Erhaltung oder zur Förderung der Arbeitsfähigkeit bei suchtkranken Menschen Rehabilitationsmassnahmen notwendig? Welche Massnahmen erweisen sich als geeignet?

Wie gross ist die Wahrscheinlichkeit, dass suchtmittelabhängige Menschen wieder ins Arbeitsleben integriert werden können?

1.5.4

Welche negativen Effekte könnten sich für suchtmittelabhängige Menschen ergeben, falls bejaht würde, dass Sucht eine Invalidität begünden kann? (Stichworte zur Erörterung: Stigmatisierung? Chronifizierung? Versicherungsrecht? etc.)

Fragen an Experten und Expertinnen des Sozialversicherungsrechts

1.5.5

Sucht gilt nach ständiger Gerichtspraxis als Krankheit (vgl. RKUV 1991 S. 191, BGE 118 V S. 109 ; BGE 101 V 79). Ist es juristisch gerechtfertigt, Suchtkrankheiten per se als Grund für eine Invalidität auszuschliessen?

1.6 Durchführung und Terminplanung

- a) Die Fragen werden in Etappen an verschiedenen Nachmittagen ab Dezember 1997 erörtert.
- b) Das BAG hat die Federführung für das gesamte Hearing. Kontaktperson BAG: Ph. Lehmann, Sektionschef Drogeninterventionen.
- c) Das BAG arbeitet eng mit dem BSV zusammen und bespricht alle Vorgehens- und inhaltlichen Schritte mit dem BSV. Kontaktperson BSV: L. Bohny, Sektionschef Medizinische Massnahmen.
- d) Das BAG stellt für die ExpertInnenarbeiten einen Kredit zur Verfügung.
- e) Das BAG fragt die ExpertInnen schriftlich an, ob Sie Interesse und zeitliche Kapazitäten für die Mitarbeit im ExpertInnengremium haben und unterbreitet spezielle Fragestellungen.
- f) Das BAG beauftragt die Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich (KOSTE) mit der Organisation, Durchführung und Protokollierung des Hearings.
- g) BAG und BSV ziehen aus den fachlichen Resultaten des ExpertInnengremiums Schlüsse und geben falls notwendig weitere Arbeiten in Auftrag. Sie organisieren notwendige Publikationen für weiterführende Entscheidungsgrundlagen und schlagen dem Departement mögliche Massnahmen vor.

2 Vorbemerkung

2.1 Einbettung des Berichts

Im Rahmen der gemeinsamen Arbeiten von BAG und BSV zum Thema Sucht und Invalidität hat das BAG die KOSTE im Spätsommer '97 beauftragt, ein Expertenhearing zu diesem Thema zu organisieren, durchzuführen und zu protokollieren (vgl. Pt. 2.6 (6)).

In den Konzeptarbeiten wurde eine Liste mit Fachpersonen zusammengestellt, die zum Hearing eingeladen wurden. Dieser Personenkreis wurde bis zum Hearing sukzessive erweitert. Die Liste der Eingeladenen bzw. der TeilnehmerInnen findet sich im Anhang 5.

Um genügend Zeit für die Diskussion der Fragen zu haben, wurde das Hearing auf zwei Nachmittage verteilt: den 5. Dezember 1997 sowie den 19. Januar 1998.

Die Herren Dr. R. Müller, Schweiz. Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme SFA- ISPA, Lausanne (Schwerpunkt Alkohol) sowie Prof. A. Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung ISF, Zürich (Schwerpunkt Illegale Drogen) wurden vom BAG beauftragt, einen Grundlagen-Bericht zu erstellen und gebeten, am Hearing vor dem Hintergrund dieser Arbeiten eingangs je ein Überblicksreferat zu halten.

Diese Referate sind in den Berichten

- Klingemann H., Müller R., Voll P.:
Synthesebericht „Alkoholismus und Erwerbsfähigkeit“. SFA-ISPA, Lausanne, 1998
(Anhang 1)

sowie

- Uchtenhagen A., Arnold J., Dobler-Mikola A. et al.:
Sucht und Invalidität. Empirische Befunde zur Erwerbstätigkeit und Invalidisierung
Drogenabhängiger. ISF, Zürich, 1998 (Anhang 2)

enthalten.

Beide Berichte liegen dem BAG und dem BSV vor und bilden somit inhaltlich einen integralen Bestandteil des Hearings.

Der Hearingbericht verzichtet auf Literaturangaben. Wo summarisch auf Studien oder Quellen verwiesen wird, beziehen sich diese auf die in den beiden Eintrittsreferaten bzw. den darauf aufbauenden Berichten zitierten Arbeiten.

Zur Einführung in die Schwerpunktthemen und zur Lancierung der Diskussion wurden verschiedene Fachpersonen gebeten, kurze Input-Referate zu den thematischen Schwerpunkten und den dazu formulierten Thesen zu halten. Die vollständigen Referatstexte finden sich in der Niederschrift des Hearings (Anhang 4).

Das Hearing konzentriert sich auftragsgemäss auf Fragen der Substanz-gebundenen Abhängigkeitserkrankungen, mit Focus auf die Substanzen Alkohol und illegale Suchtmittel.

Der Bericht legt das Hauptaugenmerk auf die Erfahrungen aus (sozial-)medizinischer, (sozial-)psychologischer und psycho- sowie sozialtherapeutischer Wissenschaft und Praxis und stellt diese den juristischen Belangen und Aussagen zur geltenden Rechtsprechung gegenüber.

2.2 Aufbau des Berichts

Der Text folgt den im Hearing zur Diskussion gestellten Schwerpunktthemen mit Thesen.

Thesen und Abbildungen gehen von idealtypischen Modellen aus und können nicht generell auf Einzelfälle übertragen werden.

Zu Beginn jedes Schwerpunktthemas werden die im Vorfeld des Hearings an die ExpertInnen gestellten Fragen und Thesen wiedergegeben, die nach den Inputreferaten vom Plenum kommentiert und beurteilt wurden.

Der Bericht gibt den Diskussionsverlauf in komprimierter Form wieder und fasst die zentralen Aussagen zusammen.

3 Resumé der Expertisen

Die vollständigen Texte der Expertisen liegen diesem Bericht bei. Zur schnellen Übersicht werden zusammenfassende Resumés an dieser Stelle wiedergegeben.

3.1 Expertise Dr. R. Müller, SFA-ISPA, Lausanne: „Alkoholismus und Erwerbsfähigkeit.“

Nach den heute international gebräuchlichsten Klassifikationsschemata (ICD 10 und DSM IV) ist Alkoholismus diagnostizierbar. Die Expertise liefert einen umfassenden Überblick, wie die wachsenden Erkenntnisse aus Forschung und Praxis betreffend Abhängigkeitserkrankungen in diese internationalen Klassifikationsschemata bis zu den heute geltenden Versionen Eingang gefunden haben.

Der Bericht zeigt anhand der Analyse verschiedener Studien auf, dass in Bezug auf die verschiedenen bekannten Konsumstadien im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung bei Alkoholkonsum allerdings rein quantitativ angelegte klinische Definitionen, nicht befriedigen. Vielmehr sind immer individuelle Faktoren (wie z.B. Geschlecht, Alter bei Konsumbeginn, familiärer Hintergrund etc.) in Betracht zu ziehen, die Verlauf, aber auch Konsequenzen der Alkoholabhängigkeit mitbeeinflussen.

Auch die zeitliche Abfolge verschiedener Konsumstadien zeigt eine grosse Heterogenität: so kann eine entwickelte Abhängigkeit bereits nach einigen Monaten, aber auch erst nach einigen Jahren eingetreten sein.

Vereinfachend kann gesagt werden: je intensiver und je länger Alkohol konsumiert wird, desto kleiner wird die Heilungswahrscheinlichkeit und desto grösser wird die Behandlungsbedürftigkeit.

Auswirkungen und Folgeschäden des Alkoholismus werden ausführlich anhand physischer und psychischer klinischer Symptome beschrieben sowie die Effekte chronischen Alkoholismus auf das Nervensystem erörtert.

Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit ist stark wirtschaftlich und sozial und nur zum Teil durch medizinische Kriterien definiert. Ungeachtet der empirisch schwer fassbaren Kausalzusammenhänge, besteht eine enge Beziehung zwischen sozio-psycho-somatischen Erkrankungsprozessen einerseits und Erwerbslosigkeit andererseits. Bei den Gesundheitsproblemen stehen klinisch relevante Anzeichen von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch klar im Vordergrund.

Die Betriebs- und Arbeitswelt ist ein Spiegel der Normen bezüglich des Suchtmittelkonsums der Gesamtgesellschaft. Alles deutet darauf hin, dass Stress und Betriebssubkulturen mit branchenspezifischen Schwerpunkten kompensatorisches und problematisches Trinkverhalten einerseits geradezu fördern, andererseits aber auch bei Suchtvorbelastung Arbeitslosigkeit und sozialen Rückzug provozieren können.

Aktuelle bzw. ehemalige Alkoholabhängige werden nach wie vor auf dem Arbeitsmarkt wegen ihrer Suchterfahrung diskriminiert. Dies kann zur Verfestigung der Alkoholkrankheit, wirtschaftlicher Ausgrenzung führen und damit einer Chronifizierung des Suchtverlaufs Vorschub leisten. In Zeiten ökonomischer Rezession ist, bei gleichbleibenden sozialen Sicherungsnetzen, von einer Verstärkung dieser Prozesse auszugehen, wobei aber auch in Zeiten mit geringer Gesamtarbeitslosenquote destabilisierende individuelle Schuldzuschreibungen bei Arbeitsplatzverlust zu erwarten sind. Werbung für Tabakwaren und alkoholische Getränke sind im gesamtgesellschaftlichen Kontext ebenso zu berücksichtigen.

Aus dieser Perspektive ist eine allfällige Anwendung des Schuldprinzips bei graduell einsetzender Erwerbsunfähigkeit grundsätzlich nicht akzeptabel.

Zu diesen Schlüssen kommt die Expertise aufgrund der Analyse zahlreicher internationaler und nationaler Querschnittsuntersuchungen, Zeitreihen- und Longitudinalanalysen. Als Datenquelle für die Schweiz werden aktuelle Zahlen aus der SAKRAM- und SAMBAD-Statistiken vorgelegt.

Diese zeigen unter anderem erstaunliche Übereinstimmungen des Verlaufs der Arbeitslosenquote mit jener des Erwerbstätigenanteils der PatientInnen stationärer Alkoholeinrichtungen (S. 19 ff. der Expertise).

Bezüglich der aktuellen versicherungsrechtlichen Situation in der Schweiz kommt die Expertise zu folgenden Schlüssen:

In der schweizerischen Versicherungspraxis ist Alkoholismus erst dann eine beitragspflichtige Krankheit, wenn diese durch den medizinischen Fachexperten diagnostiziert wird.

Alkoholismus per se begründet nach geltender Rechtsprechung bis anhin keine Beitragspflicht der IV, vielmehr muss eine psychische Erkrankung oder eine körperliche oder geistige Behinderung vorliegen, um Versicherungsleistungen zu erhalten. Die Rechtsprechung ignoriert damit nicht nur die ICD 10- oder den DSM IV-Definitionen, sondern auch den bis heute erarbeiteten wissenschaftlichen Erkenntnisstand bezüglich Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Alkoholismus.

Alkoholismus ist zweifellos nicht nur allein ein Symptom. Zwar koexistiert Alkoholismus bekanntlich häufig mit anderen psychiatrischen Krankheiten.

In den grossen Langzeitstudien an einer Repräsentativbevölkerung zeigt sich jedoch eindeutig, dass der Alkoholkonsum zum Zeitpunkt T1 der beste Prädiktor für Alkoholkonsum zum Zeitpunkt T2 ist.

Alkoholismus ist eine Krankheit und müsste unter Berücksichtigung des heutigen Wissensstandes *direkt* eine zumindest teilweise Erwerbslosigkeit begründen, ohne dass zusätzlich eine andere psychische oder psychiatrische Störung oder eine hirnorganische Störung vorliegen muss.

3.2 Expertise Prof. Dr. A. Uchtenhagen, ISF, Zürich: „Sucht und Invalidität. Empirische Befunde zur Erwerbstätigkeit und Invalidisierung Drogenabhängiger.“

3.2.1 Krankheitswert von Abhängigkeit

Was den Krankheitswert von Abhängigkeit, speziell von Drogenabhängigkeit betrifft, so ist die Uneinheitlichkeit der Suchtentstehung in Erinnerung zu rufen. Es gibt derzeit hauptsächlich 3 theoretisch und empirisch untermauerte Konzepte der Suchtentstehung:

- Sucht ist das Ergebnis einer biologischen Fehlsteuerung, vorwiegend in zerebralen Vorgängen lokalisiert (vgl. Leshner 1997). Eine genetische Weitergabe des Risikos für eine derartige Fehlsteuerung ist teilweise nachgewiesen. Ein Krankheitswert kann nicht bestritten werden.
- Sucht ist das Ergebnis einer Fehlentwicklung mit psychiatrischem Hintergrund; ein Krankheitswert wird angenommen.
- Sucht ist ein lernbedingtes Fehlverhalten, hauptsächlich milieubedingt. Der Prozess, der dazu führt, wird als Adaptationsprozess verstanden, der nicht

krankhaft ist. Der daraus resultierenden Abhängigkeit hingegen wird Krankheitswert zugeschrieben.

Die diagnostischen Kriterien für die Annahme einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen sind in den international gebräuchlichen diagnostischen Manualen festgeschrieben (International Classification of Diseases ICD - 10 der Weltgesundheitsorganisation, Diagnostic Statistical Manual DSM IV der American Psychiatric Association).

