

## **Bachelor-Arbeit**

Ausbildungsgang: Soziale Arbeit

Kurs: VZ 2020-2023

**Milena Furrer**

## **Aktuelle Situation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung hinsichtlich der Geltendmachung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen und Renten der Invalidenversicherung**

### **Herausforderungen und Möglichkeiten der Unterstützung im Rahmen der Sozialberatung**

Diese Arbeit wurde am **14.08.2023** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

---

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

---

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

---

**Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive  
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern**



**Urheberrechtlicher Hinweis:**

**Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.**

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

**Sie dürfen:**



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

**Zu den folgenden Bedingungen:**



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

**Keine weiteren Einschränkungen** — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Vorwort der Studiengangleitung Bachelor**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand\_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2023

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

## **Abstract**

In der Invalidenversicherung hatten Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung lange nicht den gleichen Zugang zu Leistungen wie Menschen mit anderen psychischen Störungen. Seit dem Bundesgerichtsentscheid 145 V 215 von 2019 hat sich die Beurteilung des Anspruchs auf Leistungen bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung geändert. Neu sind fachärztlich diagnostizierte Abhängigkeitserkrankungen grundsätzlich als invalidisierende Gesundheitsschäden zu beachten. Die vorliegende Bachelorarbeit der Autorin Milena Furrer mit dem Titel «Aktuelle Situation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung hinsichtlich der Geltendmachung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen und Renten der Invalidenversicherung» befasst sich in einem theoretischen Teil mit der Abhängigkeitserkrankung, bezieht dann methodische Aspekte der Sozialberatung mit ein und zeigt schliesslich die Grundlagen der Invalidenversicherung und der neuen Rechtsprechung auf. Trotz der neuen Rechtsprechung existieren Zweifel gegenüber der Umsetzung des neuen Rechts. Aus diesem Grund wurde mit leitfadengestützten Experteninterviews die aktuelle Situation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung bei der Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber der Invalidenversicherung untersucht. Die Studie zeigte, dass in verschiedenen Bereichen immer noch Bedingungen existieren, welche die Geltendmachung der Ansprüche erschweren. Die aktuelle Praxis anerkennt den Krankheitswert der Abhängigkeitserkrankung nur bedingt: Sei es in der Erfüllung der Mitwirkungspflicht, oder dass im Namen der Schadensminderungspflicht immer noch Auflagen angeordnet werden, die sich am Abstinenzparadigma orientieren und dem aktuellen medizinischen Wissen widersprechen.

<b><u>ABSTRACT .....</u></b>	<b><u>III</u></b>
<b><u>INHALTSVERZEICHNIS.....</u></b>	<b><u>IV</u></b>
<b><u>DANK.....</u></b>	<b><u>VII</u></b>
<b><u>1 EINLEITUNG .....</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>2 ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN.....</u></b>	<b><u>2</u></b>
2.1 SUCHT UND ABHÄNGIGKEIT.....	2
2.2 DIE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG ALS PSYCHISCHE STÖRUNG.....	4
2.3 ABHÄNGIGKEITSSYNDROM: MEDIZINISCHE DEFINITION NACH ICD-10.....	5
2.4 NEUROBIOLOGISCHE WIRKMECHANISMEN.....	6
2.5 GENETISCHE DISPOSITION .....	7
2.6 KOMORBIDITÄT .....	7
2.7 BEHANDLUNGEN.....	8
2.8 URSACHEN UND AUSWIRKUNGEN .....	9
2.9 STIGMATISIERUNG.....	11
2.10 SOZIALE ARBEIT UND SUCHTHILFE .....	12
<b><u>3 METHODISCHE BERATUNG IM SUCHTBEREICH.....</u></b>	<b><u>13</u></b>
3.1 GELINGENDE ARBEITSBEZIEHUNG .....	14
3.2 MOTIVORIENTIERTE GESPRÄCHSFÜHRUNG .....	14
3.3 MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG .....	15
3.4 TRANSTHEORETISCHES MODELL .....	16
3.5 PROBLEMEINSICHT FÖRDERN .....	17
3.6 ZWANGSKONTEXT .....	18

<b><u>4</u></b>	<b><u>DIE INVALIDENVERSICHERUNG</u></b>	<b><u>19</u></b>
4.1	ZWECK DER INVALIDENVERSICHERUNG	19
4.2	ALLGEMEINE ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN	19
4.3	SCHADENSMINDERUNGS- UND MITWIRKUNGSPFLICHT	22
4.4	SANKTIONEN	23
4.5	VERFAHREN ZUR FESTSTELLUNG DER ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN	24
4.5.1	MEDIZINISCHE ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN	24
4.5.2	DAS STRUKTURIERTE BEWEISVERFAHREN	25
4.6	ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN UND LEISTUNGEN DER EINGLIEDERUNGSMASSNAHMEN	27
4.7	ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN UND LEISTUNGEN DER RENTE	29
4.8	DIE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN IN DER INVALIDENVERSICHERUNG	31
4.8.1	HISTORISCHER ABRISS	31
4.8.2	AKTUELLE RECHTSPRECHUNG	33
<b><u>5</u></b>	<b><u>METHODISCHES VORGEHEN</u></b>	<b><u>34</u></b>
5.1	DATENERHEBUNG UND -AUFBEREITUNG	34
5.2	STICHPROBE	35
5.3	DATENAUSWERTUNG	36
<b><u>6</u></b>	<b><u>ERGEBNISSE UND DISKUSSION</u></b>	<b><u>37</u></b>
6.1	NEUE RECHTSPRECHUNG	37
6.2	VERFAHREN UND ZUSAMMENARBEIT MIT DER IV	39
6.3	MITWIRKUNGS- UND SCHADENSMINDERUNGSPFLICHT	40
6.4	MEDIZINISCHE ABKLÄRUNG	44
6.5	STIGMATISIERUNG	46
<b><u>7</u></b>	<b><u>SCHLUSSFOLGERUNGEN</u></b>	<b><u>47</u></b>

<b>8</b>	<b><u>LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS .....</u></b>	<b><u>52</u></b>
<b>9</b>	<b><u>ANHANG.....</u></b>	<b><u>56</u></b>
<b>A:</b>	<b>LEITFADENINTERVIEW FÜR SOZIALARBEITENDE .....</b>	<b>56</b>
<b>B:</b>	<b>LEITFADENINTERVIEW FÜR JURISTIN RECHTSDIENST .....</b>	<b>58</b>
<b>C:</b>	<b>LEITFADENINTERVIEW FÜR KLIENT .....</b>	<b>59</b>

## **Dank**

Die vorliegende Bachelorarbeit hätte ohne Mithilfe zahlreicher Personen nicht entstehen können und ich möchte zu Beginn die Gelegenheit nutzen, den Personen zu danken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Bedanken möchte ich mich in erster Linie bei meiner Begleitperson Prof. Peter Mösch für die professionelle Unterstützung und die hilfreichen Inputs.

Einen besonderen Dank geht auch an meine Interviewpartner\*innen, welche sich die Zeit genommen haben meine Fragen bereitwillig zu beantworten und ohne sie die Bachelorarbeit in dieser Form nicht möglich gewesen wäre.

Ein grosser Dank für das kritische Gegenlesen und die wertvollen Rückmeldungen geht an Lilian Ryser, Prof. Dr. med. Hansjakob Furrer und Nick Sterchi.

Schliesslich möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken, die mich immer wieder neu motiviert haben und mir jederzeit unterstützend zur Seite gestanden sind.



# 1 Einleitung

Abhängigkeitserkrankungen sind weit verbreitet und betreffen Menschen aus allen sozialen Schichten. Trotzdem werden abhängige Menschen von der Gesellschaft als Randgruppe betrachtet und stigmatisiert (Schomerus et al., ohne Datum, S. 3). Zusätzlich erfahren suchtbetroffene Menschen auch strukturelle Diskriminierung. Vor allem im Sozialversicherungsbereich bestehen gegenüber Versicherten mit Abhängigkeitserkrankungen besonders grosse stigmatisierende Vorbehalte. So haben Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung erst seit 2019 die gleichen Chancen, Leistungen der Invalidenversicherung (IV) zu erhalten wie Menschen mit anderen psychischen Störungen (Librenz et al., 2020, S. 186). Im IV-Rundschreiben Nr. 395 (2021, S.1) ist festgehalten, dass sich die Rechtsprechung nach dem Bundesgerichtsentscheid (BGE) 145 V 215 vom 11. Juli 2019 in der Beurteilung des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms geändert hat. Neu sind fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Abhängigkeitserkrankungen grundsätzlich als invalidenversicherungs-rechtliche Gesundheitsschäden zu beachten.

Die Soziale Arbeit ist eine Menschenrechtsprofession, und im Berufskodex der Sozialen Arbeit wird festgehalten, dass der sozialen Gerechtigkeit besondere Bedeutung zukommt. Daraus lassen sich wesentliche Verpflichtungen ableiten. Zu diesen zählt die Verpflichtung zur gerechten Verteilung von Ressourcen, die für das Wohlergehen der Menschen eingesetzt werden können. Die einer Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen sollen bedürfnisgerecht, adäquat und rechtmässig verteilt werden. Gleichzeitig soll auf allfälligen Missbrauch im Solidarsystem oder ungerechte Praktiken und Stigmatisierung hingewiesen werden (AvenirSocial, 2010, S. 10-11). Trotz der seit 2019 neu geltenden Rechtsprechung gibt es Zweifel gegenüber der Umsetzung des neuen Rechts. Nach Hug (2022, S. 21) hat sich mit diesem Entscheid der Status von Menschen mit Suchtproblemen in der Sozialversicherung verbessert und damit die Ressourcen der Betroffenen theoretisch erweitert. Rein faktisch bleibt der Zugang zu IV-Renten in der Schweiz für Menschen mit Suchtproblemen jedoch noch immer schwierig. Bisher sind Informationen zur konkreten Umsetzung und den Auswirkungen der neuen Rechtsprechung auf die Situation von Betroffenen nur beschränkt zu finden. In dieser Forschungsarbeit im Rahmen einer Bachelorarbeit interessiert deshalb folgende Fragestellung:

⇒ Wie gestaltet sich die aktuelle Situation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung hinsichtlich der Geltendmachung von Leistungsansprüchen der Invalidenversicherung?

⇒ Welche Herausforderungen gibt es und wie kann die Sozialberatung dabei unterstützen?

Ziel der Arbeit ist es, zu erfahren, wie die Situation der Betroffenen seit der neuen Rechtsprechung ist und welche Herausforderungen betreffend die Geltendmachung der Ansprüche gegenüber der IV noch immer bestehen. Die Arbeit beschränkt sich auf die Leistungen der Eingliederungsmassnahmen und Renten der Invalidenversicherung. Schliesslich sollen Handlungsempfehlungen für Sozialarbeitende, welche Betroffene im IV-Prozesses begleiten, aufgezeigt werden. In diesem Sinne soll die Arbeit Sozialarbeitende z.B. im Rahmen einer Sozialberatung im IV-Prozess unterstützen und einen Beitrag dazu leisten, dass berechnigte Ansprüche für Leistungen der IV von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung auch geltend gemacht werden können.

Die Forschungsarbeit ist in neun Kapitel aufgeteilt und besteht nach der Einleitung aus den drei Hauptteilen: Theorie, Empirie und Schlussfolgerungen. In einem ersten Theorieteil, in Kapitel 2, findet eine Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der Abhängigkeitserkrankung statt und die diagnostischen Merkmale werden erläutert. Das Kapitel wird mit der Rolle der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe abgeschlossen. Im 3. Kapitel werden methodische Aspekte in der Beratung mit Menschen, welche von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen sind, beleuchtet. Im letzten theoretischen Teil in Kapitel 5 werden die wichtigsten Grundsätze der Invalidenversicherung kurz eingeführt, auf die Ansprüche und Leistungen der Eingliederungsmassnahmen und Renten eingegangen und schliesslich die Entwicklung und Umsetzung der neuen Rechtsprechung diskutiert. Im empirischen Teil wird in Kapitel 6 die gewählte Forschungsmethode vorgestellt und in Kapitel 7 die Ergebnisse aus den Interviews diskutiert. Abschliessend wird in Kapitel 9, dem Schlusswort, die Forschungsfrage nochmals aufgegriffen und abschliessend beantwortet. Daraus werden Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet.

## 2 Abhängigkeitserkrankungen

In diesem ersten Theorieteil wird der Begriff der Abhängigkeit definiert und erklärt. Weiter wird auf die Ursachen und Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung eingegangen und schliesslich die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Bereich der Suchthilfe aufgezeigt.

### 2.1 Sucht und Abhängigkeit

Sucht bezeichnet den Prozess, mit welchem ein Verhaltensmuster, das anfänglich für Wohlbefinden gesorgt hat, oder hilfreich war, um ein Unbehagen zu lindern, unkontrolliert und trotz des Wissens um die nachteiligen Folgen fortgesetzt wird (Schweizerische

Gesellschaft für Suchtmedizin [SSAM], 2009, S. 29). Dieser unbezwingbare Drang nach einem Suchtmittel und die damit einhergehende unkontrollierte Verhaltensweise weist den Charakter einer Störung auf, welche Funktionsminderungen im sozialen, psychischen oder körperlichen Bereich zur Folge haben kann (vgl. Kapitel 2.2). Sucht leitet sich von dem Wort «siech» ab, was so viel bedeutet wie «krank sein» (Tretter, 2017, S. 3). Im Jahre 1964 empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Suchtbegriff, aufgrund dessen negativen Assoziationen, durch den Begriff der Abhängigkeit zu ersetzen. Der Begriff der Sucht wird jedoch, vor allem umgangssprachlich, immer noch häufig verwendet (Haasen et al., 2010, S. 267). In dieser Arbeit wird in der Regel der Begriff der Abhängigkeit verwendet. Wird die Sichtweise jedoch allgemeiner oder bedingen es die vorliegenden empirischen Quellen, wird der Begriff der Sucht beibehalten.

Es kann zwischen substanzgebundener und substanzungebundener Abhängigkeit unterschieden werden. Die substanzungebundene Abhängigkeit bezieht sich auf das exzessive und mit Kontrollverlust verbundene Ausüben einer bestimmten Tätigkeit wie z.B. das Glückspiel. Auf die substanzungebundenen Abhängigkeiten wird nicht weiter eingegangen, da sie IV-rechtlich nicht relevant sind. Am häufigsten tritt Sucht als substanzgebundene Abhängigkeit beim Gebrauch psychotroper Substanzen auf. Psychotrope Substanzen sind Substanzen, welche die Psyche, das Bewusstsein und die Stimmung sowie die Wahrnehmung verändern. Sie können eine stimulierende, halluzinogene oder dämpfende Wirkung entfalten (SSAM, 2009, S. 29). Dazu zählen sowohl legale wie auch illegale Drogen sowie ärztlich verordnete psychoaktive oder psychotrope Medikamente wie z.B. Schmerz-, Beruhigungs- oder Aufputschmittel (Tretter, 2017, S. 3).

Der Konsum von psychotropen Substanzen führt nicht unweigerlich zu einer Abhängigkeit (Heinz et al., 2022, S. 51). Es treten verschiedene Stadien des süchtigen Verhaltens auf, und die Übergänge von unproblematischem Verhalten zu einer Abhängigkeit sind oft gleitend. Bei gelegentlichem, der jeweiligen Situation angepasstem Konsum wird von einem unproblematischen oder auch risikoarmen Verhalten gesprochen. Entwickelt sich eine feste Gewohnheit, in gewissen Situationen zu konsumieren, kommt es zur Gewöhnung. Regelmässiger oder gewohnheitsmässiger Konsum gilt bereits als problematisch oder risikoreich und wird als Vorstadium einer Abhängigkeit angesehen. Es werden immer grössere Mengen der Substanz vertragen und es kommt zu einer Toleranzsteigerung. Der Verzicht in den entsprechenden Situationen zu konsumieren, fällt immer schwerer (Lindenmeyer, 2016, S. 84). In diesem Stadium tritt bereits ein missbräuchlicher Konsum auf. Grundsätzlich zeichnet sich diese Form durch einen sehr hohen Konsum oder durch Substanzkonsum zu unpassenden Gelegenheiten aus wie z.B. in der Schwangerschaft oder während der Arbeit. Im Vordergrund stehen die wiederholt auftretenden negativen

Konsequenzen des Konsums. Das Suchtmittel wird konsumiert, um die gestörte seelische Befindlichkeit zu verbessern und nicht mehr aus gesellschaftlichen Gründen (z.B. Alkohol) oder wegen körperlichen Beschwerden (z.B. Medikamente). Ein anhaltender Missbrauch führt zu deutlichen Gesundheitsrisiken. Liegen dann konkret körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigungen und/ oder Folgeschäden vor wie Leberverfettung, Depression und körperliche Vernachlässigung, wird von einem schädlichen Gebrauch gesprochen. Bei einer Abhängigkeit sieht ein\*e Abhängige\*r keine Alternativen mehr, um Problemsituationen zu bewältigen, ausser zu konsumieren, auch wenn er\*sie sich fest vornimmt, dies nicht zu tun. Aufkommende Schuldgefühle oder auch Scham deswegen, werden durch erneutes Konsumieren verdrängt. Es entsteht damit ein Teufelskreis (Tretter, 2017, S. 4-5).

## 2.2 Die Abhängigkeitserkrankung als psychische Störung

Die Substanzabhängigkeit zählt zu den psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolare Störungen und Psychosen. Psychische Störungen führen zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Sie beeinträchtigen Menschen im Alltag und können sich auf emotionaler, kognitiver und körperlicher Ebene sowie auf ihr Verhalten auswirken. Eine psychische Störung geht mit akutem Leiden und einem hohen Verlust an Freiheit oder Lebensqualität einher. Der Zustand der psychischen Gesundheit hängt nicht ausschliesslich von der persönlichen Veranlagung und dem individuellen Verhalten einer Person ab, sondern ist ein vielschichtiger, dynamischer Prozess, der neben individuellen Aspekten auch massgeblich von äusseren Faktoren beeinflusst wird. In der Schweiz sind psychische Störungen die häufigste Ursache für Invalidität. Sie machten 2015 46% des IV-Gesamtbestands aus. Eine genaue Abgrenzung zu treffen, wann jemand gesund oder krank ist, erweist sich als schwierig. Trotzdem ist diese Abgrenzung oft erforderlich, z.B. bei der Entrichtung von Krankenversicherungs- oder Sozialleistungen. Klassifikations- und Diagnosesysteme wie die «Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-10» der Weltgesundheitsorganisation und das «Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen DSM-5» der American Psychiatric Association geben verbindliche Kriterien vor, ab wann eine psychische Beeinträchtigung als Störung mit Krankheitswert zu bezeichnen ist (Schuler et al., 2016, S. 9-12). In der Invalidenversicherung wird das Klassifikationssystem nach ICD-10 beigezogen. Deshalb wird die Abhängigkeit nach ICD-10, welche IV-rechtlich relevant ist, im nächsten Kapitel genauer erläutert.

## 2.3 Abhängigkeitssyndrom: medizinische Definition nach ICD-10

In der ICD-10 werden die Abhängigkeitserkrankungen in der Gruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen aufgeführt. Diese Störungen umfassen eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln und als Krankheitsbild anhand sechs diagnostischer Kriterien klar definiert ist:

1. Ein starkes Verlangen (Craving, Suchtdruck, Zwang) die Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums). Dies wird deutlich daran, dass mehr von der Substanz oder über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant. Gleichzeitig besteht der anhaltende Wunsch, den Substanzkonsum zu verringern. Die Versuche, den Substanzkonsum zu kontrollieren, bleiben jedoch erfolglos.
3. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen grössere Mengen der Substanz konsumiert werden, sonst treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit dem für die Substanz typischen Entzugssymptomen. Aber auch wenn dieselbe Substanz oder eine ihr sehr ähnliche Substanz benötigt wird, um die Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
5. Einengung auf den Substanzgebrauch und Vernachlässigung anderer Vergnügungen und Verpflichtungen. Es wird viel Zeit dafür investiert, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Anhaltender Konsum trotz schädlichen Folgen, obwohl der\*die Betroffene sich über Art und Ausmass des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.

Treten drei der aufgeführten Kriterien innerhalb eines Monats zusammen auf, sind die Voraussetzungen für ein Abhängigkeitssyndrom gegeben. Treten diese Kriterien nicht innerhalb eines Monats auf, ist die Voraussetzung für ein Abhängigkeitssyndrom ebenfalls gegeben, wenn sie während zwölf Monaten wiederholt bestanden haben (Dilling et al., 2001, S. 73-74).

Viele Menschen sind von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen, erfüllen jedoch nicht per se die Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms. In der Arbeit wird deshalb von Abhängigkeitserkrankungen gesprochen, ausser es liegt wissentlich ein fachärztlich festgestelltes Abhängigkeitssyndrom vor.

