



Swiss Society of Addiction Medicine  
Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin  
Société Suisse de Médecine de l'Addiction  
Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze

**Praktischer Leitfaden zum  
Verfassen eines IV-Berichts  
mit besonderer  
Berücksichtigung von  
suchtmedizinischen  
Fragestellungen**

MÄRZ 2022

SSAM SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT  
FUER SUCHTMEDIZIN

CLAUDINE AESCHBACH, ALEXANDER WOPFNER, ANDRE KUNTZ

## Inhalt

Vorwort .....	2
Allgemeine Hinweise: .....	3
Zu den einzelnen Fragen des ärztlichen IV-Berichtes: .....	3
Diagnosen .....	3
Anamnese .....	4
Ärztlicher Befund .....	5
Prognose .....	6
Gegenwärtige Behandlung .....	6
Empfehlungen für die zukünftige Therapie .....	6
Arbeitsunfähigkeit .....	7
Körperliche, geistige und psychische Einschränkungen .....	8
Medizinische Massnahmen bei der Beruflichen Wiedereingliederung .....	9
Umgang mit ablehnenden Entscheiden / wann wird eine Neubeurteilung sinnvoll? .....	9
Schadenminderungsmaßnahmen .....	9
Strukturierte Beweisführung und Standardindikatoren .....	10
Literaturverzeichnis .....	11

## Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen

11.7.2019: Das Bundesgericht ändert seine Rechtsprechung bezüglich des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung (1) bei Vorliegen einer Suchterkrankung. Künftig ist wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen anhand eines strukturierten Beweisverfahrens (2) abzuklären, ob sich eine fachärztlich diagnostizierte Suchtmittel- abhängigkei auf die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person auswirkt.

Dieses lange erwartete Urteil ermöglicht Menschen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden und dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig sind, endlich das Recht zu bekommen, Leistungen der Sozialversicherung, insbesondere der Invalidenversicherung zu beanspruchen und – falls sie funktionell eingeschränkt sind - zu erhalten. Vor diesem Urteil wurden abhängige Personen jeweils mit einem Satz von der Invalidenversicherung ausgeschlossen: die Person soll abstinent sein, dann kann sie arbeiten!

Allerdings heisst dies nicht, dass jetzt jede Person mit einer Abhängigkeit eine Rente bekommt oder den Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen hat. Wie bei allen anderen Erkrankungen bzw. Diagnosen müssen die Funktionseinschränkungen beschrieben und belegt und die Plausibilität der Einschränkungen mittels strukturiertem Beweisverfahren – siehe Urteil – hergeleitet werden.

Viel zu oft wird das Berichtswesen in der Medizin als mühsam erlebt und so «nebenbei» erledigt und die Ärztinnen und Ärzte sind sich nicht bewusst, wie wichtig ihre Aussagen in einem Bericht für die Patientinnen und Patienten sind. Für die Lebensqualität unserer Patientinnen und Patienten ist der Ausgang einer IV-Abklärung oft so bedeutsam, wie die Ergebnisse der Behandlung selbst. Aktuell wirken finanzielle Anreize der Leistungsträger und bestehende Stigmata wie ein Gegenwind bei der Beurteilung der versicherungsrechtlichen Ansprüche unserer Patientinnen und Patienten. Um ihre Chance auf eine faire Behandlung intakt zu halten, gilt es die weichenstellenden Berichte mit angemessener Sorgfalt und Engagement zu verfassen.

Dieser Leitfaden soll Kolleginnen und Kollegen aller Erfahrungsstufen und Disziplinen fachliche Hinweise geben, wie eine strukturierte Beweisführung bei Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt wird.

Der Leitfaden orientiert sich an der Struktur eines IV Arztberichtes. Auf die versicherungsrechtliche Bedeutung der einzelnen Fragen wird dabei ebenso eingegangen wie auf fachliche Hinweise zu deren Beantwortung bei Abhängigkeitserkrankungen.