Sind diese Kriterien erfüllt, liegt eine Krankheit vor.

3.2.2 Krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wird durch folgende Befunde nahegelegt:

- Im Vorfeld einer Abhängigkeitsentwicklung, insbesondere bei frühem Beginn, lässt sich ein Defizit im Bereich der schulischen und beruflichen Ausbildung feststellen.
- Bei unbehandelter Abhängigkeit ist generell und in erheblichem Ausmass eine Verminderung der Arbeitstätigkeit festzustellen. Auch wenn nur ausnahmsweise Daten zur ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorliegen, weisen diese in dieselbe Richtung. Auch zeigte sich die verminderte Arbeitstätigkeit bereits in einer Zeit, als noch ein gesättigter Arbeitsmarkt vorlag.
- Die verminderte Arbeitstätigkeit ist nachweislich nicht vorübergehend und von kurzer Dauer, sondern in der Regel längerdauernd bis vieljährig, manchmal von Episoden kurzdauernder Arbeitseinsätze oder Arbeitsversuche unterbrochen.

Die Einschränkung steht in engem Zusammenhang mit der Entwicklung einer Abhängigkeit, muss demnach als *krankheitsbedingt* gelten.

3.2.3 Arbeitsfähigkeit und Phasen der Abhängigkeitsentwicklung

Ein Phasenmodell der Abhängigkeitsentwicklung ist nur sinnvoll, wenn es nicht als lineares Modell verstanden wird, in welchem die verschiedenen Phasen zwingend aufeinander folgen. Kompensierte Abhängigkeit (ohne deutliche gesundheitliche oder soziale Folgen) und dekomensierte Abhängigkeit können bei derselben Person nacheinander oder in wiederholtem Wechsel vorkommen, entsprechend den unterschiedlichen Verlaufstypen (einfache Verläufe, wellenförmige Verläufe etc. (vgl. Uchtenhagen 1974, 1987)). Phasen der Dekompensation können bedingt sein durch die Häufigkeit und das Ausmass von Intoxikationszuständen, durch das Auftreten von Folgekrankheiten oder durch soziale Diskriminierungen und deren Rückwirkung auf die betroffene Person.

Für die Fragestellung dieser Studie ist vor allem das *Kriterium der Häufigkeit und des Ausmasses von Intoxikationszuständen* massgebend, welche die Ausübung einer Erwerbstätigkeit erschweren (durch Fehl- oder Minderleistungen) oder unterbrechen (durch Häufung von Absenzen).

Kompensierte Abhängigkeit ist mit erhaltener Arbeitsfähigkeit vereinbar.

3.2.4 Komponenten der Abhängigkeit und deren Stellenwert

Was die Suchtmittel betrifft, so besitzen diese ein unterschiedliches abhängigkeits erzeugendes Potential. Opiate und Stimulantien haben nachgewiesenermassen das höchste Suchtpotential. Von allen illegalen Drogen ist die Opiatabhängigkeit derzeit am häufigsten von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gefolgt. Eine Mehrzahl von Abhängigkeiten (Polytoxikomanie) kann ein erhöhtes Risiko bedeuten.

Mit zunehmender *Suchtdauer* steigt das Risiko für eine Dekompensation und für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Der Stellenwert primärer und sekundärer *Gesundheitsschäden* ist ablesbar an der Zunahme von Arbeitsunfähigkeit bei somatischen und/oder psychiatrischen Begleiterkrankungen. Es ist aber eindeutig, dass es eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit auch ohne Begleiterkrankungen gibt.

Eine *soziale und insbesondere wirtschaftliche Ausgrenzung bei Drogenabhängigkeit* wird immer wieder beobachtet. Es gibt andererseits auch Hinweise auf besondere Anstrengungen und goodwill, welche die arbeitsmässige Wiedereingliederung behandelter Drogenabhängiger unterstützen. Bei nichtbehandelten Abhängigen ist der goodwill bedeutend geringer. Statistische Angaben darüber fehlen aber unseres Wissens, so dass auch der Stellenwert nicht zu bestimmen ist.

Für ein *Selbstverschulden* beim Zustandekommen und Weiterbestehen einer Abhängigkeit gibt es kein verlässliches Mass. So ist die aktive oder passive Rolle einer Person beim Einstieg in Drogenkonsum oder bei Rückfällen kein gültiger Hinweis darauf, ob sie ebenso gut hätte darauf verzichten können. Bei allen drei Theorien zur Suchtentstehung (siehe oben) gilt die freie Wahl des eigenen Verhaltens als eingeschränkt. Eine besondere Form des Selbstverschuldens wäre allenfalls zu diskutieren bei fehlender Behandlungsbereitschaft. Zur *Veränderung der Arbeitstätigkeit im Laufe einer Behandlung* liegen Ergebnisse vor, die je nach persönlichen Voraussetzungen und nach Arbeitsmarktlage variieren. Es sind auch Unterschiede je nach Behandlungsmodalität ausgewiesen, wobei allerdings den Selektionseffekten eine besondere Rolle zukommt (die vergleichsweise guten Wiedereingliederungsergebnisse nach stationärer Langzeitbehandlung werden eingeschränkt durch die Spontanselektion ihrer Patienten). Substitutionsbehandlungen erreichen das grösste Segment von Opiatabhängigen; auch für sie gilt die Verbesserung der Arbeitssituation. Unter ärztlicher Kontrolle verschriebene Betäubungsmittel beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit nicht oder nur selten (bei entsprechenden Nebenwirkungen des Methadons).

Dem *Arbeitsmarkt* kommt zweifellos auch eine Bedeutung zu, doch ist dieser Faktor in der Schweiz zu wenig untersucht. Die wenigen verfügbaren Angaben zu ärztlich diagnostizierter Arbeitsunfähigkeit erlauben mindestens die Feststellung, dass die betreffenden Zahlen in der Tendenz übereinstimmen mit denjenigen zur Arbeitstätigkeit. Eine Einschränkung der Arbeitstätigkeit zeigte sich auch bei gesättigtem Arbeitsmarkt.

Von den *Prädiktoren* für eine Verbesserung der Beschäftigungslage bei behandelten Drogenabhängigen haben die Behandlungsdauer und ein regulärer Behandlungsabschluss das grösste Gewicht.

4 Sucht und Krankheitswert

4.1 Fragestellungen

- Welche Komponenten des Krankheitsbildes „Suchtmittelabhängigkeit“ stehen heute im Vordergrund?
- Gibt es Unterschiede im Krankheitsbild - abhängig von der konsumierten Substanz?

4.2 These: Idealtypisches Modell der Krankheitsphasen

Die nachstehende Abbildung stellt an Stelle von ausformulierten Thesen in schematischer Vereinfachung ein Raster für die Diskussion bereit.

Zum Ausdruck gebracht werden soll,

- dass man Phasen von Abhängigkeitserkrankungen bezeichnen kann,
- dass für Abhängigkeitserkrankungen einerseits typische *Substanz-unabhängige* Symptome und Verhaltensweisen beobachtet werden können,
- dass andererseits je nach konsumierter Substanz in der floriden Phase unterschiedliche Substanz-spezifische Symptome festzustellen sind,
- dass mit Ausnahme der floriden Phase einer Abhängigkeit der Grad des Krankheitswerts (leicht, mittel, schwer) je nach Setting im individuellen Fall variiert,
- dass je nach Phase unterschiedliche Interventionsschwerpunkte zu setzen sind,
- dass je nach Interventionsschwerpunkt je andere Berufsgruppen primär zuständig sind,
- dass (durch den Farbverlauf dargestellt) eine primäre Zuständigkeit die gleichzeitige Beteiligung der anderen Berufsgruppen nicht ausschliesst, sondern gewichtet.

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--------------|--|--|
| | stabilisiert | remittiert | florid | florid | stabilisiert | | |
| Krankheitsphasen | florid | stabilisiert | remittiert | florid | stabilisiert | | |
| Krankheitsbilder | Sucht allgemein / grundsätzlich | | | | | | |
| Krankheitsbilder Substanz- spezifisch | 1. Opiate 2.. Kokain 3. Cannabis 4. Alkohol 5. | 1. Opiate 2.. Kokain 3. Cannabis 4. Alkohol 5. | 1. Opiate 2.. Kokain 3. Cannabis 4. Alkohol 5. | 1. Opiate 2.. Kokain 3. Cannabis 4. Alkohol 5. | | individuelle Bedürfnisse des Individuums | |
| Krankheitswert | 100% | 0 - 100% abhängig von - Folgeschäden - Komorbidität | 0 - 100% abhängig von - Folgeschäden - Komorbidität | | | | |
| primäre Behandlungsart | med. Behandlung | psycho-soz. Therapie | Rehabilitation | | | | |
| primäre Zuständigkeit | Ärztin/Arzt | | | | | | |
| | Psycho- und / oder SozialtherapeutIn | | | | | | |
| | berufliche Reha-Fachperson | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | Folie 1 | Geiser/Roelli/Simmel | Experten-Hearing Sucht und Invaldität | | | | |

Abb. 1: Idealtypisches Modell der Krankheitsphasen.

Zum besseren Verständnis sollen die in Abb. 1 verwendeten Phasen kurz beschrieben werden:

„florid“ : - Kontrollverlust im Alltag

- charakterisiert durch regelmässige, meist tägliche Einnahme des Suchtmittels mit Verlust der Kontrolle über die Dosierung.

„stabilisiert“ :- mit Unterstützung können die Alltagsanforderungen bewältigt werden

- charakterisiert durch keinen regelmässigen, aber ggf. gelegentlichen Konsum, ohne Kontrollverlust über Dosierung und Häufigkeit des Konsums

„remittiert“ :- die Person ist grundsätzlich fähig zur Bewältigung des Alltags

- kein bzw. höchstens gelegentlicher, kontrollierter Konsum
- bei Eintreten kritischer Lebensereignisse besteht eine erhöhte Anfälligkeit, bei Problemlöse-Anforderungen unter anderem auf Suchtmittelkonsum als Problemlöse-Strategie zurückzugreifen (im Sinne ungenügend entwickelter „Stress-Coping“-Kompetenzen oder „Craving“).

4.3 Diagnostik von Sucht

Aus fachlicher Sicht ist Sucht eine mit international standardisierten Diagnoseinstrumenten bestimmbare Krankheit und dementsprechend auch von der WHO in der Liste der diagnostizierbaren Krankheiten geführt.

Mit Hilfe dieser Instrumente (ICD-10 oder DSM IV; vgl. unten) können vergangener oder aktueller Krankheitszustand hinsichtlich Intensität und Phase der Krankheit definiert werden.

Um den Rückgriff auf den ICD 10 zu ersparen, seien an dieser Stelle exemplarisch die Klinisch-diagnostischen Leitlinien daraus zitiert:

„F1x.2 Abhängigkeitssyndrom

(x = Platzhalterstelle für die Substanz; z.B. 0 = Alkohol, 1 = Opioide, 4 = Kokain)

Klinisch-diagnostische Leitlinien

Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

Es gibt Hinweise darauf, daß die weiteren Merkmale des Abhängigkeitssyndroms bei einem Rückfall nach einer Abstinenzphase schneller auftreten als bei Nichtabhängigen.

Diagnostische Leitlinien:

Die sichere Diagnose "Abhängigkeit" sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x.3 und F1x.4) 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. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, daß der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im klaren war oder daß zumindest davon auszugehen ist.

Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen wurde ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben (z.B. die Tendenz, alkoholische Getränke werktags in gleicher Weise zu konsumieren, wie an Wochenenden, ungeachtet dem gesellschaftlich vorgegebenen Trinkverhalten).

Als wesentliches Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms gilt ein aktueller Konsum oder ein starker Wunsch nach der psychotropen Substanz. Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewußt, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren. Diese diagnostische Forderung schließt beispielsweise chirurgische Patienten aus, die Opiode zur Schmerzlinderung erhalten haben und die ein Opioidzugssyndrom entwickeln, wenn diese Mittel abgesetzt werden, die aber selbst kein Verlangen nach weiterer Opiodeinnahme haben.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (beispielsweise Tabak oder Diazepam), auf eine Gruppe von Substanzen (wie z.B. Opiode) oder auch auf ein weiteres Spektrum unterschiedlicher Substanzen (wie z. B. bei jenen Personen, die eine Art Zwang erleben, regelmäßig jedes nur erreichbare Mittel zu sich zu nehmen und die qualvolle Gefühle, Unruhe oder körperliche Entzugserscheinungen bei Abstinenz entwickeln).

Die Diagnose Abhängigkeitssyndrom kann mit der fünften und sechsten Stelle weiter differenziert werden:

F1x.20 gegenwärtig abstinent
 F1x.200 frühe Remission
 F1x.201 Teilremission
 F1x.202 Vollremission

F1x.21 gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (z.B. Krankenhaus, in therapeutischer Gemeinschaft, im Gefängnis usw.)

F1x.22 gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit)(z.B. Methadon, Nikotinkaugummi oder -pflaster)

F1x.23 gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder antagonistischen Medikamenten (z.B. Naltrexon oder Disulfiram)

F1x.24 gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)
 F1x.240 ohne körperliche Symptome
 F1x.241 mit körperlichen Symptomen

Der Verlauf der Abhängigkeit kann, wenn gewünscht, näher gekennzeichnet werden:

F1x.25 ständiger Substanzgebrauch

F1x.26 episodischer Substanzgebrauch (z.B. Dipsomanie)“

Dem selben Schema folgend können auch

- „Akute Intoxikation F1x.0“ ,
- „Schädigender Gebrauch bzw. Missbrauch psychotroper Substanzen F1x.1“
- „Entzugssyndrome (mit Delir F10.3 oder ohne Delir F1x.4)“ und
- „weitere psychotische Störungen F1x.5“
diagnostiziert und kodifiziert werden.