## 2.4 Neurobiologische Wirkmechanismen

Das Gehirn hat drei Funktionen: die Informationsverarbeitung, die Bewegungskoordination (Motorik) und die Motivation. Das Belohnungszentrum des Gehirns steuert Motivation und Antrieb bzw. Lust- und Unlustgefühl. Die aktivierenden (Endorphine, Dopamin, Glutamat) und hemmenden (GABA, Serotonin) Neurotransmitter steuern diese Gefühle. Die Wirkungsweise von psychotropen Substanzen ist bis heute noch nicht restlos geklärt. Jedoch ist inzwischen erwiesen, dass sie in das Gleichgewicht von hemmenden und aktivierenden Botenstoffen (Neurotransmittern) zwischen den Nervenzellen im Belohnungssystem eingreifen. Für eine Abhängigkeitsentwicklung ist entscheidend, dass sich durch diese Störung des Gleichgewichts eine Zwei-Phasen-Wirkung entfaltet.

Erstens tritt eine angenehme Hauptwirkung ein: der Rausch. Dieser ist jedoch von relativ kurzer Dauer. Die angenehme Wirkung besteht so lange, wie der Substanzspiegel im Körper nach dem Konsum hoch bleibt. Bei diesem Prozess kommt es zu einer höheren Ausschüttung von aktivierenden Neurotransmittern im Belohnungssystem des Gehirns. Dies empfinden Betroffene je nach Substanz als Beruhigung, Entspannung, Schmerzlinderung, Stimmungshoch oder Stärkung. Psychotrope Substanzen greifen stark in das natürliche Nervensystem ein und führen zu einem Ungleichgewicht im körpereigenen Belohnungssystem.

Zweitens tritt eine unangenehme Nachwirkung auf. Diese setzt nur langsam ein, ist nicht sehr ausgeprägt, aber dafür umso anhaltender. Während des Substanzabbaus werden je nach Substanz verschiedene Stoffe gebildet, welche zu einem Mangel an Neurotransmitterausschüttung im Belohnungssystem im Gehirn führen. Dies führt stimmungstechnisch zu Unlust, Unruhe, Gereiztheit, Verstimmung, deprimiert sein oder einem Kater. Das Lustgefühl kann mit anderen Mitteln nicht mehr hergestellt werden, weshalb letztlich wieder auf das bewährte Substanzmittel zurückgegriffen wird.

Diese Merkmale kommen bei allen psychotropen Substanzen vor, lediglich die Dauer und die Heftigkeit der Haupt- und Nebenwirkungen variieren. Diese Zwei-Phasen-Wirkung macht das Suchtpotenzial einer Substanz aus. Denn bei wiederholter Einnahme des Suchtmittels kommt es zu einer allmählichen Auftürmung der unangenehmen Nebenwirkungen, die dann mit der Zeit zu Entzugerscheinungen (Zittern, Schwitzen, Erbrechen, Unruhe) werden können. Es wird bei diesem Vorgang auch von einer physischen Abhängigkeit gesprochen. Die Entzugerscheinungen stellen ihrerseits eine immer stärkere Versuchung dar, das Suchtmittel erneut zu konsumieren, da sie durch erneuten Konsum vermieden oder gelindert werden können (Lindenmeyer, 2016, S. 53-56).

Neben der Zwei-Phasen-Wirkung kann die Ausschüttung der Neurotransmitter auch dauerhafte Auswirkung auf das Gehirn haben, indem es die positiven Effekte des Konsums, die als Wohlbefinden und Belohnung wahrgenommen werden, abspeichert. Konkret äussert sich dies bei Abhängigen in Situationen, in denen immer konsumiert wurde und eine positive Wirkung eintrat, mit einem grossen Verlangen nach der Substanz (= Craving). Dabei wird auch von einer sogenannten Konditionierung gesprochen (Lindenmeyer, 2016, S. 132-33). Dieser automatische Vorgang, welcher auch nach langer Abstinenz unverändert festzustellen ist, wird als Suchtgedächtnis bezeichnet. Dieses Verlangen wird oft durch Triggerreize ausgelöst. Die Triggerreize können durch bestimmte Situationen oder Gefühlszustände, welche mit dem Substanzgebrauch assoziiert werden, z.B. dem blossen Geruch oder dem Anblick der Substanz, bestimmten Orten, Personen sowie Stimmungen, die mit der Erinnerung an die positive Wirkung des Substanzkonsums verbunden sind, entstehen. Dieses sich zurückmeldende mächtige Verlangen kann den\*die Betroffenen überwältigen und zu einem Rückfall führen (SSAM, 2009, S. 26).

## 2.5 Genetische Disposition

Gewisse Menschen sind für die Entwicklung einer Sucht anfälliger als andere. Jedoch bieten weder die Häufigkeit der Substanzzufuhr, noch die konsumierte Menge eine hinreichende Erklärung dafür (SSAM, 2009, S. 24). Das Verständnis von Ätiologie (Ursache) und Entwicklung (Pathogenese) von Abhängigkeitserkrankungen hat sich in den letzten Jahren stetig weiterentwickelt. Heute ist allgemein anerkannt, dass es sich bei einer Abhängigkeitserkrankung um eine lang dauernde (chronische) Hirnerkrankung handelt. Es konnten Veränderungen des Stoffwechsels, der Botenstoffe, der Rezeptorenverfügbarkeit, der Umsetzung der genetischen Information sowie des Antwortverhaltens auf exogene Reize festgestellt werden. Untersuchungen zeigten, dass sich 40-60% der Ätiologie von Abhängigkeitserkrankungen mit genetischen Risikofaktoren erklären lassen. Die genetischen Risikofaktoren haben einen wesentlichen Einfluss auf den langfristigen Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung. Dies lässt sich auch bei einer Vielzahl von anderen psychischen Störungen beobachten. Der Einfluss des sozialen Milieus wiederum zeigt sich vor allem bezüglich der Exponiertheit und des ersten Gebrauchs von psychotropen Substanzen (Librenz et al., 2016, S. 22).

## 2.6 Komorbidität

Tritt eine Abhängigkeitserkrankung gemeinsam mit anderen psychischen Störungen auf, kommt der Begriff Komorbidität ins Spiel. In der Psychiatrie und Suchtmedizin wird als Komorbidität das Vorhandensein einer zusätzlichen psychischen Störung im Rahmen einer

definierten Grunderkrankung beschrieben. Wobei die substanzbedingte Störung eines der gleichzeitig auftretenden Störungsbilder sein muss. Dabei sind die Störungen klar voneinander abgrenzbar. Oft kann jedoch nicht eindeutig entschieden werden, welches die Grundstörung und welches die zusätzliche Erkrankung ist. Gleichbedeutend wird in diesem Zusammenhang auch von Doppeldiagnose gesprochen (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S. 4). Häufige komorbide Störungen sind z.B. Phobien, Panikstörungen, Dysthymie, Depressionen, Somatisierungs- und Zwangsstörungen (Muth, 2023, S. 17).

Wenn die Abhängigkeitserkrankung zusammen mit anderen physischen oder psychischen Störungen auftritt, wird deren Krankheitsbild kompliziert. Gute Behandlungs- und Interventionspraktiken müssen daher der Komorbidität zwischen Suchtmittelkonsum und anderen Störungen unbedingt Beachtung schenken (SSAM, 2009, S. 27). Jedoch stellt die Separierung der Hilfesysteme, wie sie oft vorliegt, ein Nachteil dar. In einer Behandlungseinrichtung mit Fokus auf Depressionen muss zuerst die Suchterkrankung geheilt werden, für die Suchthilfeeinrichtung liegt oftmals die Behandlung der Depression ausserhalb des Leistbaren (Frischknecht, 2023, S.7). Damit eine Behandlung erfolgreich gelingen kann, müssen deshalb die verschiedenen Professionen wie Beratungsstellen, Ärzt\*innen und Therapeut\*innen zusammenarbeiten (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S. 7).

## 2.7 Behandlungen

Das übergeordnete Ziel der Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung ist oft das Erreichen einer Abstinenz von der jeweiligen psychotropen Substanz sowie die Behandlung der Folge- und Begleitstörungen (Komorbiditäten). Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass eine Abstinenz oft nicht erreicht werden kann und dieses Ziel auch nicht immer sinnvoll ist. Es wurden verschiedene Strategien entwickelt, um Teilziele im Sinne der Schadensminderung zu erreichen. Diese können ein kontrollierter Konsum oder eine Substitution sein (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 709).

Zu den pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten zählen Arzneimittel oder Methoden, welche die Wirkung der psychotropen Substanzen auf den Körper modifizieren und die angenehmen Aspekte ausschalten. Dazu zählen beispielsweise Naloxon und Naltrexin, welche die Wirkung von Opiaten und Alkohol abschwächen, indem sie die Rezeptoren blockieren. Disulfiram mit Handelsname Antabus ruft bei Alkohol eine sehr unangenehme Reaktion hervor, indem es auf dessen Metabolismus einwirkt. Eine weitere verbreitete Möglichkeit ist die Substitution bei der Behandlung von Opiatabhängigen mit Methadon oder Buprenorphin. Diese ahmen einzelne Effekte der psychotropen Substanz nach, ohne jedoch die schädliche Wirkung hervorzurufen. Auf diese Weise wird versucht, sowohl das



Suchtverhalten als auch das Sterberisiko zu reduzieren. Damit die Behandlung erfolgreich verläuft, ist eine ergänzende psychosoziale Begleitung unerlässlich. Auf diese Weise kann die komplexe Situation der betroffenen Person und ihr Umfeld erfasst werden (SSAM, 2009, S. 26).

## 2.8 Ursachen und Auswirkungen

Es existieren verschiedene Risikofaktoren, welche eine Substanzstörung begünstigen. So können auf die einzelne Person bezogene Persönlichkeitsfaktoren, genetische Faktoren, komorbide psychische Störungen, Konsummuster, Alter bei Konsumbeginn und sozioökonomische Faktoren einen Einfluss haben (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 706). Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Störung durch Substanzkonsum. Bei den biologisch orientierten Modellen stehen die Hirn- und Körperorganik im Vordergrund, deren Einfluss im Kapitel 2.5 beschrieben wurde.

Psychologische Modelle fokussieren vor allem auf Lern- und Bewältigungsaspekte sowie auf konflikt-dynamische, motivationale oder persönlichkeitsorientierte Bereiche (Batra & Bilke-Hentsch, 2016, S. 24). Die Gründe, warum Menschen Substanzen konsumieren, sind vielfältig. Becker und Bernecker (2020) nennen jedoch zwei Hauptmotivationen, weshalb Menschen konsumieren. Sie streben einerseits nach einem positiven emotionalen Zustand oder sie möchten einen negativen emotionalen Zustand vermeiden. Diese äussern sich zusätzlich mit Einbezug auf das soziale Umfeld in vier Motiven:

- Verbesserungs-Motiv (z.B., um die Stimmung zu verbessern oder den Moment zu geniessen)
- soziales Motiv (z.B., um gesellig zu sein und mit Freunden besondere Anlässe zu feiern)
- Bewältigungs-Motiv (z.B., um sich bei schlechter Laune aufzuheitern und Probleme zu vergessen)
- Konformitäts-Motiv (z.B., um in eine Gruppe zu passen und gemocht zu werden).

Studien zeigten, dass das Verbesserungs-Motiv mit stärkerem und häufigerem Konsum im Zusammenhang steht und das Bewältigungsmotiv als einziges mit alkoholbedingten Problemen auftrat. Das soziale und Konformitätsmotiv wurden hingegen eher mit mässigem Alkoholkonsum in Verbindung gebracht (Batra & Bilke-Hentsch, 2016, S. 20-21).

Bei der Gatewayhypothese wird angenommen, dass der der Beginn des Konsums psychotroper Substanzen meistens in einer bestimmten Reihenfolge stattfindet: Alkohol/ Nikotin, Cannabis, andere illegale Substanzen. Der Konsum einer Substanz wird dabei als

Risikofaktor für die Progression zu einer weiteren Substanzklasse angesehen. Die Selbstmedikationshypothese geht davon aus, dass psychotrope Substanzen von Personen mit psychischen Störungen konsumiert werden, um die Symptome der psychischen Störung zu dämpfen. Beim Konzept der zugrunde liegenden «Vulnerabilität für externalisiertes Verhalten» wird davon ausgegangen, dass externalisierenden Störungen wie Störungen des Sozialverhaltens, ADHS und Substanzstörungen eine gleiche Vulnerabilität für impulsives Verhalten mit wenig Risikoantizipation zugrunde liegen. Es wird angenommen, dass diese Vulnerabilität die Bereitschaft zum erstmaligen, experimentellen Konsum sowie zu exzessivem Konsum begünstigt. Zusätzlich wird angenommen, dass eine adäquate Reaktion auf negative Folgen des Konsums verhindert und die Entwicklung einer Substanzstörung begünstigt wird. (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 706).

Soziologische Modelle betonen makrosoziale Einbettungen des Suchtgeschehens. Dies betrifft die Drogenpolitik und die Verfügbarkeit der Substanzen oder auch die zeitlichen Besonderheiten des legalen und illegalen Drogenmarktes (Batra & Bilke-Hentsch, 2016, S. 24). So spiegelt sich eine hohe Einkommensungleichheit in einer Gesellschaft beispielsweise in einem Anstieg an psychischen Erkrankungen inklusive Alkohol- und Drogenabhängigkeit wider. Eine zunehmende gesellschaftliche Ungleichheit korreliert mit einem Rückgang an sozialer Kohäsion. Die soziale Kohäsion beschreibt die Qualität und Dichte zwischenmenschlicher Beziehungen (Liel, 2020, S. 71). Der Umfang, die Art und die Ausprägung von Substanzstörungen unterscheiden sich erheblich zwischen sozioökonomisch und soziodemografisch definierten Teilgruppen der Bevölkerung, sowie auch zwischen verschiedenen Staaten und Kulturen. Faktoren der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Umwelt haben einen erheblichen Einfluss auf die Problemlage im Bereich der Sucht (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 710). Gesellschaftliche Wertevorstellungen und politisches Handeln beeinflussen zudem den Umgang mit psychotropen Substanzen (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 699).

Die Sucht hat nicht nur gesundheitliche Auswirkungen, sondern – vor allem in langjährigen Verläufen – Konsequenzen auf verschiedenste Lebensbereiche. Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben ein grösseres Risiko für Arbeitslosigkeit, Armut, Verschuldung und instabilere Wohnverhältnisse. Umgekehrt können aber solche (multifaktoriellen) Problemkonstellationen in eine Abhängigkeitserkrankung hineinführen. Suchtprobleme führen oft zu Spannungen und Konflikten im angestammten sozialen Umfeld wie der Familie und dem Freundeskreis. Parallel oder infolgedessen kann dies zur Veränderung des sozialen Umfelds hin zu Gleichgesinnten und/ oder schliesslich bis zur sozialen Isolation führen. Nicht selten führen Suchtprobleme auch zu Kriminalität, im

Kontext der Beschaffung und des Konsums von illegalen Substanzen, aber auch von Gewaltdelikten oder anderen Straftaten unter Suchtmittleinfluss (Gremminger, 2021, S. 18).

Eine ausgeprägte Sucht kann einerseits unterprivilegierte Lebenslagen zur Folge haben, andererseits stellen unterprivilegierte Lebenslagen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Suchtverhalten dar. So wurde bei einer Studie von Sommerfeld (2022, S. 6) zu der sozialen Situation von Personen mit Suchtproblematik festgestellt, dass bei Betroffenen, mit geringer Bildung und Bildungsungleichheiten, vermehrt instabile Wohnverhältnisse sowie Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe vorkamen. Zudem war die soziale Isolation zwei- bis dreimal höher als in der Gesamtbevölkerung.

## 2.9 Stigmatisierung

Verschiedene Untersuchungen zeigen auf, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen besonders stark von Stigmatisierung betroffen sind. Stigmatisierung findet in Form eines öffentlichen Stigmas statt, im Kontakt zwischen Menschen, aber auch eines strukturellen Stigmas, welches sich durch diskriminierende Strukturen und Regeln auszeichnet. So geniesst die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen in den Augen der Öffentlichkeit im Vergleich zu anderen Gesundheitsproblemen niedrigere Priorität (Memorandum, ohne Datum, S. 3). Die Stigmatisierung äussert sich in abwertenden Bezeichnungen und negativen Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Betroffenen. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen können die erlebte Stigmatisierung aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung internalisieren und stigmatisieren sich sozusagen selbst. Diese Selbststigmatisierung führt zu einem vermindertem Selbstwert sowie zu einer reduzierten Selbstwirksamkeitserwartung, was negative Folgen für die Bewältigungsfertigkeiten haben kann (Frischknecht, 2023, S. 4). Konkret kann parallel zur Selbststigmatisierung auch eine verminderte Inanspruchnahme adäquater Hilfen beobachtet werden. Zur Vermeidung von Stigmatisierung werden Behandlungen und Hilfestellen oft nicht aufgesucht. Es zeigen sich zudem Zusammenhänge von Stigmatisierung zu schlechteren Krankheitsverläufen, reduzierter Lebensqualität, Depressivität und zu reduzierter Krankheitseinsicht. Selbststigmatisierung sollte daher im Hilfesystem thematisiert und bearbeitet werden (Frischknecht, 2023, S. 8).

Die Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen kann nur durch einen alternativen, besseren Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen gelingen. Nicht Abwertung, Ausgrenzung und Disziplinierung, sondern Wertschätzung und Befähigung müssen im Zentrum von Prävention, Behandlung sowie dem alltäglichen Umgang mit Abhängigkeitserkrankung stehen. Viele aktuelle Entwicklungen im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen gehen

bereits in diese Richtung und tragen damit zur Entstigmatisierung bei. Beispielhaft dafür ist die motivierende Gesprächsführung (vgl. Kapitel 3.3) (Memorandum, ohne Datum, S. 5). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Stigmatisierung den Betroffenen schadet und Suchtprobleme verstärkt. Sie ist ein Hindernis auf dem Weg zur Hilfe, führt zu schlechterer Behandlung und vergrößert die sozialen und gesundheitlichen Folgen einer Abhängigkeitserkrankung (Schomerus et al., ohne Datum, S. 2).

## 2.10 Soziale Arbeit und Suchthilfe

Eine zentrale Zielsetzung der Sozialen Arbeit ist die Verbesserung des Wohlergehens von Menschen. Prävention, Beratung und Behandlung von Suchterkrankungen können dabei implizit miteingeschlossen werden (Liel, 2020, S. 69). Fachleute der Sozialen Arbeit blicken auf eine lange Tradition in der Suchthilfe zurück und sind die am häufigsten vertretene Berufsgruppe in der Suchthilfe und Suchtrehabilitation. Die Gesamtheit der Angebote umfasst Beratungsstellen (Auskunft, Beratung, Vernetzungsarbeit, Case Management), ambulante und teilstationäre Therapien oder die Förderung von Selbsthilfe. Weiter kommen Sozialarbeiter\*innen in der Betreuung im Rahmen von qualifizierten Substitutionsbehandlungen oder im Rahmen der Präventionsarbeit, z.B. anhand von Präventionsangeboten in Schulen und Unternehmen, zum Zug. Besonders sind dabei Kompetenzen und Kenntnisse zu sozial- und verwaltungsrechtlichen Themen bei der Lösung typischer Schnittstellenprobleme gefragt (Liel, 2020, S. 69).

Abhängigkeitserkrankungen gehen in der Regel mit einer Vielzahl anderer Probleme und/oder Komorbiditäten einher (vgl. Kapitel 2.6). In Beratungen, Behandlungen und Betreuung von Menschen mit Suchtproblemen sind daher Fachleute aus verschiedenen Berufsdisziplinen involviert. Es muss interprofessionell an die Probleme herangegangen werden. Neben der Sozialen Arbeit sind dies z.B. die Psychiatrie, die somatische Medizin, die Jugendhilfe, die Prävention sowie der Justiz-, Straf- und Massnahmenvollzug. Die verschiedenen Berufsdisziplinen haben nicht selten unterschiedliche Vorstellungen und Methoden oder Denkansätze wie sie das gemeinsame Ziel – das Patient\*innenwohl – erreichen wollen. Dies gestaltet die Zusammenarbeit herausfordernd (Berthel et al., 2015, S. 13). Berthel hebt die Wichtigkeit eines integriert-integrativen Behandlungsmodells hervor. Unter integrierter Suchtbehandlung versteht er verbindliche und zielorientierte Zusammenarbeit verschiedener Anbieter unter Koordination und gegenseitiger Abstimmung der Angebote und Interventionen (2021, S. 13).

Die Arbeit mit Abhängigen orientiert sich heute an einem bio-psycho-sozialen Ansatz. Im Zentrum steht dabei der suchtkranke Mensch mit seiner Menschenwürde. Eine Grundhaltung,

welche das Individuum in seiner Einzigartigkeit akzeptiert, steht im Vordergrund. Es wird an die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Menschen im Umgang mit Substanzkonsum appelliert und mit individuellen Zielen und Transparenz gearbeitet. Dies ist in gewissem Gegensatz zur Vergangenheit, als die Suchthilfe noch aus paternalistischen Denk- und Handlungsansätzen bestand, welche sich klar an der Abstinenz orientierte. Durch den Paradigmawechsel von Abstinenz hin zur Schadensminderung sind heute weitere Ansätze bedeutsam wie kontrollierter Konsum, Substitution, sowie Konzepte zur Förderung der Selbstbefähigung (Berthel, 2021, S. 12).

