

LIGA-MITTEILUNGEN

Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie – Überarbeitung 1999

Arbeitskreis zur Verbesserung der Eingliederungschancen von Personen mit Epilepsie¹

Vorbemerkungen

Mit dem Ziel, die Eingliederungschancen von Personen mit Epilepsie zu verbessern, hatte ab 1984 der Arbeitskreis Empfehlungen erarbeitet, die es Ärzten, Beratern und anderen Fachkräften erleichtern sollten, Personen mit Epilepsie Hinweise zu ihrer beruflichen Eingliederung zu geben (Arbeitskreis 1984). Ähnliche Bestrebungen gab es etwa zur gleichen Zeit in der damaligen DDR-Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie (Zentralinstitut für Berufsbildung 1989; König u. Rabending 1988). Die in den Empfehlungen aufgezeigten Beurteilungskriterien und Hinweise zur Therapiekontrolle sowie zwei Übersichten, die die unterschiedlichen Auswirkungen einer Epilepsie berücksichtigten und in Beziehung zu konkreten Berufen brachten, gaben Anhaltspunkte für die individuell zu treffenden Entscheidungen. Zudem sollten die Empfehlungen dazu beitragen, für Personen mit Epilepsie

mit weniger schwerwiegenden Behinderungsauswirkungen Berufe zu erschließen, die bisher diesem Personenkreis nicht oder eingeschränkt offenstanden.

1994 hat der Arbeitskreis eine erste Überarbeitung vorgenommen unter den folgenden Zielsetzungen:

- Vereinfachung der Skala mit arbeitsmedizinischen Schweregraden von Epilepsie, um sie in der Praxis besser handhabbar zu machen
- Einbeziehung der Neuerungen in der Epilepsiediagnostik und -therapie seit 1984, insbesondere verbesserte Verfahren zur Beobachtung und zur Klassifikation von Anfällen.
- Berücksichtigung der Neuerungen der 4. Auflage der Begutachtungsleitlinien Krankheit und Kraftverkehr von 1992, in denen festgestellt wird: „Einfach partielle (fokale) Anfälle, die keine Bewußtseinsstörung und keine motorische, sensorische oder kognitive Behinderung für das Führen des Fahrzeuges zur Folge haben, schließen die Kraftfahreignung im allgemeinen nicht aus.“
- Berücksichtigung der 1987 veränderten Ausbildungsordnungen für elektrotechnische und Berufe der Metalltechnik in der Bundesrepublik, sowie der aus der ehemaligen DDR übernommenen Berufsbilder bei den Empfehlungen für die berufliche Eignung.

Der Arbeitskreis legt nun erneut eine Überarbeitung der Empfehlungen vor mit den folgenden Zielsetzungen:

- Berücksichtigung der Neuerungen in der 5. Auflage der Begutachtungsleitlinien „Krankheit und Kraftverkehr“ von 1996: In den Begutachtungsleitlinien wird Fahrtauglichkeit für Gruppe 1², auch wenn Anfallsfreiheit nicht besteht, angenommen „bei ausschließlich an den Schlaf gebundenen Anfällen nach mindestens dreijähriger Beobachtungszeit“. Für Gruppe 2³ werden strengere Maßstäbe angelegt. Als „Voraussetzung gilt eine durch ärztliche Kontrolle nachgewiesene fünfjährige Anfallsfreiheit ohne antiepileptische Behandlung“, d.h. Gefährdung anderer Per-

sonen in Folge epileptischer Anfälle ist strenger zu bewerten als die Eigengefährdung.

- Anwendung der Hinweise auch für die Beurteilung von Berufen des Gesundheitswesens und auf sozialpflegerische und sozialpädagogischen Berufe.

Ziel der Empfehlungen ist es, Hinweise zur Beantwortung der Frage zu geben, welche der verschiedenen zu einem Beruf gehörigen Tätigkeiten ein Anfallskranker, vorausgesetzt, der Krankheitsverlauf bleibt stabil, ohne Selbstgefährdung oder Gefährdung anderer ausführen kann. Auf diese Frage beziehen sich auch die Gefährdungsbeurteilungen mit den Kategorien „grundsätzlich keine Bedenken“, „möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze“, „möglich in besonderen Fällen“. Diese Beurteilungen geben Ärzten, Psychologen, Berufsberatern und anderen Beteiligten Anhaltspunkte bei Berufswahlfragen und sonstigen Fragen einer beruflichen Tätigkeit.

Soweit es um die arbeitsmedizinische Beurteilung eines Anfallskranken in Bezug auf einen konkreten Arbeitsplatz geht, kann nicht allein nach diesen Empfehlungen verfahren werden. In diesem Fall sollte zunächst die Schwere der Epilepsie entsprechend den in dieser Schrift gegebenen Hinweisen zur Beurteilung des Schweregrades einer Epilepsie ermittelt werden (Tafel 1) und dann in Kenntnis des in Aussicht genommenen Arbeitsplatzes geprüft werden, ob und gegebenenfalls welche gesundheitlichen Bedenken bestehen. Zur sachgerechten Beurteilung kommen in Betracht der Werks- und Betriebsarzt, die Aufsichtsperson des Unfallversicherungsträgers, die Sicherheitsfachkraft und der Sicherheitsbeauftragte.

1. Hinweise für die Beurteilung

Bei der Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie (Epilepsie im Sinne von wiederholt aufgetretenen epileptischen Anfällen) muß davon ausgegangen werden, daß es verschiedene Formen von Epilepsie mit individuell unterschiedlichen Auswirkungen gibt und daß Epilepsien wirksam behandelt werden können (Epilepsiekuratorium 1998). Fortschritte in Diagnostik und Therapie der verschiedenen Formen von Epilepsie (Wolf 1987) und eine zunehmende Vielfalt von Berufen und Tätigkeiten innerhalb einzelner Berufsfelder machen heute in jedem Einzel-

¹ Mitglieder des Arbeitskreises 1999: Prof. Dr. med. P. Bülow, Westerwaldklinik Waldbreitbach; Dipl.-Psych. V. Brattig, Berufsbildungswerk Annastift e.V., Hannover; H. Elsner, Ärztin, Berufsbildungswerk Bethel, Bielefeld; Dipl.-Ing. H. Gothsch, Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik, Köln; Dr. med. G. Harai, Bundesanstalt für Arbeit, Landesarbeitsamt Niedersachsen-Bremen, Hannover; Dr. jur. V. Kaiser, Holz-Berufsgenossenschaft, Bezirksverwaltung, Stuttgart; Dr. med. H. Kleinsorge, BASF AG, Ludwigshafen; Dr. med. habil. K. König, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Essen; Th. Kreuz, Krankenpflegeschule Bethel, Bielefeld; Dr. med. U. Pällmann, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Berufsgenossenschaftliche Zentrale für Sicherheit und Gesundheit – BGZ, St. Augustin; Dr. med. Th. Remé, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg; Dipl.-Päd. J. Schubert, Berufsförderungswerk Heidelberg GmbH, Heidelberg; Dr. med. K.-P. Schumann, Zentrallaboratorium, Klinik Gilead I, R. Thorbecke M. A., Klinik Mara I, Bielefeld; Dr. med. L. Tynova, Stiftung Rehabilitation, Heidelberg; K. Wenchel, Süddeutsche Metall-Berufsgenossenschaft, Mainz; Dr. med. U. Wendt, Landesklinik Brandenburg

² Diese umfaßt die Führerscheinklassen A, B, B + E und die Unterklassen A1 und B1.