## Allgemeine Hinweise:

### Konsistenz (3)

Dieser Begriff wird bei der Rechtsgültigkeit von ärztlichen Berichten und insbesondere Gutachten immer wichtiger. Dabei muss dargelegt werden, dass die subjektiven Angaben des Probanden plausibel sind und seine Einschränkungen einem psychiatrischen Krankheitsbild entsprechen. Dass seine Schilderungen seiner Einschränkungen keiner Aggravation entsprechen. Besondere Bedeutung kommt dabei der Schilderungen der Einschränkungen in allen Lebensbereichen dar. z.B. auch bei Arbeiten im Haushalt oder bei der Kinderbetreuung und Freizeit.

Die Einschätzung muss mit objektiven Befunden unterlegt werden. Funktionseinschränkungen, die nur subjektiv beschrieben werden, haben für sich allein keine Beweiskraft. Nur die Gesamtschau von subjektiver Beschwerdeschilderung, objektiven Befunden und Anamnese, die eine in sich konsistente Diagnose ermöglichen, ergeben eine schlüssige Beurteilung, die einen juristischen Stellenwert hat.

Unsere Berichte sind ein juristisches Beweismittel. Sie haben den Status einer Urkunde, das heisst, Falschaussagen in einem Arztbericht sind strafbar.

Es ist unabdingbar, dass die Diagnosen, die gestellt werden, in den Arztberichten mit Befunden in Anamnese und Verlauf korrelieren, leitliniengerecht nach ICD oder DSM hergeleitet werden, der Verlauf der Behandlung korrekt wiedergegeben wird und insbesondere auch erfolglose Behandlungen dokumentiert werden.

## Zu den einzelnen Fragen des ärztlichen IV-Berichtes:

### IV Bericht: allgemeiner Teil

#### Diagnosen

- die Diagnosen, die für die Abhängigkeit relevant sind, finden sich
  - im Kapitel F1 des ICD 10 (4) (bzw. im Kapitel 6C4 und 6C5 des künftig relevanten ICD 11) (5)
  - im Kapitel 16 des DSM V (6)

Wichtig: die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit müssen nach ICD 10 oder DSM V «abgearbeitet» werden und mit Anamnese und Befunden aus der Untersuchung/Behandlung belegt werden. Die Kriterien müssen einzeln erwähnt und diskutiert werden.

Die Diagnose ist das «Eingangstor» für den Anspruch aus Leistungen der Sozialversicherung, genügt allein aber nicht.

Alle Diagnosen mit konsekutiven arbeitsrelevanten Funktionseinschränkungen sind als **Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit** zu erwähnen.

Wenn zusätzliche (psychiatrische) Diagnosen bestehen, müssen diese selbstverständlich ebenfalls gestellt und mit Akten, Anamnese und klinischer Untersuchung oder allenfalls mit entsprechenden Testresultaten (z.B. ADHS) belegt werden.

Bei der Gesamtbeurteilung der Funktionseinschränkungen müssen die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Diagnosen diskutiert werden. Wenn ein Versicherter mehrere Diagnosen hat, wird die Funktionsfähigkeit in den meisten Fällen zusätzlich eingeschränkt bzw. die Ressourcenlage verringert sich zusätzlich.

## Anamnese

Die Anamnese unterscheidet sich in Differenzierung und Quantität der Darstellung je nachdem, ob es sich um einen Arztbericht oder ein Gutachten handelt.

In einem Arztbericht sollten die Behandlungsergebnisse zusammengefasst werden. Das heisst:

- Zuweisungsumstände
- Dauer und Setting der Behandlung
- Art der Behandlung (Medikamente/Psychotherapiemethode)
- Verlauf der Behandlung – möglichst in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Behandlung
- Arbeitsanamnese
- Suchtanamnese
- Frühere Behandlungen und Behandlungsergebnisse

Falls für die funktionellen Einschränkungen relevant, sollte auch die frühere Anamnese, d.h. Kindheit und Jugend kurz angesprochen werden.