Ziel der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe ist es, einen Beitrag zur möglichst vollständigen Teilhabe von süchtigen Menschen in der Gesellschaft zu leisten. Dies kann erreicht werden, indem sie Menschen in deren Lebenswelt und bei derer durch die Abhängigkeitserkrankung herausfordernden Lebensbewältigung unterstützt und begleitet, Potenziale aktiviert und ggf. neu erschlossen werden. Schliesslich geht es darum, den Klient\*innen eine Lebensführung zu ermöglichen, die sie subjektiv «als gutes» Leben wahrnehmen und objektiv ein Mindestmass an Lebensqualität bietet (Sommerfeld, 2022, S. 7). Abhängigkeitserkrankungen haben viele Auswirkungen auf die körperliche und die psychische Gesundheit sowie auf das soziale Umfeld, privat und beruflich. Die Aufgabe in der Suchthilfe der Sozialen Arbeit ist es die individuellen Schutzfaktoren zu stärken, Risikofaktoren zu vermindern sowie die psychiatrischen und psychosoziale Hilfestellungen sicherzustellen und zu triagieren (Schaber & Steiner, 2021, S. 12).

Jedoch kann die Soziale Arbeit erst ihre Wirkung entfalten und eine Beratung gelingen, wenn diese bedarfsgerechte Hilfe von Seiten der Klientel auch angenommen werden kann. Die Kooperation der Klient\*innen und eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung sind dafür entscheidend. Unterstützende Methoden, um dies zu erreichen, werden im nächsten Kapitel aufgeführt.

### 3 Methodische Beratung im Suchtbereich

Dieser zweite theoretische Teil befasst sich mit methodischen Beratungsansätzen, welche sich im Bereich der Suchthilfe bewähren. Es wird die Relevanz einer gelingenden Arbeitsbeziehung hervorgehoben und mithilfe welcher methodischen Ansätze diese erreicht werden kann. Speziell wird auf die Erkennung der Motive, die Förderung der Motivation und der Problemeinsicht eingegangen. Schliesslich wird der Kontext des Zwanges dargestellt, welcher im Rahmen der Invalidenversicherung nicht gänzlich irrelevant ist.

### 3.1 Gelingende Arbeitsbeziehung

Eine gute bzw. gelingende Arbeitsbeziehung ist ein zentrales Element im Rahmen der sozialarbeiterischen Hilfen im Allgemeinen, im Besonderen auch in der Suchtberatung (Hansjürgens, 2019, S. 31). Ein zentrales Problem bei der Behandlung von Substanzstörungen ist die geringe Motivation der Klient\*innen zur (Verhaltens-)Veränderung. Ohne eigene Motivation seitens der Klientel gestaltet sich eine Problembearbeitung schwierig. Betroffene einer Substanzstörungen haben im Gegensatz zu vielen psychischen oder somatischen Störungen, oft nur ein eingeschränktes Interesse an einer Heilung und an einer aktiven Zusammenarbeit. Viele Klient\*innen kommen erst auf äusseren Druck in Behandlung. Oft wird die Problematik einer Abhängigkeitserkrankung erst recht spät erkannt und die Krankheit selbst schwer akzeptiert (fehlende Problemeinsicht, vgl. Kapitel 3.5) (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 703-704).

Wenn ein Kooperationsprozess von mindestens einem der beiden Akteure als problematisch und nicht wünschenswert erachtet wird, erschwert dies die Zusammenarbeit. In diesem Fall gelingt die Etablierung einer koproduktiven, an einer gemeinsamen Zielsetzung orientierten Arbeitssituation nicht. Hat der\*die Klient\*in grundlegende Bedürfnisse, Ziele oder Motive, die von denjenigen der Fachperson abweichen (Zielkonflikt), ist eine Beratungsbeziehung wenig konstruktiv. Die Förderung der Alltags- und Problemlösungskompetenzen und somit das Erreichen einer Verhaltensveränderung kann nur gelingen, wenn zwischen Fachperson und Klientel ein gemeinsames Problembewusstsein und Handeln zustande kommt (Eser Davolio et al., 2013, S. 27-28). Die Beziehungsgestaltung ist hier insofern von Bedeutung, als dass der Therapeut mit seiner Hilfe die Motivation des Patienten beeinflussen kann (Hansjürgens, 2019, S. 31).

In den nächsten Kapiteln soll darauf eingegangen werden, wie methodisch im Rahmen einer Beratung mit den genannten Problematiken wie der fehlenden Problemeinsicht und/ oder Motivation vorgegangen werden kann, um eine erfolgreiche Arbeitsbeziehung und unterstützende sowie zielführende Beratung zu erreichen.

### 3.2 Motivorientierte Gesprächsführung

Beim bedürfnistheoretischen Ansatz wird davon ausgegangen, dass Sollzustände in Form von Bedürfnissen bestehen, die durch den Organismus Mensch im Rahmen der Selbstregulation angestrebt werden. Dadurch ergeben sich Motive und Ziele, um die Bedürfnisse zu befriedigen (Zobrist & Kähler, 2017, S. 66). Grawe benennt in seiner Bedürfnistheorie (Konsistenztheorie) vier psychische Grundbedürfnisse, welche der Mensch bestrebt ist zu befriedigen: (1) Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, (2) das Bedürfnis nach

Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung, (3) das Bedürfnis nach Bindung, (4) das Bedürfnis nach Luststreben respektive Unlustvermeidung. Wie die übergeordneten Grundbedürfnisse befriedigt werden, hängt von den individuellen Motiven und Zielen sowie den zur Verfügung stehenden Mitteln zu deren Umsetzung ab. Stimmen die Motive und Ziele mit den Bedürfnissen überein, führt dies zum Wohlbefinden des Organismus. Weichen diese jedoch voneinander ab, kommt es zu Spannungen und es wird versucht, konsistenzsichernde Gegenmassnahmen zu treffen. Diese Bedürfnisse bestimmen als oberste Sollwerte das menschliche Verhalten. Eine Fachperson hat die Möglichkeit, dem Klientel im Rahmen einer Beratung bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln. Diese positive Erfahrung fördert die Motivation und die Bereitschaft der Klientel zur Problembearbeitung (Stucki & Grawe, 2007, S. 18). Die Motivierung durch die Befriedigung von Grundbedürfnissen kann als wichtiger Punkt in der Beratung genutzt werden (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 505). Für die Beratung kann von Grawes Ansatz abgeleitet werden, dass die Grundformen der Selbstregulation beachtet werden sollten. Klienten und Klientinnen verfolgen die Ziele am wahrscheinlichsten, wenn diese für ihre Bedürfnisbefriedigung funktional sind. Dieses Wissen bringt eine unmittelbare methodische Auswirkung auf die Beziehungsgestaltung mit sich, die in Form einer motivorientierten Beziehungsgestaltung umgesetzt werden kann (Zobrist & Kähler, 2017, S. 68). Die motivorientierte Beziehungsgestaltung konzentriert sich auf der Beziehungsebene zuerst bewusst auf die Bedürfnisse und Motive der Klientel (Bedürfnisregulation = Selbstregulation), um eine gelingende therapeutische Beziehung zu erreichen, z.B., indem Wertschätzung und Verständnis entgegengebracht, sowie das Selbstwertgefühl gestärkt wird. Mit der vorrangigen Befriedigung der Bedürfnisse bzw. der Motive der Klientel kann wenig konstruktiven Verhaltensweisen entgegengewirkt werden. Erst wenn dies erreicht ist und eine Selbstregulation stattgefunden hat, ist der Klient oder die Klientin offen für andere Ziele. In einem nächsten Schritt kann das eigentliche Thema der Beratung auf der Inhaltsebene angegangen werden. Dieser Zugang ist sowohl ressourcenorientiert als auch konfrontierend-problemtisierend. Die Bedürfnisse und Pläne der Klientel müssen davor zuerst in Gesprächen erfasst werden (Zobrist & Kähler, 2017, S. 120-123).

### 3.3 Motivierende Gesprächsführung

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, ist die Motivation seitens der Klientel entscheidend für einen gelingenden Unterstützungsprozess. Um die Motivation aufzubauen ist es hilfreich, das Verständnis für die Notwendigkeit einer Verhaltensveränderung aufgrund des äusseren Drucks zu wecken, die eigenen Vorteile einer solchen Verhaltensänderung zu finden und die Überzeugung des Klienten oder der Klientin zu stärken, sodass die Veränderung gemeistert werden kann (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 704). Je eher ein Ziel in der subjektiven Vorstellung

aus eigener Kraft erreicht werden kann (Realisierbarkeit), desto höher ist die Motivation und der Handlungserfolg. Diese Selbstwirksamkeitserwartung ist abhängig von früheren Lernerfahrungen und kann reduziert sein, wenn in der Vorgeschichte häufig Misserfolge erlebt wurden. Der Ansatz der motivierenden Gesprächsführung fokussiert deshalb u.a. auf den Aufbau von Zuversicht und Hoffnung beim Klientel, sodass eine Veränderung wahrscheinlich wird (Zobrist & Kähler, 2017, S. 68).

Die motivierende Gesprächsführung wurde für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt. Sie hat starke Wurzeln in der klientenzentrierten Therapie nach Carl Rogers. Das Verstehen der Klientel unter Berücksichtigung ihrer momentanen Sorgen und das Hervorheben von Diskrepanzen zwischen Verhaltensweisen und Wertevorstellungen sind wichtige Punkte. Die Therapeut\*innen schaffen die Bedingungen für Wachstum und Veränderung, indem sie den Klient\*innen die Grundhaltung eines angemessenen einfühlsamen Verstehens (Empathie) und Wertschätzung entgegenbringen. Jedoch verfolgt die motivierende Gesprächsführung im Gegensatz zur klientenzentrierten Therapie andere Ziele. Die Ambivalenzen gegenüber der Veränderung sollen verringert werden und die intrinsische Motivation, sich zu ändern, verbessert werden. In diesem Sinne ist die motivierende Gesprächsführung sowohl klientenzentriert als auch direktiv (Arkowitz, 2010, S. 4). Sie motiviert das Klientel Vor- und Nachteile (Ambivalenz) des akuten abhängigen Verhaltens und einer zukünftigen Abstinenz abzuwägen, um in diesem Prozess für sich selbst Vorteile einer erfolgreichen Behandlung zu finden (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 709). Wichtige Prinzipien, die bei der motivierenden Gesprächsführung im Vordergrund stehen, sind: Empathie ausdrücken, Diskrepanzen aufzeigen, Widerstand umlenken und Selbstwirksamkeit fördern. Dafür nutzt sie zwei spezielle Methoden. Das Gespräch über Veränderung (Change-Talk) und jenes über Selbstverpflichtung (Commitment-Talk) (Arkowitz, 2010, S. 4).

### 3.4 Transtheoretisches Modell

Neben der motivierenden Gesprächsführung gilt als Standard zum Thema Motivation und Veränderung im Bereich einer Beratung das Transtheoretische Modell (TTM) der Veränderung, welches in den 1980er Jahren von Prochaska und DiClemente empirisch erarbeitet und später weiterentwickelt wurde. Es unterstützt Fachpersonen darin, das Klientel von der Absichtslosigkeit zur Aufrechterhaltung der Veränderung zu führen. Es vermittelt vor allem die Erkenntnis, dass hilfreiche Interventionen bereits zu einem Zeitpunkt möglich sind, an dem die betreffende Person, z.B. aufgrund fehlender Problemeinsicht, von sich aus noch kein Interesse an Hilfestellung und Beratung zeigt (vgl. Kapitel 3.5). Das Transtheoretische Modell der Veränderung unterscheidet sechs Stufen der Veränderung, welche aufeinander aufbauen, jedoch nicht regelhaft und nicht vollständig durchlaufen werden müssen (Zobrist & Kähler,



2017, S. 74). In der Stufe der Absichtslosigkeit fehlt das Problembewusstsein. Es gibt keine individuellen bewussten Nachteile des bisherigen Verhaltens und es wird keine Notwendigkeit gesehen, den bisherigen Status zu verändern. In der Stufe der Absichtsbildung geschieht eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Problem. Die Person ist sich des problematischen Verhaltens bewusst, steht der Veränderung jedoch noch ambivalent gegenüber. Die Stufe der Vorbereitung zeichnet sich dadurch aus, dass Vorteile der Veränderung erkannt werden und beabsichtigt wird in unmittelbarer Zukunft zu handeln. Es werden erste Schritte und Vorbereitungen für die Verhaltensänderung unternommen und konkrete Gedanken zur Umsetzung gemacht. In der folgenden Handlungsstufe werden die Vorsätze umgesetzt und das neue Verhalten angewendet. Das Problemverhalten hat sich nun signifikant verändert. Im Stadium der Aufrechterhaltung wird die Verhaltensänderung stabilisiert und in dauerhafte Routinen integriert. In der Weiterentwicklung des Modells, insbesondere in der Suchttherapie, wurde ein weiteres Stadium hinzugefügt: der Rückfall. Dabei kann das neue Verhalten noch nicht stabil angewendet werden und das alte Verhalten setzt sich wieder durch. Der Rückfall symbolisiert ein Wiedereintreten in den Prozess, ist etwas «Normales» und kann prinzipiell in jedem Stadium der Veränderung auftreten (Jähne & Schulz, 2018, S. 29-30).

Es gibt eine gewisse Ähnlichkeit zwischen der motivierenden Gesprächsführung und dem Transtheoretischen Modell. Sowohl bei der motivierenden Gesprächsführung, als auch im TTM wird der Zustand der Ambivalenz als etwas Normales angesehen und versucht diesen in Richtung einer Veränderung aufzulösen (Arkowitz, 2010, S. 3).

### 3.5 Problemeinsicht fördern

Vielen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung fehlt am Anfang häufig die Problemeinsicht, vor allem wenn sie aus Druck von aussen in die Beratung kommen. Eine fehlende Problemeinsicht und damit verbunden eine fehlende Bereitschaft zur Veränderung und Widerstand in der Beratung charakterisieren nach dem TTM von Prochaska & DiClemente das Stadium der Absichtslosigkeit (vgl. Kapitel 3.4). Der wesentliche Faktor für die Veränderungsmotivation ist die Problemeinsicht der Klientel. Die Problemeinsichtsförderung ist deshalb von besonderer Wichtigkeit für die Gestaltung der Beratungsbeziehung und das Gelingen der Beratung. Es gilt zu verstehen, welche Faktoren die fehlende Problemeinsicht beeinflussen. Gründe für eine fehlende Problemeinsicht können sein: (1) Problem wird subjektiv als positiv wahrgenommen, (2) dysfunktionale Einstellungen zum Problem bzw. Verzerrung der Realität, (3) das Problem wirkt sich negativ auf den Selbstwert und löst z.B. Schuld und/ oder Schamgefühle aus.

Beraterische Ansatzpunkte unterscheiden sich je nach genannten Faktoren wie folgt: Bei Nr. 1 wird zuerst die subjektiv bewertete Konsequenz des Problems anerkannt, bevor mögliche langfristige negative Folgen thematisiert werden. Bei Nr. 2. kann die Einstellung z.B. mithilfe von Fragen zu Empirie, Logik und Funktionalität hinterfragt und reflektiert werden, um die Verzerrung der Realität aufzulösen. Bei Nr. 3. muss die Sichtweise des Klienten oder der Klientin ernstgenommen werden, um danach beraterisch darauf reagieren zu können. Dies kann durch das Entgegenbringen von Empathie, Akzeptanz und Wertschätzung geschehen sowie durch die Stärkung der Selbstwirksamkeit (Zobrist & Kähler, 2017, S. 81-85).

### 3.6 Zwangskontext

Im Rahmen der Invalidenversicherung ergeben sich Chancen in Form von Rechten für versicherte Personen, aber auch Pflichten, welchen Sie nachkommen müssen. Werden diese Pflichten in Form von Auflagen nicht erfüllt, kann dies zu Sanktionen führen (siehe Kapitel 4.4). In diesem Zusammenhang kann auch von einem Zwangskontext gesprochen werden. Zobrist und Kähler definieren Zwangskontexte als strukturelle Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit, die zu eingeschränkten Handlungsspielräumen bei Klient\*innen, Fachkräften und Zuweisern führen. Gleichzeitig zeichnen sie sich durch institutionelle Sanktionsmöglichkeiten sowie asymmetrische Machtverhältnisse aus. Es können Interventionen als Zwangselement eingesetzt werden, welche die Autonomie der Klient\*innen einschränken (2017, S. 31).

Im Zwangskontext ist eine gute Auftrags- und Rollenklärung entscheidend. In der Auftrags- und Rollenklärung werden Erwartungen und die Sichtweisen der verschiedenen Beteiligten geklärt. Dabei ist wichtig, dass Klient\*innen im Zwangskontext Klarheit darüber haben, was von ihnen, von der auftraggebenden Stelle und von den Fachkräften erwartet wird. Die Voraussetzung der Beziehung und der Handlungsspielraum, sowie rechtliche Grundlagen und möglich Konsequenzen werden von der Fachkraft offengelegt. Transparenz spielt eine entscheidende Rolle. Der Klientel sollten so viele Informationen wie möglich zugänglich gemacht werden. Dies ermöglicht die Selbstregulation und Befriedigung des Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle (vgl. Kapitel 3.2) (Zobrist & Kähler, 2017, S. 53-55).

Je stärker ein Auftrag auch Angelegenheiten betrifft, die nicht mit Zwang erreicht oder gesteuert werden können, ist die Fachperson auf eine Koproduktion angewiesen (Rosch et al., 2022, S. 79). Umso wichtiger ist es, in diesem Kontext eine gelingende Arbeitsbeziehung zu erlangen und auf diese Weise, eine Koproduktion und Motivation seitens der Klientel zu erreichen (vgl. Kapitel 3.1). Die Sinnhaftigkeit und die Motivation haben in diesem Sinne eine zentrale Bedeutung in institutionellen Zwangskontexten (Zobrist & Kähler, 2017, S. 64). Die in den vorhergehenden Kapiteln beschriebene motivorientierte Beziehungsgestaltung und

Förderung der Problemeinsicht sind am Anfang einer Beratung unter Zwangskontext neben dem Aufbauen eines Vertrauensverhältnisses hilfreich. Sind diese Punkte geklärt und eine Basis für eine gute Arbeitsbeziehung gelegt, kann mit der Umsetzung der Veränderung, z.B. in Anlehnung an die motivierende Gesprächsführung und/ oder des transtheoretischen Modells begonnen werden.

## 4 Die Invalidenversicherung

Im dritten und letzten theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit wird genauer auf die Invalidenversicherung eingegangen und ein Fokus auf die Eingliederungsmassnahmen und Renten gelegt. Weitere Leistungen der IV wie die Früherfassung sowie Frühintervention und die Hilflosenentschädigung (Assistenzbeiträge) werden in dieser Arbeit aufgrund der fehlenden Relevanz für die untersuchte Thematik nicht berücksichtigt.

### 4.1 Zweck der Invalidenversicherung

Im Drei-Säulen-Konzept der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge der Schweiz (Art. 111 BV) ist die Invalidenversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz vom 19. Juni 1959 (IVG) der bedeutendste Pfeiler der Invalidenvorsorge. Die drei genannten sozialen Risiken sind in der Bundesverfassung gleichgestellt und deshalb gemeinsam versichert. Wer in der AHV versichert ist, ist es auch in der IV (Meyer & Reichmuth, 2022, S. 4). Die IV ist der bundesrechtliche Sozialversicherungszweig, welcher auf das Risiko gesundheitlich bedingter Erwerbsunfähigkeit ausgerichtet ist (Meyer & Reichmuth, 2022, S. 15). Damit unterscheidet sie sich von der ALV, welche die wirtschaftlich bedingte Erwerbsunfähigkeit bzw. -losigkeit versichert (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], 2021, N 1023). Ziel und Zweck der IV ist es, die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen zu verhindern, vermindern oder zu beheben. Die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität sollen im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgeglichen werden. Die IV soll zudem zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen (Art. 1a IVG). Sie wird durch Leistungen des Bundes finanziert sowie durch Beiträge der Versicherten, wobei die Arbeitgeber\*innen für ihre Arbeitnehmer\*innen die Hälfte der Beiträge bezahlen (Art. 112 Abs. 3 lit. a BV).