³ Diese umfaßt die Führerscheinklassen C, C + E, D, D + E und die Unterklassen C1, C1 + E, D1 und D1 + E).

fall eine differenzierte Abstimmung zwischen individuellen krankheitsbedingten Einschränkungen und beruflichen Gegebenheiten notwendig (The Employment Commission 1989). Dabei müssen berücksichtigt werden:

- Schwere der Epilepsie (Art, Häufigkeit, Prognose und Behandlungsstand der Anfälle)
- Art des Berufes und Unfallgefährdung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern innerhalb dieses Berufes
- Berufssituation des Behinderten ohne oder mit Berufserfahrung.

1.1 Beurteilung der Schwere der Epilepsie

1.1.1 Art der Anfälle

Anfälle sollten in ihrem Ablauf genau beschrieben werden, so daß eine individuelle Beurteilung der arbeitsmedizinischen Risiken möglich wird. Besonders zu beachten sind:

- Aura (Vorgefühl): alles, was der Betroffene selbst vom Anfallsbeginn wahrnimmt; Dauer der Aura sowie Reaktionsvermögen und Schutzmöglichkeit während der Aura
- Bewußtsein während des Anfalls: erhalten, gestört
- Verfügbarkeit: rechte/linke Hand, rechtes/linkes Bein, erhalten/aufgehoben
- Sturz: Bestandteil des Anfalls oder nicht
- Verhalten im Anfall: ruhig, unruhig, nicht situationsangepaßte Handlungen
- Verhalten nach dem Anfall: vorübergehende Lähmung oder Sprachstörung, sofort wieder orientiert oder allmähliche Reorientierung, Nachschlaf
- Dauer bis zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit (einschließlich Reorientierung)
- Bindung an Schlaf-Wach-Rhythmus: aus dem Schlaf, nach dem Aufwachen, am Feierabend, ohne zeitliche Bindung
- Individuelle auslösende Situationen, deren Beachtung zur Vermeidung von Anfällen/Anfallsfolgen dienen kann: z. B. Schlafverschiebung (Nachtschicht).

All diese Anfallsmerkmale sollten berücksichtigt werden, wenn es um die Beurteilung der Einsatzmöglichkeiten für den einzelnen Arbeitsplatz geht.

Für die Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten (Berufsprognose) sollten fünf arbeitsmedizinisch relevante Gefährdungskategorien berücksichtigt werden (Tafel 1).

Tafel 1: Gefährdungskategorien
(zum praktischen Vorgehen siehe 1.1.4)

„0“:	erhaltenes Bewußtsein, erhaltene Haltungskontrolle und Handlungsfähigkeit <i>Kommentar:</i> Anfälle ausschließlich mit Befindlichkeitsstörungen ohne arbeitsmedizinisch relevante Symptome; möglicherweise wird eine Handlung bewußt unterbrochen bis zum Ende der subjektiven Symptome
„A“:	Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit bei erhaltenem Bewußtsein mit Haltungskontrolle <i>Kommentar:</i> Anfälle mit Zucken, Versteifen oder Erschlaffen einzelner Muskelgruppen
„B“:	Handlungsunterbrechung bei Bewußtseinsstörung mit Haltungskontrolle <i>Kommentar:</i> plötzliches Innehalten, allenfalls Minimalbewegungen ohne Handlungscharakter
„C“:	Handlungsunfähigkeit mit/ohne Bewußtseinsstörung bei Verlust der Haltungskontrolle <i>Kommentar:</i> plötzlicher Sturz ohne Schutzreflex, langsames In-sich-Zusammensinken, Taumeln und Sturz mit Abstützen
„D“:	unangemessene Handlungen bei Bewußtseinsstörungen mit/ohne Haltungskontrolle <i>Kommentar:</i> unkontrollierte komplexe Handlungen oder Bewegungen, meist ohne Situationsbezug

Sollten mehrere Anfallstypen gleichzeitig vorliegen, so ist derjenige mit der höheren Gefährdung maßgebend.

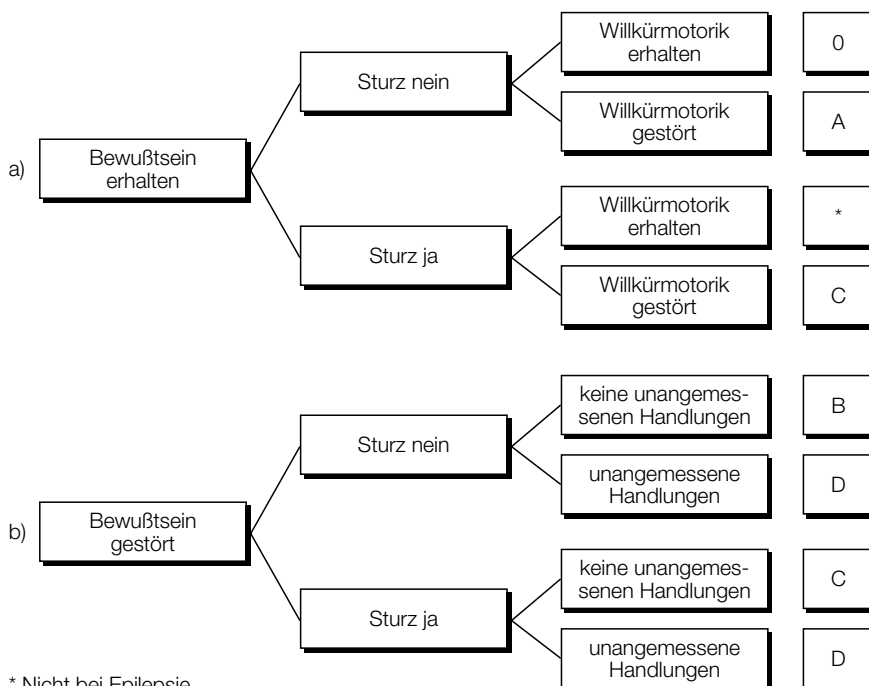
Die 0-Kategorie mit arbeitsmedizinisch nicht relevanten Anfallssymptomen beinhaltet einfach fokale Anfälle mit die Fahrtauglichkeit nicht einschränkenden Anfallssymptomen in den Begutachtungs-Leitlinien „Krankheit und Kraftverkehr“ (siehe Vorbemerkungen).