Die Anamnese ist in einem Bericht das «Herzstück». Dort sollen die Person und ihr Leiden plastisch sicht- und spürbar werden.

Es ist wichtig, dass der Leser eines Berichtes sich anhand der Anamnese den Versicherten vorstellen kann. Je genauer die Schilderungen in der Anamnese sind, desto gewichtiger wird der Bericht:

Traumatische Erlebnisse in Kindheit und Jugend, hereditäre Belastungen, Entwicklung in Kindheit und Jugend, Schul- und Lehrerfahrungen, Beziehungen zu Familie und weiteren Personen werden kurz geschildert. Wann wurde der Substanzkonsum ein Problem und weshalb gerade dann? Fand der Konsum in verschiedenen Phasen statt? Gab es zwischendurch abstinente oder weniger krisenhafte Konsummuster? Können diese erklärt werden?

Welchen Einfluss hatte der Konsum auf Schulzeit/Lehrzeit/ berufliche Ausbildung? Welchen Einfluss auf Beziehungen? (familiär/beruflich/romantisch)?

Wann fanden erstmals Behandlungen statt? Wie intensiv und mit welchen Methoden? Waren sie erfolgreich? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Was ist in der Zeit vor dem Bericht passiert? Welche Überlegungen führten zu einer IV Anmeldung?

Welche Arbeitsversuche/Integrationsversuche haben stattgefunden? Wie sind sie verlaufen?

## Ärztlicher Befund

Natürlich gehört ein AMDP-Status (7) zu einem psychiatrischen Befund. Aber – sowohl in einem Arztbericht wie auch in einem Gutachten - sind die AMDP Untersuchungen allein letztendlich ungenügend. Sie stellen eine Momentaufnahme dar, müssten also als Symptome im Verlauf dargestellt werden – die meisten psychiatrischen Erkrankungen verlaufen ja nicht linear, sondern phasisch und episodisch. Das AMDP bildet gerade die Leitsymptome von Abhängigkeitserkrankungen kaum ab, weshalb darüberhinausgehende Befunde wichtig sind. Dazu gehören die Schilderungen der subjektiven Kernsymptome von Craving und Kontrollverlust. Zur Objektivierung der Toleranzentwicklung sind Schilderungen der üblichen Dosierung und objektive Befunde wie Urin, Blut oder Atemtests hilfreich. Das Auftreten von physischen Entzugssymptomen kann ebenfalls objektiviert werden.

Diagnostische Fragebögen können die Befunderhebung ergänzen. Mögliche Fragebögen wären je nach Substanz AUDIT, CUDIT und DUDIT, CAGE, Fagerström etc.

Weitere wichtige Befunde betreffen somatische Folgestörungen von Abhängigkeitserkrankungen, welche je nach ihrer Spezifität die Diagnose weiter absichern oder aber auch ihren Schweregrad illustrieren können. Dazu gehören körperliche Untersuchungsbefunde, Laborparameter oder Befunde bildgebender Untersuchungen der geschädigten Organe.

Beim Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, die ja eine häufige Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen darstellt, sollten wenn möglich Ergebnisse einer Persönlichkeitstestung vorliegen, einem SKID II o.ä.

Zusätzlich ist zu bedenken, dass *lege artis* die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in der Regel nicht mit einer einzigen Untersuchung schlüssig zu stellen ist, ausser es liegen gute Vorakten vor.

Somit wäre in einem einfachen Arztbericht der Befund von überdauernden psychopathologischen Merkmalen wichtig, welche idealerweise auch als Grundlage für die Funktionseinschränkung bzgl. Arbeitsfähigkeit benutzt werden können.