### 4.2 Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen

Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung haben Menschen, die bei der IV versichert sind. Natürliche Personen mit Wohnsitz in der Schweiz oder Personen, die in der

Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben, sowie Schweizer Bürger, welche im Ausland arbeiten, sind für das Risiko Invalidität obligatorisch versichert (Art. 1a Abs. 1 AHVG). Personen, welche Staatsangehörige der Schweiz oder eines EU/ EFTA-Staates sind, aber ihren Wohnsitz woanders haben, steht es offen, sich freiwillig zu versichern, falls sie davor während mindestens fünf aufeinanderfolgenden Jahren obligatorisch versichert waren (Art. 2 AHVG). Jede versicherte Person, die eine Leistung der IV beziehen möchte, muss sich mittels eines amtlichen Formulars bei der zuständigen IV-Stelle anmelden (Art. 29 Abs. 1 ATSG). Davon ausgenommen sind Leistungen der Früherfassung, welche durch ein vereinfachtes Meldungsverfahren nach Art. 3b IVG bezogen werden können. Ist die versicherte Person handlungsunfähig, muss der Anspruch durch die gesetzliche Vertretung geltend gemacht werden (Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], 2022, N 1027).

Um Ansprüche der IV im Bereich der Eingliederungsmassnahmen und der Renten geltend zu machen, muss eine Invalidität vorliegen. Der Eintritt der Invalidität und somit des Versicherungsfalls beginnt, sobald die für die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere für die Begründung des Anspruchs erreicht ist (Art. 4 Abs. 2 IVG). Die versicherungsmässigen Voraussetzungen für den Bezug der verschiedenen Leistungen sind unterschiedlich. Für jede Leistung muss daher einzeln geprüft werden, ob die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (KSVI, 2022, N 2006). Der Invaliditätsbegriff in der IV ist folglich nicht einheitlich, sondern leistungsspezifisch (Meyer & Reichmuth, 2022, S. 220). Zum Beispiel wird für den Rentenanspruch ein Invaliditätsgrad von mindestens 40% vorausgesetzt, für den Anspruch auf Umschulung einer von 20% und in bestimmten Fällen wird für die Frühinterventionen oder Integrationsmassnahmen keine Invalidität verlangt (Frey et al., 2018, Art. 4 N 4).

Eine Invalidität im Sinne der IV (= Anspruch auf Leistungen der IV) setzt erstens die voraussichtliche bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit voraus (Art. 8 ATSG). Zweitens setzt sie einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden voraus, welcher durch Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursacht sein muss (Art. 4 Abs. 1 IVG). Drittens muss ein Kausalzusammenhang zwischen der Erwerbsunfähigkeit oder der Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, und dem körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden bestehen (KSIH, 2021, N 1024). Für das Vorliegen einer Invalidität ist es nicht massgeblich, wodurch sie verursacht worden ist. Die Invalidenversicherung ist in diesem Sinne eine final konzipierte Versicherung. Es braucht ein medizinisches Substrat, das (fach-) ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit kausal und wesentlich beeinträchtigt. Die Massgabe, welche

Leidenszustände eines Menschen welche Leistung der IV auslösen, hängt zu einem bedeutenden Teil vom herrschenden bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell ab, welches durch die zeitgebundene Wertung bestimmt wird (Gerber, 2022, Art. 28 N 184).

Im Gebiet der IV hat die gesundheitliche Beeinträchtigung erst rechtliche Bedeutung, wenn sie sich negativ und in andauernder und erheblicher Weise auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt (Meyer & Reichmuth, 2022, S. 15). Bei Nichterwerbstätigen wird die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (z.B. Haushalt, Studium), der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt (KSIH, 2021, N 1020).

Die Erwerbsunfähigkeit definiert sich durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, welche nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung einen ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeit auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt oder die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, mit sich zieht. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, sofern die versicherte Person die ihr zumutbaren beruflichen sowie medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV ausgeschöpft hat und wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], 2022, N 1118). Eine versicherte gesundheitliche Beeinträchtigung liegt vor, wenn eine ärztliche Diagnose erstellt wurde, welche auf einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem beruht. Es müssen zudem Angaben zum Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung gemacht werden (KSIR, 2022, N 1102). Beeinträchtigt der Gesundheitsschaden die Erwerbsfähigkeit langfristig, ist dieser invalidisierend. Eine invalidisierende gesundheitliche Beeinträchtigung wird nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281) festgestellt (vgl. Kapitel 4.5.2). Für die Bemessung des Invaliditätsgrades ist ausschliesslich die Erwerbsunfähigkeit massgebend und nicht die gesundheitliche Beeinträchtigung (KSIH, 2021, N 2006). Dies im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, welche der Erwerbsunfähigkeit voraus geht. Die Arbeitsunfähigkeit bezieht sich auf eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, welche sich vorerst nur auf die Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich einer zumutbaren Arbeit nachzugehen, bezieht. Wobei bei lang andauernder Arbeitsunfähigkeit auch die zumutbare Tätigkeit in anderen Berufen oder Aufgabenbereichen berücksichtigt wird (Art. 6 ATSG). Die Arbeitsunfähigkeit wird von ärztlicher Seite attestiert, während Erwerbsunfähigkeit und damit die Invalidität und deren Grad durch die IV-Stelle bestimmt wird (KSIH, 2021, N 2005).

### 4.3 Schadensminderungs- und Mitwirkungspflicht

Im Rahmen der Schadensminderungspflicht, muss die versicherte Person aus eigenem Antrieb alles ihr Zumutbare unternehmen, um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt der Invalidität zu verhindern (Art 7. IVG). Die Schadenminderungspflicht bezweckt eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Fähigkeit sich im Aufgabenbereich zu betätigen oder eine neue zumutbaren Erwerbsmöglichkeit aufzunehmen (KSVI, 2022, N 5020). Konkret werden im Art. 7 Abs. 2. IVG verschiedene zumutbare Massnahmen genannt, zu welchen die versicherte Person verpflichtet werden kann. Zu den Massnahmen zählen Massnahmen der Frühintervention, der Integration zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung und der Wiedereingliederung sowie der medizinischen Behandlungen. Ziel der Massnahmen sind die Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes, die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich. Insbesondere muss die versicherte Person jede Möglichkeit wahrnehmen, um eine zumutbare Erwerbstätigkeit zu finden, anzunehmen oder zu behalten, die ihrer Invalidität angepasst ist. Sie muss in ihrer Erwerbsfähigkeit oder ihrem Aufgabenbereich angepasste zumutbare Umstellungen vornehmen, um die verbleibende Arbeitsfähigkeit bestmöglich zu erhalten. Zudem muss sie sich einer zumutbaren medizinischen Heilbehandlung unterziehen, sofern diese geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern (KSIH, 2021, N 1048.1).

Im Rahmen der Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht muss sich eine versicherte Person allen angeordneten zumutbaren Abklärungs- und (Wieder-) Eingliederungsmassnahmen unterziehen, um so aktiv zum Erfolg der (Wieder-) Eingliederung beizutragen. Sie muss z.B. Unterlagen einreichen oder sich medizinischen Untersuchungen unterziehen (KSIH, 2021, Rz 1049). Ferner muss die versicherte Person wahrheitsgetreue Angaben machen und darf sich nicht auf das Aussageverweigerungsrecht berufen (KSIH, 2021, N 1049.1). Bei der Mitwirkungspflicht geht es im Kern darum, dass die versicherte Person der IV die unentbehrliche Unterstützung gewähren muss, damit diese die notwendigen Informationen erhält, um den Leistungsanspruch beurteilen zu können (Fässler, 2017, S. 143).

Als zumutbar gelten alle Massnahmen, welche der (Wieder-) Eingliederung der versicherten Person dienen und dem Gesundheitszustand angemessen sind (Art. 7a IVG). Um die Frage nach der Zumutbarkeit zu klären, müssen die objektiven sowie subjektiven Umstände jedes Einzelnen berücksichtigt werden. Bei den objektiven Umständen sind das Vorhandensein eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer zu berücksichtigen (KSVI, 2022, N 5029). Zu den subjektiven Umständen zählen das Ausmass der verbleibenden Arbeitsfähigkeit, die persönliche Situation (z.B. Alter), die konkrete berufliche Situation sowie die Bindung zum Wohnort. Bei der Beurteilung ist das objektiv Zumutbare massgebend und nicht

die subjektive Wertung der versicherten Person (KSVI, 2022, N 5028). Eine medizinische Behandlung bzw. Eingliederungsmassnahme gilt dann als umso eher unzumutbar, je stärker der Eingriff in die persönliche Integrität der versicherten Person ist (KSVI, 2022, N 5034).

#### 4.4 Sanktionen

Wenn die versicherte Person die Schadensminderungs- oder Mitwirkungspflicht (Abklärungspflichten) durch unentschuld bare Weise verletzt und die zumutbaren Massnahmen nicht erfüllt, können die Leistungen der IV nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden (KSIH, 2021, N 2021). Praxisgemäss ist die Kürzung der Leistung die Regel (Meyer et al., 2014, Art. 7-7b N 47).

Die IV-Stelle erlässt zuerst eine Mahnung. Diese erfolgt in Form einer Mitteilung und ohne Rechtsmittelbelehrung. Hält sich die versicherte Person trotz Mahnung innert der angegebenen Frist nicht an die Pflichten der Schadensminderung, erfolgt die Sanktionierung ihres Verhaltens durch die IV-Stelle (KSVI, 2022, N 5046-47). In gewissen Ausnahmen kann die Leistung ohne Mahnverfahren gekürzt oder verweigert werden. Dies wenn z.B. eine Anmeldung verspätet vorgenommen wurde, die Meldepflicht verletzt, Leistungen zu Unrecht erwirkt oder der IV-Stelle die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe benötigten Auskünfte nicht erteilt wurden (Art. 7b Abs. 2 IVG).

Das Mass der Sanktion, sei es Leistungskürzung oder -verweigerung, muss in Bezug auf das festgelegte Ziel der Eingliederungsmassnahmen bzw. der medizinischen Behandlung verhältnismässig sein (KSVI, 2022, N 5049). Eine Verletzung der Schadensminderungspflicht sowie der Auskunftspflicht liegt nur vor, wenn das Verhalten der versicherten Person unentschuldbar ist. Dies setzt voraus, dass die versicherte Person für ihr Handeln verantwortlich gemacht werden kann. Wenn eine versicherte Person z.B. krankheitsbedingt wegen Geisteskrankheit nicht in der Lage war, ihren Pflichten nachzukommen, sind keine Sanktionen zu verhängen (KSIH, 2021, N 7010). Eine Leistungskürzung oder -verweigerung ist nur so lange angezeigt, als dass das Verschulden der versicherten Person, welches den Eintritt oder die Verschlimmerung der Invalidität zur Folge hat, anhält (KSVI, 2022, N 5054). Der Zweck der beschriebenen Pflichten sowie Sanktionen ist es, zu verhindern, dass die IV mit übermässigem, unverhältnismässigem Schaden belastet wird, der von den Betroffenen hätte vermieden werden können, wenn die zumutbare Sorgfalt aufgewendet worden wäre (Meyer et al., 2014, Art 7-7b N 10).

## 4.5 Verfahren zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen

Anhand einer Abklärung wird festgestellt, ob die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch der IV erfüllt sind. Für die Prüfung und Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen ist die IV-Stelle zuständig. Sie muss vom Amtes wegen alle für den Entscheid erforderlichen Tatsachen feststellen (KSVI, 2022, N 3001).

Die IV-Stelle holt die dafür notwendigen Auskünfte und Unterlagen über den Gesundheitszustand der versicherten Person ein. Im KSVI (2022, N 3009) ist beschrieben, welche Informationen je nach vorgesehener Leistung eingeholt werden:

- Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen und Therapien
- Tätigkeit in Beruf, Haushalt und Freizeit
- Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
- Bereits erfolgte (Selbst-)Eingliederungen
- Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit
- Zweckmässigkeit von Eingliederungs- und Wiedereingliederungsmassnahmen
- Vorhandene oder mobilisierbare Ressourcen aus dem Alltag und dem Umfeld sowie soziale Belastungen
- Finanzielle Situation

Diese Auskünfte holt die IV-Stelle einerseits bei der versicherten Person selbst ein. Diese ist verpflichtet Auskunft über ihre medizinische, finanzielle, persönliche und soziale sowie berufliche und arbeitsmarktliche Situation zu geben (vgl. Kapitel 4.3). Auch über ihr Befinden, ihre Einschränkungen und Ressourcen, die Behandlung und über die behandelnden Ärzt\*innen muss sie die IV-Stelle informieren (KSVI, 2022, N 3016). Andererseits holt die IV die benötigten Auskünfte bei Dritten ein. Dazu zählen beispielsweise Arbeitgeber\*in, Ärzt\*innen, Sozialversicherungsorgane sowie Privatversicherer und Verwaltungs- und Rechtspflegebehörden (KSVI, 2022, N 3017-25).

### 4.5.1 Medizinische Anspruchsvoraussetzungen

Die medizinische Abklärung dient dazu, die notwendigen Informationen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen für den Anspruch auf IV-Leistungen zu ermitteln (KSVI, 2022, N 3048). Da bei Abklärungen zu Abhängigkeitserkrankungen, vor allem auch die medizinischen Anspruchsvoraussetzungen eine tragende Rolle spielen, werden diese an dieser Stelle genauer erläutert. Zur Prüfung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen holt die IV-Stelle zuerst die Arztberichte der versicherten Person bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ein. Eine entscheidende Rolle nimmt im weiteren Prozess der



Regionale Ärztliche Dienst (RAD) ein, welcher die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs beurteilt. Der RAD ist für die medizinische Beurteilung zuständig, ob eine invalidisierende gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt oder nicht (KSIR, 2022, N 1109).

Die Ärzt\*innen aus verschiedenen Fachdisziplinen des zuständigen RADs werden von der IV-Stelle für die Bestandsaufnahme und das weitere Vorgehen miteinbezogen. Sie entscheiden, ob das Einholen von weiteren medizinischen Unterlagen notwendig ist, und ob sich die versicherte Person einer zusätzlichen ärztlichen Untersuchung des RADs unterziehen muss (vgl. Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV]). Kann durch diese Massnahmen die Anspruchsvoraussetzung aus medizinischer Sicht noch nicht abschliessend geklärt werden, empfiehlt der RAD eine erweiterte medizinische Abklärung (externes medizinisches Gutachten) bei einer oder mehreren Fachstellen. In der Regel ist eine erweiterte Abklärung den Versicherten zumutbar und nicht unverhältnismässig, sofern noch nicht ausreichend Unterlagen über den Gesundheitszustand, die Arbeitsfähigkeit oder die Eingliederungsmöglichkeiten vorhanden sind (KSIH, 2021, N 1056-57).

Der RAD stellt für die IV die nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest (KSVI, 2022, N 3016). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit wird die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten in qualitativer und quantitativer Hinsicht beurteilt und begründet. Dies geschieht unter Berücksichtigung aller physischen, psychischen und geistigen Ressourcen der versicherten Person (Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV). Konkret wird dabei abgeklärt, welche beruflichen Tätigkeiten die betroffene Person unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustandes noch ausüben könnte und ob solche Arbeitsmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich vorhanden wären (KSIR, 2022, N 2304).

#### 4.5.2 Das strukturierte Beweisverfahren

Der RAD stellt die funktionelle Leistungsfähigkeit anhand des strukturierten Beweisverfahrens fest (siehe Abbildung 1 ). Das strukturierte Beweisverfahren wird seit BGE 141 V 281 angewandt und ersetzt das vorherige Regel-/ Ausnahme-Modell. Dieses stützte sich auf die im rechtlichen Charakter wertende Überwindbarkeitspraxis. Mit der neuen Praxis wird bei den rechtlichen Anforderungen bezüglich der Anspruchsprüfung versucht, den aktuellen medizinischen Kenntnisse vor allem in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik, gerecht zu werden (E. 3.4, 3.5).

Das strukturierte Beweisverfahren ist anhand verschiedener Indikatoren in der Kategorie des "funktionellen Schweregrades"<sup>1</sup> und der "Konsistenz"<sup>2</sup> der Gesundheitsschädigung aufgebaut (KSIR, 2022, S. 105-108). Konkret werden auf diese Weise sowohl das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch das Kompensationspotential (Ressourcen) eingeschätzt (Urteil BGer 8C\_423/2019 vom 7. Februar 2020 E. 3.2.1). Das Vorgehen dieses indirekten Beweisverfahrens beruht auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise. Die Überwindbarkeitsvermutung wurde aufgegeben. Dafür werden Punkte wie Behandlungserfolg oder -resistenz, Verlauf und Ausgang von Therapien zu wichtigen Indikatoren (E. 4.3.1.2). Diese sind Parameter, um das Ausmass des tatsächlichen Leidensdrucks zu beurteilen (E. 4.4.2). Ebenso werden persönliche und soziale Faktoren der körperlichen, geistigen und psychischen Krankheitsbilder miteinbezogen. Da nicht nur Defizite, sondern das ganze Leistungsprofil mit den Ressourcen und dem Leidensdruck untersucht werden, kann das Beschwerdebild differenzierter betrachtet werden. Dieses Verfahren ist auf alle Arten von Gesundheitsschädigungen anwendbar (KSIR, 2022, N 1005). Es kann von dem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wenn allein durch vorhandene ärztliche Unterlagen eine klare Einschätzung der funktionellen Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit möglich ist (KSIR, 2022, N 1107).

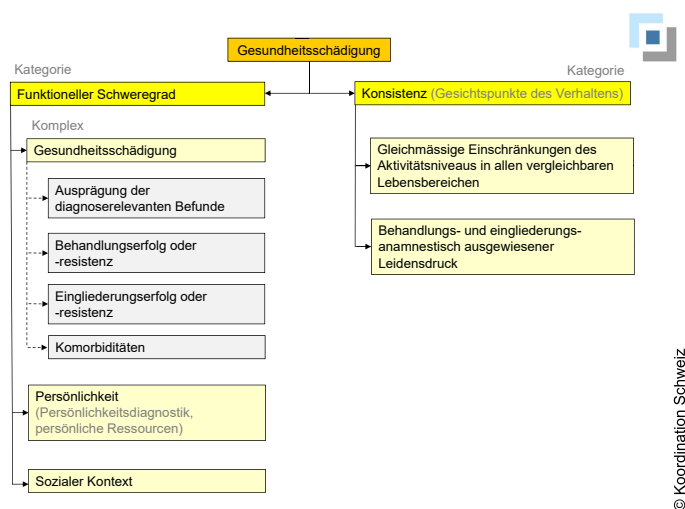


Abbildung 1: Das strukturierte Beweisverfahren (Koordination Schweiz, ohne Datum)

<sup>1</sup> Ausprägung der Gesundheitsschädigung, Behandlungs- und Eingliederungserfolge, Komorbiditäten  
<sup>2</sup> Einschränkungen des Aktivitätsniveaus, Leidensdruck

## 4.6 Anspruchsvoraussetzungen und Leistungen der Eingliederungsmassnahmen

Es gilt allgemein der Grundsatz «Eingliederung vor Rente». Dies bedeutet, es werden zuerst alle möglichen Eingliederungsmassnahmen ausgeschöpft, bevor ein Rentenanspruch entsteht (KSIR, 2022, N 2300). Auch nach einer Rentenzusprache können weiterhin die medizinische, persönliche und erwerbliche Situation überprüft und Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt werden (Art. 8a IVG). Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und Taggelder, wenn dadurch die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, voraussichtlich verbessert, erhalten oder wiederhergestellt werden kann. Zudem muss die Massnahme geeignet sein, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern (Art. 8a Abs. 1 IVG). Im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen gilt eine versicherte Person als invalid, wenn der Gesundheitsschaden, nach den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen, zum ersten Mal die Gewährung einer Leistung rechtfertigt (KSIH, 2021, N 1035).

Die Eingliederungsmassnahmen können in der Schweiz und ausnahmsweise auch im Ausland bezogen werden. Der Anspruch entsteht grundsätzlich, sobald eine Person bei der IV versichert ist (Art. 9 IVG) und frühestens zum Zeitpunkt der Geltendmachung derselben (Art. 10 Abs. 1 IVG). Beziehen versicherte Personen eine Rente, entsteht der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, sobald diese im Hinblick auf das Alter und den Gesundheitszustand angezeigt sind (Art. 10 Abs. 2 IVG). Der Anspruch endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Art. 9 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG) oder wenn die versicherte Person das Rentenalter erreicht oder vom Rentenvorbezug Gebrauch macht (Art. 10 Abs. 2 IVG).

Versicherte Personen haben vor Eintritt der Invalidität einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, unabhängig davon, ob sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Bei der Festlegung der Massnahmen müssen insbesondere das Alter, der Entwicklungsstand und die Fähigkeiten der versicherten Person berücksichtigt werden (Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Der Anspruch auf Leistungen besteht unabhängig davon, ob eine Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich möglich ist, bzw. ob die Massnahmen notwendig sind, die entsprechende Fähigkeit zu erhalten oder zu verbessern (Art. 8 Abs. 2 IVG).