Zahlreiche Studien (König u. Rabending 1988, Thorbecke 1989) und praktische Erfahrungen zeigen, daß Anfälle mit Ver-

lust der Haltungskontrolle (Kategorie C) und Anfälle mit unangemessenen Handlungen bei Bewußtseinsstörungen (Kategorie D) aus arbeitsmedizinischer Sicht „schwerer“ anzusehen sind als Anfälle mit Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit bei erhaltenem Bewußtsein oder Anfälle mit Handlungsunterbrechung bei Bewußtseinsstörung (Kategorie A und B). Die Unterteilung der Anfallssymptome in die Kategorien A bis D drückt deshalb den Schweregrad unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten zunehmend von A nach D aus.

Tafel 2: Einordnung in Gefährdungskategorien

Tafel 2 dient der raschen und eindeutigen Einordnung in die Kategorien 0 bis D. Ausgehend von der Frage nach einer Bewußtseinsstörung während des Anfalls gelangt man entweder in Diagramm a) oder in Diagramm b) über die Beantwortung der Fragen nach einem Sturz bzw. während des Anfalls und einer Störung der Motorik bzw. unangemessenen Handlungen in jedem Fall zu einer eindeutigen Zuordnung. Zur Beantwortung der Fragen können Befundberichte von behandelnden Ärzten oder Kliniken, die Angaben des Betroffenen selbst sowie Angaben von Anfallszeugen herangezogen werden. Insbesondere bei Anfällen mit Bewußtseinsstörungen wird man auf Fremdbeobachtungen nicht verzichten können.



* Nicht bei Epilepsie

1.1.2 Häufigkeit der Anfälle

Neben der Art der Anfallssymptome ist ihre Häufigkeit ein wesentliches Merkmal der Schwere einer Epilepsie. Die Anfallshäufigkeit wurde in vier Stufen unterteilt (anfallsfrei, maximal 2 Anfälle/Jahr, 3–11 Anfälle/Jahr und 1 Anfall pro Monat oder häufiger).

Die Häufigkeit der Anfälle wird aus den Eintragungen im Anfallskalender bestimmt.

Als dauerhaft anfallsfrei gelten Personen, die länger als 2 Jahre unter Pharmakotherapie oder länger als 1 Jahr nach operativer Therapie anfallsfrei sind, Personen, die länger als 3 Jahre Anfälle ausschließlich aus dem Schlaf heraus haben und Personen mit Anfällen bei erhaltenem Bewußtsein (siehe dazu Begutachtungsleitlinien des Gemeinsamen Beirates für Verkehrsmedizin, 1996).

1.1.3 Prognose und Behandlungsstand

Die Prognose einer Epilepsie hängt ab von der Art der Anfälle, dem Ausschöpfen aller therapeutischen Möglichkeiten und der Mitarbeit des Patienten, insbesondere der verlässlichen Medikamenteneinnahme. Die langfristige Prognose

kann erst gestellt werden, wenn die pharmakologische Therapie entsprechend den Standards der modernen Epilepsiebehandlung durchgeführt bzw. die Möglichkeiten einer operativen Therapie geprüft worden sind. Die Prognose sollte immer von einem in Epilepsiebehandlung erfahrenen Neurologen oder Pädiater gestellt werden. Ist dieser nicht der behandelnde Arzt, sollte letzterer einbezogen werden. Im Einzelfall kann es angezeigt sein, einen epileptologisch erfahrenen Arzt oder eine Anfallsambulanz beratend hinzuzuziehen (Stiftung Michael (Hrsg.): Verzeichnis der Anfallsambulanzen, 1998; Adressen von in Epilepsiebehandlung erfahrenen Ärzten können beim Informationszentrum Epilepsie erfragt werden, siehe Anschriften). Für die langfristige arbeitsmedizinische Risikobeurteilung muß geprüft werden, ob der erreichte Behandlungsstand stabil ist.

1.1.4 Praktisches Vorgehen

Für die Einordnung in die Gefährdungskategorien 0, A, B, C oder D ist eine Beschreibung der Anfälle erforderlich, nach der folgende Fragen beantwortet werden können:

1. Ist das Bewußtsein erhalten?
2. Kommt es zu Haltungsverlust?
3. Ist die Willkürmotorik gestört?
4. Kommt es zu unangemessenen Bewegungen?

Die alleinige Klassifizierung der Anfälle mit medizinischen Kategorien wie Absence, psychomotorischer Anfall etc. ist nicht ausreichend zur Beantwortung dieser Fragen.

Das Vorgehen bei der Einordnung in Gefährdungskategorien ist den Tafeln 2 und 3 zu entnehmen. Tafel 2 zeigt, welche Fragen dem Kranken und den Zeugen seiner Anfälle gestellt werden müssen, um zu einer raschen und eindeutigen Einordnung in die zutreffende Gefährdungskategorie zu gelangen. Tafel 3 hilft beim Vorliegen von Anfallsbeschreibungen, die zutreffende Gefährdungskategorie zu bestimmen. Besondere Sorgfalt ist bei der Zuordnung von komplex fokalen Anfällen zu den einzelnen Risikokategorien erforderlich, da sie Kategorie D, aber auch B oder C entsprechen können.

Die anhand von Tafel 2 oder 3 gefundene Gefährdungskategorie muß mit der aktuellen Anfallshäufigkeit (Angaben des

Tafel 3: Medizinische Bezeichnung und Gefährdungskategorie, Anfallsbeschreibung

Bezeichnung	Bewußtsein	Haltungskontrolle	Motorik	Kat.	weitergehende Beschreibung
<i>myoklonisch-impulsive Anfälle</i> (Impulsive-Petit mal)	nicht gestört	meist erhalten, selten Sturz	gestört	A C (selten)	plötzliche ein- oder mehrmalige heftige Zuckungen, meist im Schulter-Arm-Bereich, selten auch der Beine, dann Sturz, gebunden an die Zeit kurz nach dem Erwachen
<i>einfach-fokale Anfälle</i> – mit motorischer Symptomatik – mit sensibler, sensorischer oder psychischer Symptomatik	nicht gestört nicht gestört	z.T. erhalten z.T. Sturz erhalten	gestört nicht gestört	A, C 0	plötzliche Verkrampfung, Wendebewegung oder Zuckungen einzelner Muskelgruppen oder Körperteile, wenn die Beine betroffen sind: Sturz, äußerlich nicht sichtbare Empfindung wie Kribbeln, Wahrnehmungsänderungen, Gefühlsänderungen
<i>Absencen</i>	gestört	meist erhalten, selten Umsinken,	gestört, meist Bewegungslosigkeit, selten unangemessene Bewegungen	B C, D (selten)	plötzliche sekundenlange Bewußtseinspause, z.T. mit Innehalten, z.T. mit automatischer Fortführung der Tätigkeit, bei längerer Dauer sind leichte Zuckungen des Gesichts und der Arme, automatische Bewegungen und Gleichgewichtsstörungen möglich
<i>Grand mal</i> (primär oder sekundär generalisierte tonisch-klonische Anfälle)	gestört	Sturz	gestört	C	mit oder ohne Vorgefühl (Aura) verschiedener Dauer und Ausprägung, Bewußtlosigkeit, Sturz, Verkrampfung (tonische Phase), Zuckungen (klonische Phase), z.T. Zungenbiß, Blauwerden, Einnässen, Speichelfluß, unterschiedlich lange Erholungszeit, Verwirrheitszustand oder Nachschlaf möglich
<i>komplex-fokale Anfälle</i> (psychomotorische Anfälle)	gestört	meist erhalten z.T. Zu-Boden-Gehen, selten Sturz	gestört, meist unangemessene Bewegungen, z.T. Bewegungslosigkeit	D B (z.T.) C	mit oder ohne Vorgefühl (Aura) verschiedener Dauer und Ausprägung, eingeschränktes bis aufgehobenes Bewußtsein, Unterbrechung der Tätigkeit, z.T. ohne weitere Symptome, häufiger aber automatische Bewegungen, unangemessene Handlungen, Umherlaufen, seltener Zu-Boden-Gehen, selten Sturz, z.T. Lautäußerungen