Hierbei sind vor allem die Funktionseinschränkungen psychischer Art konkret zu benennen. Ein nützliches Instrument dafür ist der Mini-ICF (8), bei welchem psychische Funktionen differenziert beschrieben werden. Dabei geht es z.B. um Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen, an Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, um die Fähigkeit zu Planung und Strukturierung von Aufgaben oder um soziale Funktionen. Die Funktionseinschränkungen werden weiter unter im Bericht spezifisch erfragt. Die bisher dargelegten Befunde und Symptome bilden somit die Basis für weiter unten zu diskutierenden Funktionseinbußen, aus denen sich wiederum direkt die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bemisst. Das bedeutet, dass hier alle Befunde und Symptome aufgenommen werden müssen, aus denen sich die bisherige Arbeitsunfähigkeit erklärt.

Der Abschnitt «Befund» ist eigentlich für einen psychiatrischen Arztbericht nicht besonders aussagekräftig, da er sich oft auf einen momentanen Zustand bezieht, ausser, er unterstreicht die in der Anamnese beschriebenen Einschränkungen oder die

Befunde sind besonders schwerwiegend (eingeschränktes Bewusstsein, Denkstörungen, Orientierungsstörungen, Steuerungsfähigkeit, schwere affektive Besonderheiten..). Auffälliges interaktionelles Verhalten während der Untersuchung soll natürlich erwähnt werden.

## Prognose

Diese Einschätzung ist ausserordentlich wichtig. Eine Beurteilung der Prognose ist in aller Regel möglich. Formulierungen wie «kann zur Zeit nicht beurteilt werden» oder «unsicher» gilt es zu vermeiden.

Abhängigkeitserkrankungen sind sehr häufig chronisch. Das bedeutet nicht, dass keine Stabilität erreicht werden kann, sondern dass die mit den neurophysiologischen Anpassungen im Belohnungssystem einhergehende Vulnerabilität, erneut ein regelmässiges Konsummuster zu entwickeln, über Jahre bis Jahrzehnte erhalten bleibt. Zur Beurteilung der Prognose bezüglich einer zu erwartenden Stabilität des Konsummusters, dass eine Arbeitsfähigkeit erlaubt, sind folgende Faktoren wesentlich:

**Die Anamnese der bisherigen Behandlungen:** Es ist ein Unterschied, ob ein Patient das erste Mal in Behandlung ist, noch nie einen Entzug oder eine längerdauernde Entwöhnungstherapie absolviert hat oder ob er bereits mehrmals stationär und längerdauernd auch ambulant behandelt wurde. Anhand der bereits ergriffenen Massnahmen können die Erfolgchancen weiterer medizinischer Massnahmen beurteilend diskutiert werden. Diese Diskussion soll beurteilen, ob mit gezielten Massnahmen z.B. eine Eingliederungsmassnahme möglich ist, oder ob es sich um einen Zustand handelt, der mit oder ohne Behandlung stationär bleibt und somit ein Anspruch auf eine Rente besteht.

**Komorbiditäten:** Komorbiditäten, die bei der Aufrechterhaltung des Konsumverhaltens eine wesentliche Rolle spielen, sind in ihrer eigenen Prognose und bisherigen Behandlungsversuchen und deren Erfolg sowie in der spezifischen Interaktion mit der Abhängigkeitserkrankung zu berücksichtigen.

Weitere Faktoren, die in der Beurteilung der Prognose Berücksichtigung erfahren sollten sind positive Familienanamnesen, fehlende kognitive, handlungsregulierende oder emotionale Ressourcen u.ä.

## Gegenwärtige Behandlung

Im Minimum Frequenz und Dauer der therapeutischen Begegnungen, Art bzw. Methode der psychotherapeutischen Arbeit sowie aktuelle Medikation detailliert aufführen.