Es existieren fünf unterschiedliche Eingliederungsmassnahmen, welche nachfolgend kurz beschrieben werden:

### 1. Medizinische Massnahmen

Der Umfang der medizinischen Massnahmen beinhaltet ambulante oder stationäre Behandlungen und die dazugehörigen Untersuchungen sowie Pflegeleistungen. Diese

müssen von Ärzt\*innen, Chiropraktiker\*innen oder Personen, die in deren Auftrag Leistungen erbringen, durchgeführt werden. Ferner zählen zu diesen Massnahmen auch medizinisch notwendige Transportkosten sowie Leistungen der Apotheker\*innen bei der Abgabe von verordneten Arzneimitteln (Art. 14 Abs. 1 IVG). Die medizinischen Massnahmen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 14 Abs. 2 IVG).

## 2. Beratung und Begleitung

Anspruch auf Beratung und Begleitung hat die versicherte Person und ihr Arbeitgeber. Der Anspruch auf Beratung und Begleitung besteht nur, wenn die versicherte Person einen Anspruch auf eine Integrationsmassnahme zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung bzw. auf eine Massnahme der beruflichen Art hat, oder wenn gleichzeitig der Anspruch auf eine Rente geprüft wird (vgl. Art. 14<sup>quarter</sup> i.V.m. Art. 8 Abs. 3 lit. a<sup>ter</sup> und lit. b IVG).

## 3. Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung

Die Integrationsmassnahmen lassen sich in zwei Bereiche unterteilen: Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen. Es besteht nur ein Anspruch auf Integrationsmassnahmen, wenn dadurch der Weg für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geebnet wird (Art. 14a Abs. 2 IVG).

## 4. Massnahmen beruflicher Art

Es bestehen eine Vielzahl an beruflichen Massnahmen, wie z.B. die Berufsberatung für versicherte Personen, bei welchen die Berufswahl aufgrund ihrer Invalidität erschwert ist oder welche aufgrund der Invalidität Schwierigkeiten in der Ausführung ihrer früheren Tätigkeit haben (Art. 15 IVG). Eine weitere Massnahme ist die Unterstützung für noch nicht erwerbstätige Versicherte bei ihrer erstmaligen beruflichen Ausbildung. Die IV übernimmt die zusätzlichen Kosten, welche aufgrund der Invalidität entstehen (Art. 16 Abs. 1 IVG). Die Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit oder die Wiedereinschulung der bisherigen Tätigkeit aufgrund der Invalidität ist eine weitere Massnahme der beruflichen Art (Art. 17 IVG). Weiter werden arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes oder der Aufrechterhaltung ihres aktuellen Arbeitsplatzes unterstützt (Art. 18 IVG). Um die tatsächliche Leistungsfähigkeit einer versicherten Person im Arbeitsmarkt abzuklären, kann die IV einen Arbeitsversuch veranlassen. Die versicherte Person bekommt dabei für höchstens 180 Tage einen

Arbeitsplatz zugewiesen und hat während dieser Zeit Anspruch auf Taggeld (Art. 18a IVG). Zusätzlich kann ein\*e Personalverleiher\*in zugezogen werden, um den Zugang zum Arbeitsmarkt für die versicherte Person zu erleichtern (Art. 18a<sup>bis</sup> IVG). Im Falle, dass eine versicherte Person im Rahmen der Arbeitsvermittlung einen Arbeitsplatz findet, ihre Leistungsfähigkeit jedoch noch vermindert ist, zahlt die IV dem Arbeitgeber einen Einarbeitungszuschuss während längstens 180 Tagen (Art. 18b IVG). Schliesslich kann eine Kapitalhilfe für Selbständigerwerbende sowie zur Finanzierung von invaliditätsbedingten betrieblichen Umstellungen gesprochen werden, vorausgesetzt der Versicherte ist eingliederungsfähig und invalid (Art. 18d IVG).

## 5. Die Hilfsmittel

Die versicherte Person hat Anspruch auf Hilfsmittel, welche sie für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, bzw. zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbfähigkeit benötigt. Zusätzlich zählen dazu auch Hilfsmittel für Schulungen und Aus- bzw. Weiterbildungen. Ebenso haben Versicherte, welche infolge der Invalidität in ihrem privaten Alltag eingeschränkt sind, unabhängig von ihrer Erwerbsfähigkeit, ebenso Hilfsmittel zugute (Art. 21 Abs. 1 und 2 IVG). Die Erforderlichkeit des Hilfsmittels resultiert aus dem Gesundheitsschaden (Meyer & Reichmuth, 2022, S. 220). Der Kausalzusammenhang des Gesundheitsschaden und der Erwerbsunfähigkeit muss in diesem Fall folglich nicht gegeben sein.

Massgebend für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und der Leistungsfähigkeit sind die Stellungnahme des RADs und die übrigen Abklärungen (KSIR, 2022, N 2304).

## 4.7 Anspruchsvoraussetzungen und Leistungen der Rente

Liegt eine Invalidität im rechtlichen Sinne vor und erreicht diese einen bestimmten Grad, haben versicherte Personen Anspruch auf eine Invalidenrente. Es besteht nur dann Anspruch auf eine Rente, sofern die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit sich in einem Aufgabenbereich zu betätigen nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederhergestellt, erhalten oder verbessert werden kann. Ist die versicherte Person noch eingliederungsfähig, so kann der Versicherungsfall nicht eintreten (KSIR, 2022, N 1205-06). Ein Rentenanspruch entsteht bei Eintritt des Versicherungsfalls, welcher nach Ablauf einer einjährigen Wartefrist beginnt. Die versicherte Person muss während dieser einjährigen Wartefrist durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig sein und es muss weiterhin eine mindestens 40% Erwerbsunfähigkeit bestehen (KSIH, 2021, N 2021). Der Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist in der Regel nur dann erfüllt, wenn die versicherte Person bei Eintritt des

Versicherungsfalles und der Invalidität mindestens drei Jahre Beiträge bezahlt hat (Art. 36 IVG).

Der Rentenanspruch entsteht frühestens sechs Monate nach Anmeldung bei der IV. In der Regel fällt der Eintritt des Versicherungsfalles mit der Entstehung des Rentenanspruchs zusammen. Bei verspäteter Anmeldung kann der Rentenanspruch jedoch abweichen (KSIH, 2021, N 1034). Der Rentenanspruch endet mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der AHV oder mit dem Tod des Berechtigten (Art. 30 IVG).

Der Invaliditätsgrad bestimmt, auf welche Rente eine versicherte Person Anspruch hat. Zur Bemessung der Invalidität gibt es je nach Situation der versicherten Person unterschiedliche Bemessungsmethoden. Für die allgemeine Methode des Einkommensvergleiches wird bei einer erwerbstätigen, versicherten Person das Erwerbseinkommen, welches sie nach Eintritt der Invalidität durch eine, ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Bei nicht erwerbstätigen Versicherten wie etwa im Haushalt Tätige oder Studierende usw. kommt die spezifische Methode des Betätigungsvergleich zur Anwendung. Es wird verglichen, welche Tätigkeit mit und ohne Gesundheitsschaden ausgeübt werden könnte, und anhand der Differenz wird die Invalidität ermittelt. Ist eine Person teilweise erwerbstätig und in einem anderen Aufgabenbereich tätig kommt die gemischte Methode zum Zug. Dabei kommt die Methode des Einkommensvergleichs und des Betätigungsvergleichs kombiniert zur Anwendung (KSIH, 2021, N 3001). Der Invaliditätsgrad entspricht dem in Prozenten ausgedrückten Verhältnis zwischen Invalideneinkommen und Valideneinkommen (KSIR, 2022, N 3500). Der prozentuale Rentenanspruch wird schliesslich mithilfe folgender Tabelle anhand des Invaliditätsgrades festgelegt. Die Höhe der Renten entspricht der Altersrente der AHV und ist vom durchschnittlichen Jahreseinkommen abhängig (Art. 37 Abs. 1 IVG).

Um die Bemessungsmethode zu bestimmen, muss im konkreten Fall geprüft werden, welche Tätigkeit (Erwerbstätigkeit, Teilerwerbstätigkeit, Tätigkeit im Aufgabenbereich z.B. Haushalt) die versicherte Person ausüben würde, wenn sie gesundheitlich nicht beeinträchtigt wäre. Es müssen sämtliche Gegebenheiten des Einzelfalles geprüft werden. Diese können allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben sein, sowie das Alter, die beruflichen Fähigkeiten, die Ausbildung, sowie persönliche Neigungen und Begabungen der versicherten Person. Auch die allgemeine Lebenserfahrung muss berücksichtigt werden. Insgesamt muss aufgrund objektiver Umstände beurteilt werden, wie die versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Beeinträchtigung entschieden hätte. Entscheidend ist

der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (KSIH, 2021, N 3060).

Invaliditätsgrad	Rentenanspruch (in Prozenten einer ganzen Rente)
40 %	25 %
41 %	27.5 %
42 %	30 %
43 %	32.5 %
44 %	35 %
45 %	37.5 %
46 %	40 %
47 %	42.5 %
48 %	45 %
49 %	47.5 %
50 - 69 %	Der prozentuale Anteil des Rentenanspruches entspricht dem Invaliditätsgrad <sup>1</sup>
70 - 100 %	100 % (ganze Rente)

Abbildung 2 Berechnung des Invaliditätsgrades, (AHV/ IV, 2022, S. 16)

## 4.8 Die Abhängigkeitserkrankungen in der Invalidenversicherung

In diesem Kapitel wird die Entwicklung sowie der aktuelle Stand der Rechtsprechung betreffend die Berücksichtigung von Abhängigkeitserkrankungen in der IV dargestellt.

### 4.8.1 Historischer Abriss

Ab den 1960er-Jahren, mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, wurden Personen mit einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung, anders als Menschen mit anderen psychischen Störungen, vom IV-Rentenbezug und weiteren Leistungen der IV grundsätzlich ausgeschlossen (Librenz et al., 2020, S. 185). Nach der bisherigen Rechtsprechung führten Abhängigkeitserkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, sofern es sich um eine primäre Suchterkrankung handelte. Wie im Kapitel 2.6 ausgeführt wurde, treten Suchterkrankungen häufig in Komorbiditäten auf. Steht die Sucht als Erkrankung im Vordergrund liegt eine primäre Abhängigkeitserkrankung vor. Erst wenn die Abhängigkeitserkrankung Ursache oder Folge eines anderen (anerkannten) körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens war, z.B. Unfall oder Krankheit, wurde sie invalidenrechtlich relevant. In diesem Fall wird von einer sekundären Suchterkrankung gesprochen. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden wurde in diesem Sinne nicht anerkannt, sofern in der Begutachtung hauptsächlich Befunde erhoben wurden, welche sich auf die Sucht abstützten (vgl. hierzu

BGE 145 V 215 E. 4.1 S. 220). Der Ausschluss von Leistungen der IV erfolgte mit der Begründung, dass davon ausgegangen werden kann, eine süchtige Person habe ihren Zustand selbst verschuldet. Die betroffene Person hätte die schädlichen Auswirkungen des Substanzkonsums früh genug erkennen und diesen verhindern können und müssen. Daraus lasse sich eine willentliche Vermeid- bzw. Überwindbarkeit der Sucht an sich, und auch die Überwindbarkeit der dadurch verursachten Erwerbsunfähigkeit ableiten. Weiter könne deshalb bei entsprechender Willensanstrengung, z.B. mit einem Entzug, die Alkohol- bzw. Drogenabstinenz über längere Zeit aufrechterhalten werden. Allfällige Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit durch eine Suchterkrankung könnten folglich abgewendet werden und seien deshalb invalidenversicherungstechnisch irrelevant. (vgl. BGE 145 V 215 E. 4.2 S. 220 f.)

In einer Sachverhaltsabklärung musste in einer medizinischen Begutachtung konkret beschrieben und beurteilt werden, inwieweit Folgeschäden von Abhängigkeitserkrankungen, z.B. psychische oder somatischen Störungen, als primäre Erkrankung vorliegen und ob diese die Kriterien für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden erfüllten (Einschränkung der Arbeitsfähigkeit). Dies, so wurde argumentiert, sei jedoch erst nach einer Entzugsbehandlung und einer längeren Abstinenz beurteilbar. Weswegen häufig eine, in der Regel sechsmonatige, Abstinenz im Rahmen der Schadensminderungs- oder auch Mitwirkungspflicht im Vorfeld einer Leistungszusprache als Auflage verlangt wurde (Librenz et al., 2016, S. 28).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nach alter Rechtsprechung bei einer primären Abhängigkeitserkrankung grundsätzlich kein versicherter Gesundheitsschaden bestand und bei einer möglichen sekundären Abhängigkeitserkrankung eine Abstinenz gefordert wurde, um die primäre Erkrankung untersuchen zu können. Diese Auflage war für viele Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung schwer umsetzbar und führte dazu, dass auch eigentlich anspruchsberechtigten Personen von vornherein eine Abklärung ihres Gesundheitszustandes und die ihnen zustehenden Leistungen verwehrt blieben.

Gleichzeitig äusserten sich Ärzte schon länger kritisch über die bisherige Rechtsprechung, da eine Abhängigkeitserkrankung aus medizinischer Sicht klar zu den psychischen Krankheiten nach ICD-10 zählt (vgl. Kapitel 2.3) (Librenz et al., 2016, S. 22). In Kapitel 2.4 wurden die neurobiologischen Wirkmechanismen und in Kapitel 2.1 die psychische Abhängigkeit und die tatsächlichen Veränderungen im Gehirn beschrieben. Aus diesem Krankheitsbild geht hervor, dass Rückfälle bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ein Teil der Krankheit sind. Und im Kapitel 2.5 wurde festgehalten, dass genetische Dispositionen ebenfalls einen Einfluss auf die Suchtentwicklung haben können. Rückfälle und somit eine Nichteinhaltung von Abstinenz können folglich nicht mit Willensschwäche gleichgesetzt



werden. Weiter wurde aus medizinischer Sicht die Meinung vertreten, dass eine Entzugsbehandlung oder Abstinenz – vor allem bei Opiatabhängigen – nicht in jedem Fall als zumutbar oder ergebnisorientiert als beste Lösung angesehen werden kann. Besonders bei schwerem und langjährigem Verlauf mit zuvor gescheiterten Therapien führt eine Entzugsbehandlung kaum zu einer Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Librenz et al., 2016, S. 31).

#### 4.8.2 Aktuelle Rechtsprechung

Mit BGE 145 V 215 änderte das Bundesgericht 2019 seine Rechtsprechung dahingehend, dass künftig auch eine primäre Abhängigkeit von psychotropen Substanzen grundsätzlich als invalidisierender Gesundheitsschaden in Frage kommt. Mit dem Bundesgerichtsentscheid wird der aktuelle medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand auch vom Bundesgericht anerkannt und somit die Ausnahmestellung dieses Störungsbildes im Vergleich zu anderen psychischen Krankheiten – endlich – aufgehoben (Librenz et al., 2020, S. 186). Im IV-Rundschreiben Nr. 395 (2021, S. 13) ist festgehalten, dass künftig anhand eines strukturierten Beweisverfahrens im Einzelfall abgeklärt werden muss, inwieweit sich das fachärztlich diagnostizierte Abhängigkeitssyndrom auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person auswirkt.

Das Bundesgericht hat seine neue Rechtsprechung zu den Abhängigkeitserkrankungen zudem mit dem Urteil BGer 9C\_309/2019 vom 7. November 2019 weiter präzisiert. Eine Entzugsbehandlung darf im Hinblick auf eine medizinische Begutachtung unter dem Titel der Mitwirkungspflicht im Abklärungsverfahren nicht weiter angeordnet werden (E. 4.2.2). Die versicherten Personen dürfen folglich im Vorfeld einer Begutachtung nicht gezwungen werden, sich einer Entzugsbehandlung zu unterziehen.

Demgegenüber dürfen eine Entzugsbehandlung oder auch andere Therapieauflagen als Behandlungsmassnahme unverändert, sofern zumutbar, jederzeit zur Schadensminderung angeordnet werden. Ob die versicherte Person ihrer Schadenminderungspflicht nachgekommen und ob die Behandlung erfolgreich war, wird durch die IV- Stelle geprüft und kann bei Nichterfüllung zu einer Kürzung oder Verweigerung von Leistungen führen. Die neue Rechtsprechung stellt zudem keinen Neuanmeldungs- oder Revisionsgrund dar. Dies bedeutet, dass rechtskräftig entschiedene Fälle aufgrund der neuen Rechtsprechung weder wiedererwägt noch angepasst werden können. Eine Neuanmeldung kann nur berücksichtigt werden, sofern die versicherte Person eine anspruchrelevante Änderung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen kann (IV-Rundschreiben Nr. 395, 2021, S. 1).

Die neue Rechtsprechung kann als ein wichtiger Schritt in der Entstigmatisierung dieser vulnerablen Patientengruppe verstanden werden. Dieser Entscheid hat eine klinische

alltagspraktische Relevanz für Betroffene in einem IV-Verfahren, da nun keine Behandlungen mehr angeordnet werden dürfen, welche den geltenden medizinischen Leitlinien nicht entsprechen (Librenz et al., 2020, S.183). Auch Hug (2022, S. 21) benennt diesen Entscheid als eine grosse Entlastung für Betroffene und Angehörige. Jedoch existiere das negative Bild von Suchkranken immer noch in vielen Köpfen der Gesellschaft. Durch den Entscheid habe sich der Status von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Sozialversicherung verbessert und damit die Ressourcen der Betroffenen theoretisch erweitert. Rein faktisch bleibt der Zugang zu IV-Leistungen in der Schweiz nach Hug für Menschen mit Suchtproblemen jedoch noch immer schwierig. Herauszufinden inwiefern diese Schwierigkeiten immer noch bestehen, ist wie in der Einleitung beschrieben, Inhalt des Forschungsteils und wird in den folgenden Kapiteln dargelegt.

## 5 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Bachelorarbeit lässt sich von der Forschungsfrage leiten, wie die aktuelle Situation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung hinsichtlich der Geltendmachung von IV-Ansprüchen aussieht und welche Herausforderungen diesbezüglich immer noch bestehen. In diesem Kapitel werden Überlegungen zur Methodenwahl, der Datenerhebung und der Datenaufbereitung, welche gewählt wurden, um die Frage beantworten zu können, genauer vorgestellt.

### 5.1 Datenerhebung und -Aufbereitung

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine qualitative Untersuchung als zielführend erachtet. Als Datenerhebungsmethode wurde das offene, leitfadenorientierte Experteninterview gewählt. Ein Interview mittels Leitfadens ist geeignet, um konkrete Aussagen über ein bestimmtes Themengebiet zu erlangen. Das Wissen wird durch offen gestellte Fragen, auf welche der Interviewte ungebunden antworten kann, gezielt abgeholt (Mayer, 2004, S. 36). Die Orientierung an einem Leitfaden erlaubt einerseits dem\*der Expert\*in seine\*ihre Sicht der Dinge darzulegen, andererseits wird ausgeschlossen, dass das Gespräch sich nicht in Themen verliert, die nichts mit der Forschungsfrage zu tun haben (Meuser & Nagel, 2002, S. 77). Die im Vorfeld festgelegten Unterfragen dienen dazu, konkrete Nachfragen zu stellen, damit alle zentralen Aspekte der Forschungsfrage thematisiert und keine wesentlichen Aspekte übersehen werden. Das Experteninterview zeichnet sich dadurch aus, dass sich der Kontext im institutionellen oder organisatorischen Zusammenhang abspielt, und nicht der Experte als Person im Zentrum steht, sondern dessen Eigenschaft als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld (Mayer, 2004, S. 36). Ein Experte oder eine Expertin verfügt nach Meuser und Nagel (2002) über einen privilegierten Zugang

zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse, welche für die spezifischen Fragen der Forschung relevant sind. Die Expert\*innen sind innerhalb der Organisation nicht auf der obersten Ebene, sondern auf der zweiten oder dritten Ebene zu suchen. Hier werden in der Regel Entscheidungen vorbereitet und durchgesetzt. Zudem ist dort das detaillierteste Wissen über interne Strukturen und Ereignisse vorhanden (S. 72-74).

Als Leitfragen für die Experteninterviews wurden 13-15 Fragen, angepasst an die interviewte Person, ausgearbeitet. Inhaltlich wurden Fragen zur neuen Rechtsprechung gestellt und dazu, welche Aspekte für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung im IV-Prozess herausfordernd sind, und wie sie diesbezüglich bei deren Bewältigung unterstützt werden können, damit eine IV-Abklärung positiv verläuft. Explizit wurde ein Schwerpunkt auf die Mitwirkungs- und Schadensminderungspflicht gelegt, welche sich seit der neuen Rechtsprechung verändert hat. Die jeweiligen Leitfadeninterviews sind im Anhang zu finden.

Die Interviews dauerten zwischen 45-60 Minuten und fanden, mit Ausnahme des Klienteninterviews, in den jeweiligen Geschäftsräumen der Interviewten statt. Das Klienteninterview wurde in einem vom Klienten bevorzugten Restaurant durchgeführt. Zur Nachbereitung wurden die Interviews, nach Einwilligung der befragten Person, auf einem digitalen Tonträger aufgezeichnet.