Betroffenen, nach Möglichkeit durch Anfallskalender oder Fremdbeobachtung belegt) kombiniert werden. Hieraus ergibt sich die Schwere der Epilepsie unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten (siehe Hinweistafeln zur Gefährdungsbeurteilung der jeweiligen Berufe).

– *Mehrere arbeitsmedizinisch relevante Anfallssymptome*

Beim Vorliegen mehrerer Anfallsformen bei einer Person sollte für die Einordnung in die Gefährdungskategorien immer die arbeitsmedizinisch schwerere zugrundegelegt werden.

– *Anfallssymptome, die arbeitsmedizinisch nicht relevant sind*

Bei epileptischen Symptomen, bei denen Bewußtsein und Haltungskontrolle erhalten sind und bei denen die Handlungsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist, z.B. bei isolierten Auren oder Anfällen mit leichtem Zittern des linken Armes, sollten entsprechend den Begutachtungs-Leitlinien „Krankheit und Kraftverkehr“ grundsätzlich keine Einschränkungen gemacht, d.h. die 0-Kategorie gewählt werden.

– *Protektive Mechanismen: Vorgefühle/Warnungen; Auftreten der Anfälle außerhalb der Arbeitszeit*

● *Vorgefühle/Warnungen (Auren)* sollen als Schutzmöglichkeit berücksichtigt werden, wenn durch Fremdbeobachtungen gesichert ist, daß die Aura dem Epilepsiekranken erlaubt, geeignete Schutzmaßnahmen zu ergreifen und diese Möglichkeit in angemessener Weise genutzt wird. Im Einzelfall bedeutet dies, daß statt Kategorie D oder C Kategorie A gewählt werden sollte.

● *Tageszeitliche Bindung:* Für Menschen mit Epilepsie, deren Anfälle ausschließlich nach dem Aufwachen auftreten, kann nur dann ein geringeres Gefährdungsrisiko angenommen werden, wenn diese tageszeitliche Bindung mindestens schon drei Jahre besteht und wenn eine enge Bindung an die Aufwachsituation besteht, so daß keine Anfälle auf dem Arbeitsweg oder am Arbeitsplatz zu erwarten sind.

Solche Personen sollten unter die dauerhaft anfallsfreien eingeordnet werden (0-Kategorie). Das gleiche gilt für Personen mit Anfällen, die länger als drei Jahre ausschließlich aus dem Schlaf aufgetreten sind.

● *Anfallsauslöser, die vorhersehbar sind:* Wenn die Person gelernt hat, einen Auslöser wirksam zu vermeiden, kann dadurch das Risiko von Anfällen am Arbeitsplatz herabgesetzt werden (z.B. Wegschauen bei geringer werdender Drehzahl, wenn drehende Teile anfallsauslösend wirken, oder Tragen einer depolarisierenden Brille bei Photosensibilität). Solche Schutzmöglichkeiten sollten bei der arbeitsmedizinischen Beurteilung berücksichtigt werden.

– *Anfallsbegünstigende Umstände – Nachtarbeit*

Bestimmte Berufe (z.B. ärztliche, pflegerische, sozialpädagogische) beinhalten auch Nachtbereitschaft, Nachtdienst und Schichtarbeit.

Es wird vielfach unterstellt, daß Schichtarbeit, insbesondere Nachtschichtarbeit bei Epilepsiepatienten zu einer Erhöhung der Anfallsfrequenz führt und aus diesem Grunde auszuschließen sei. Diese Vermutung wird u.a. damit begründet, daß bei EEG-Untersuchungen durch Schlafentzug sogenannte epileptische Potentiale ausgelöst werden können.

Festzustellen ist, daß es keine systematischen Untersuchungen zur Auswirkung von Schichtarbeit auf die Anfallsfrequenz gibt⁴.

1. Bei der Bewertung sollten nur solche Schichtsysteme beachtet werden, die tatsächlich einen Schlafentzug bzw. eine wesentliche Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus bedingen (z.B. Bereitschaftsdienste).

2. Es sollte immer der Einzelfall – mit Wertung der anamnестischen Angaben zur Anfallsfrequenz in Verbindung mit Schlafentzug – beurteilt werden.

1.2 *Art des Berufes und Unfallgefährdung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern innerhalb dieses Berufes*

Kriterien für die Abstufung der Gefährdung sind vor allem Eigengefährdung, Fremdgefährdung und ökonomisches Risiko. Bei der Beurteilung einer beruflichen Tätigkeit ist zu berücksichtigen, daß innerhalb eines Berufes die Risiken

bei den einzelnen Tätigkeiten unterschiedlich sein können. Diese Tatsache verlangt neben der ärztlichen Beurteilung die Mitwirkung einer für das spezielle Berufsbild sachkundigen Person (z.B. Arbeits-Sicherheitsfachkraft).

Beispiele für *Eigengefährdung* sind: Die Gefahr mit drehenden ungeschützten Teilen (Backenfutter, Bohrspindeln), mit gesundheitsschädlichen elektrischen Spannungen, mit infektiösen oder toxischen Stoffen in Berührung zu kommen. Von Fall zu Fall wäre auch zu prüfen, ob durch geeignete technische Vorrichtungen und Hilfen die Unfallgefährdung an einem bestimmten Arbeitsplatz so reduziert werden kann, daß er für eine Person mit Epilepsie geeignet ist.

Fremdgefährdung ist gegeben bei mangelnder Aufsicht von Minderjährigen bzw. geistig oder körperlich behinderten Menschen im Bereich sozial-pflegerischer oder pädagogischer Berufe. Inwieweit eine Aufsicht bei behinderten Menschen erforderlich ist, hängt von deren Grad der körperlichen oder geistigen Einschränkungen sowie vom Grad der Gefährdung ab, woraus sich die Anforderungen an die Aufsichtsperson ergeben. Die Aufsichtsperson muß erforderlichenfalls in der Lage sein, die ihr anvertrauten Personen auch ununterbrochen zu beobachten, um rechtzeitig eingreifen zu können.