## Empfehlungen für die zukünftige Therapie

Die IV geht nach wie vor von der Annahme aus, dass stationäre Therapien den ambulanten überlegen sind. Allerdings liegen diesbezüglich keine Studien vor. Wichtig ist, zum richtigen Zeitpunkt der Erkrankung die wirksamste Behandlung zu empfehlen. Ist jemand zum Zeitpunkt der Berichterstattung in regelmässiger ambulanter Behandlung, setzt aber seinen Konsum auf eine selbst- oder fremdschädigende Weise fort und kann den Konsum nicht ohne äussere Struktur modifizieren, dann ist eine stationäre Behandlung angezeigt, sofern es sich nicht um ein chronifiziertes Leiden handelt, das heisst, dass der Explorand schon verschiedene therapeutische Versuche inkl. Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen lege artis absolviert und beendet hat,

aber trotzdem nie über eine längere Zeit arbeitsfähig war. Das heisst, die empfohlene Therapie sollte sich stets nach der individuellen, klinischen Beurteilung bzgl. dem Verlauf der Erkrankung richten.

Es sind zudem sowohl psychotherapeutische wie auch medikamentöse Behandlungsoptionen der komorbiden Störungen sowie die möglichen Auswirkungen einer erfolgreichen Behandlung auf die Abhängigkeitserkrankung aufzuzeigen.

Bei einer Opiatabhängigkeit sollte auf die OAT Empfehlung bei Opiatabhängigkeit (9) hingewiesen werden. Immer wieder muss betont werden, dass der Substanzkonsum allein nicht automatisch zu einer Funktionseinschränkung führt und dass der Versicherte nicht einfach arbeitsfähig wird, wenn er keine oder weniger psychotrope Substanzen konsumiert.

Für die Versicherungsnehmenden besteht eine Mitwirkungspflicht betreffend medizinischer Massnahmen. Sie muss also alles Zumutbare unternehmen, um den Gesundheitsschaden zu reduzieren und damit das Ausmass und die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit oder das Entstehen einer Invalidität zu verhindern. Tut sie dies nicht, kann dies Leistungsminderungen zur Folge haben. Dies sollte bei der Schilderung der noch bestehenden Therapieoptionen berücksichtigt werden, um die Chancen auf eine angemessene Beurteilung von Leistungsansprüchen nicht zu gefährden.

## Arbeitsunfähigkeit

Beachte die korrekte Definition des Begriffes (10):

Arbeitsunfähigkeit (AUF) ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Die bisher ausgeübte Tätigkeit im Beruf oder Aufgabenbereich kann nicht mehr oder nur noch in beschränktem Masse ausgeübt werden, unter der Gefahr einer Verschlimmerung des Gesundheitszustands oder dem Risiko, sich selber oder Dritte zu gefährden. Auch wenn Arbeitsunfähigkeit eigentlich kein medizinischer Begriff ist, so wird sie dennoch von Ärzten oder von Chiropraktoren beurteilt.

Eine Arbeitstätigkeit im geschützten Bereich oder die Teilnahme an einem Therapieprogramm entspricht nicht der Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt.

Für die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit ist die Einschränkung in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit rechtlich relevant. Die Gesundheitsstörung muss Krankheitswert erreichen, das heisst, sie muss eine Behandlung und/oder eine teilweise oder volle Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben.

Bei den folgenden Faktoren wird hingegen kein Krankheitswert erreicht, ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz gilt deshalb nicht als medizinisch erklärbares Arbeitsunfähigkeit:

- Konstitutionelle Schwäche
- Gelegentliches Unwohlsein
- Natürliche Körperprozesse (Schwangerschaft, physiologische Alterung, Trauerreaktion, vorübergehende depressive Verstimmung)
- Mangelnde Motivation
- Belastendes Arbeitsumfeld ohne psychiatrische Diagnose
- Berufliche Unzufriedenheit

- Kuren oder Training als präventive Massnahmen
- Kosmetische Eingriffe

Folgende krankheits-, unfall- oder invaliditätsfremde Faktoren dürfen bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit ebenfalls nicht berücksichtigt werden:

- Wirtschaftslage
- Situation auf dem Arbeitsmarkt
- Soziokulturelle Faktoren
- Bildungsstand
- Sprache
- Ethnie
- Religion
- Alter
- Motivation
- Stellenlosigkeit
- Familiäre Verhältnisse
- Aggravation

Faktoren nicht medizinischer Natur müssen bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, wie sie vom Gesetzgeber definiert ist, ausser Betracht gelassen werden, weil derartige Risiken durch die Unfall-, Kranken- oder Invalidenversicherungen nicht abgedeckt sind. Sie werden unter dem Komplex «Defizite, Fähigkeiten und Ressourcen» in Berichten oder Gutachten abgehandelt. Werden Symptome oder Diagnosen auf diese nicht versicherungsrelevanten Umstände zurückgeführt und durch diese erklärt entsteht daraus kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Bei langer Dauer einer Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf – in der Regel nach mehreren Monaten – muss die Möglichkeit einer zumutbaren Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich geprüft werden. Zumutbar ist eine Tätigkeit dann, wenn diese dem Leiden angepasst ist. Es handelt sich dabei gewissermassen um eine Restarbeitsfähigkeit. Zu deren Beurteilung sind einerseits die funktionelle Leistungsfähigkeit (Was kann der Versicherte noch leisten?) und die funktionelle Einschränkung (Was kann der Versicherte nicht mehr leisten?) zu evaluieren. Andererseits hat der Arzt anzugeben, ob aus medizinischen Gründen ein Arbeitseinsatz zeitlich zu beschränken ist.

Wenn die Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt dauerhaft, das heisst trotz adäquaten medizinischen Massnahmen nicht oder nur teilweise erreicht werden kann, muss die Invalidenversicherung eingeschaltet werden.

### Körperliche, geistige und psychische Einschränkungen

Hier sind anhand der oben geschilderten Symptome und Befunde die aus Ihnen resultierenden Funktionseinschränkungen zu schildern. Dies entspricht dem Herzstück einer strukturierten Beweisführung, anhand der sich die Versicherungsrechte der Patientinnen und Patienten bemessen. Hier findet also eine Übersetzung medizinischer Befunde in eine versicherungsrechtliche Sprache statt.

Bei der Schilderung der Funktionseinschränkungen kann man sich auf den Mini ICF beziehen. Die Beurteilung der einzelnen Funktionen und die Symptome oder Befunde, aus der diese Einschränkungen sich jeweils ergeben, sind sehr hilfreich bei der plastischen Herleitung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

In den folgenden Fragen werden anhand der hier dargestellten Leistungseinbussen die quantitativen (wieviele Stunden pro Tag) und qualitativen Auswirkungen (verminderte Leistungsfähigkeit) auf die bisherige und allgemeine Tätigkeiten erfragt. Beide Masse multiplizieren sich in ihrer Bedeutung für Versicherungsansprüche. Zum Beispiel resultieren aus einer quantitativen Einbusse von 50 % (4 Stunden pro Tag) und einer qualitativen Leistungseinbusse von 50% eine versicherungsrelevante Arbeitsunfähigkeit von 75 %.

### Medizinische Massnahmen bei der Beruflichen Wiedereingliederung

Medizinische Massnahmen können Arbeitsintegrative Massnahmen inkludieren. Hier gibt es suchtspezifische Angebote verschiedenster Träger, die empfohlen werden können, wenn absehbar ist, dass ein Aufbau der Arbeitsfähigkeit bei fachgerechter Unterstützung, zum Beispiel bei krankheitsbedingter längerer Arbeitsunfähigkeit, erfolgsversprechend ist.

### Umgang mit ablehnenden Entscheiden / wann wird eine Neubeurteilung sinnvoll?

Es existieren eindeutige juristische Rahmenbedingungen, wie mit einem ablehnenden Entscheid umgegangen werden kann:

**Ist der Entscheid / die Verfügung rechtskräftig, kann sie nur revidiert werden, wenn eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist** (meistens wird sogar eine neue Diagnose verlangt). Die IV Stellen weisen oft darauf hin, dass eine Neubeurteilung erst bei der nächsten Revision, das heisst, nach frühestens zwei Jahren, möglich ist.