4.4 Resumé des Inputreferats (A): Dr. med. F. Vollenweider

Forschungsleiter, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

Psychotrope Substanzen können je nach Prädisposition des Individuums und ihrer biochemischen Struktur konditioniertes Verhalten spezifisch modulieren. Von Sucht lässt sich dann sprechen, wenn eine biochemische Veränderung vorliegt, die zu einem einschränkenden, krankhaften Verhalten führt.

Neben diesen biologischen Faktoren spielen für die Entstehung und Ausgestaltung von Suchtkrankheiten auch psychologische und soziale Umstände eine massgebliche Rolle. Wie diese Faktoren zusammenwirken ist Gegenstand der Forschung.

Mit Hilfe moderner bildgebender Verfahren kann heute nachgewiesen werden, dass psychoaktive Substanzen in die biochemischen Vorgänge im menschlichen Gehirn eingreifen. Opiate, Stimulantien wie Kokain oder Amphetamine, aber auch Alkohol wirken nicht nur auf ganz spezifische Rezeptoren im Gehirn, sondern verändern auch substanzspezifisch das „Suchtgedächtnis“. Besonders wichtig ist dabei das Faktum, dass solche Gedächtnisspuren ein biologisches Korrelat haben und nicht einfach „Erinnerungen“ oder „Vorstellungen“ der PatientInnen sind.

Somit reicht es aus biologischer Sicht nicht, dass man z.B. mit entsprechenden Antagonisten (z.B. Naltrexon) diese Rezeptoren im Gehirn blockiert, sondern es müssen auch die entsprechenden mit diesem Suchtverhalten verbundenen Gedächtnisspuren wieder ins Gleichgewicht gebracht werden.

Dieser Prozess benötigt weiter biologische und psychotherapeutische Interventionen, die ja nach Substanz langwierig und zeitintensiv sein können.

4.5 Diskussion

Die (vergleichsweise jungen) Forschungs-Erkenntnisse der Neurobiologie, teilweise auch der Genetik, haben in den Diagnoseschemata (noch) keinen Niederschlag gefunden - was für die klinische Klassifikation aber auch nicht zwingend erforderlich ist.

Andererseits wird es vom Experten als wünschenswert erachtet, wenn mehr Substanzspezifisches und biochemisches Know-how aus der Forschung in die psychiatrische Praxis einfließen würde.

4.5.1 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht

Bei Alkoholismus und Drogensucht handelt es sich um chronische, komplexe und sich prozesshaft entwickelnde Krankheiten.

Chronisch, weil eine Grunddisposition zum Rückgriff auf Problemlösestrategien unter Zuhilfenahme von Suchtmitteln auf Lebenszeit erhalten bleibt und unter Umständen irreparable Folgeschäden resultieren.

Komplex, weil sie den betroffenen Menschen in allen seinen Dimensionen - psychisch, physisch, kognitiv, sozial, gesellschaftlich - betrifft, gleichzeitig aber grundsätzlich remittierbar und damit rehabilitierbar ist.

Zwar sind einzelne Phasen separat benennbar (z.B. floride, stabilisierte, remittierte Phase; vgl. Abb. 1), dies heisst aber nicht, dass diese Phasen auch zwingend in einer grundsätzlich gleichen zeitlichen Abfolge auftreten müssten (wenngleich bei der *erstmaligen* Entwicklung der Sucht die Phasen in aller Regel in der dargestellten Reihenfolge beobachtbar sind).

Je nach aktueller Phase verlangen Abhängigkeitserkrankungen je spezifische Kombinationen von Interventionen (medizinisch, psycho- und/oder sozialtherapeutisch oder rehabilitativ). Ohne günstige intervenierende Faktoren führt die Abhängigkeits-Erkrankung in ihrem Verlauf nach den bisherigen klinischen Erfahrungen mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Arbeitsunfähigkeit, unter Umständen zur Invalidität.

Sucht kann bleibende Folgeschäden wie beispielsweise Hepatitis, Leberzirrhose oder auch Persönlichkeitsveränderungen (vgl. dazu auch Kap. 4) verursachen.

4.5.2 Juristische Sicht

Aus juristischer Optik ist die Frage des Krankheitswerts von Sucht im vorliegenden Kontext von untergeordneter Bedeutung.

Es geht nicht in erster Linie um die Definition von Sucht als Krankheit, sondern um die Folgen dieser Krankheit (vor oder nach verschiedenen Interventionen).

Für die Juristen ist es wichtig, dass die MedizinerInnen anhand von Diagnosen auch die jeweilige Suchtphase klar deklarieren.

Als Krankheiten im Sinne des IVG gelten grundsätzlich alle Krankheiten - auch Abhängigkeitserkrankungen.

Eine Invalidität im Sinn des IVG gilt aber nur, wenn ein Kausalzusammenhang zwischen der drohenden oder eingetretenen Erwerbsunfähigkeit und dem durch die Krankheit entstandenen Gesundheitsschaden besteht.

Hingegen gelten Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, die der Versicherte bei Aufbietung allen guten Willens vermeiden könnte, nicht als Auswirkungen einer krankhaften Verfassung.

4.5.3 Konsens

Abhängigkeitserkrankungen verlaufen erfahrungsgemäss meist in Phasen. Das Expertengremium stimmt zwar dem idealtypischen, schematisch vereinfachten Modell (Abb. 1) im Grundsatz zu, betont jedoch, dass mit der gewählten Darstellung der Eindruck entstehen kann, die Erkrankung verlaufe *grundsätzlich* in der abgebildeten Reihenfolge, was erfahrungsgemäss nicht der Fall ist.

4.6 Fazit

- Sucht ist nach internationalen Standards diagnostizierbar.
- Sucht hat Krankheitswert.
- Sucht ist eine eigenständige Krankheit, kann auch Folgekrankheit einer vorbestehenden schweren geistigen oder seelischen Störung sein.
- Für die versicherungsrechtliche Beurteilung sind deren Folgen auf die Arbeitsfähigkeit von entscheidender Bedeutung.

5 Andere Gesundheitsschäden

5.1 Fragestellung

- Welche anderen Gesundheitsschäden als Sucht stellen Sie bei abhängigen PatientInnen fest?

5.2 Thesen

1. Gesundheitsschäden sind auslösend primär und/oder entwickelt sekundär vorhanden. Beide Faktoren können parallel zur Sucht weiterbestehen und/oder therapiebedingt verschwinden.
2. Sucht kann sowohl Krankheit sein, die sekundäre Gesundheitsschäden (z.B. Lebercirrhose) nach sich zieht.
Sucht kann aber auch der sekundäre Gesundheitsschaden einer vorbestehenden psychischen und/oder körperlichen Primärerkrankung (z.B. Schizophrenie) sein (wobei der Suchtmittelkonsum z.B. in Form eines ungünstigen/ungeeigneten Selbstmedikationsversuchs beginnt).
3. Sowohl primäre als auch sekundäre Schäden sind kodifizierbar (z.B. ICD 10).
4. In beiden Fällen bewirken die Gesundheitsschäden Erwerbsunfähigkeit.

5.3 Resumé des Inputreferats (B): Dr. med. D. Kissling

Leiter des Instituts für Arbeitsmedizin, Baden.

Die körperlichen Folgen der Sucht werden einerseits durch die Toxikologie der inkorporierten Substanzen, die sekundären Folgen des Suchtmittelkonsums (z.B. Mangelernährung) und andererseits durch den Weg der Inkorporation bestimmt.

Alkoholkrankheit

Neben den körperlichen Gesundheitsschäden bei Alkoholintoxikation, die hauptsächlich Folge eines im Rausch erlittenen Unfalls bedingt sind, interessieren die organischen Folgen des chronischen Alkoholkonsums. Bei der Alkoholkrankheit werden verschiedenste Organsysteme in Mitleidenschaft gezogen:

Herz-Kreislaufsystem

Als direkt toxische Folge des Alkoholkonsums entsteht die alkoholische Kardiomyopathie und alkoholbedingte kardiale Arrhythmien. Als Folge der Mangelernährung des Alkoholkranken, der seinen Energiebedarf aus dem Alkohol und nicht der Nahrung schöpft, entstehen die Myokardatrophie bei Thiaminmangel und die Herzinsuffizienz bei Proteinmangel. Bei einem Konsum von mehr als 70-100 g Alkohol pro Tag tritt gehäuft eine arterielle Hypertonie auf.

Hämatologie und Immunologie

Die direkt toxische Wirkung des Alkohols auf das Knochenmark bewirkt eine Thrombocytopenie, eine makrocytäre Anämie und eine Leucocyten- und Lymphocyteninsuffizienz, in deren Folge gehäufte Infektionskrankheiten beim Alkoholkranken auftreten.

Bewegungsapparat

Als direkt toxische Wirkung kann eine alkoholische akute oder chronische Myopathie entstehen. Als Folge einer starken Intoxikation kann eine Rhabdomyolyse entstehen.

Gastrointestinaltrakt

Als Folgen der Alkoholkrankheit entsteht eine direkt toxische Wirkung auf die Leber mit Fettleber und Hepatitis. Die Fettleber lässt sich bei 47% der Männer und bei 27% der Frauen mit zu hohem Alkoholkonsum nachweisen. Die Lebercirrhose und deren Folgen, die portale Hypertension und die Oesophagusvarizen, sowie die Leberinsuffizienz ist eine schwere, nicht reversible alkoholbedingte Organschädigung. Das hepatozelluläre Karzinom, also das Lebercarcinom tritt bei 5-15% der Patienten mit chronischer Leberschädigung auf.

Weitere Folgen auf den Gastrointestinaltrakt sind die Pankreatitis mit Pankreasinsuffizienz, Steatorrhoe und Diabetes mellitus.

Auch gastrointestinale Störungen sind beim Alkoholkranken gehäuft. Etwa 15% der Alkoholkranken leiden unter Magengeschwüren. Die akute Gastritis ist bei 4% der Männer und bei 14% der Frauen nachweisbar.

Nervensystem

Als akute toxische Wirkung kennen wir den Rauschzustand. Beim Alkoholmangel entsteht das Alkoholentzugssyndrom mit Delirium tremens und Entzugsepilepsien. Die Folgen der Mangelernährung sind das Wernicke-Korsakow-Syndrom, die Polyneuropathie, die zerebelläre Degeneration, die Optikus-Atrophie und die Pellagra. Weitere Folgen der Alkoholkrankheit sind die pontine und extrapontine Myelinose, der Morbus Marchiafava-Bignami, die alkoholische Demenz, die alkoholische cerebrale Atrophie und das fetale Alkoholsyndrom. Als neurologische Folge der Lebercirrhose entsteht das hepatische Koma und die chronische hepatocerebrale Degeneration. Das Risiko des Auftretens von subduralen Hämatomen ist bei zu hohem Alkoholkonsum deutlich gehäuft, dürfte jedoch hauptsächlich durch die Gerinnungsstörungen bedingt sein.

Übrige Suchtmittel

Die intravenöse Injektion von Opiaten birgt die akute lebensbedrohliche Gefahr der Atemdepression mit Ersticken in sich. Nicht zu vernachlässigen ist die Gefahr der toxischen Wirkung von Zusatzstoffen der Streckung der Drogenmenge. Wichtigste organische Folgekrankheit des parenteralen Drogenkonsums sind jedoch die Infektionskrankheiten. Hier sind vor allem die viralen Erkrankungen, Hepatitis-B, Hepatitis-C und HIV, zu nennen.

5.4 Resumé des Inputreferats (C): Dr. med. T. Berthel

Leitender Arzt, Psychiatrische Polyklinik Winterthur.

Sucht kann per se eine Krankheit sein. Sie kann aber auch in Zusammenhang mit einer anderen vor- oder mitbestehenden Erkrankung stehen - in der Regel handelt es sich hierbei um psychische Störungen wie Persönlichkeitsstörungen (als häufigste Zusatzdiagnose), Depression, Angsterkrankungen oder Schizophrenie.

Die spannungslösende, sedierende Wirkung des Alkohols und anderer Drogen ermöglichen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen erst ein Funktionieren in gesellschaftlichen Strukturen; dies in der Regel lange bevor sie arbeitslos geworden sind.

Treten zwei (oder mehr) Störungen zeitgleich oder zeitverschoben zusammen auf, handelt es sich psychiatrisch-diagnostisch gesprochen um Dualdiagnosen oder Polymorbidität.

In verschiedenen Studien wurden bei 36% bis gegen 90 % der süchtigen PatientInnen - je nach konsumierter Substanz - Dualdiagnosen erhoben. Während Schizophrenie oder Depression auch von psychiatrisch unerfahrenen ÄrztInnen zu diagnostizieren sind, gestaltet sich die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen schwieriger.

Die reine Sucht gibt es kaum - deshalb dürfen süchtige Menschen nicht allein auf der Basis des Präsentiersymptoms (Sucht) beurteilt werden.

5.5 Diskussion

5.5.1 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht

Suchtmittelkonsum hat bei Abusus in aller Regel zunächst akut-toxische und kurz- oder langfristig schädigende, Substanz-bedingte Wirkungen.

Eine wichtige Begleiterscheinung sind im somatischen Bereich verschiedene Infektionskrankheiten.

Sehr häufig liegen neben der Substanzabhängigkeit auch psychiatrische Erkrankungen vor. Hier erweist sich in der gegenwärtigen Praxis die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (z.B. nach ICD 10 F6x.xx) als ebenso zentral wie problematisch, insbesondere wenn die Beurteilung durch psychiatrisch unerfahrene Ärztinnen oder Ärzte erfolgt.