In den meisten Fällen werden sich organisatorische Maßnahmen finden lassen, um das Risiko der Eigen- bzw. Fremdgefährdung zu minimieren, z.B. Arbeiten zu zweit, Möglichkeiten, Hilfe in der Nähe abzurufen.

Ein Beispiel für ökonomische Risiken sind Fehlprogrammierungen oder falsche Eingaben bei computergestützten Arbeiten.

1.3 *Berufssituation des Behinderten ohne oder mit Berufserfahrung*

Unterschiedlich zu beurteilen ist die Situation, wenn es sich um eine Erstausbildung handelt oder aber die Behinderung erst nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung zu einem Wechsel der Tätigkeit zwingt.

Bei einer Erstausbildung, insbesondere bei jüngeren Behinderten, ist darauf zu achten, daß im angestrebten Beruf möglichst viele Tätigkeitsfelder offenstehen. Es sollte daher zum frühestmöglichen Zeitpunkt der Berufsberater des Arbeitsamtes eingeschaltet werden, der ggf. eine berufsvorbereitende Maßnahme (Arbeitserprobung, Berufsfindung, Förderlehrgang) veranlassen kann.

⁴ Diese Bewertungen basieren auf einer Stellungnahme des Vorstandes der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie zu diesen Empfehlungen.

Eine Ausbildung sollte nicht an Arbeiten mit erhöhter Unfallgefährdung scheitern, die aufgrund der Ausbildungsordnung für das Berufsbild nur während der Ausbildung ausgeführt werden müssen, für das Ausbildungsziel aber nicht wesentlich sind und bei der späteren Berufstätigkeit nicht mehr zwangsweise gefordert werden, beispielsweise Arbeiten an einer Drehmaschine in der Ausbildung zum Technischen Zeichner oder Bereitschaftsdienst in der Ausbildung zum pflegerischen Beruf. Die gesetzlichen Bestimmungen erlauben in vielen Fällen, mit der für die Prüfung zuständigen Stelle zu vereinbaren, daß sie auch dann als erfolgreich abgeschlossen gilt, wenn der Behinderte diese Ausbildungsabschnitte nicht als Ausführender durchlaufen hat.

Bei Behinderten, die nach einer Berufsausbildung – evtl. auch erst im fortgeschrittenen Lebensalter – zu einem Tätigkeitswechsel gezwungen sind, sollte in erster Linie geprüft werden, ob – z.B. im Rahmen einer betrieblichen Umsetzung – die Möglichkeit besteht, weiterhin eine Tätigkeit auszuüben, bei der vorbestehende berufliche Kenntnisse und Erfahrungen verwertet werden können und die den behinderungsbedingten Einschränkungen Rechnung trägt. Die sich dabei ergebenden Fragen sollten zwischen Betroffenen, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Arbeitgeber, Betriebsrat bzw. Personalrat und ggf. Schwerbehinderten-Vertrauensmann geklärt werden. Erst wenn sich herausstellt, daß dieser Weg nicht möglich ist, sollte eine Umschulung erwogen werden. Eine fundierte Empfehlung für einen bestimmten Beruf wird dann oft nur möglich sein, wenn sie sich auf eine differenzierte, individuelle sozialmedizinische Beurteilung stützen kann, verbunden mit einer eingehenden psychologischen Untersuchung und einer praktischen Arbeitserprobung oder einem Praktikum, durch die verlässliche Anhaltspunkte für die späteren beruflichen Einsatzmöglichkeiten gewonnen werden können.

1.4 Haftungsfragen

Ein epileptischer Anfall während der Arbeitszeit stellt im allgemeinen keinen Arbeitsunfall dar und auch seine Folgen sind nicht zu entschädigen, da es sich hierbei um einen sogenannten Unfall aus innerer Ursache handelt. Nur wenn betriebliche Umstände wesentlich zur Entstehung oder zur Schwere des Unfalles beigetragen haben, liegt ein Arbeitsunfall vor (z.B. Sturz infolge epileptischen Anfalls in eine besonders gefährdende Maschine).

Ist in einem solchen Ausnahmefall ein Arbeitsunfall anzunehmen, so ist die Haftung des Unternehmers oder von Arbeitskollegen gegenüber dem Verletzten regelmäßig beschränkt. Sie sind gegenüber dem Verletzten nur dann zum Ersatz des Personenschadens verpflichtet, wenn sie den Arbeitsunfall vorsätzlich herbeigeführt haben oder wenn der Arbeitsunfall bei der „gewöhnlichen“ Teilnahme am Verkehr (vgl. § 104 Abs. 1 SGB VII) eingetreten ist. Ein Regreß des Unfallversicherungsträgers gegen Unternehmer oder Arbeitskollegen ist nur dann möglich, wenn sie den Arbeitsunfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben (vgl. § 110 SGB VII).

Unter Berücksichtigung dieser rechtlichen Gegebenheiten besteht kein Anlaß für eine restriktive Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie. Bei sachgerechter Prüfung der Einsatzmöglichkeiten entsprechend den vorliegenden Empfehlungen wird ein grob fahrlässiges oder gar vorsätzliches Handeln des Unternehmers oder von Vorgesetzten selbst dann nicht angenommen werden können, wenn sich wider Erwarten im Einzelfall doch einmal ein Arbeitsunfall infolge eines epileptischen Anfalls ereignen sollte.

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

Hierzu wurde der jeweilige Schweregrad einer Epilepsie (siehe 1.1) einzelnen Berufen gegenübergestellt. Sofern zum gleichen Beruf Tätigkeitsfelder mit einer alltäglichen und einer höheren als alltäglichen Gefährdung gehören, wurde dies berücksichtigt. Für die Beurteilung folgt daraus die Abstufung:

- grundsätzlich keine Bedenken (Symbol p)
- möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze (Symbol g)
- möglich in besonderen Fällen (Symbol m)

Die Hinweistafeln berücksichtigen nur die Einschränkungen der beruflichen Möglichkeiten, die sich bei Personen mit Epilepsie durch ihre Anfälle ergeben. Darüber hinausgehende Funktionsstörungen (z.B. Lähmungen, psychische Beeinträchtigungen, vermindertes Arbeitstempo, eingeschränkte Umstellfähigkeit) bedürfen gesonderter Beurteilung.