Wenn der **Entscheid frisch** ist, gilt eine **Rekursfrist von 10 Tagen**. Wenn man mit dem Entscheid nicht einverstanden ist, sollte unbedingt formal Einsprache erhoben werden. Das kann man mit einem Satz tun. Die **Begründung für die Einsprache** muss man erst **innert 30 Tagen** nachliefern und diese Frist kann auch nochmals verlängert werden. Die erste Frist sollte jedoch unbedingt eingehalten werden!

Zuvor sollte man sich überlegen, WESHALB man nicht einverstanden ist. Die **Begründung** muss **plausibel und juristisch nachvollziehbar** sein. Es genügt nicht, einfach zu behaupten: «ich finde den Versicherten kränker, als Ihr dies beurteilt».

Gerade deshalb ist der erste Bericht so wichtig-der erste Bericht muss unbedingt sorgfältig verfasst werden, um sich später darauf berufen zu können. Die Einschränkungen erst bei einem ablehnenden Entscheid nachvollziehbar zu schildern, ist fahrlässig.

### Schadenminderungsmassnahmen

Damit sind Auflagen gemeint, die der Versicherte einhalten muss und die die Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht verbessern sollen.

Dazu gehören z.B. der regelmässige Besuch der Therapie, die Einnahme der verordneten Medikamente, aber auch die Reduktion des Konsums der Suchtmittel, wenn dies zumutbar ist.

Mit der **Zumutbarkeit** – die kein medizinischer, sondern ein juristischer Begriff ist – wird ausgesagt, ob eine Person gesundheitlich überhaupt in der Lage ist, solche Auflagen einzuhalten.

Eine Person, die eine Schizophrenie oder eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung hat, ist eben genau aufgrund ihrer psychiatrischen Komorbidität nicht in der Lage, diese Massnahmen einzuhalten.

Der Begriff **Schadenminderung** hat im versicherungsrechtlichen Kontext eine andere Bedeutung als der Begriff der Schadenminderung, der in der Suchtbehandlung verwendet wird.

## Strukturierte Beweisführung und Standardindikatoren

Gem. Bundesgerichtsentscheid vom 6.3.2015 (12) ist für die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung ein strukturiertes Beweisverfahren anzuwenden (siehe Abbildung).

Im strukturierten Beweisverfahren muss nachgewiesen werden:

1. Der funktionelle Schweregrad  
Und
2. Die Konsistenz der Gesundheitsschädigung

Die Beurteilung von funktionellem Schweregrad und Konsistenz der Gesundheitsschädigung soll dabei mittels sog. **Standardindikatoren** erfolgen.

Die Beurteilung des **funktionellen Schweregrads** umfasst dabei die Komplexe Gesundheitsschädigung (mit Fragen zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Erfolgs von Behandlung und Eingliederungsmassnahmen sowie der Komorbiditäten), der Persönlichkeit sowie des sozialen Kontextes.

Bei der Beurteilung der **Konsistenz** wird nun überprüft, inwieweit die Einschränkung in allen vergleichbaren Lebensbereichen (d.h. beruflich und auch privat) gleichmässig ist und inwieweit ein sog. behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck besteht, der sich vor allem in der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen und dem Verhalten in allfälligen Eingliederungsmassnahmen zeigt.