Die Langzeit-Effekte der Krankheit werden zusammen mit somatischen oder psychiatrischen Erkrankungen (dort allerdings mit Ausnahme der Abhängigkeit) nicht in Frage gestellt.

5.5.2 Juristische Sicht

Versicherungsrechtlich spielt es grundsätzlich keine Rolle, ob es sich um einen *primären* oder *sekundären* Gesundheitsschaden handelt. Entscheidend für eine IV-Beurteilung ist zunächst auch hier die Frage nach den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

5.6 Fazit

- Das Expertengremium stimmt den Thesen 1 - 3 im Grundsatz zu.
- Die in absoluter Form gehaltene These 4 wird insofern relativiert, dass Sucht sowohl als eigenständige Krankheit wie auch als Symptom einer vor- oder mitbestehenden Erkrankung eine Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit bedingen kann - dies aber nicht zwingend muss. Bei diesen vor- oder mitbestehenden Erkrankungen handelt es sich häufig um psychische Erkrankungen aus dem Formenkreis der Persönlichkeitsstörungen.
- Bei der Diagnostik von Sucht ist immer die Möglichkeit einer Komorbidität abzuklären.
- Suchterkrankungen ziehen in der Regel Sekundärschädigungen nach sich.

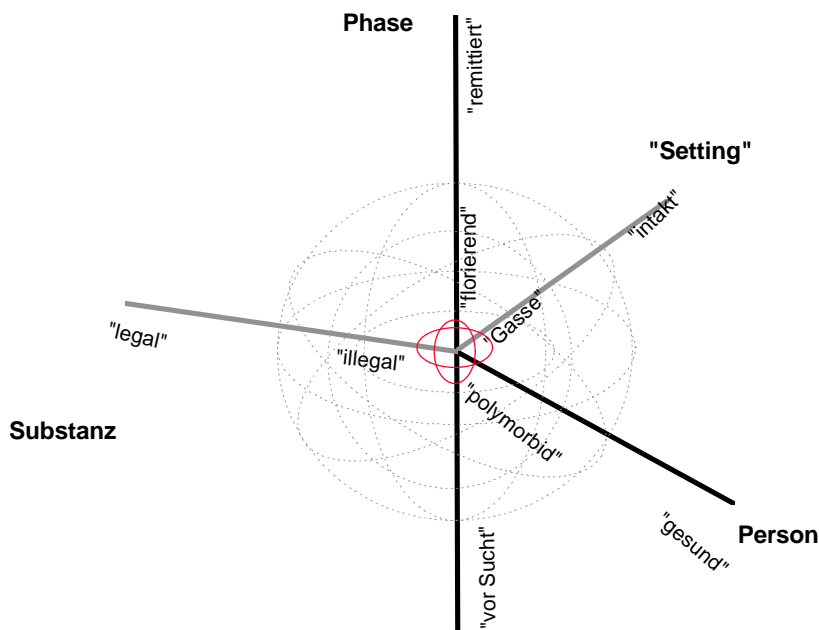
6 Erwerbsunfähigkeit

6.1 Fragestellungen

- Können Zusammenhänge zwischen der Dauer der Abhängigkeit und der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit beschrieben werden?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Ausmass der Erwerbsunfähigkeit und der jeweiligen Phase der Sucht?
- Können diesbezüglich Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten je nach verwendeter Substanz beschrieben werden?
- Gibt es Hinweise darauf, welche Art Interventions- bzw. Rehabilitationsprogramme - je nach Ausprägung der genannten Dimensionen - besonders geeignet scheinen, den Suchtverlauf im angestrebten Sinn zu beeinflussen und die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu erhöhen?

6.2 Thesen

Erwerbsunfähigkeit ist abhängig von der/den konsumierten Substanz(en), den Krankheitsphasen, der Persönlichkeitsstruktur und dem Setting. Erwerbsunfähigkeit ist also gemischt verursacht, wobei die Faktoren je nach individueller Konstellation unterschiedlich interagieren. Die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit verläuft nicht linear, sondern in einem fließenden Prozess. Ohne geeignete Interventionen endet dieser Prozess meist in der völligen Erwerbsunfähigkeit.



Folie 2 Geiser/Roelli/Simmel Experten-Hearing Sucht und Invaliderität

Abb. 2: Den Krankheitsverlauf beeinflussende Faktoren. (liegt im Original bei).

1. Je mehr belastende Ausprägungen der Achsenmerkmale zusammen auftreten, desto grösser wird das Risiko einer teilweisen oder völligen Erwerbsunfähigkeit. Je positiver bzw. je weniger belastend deren Ausprägungen sind, desto grösser ist die berufliche Rehabilitierbarkeit.

2. Je «therapeutischer» das Setting ist, desto grösser sind die Chancen für eine Wiedererwerbsfähigkeit.
3. Dieser Mechanismus trifft generell auch auf noch arbeitstätige Suchtkranke zu. Sie befinden sich - statistisch gesehen - bereits im Status drohender Invalidität.

6.3 *Resumé des Inputreferats (D): Dr. med. J. Besson*

Responsable de la division d'abus de substances de Lausanne et président de la Société Suisse d'alcoologie.

Der Kliniker steht bei der Beurteilung einer individuellen Situation vor einer schwierigen Aufgabe.

Zunächst ist der somatische Status, sodann die Möglichkeit einer psychiatrischen Komorbidität abzuklären, wobei schon die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms für sich allein einen invalidisierenden Charakter haben kann. Erfüllt eine Person z.B. die Kriterien des DSM IV, muss eine völlige soziale Isolierung angenommen werden

Nicht zu vergessen ist im Hinblick auf die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit die psychische Dimension.

Unter Einbezug des individuellen Umfelds muss überprüft werden, ob aktuell eine Krisensituation vorliegt. (Dies ist für den Praktiker von Bedeutung, da aus Krisensituationen therapeutische Ressourcen geschöpft werden können, die gegebenenfalls auf die Erwerbsfähigkeit begünstigend Einfluss haben.)

Empfehlenswert ist aus praktischer Erfahrung, ein Inventar der möglichen Ressourcen zu erstellen.

In einer Pilotstudie zeigte ein diese fünf Dimensionen (somatische, psychiatrische, psychologische, Krisen und Ressourcen) berücksichtigendes, auf das Individuum zugeschnittene Behandlungs-Programm im Vergleich mit PatientInnen, die einfach den „Ratschlag“ erhielten, abstinent zu leben, deutlich positivere Effekte. Entscheidend waren dabei die Faktoren, dass die multidisziplinären Interventionen sehr früh erfolgten und genau auf die Bedürfnisse des Individuums zugeschnitten waren.

6.4 *Resumé des Inputreferats (E): Prof. Uchtenhagen*

Direktor Institut für Suchtforschung, Zürich.

Zwischen der Dauer der Abhängigkeit und der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bestehen klare Zusammenhänge infolge der kumulativen Risiken sowohl somatisch wie psychologisch wie sozial.

Das Risiko für Erwerbsunfähigkeit ist während einer sogenannt floriden Sucht am grössten, florid im Sinne von akutem Suchtgeschehen mit regelmässiger, in der Regel täglicher Suchtmittelleinnahme und Verlust über die Kontrolle der Dosierung des Suchtmittels.

Die Substanzen unterscheiden sich - neben gewissen Gemeinsamkeiten - in der Suchtpotenz, d. h. die Wahrscheinlichkeit, bei wiederholtem Konsum abhängig zu werden, differiert zwischen den Substanzen. Weitere Faktoren sind die akuten und längerfristigen Wirkungen der Substanz, sowie Preis und Erhältlichkeit.

Trotz einer mittlerweile beträchtlichen Anzahl von Evaluationsstudien, die Hinweise liefern können, welche Populationen bei welchen Behandlungen am ehesten die Chance einer Remission haben, gestützt von einer wachsenden Zahl von Studien, die sich zu Prädiktoren für einen günstigen Verlauf äussern, ist der Fachbereich noch weit entfernt davon, über valide Instrumente für eine optimale PatientInnen-Plazierung zu verfügen.

6.5 Diskussion

Von medizinischer resp. juristischer Seite werden im alltagssprachlichen Umgang die Begriffe „Erwerbsunfähigkeit“ bzw. „Arbeitsunfähigkeit“ offensichtlich unterschiedlich verwendet.

Deshalb sollen hier zunächst Definitionsansätze einiger zentraler Begriffe aufgeführt werden:

- **Arbeitsunfähigkeit:**
eine Person kann aus medizinischen Gründen ihrer Arbeit nicht nachgehen.
Beurteilende Instanz: Ärztin/Arzt
- **Erwerbsunfähigkeit / Invalidität:**
eine Person kann in *keiner* Tätigkeit auf Dauer ein Erwerbseinkommen erzielen. Auch in diesem Fall kann mit Rehabilitationsmassnahmen die Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt werden.
Arbeitsunfähigkeit ist dann Erwerbsunfähigkeit, wenn sie wirtschaftliche Konsequenzen hat. Sie kann jedoch zur Invalidität werden, sobald die Voraussetzungen gem. Art. 4 IVG erfüllt sind (*hier einfügen Wortlaut Art. 4 IVG*).
Beurteilende Instanz: IV; Arzt und Rehabilitationsfachperson.
- **von Invalidität bedroht:**
von Invalidität bedroht ist eine Person, wenn sie in ihrer angestammten Tätigkeit aufgrund eines Gesundheitsschadens in absehbarer Zeit kein Erwerbseinkommen mehr erzielen kann. Mit Rehabilitationsmassnahmen kann sie aber in ihrem angestammten Beruf oder in anderen Tätigkeiten weiter oder wieder ein Erwerbseinkommen erzielen.
Beurteilende Instanz: IV; Arzt und Rehabilitationsfachperson.
- **Arbeitslosigkeit:**
beruht grundsätzlich auf arbeitsmarktlichen Faktoren und sollte mit dem Gesundheitszustand nichts zu tun haben.
- **Ausgeglichener Arbeitsmarkt:**
wird Branchen-, Berufs- und Regionen-spezifisch definiert.
Beurteilende Instanz: IV-Rehabilitationsfachperson.
- **Nicht-Vermittelbarkeit:**
kann ein Indikator für Invalidität sein. Wichtig ist, ob die Person zumutbarerweise vermittelt werden könnte.

6.5.1 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht

Zwischen der Dauer der floriden Abhängigkeit und der Einschränkung der Arbeits- und damit auch der Erwerbstätigkeit besteht gemäss des vorliegenden schweizerischen Datenmaterials ein klarer Zusammenhang (vgl. Berichte Uchtenhagen und Müller).

Dies infolge der kumulativen Risiken, die süchtiges Verhalten in den Dimensionen somatisch, psychologisch, geistig und sozial in aller Regel mit sich bringt.

Damit steigt grundsätzlich das Risiko einer Arbeitsunfähigkeit, je länger jemand in der Abhängigkeit verharrt.

Medizinische, psycho- bzw. sozialtherapeutische, arbeitsbezogene und soziale (Wiedereingliederungs-)Massnahmen können deshalb auch nicht in einer (gar im voraus zu bestimmenden) Reihenfolge ergriffen werden, sondern müssen dem Krankheitsverlauf entsprechend jeweils so früh als möglich ansetzen, um die Erfolgswahrscheinlichkeit günstig zu beeinflussen.

Das Risiko für Arbeitsunfähigkeit ist während einer floriden Suchtphase zweifellos am ausgeprägtesten (vgl. dazu auch Abb.1).

Im idealtypisch formulierten Verlauf nimmt dieses Risiko mit zunehmender Stabilisierung und fortschreitender Genesung kontinuierlich ab, während Grundrisikofaktoren (wie z.B. Craving oder verminderte Stresstoleranz) weiterhin bestehen.

Um auf die oben erwähnten kumulativen Risiken zurückzukommen: mit zunehmender Dauer der Abhängigkeit steigt parallel auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von psychischen und somatischen Folgekrankheiten, die ihrerseits wiederum die Wahrscheinlichkeit, je ein Erwerbseinkommen erzielen zu können, negativ beeinflussen.

Ein wichtiger Aspekt ist die aus der Praxis berichtete *therapeutische Sekundärwirkung beruflicher Wiedereingliederungsmassnahmen*: von den betroffenen Personen wird die Zusprechung von Massnahmen als Vertrauensbeweis, Ermutigung und Ansporn empfunden, sich nicht aufzugeben.

Einer Arbeitstätigkeit nachgehen zu können ist somit, wie bisherige klinische Erfahrungen und verschiedene Evaluationen zeigen, eine wichtige Prädiktor-Variable für eine positive und nachhaltige Rehabilitation.

Umgekehrt - und dies ist besonders (aber nicht nur) für den Bereich des Alkoholismus vielfach belegt - muss Arbeitslosigkeit als erheblicher Risiko- bzw. belastender Faktor für das Auftreten von Abhängigkeitserkrankungen bezeichnet werden.

Die stärkste Verbesserung der Arbeitssituation wird - im Quervergleich - durch stationäre Rehabilitationsaufenthalte erreicht, wobei - in der gegenwärtigen schweizerischen Praxis statistisch gesehen - ein *regulärer* Abschluss der Rehabilitation entscheidend ist, und eine Verweildauer im Programm von mindestens 12 Monaten zusätzlich begünstigend wirkt.

Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen wirken, so die Erfahrungen der Praxis, auch dann Verlaufs-begünstigend, wenn bei einer betroffenen Person noch Rückfälle in Konsum-Episoden festzustellen sind, also nicht von einer vollständigen Remittierung ausgegangen werden kann.

(In diesen Zusammenhang muss auch die jüngste Entwicklung in Deutschland gestellt werden, wo in den spezifischen Fachkliniken kurzfristiger und zunehmend auch unter Einbezug von Rückfällen bzw. kontrolliertem Konsum gearbeitet wird.