2.1 Industrielle maschinenbautechnische und industrielle elektrotechnische Berufe (siehe Hinweistafeln 2.1.1 und 2.1.2)

2.2 Berufe des Gesundheitswesens (siehe Hinweistafeln 2.2.1 bis 2.2.6)

2.2.1 *Berufsrechtliche Besonderheiten in der Krankenpflege und bei nicht ärztlichen Heilberufen*

Allgemeine Voraussetzung für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung ist in der Krankenpflege § 2 Krankenpflegegesetz (KrPflG), in der Physiotherapie § 2 Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MphG), in der Ergotherapie §§ 2, 3 Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Ergotherapeuten, oder der Logopädie §§ 2, 3 Gesetz über den Beruf des Logopäden, daß der Antragsteller „nicht wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs unfähig oder ungeeignet ist“. Für Psychologen, die in niedergelassener Praxis tätig werden wollen, bestimmt § 29 der ersten Durchführungsvorschrift zum Heilpraktikergesetz (DVO), daß die Berufserlaubnis nicht zu erteilen ist, wenn infolge eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte die für die Berufsausübung erforderliche Eignung fehlt.

Die Ausbildung zum Physio- und Ergotherapeuten oder Logopäden ist durch fehlende gesundheitliche Voraussetzungen nicht beschränkt. Anders ist die Regelung in den Pflegeberufen. Hier ist für den Zugang zu einer Ausbildung nach § 6 Abs. 1 bzw. § 10 Abs. 3 KrPflG neben der Vollendung des siebzehnten Lebensjahres die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs Voraussetzung. Für die Zulassung zur Prüfung wird hingegen kein Nachweis über die körperliche Eignung zur Ausübung des Berufs mehr verlangt, da ein solcher Nachweis nach § 6 Abs. 1 und § 10 Abs. 3 KrPflG bereits für den Besuch der Krankenpflegeschule erforderlich ist. Auch wenn dies gesetzlich nicht gefordert wird, so ist es auch im Bereich der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychotherapie empfehlenswert, die Eignung zur Berufsausübung schon bei Ausbildungsbeginn abzuklären.

Sind in der Krankenpflege, der Physio- oder Ergotherapie, Logopädie oder bei der Tätigkeit als Heilpraktiker Voraussetzungen für die Erteilung zum Führen der Berufsbezeichnung irrtümlich als gege-

Hinweistafel 2.1.1: Gefährdungsbeurteilung – industrielle maschinenbautechnische Berufe

Industrielle maschinenbautechnische Berufe Hinweise zur Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten für Personen mit Epilepsie p grundsätzlich keine Bedenken g möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze l möglich in besonderen Fällen Risiken insbesondere drehende, ungeschützte Teile (Backenfutter, Bohrspindeln) Fehlprogrammierung		* Bohrer, Bohrwerksdreher, Dreher, Revolverdreher, Automateinrichter, Fräser, Universalfräser, Hobler, Universalhobler, Universalschleifer ** Zerspanungsmechaniker/in Fachrichtung: Automatenreihentechnik, Frästechnik, Drehtechnik, Schleiftechnik *** Facharbeiter für Werkzeugmaschinen, Drehen, Fräsen, Schleifen, Hobeln, Bohren Facharbeiter für Schleifwerkzeuge Automateinrichter	* Mechaniker, Feinwerk-, Chirurgie-, Büromaschinenmechaniker, Elektromaschinenbauer, Werkzeugmacher, Fluggeräte-, Landmaschinenmechaniker, Maschinen-, Betriebs-, Kunststoffschlosser, Schmelzschweißer, NC-Anwendungsfachmann ** Industriemechaniker/in Fachrichtung: Geräte- und Feinwerktechnik, Produktionstechnik, Maschinen- und Systemtechnik, Betriebstechnik Werkzeugmechaniker/in Fachrichtung: Instrumententechnik, Stanz- und Umformtechnik Konstruktionsmechaniker/in Fachrichtung: Ausrüstungstechnik Anlagenmechaniker/in Fachrichtung: Versorgungstechnik *** Instandhaltungs-, Flugzeugmechaniker, Landmaschinen- und Traktorenschlosser, Maschinenbauer, Mechaniker, Elektromaschinenbauer, Feinmechaniker, Facharbeiter für Schweißtechnik, Werkzeugmacher	* Güteprüfer, Technischer Zeichner Teilekonstrukteur Maschinenbautechniker Fachrichtung: – Konstruktion – Qualitätswesen – Arbeitsvorbereitung und NC-Technik – Produktionsorganisation Dipl.-Ing. Maschinenbau ** *** Werkstoffprüfer Metall, Maschinenbauzeichner
		1	2	3
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“	p	p	p	
Anfälle ≤ 2/Jahr	A B C D	p g l	p g l	p g l
Anfälle 3–11/Jahr	A B C D	p g l	p g l	p g l
Anfälle ≥ 1/Monat	A B C	p g l	p g l	p g l

* Berufe, die zum Teil nach § 25 BBlG aufgehoben oder geändert wurden, sowie Ausbildungsregelungen, die nach § 25 HwO geändert wurden.
 ** Neugeregelte Berufe. *** Facharbeiterberufe, die in der DDR galten.

Hinweistafel 2.1.2: Gefährdungsbeurteilung – industrielle elektrotechnische Berufe

Industrielle elektrotechnische Berufe Hinweise zur Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten für Personen mit Epilepsie p grundsätzlich keine Bedenken g möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze l möglich in besonderen Fällen Risiken insbesondere ökonomische Risiken durch Fehlprogrammierung Arbeiten mit gefährlichen Spannungen		* Nachrichtengerätetechniker/in, Funk-, Energieanlagen-, Feingeräte-, Informations-, Fernmeldeelektroniker/in ** Kommunikationselektroniker/in Fachrichtung: Funktechnik, Informationstechnik, Telekommunikationstechnik Energieelektroniker/in Fachrichtung: Anlagentechnik *** Elektromonteur – Anlagentechnik Funkmechaniker – Tonspeicher- und Rundfunktechnik – Fernsehtechnik Elektronikfacharbeiter – Bau- und Funktionsgruppen – Industrielle Elektronik – Instandhaltung Facharbeiter für elektronische Bauelemente – Halbleiter Mikroelektronik – Passive Bauelemente Facharbeiter für Nachrichtentechnik Facharbeiter für Fernmeldeverkehr	* Elektrogeräteelektroniker/in Elektromaschinenmonteur/in Energiegeräteelektroniker/in ** Energieelektroniker Fachrichtung: – Betriebstechnik – Gerätetechnik Elektromaschinenmonteur/in Industrieelektroniker Fachrichtung: – Produktionstechnik – Gerätetechnik *** Elektromechaniker Elektromonteur Elektroinstallateur	* ** *** **** Elektromeister Elektrotechniker Elektroniktechniker Dipl.-Ing. Elektrotechnik
		1	2	3
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“	p	p	p	
Anfälle ≤ 2/Jahr	A B C D	p g l	p g l	p g l
Anfälle 3–11/Jahr	A B C D	p g l	p g l	p g l
Anfälle ≥ 1/Monat	A B C	p g l	p g l	p g l

* Berufe, die zum Teil nach § 25 BBlG aufgehoben oder geändert wurden, sowie Ausbildungsregelungen, die nach § 25 HwO geändert wurden.
 ** Neugeregelte Berufe. *** Facharbeiterberufe, die in der DDR galten. **** Ungeänderte Techniker- und Ingenieurberufe.

ben angenommen worden, oder sind nachträglich Tatsachen eingetreten, die die Versagung der Erlaubnis rechtfertigen würden, so ist diese zurückzunehmen bzw. zu widerrufen (§ 4 MPhG, § 3 KrPflG, § 3 Gesetz über den Beruf

des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten). Teilgenehmigungen sind nicht vorgesehen. Die gesundheitliche Eignung ist dann als nicht (mehr) gegeben anzusehen, wenn wesentliche Tätigkeiten des Berufs nicht

(mehr) ausgeübt werden können. Gesundheitliche Eignung bezieht sich nicht auf die Fähigkeit, jedwelche im Beruf vorkommende Tätigkeit ausüben zu können (Kurtenbach, Golombek, Siebers, 1992, S. 110/111).