## 5.2 Stichprobe

Anhand einer Stichprobenziehung wird festgelegt, welche Personen durch die Forschungsarbeit untersucht werden. Bei der deduktiven Stichprobe handelt es sich um ein in der qualitativen Sozialforschung übliches Verfahren. Sie wurde als geeignete Methode für die vorliegende Arbeit gewählt, da sie auf dem Grundprinzip der Varianzmaximierung aufbaut. Bei der Stichprobenziehung können zielgerichtet Personen anhand bestimmter Kriterien ausgewählt und nach ihrer Sichtweise in Bezug auf das zu untersuchende Thema befragt werden (Flick, 2006, S. 91).

Die Kriterien für die Stichprobe wurden aufgrund der Forschungsfrage und den theoretischen Überlegungen festgelegt. Als Ziel dieser Arbeit sollte erforscht werden, wie sich die aktuelle Situation von suchtbetroffenen Menschen bei der Geltendmachung von IV-Ansprüchen darstellt. Für die Forschungsfrage war relevant, dass die Expert\*innen mit der Praxis dieser Thematik und in der Begleitung und Betreuung von Betroffenen im IV-Prozess vertraut sind. Diese Kriterien treffen auf Sozialarbeitende zu, welche Betroffene im Rahmen einer Suchtberatungsstelle begleiten. Nebst einer Person der Sozialen Arbeit sollte, um den rechtlichen Belangen gerecht zu werden, eine Juristin miteinbezogen werden. Schliesslich wurde ein Mann mit einer Abhängigkeitserkrankung ausgewählt, der den IV-Prozess selbst durchlaufen hat und aus erster

Hand von seinen persönlichen Erfahrungen berichten kann. Dies eröffnet nochmal eine andere Sichtweise. Nicht zuletzt geht es auch darum, dass nicht – wie so oft – über, sondern auch mit den Klienten gesprochen wird. Schliesslich soll der Outcome dieser Arbeit den Betroffenen zugutekommen, indem sie kompetent und unterstützend durch den IV-Prozess begleitet werden. Die Suche nach Expert\*innen wurde auf den Kanton Bern begrenzt. Es wurden drei Sozialarbeitende von Suchtberatungsstellen (S1, S2, S3) eine Juristin von einem Rechtsdienst eines Sozialdienstes (J1) sowie ein Klient (K1) befragt.

### 5.3 Datenauswertung

Das Ziel der Auswertung eines Leitfadeninterviews ist es, das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen zu treffen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster. Die Auswertung der Experteninterviews orientiert sich an thematischen Einheiten und an inhaltlich zusammengehörigen Passagen. Die Aussagen der Experten werden im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verortet. Dieser gemeinsame Kontext sichert die Vergleichbarkeit der Interviewtexte. Die Vergleichbarkeit wird zudem über die leitfadenorientierte Interviewführung gewährleistet, welche auf die interessierenden Themen fokussierte (Meuser & Nagel, 2002, S. 80-81).

Als Orientierung für die Auswertung der Leitfadeninterviews diene das fünfstufige Verfahren nach Meuser und Nagel (2002). Die Interviews werden in einem ersten Schritt vereinfacht transkribiert bzw. paraphrasiert. Danach werden den verschiedenen Passagen Überschriften oder Kategorien zugeordnet (kategorisiert). Auf diesem Weg findet eine Verdichtung des Materials statt, und es wird eine Übersicht über den Text gewonnen, welche sich auf die Themen bezieht. In einem weiteren Schritt werden Passagen aus den verschiedenen Interviews, in denen gleiche oder ähnliche Themen behandelt werden, zusammengestellt und die Überschriften vereinheitlicht. Dabei werden sie thematisch verglichen und auf Triftigkeit, Vollständigkeit und Validität geprüft. Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Abweichungen und Widersprüche werden herausgearbeitet. In der Stufe der Konzeptualisierung erfolgt der Prozess der Kategorienbildung mit dem Ziel Relevanzen, Typisierungen, Verallgemeinerung, Deutungsmuster zu systematisieren. Es werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in eine wissenschaftliche Sprache umformuliert. Andere empirische Studien und theoretische Wissensbestände werden in dieser Stufe berücksichtigt. In der letzten Stufe der theoretischen Generalisierung werden die thematischen Zusammenhänge mit Theorien in Verbindung gebracht und interpretiert (S. 83-90).

Durch die angewandte Auswertungsmethode nach Meuser und Nagel entstand eine Kategorisierung der Daten mit folgenden Kategorien:

1. Neue Rechtsprechung
2. Verfahren und Zusammenarbeit mit der IV
3. Mitwirkungs- und Schadensminderungspflicht
4. Medizinische Abklärung
5. Stigmatisierung

Die Aussagen der Befragten wurden anonymisiert und die Interviews mit Buchstaben gekennzeichnet, damit keine Rückschlüsse auf die interviewten Personen und deren Unternehmen gemacht werden können und der Datenschutz gewährleistet ist. Die Darstellung der Ergebnisse wird zudem im Konjunktiv abgebildet, da es sich um fremde Informationen beziehungsweise fremde Aussagen handelt und diese nicht überprüfbar sind (Kunz, 2011, S. 6).

## 6 Ergebnisse und Diskussion

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse dargestellt und diskutiert und mit den in den Kapiteln 2-4 ausgewählten theoretischen Grundlagen verknüpft. Die Forschungsergebnisse können auf diese Weise in einem Gesamtkontext erläutert werden. Die Diskussion wird entlang den fünf erwähnten Kategorien geführt.

### 6.1 Neue Rechtsprechung

Alle Befragten beurteilen die neue Rechtsprechung und Praxis, dass eine Abhängigkeitserkrankung nun als invalidisierend gilt, als positiv und nötig. Endlich bekommen diese Menschen Zugang zu den Leistungen der IV, die Ihnen zustehen.

«Es ist jetzt schon ein großer Fortschritt mit der neuen Rechtsprechung, dass man das Abhängigkeitssyndrom als Krankheit anerkennt. Vorher hat man einfach gesagt, die Sucht ist keine Erkrankung. Es ist einfach eine Sucht: die kann man überwinden und ihr seid selbst schuld. Jetzt sagt man, es ist eine psychische Krankheit und nimmt es auch ernster. Nun ist auf eine Art die Stigmatisierung auch kleiner» (J1, Interview, 24. Januar 2023).

S3 beschreibt den Vorteil für Betroffene folgendermassen:

«Leute, die eine Voll- oder Teilrente und Ergänzungsleistungen erhalten, stehen finanziell eigentlich immer besser da, als wenn sie beim Sozialdienst sind. Der Grundbedarf und die

Mietzinsrichtlinien sind höher. Es sind viel mehr Leistungen, die einem zustehen, die im Sozialdienst übers SIL [Situationsbedingte Leistungen] laufen. Schliesslich hat natürlich, wer berentet ist, die ganzen Auflagen hinsichtlich Reintegration nicht mehr. Es gibt keine Rückzahlungspflicht. Ich habe das Gefühl, dass Leute mit einer Rente einerseits autonomer und andererseits finanziell unabhängiger sind» (Interview, 17. Mai 2023).

Für S3 (Interview, 17. Mai 2023) und S1 (Interview, 19. April 2023) ist das Bundesgerichtsurteil ein grosser Erfolg und der grosse Unterschied bestehe darin, dass eine Abhängigkeitserkrankung nicht mehr verheimlicht werden müsse und überhaupt sein dürfe. S2 (Interview, 24. April 2023) spricht von einem Denkwechsel, der stattgefunden habe. Betroffene, die vorher aufgrund der Suchterkrankung von Anfang an nicht angemeldet wurden, weil sie z.B. die halbjährige Abstinenzpflicht im Namen der Mitwirkungspflicht nicht einhalten konnten, würden nun anhand des strukturierten Beweisverfahren (vgl. Kapitel 4.5.2) wie alle anderen auch geprüft. S1 (Interview, 19. April 2023) und S3 (Interview, 17. Mai 2023) tätigten seit der neuen Rechtsprechung deutlich mehr Anmeldungen. S3 (Interview, 17. Mai 2023) nennt es einen grossen Erfolg, dass rund 13% von den Leuten, die sie zur IV-Anmeldung motiviert haben, eine Rentenzusprache erhielten. Ernüchternd findet S3 (Interview, 17. Mai 2023) jedoch, dass die Renten selten aufgrund der Suchterkrankung, sondern aufgrund anderer psychiatrischer Diagnosen gesprochen würden. Auch S1 (Interview, 19. April 2023) erwähnt, dass bei den meisten Menschen Komorbiditäten eine Rolle spielten. Diese Tatsache bestätigt den in Kapitel 2.6 erläuterte Sachverhalt, dass Suchterkrankungen häufig mit anderen Krankheiten zusammen auftreten. S3 (Interview, 17. Mai 2023) ist der Meinung, dass die neue Rechtsprechung dazu geführt habe, dass überhaupt erst der Anspruch von suchtbetroffenen Menschen auf Leistungen der IV geprüft würde. Die Abhängigkeitserkrankung würde berücksichtigt und wirke sich nicht negativ auf den Entscheid aus. Jedoch wird aus seiner Sicht die Abhängigkeitserkrankung per se immer noch nicht als invalidisierend behandelt. Er mache die persönliche Erfahrung, dass Leute mit einer Suchterkrankung ohne Komorbiditäten selten eine Zusprache erhielten. In diesem Sinne stehe er der Aussage, dass Sucht nun als invalidisierend gelte, skeptisch gegenüber.

K1 erzählt, dass er seine volle IV-Rente aufgrund seiner Suchterkrankung erhalten habe und zieht sein Fazit am Ende der Abklärung folgendermassen:

«Ich glaube ich bin fair behandelt worden. Auch mit der Leistung, die ich jetzt bekomme. Ich hätte ehrlich gesagt nicht mit so viel gerechnet. Es ist eine Bereicherung für mich. Also finanziell und auch psychisch. Ich habe keine Existenzängste mehr. Jetzt freue ich mich auf den Sommer. Ich kann mir in dem Sinne auch etwas mehr gönnen. Man muss nicht mehr jedes Si umdrehen und so. Das ist schon etwas Anderes jetzt» (Interview, 14. April 2023).

## 6.2 Verfahren und Zusammenarbeit mit der IV

Die Art und Weise wie ein IV-Verfahren abläuft, wird von den Expert\*innen in den Interviews aus verschiedenen Gründen als schwierig wahrgenommen. Als zwei Hauptgründe werden einerseits die Kommunikation mit der IV und andererseits die Dauer der Abklärung genannt. Der Kontakt mit der IV verläuft hauptsächlich schriftlich über Entscheide und Auflagen. Die juristische Terminologie, verstünden die Klient\*innen oft nicht. Eine Thematik, die K1 oft an seine Grenzen brachte, war der Briefverkehr mit der IV:

«Die Papiere, die ich bekommen habe, haben mich mehr verwirrt als informiert. Ich bin kein Bürokrat, ich bin ein Handwerker. Ich habe keinen blassen Schimmer von diesen Zahlen und Zeichen, vom ganzen Drumherum» (Interview, 14. April 2023).

Ein grosser Teil, welche Sozialarbeitende leisten, um dieser Überforderung entgegenzuwirken, sei nach S1 (Interview, 19. April 2023) die Übersetzungsarbeit: Informationen für die Betroffenen verständlich zu machen, herunterzubrechen und zu vermitteln. Auch S3 (Interview, 17. Mai 2023) geht ähnlich vor und versucht dort Unterstützung zu bieten, wo am meisten Unsicherheit herrscht, Prioritäten zu setzen, und wenn nötig bei eigener Unsicherheit z.B. an einen Rechtsdienst zu triagieren. Es wurde von allen befragten Sozialarbeitenden angebracht, dass Ihnen dabei eine direkte Ansprechperson bzw. eine Anlaufstelle der IV fehle, wo Betroffene bei Fragen oder Unklarheiten vorbeigehen können und auf offene Ohren stossen würden. Die IV sei für die Betroffenen schwer greifbar, da sie für sie nicht physisch existent sei. S3 (Interview, 17. Mai 2023) spricht von einem «anonymen bürokratisch aufgeblasenen und rechtlich überstrukturierten Konstrukt, welches an der Lebensrealität der Leute vorbei geht». Diese Gegebenheit rufe eine grosse Unsicherheit bei Betroffenen hervor.

Nach S1 (Interview, 19. April 2023) brauche es von Seiten der Betroffenen viel Zeit und Geduld. Eine IV-Abklärung könne gut mehrere Jahre dauern. Während des Prozesses kämen Betroffene nicht selten an ihre persönliche Grenze.

«Ich bin zufrieden mit dem, was ich zugesprochen bekommen habe, aber ich würde es nicht nochmal machen. Es ging knapp vier Jahre und vor allem das mit den Ärzten und die Ungewissheit, hat mich schon manchmal verzweifeln lassen» (K1, Interview, 14. April 2023).

«Bei unseren Klienten ist der Bedürfnisaufschub nicht unbedingt eine Stärke. Man arbeitet dann sehr lange an etwas, dass sehr weit weg ist und man nicht weiss, wie es herauskommt». Betroffene für eine IV-Anmeldung sowie während des Abklärungsprozesses zu motivieren, sei nicht immer einfach» (S1, Interview, 19. April 2023).

S1 (Interview, 19. April 2023) findet das Führen von regelmässigen Beratungsgesprächen wichtig, um aufzuzeigen, welche Chancen und Leistungen die Betroffenen zugute haben. Auch wichtig sei es, die vorhandenen Ressourcen und die Unterstützung aufzuzeigen, welche sie durch die Soziale Arbeit erhalten, um ans Ziel zu kommen. S3 (Interview, 17. Mai 2023) setzt auf Informationsvermittlung und versucht die Vor- und Nachteile sowie die Konsequenzen auf die Lebenslage diesbezüglich aufzuzeigen. Um Ängste abzubauen sei es wichtig, den Klient\*innen (vorgängig) zu vermitteln, dass sie mit der Angelegenheit nicht alleine gelassen werden. Zudem sei nach S2 (Interview, 24. April 2023) eine enge Begleitung, bzw. eine Konstanz notwendig, welche von Anfang bis Ende den Prozess begleite. Dies sei jedoch manchmal schwer umsetzbar, wenn verschiedene Stellen involviert und die zeitlichen Ressourcen eher knapp sind.

In Kapitel 3.2 wurde das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle als eines der vier Hauptbedürfnisse genannt, welches wenn unerfüllt, Stress auslöst. Problematisch ist demzufolge, wenn die Invalidenversicherung nicht ausreichend adressatengerecht kommuniziert. Die Sozialarbeitenden versuchen den hieraus entstehenden Unsicherheiten der Klient\*innen entgegenzuwirken, indem sie eine vermittelnde Rolle übernehmen, sie aufklären und ihnen – falls nötig – anderweitig beraterisch zur Seite stehen. S1 (Interview, 19. April 2023) und S3 (Interview, 17. Mai 2023) erzählen, dass in ihrer Suchtfachstelle hauptsächlich mit motivierender Gesprächsführung (vgl. Kapitel 3.3), mit systemischen Ansätzen und ressourcenorientiert gearbeitet wird.

### 6.3 Mitwirkungs- und Schadensminderungspflicht

Obwohl betreffend Mitwirkungspflicht die Hürden für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung herabgesetzt wurden und, wie in Kapitel 4.8.2 beschrieben, eine Entzugsbehandlung bzw. Abstinenz im Rahmen der Mitwirkungspflicht nicht mehr verlangt werden darf, nehmen die Befragten diese weiterhin als einer der herausforderndsten Faktoren während des IV-Prozesses wahr. S1 (Interview, 19. April 2023) und S3 (Interview, 17. Mai 2023) stellen fest, dass eine fehlende oder mangelnde Mitwirkung einer der häufigsten Gründe für dessen Scheitern darstelle. Wie in Kapitel 4.4 zu den Sanktionen festgehalten wurde, kann die Nichteinhaltung der Mitwirkungspflicht zur Kürzung oder Verweigerung von Leistungen führen.

Das Positive an der Abschaffung der Abstinenzpflicht, sei nach J1 (Interview, 24. Januar 2023), dass die Fälle, in denen es an dieser Vorgabe der Mitwirkungspflicht scheiterte, neu angemeldet werden konnten. Die Herausforderung bestünde nun bei der Einhaltung der Termine für die medizinische Abklärung, welche versicherte Personen wie im Kapitel 4.5.1 beschrieben wurde, als Teil der Mitwirkungspflicht einhalten müssen. S1 nennt verschiedene Gründe, weshalb die



Mitwirkungspflicht diesbezüglich für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung schwer einzuhalten sei:

«Es gehört zu unseren Leuten dazu, dass das Einhalten von Terminen aus verschiedensten Gründen sehr schwierig sein kann. Je nachdem, was es für Komorbiditäten gibt. Z.B. wenn noch ein ADHS vorhanden ist, macht es das nochmal schwieriger mit der Verbindlichkeit. Sicher ein Thema sind andere Tag-Nacht-Rhythmen, dass gerade etwas Anderes Priorität hatte, dass es vergessen wurde, dass vielleicht nicht bewusst war, dass heute schon Mittwoch ist. Scham kann auch immer wieder ein Thema sein» (Interview, 19. April 2023).

Das Wahrnehmen der Termine für die Abklärung stellt folglich für viele suchtbetroffene Menschen eine grosse Herausforderung dar. Neben den von S1 (Interview, 19. April 2023) genannten Gründen finden viele Termine für die medizinische Begutachtung ausserkantonale statt. Dies sei auch nach S2 (Interview, 24. April 2023) eine enorme Herausforderung für gewisse Betroffene und erschwere deren Einhaltung. Auch K1 schildert seine Erfahrung diesbezüglich folgendermassen:

«Am Morgen um 09:00 Uhr dort und dann auf Basel. Das war der reinste Horror, weil Bern ist ein Dorf gegen Basel und vor allem auch bis ich es gefunden habe. Das war jedes Mal eine Belastung. Ich habe mir die Termine einfach so ein bisschen schön getrunken und war gottfroh konnte ich aus der Tür wieder raus» (Interview, 14. April 2023).

Auch J1 (Interview, 24. Januar 2023) ist sich dieser Herausforderung bewusst und erlebte, dass Betroffene dies aus gesundheitlichen oder anderen Gründen nicht prästiert haben. Sie rät in solchen Fällen, das Gespräch mit der IV zu suchen und aufzuzeigen, wieso es für diese Person nicht möglich ist, in eine andere Stadt zu reisen. Um Betroffenen allgemein das Wahrnehmen der Termine zu erleichtern, unterstützt S1 (Interview, 19. April 2023) Betroffene mit Terminerinnerungen oder indem Begleitungen zu den Terminen organisiert werden. S3 (Interview, 17. Mai 2023) und seine Kolleg\*innen erarbeiteten eine Checkliste, welche im IV-Prozess unterstützen soll. In der Checkliste wird mit dem Netz und den Betroffenen klar definiert, wer für welche Aufgaben verantwortlich ist und den Lead übernimmt. Die Checkliste erleichtere es, Verbindlichkeiten herzustellen. Vorab wird mit den Betroffenen abgeklärt, inwiefern sie bei welchen Aufgaben Unterstützung benötigen. Sei es z.B. bei der Erinnerung an und/oder Begleitung zu Terminen oder durch Unterstützung in administrativen Belangen wie z.B. der Abtretung der Post.

Bevor eine Anmeldung erfolge, betont S3 (Interview, 17. Mai 2023), sei es wichtig, zuerst Aufklärungs- und Informationsarbeit bezüglich der möglichen Ansprüche zu leisten, und aufzuzeigen, welches die Rechte und Pflichten während des Verfahrens seien. Auch J1

(Interview, 24. Januar 2023) weist auf die wichtige Stellung der Verbindlichkeit hin, und dass diese entscheidend sei für das Erfüllen der Mitwirkungspflicht. Es sei wichtig, Betroffene darüber aufzuklären, was auf sie zukomme und welche Auswirkungen es habe, wenn sie nicht verbindlich seien. Es sei entscheidend, dass die Klient\*innen wirklich für den Prozess bereit seien und den Einsatz erbringen, den es erfordert. Schliesslich sei bei einem abgelehnten Gesuch bei einer nächsten Anmeldung die Hürde viel höher, da eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden muss.

Nach S3 (Interview, 17. Mai 2023), gibt es Menschen, bei denen das Erfüllen der Mitwirkungspflicht aufgrund ihrer besonders schlechten gesundheitlichen und/oder psychischen Verfassung aussichtslos sei. Diese seien oft nicht erreichbar und nicht in der Lage Termine wahrzunehmen. Eine IV-Anmeldung liege oft nicht im Bereich des Möglichen. In diesem Zusammenhang erwähnten S3 (Interview, 17. Mai 2023) und J1 (Interview, 24. Januar 2023) explizit, dass es Betroffene gebe, die zu krank für die IV seien. Für S3 ist dieser Sachverhalt eines der frustrierendsten Dinge überhaupt:

«Wir haben aber z.T. Leute, die so schwer krank sind, entweder suchtkrank oder anderweitig krank, dass sie nicht mal in der Lage sind, sich therapeutisch so einzubinden, dass man überhaupt eine Abklärung machen kann. Das ist für uns häufig so frustrierend, dass die kränksten Leute keinen Zugang zu diesen Leistungen erhalten, weil sie nicht in der Lage sind einen minimalen Standard an Mitwirkungspflicht zu erfüllen» (Interview, 17. Mai 2023).