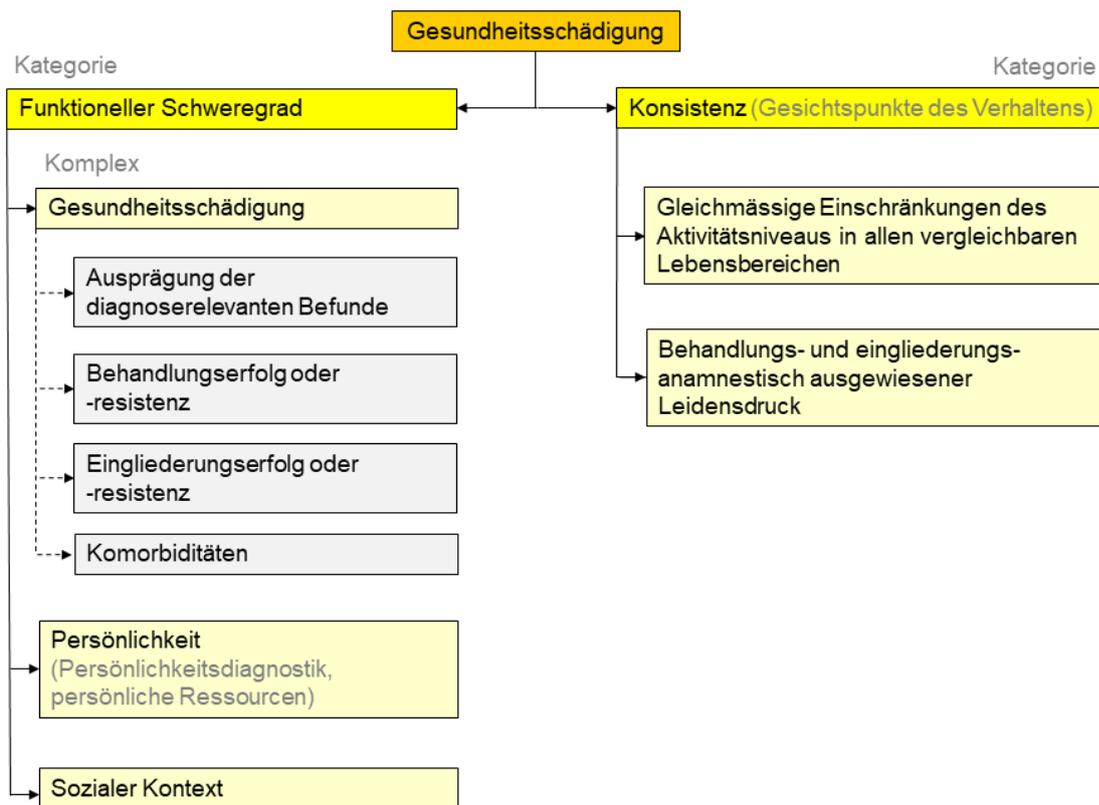


Abbildung 1: Strukturiertes Beweisverfahren. Quelle: [www.koordination.ch](http://www.koordination.ch)

## Literaturverzeichnis

- 
- 1. Bundesgerichtsurteil 9C\_724/2018 vom 11.7.2019
- 2. <https://www.koordination.ch/de/online-handbuch/atsg/erwerbsunfaehigkeit/beweisverfahren/>
- 3. <https://www.koordination.ch/de/online-handbuch/atsg/erwerbsunfaehigkeit/beweisverfahren/>
- 4. International classification of diseases, WHO, 10. Auflage
- 5. International classification of diseases, WHO, 11. Auflage, 2022
- 6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 5. Auflage, 2013.
- 7. Das AMDP-System. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation psychiatrischer Befunde. 10. Auflage, 2018.
- 8. Linden, Baron, Muschalla (Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen). Huber Verlag, 2014.
- 9. SSAM (2020). Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom. [www.ssam.ch](http://www.ssam.ch)
- 10. Swiss Insurance Medicine (SIM) (2013): Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfall und bei Krankheit. [www.swiss-insurance-medicine.ch](http://www.swiss-insurance-medicine.ch)
- 11. [www.koordination.ch](http://www.koordination.ch)
- 12. Bundesgerichtsentscheid BGE 141 V 281 vom 6.3.2015

Bern/Basel/Fribourg, den 09.03.2022