Ein ideales Vorgehen aus medizinischer wie rehabilitativ-therapeutischer Optik besteht darin, schon sehr schnell nach erfolgtem Behandlungskontakt eine genaue Abklärung betreffend Behandlungs- und Eingliederungsbedürfnisse durchzuführen.

Die anschliessende Therapie- und Rehabilitations-Planung, d.h. unter anderem die Arbeitsfähigkeit aufzubauen, hat sich konsequenterweise an den störungs- bzw. krankheitsbedingten Bedürfnissen zu orientieren (vgl. dazu auch Inputreferat Dr. Berthel).

6.5.2 Prävention - Drohende Invalidität

Hier muss unterschieden werden zwischen der Prävention einer Krankheit (im Sinne der Sekundär-Prävention) und der Prävention einer Invalidität, die durch eine Erkrankung mit bleibendem Gesundheitsschaden verursacht werden kann. In der Praxis erfolgt letzteres durch Rehabilitation im Sinne des Artikels 8 IVG.

Gem. Art. 8 IVG heisst unmittelbar von Invalidität bedroht:

„Invalide oder von einer Invalidität Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu halten usw.“.

Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen. Die unmittelbare Bedrohung ist so zu interpretieren, dass Unmittelbarkeit nur gegeben ist, wenn eine Invalidität

in absehbarer Zeit einzutreten droht, sie ist dagegen nicht gegeben, wenn der Eintritt zwar als gewiss erscheint, der Zeitpunkt ihres Eintritts aber ungewiss ist.

6.5.3 Juristische Sicht

Von juristischer Seite wird unterstrichen, dass Erwerbsunfähigkeit resp. Invalidität wirtschaftliche und keine medizinischen Begriffe sind, wobei Erwerbsunfähigkeit juristisch der Invalidität gleichzusetzen ist.

„Arbeitsunfähigkeit“ bedeutet für den Juristen „die ärztlich bescheinigte Unzumutbarkeit, im bisherigen Beruf Arbeit zu leisten“ (Prof.Murer). Dabei muss die *gesundheitlich* bedingte Unfähigkeit, in einem bestimmten Beruf zu arbeiten, unterschieden werden von der möglicherweise *arbeitsmarktlich* bedingten Unfähigkeit im bisherigen Beruf noch arbeiten zu können, welche nicht mit einem Gesundheitsschaden in Zusammenhang steht. Die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit einer Person ist durch eine Ärztin oder einen Arzt vorzunehmen.

6.5.4 Zumutbarkeit & Ausbildungsdefizit

Aufgrund der momentanen Arbeitsmarktlage wird die Zumutbarkeit einer Arbeit im angestammten Beruf als sehr relativ empfunden - insbesondere für einen Personenkreis, der - nicht zuletzt *wegen* der Suchtentwicklung - häufig erhebliche schulische und berufliche Ausbildungsdefizite aufweist.

Mit dieser Definition würde das ohnehin eingeschränkte Spektrum an für diese Personen überhaupt erreichbaren Arbeitsplätzen viel zu schmal. Implizit müssen diese Personen in aller Regel auch Tätigkeiten in einer anderen Sparte als im angestammten Beruf annehmen, womit der Begriff der Erwerbsfähigkeit angebrachter erscheint.

6.6 Fazit

- Die durch Studien untermauerte klinische Erfahrung bestätigt, dass je früher interveniert wird
 - desto grösser sind die Erfolgsaussichten für Genesung und Wiedereingliederung, insbesondere der Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, unter Umständen der Erwerbsfähigkeit.
 - desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit von irreversiblen Schädigungen (medizinisch wie psychisch wie sozial) und
 - desto kürzer fällt die notwendige Interventionszeit aus.
- Statistisch gesehen befinden sich Suchtmittel-abhängige Personen bereits ab einem sehr frühen Zeitpunkt ihrer Abhängigkeit im Zustand drohender Invalidität - dies schon bevor die Erkrankung in floridem Zustand ist.

Je länger eine Abhängigkeit gedauert hat, desto häufiger kommt es erwerbsseitig zum Bezug von Sozialhilfe oder zu einer Berentung. Die ebenso frühzeitig, gezielt und individuell festgelegten beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen begünstigen den Rehabilitationsprozess zusätzlich und nachhaltig, weshalb sie idealerweise schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt ergriffen werden sollten.

7 Wiedereingliederung - Ausgrenzungsprobleme

7.1 Fragestellungen

- Welche Phänomene beobachten Sie in Bezug auf die Ausgrenzung (ehemals) suchtkranker Personen in der *sozialen* und *wirtschaftlichen* Dimension?
Gibt es spezifische Phänomene bei Suchtkranken im Vergleich mit anderen Wiedereinzugliedernden?
- Wie wirken sich diese Phänomene bei der Wiedereingliederung von suchtkranken Personen aus?
Mit welchen Massnahmen kann hier Gegensteuer gegeben werden?

7.2 Thesen

1. Gezielte berufsfördernde Massnahmen begünstigen nicht nur eine Stabilisierung der Krankheit, sie fördern auch die Rehabilitierbarkeit der betroffenen Personen.
2. Es ist ein Vorurteil, dass Förderung von Personen mit IV-Unterstützung einer Invalidisierung dieser Personen gleich kommt.
Auf der Grundlage von „Eingliederung vor Rente“ soll sie das Gegenteil bewirken.

7.3 *Resumé des Inputreferats (F): Hr. Thommen*

Psychologe IAP und Berufsberater, IV-Stelle Basel.

Berufliche Massnahmen können erst eingeleitet werden, wenn das psychische Krankheitsbild stabilisiert ist. Als Massstab gelten eine 3 - 6 Monate dauernde nachgewiesenermassen konsumfreie Vorphase (inkl. Nachweis negativer UPs auf verschiedene Substanzen). Ferner muss die Krankheitseinsicht entwickelt sein.

Werden bei Erfüllung dieser Voraussetzungen berufliche Massnahmen gesprochen, so wird ein engerer Rahmen gesetzt, als dies bei anderen Personen notwendig ist.

Die Wirkung beruflicher Wiedereingliederungsmassnahmen wird bei Personen mit langer Abhängigkeit in Frage gestellt.

7.4 *Resumé des Inputreferats (G): Hr. B. Nussbaumer*

Directeur de la Fondation la Passerelle NE, Fondation qui regroupe deux institutions, Pontareuse, accueillant des personnes toxicomanes et L'Auvent accueillant des personnes alcooliques - et Président de la Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie (CIRSA).

Bei allen Fragen zur Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen darf der Faktor Zeit nicht ausgeblendet werden. Der Krankheitsverlauf mündet quasi sicher in einer Invalidität, sofern ihm nicht durch therapeutische und/oder rehabilitative Massnahmen entgegnet wird.

Für einen therapeutischen Prozess sind mindestens zwei Voraussetzungen zu erfüllen:

1. die Behandlungsbereitschaft der betreffenden Person und
2. muss die Person ganzheitlich angenommen werden in ihrer physischen, psychischen sozialen, beziehungs-mässigen, beruflichen und spirituellen Integrität.

In der Praxis ist eine unverständlich Inkohärenz betreffend Finanzierung der stationären Behandlungen Suchtmittel-Abhängiger festzustellen. So bestehen unterschiedliche Handhabungen zwischen Regionen, aber auch zwischen Kantonen. So profitieren in einigen Kantonen Personen, die eine Massnahme absolvieren von der völligen Kostenübernahme des

Aufenthalts, während diejenigen, die sich freiwillig für eine Behandlung entscheiden, für die Kosten selbst aufkommen müssen.

Oft recht lange Aufenthalte in Psychiatrischen Kliniken ohne spezifische Programme werden finanziert, während spezialisierte Einrichtungen keine finanzielle Unterstützung erhalten. Einige Kantonale IV-Stellen wiederum scheinen nicht an die Wirkung von Wiedereingliederungsmassnahmen zu glauben und sprechen lieber eine Rente, während andere fast grundsätzlich zunächst mit Wiedereingliederungsmassnahmen intervenieren.

Der in letzter Zeit oft gehörten Bemerkung, die IV ersetze zunehmend die Rolle der Arbeitslosenversicherung wird vehement widersprochen. Zu Zeiten der Vollbeschäftigung konnten auch Invalide noch oft einen (Nischen-)Arbeitsplatz finden; diese Situation hat sich völlig verändert. Wenn die IV heute für die betroffenen Personen Leistungen erbringt, dann entspricht das genau der Aufgabe, die sie nach dem Gesetz zu erfüllen hat.

7.5 Diskussion

7.5.1 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht

Nach den heutigen (durch Studien belegbaren) Praxiserfahrungen sollten Wiedereingliederungsmassnahmen so früh als möglich ergriffen werden, um eine möglichst hohe Wirksamkeitserwartung zu erfüllen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass für die komplexe Problematik Interventionen verschiedenster Art notwendig sind und dass diese - wiederum den möglichen, nicht in konsequenter Phasenabfolge auftretenden, individuellen Suchtverläufen entsprechend (vgl. oben) - eben *nicht* in einer bestimmten Reihenfolge zur Anwendung kommen können; sie müssen auf den Einzelfall bezogen vielmehr im Sinne eines pluridisziplinären Ansatzes gleichzeitig geplant und eingesetzt werden können - und zwar in allen möglichen Phasen, wenn auch nicht mit identischer Gewichtung.

Die klinischen Erfahrungen belegen, dass Massnahmen (seien dies nun medizinische, soziale oder rehabilitative) klar weniger Erfolgsaussichten haben, wenn sie je isoliert oder im schlechtesten Fall zum falschen Zeitpunkt, vor allem zu spät, eingesetzt werden.

Die Beurteilung einer sogenannten Stabilisierung der Sucht, die sich (in der Praxis offenbar hauptsächlich) auf den Nachweis von negativen Urinproben stützt, wird als ungenügend erachtet.

Dies als eine der Vorbedingungen für eine Prüfung von Leistungsanträgen zu stellen, wird von der klinischen Seite klar in Frage gestellt; ein solchermassen isolierte Massnahme werde der komplexen Verlaufsproblematik in keiner Weise gerecht.

7.5.2 Juristische Sicht

Im Gegensatz zur Forderung der Praxis, mit beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen so früh als irgend möglich zu beginnen, steht die der gängigen Rechtsprechung entsprechende, beschriebene Praxis der IV, wonach gezielte berufliche Massnahmen nicht eingeleitet werden (können), solange das psychische Krankheitsbild nicht stabilisiert sei.

In der IV-Praxis gilt für den Suchtbereich als unabdingbare Voraussetzung vor jeder Diskussion über Sinn und Zweck beruflicher Massnahmen die Bestätigung einer zumindest drei- bis sechsmonatigen nachgewiesenermassen konsumfreien Vorphase (inklusive Urinproben auch auf Beikonsum von anderen psychotropen Substanzen).

Des weiteren wird die Krankheitseinsicht vorausgesetzt, in der Annahme, dass damit berufliche Massnahmen mit einer gewissen Erfolgsprognose eingeleitet werden können.

7.6 Fazit

7.6.1 Dissens zwischen gängiger IV-Praxis und ExpertInnen-Meinung

- Die geltende IV-Praxis wird den erfahrungsgemäss notwendigen Interventionserfordernissen bei Vorliegen einer Sucht - deren Verlauf eben nicht linear verläuft in dem Sinne, dass man zuerst suchtfrei wird, und konsekutiv alles andere ins Lot gebracht wird - nicht gerecht.
Die kumulativen Vorbedingungen zeitigen deshalb aus der Sicht der Praxis eher kontraproduktive Wirkungen (episodische Konsum-Rückfälle gehören zu den typischen Symptomen des Krankheitsbilds und können durchaus auch therapeutisch genutzt werden).
- Ungelöst bleibt die Frage nach den Definitions-Kriterien für den Eintritt einer Stabilisierung und nach der Sinnhaftigkeit der „Eintrittskriterien“ für berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen.
- Die therapeutische Erfahrung und die vorhandenen Daten belegen, dass entgegen der berichteten Erfahrungen aus Sicht der IV auch nach vieljähriger Abhängigkeit eine berufliche Rehabilitation durchaus zustande kommen kann.
Puncto Arbeitsreintegration schneiden im Quervergleich die KlientInnen in stationärer Rehabilitation - die sich statistisch gesehen im Zustand drohender Invaldität befinden - eindeutig am besten ab.

7.6.2 Konsens

- Es stellt sich die Frage, ob die gängige Rechtsprechung nicht paradoxerweise dazu führt, den Vollzug des - unbestrittenen - Grundsatzes von „Wiedereingliederung vor Rente“ eher zu behindern, als zu fördern.
- Konsens besteht ferner zur These 2 darüber, dass - wenn eine Stigmatisierung infolge geleisteter IV-Unterstützung feststellbar ist - sich diese in der Regel auf eine (auch nur befristet gedachten) *Rente* bezieht, während - wie bereits erwähnt - die Zusprechung beruflicher Wiedereingliederungsmassnahmen demgegenüber als stützend, mobilisierend und motivierend erfahren wird.

8 Selbstverschulden

8.1 Fragestellungen

- Wie beurteilen Sie den Stellenwert des „Selbstverschuldens“ beim Konsum von Suchtmitteln?
Gibt es auffällige Unterschiede je nach Phase der Sucht?
Gibt es auffällige Unterschiede ja nach Art des Suchtmittels?
- Wie kann Selbstverschulden „beurteilt“, qualifiziert werden?
- Wie beurteilen Sie den Stellenwert der Selbstverantwortung bei der Behandlung und der Rehabilitation?
oder:
Wieviel Selbstverantwortung kann suchtmittel-abhängigen Personen abverlangt werden?