Aus medizinischer Sicht und unter Berücksichtigung des Krankheitsgeschehens einer Abhängigkeitserkrankung ist die aktuelle Praxis und wie die Mitwirkungspflicht gehandhabt wird nur schwer vertretbar. Ein typisches Merkmal eines Abhängigkeitssyndroms ist schliesslich, wie es in Kapitel 2.3 beschrieben wurde, die Einengung auf den Substanzgebrauch und Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, wobei unbestritten auch die Einhaltung von Terminen als solche Verpflichtungen angesehen werden können. S3 (Interview, 17. Mai 2023) wünscht sich eine andere Form der Mitwirkungspflicht und ein Umdenken seitens der IV, welches auch dem Krankheitsbild einer Abhängigkeitserkrankung gerecht würde. Die Mitwirkungspflicht müsste niederschwelliger erfüllbar sein und die IV sollte bei der Erfüllung der Mitwirkungspflicht mehr Schritte auf die Leute zugehen, indem sie z.B. Terminbegleitungen anbietet.

Ein weiterer Punkt, welcher die Experten überraschte, war, dass unter dem Deckmantel der Mitwirkungspflicht nach wie vor von den Leuten Urinproben verlangt wurden, um den Konsum zu kontrollieren. J1 teilt ihre Erfahrung mit diesem Sachverhalt wie folgt mit:

«Mich hat das erstaunt, da ja explizit die Mitwirkungspflicht in dem Sinne nicht mehr besteht, dass man abstinenter sein muss, damit sie überhaupt anfangen abzuklären. Aber dann haben sie

[die IV] gesagt, sie wollen einfach schauen, wie der Konsum aussieht. Dann finde ich dies im Rahmen einer Abklärung legitim. Sie gewichten es halt einfach anders» (Interview, 24. Januar 2023).

Nach S1 (Interview, 19. April 2023) mussten vor allem jüngere Personen, in Zusammenhang mit Abklärungen zu Integrationsmassnahmen, Urinproben oder Blutproben abgeben. Um die Leistungsfähigkeit bzw. die Belastung abzuklären, wurde z.T. eine Abstinenz gefordert. Nach den Erfahrungen von J1 (Interview, 24. Januar 2023) war es teilweise schwierig, den Klient\*innen zu vermitteln, dass sie jetzt trotzdem eine Urinprobe abgeben müssen. Klient\*innen, die wussten, dass sie eine positive Probe erhalten würden, hätten sich manchmal geweigert eine abzugeben. Dies führte zum Nichterfüllen der Mitwirkungspflicht und zu einer erfolglosen Abklärung. Grundsätzlich machten S2 (Interview, 24. April 2023), J1 (Interview, 24. Januar 2023) und S3 (Interview, 17. Mai 2023) die Erfahrung, dass bei Suchtbetroffenen eher selten Eingliederungs- bzw. berufliche Massnahmen gesprochen wurden, bevor eine Rente abgeklärt wurde. Dies widerspricht dem in Kapitel 4.6 beschriebenen Grundsatz der Eingliederung vor Rente. J1 (Interview, 24. Januar 2023) vermutet, dass diese Tatsache an den häufig vorliegenden langjährigen Suchtmittelgeschichten liegt. S3 (Interview, 17. Mai 2023) hat das Gefühl, dass dadurch viel Potenzial verloren gehe und S2 (Interview, 24. April 2023) findet dies vor allem für jüngere Betroffene sehr demotivierend.

J1 (Interview, 24. Januar 2023) erzählt von einem Fall, bei dem im Rahmen der Schadensminderungspflicht Abstinenz verlangt wurde. Es wurde argumentiert, dass ein Entzug zumutbar sei, weil die Person diesen z.B. schon mehrmals erfolgreich absolviert hat. Dass Entzugsbehandlungen und andere Therapien im Namen der Schadensminderungspflicht immer noch verlangt werden dürfen, sofern zumutbar, wurde im Kapitel 4.3 festgehalten. Auch S3 spricht von Fällen, bei denen Auflagen sich am Abstinenzparadigma orientierten und findet dies wenig vertretbar:

«Suchterkrankungen sind chronisch verlaufende Krankheiten. Konsumereignisse und sogenannte Rückfälle gehören dazu. Forderung nach Abstinenz entbehren jeglicher pathologischen Grundlage einer Suchterkrankung» (Interview, 17. Mai 2023).

Die Abstinenzorientierung findet er kontraproduktiv. Die Veränderungsabsichten seien entscheidend und mit extrinsischer Motivation erreiche man wenig. S3 (Interview, 17. Mai 2023) empfindet es paradox, dass die IV einerseits sagt, dass sie die Sucht als Krankheit anerkenne, aber andererseits Vorstellungen vermittele, welche das Krankheitsgeschehen nicht berücksichtigen.

Diese Aussage deckt sich mit den Erläuterungen, die in Kapitel 4.8.1 gemacht wurden: aus medizinischer Sicht und aktuellem Kenntnisstand kann eine Entzugsbehandlung oder Abstinenz

keinesfalls in jedem Fall als zumutbar oder ergebnisorientiert und als beste Lösung angesehen werden. Ebenfalls hebt S3 (Interview, 17. Mai 2023) die Wichtigkeit der Veränderungsabsichten hervor, welche mit dem Transtheoretischen Modell der Veränderung (vgl. Kapitel 3.4) Beraterisch erreicht werden können.

Trotz all den möglichen Unterstützungsangeboten seitens der Sozialen Arbeit, welche aufgeführt wurden, kann eine IV-Anmeldung oder Abklärung auch am Willen der betroffenen Person scheitern. Nach J1 (Interview, 24. Januar 2023) gibt es durchaus auch Betroffene, welche keine Krankheitseinsicht haben und bei denen dementsprechend auch keine Kooperation vorliege und es schwierig sei, etwas zu bewirken. J1 (Interview, 24. Januar 2023) sagt dazu, dass im Extremfall ein Beistand ernannt werden könne, damit die Anmeldung über die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde gemachen werden kann. Aber ohne eine minimale Kooperationsbereitschaft seitens der Klientel, kann die Mitwirkungs- bzw. Schadensminderungspflicht während der Abklärung dennoch nicht gelingen. Dies zeigt auf, wie entscheidend eine Kooperation bzw. eine gelingende Arbeitsbeziehung sein kann und was sie bewirken kann. In Fällen von fehlender Problemeinsicht kann es sich anbieten die Problemeinsicht anhand der Vorgehensweisen, wie sie im Kapitel 3.5 beschrieben wurde, zu fördern.

## 6.4 Medizinische Abklärung

Wie im Kapitel 4.5.1 bezüglich der medizinischen Abklärung erläutert wurde, müssen für den IV-Entscheid, neben den externen Begutachtungen, vorgängig unterschiedliche Berichte über den Gesundheitszustand des Klienten oder der Klientin eingereicht werden. Zusätzlich zu der Erfüllung der Mitwirkungspflicht wurde als entscheidender Faktor im Abklärungsverfahren die Qualität dieser fachärztlichen Berichte genannt.

S3 zeigt die Relevanz der Berichte wie folgt auf:

«Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es sehr entscheidend ist, was die Ärzte für Berichte liefern. Je eher man eine sauber abgeklärte ICD-10 Diagnose liefern kann, umso eher wir uns in unseren Berichten zum funktionellen Schweregrad der Einschränkungen äussern können, desto höher sind die Chancen eine Rente zu erhalten. Die IV kann sich schneller ein Bild machen und aufgrund von diesem entscheiden» (Interview, 17. Mai 2023).

J1 (Interview, 24. Januar 2023) teilt die Meinung von S3 und findet es sinnvoll, bei der Anmeldung einen Arztbericht beizulegen, um bei der IV schon etwas vorzuweisen. Es müsse ein gewisser Krankheitsgrad nachgewiesen werden können und ein gewisser Leidensdruck vorhanden sein. Wenn noch keine psychologischen oder psychiatrischen Behandlungen in

Anspruch genommen wurden, sei es fraglich, wie ernsthaft die Erkrankung und wie gross der Leidensdruck sei. Wichtige Indizien seien die Schwere und Dauer der Krankheit, und was schon alles versucht wurde, um von der Sucht loszukommen und wieso dies nicht gelungen sei. Die Behandlungsresistenz sei ein wichtiges Kriterium. Diese Ausführungen von J1 (Interview, 24. Januar 2023) entsprechen den in Kapitel 4.5 aufgeführten Punkten zu der Prüfung und Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen im Abklärungsverfahren und es ist in dem Sinne elementar, diesen ein besonderes Augenmerk zu schenken.

Weiter führt S3 (Interview, 17. Mai 2023) aus, dass diese Berichte oft entscheidender seien als die externen Gutachten, welche nach nur wenigen Treffen erstellt würden. Deshalb sei es förderlich, wenn Sozialarbeitende, die in einer engeren Beziehung zu den Betroffenen stehen, mit den Ärzten zusammenarbeiten und Hinweise geben können. S3 (Interview, 17. Mai 2023) arbeitet in einer Suchtfachstelle mit internen Psychiater\*innen zusammen, was den gegenseitigen Austausch vereinfacht. Die Ärzt\*innen in der Suchtfachstelle haben zudem eine ähnliche Einstellung und Wertevorstellung und sind auf Abhängigkeitserkrankungen sensibilisiert, was sich als vorteilhaft erweise. Werden Berichte jedoch nicht von einem\*r auf Abhängigkeitserkrankung spezialisierten Ärzt\*in geschrieben, hebt J1 (Interview, 24. Januar 2023) hervor, dass es sinnvoll sei, in solchen Fällen direkt mit diesen in Kontakt zu treten. Dieser Austausch kann dazu dienen, auf allfällige „ungeschickte“ Formulierungen hinzuweisen, das Augenmerk auf andere Themen zu lenken oder eine Anpassung zu erbitten, welche für eine qualitative Berichterstattung entscheidend sein könnte. Schliesslich, so S1 (Interview, 19. April 2023), können Ärzt\*innen die Prognose des Berichts stark steuern, je nachdem mit wie viel Wohlwollen beurteilt wird. Auch K1 nahm die Wichtigkeit der Berichterstattung der verschiedenen Stellen wahr:

«Sie [zuständige Sozialarbeiterin] hat auch viel für mich erledigt, auch die Hausärztin und der Psychiater. Briefe geschrieben an die IV. Das war wahrscheinlich sicher zu meinem Guten» (Interview, 14. April 2023).

S3 (Interview, 17. Mai 2023) vermutet zudem, dass ein Bericht, welcher von einem\*r spezialisierten Psychiater\*in erstellt wird, bei der IV ernster genommen wird, als wenn er von einem Hausarzt oder einer Hausärztin erstellt wird.

Aus dem Erwähnten lässt sich schliessen, dass für eine umfassende Berichterstattung grundsätzlich eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein reger Austausch zwischen den beteiligten Hilfspersonen und Stellen wertvoll ist. Ein integriert-integratives Behandlungsmodell, wurde auch von Berthel im Kapitel 2.10, aufgrund der Schnittstellenprobleme, als äusserst wichtiger Aspekt in der Arbeit mit abhängigen Menschen beschrieben. Aus den Interviews geht hervor, dass eine solche Zusammenarbeit vor allem bei Suchtfachstellen gut umsetzbar ist. Ist ein

Betroffener jedoch an keiner Suchtfachstelle angegliedert, wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wahrscheinlich herausfordernder. Förderlich ist zudem, wenn ein\*e Ärzt\*in schon länger involviert ist und auf ein langjähriges Patientenverhältnis zurückblicken kann. Wichtig ist, dass die IV-Abläufe bekannt sind, suchtrelevante Argumente eingebracht, und dargelegt werden kann, wieso eine IV-Massnahme als sinnvoll erscheint.

## 6.5 Stigmatisierung

Am Anfang der Diskussion wurde von J1 zitiert, dass seit der neuen Rechtsprechung und der Anerkennung der Sucht als invalidisierende Erkrankung, die Stigmatisierung kleiner geworden sei. Jedoch wurde gleichwohl ersichtlich, dass Stigmatisierung und das Vorhandensein von Scham auf Seiten der Klientel immer noch eine Thematik ist, welche den IV-Prozess (negativ) beeinflussen kann. S1 (Interview, 19. April 2023) erwähnt, dass Scham ein möglicher Grund für die Nichterfüllung der Termine sein könne. Beschrieben wurde dies auch von J1 im Zusammenhang mit positiv zu erwartenden Urinproben, weshalb Klient\*innen nicht zu den Untersuchungen auftauchten. J1 (Interview, 17. Mai 2023) ist aufgefallen, dass es beim strukturierten Beweisverfahren gewissen Menschen sehr schwer fällt mit der IV zu kooperieren, weil es auf eine gewisse Weise als stigmatisierend empfunden wurde, dass sie invalid sind und nicht gesund wie alle anderen. Diesen Weg zu gehen und die Abklärungen zu machen, damit hätten viele Menschen Mühe. Eindrücke von der medizinischen Abklärung äussert K1 wie folgt:

«Der Neurologe hat mich ausgequetscht wie eine Pflaume (...). Wie gesagt, die Atmosphäre bei allen Ärzten war so. Man hat richtig gemerkt, sie sind zwar da, um das abzuklären, aber ich war einfach der Dreckjunkie. Also so habe ich es wahrgenommen» (Interview, 14. April 2023).

K1 habe vor den Terminen jeweils konsumiert, sonst hätte er diese nicht durchgestanden. Für S3 (Interview, 17. Mai 2023) ist die Stigmatisierung immer noch ein allgegenwärtiges und wichtiges Thema. Betroffene seien aufgrund ihrer Erkrankung oft von Exklusionserfahrungen betroffen. Er nennt klar auch strukturelle Probleme. Wiederkehrend scheitern die Menschen an sozialen Strukturen, indem sie keinen Zugang zu Leistungen bekommen, die ihnen zustehen würden. Die Stigmatisierung geschehe auch durch Hilfesysteme und Institutionen, die sie eigentlich unterstützen sollten. Dies führe zu einem Misstrauen gegenüber (staatlichen) Institutionen und gegenüber Hilfesystemen, was nicht hilfreich sei, wenn er versuche, jemanden zu einer IV-Anmeldung zu bewegen. Im Kap 3.3 über motivierende Gesprächsführung wurde festgehalten, dass Selbstwirksamkeitserwartungen von früheren Lernerfahrungen abhängig sind und reduziert sein können, wenn in der Vorgeschichte häufig Misserfolge erlebt wurden. Dies erklärt, weshalb Betroffene einer IV-Anmeldung ambivalent gegenüberstehen. Zusätzlich führt, wie im Kap 2.9

über Stigmatisierung beschrieben wurde, Selbststigmatisierung zu einem verminderten Selbstwert sowie auch zu einer reduzierter Selbstwirksamkeitserfahrung. S3 (Interview, 17. Mai 2023) betont, dass oft viel Motivationsarbeit notwendig sei, um Betroffene zu einer IV-Anmeldung zu bewegen. Umso frustrierender findet er, dass es während des Abklärungsprozesses wieder zu Stigmatisierungserfahrungen komme. In diesen Fällen versuche er mit den Leuten am Umgang mit der erlittenen Stigmatisierung zu arbeiten, da diese nicht rückgängig gemacht werden kann. Er verstehe auch, dass Betroffenen das Risiko einer Reststigmatisierung nicht auf sich nehmen und die Mitwirkungspflicht deswegen nicht mehr tragen wollen.

Die Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen, welche die befragten Experten beschreiben, spiegeln die in Kap 2.9 beschriebenen Probleme wieder und zeigen, dass die Stigmatisierung von suchtkranken Menschen und auch die damit zu zusammenhängende Selbststigmatisierung und Scham immer noch aktuell ist und im IV-Prozess Nachteile für Betroffene mit sich bringt. Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, ist Scham ein typisches Gefühl bei suchtbetroffenen Menschen. Diese kann auch ein Grund für ein fehlendes Problembewusstsein sein und damit für eine Ablehnung einer IV-Anmeldung (vgl. Kapitel 3.5). Zudem strebt ein Mensch gemäss Grawe (vgl. Kapitel 3.2) nach Unlustvermeidung. In diesem Sinne ist es nachvollziehbar, dass Suchtbetroffene ungern Termine wahrnehmen, welche sie mit unangenehmen Erfahrungen verbinden.

## 7 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden Schlussfolgerungen aus der vorangegangenen Diskussion gezogen und die eingangs gestellten Forschungsfragen abschliessend beantwortet. Daraus werden berufsrelevante Erkenntnisse und Empfehlungen für die Soziale Arbeit abgeleitet. Der Ausblick zur Entwicklung der behandelten Thematik schliesst die Arbeit ab.

Grundsätzlich kann die Anerkennung von Abhängigkeitserkrankungen als invalidisierenden Gesundheitsschaden als Fortschritt angesehen werden. Die Abhängigkeitserkrankung wird als Krankheit ernstgenommen und muss nicht mehr verheimlicht werden. Abhängigkeitserkrankungen und Komorbiditäten werden ohne vorherige Entzugs- bzw. Abstinenzforderungen abgeklärt und es wird, wie bei anderen psychischen Krankheiten, die funktionelle Leistungsfähigkeit beurteilt. Daraus ergeben sich neue Ansprüche und Chancen für versicherte Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die vorher nicht bestanden. Die Situation mit der IV hat sich seit der neuen Rechtsprechung für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung dementsprechend grundlegend verändert. Trotz der Rechtsprechung existieren jedoch bei der Geltendmachung von Eingliederungsmassnahmen und Renten der IV weiterhin Herausforderungen für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die wichtigsten Erkenntnisse aus den Experteninterviews zu den

Herausforderungen und adäquate Handlungsempfehlungen für die Sozialberatung werden nachfolgend aufgeführt.

#### Verfahren und Zusammenarbeit mit der IV:

Die Kommunikation mit der IV verläuft grösstenteils schriftlich und in einer juristischen Sprache, welche viele Betroffene nicht verstehen. Die IV wird als unpersönlich und schwer fassbar wahrgenommen. Klient\*innen sind aufgrund des zurückhaltenden Informationsflusses verunsichert. Zudem stellt die oft langwierige Abklärungsdauer für Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung eine spezielle Herausforderung dar.

#### Handlungsempfehlungen:

- ⇒ Informationsvermittlung und Übersetzungsarbeit leisten
- ⇒ Ressourcen des\*der Klient\*in abklären und vorgängig Unterstützung zusichern und leisten
- ⇒ Regelmässige Beratungsgespräche führen, Vorteile und Chancen benennen
- ⇒ Triage an Rechtsdienst bei rechtlichen Unsicherheiten

#### Mitwirkungs- und Schadensminderungspflicht:

Die Mitwirkungs- und Schadensminderungspflicht ist nach wie vor eine der grössten Herausforderungen für anspruchsberechtigte Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung und erschwert es den Betroffenen, von der neuen Rechtsprechung zu profitieren. Verschiedene Merkmale des Krankheitsbilds wie z.B. das starke Verlangen nach der Substanz (Nichterfüllen der Abstinenz) sowie die Vernachlässigung von Verpflichtungen (Nichteinhalten von Terminen) erschweren den Betroffenen, genügend an den Abklärungen teilzunehmen und die Mitwirkungs- und Schadensminderungspflicht ausreichend zu erfüllen.

#### Handlungsempfehlungen:

- ⇒ Vorgängige Aufklärung über Rechte und Pflichten und mögliche Konsequenzen bei Verletzung der Schadensminderungs- und Mitwirkungspflicht. Minimale Kooperation von Seiten der Klientel muss dringend vorhanden sein
- ⇒ Übersicht mit Checkliste behalten
- ⇒ Kompetenzen und Aufgaben vorgängig zuteilen
- ⇒ Eine Ansprechperson (Lead) bestimmen
- ⇒ Terminerinnerungen und/ oder Terminbegleitungen
- ⇒ Bei Schwierigkeiten, Gespräch mit Ärzt\*innen suchen

#### Medizinische Abklärung:



Die Interviews zeigten auf, dass Arztberichte von sehr unterschiedlicher Qualität vorliegen. Einfluss auf die Qualität kann die Fachspezialisierung, die Erfahrung mit Abhängigkeitserkrankungen, die Ausführlichkeit der ICD-10 Diagnose und die persönliche Einstellung des Arztes oder der Ärztin zur Krankheit haben.