Hinweistafel 2.2.1: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesen – Krankenpflege

Krankenpflege		Grundausbildung	Weiterbildung			
Fremdgefährdung möglich bei ● Notfallsituationen, die ständige Verfügbarkeit erfordern ● Alleinarbeit ● Sicherung von Patienten ● Schichtarbeit, Nachtdienste		Krankenpflegehelfer/in, Krankenpfleger/-schwester	Fachkrankenpfleger/-schwester für Intensivmedizin/ für Operationsdienst/Hebamme	Fachkrankenpfleger/-schwester für tumorkranke Patienten, Fachkrankenpfleger/-schwester in der Psychiatrie	Krankenpfleger/-schwester für Hygiene, Leitende Krankenpflegepersonen Lehrer/innen für Pflegeberufe	Fachkrankenpfleger/-schwester für Haus- und Gemeindepflege ²
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“		p ¹	p ¹	p ¹	p	p
Anfälle ≤ 2/Jahr	A	p ¹	l	p ¹	p	g
	B	p ¹	l	p ¹	p	g
	C	g	l	g	p	l
	D	g	l	g	p	l
Anfälle 3–11/Jahr	A	p ¹	l	p ¹	p	g
	B	g	l	g	p	g
	C	l	l	l	p	l
	D	l	l	l	p	l
Anfälle ≥ 1/Monat	A	g	l	g	p	l
	B	l	l	l	p	l
	C	l	l	l	p	l

¹ = g wenn Bedenken gegen Nachtschichtarbeit

² = Weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

p = grundsätzlich keine Bedenken

g = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

Hinweistafel 2.2.2: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesen – Kinderkrankenpflege

Kinderkrankenpflege		Grundausbildung	Weiterbildung			
Fremdgefährdung möglich bei ● Notfallsituationen, die ständige Verfügbarkeit erfordern ● Alleinarbeit ● Sicherung von Patienten ● Schichtarbeit, Nachtdienste		Kinderkrankenpfleger/-schwester	Fachkinderkrankenpfleger/-schwester für Intensivmedizin/ für Operationsdienst/Hebamme ²	Fachkinderkrankenpfleger/-schwester für tumorkranke Patienten, Fachkinderkrankenpfleger/-schwester für Haus- und Gemeindepflege ²	Fachkinderkrankenpfleger/-schwester in der Psychiatrie	Krankenpfleger/-schwester für Hygiene, Leitende Krankenpflegepersonen, Lehrkrankenpfleger/-schwester
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“		p ¹	p ¹	p ¹	p ¹	p
Anfälle ≤ 2/Jahr	A	g	l	g	p ¹	p
	B	g	l	g	p ¹	p
	C	l	l	l	g	p
	D	l	l	l	g	p
Anfälle 3–11/Jahr	A	l	l	l	p ¹	p
	B	l	l	l	g	p
	C	l	l	l	l	p
	D	l	l	l	l	p
Anfälle ≥ 1/Monat	A	l	l	l	g	p
	B	l	l	l	l	p
	C	l	l	l	l	p

¹ = g wenn Bedenken gegen Nachtschichtarbeit

² = Weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

p = grundsätzlich keine Bedenken

g = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

Hinweistafel 2.2.3: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesen – Altenpflege

Altenpflege		Grundausbildung		
Fremdgefährdung möglich bei ● Notfallsituationen, die ständige Verfügbarkeit erfordern ● Alleinarbeit ● Sicherung von Patienten ● Schichtarbeit, Nachtdienste		Altenpflegehelfer/in Altenpfleger/in	Fachkrank- pfleger/in für Alten-, Gemeinde- und Hauspflege ²	Leitende Alten- pflegefachkräfte, Lehrer/innen für Pflegeberufe
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“		p ¹	p	p
Anfälle ≤ 2/Jahr	A	p ¹	g	p
	B	p ¹	g	p
	C	g	l	p
	D	g	l	p
Anfälle 3–11/Jahr	A	p ¹	g	p
	B	g	g	p
	C	l	l	p
	D	l	l	p
Anfälle ≥ 1/Monat	A	g	l	p
	B	l	l	p
	C	l	l	p

¹ = g wenn Bedenken gegen Nachtschichtarbeit

² = Weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

p = grundsätzlich keine Bedenken

g = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

Hinweistafel 2.2.4: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesen – Nichtärztliche Heilberufe

Nichtärztliche Heilberufe		Physiotherapeut/in			Arbeits- und Beschäftigungs- therapeut/in / Ergotherapeut/in
		Krankengymnast/in	Masseur und Bademeister	Masseur	
Eigengefährdung durch ● Ertrinken ² ● Verbrennungen ³ ● Arbeit an Maschinen mit ungeschützten rotierenden Teilen ⁴ Fremdgefährdung bei ● Applikation von Bädern ● Unzureichende Sicherung von Patienten ● Wärmetherapie ● Elektrophysiotherapie ● fehlender Beaufsichtigung					
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“		p	p	p	p
Anfälle ≤ 2/Jahr	A	p	p	p	p
	B	p	p	p	p
	C	g	g	p	g
	D	g	g	p	g
Anfälle 3–11/Jahr	A	p	p	p	p
	B	p	p	p	p
	C	g	g	p	g
	D	g	g	p	g
Anfälle ≥ 1/Monat	A	p	p	p	p
	B	g	g	p	g
	C	l	l	g	l

¹ = Weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

² und ³ = gilt für Physiotherapie

p = grundsätzlich keine Bedenken

g = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

Hinweistafel 2.2.5: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesen – Nichtärztliche Heilberufe

Nichtärztliche Heilberufe				
Eigengefährdung durch ● Ertrinken Fremdgefährdung bei ● Therapeutischem Schwimmen ● Sicherung von Patienten ● Fehlender Beaufsichtigung		Klinische Psychologie / Psychotherapie	Sprachtherapie / Logopädie	Dipl.-Sportlehrer für Behindertensport und Rehabilitation
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“		p	p	p
Anfälle ≤ 2/Jahr	A	p	p	p
	B	p	p	p
	C	p	p	g
	D	p	p	g
Anfälle 3–11/Jahr	A	p	p	p
	B	p	p	p
	C	p	p	g
	D	g	g	g
Anfälle ≥ 1/Monat	A	p	p	p
	B	g	g	g
	C	l	l	g

p = grundsätzlich keine Bedenken
 g = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