8.2 Thesen

1. Handelt es sich bei der Sucht um die Folge einer vorbestehenden Krankheit erübrigt sich die weitere Diskussion um Selbstverschuldung.
2. Ist Sucht die primäre Erkrankung stellt sich die Frage des Selbstverschuldens allenfalls vor der Phase der floriden Sucht, und dies in Abhängigkeit des Suchtpotentials der konsumierten Substanz, der Suchtgefährdung durch die Persönlichkeitsstruktur und der Sucht-fördernden Faktoren im situativen Kontext.
3. Weder während der stabilisierten noch während der remittierten Phase kann bei einem Rückfall grundsätzlich von Selbstverschulden gesprochen werden.

8.3 Resumé des Inputreferats (H): Fr. Dr. med. Steiner-König

Psychiaterin / Psychotherapeutin in freier Praxis, Vorstandsmitglied FMH, Lyss.

Anhand von drei Fallbeispielen wird dargelegt, dass Suchtmittelabhängigkeit immer im sozialen Kontext mit entsprechenden externen Einflussfaktoren zu betrachten ist, auf die die abhängige Person wenn überhaupt nur bedingt Einfluss nehmen kann. Dazu kommen unter Umständen individuelle Faktoren (Dualdiagnosen oder genetisch bedingte Prädispositionen). Damit wird der Stellenwert des Selbstverschuldens völlig relativiert.

8.4 Diskussion

8.4.1 Vorbemerkung

Allgemein und in der Suchthilfepraxis fällt auf, dass im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen noch sehr häufig von Selbstverschulden und - verglichen mit anderen Krankheiten wie z.B. Diabetes - nicht etwa von Selbst- oder Eigenverantwortung gesprochen wird.

Gerade in der IV spielt das sogenannte Selbstverschulden keine oder eine untergeordnete Rolle.

Der Begriff „Selbstverschulden“ sollte mithin nicht unreflektiert zur Beschreibung von Verhaltensweisen verwendet werden, die in Zusammenhang mit einer Erkrankung stehen.

8.4.2 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht

Nur ein kleiner Teil der Suchtkranken ist *nicht* in der Lage, eine rationale Entscheidung zu fällen, ob sie einen Behandlungsprozess beginnen wollen oder nicht; allenfalls dieser kleine Teil könnte unter bestimmten Umständen für unfreiwillige (freiheitsentziehende) Eingriffe in Frage kommen.

Demgegenüber scheint der weitaus grössere Teil erfahrungsgemäss durchaus in der Lage zu sein, mehr oder weniger rational dominierte Entscheidungen für die Aufnahme eines Behandlungsprozesses zu treffen.

Die grundsätzliche Entscheidung für eine Behandlungsaufnahme ist ein Entscheid zum Einstieg in einen mühsamen Genesungsprozess, und ist nicht gleichzusetzen mit dem Eintreffen der sofortigen Gesundheit.

So kann zu diesem Zeitpunkt auch nicht die tatsächliche Fähigkeit angenommen oder vorausgesetzt werden, bereits konsequent z.B. definitiv auf die Einnahme des Suchtmittels zu verzichten. [Zum Vergleich können hier durchaus andere Lebensgewohnheiten, die man sich abgewöhnen möchte, herangezogen werden.]

In Bezug auf das im Zusammenhang mit Suchtmittel-Abhängigkeiten besonders zu erwähnende Phänomen der Rückfälligkeit ist aus klinisch-therapeutischer Sicht anzufügen, dass Rückfälle durchaus eine der Stationen sein können, die zu einem aus der Abhängigkeit führenden Weg gehören.

Anhand der bisherigen Praxis-Erfahrungen scheint eines der zentralen Elemente zu sein, Versuchungssituationen zu meiden. Mit anderen Worten: Betroffene Personen können zwar zum Zeitpunkt ihres „Ja“ zum Behandlungsbeginn nicht prospektiv versprechen, dass sie nicht rückfällig werden, aber sie können sich z. B. dazu bereit erklären, Rahmenbedingungen zu schaffen, die sich für die Rehabilitation begünstigend auswirken (so z.B. Beziehungen zu Menschen, die einen in der Vergangenheit sehr gefährdet haben, zurückzustellen bzw. ganz abzurechnen, oder sich bereit zu erklären, einen Risikoberuf zu wechseln, um nachher potentielle Versuchungssituationen einzuschränken).

Die zunehmende Übernahme von Selbstverantwortung kann grundsätzlich nur in einem Lernprozess erfolgen. Damit kann diese schrittweise Übernahme also *zunächst* nur indirekt anhand derartiger Elemente - und nicht anhand objektivierbarer Kriterien - beurteilt werden. Im Grundsatz ist festzuhalten, dass dieser Prozess *als Ganzes* viel entscheidender ist als einzelne Abstürze oder isolierte Episoden einer wiederauftretenden Gefährdung.

8.4.3 Juristische Sicht

Bei suchtmittelabhängigen Personen trifft die IV seit 1991 keine Sanktionen mehr wegen Selbstverschuldens, kürzt also im Suchtbereich keine Renten mehr mit dieser Begründung.

Im Zusammenhang mit Wiedereingliederungsmassnahmen hingegen wird in gängiger Rechtsprechung impliziert, dass der geforderte Kausalzusammenhang zwischen der Krankheit und der drohenden oder eingetretenen Erwerbsunfähigkeit (vgl. Kap. 4) durch eigenen freien Willen unterbrochen werden könne.

Aus juristischer Sicht muss grundsätzlich in Betracht gezogen werden, dass - neben der Möglichkeit eines ursächlichen Schadens als Ursache einer Invalidität - ein Verhalten vorliegen kann, das zu einer Verschlimmerung der persönlichen Ausgangslage führt und dass ein solches Verhalten durch eine Reduktion der Leistungen sanktioniert werden kann.

8.4.4 Dissens

Die Annahme, dass der Kausalzusammenhang zwischen der Krankheit und der drohenden oder eingetretenen Erwerbsunfähigkeit durch eigenen freien Willen unterbrochen werden

könne, wird aufgrund der heutigen Erkenntnisse über die Wirkungen psychotroper Substanzen von der klinischen Seite bestritten.

8.5 Fazit

- Ein spezifisches Merkmal von Abhängigkeits-Erkrankungen ist das Phänomen, dass betroffene Personen keine willentliche Kontrolle über bestimmte Verhaltensweisen (wie z.B. den Konsum abhängigkeiterzeugender Substanzen) ausüben können, obschon sie verstandesmässig durchaus wissen, dass sie sich mit diesen Verhaltensweisen Schaden zufügen.

Die IV kürzt bereits seit 1991 keine Renten mehr mit der Begründung Selbstverschulden.

9 Rechtsgleiche Behandlung

9.1 Grundsätzliche Überlegungen

Aus Sicht der PraktikerInnen ist es stossend, dass für PatientInnen, die in Folge einer gerichtlichen Massnahme einen stationären Rehabilitationsaufenthalt absolvieren (müssen), die damit verbundenen Kosten vollumfänglich getragen werden, während Personen, die sich freiwillig (im obigen Sinn also aufgrund einer mehr oder weniger rational getragenen Entscheidung) für einen derartige Intervention entscheiden, mehr oder weniger für die Kosten selbst aufkommen müssen (Fürsorgeleistungen sind im Grundsatz Vorschussleistungen zu Gunsten der betroffenen Person, die unter bestimmten Voraussetzungen nach ZGB Art. 327, 328 rückforderbar sind; von diesem Recht machen in der Praxis immer mehr der zuständigen Sozial- bzw. Fürsorgedienste Gebrauch.)

Langzeitaufenthalte in psychiatrischen Kliniken, die nota bene nicht zwingend spezifische Programme für Abhängigkeit anbieten, werden durch die Krankenversicherungen bezahlt, während spezialisierte Einrichtungen keinerlei finanzielle Unterstützung von dieser Seite erhalten.

9.2 Medizinische / klinisch-therapeutische Sicht

Grundsätzlich müssten aufgrund der Erkenntnis, dass Sucht als Krankheit per se oder in Form einer Komorbidität in Erscheinung treten kann, bei der Abklärungen von Leistungsansprüchen an die Sozialversicherungen die selben Beurteilungsgrundlagen zur Anwendung kommen wie für andere Versicherte; dies auch hinsichtlich Massnahmen zur *Verhinderung* von Invalidität, zumal auf der Basis des heutigen ExpertInnen-Wissens der Grossteil der Suchtkranken absehbar von Invalidität bedroht sind.

In diesem Sinn sollten auch Suchtkranke - als schon sehr früh in der Krankheitsentwicklung von Invalidität Bedrohte - Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen geltend machen können, die den spezifischen Interventions-Erfordernissen ihrer Erkrankung gerecht werden.