Handlungsempfehlungen:

- ⇒ Gute interdisziplinäre Zusammenarbeit sicherstellen
- ⇒ Überprüfen der Arztberichte hinsichtlich die für die Abklärung benötigten Informationen (z.B. Krankheitsgrad, Behandlungsresistenz und Leidensdruck)
- ⇒ Für allenfalls nötige Anpassungen der Berichte, Gespräch mit Ärzt\*innen suchen

Stigmatisierung:

Die Interviews zeigen, dass Stigmatisierung trotz der rechtlichen Anerkennung von Abhängigkeitserkrankungen noch immer ein grosses Thema ist. Klient\*innen wiederfährt diese einerseits während Abklärungsterminen, andererseits führte Selbststigmatisierung, die Angst vor erneuter Stigmatisierung und Scham dazu, dass Termine erst gar nicht wahrgenommen werden.

Handlungsempfehlungen:

- ⇒ Regelmässige Motivationsarbeit; Ziele und Chancen aufzeigen
- ⇒ Umgang mit Stigmatisierung thematisieren

Wie in der Einleitung beschrieben, sollten gemäss dem Berufscodex die einer Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen bedürfnisgerecht, adäquat und rechtmässig verteilt werden. Gleichzeitig soll das Solidarsystem vor Missbrauch geschützt werden. Auf Praktiken, die unterdrückend, ungerecht oder schädlich sind sowie auf Stigmatisierung soll öffentlich hingewiesen werden (AvenirSocial, 2010, S. 10-11).

Vor dem Ergehen des Leitentscheides BGE 145 V 215 im Jahr 2019 wurde eine Abhängigkeitserkrankung im rechtlichen Sinne nicht als invalidisierend anerkannt. Abhängige waren bei der Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber der IV benachteiligt. Es herrschte die Meinung, dass Abhängige, wenn sie nur wollten, den nötigen Willen aufbringen könnten, um abstinent zu leben. Diese Annahme widerspricht jeglicher medizinischen Grundlage. Abhängige wurden demnach ungerecht behandelt. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine allgemein negativ behaftete gesellschaftliche Einstellung zu Abhängigkeitserkrankungen und die damit einhergehende Stigmatisierung diese Rechtsprechung so lange „am Leben erhalten“ haben. 2019 wurde diese ungerechte Praktik endlich korrigiert und Abhängigkeitserkrankungen werden, wie andere psychische Krankheiten, nach dem strukturierten Beweisverfahren abgeklärt. Damit ist ein erster Schritt

in die richtige Richtung erfolgt und auch die Stigmatisierung von Abhängigen wurde verringert. Die Interviews zeigten jedoch, dass Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung während des IV-Prozesses noch immer vor unterschiedlichen Herausforderungen stehen, welche ihnen die Geltendmachung der Ansprüche erschweren. Die aktuelle Praxis anerkennt den Krankheitswert der Abhängigkeitserkrankungen nur bedingt. Sei es in der Erfüllung der Mitwirkungspflicht, oder dass im Namen der Schadensminderungspflicht immer noch Auflagen angeordnet werden, die sich am Abstinenzparadigma orientieren und somit dem aktuellen medizinischen Wissen widersprechen. Zudem machen betroffene Menschen während den Abklärungen nicht selten weiterhin Stigmatisierungserfahrungen, was sich negativ auf den weiteren Abklärungsprozess auswirken kann. In diesem Sinne herrscht seit dem BGE 145 V 215 noch immer eine Benachteiligung, wenn auch nicht im selben Ausmass wie bis anhin.

Die Soziale Arbeit versucht, wie oben aufgeführt, Ungleichverhältnisse zu verringern. Die erarbeiteten Handlungsempfehlungen dienen dazu, die Erfolgchancen für Abhängige bei der Geltendmachung von IV-Ansprüchen zu vergrössern und so den Missständen entgegenzuwirken. Sie zeigen auf, welche Faktoren Sozialarbeitende im Prozess beeinflussen und inwiefern Betroffene direkt beraterisch unterstützt und begleitet werden können. Trotz der unterstützenden Handlungsempfehlungen kann ein berechtigter Anspruch nicht in jedem Fall geltend gemacht werden. Es gibt Faktoren, die nicht beeinflussbar sind. Einerseits sind dies die Abhängigen selbst. Wenn die Kooperationsbereitschaft oder Krankheitseinsicht sowie die Motivation der Abhängigen fehlt, wird angebotene Hilfe möglicherweise nicht angenommen. Es kann auch nicht in jedem Fall sichergestellt werden, dass die Mitwirkungspflicht erfüllt wird. Verschiedene Merkmale der Erkrankung erschweren deren Erfüllung, auch wenn der Wille grundsätzlich vorhanden wäre. Andererseits kann nur bedingt Einfluss auf die Entscheide und das Vorgehen der IV genommen werden und inwiefern der RAD eine Abhängigkeitserkrankung als invalidisierend beurteilt. Schliesslich darf nicht vergessen werden, dass die Rechtsprechung vergleichsweise neu ist, und auch die IV sich noch in einem Lernprozess befindet. Es braucht möglicherweise zusätzliche Zeit, bis die genaue Handhabung und Umsetzung der neuen Rechtsprechung und die Auslegung der Mitwirkungs- und Schadensminderungspflicht innerhalb der IV geklärt und vereinheitlicht und allenfalls auch noch angeglichen wird.

Bis dahin ist es wichtig, dass Sozialarbeitende und weitere Professionelle sich im Bereich des Möglichen und Veränderbaren aktiv für die Rechte von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung einsetzen. Voraussetzung dafür ist, dass Sucht als Krankheit ernstgenommen wird. Einen wichtigen Schritt in der Entstigmatisierung und Anerkennung der Abhängigkeitserkrankung als Krankheit hat vor kurzem das Spital Münsterlingen in Thurgau getroffen. Das Schweizerische Radio und Fernsehen berichtete, dass dort neu bei Spitaleintritt

Patienten beim Erschliessen der Diagnose zu risikoreichem Alkoholkonsum befragt und wenn gewünscht Hilfsangebote weitervermittelt werden. Dies, weil Abhängigkeitserkrankungen oft unentdeckt bleiben. Das Spital Münsterlingen gilt als Vorreiter. In vielen anderen Spitälern werde eine Alkoholabhängigkeit oft nicht direkt angesprochen, da es immer noch ein Tabuthema sei (2023).

Mit dieser Suchtpräventionsmassnahme können meines Erachtens auch Menschen erreicht werden, welche nicht an einer Fachstelle angegliedert sind und daneben keine Hilfsangeboten von sich aus in Anspruch genommen hätten. Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung können so einerseits an eine Suchtfachstelle vermittelt werden, welche unter anderem berechnete IV-Ansprüche prüft. Andererseits kann mithin eine Abhängigkeitserkrankung frühzeitig erkannt werden. Dieses Beispiel des Spitals zeigt auf, wie entscheidend eine Sensibilisierung gegenüber der Abhängigkeitserkrankung neben Professionellen im Suchtkontext auch bei anderen Professionen ist und was damit bewirkt werden kann, wenn eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gepflegt wird.

In diesem Sinne kann an verschiedenen Orten, in kleinen Stücken die Stellung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Gesellschaft verbessert werden. Liel (2020, S. 71) hält fest, dass wenn im Einzelnen gezielt die Verminderung der Ungleichheit gefördert wird, dies auch auf der Makroebene zur Verbesserung der Gesundheitschancen beiträgt. Trotzdem ist nach Grob (2021, S. 6) zu berücksichtigen, dass die Problematik der Sucht kein individuelles Problem ist, sondern ein gesellschaftliches, welches häufig mit komplexen Lebenslagen verbunden ist und auf politischer und gesellschaftlicher Ebene ebenfalls angegangen werden muss. Wie dies auch im Kapitel 2.8 ausgeführt wurde, sind Bildung, Armut und soziale Isolation wichtige Faktoren, die zum Problem Sucht beitragen und deshalb auch bei einer Analyse und Lösungsansätzen für die Verbesserung der Situation von Süchtigen berücksichtigt werden müssen. Auf diese Weise könnten auch die Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung angegangen werden und nicht erst die Auswirkungen.

## 8 Literatur- und Quellenverzeichnis

- AHV/ IV (2022). *Leistungen der Invalidenversicherung*. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.01.d>
- Arkowitz, H. (Hrsg.). (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen* (1. Aufl.). Beltz.
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*.
- Batra, A., & Bilke-Hentsch, O. (2016). *Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (2. Aufl.). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-004-129735>
- Becker, D., & Bernecker, K. (2020). Wenn das Glas Wein am Abend der einzige Weg zur Entspannung ist. *SuchtMagazin*, 46(6), 19–22. <https://doi.org/10.5169/SEALS-914155>
- Berthel, T. (2021). Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 11–15). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Berthel, T., Vogel, F., & Kläusler, C. (2015). Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe. *SuchtMagazin*, 41(1), 13–17. <https://doi.org/10.5169/SEALS-800772>
- Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (SR 830.1)
- Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (SR 831.10)
- Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (SR 831.20).
- Dilling, H., Cooper, J. E., & Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2001). *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10* (2., korrigierte und erg. Aufl.). Huber.
- Eser Davolio, M., Guhl, J., & Rotzetter, F. (2013). „Erschwerte Kooperation“ in der Sozialhilfe: Sozialarbeitende und Sozialhilfebeziehende im Spannungsfeld zwischen strukturellen Belastungen und Professionalität. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 15, 27–43.

- Fässler, P. (2017). Schadenminderungsauflagen und Leistungsverweigerung im Abklärungsverfahren? *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge*, 2, 137–165.
- Flick, U. (2006). *Sozialforschung: Methoden und Anwendungen* (5. Auflage). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Frey, F., Mosimann, H.-J., & Bollinger, S. (2018). *AHVG/IVG: Kommentar: Bundesgesetze über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Invalidenversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) mit weiteren Erlassen* (1. Auflage, Stand der Gesetzgebung: 1. April 2018, Stand der Praxis: 31. Dezember 2017). Orell Füssli Verlag.
- Frischknecht, U. (2023). Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen. *SuchtMagazin*, 49(1), 4–10.
- Gerber, K. (Hrsg.). (2022). *IVG: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Die Renten (Art. 28-41)*. Stämpfli Verlag.
- Gremminger, S. (2021). Sucht ist (auch) ein soziales Problem. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 17–20). Springer VS.
- Grob, A. (2021). Politische Arbeit konkret. *SozialAktuel: Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, 8, 5–6.
- Haasen, C., Kutzer, A., & Schäfer, I. (2010). Was verstehen wir unter Sucht. *Bundesgesundheitsblatt*, 53(4), 267–270.
- Hansjürgens, R. (2019). Entstehung der Arbeitsbeziehung in der Suchtberatung. *SuchtMagazin*, 45(3), 31–36. <https://doi.org/10.5169/SEALS-865662>
- Heinz, A., Gül Halil, M., Gutwinski, S., Beck, A., & Liu, S. (2022). ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 93(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01071-7>
- Hug, S. (2022). Zwischen Bereichs- und Professionsethik: Normative Zielhorizonte Sozialer Arbeit im Suchtbereich. *SuchtMagazin*, 48(3), 19–23.
- IV-Rundschreiben Nr. 395: Strukturiertes Beweisverfahren bei Abhängigkeitssyndromen und

- Umgang mit Entzugsbehandlungen vom 28. November 2019 (aktualisiert per 01.07.2021).
- Jähne, A., & Schulz, C. (2018). *Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung: Für Beratung, Therapie und Coaching*. Junfermann Verlag.
- Koordination Schweiz (ohne Datum). Gefunden am 5. August 2023, unter [https://www.koordination.ch/fileadmin/files/ausbildung/ivgrad/eu\\_indikatoren\\_logo.pdf](https://www.koordination.ch/fileadmin/files/ausbildung/ivgrad/eu_indikatoren_logo.pdf)
- Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung gültig ab 1. Januar 2022 (Stand 1. Juli 2022) (SR 318.507.03 d).
- Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung gültig ab 1. Januar 2015 (Stand 1. Januar 2021) (SR 318.507.13 d).
- Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung gültig ab 1. Januar 2022 (Stand 1. Juli 2022) (SR 318.507.13 d).
- Kunz, D. (2011). *Sozialarbeiterische Berichterstattung*. (Unveröffentlichtes Unterrichtsskript). Hochschule Luzern, Soziale Arbeit.
- Liel, K. (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit. In R. Gassmann (Hrsg.), *Sucht: Bio-psycho-sozial*. Kolhammer.
- Mayer, H. O. (2004). *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung* (2. Aufl.). Oldenburg.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews—Vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner (Hrsg.), *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71–94). Leske + Budrich.
- Meyer, U., Meyer, U., Reichmuth, M., Stauffer, H.-U., & Cardinaux, B. (2014). *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)* (3. Aufl.). Schulthess.
- Meyer, U., & Reichmuth, M. (2022). *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG* (4. Auflage). Schulthess.
- Muth, L. (2023). *Ermittlung der Teilhabeförderung und des Finanzierungsbedarfs bei Chronisch Mehrfachgeschädigt/Mehrfachbeeinträchtigt Abhängigkeitskranken: Modellierung und Evaluation eines Instrumentes (IBUT-CMA)*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-39487-5>

- Ridinger-Johann, M., & Walter, M. (2014). Sucht und komorbide Störungen. *SuchtMagazin*, 50(1), 4–7. <https://doi.org/10.5169/SEALS-800079>
- Rosch, D., Fountoulakis, C., & Heck, C. (Hrsg.). (2022). *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (3., aktualisierte Auflage). Haupt Verlag.
- Schaber, & Steiner. (2021). Nach der Pandemie – sind die Probleme dann weg? *SozialAktuell: Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, 8, 10–15.
- Schomerus, G., Bauch, A., & Elger, B. (ohne Datum). *Memorandum: Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden*. DG Sucht.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit der Schweiz Monitoring 2016*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizer Radio und Fernsehen. (2023). *Kritischer Alkoholkonsum als Nebendiagnose im Spital: Pilotprojekt Alkoholprävention*. <https://www.srf.ch/news/schweiz/pilotprojekt-alkoholpraevention-kritischer-alkoholkonsum-als-nebendiagnose-im-spital>
- Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin [SSAM] (Hrsg.). (2009). *Neurowissenschaften und Sucht*. CoRoMA.
- Sommerfeld, P. (2022). Funktion und Wirkung: Zwei Eckpfeiler professioneller Interventionsgestaltung. *SuchtMagazin*, 48(3), 4–13.
- Stucki, C., & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung: Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. *Psychotherapeut*, 52(1), 16–23. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0507-9>
- Tretter, F. (2017). *Sucht: Gehirn. Gesellschaft. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*.
- Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (831.201).
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer.
- Zobrist, P., & Kähler, H. D. (2017). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten: Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.

## 9 Anhang

### A: Leitfadeninterview für Sozialarbeitende

Name

Ort, Datum:

Firma:

1. Ich bitte Sie, sich und Ihre Funktion hier kurz vorzustellen.
2. Wie oft haben Sie in ihrem Alltag Fälle zum Thema IV und Sucht?
3. In welcher Form unterstützen Sie Klienten im IV-Prozess?
4. Seit 2019 kann Sucht auch ein invalidisierender Gesundheitsschaden sein und grundsätzlich zu einer IV-Rente führen. Was wissen Sie darüber?
5. Können Sie seit der neuen Rechtsprechung 2019 eine Veränderung in der Praxis feststellen?
6. Was ist Ihre Erfahrung im Zusammenhang mit der Geltendmachung von Massnahmen und Renten für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung?
  - a. Können Sie Beispiele benennen?
  - b. Was sind die Schwierigkeiten bei der Geltendmachung der Ansprüche?
  - c. Unter welchen Voraussetzungen ist die Geltendmachung der Ansprüche erfolgreich?
7. Welche Aspekte fallen Ihnen auf mit Blick auf Schadensminderung und Mitwirkungspflichten?
  - a. Welche Erfahrungen machen Sie und wo sehen Sie heute Herausforderungen?
  - b. Welche Auflagen im Sinne der Schadensminderungspflicht und Mitwirkungspflicht kommen häufig vor und als wie zielführend erachten Sie diese?
  - c. Wie unterstützen Sie die Klienten konkret in der Erfüllung der Auflagen?
  - d. Inwieweit haben Sie Veränderungen festgestellt mit Blick auf die Auflagen zu Abstinenz?
8. Wie gehen Sie mit Klienten um, die Auflagen nicht erfüllen können oder wollen oder sich nicht bei der IV anmelden wollen?
  - a. Methodisches Vorgehen?
9. Auf welche Ressourcen greifen Sie zurück, um die Klienten bestmöglich zu unterstützen?
10. Haben Sie Tipps, welche die Zusammenarbeit mit der IV erleichtern, bzw. die Erfolgchancen für einen positiven Entscheid erhöhen?
11. Wo sehen Sie im Helfer\*innennetz Möglichkeiten und Ressourcen, um die Situation zu verbessern, bzw. die Klient\*innen bestmöglich zu unterstützen?
12. Welche Empfehlungen haben Sie generell für die Begleitung von Menschen im IV-Verfahren? Können Sie diese nochmal zusammenfassen?



13. In welchem Bereich bräuchten Suchtkranke Ihrer Erfahrung nach zusätzlich Unterstützung, die heute nicht gewährt werden kann?
14. Gibt es noch weitere Punkte zu der diskutierten Thematik, die wichtig sind und Sie gerne noch erwähnen möchten?
15. Darf ich Sie bei Fragen oder Unklarheiten zu einem späteren Zeitpunkt nochmals kontaktieren?

## B: Leitfadeninterview für Juristin Rechtsdienst

Name

Ort, Datum:

Firma:

1. Ich bitte Sie, sich und Ihre Funktion hier kurz vorzustellen.
2. Wie läuft die Bearbeitung der Fälle von Ihrer Seite her genau ab?
3. Wie oft und in welcher Form haben Sie in ihrem Alltag Fälle zum Thema IV und Sucht?
4. Können Sie, seit der neuen Rechtsprechung 2019, eine Veränderung in der Praxis feststellen?
5. Wie ist Ihre persönliche Meinung als Fachperson zu der Änderung der Rechtsprechung?
6. Was ist Ihre Erfahrung im Zusammenhang mit der Geltendmachung von Massnahmen und Renten für Suchtkranke?
  - a. Können Sie Beispiele benennen?
  - b. Was sind die Schwierigkeiten bei der Geltendmachung der Ansprüche?
  - c. Unter welchen Voraussetzungen ist die Geltendmachung der Ansprüche erfolgreich?
7. Welche Aspekte fallen Ihnen auf mit Blick auf Schadensminderung und Mitwirkungspflichten?
  - a. Welche Erfahrungen machen Sie und wo sehen Sie heute Herausforderungen?
  - b. Welche Auflagen im Sinne der Schadensminderungspflicht und Mitwirkungspflicht kommen häufig vor und als wie zielführend erachten Sie diese?
8. Inwieweit hat man Veränderungen festgestellt mit Blick auf die Auflagen gegenüber der Versicherten zu Abstinenz?
9. Haben Sie Tipps, welche die Zusammenarbeit mit der IV erleichtern, bzw. die Erfolgchancen für einen positiven Entscheid erhöhen?
10. Was ist für Sie grundsätzlich zu beachten bei der Geltendmachung von Ansprüchen für suchtbetroffene Menschen?
11. Was kann die Soziale Arbeit dazu beitragen, die Situation zu verbessern, bzw. wie kann sie die Betroffenen bestmöglich zu unterstützen?
12. Haben Sie Tipps, welche die Zusammenarbeit mit der IV erleichtern, bzw. die Erfolgchancen für einen positiven Entscheid erhöhen?
13. Gibt es noch weitere Punkte zu der diskutierten Thematik, die wichtig sind und Sie gerne noch erwähnen möchten?
14. Darf ich Sie bei Fragen oder Unklarheiten zu einem späteren Zeitpunkt nochmals kontaktieren?

## C: Leitfadeninterview für Klient

Name

Ort, Datum:

1. Ich bitte Sie, sich kurz vorzustellen.
2. Weshalb haben Sie eine Rente bei der IV beantragt?
3. Welche Leistungen der IV erhalten Sie momentan?
4. Was hat sich für Sie seit der Rente verändert?
5. Wie ist der ganze Prozess von der Anmeldung bis zum Erhalt der Massnahmen/ Rente verlaufen?
  - a. Wo traten Schwierigkeiten auf, was lief gut?
6. Inwieweit und von wem wurden Sie im Prozess unterstützt?
7. Wo war die Unterstützung hilfreich, wo sehen Sie noch Verbesserungspotenzial?
8. Woran mögen Sie sich erinnern, was von Ihnen verlangt wurde in der Abklärung?
  - b. Wie haben Sie diese erlebt?
  - c. Als wie sinnvoll und zielführend empfanden Sie diese?
  - d. Wo kamen Sie an Ihre Grenzen?
9. Wie erlebten Sie die Zusammenarbeit mit der IV?
10. Wie können Betroffene wie Sie besser unterstützt werden?
11. Was hätte Ihnen im IV-Prozess zusätzlich geholfen?
12. Gibt es noch weitere Punkte zu der diskutierten Thematik, die wichtig sind und die Sie gerne noch erwähnen möchten?
13. Darf ich Sie bei Fragen oder Unklarheiten zu einem späteren Zeitpunkt nochmals kontaktieren?