10 Anhang

1. Glossar
2. Liste der ExpertInnen

10.1 Glossar / glossaire

| Begriff Terme | medizinisch (A. Uchtenhagen) | sozio-/psychologisch (M. Geiser) | juristisch (R. Bühler / M. Saraceni) | IV-Anwendung (Dr. L. Bohny) |
|--|--|--|---|---|
| Abhängigkeit dépendance | definiert nach ICD 10 oder DSM IV | Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Abhängigkeitssyndrom) ist eine Krankheit wie jede andere auch. Diagnose nach ICD 10 oder DSM IV. | Gemäss ständiger Rechtsprechung des EVG begründet Sucht für sich allein betrachtet, keine Invalidität im Sinne des IVG. | Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Abhängigkeitssyndrom) ist eine Krankheit wie jede andere auch. |
| absehbar <i>(prévisible)</i> | | | Rechtsprechung zum IVG: Wird in Zusammenhang mit der Konkretisierung des Begriffes „unmittelbar drohende Invalidität“ (Art. 8 Abs. 1 IVG) gebraucht. Eine unmittelbar drohende Invalidität liegt nur vor, wenn eine Invalidität in absehbarer Zeit einzutreten droht; sie ist dagegen nicht gegeben, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit zwar als gewiss erscheint, der Zeitpunkt ihres Eintritts aber ungewiss ist. | |
| Abstinenz abstinence | Enthaltensamkeit von einem Suchtmittel | | | |
| andauernder Gesundheitsschaden atteinte durable à la santé | | | | Defekt, der durch medizinische Massnahmen nicht mehr behoben werden kann. |
| Arbeitslosigkeit chômage | | Arbeitslos kann eine Person unabhängig von ihrem Gesundheitszustand sein. | Begriff aus dem Arbeitslosenversicherungsgesetz (AVIG). Art. 1: „Das Gesetz will den versicherten Personen einen angemessenen Ersatz garantieren für Erwerbsausfälle wegen: Arbeitslosigkeit;...“ Vgl. Bemerkungen zu „Vermittlungsfähigkeit“ Art. 10 AVIG definiert Arbeitslosigkeit: „Als ganz arbeitslos gilt, wer in keinem Arbeitsverhältnis steht und eine Vollzeitbeschäftigung sucht.....“ | |
| Arbeitstraining <i>(entraînement au travail)</i> | | Wichtiges Element zur Schaffung und Erhaltung einer Tagesstruktur. | | Kann einen Teil der Umschulung darstellen. |
| Arbeitsunfähigkeit incapacité de travail | | Als arbeitsunfähig wird eine Person dann bezeichnet, wenn sie aus medizinischen Gründen - bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage - im angestammten Beruf der Arbeit nicht nachgehen kann. | Arbeitsunfähig ist eine Person, die infolge eines Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch beschränkt oder nur unter der Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann (Rechtsprechung)Arbeitsunfähig ist eine Person, die infolge eines Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch beschränkt oder nur unter der Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann. | Arbeitsunfähigkeit ist die körperliche Unmöglichkeit zur Leistung von Bewegung oder Anstrengung und die geistige Unmöglichkeit zu planmässigem Handeln (Expertenbericht für die Einführung der IV vom 30.11.1956). Arbeitsunfähig ist eine Person, die infolge eines Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch beschränkt oder nur unter der Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann. Massgebend ist die aufgrund ärztlicher Feststellungen ermittelte |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | tatsächliche Unfähigkeit, am angestammten Arbeitsplatz nutzbringend tätig zu sein, nicht hingegen die medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235, 114 V 281, RKUV 1987 U 27 393, 1996 U 237 34). |
| Ärztl. Bescheinigung attestation médicale | | | Ärztliches Zeugnis als Voraussetzung für die Gewährung von IV-Beiträgen. | |
| Ausgeglichener Arbeitsmarkt | | | Art. 28 Abs. 2 IVG. Dieser Begriff ist theoretisch und dient dazu, den Leistungsbereich der IV von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Bei der Invaliditätsbemessung kommt es nicht darauf an, wie die Beschäftigungslage tatsächlich ist. Der Ermittlung des Invaliditätsgrades wird ein ausgeglichener Arbeitsmarkt unterlegt. | |
| Begleitung accompagnement | wie Kolonne sozio-/psychologisch | Begleitung heisst: Eine Drittperson steht zur Verfügung und wird auf Wunsch der Klientel aktiv. Ziel von Begleitung ist die Stabilisierung der Klientel auf dem jeweiligen Befindlichkeitsstands. Begleitung findet z.B. durch Gassenzimmermitarbeitende auf der Gasse, durch Arbeitspädagogen in einer Institution und/oder durch ambulante Psychotherapeuten oder Selbsthilfegruppen bei integrierter Klientel statt. | | Kein Begriff im Sinne der IV. |
| Behandlung traitement | Gesamtheit der therapeutischen (kurativen, palliativen und rehabilitativen) Massnahmen | Aktivitäten, welche primär durch Drittpersonen verabreicht werden, um die maligne (Weiter-) Entwicklung der Krankheit zu verhindern. Behandlung kann durch die Klientel gewünscht, und/oder durch Drittpersonen verschrieben werden. Ziel von Behandlung ist es, die maligne Entwicklung zu stoppen. Behandlung findet z.B. in Form von Heroinabgabe, in Form von Methadon- und/oder Psychopharmakon-Verschreibung und/oder in Form eines fürsorglichen Freiheitsentzugs statt. Zur Verhinderung einer weiteren Verwarlosung kann auch pädagogisch betreutes Wohnen eine Behandlung sein sowie eine Schuldensanierung. | | vgl. Therapie. Im IVG ist nur von Behandlung durch den Arzt oder auf seine Anordnung hin die Rede, also nur von ärztlicher Behandlung. |
| Behinderungssgrad degré d'invalidité | | | im IVG entspricht dies dem Invaliditätsgrad. Massgebend für die Höhe der Rente (1/2, ganz, (1/4 ?)). | |
| Beitragspflicht | | | IVG Art. 2: Beitragspflichtig sind die gleichen Personen wie bei der AHV. (Art. 3 AHVG). | |
| betreutes Wohnen (<i>habitat protégé</i>) | | Kann im Einzelfall dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit dienen. | | |
| Betreuung prise en charge | wie Kolonne sozio-/psychologisch | Betreuung ist die unfreiwillige bzw. zwingend verpflichtende Form von Begleitung. Betreuung ist für beide Seiten verpflichtend und beruht auf einem bilateralen Vertrag bzw. einer durch Dritte verordneten Massnahme. | | Betreuung im Sinne der IV ist ein Synonym für Pflege, d.h., Massnahmen im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen. |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | Ziel der Betreuung ist die Stabilisierung der Klientel. Betreuung findet z.B. durch Sozialtherapeuten in Wohnheimen, durch Bewährungshelfer ambulant und/oder durch ÄrztInnen in Methadonabgabestellen statt. | | |
| Diagnose diagnostic | Feststellen und Benennen einer Krankheit | | Im KVG: Art. 25: „Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen“. | Kein IV-Begriff. Notwendig zur Feststellung der Voraussetzungen nach Art. 4 IVG. |
| drohende Invalidität invalidité imminente | | Eine Person ist dann von Invalidität bedroht, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen im angestammten Beruf in absehbarer Zeit nicht mehr wird erwerbsfähig sein können. Bei drohender Invalidität kann eine Umschulung angezeigt sein. | IVG Art. 8 Abs. 1: Eine unmittelbar drohende Invalidität liegt nur vor, wenn eine Invalidität in absehbarer Zeit einzutreten droht; sie ist dagegen nicht gegeben, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit zwar als gewiss erscheint, der Zeitpunkt ihres Eintritts aber ungewiss ist. Unmittelbarkeit im Sinne von Art. 8 Abs. 1 IVG besteht dann, wenn eine Invalidität in absehbarer Zeit einzutreten droht; sie ist aber selbst dann zu verneinen, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit zwar als gewiss erscheint, der Zeitpunkt dieses Eintritts aber ungewiss ist (BGE 96 V 76). | <i>Unmittelbar</i> drohende Invalidität ist gegeben, wenn eindeutig feststeht, dass ohne Durchführung von Eingliederungsmassnahmen der Eintritt der Invalidität mit Sicherheit unmittelbar bevorsteht, nicht aber schon dann, wenn ihr Eintritt bloss als möglich erscheint oder erst in einem entfernten Zeitpunkt zu erwarten ist und die Lage ohne sofortige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nicht verschlimmert wird. Bei noch nicht eingetretener Invalidität soll in der Gewährung von Eingliederungsmassnahmen Zurückhaltung geübt werden, da sonst die Abgrenzung zum allgemeinen Gesundheitswesen und - bei medizinischen Massnahmen - auch jene zur Kranken- und Unfallversicherung verwischt würde (Botschaft des Bundesrates zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 24. Oktober 1956). Unmittelbarkeit im Sinne von Art. 8 Abs. 1 IVG besteht dann, wenn eine Invalidität in absehbarer Zeit einzutreten droht; sie ist aber selbst dann zu verneinen, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit zwar als gewiss erscheint, der Zeitpunkt dieses Eintritts aber ungewiss ist (BGE 96 V 76). |
| Eingliederung réintégration | | umfassend: soziale und berufliche Rehabilitation. berufliche Eingliederung: wenn immer möglich sollte dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ Rechnung getragen werden. | siehe Rehabilitation | Die IV kennt den Begriff nur in Zusammenhang mit der Erwerbsfähigkeit (Art. 8 IVG). |
| Erwerbsunfähigkeit incapacité de gain | | Arbeitsunfähigkeit wird dann zu Erwerbsunfähigkeit, wenn eine Person in keiner Tätigkeit ein Erwerbseinkommen erzielen kann. Ist eine Person in ihrer angestammten Tätigkeit (z.B. Körperarbeit) arbeitsunfähig, könnte sie aber in einer andern Tätigkeit (z.B. Kopfarbeit) ein Erwerbseinkommen erzielen, so ist sie von Invalidität bedroht. | Art. 4 Abs. 1 IVG: als invalid gilt, wer wegen eines Gesundheitsschadens voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit ganz oder teilweise erwerbsunfähig ist. Rechtsprechung: Erwerbsunfähigkeit bedeutet das gesundheitlich bedingte Unvermögen des Betroffenen, durch Verwertung seiner verbleibenden Arbeitsfähigkeit auf dem für ihn in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt Erwerbseinkünfte zu erzielen. Bezugspunkt der Erwerbsunfähigkeit ist demnach der ausgeglichene Arbeitsmarkt. | = synonym mit Invalidität, sofern durch einen Gesundheitsschaden infolge Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursacht. Als Invalidität im Sinne des IVG gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 IVG). |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | | | Erwerbsunfähigkeit bedeutet das gesundheitlich bedingte Unvermögen der betroffenen Person, durch Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitsfähigkeit auf dem für sie in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt Erwerbseinkünfte zu erzielen (BGE 105 V 207, 106 V 88, 109 V 23). | Erwerbsunfähigkeit ist die auf einer körperlichen Beeinträchtigung in der Leistung von Bewegung oder Anstrengung oder der geistigen Beeinträchtigung in planmässigem Handeln beruhende Unfähigkeit, eine Arbeit zu leisten, die sich zur Bildung von Einkommen eignet, oder, mit anderen Worten: Die Unfähigkeit, durch Arbeit etwas zu verdienen. Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit beruht somit auf zwei Komponenten: Der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit einerseits und der mangelnden wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit andererseits. Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit ist somit ein wirtschaftlicher Begriff (zit. Expertenbericht). Erwerbsunfähigkeit bedeutet das gesundheitlich bedingte Unvermögen der betroffenen Person, durch Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitsfähigkeit auf dem für sie in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt Erwerbseinkünfte zu erzielen (BGE 105 V 207, 106 V 88, 109 V 23). |
| geschützte Werkstätte atelier protégé | | | In IVG Art. 16 Abs. 2 Ziff. a wird dieser Begriff erwähnt. Als geschützte Werkstätten gelten kaufmännisch geführte Produktionsbetriebe, deren Hauptzweck darin, besteht, Invaliden, die nicht oder noch nicht in der offenen Wirtschaft eingegliedert werden können, ein Erwerbseinkommen zu verschaffen (ZAK 1968 427) | siehe auch Art. 73, Abs. 2, lit b IVG |
| Gesundheitsschaden atteintes à la santé | Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit | | Art. 4 Abs. 1 IVG: ein Gesundheitsschaden ist IV-rechtlich relevant, wenn er sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt. | = das, was nach einer Krankheit, einem Unfall oder einem Geburtsgebrechen bleibt. |
| Hilfe assistance / aide | | Allgemeiner Überbegriff all jener Aktivitäten, welche das Ziel haben, das Wohlbefinden der Klientel nicht zu vermindern. Ziel von Hilfe ist situations- und individuumsangepasste Entlastung, Unterstützung und/oder Förderung bereit zu stellen bzw. anzubieten. Hilfe wird in Prävention, Überlebenshilfe, Therapie und Rehabilitation angeboten. | | Massnahmen von Drittpersonen zur Durchführung von alltäglichen Lebensverrichtungen. Der Begriff wird gebraucht im Zusammenhang mit der Hilflosenentschädigung. |
| Invaldisierung invalidisation | | Diagnose bewirkt Invaldität (wird oft polemisch gebraucht) | Invaldisierender Gesundheitsschaden: Nicht der Gesundheitsschaden ist als Gegenstand der Versicherung zu betrachten; der Gesundheitsschaden hat im Gebiet der Invalidenversicherung nur dann rechtliche Bedeutung, wenn er sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt. | Entspricht einer „Erwerbsunfähigmachung“ durch einen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. |
| Invaldität invalidité | Erwerbsunfähigkeit | Eingeschränkte Erwerbsfähigkeit oder umfassende Erwerbsunfähigkeit. Allgemein: Durch einen Gesundheitsschaden | Art. 4 IVG: „Als Invaldität im Sinne dieses Gesetzes gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von | „Als Invaldität im Sinne dieses Gesetzes gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von |

| | | | | |
|-------------------------|--|---|---|--|
| | | | | Die Geburtsgebrechen bewirken nur dann eine Invalidität, wenn sie einen Gesundheitsschaden zur Folge haben. Bezüglich Invalidität sind sie im IVG der Krankheit und dem Unfall gleichgestellt. |
| | | | Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG). | |
| Kausalität causalité | | | Die Erwerbsunfähigkeit muss durch einen Gesundheitsschaden verursacht werden. Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Motiven vermag keinen Rechtsanspruch zu begründen. | |
| Krankheit maladie | Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit oder/und des Wohlbefindens durch einen pathologischen Prozess. | Ist jede Einschränkung der Gesundheit im Sinne der Definition des Gesundheitsbegriffs der WHO: „Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“ | Nach KVG: Art. 2 Abs. 1: „Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“ Nach IVG: In Art. 4 IVG: Als Invalidität gilt die | Für den Krankheitsbegriff gilt in der IV sinngemäss die gleiche Definition wie im KVG. |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | | | durch einen Gesundheitsschaden als Folge von... Krankheit, etc. verursachte Erwerbsunfähigkeit. | |
| längere Zeit dauernd (à long terme)(durable) | | | Ein Gesundheitsschaden ist rechtlich nur relevant, wenn die dadurch bewirkte Erwerbsunfähigkeit bleibender Natur oder von voraussichtlich längerer Dauer ist. | in der Regel mindestens 1 Jahr. |
| Persönlichkeitsstörung trouble de personnalité | | Psychiatrische Diagnose gem. ICD 10 bzw. DSM IV. Persönlichkeitsstörungen beruhen auf gelernten Verhaltensmustern, die zum Zeitpunkt ihres Entstehens das Überleben des Individuums/Kindes oder Jugendlichen sicherten, sich im Erwachsenenalter aber als unangepasst oder gar selbstschädigend erweisen. | | Unbestimmter, zuweilen missbrauchter Diagnosebegriff. |
| Polymorbidität poly-morbidité | gleichzeitig vorliegende Krankheiten bei derselben Person | = verschiedene gleichzeitig vorhandene Krankheiten. | | = verschiedene gleichzeitig vorhandene Krankheiten. |
| Prävention prévention | Primäre Prävention: Verhinderung einer Erkrankung. Sekundäre Prävention: Früherkennung der Erkrankung und damit Verhinderung von Folgeschäden. Tertiäre Prävention: Rehabilitation und Verhinderung von Chronifizierung. | Aus medizinischer Sicht bedeutet primäre Prävention Verhinderung einer Erkrankung. Unter sekundärer Prävention wird die Früherkennung der Erkrankung und damit die Verhinderung von Folgeschäden verstanden. Die tertiäre Prävention beinhaltet die Rehabilitation und die Verhinderung von Chronifizierung. Im juristischen Sinne kann tertiäre Prävention bedeuten, dass mittels geeigneter Massnahmen eine drohende Invalidität verhindert werden kann. | Art. 26 KVG: Medizinische Prävention: „Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.“ | In der IV ist Prävention nicht vorgesehen, im IVG nicht definiert. |
| Präventionsmassnahmen mesures préventives | Massnahmen zur Verhütung einer Krankheit. | | die medizinischen Präventionsmassnahmen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, werden gemäss Art. 33 Bst. d Krankenversicherungsverordnung vom Departement bezeichnet. Sie sind in Art. 12 Krankenpflege-Leistungsverordnung abschliessend aufgelistet. | In der IV ist Prävention nicht vorgesehen, im IVG nicht definiert. |
| primärer Gesundheitsschaden atteinte primaire à la santé | | | | Ein Gesundheitsschaden, der sich auf die Arbeitsfähigkeit und damit auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt. |
| Prognose prognostic | wahrscheinlicher Verlauf einer Krankheit | | | Wichtig zur Feststellung einer drohenden Invalidität. |
| psych. Behinderung handicap psychique | Behinderung infolge einer psychischen Erkrankung oder Entwicklungsstörung. | Behinderung infolge einer psychischen Erkrankung oder Entwicklungsstörung, die vermehrte soziale Abhängigkeit nach sich zieht. | Psychischer Gesundheitsschaden. Ob er invalidisierend ist, wird durch die Zumutbarkeit bestimmt. Es kommt darauf an, welche Tätigkeit dem Gesundheitsgeschädigten zugemutet werden kann. | Art, Schwere und Dauerhaftigkeit sind neben der Zumutbarkeit irgendwelcher Tätigkeiten von Bedeutung. |
| Rehabilitation réhabilitation | | Eigenständiges und/oder durch Fachpersonen unterstützte Eigenaktivität, welche eine gesellschaftliche und berufliche (Re-) Integration avisiert. Ziel der Rehabilitation ist die gesellschaftliche oder berufliche (Re-) Integration der Klientel. Rehabilitaion findet in Tagelöhnerprojekten statt, sie findet in Wohnheimen statt, besonders dann wenn (problematische) die Freizeitgestaltung zur | Kapitel B, Art. 8 ff. IVG. Es gilt gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG und gem. Rechtsprechung der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“. | Wird im IVG nicht verwendet. Rehabilitation ist - medizinisch gesehen - ein Massnahmenkomplex zur Wiedererlangung eines höchstmöglichen Grades individueller Lebenskompetenz. Dazu gehören medizinische, soziale und allenfalls berufliche Massnahmen. Die IV ist zuständig für die beruflichen und - in eng umschriebenen Mass - medizinischen |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | | Desintegration führt, und sie findet in Form spezialisierter Arbeits- und Ausbildungsmassnahmen statt. | | Massnahmen. Rehabilitation ist nicht Eingliederung im Sinne der IV. |
| Rente rente | | | Im IVG definiert. Hängt vom Invaliditätsgrad ab, halbe oder ganze Rente. Rentenanspruch entsteht erst, wenn die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig war oder bei Dauerinvalidität sofort. | Geldleistung der IV bei bleibender Invalidität. (identisch mit Kolonne R. Bühler) |
| Selbstverschulden | | Kann bei diagnostizierter Abhängigkeitserkrankung per Definition (siehe ICD 10 oder DSM IV) nur in äusserst seltenen Fällen angenommen werden. | Art. 7 Abs. 1 IVG: Wird die Invalidität vorsätzlich oder grobfahrlässig oder bei der Verübung einer Straftat herbeigeführt oder verschlimmert, so kann die Rente dauernd oder vorübergehend verweigert, gekürzt oder entzogen werden. Im Zusammenhang mit Sucht wird Selbstverschulden nicht verwendet. | |
| Substitutionsbehandlung traitement de substitution | Verschreibung eines Suchtersatzmittels im Rahmen einer Behandlung | wie <i>Behandlung</i> | | |
| Sucht toxicodépendance | identisch mit Abhängigkeit | | Gemäss ständiger Rechtsprechung des EVG begründet Sucht für sich allein betrachtet, keine Invalidität im Sinne des IVG. | Sucht ist ein Laienbegriff für das Abhängigkeitssyndrom (vgl. oben) |
| suchtbedingter Gesundheitsschaden | | | | Ist, wenn eingetreten, ein Gesundheitsschaden wie jeder andere auch. |
| Therapie thérapie | Anwendung einer Heilmethode | Durch Fachpersonen unterstützte Eigenaktivität, welche die gesundheitliche Situation bzw. das Wohlbefinden der Klientel und/oder ihres Umfeldes verbessern soll. Ziel von Therapie ist die Verbesserung eines Zustandes, bzw. eine Entwicklung in Richtung mehr (sozialer) Unabhängigkeit und erhöhter subjektivem Wohlbefinden. Therapie findet z.B. im Gassenzimmer statt, wenn Drogenkonsumierende unter Aufsicht der Mitarbeitenden einüben, nur eigenes und sauberes Besteck zu verwenden, wenn in Institutionen mit Sozialarbeitenden Kommunikationsstile neu aufgebaut werden, wenn unter ärztlicher Aufsicht die richtige Dosierung von (Psycho-) Pharmaka gesucht wird und/oder wenn in der Psychotherapie handlungssteuernde Einsichten bearbeitet werden. | | Ist im IVG nicht definiert. Man spricht dort von medizinischen Massnahmen und versteht darunter die Behandlung durch den Arzt oder auf dessen Anordnung durch medizinische Hilfspersonen. Die sozial-/psychologische Definition von Therapie stellt keine Massnahme im Sinne des IVG dar. |
| Umschulung (<i>mesure de réadaptation</i>) | | Kann für den Rehabilitationsprozess im Einzelfall sehr wichtig sein. | | siehe Art. 17 IVG |
| Unfall accident | | | Nach KVG: Art. 2 Abs. 2: „Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.“ Nach IVG: wie bei Krankheit, kann ein Unfall | Es gilt sinngemäss die gleiche Definition wie im KVG. |

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|
| | | | Grund für einen Gesundheitsschaden sein, der zu Invalidität führt, wenn die betroffene Person voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit erwerbsunfähig ist. | |
| valides Einkommen gain valide | | | Für die Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das der Versicherte nach Eintritt der Invalidität in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre. (Art. 28 Abs. 2 IVG). Valideneinkommen ist der verkürzte Begriff für das ohne Invalidität, genauer ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbare Erwerbseinkommen. Invalideneinkommen bezeichnet verkürzt das mit Invalidität, genauer mit dem invalidisierenden Gesundheitsschaden zumutbarerweise noch erzielbare Erwerbseinkommen. | |
| Vermittelbarkeit | | | Wichtig im Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit. Solange eine Person vermittlungsfähig ist, erhält sie im Falle von Arbeitslosigkeit Arbeitslosenversicherungsleistungen (Art. 8 Abs. 1 lit. f) Art 15 Abs. 1 AVIG: „Der Arbeitslose ist vermittlungsfähig, wenn er bereit, in der Lage und berechtigt ist, eine zumutbare Arbeit anzunehmen“. Abs. 2: „Der körperlich oder geistig Behinderte gilt als vermittlungsfähig, wenn ihm bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage, unter Berücksichtigung seiner Behinderung, auf dem Arbeitsmarkt eine zumutbare Arbeit vermittelt werden könnte. Der Bundesrat regelt die Koordination mit der Invalidenversicherung“. | |
| Wohnheim | | | Art. 73 IVG. Kollektive Leistungen der IV an bestimmte Institutionen. | |
| Zumutbarkeit | | | Art. 31 Abs. 1 IVG: Entzieht sich ein Versicherter einer angeordneten zumutbaren Eingliederungsmassnahme, kann die Rente vorübergehend oder dauernd verweigert oder entzogen werden. | |

10.2 Liste der ExpertInnen

| | | | | |
|----------------------------------|--|---|--------------------------|---------------------|
| Barman, Jean-Daniel | Directeur L.V.T. | Place du Midi 36 | 1951 Sion | 027 323 29 15 |
| Barras, Sebastian | Dir. de la santé publique du canton FR | Rte des Cliniques 17 | 1700 Fribourg | 026 305 29 04 |
| * Dr. Berthel, Toni | Stadthaus | Tösstalstr. 19 | 8400 Winterthur | 052 267 59 00 |
| * Dr Besson, Jacques | Policlinique psychiatrique universitaire B, (schriftlicher Beitrag) | Rue du Tunnel 1 | 1005 Lausanne | 021 316 79 79 |
| Dr. Bohny, Lukas | BSV | Effingerstr. 33 | 3005 Bern | 031 322 92 40 |
| Dr. Brenner, Daniel | BAG, Facheinheit Sucht und Aids | Postfach | 3003 Bern | 031 323 88 32 |
| Bühler, René | BAG, Abteilung Recht | Postfach | 3003 Bern | 031 324 93 46 |
| Prof. Duc, Jean-Louis | | Chemin du Record | 1042 Assens | 021 881 43 63 |
| Ferrari, Matteo | Conferenza dei delegati cantonali ai problemi di dipendenza | Dipartimento delle opere sociali Residenza Governativa | 6501 Bellinzona | 091 804 30 78 |
| Geiser, Margrit | BAG, Facheinheit Sucht und Aids | p.A. St. Alban-Ring 274 | 4052 Basel | |
| Dr Gervasoni, Jean-Pierre | Institut universitaire de médecine sociale et préventive, UEPP | Rue du Bugnon 17 | 1005 Lausanne | 021 314 72 95 |
| Dr. Hämmig, Robert | Universitäre Psychiatrische Dienste, Integrierter Drogendienst | Freiburgstrasse 30 Postfach 34 | 3010 Bern | 031 382 92 22 |
| Dr. Heise, Herbert | Schweiz. Gesellschaft für Sozialpsychiatrie SGSP Sekretariat UPD | Laupenstr. 49 | 3010 Bern | 031 387 61 11 |
| Jann, Markus | Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen Abt. Suchtfragen/Gesundheitsförderung | Gesundheits- und Fürsorgedirektion Rathausgasse 1 | 3011 Bern | 031 633 78 82/...84 |
| Kessler, Thomas | Eidg. Kommission für Drogenfragen EKDF | p.A. Justizdepartement Rheinsprung 16 | 4001 Basel | 061 267 80 07 |
| * Dr. Kissling, Dieter | Leiter Institut für Arbeitsmedizin | Kreuzweg 599 | 5400 Baden | 056 205 44 44 |
| Dresse Krokhar, Marina | HUG, 1er chef de Clinique. Div. d'abus de substances | Rue Verte 2 | 1205 Genève | 022 320 21 50 |
| Prof. Ladewig, Dieter | Psychiatrische Uniklinik Basel | Wilhelm Klein-Strasse 27 | 4025 Basel | 061 325 51 11 |
| Laurent, Claude Didier | GREAT | p.a. Service social le Tremplin Av. Weck-Reynold 6 | 1700 Fribourg | 026 347 32 32 |
| Lehmann, Philippe | BAG, Sektionschef Drogen Interventionen | Postfach | 3003 Bern | 031 323 87 14 |
| Prof. Locher, Thomas | Verwaltungsgericht BE | Speichergasse 12 | 3011 Bern | 031 634 37 33 |
| Dr Meiler, Andri | Division d'abus de substances | Département de Psychiatrie | 1205 Genève | 022 320 21 50 |
| Dr. Meyer, Thomas | Forel Klinik für alkohol-, medikamenten- und tabakabhängige Frauen und Männer | Islikonstrasse | 8548 Ellikon an der Thur | 052 369 11 11 |
| Minder, Ueli | BAG, Facheinheit Sucht und Aids | Postfach | 3003 Bern | 031 324 98 04 |
| Dr Monney, Christian | Dir. adj. Institutions Psychiatriques du Valais Romand | Rue de l'Hôtel de Ville 18 | 1920 Martigny | 027 721 26 25 |

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|-----------------------|---------------|
| Müller, Herbert | Vorstandsmitglied VSD Therapeutische Wohngemeinschaft Casa Fidelio | Jurastr. 330 | 4626 Niederbuchsitten | 062 389 88 77 |
| Müller, Katharina | Präsidentin Schweiz. Fachverband Alkohol- und Suchtfachleute | Erlenweg 38 | 3005 Bern | 031 311 61 91 |
| * <i>Dr. Müller, Richard</i> | SFA - ISPA | Postfach 860 | 1001 Lausanne | 021 320 29 21 |
| Prof. Murer, Erwin | | Beaulieu 67 | 3280 Murten | 026 670 05 42 |
| * Nussbaumer, Bertrand | Directeur de „la Passerelle“ | Ch. du Bois-des-Creux 32 | 2017 Boudry | 032 843 02 43 |
| Dr. Oligiati, Marco | Psychiatr. Universitätsklinik Zürich | Militärstrasse 8 | 8004 Zürich | 01 242 22 48 |
| Dr. Pfeiffer, H.R. | VCRD Verein christlicher Fachleute im Rehabilitations- u. Drogenbereich | p.A. Elfenauweg 9 | 3006 Bern | 071 353 82 05 |
| Plüss, Michel | Directeur CRMT | ch. Bois-des-Arts 38 | 1226 Thônex-Genève | 022 869 18 80 |
| Saraceni, Maria | BAG, Facheinheit Sucht und Aids | Postfach | 3003 Bern | 031 323 87 39 |
| Schmid, Ernst | BAG | Postfach | 3003 Bern | 031 323 87 17 |
| Stämpfli Broggi, Barbara | ASID Associazione per lo studio e l'informazione sulle dipendenze | P. ZA Adamiwi | 6927 Agra | 091 994 58 39 |
| Steffen, Heidi | Drogenforum Innerschweiz DFI | Rankhofstrasse 3 | 6000 Luzern 6 | 041 420 11 15 |
| * <i>Dr. Steiner-König, Ursula</i> | FMH Verbindung der Schweizer Aerzte | Kirchenfeldstrasse 1 | 3250 Lyss | 032 386 20 60 |
| Dr. Stutz, Therese | BAG, Facheinheit Gesundheitspolitik und Epidemiologie | Postfach | 3003 Bern | 031 323 87 28 |
| * Thommen, Daniel | IV-Stelle Basel | Lange Gasse 7 | 4052 Basel | 061 225 25 25 |
| Toriel, Eric | Comm. cant. de Prévention et lutte contre la toxicomanie | Hospices cantonaux Rue du Bugnon 21 | 1005 Lausanne | 021 314 70 07 |
| * <i>Prof. Uchtenhagen, Ambros</i> | ISF Zürich | Konradstr. 32 | 8005 Zürich | 01 273 40 24 |
| Dr. Wacker, Hans-Rudolf | PUK, Kantonsspital | Petersgraben 4 | 4031 Basel | 061 265 25 25 |
| Weisswange, Axel | Vorstandsmitglied VSD Leiter Übergangswohngemeinschaft Sprungbrett | Schwarzenburgstr. 972 | 3147 Mittelhäusern | 031 849 32 84 |
| Wyss, Franz | BSV | Effingerstr. 33 | 3005 Bern | 031 322 92 03 |
| Dr. Wyss, P. | VKS, Vereinigung der Kantonsärzte der Schweiz | Obstgartenstrasse 21 | 8090 Zürich | |
| * <i>Dr. Vollenweider</i> | PUK Zürich | Lenggstr. 31 | 8029 Zürich | 01 384 26 04 |

* (ReferentIn Inputreferat)