Hinweistafel 2.2.6: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesen – Medizinisch-technische Assistenten

Medizinisch-technische Assistenten			
Eigengefährdung durch ● ätzendes Material, splittrendes Glas ● infektiöses Material Fremdgefährdung durch ● Fehlbestimmungen ● Patienten nicht sichern		Med.-techn. Laboratoriumsassistent/in, veterinär-med.-techn. Assistent/in, med. Sektions- und Präparationsassistent/in, med.-techn. Assistentin für Funktionsdiagnostik, med.-techn. Radiologieassistent/in	Pharmazeutisch-techn. Assistent/in, Morphologieassistent/in, Zytologieassistent/in, Orthoptist/in, Desinfektor/in
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“		p ¹	p ¹
Anfälle ≤ 2/Jahr	A	p ¹	p ¹
	B	p ¹	p ¹
	C	g	p ¹
	D	g	p ¹
Anfälle 3–11/Jahr	A	p ¹	p ¹
	B	g	p ¹
	C	g	g
	D	l	l
Anfälle ≥ 1/Monat	A	g	p
	B	g	p
	C	g	g

¹ = g wenn Bedenken gegen Nachtschichtarbeit

p = grundsätzlich keine Bedenken
 g = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

Hinweistafel 2.3.1: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesen – Sozialpflegerische und sozialpädagogische Berufe – staatlich anerkannte Erzieher

Staatl. anerkannte Erzieherin		Fachschul Ausbildung		
<u>Eigengefährdung</u> ● Arbeit an Maschinen mit ungeschützt rotierenden Teilen ³ <u>Fremdgefährdung durch</u> ● fehlende Beaufsichtigung ● Alleinarbeit		Kindergarten Kindertagesstätte Schülerhort	Fachrichtung Jugend- und Heimerziehung	Fachrichtung Arbeitserziehung
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“		p	p ¹	p
Anfälle ≤ 2/Jahr	A B C D	p g g l	p ¹ p ¹ g g	p p g g
Anfälle 3–11/Jahr	A B C D	p g g l	p ¹ g g g	p g g g
Anfälle ≥ 1/Monat	A B C	g g l	g g l	g g l

¹ = g wenn Bedenken gegen Nachtschichtarbeit

² = Weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

p = grundsätzlich keine Bedenken

g = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

Hinweistafel 2.3.2: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesen – Sozialpflegerische und sozialpädagogische Berufe – Kinderpflegerin, Haus-Familienpfleger/in

		Berufsfachschul Ausbildung	
<u>Eigengefährdung</u> ● Arbeit an Maschinen mit ungeschützt rotierenden Teilen <u>Fremdgefährdung bei</u> ● unterbrochener Beaufsichtigung ● Alleinarbeit		Kinderpfleger/in	Haus- und Familienpfleger/in
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“		p	p ¹
Anfälle ≤ 2/Jahr	A B C D	p g g l	p ¹ g g l
Anfälle 3–11/Jahr	A B C D	p g g l	p ¹ g l l
Anfälle ≥ 1/Monat	A B C	g g g	g g l

¹ = g wenn Bedenken gegen Nachtschichtarbeit

² = Weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

p = grundsätzlich keine Bedenken

g = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

Hinweistafel 2.3.3: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesen – Sozialpflegerische und sozialpädagogische Berufe – Dipl.-Sozialarbeiter/in, Dipl.-Sozialpädagoge/Siozialpädagogin

		Fachhochschulausbildung	
Fremdgefährdung bei ● unterbrochener Beaufsichtigung ● Alleinarbeit		Dipl.-Sozial- arbeiter (FH) ²	Dipl.-Sozial- pädagoge (FH) ²
– Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotherapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“		p ¹	p ¹
Anfälle ≤ 2/Jahr	A	p ¹	p ¹
	B	p ¹	p ¹
	C	p ¹	p ¹
	D	p ¹	p ¹
Anfälle 3–11/Jahr	A	p ¹	p ¹
	B	p ¹	p ¹
	C	g	g
	D	l	g
Anfälle ≥ 1/Monat	A	g	g
	B	g	g
	C	g	l

¹ = g wenn Bedenken gegen Nachtschichtarbeit

² = Weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

p = grundsätzlich keine Bedenken

g = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

2.3 Sozialpflegerische und sozialpädagogische Berufe
(siehe Hinweistafeln 2.3.1–2.3.3)

2.3.1 Berufsrechtliche Besonderheiten

Nach der Verordnung über die Staatliche Anerkennung von Erzieherinnen, Haus- und Familienpflegerinnen und Kinderpflegerinnen wird die Anerkennung erst nach Ableistung des Berufspraktikums, einer positiven fachlichen Beurteilung und dem Freisein von körperlichen, geistigen und seelischen Einschränkungen ausgesprochen.

Die staatliche Anerkennung kann zurückgenommen werden, wenn es zu erheblichen Einschränkungen bei der Wahrnehmung der Aufsichtspflicht bzw. zu Eigengefährdung aufgrund von Störungen im körperlichen, geistigen und seelischen Bereich kommt. Die zuständigen Schul-/Fachaufsichtsbehörden prüfen den jeweiligen Einzelfall.

Auch wenn seitens der staatlichen Aufsichtsbehörde die gesundheitlichen Voraussetzungen zur Berufsausübung erst am Ende der Ausbildung überprüft werden, empfiehlt sich eine solche Abklärung schon vor Ausbildungsbeginn.

Literatur

1. Arbeitskreis zur Verbesserung der Eingliederungschancen von Personen mit Epilepsie – Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie. Die Rehabilitation Heft 23, S. 76–80, 1984

2. König, K. und Rabending, G.: Zu einigen Aspekten der Tauglichkeit bei Epilepsie. Z. ärztl. Fortbild. 82, S. 1023–1027, 1988

3. Zentralinstitut für Berufsbildung der DDR (Hrsg.), R. Haink (Koordinator d. Autorenkollektivs): Hinweise zur Berufswahl für Schüler mit epileptischen Anfallsleiden, Staatsverlag der DDR, 2. Auflage 1989

4. Arbeitskreis zur Verbesserung der Eingliederungschancen von Personen mit Epilepsie – Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie – Überarbeitung 1994. Die Rehabilitation, Heft 33, S. 171–178, 1994

5. Wolf, P., Wagner, G. und Amelung, F. (Hrsg.): Anfallskrankheiten – Nomenklatur und Klassifikation der Epilepsien, der epileptischen Anfälle und anderer Anfallssyndrome, Springer, Heidelberg, 1987

6. Beghi, E., Cornaggia, C.: For the Risk in Epilepsy Study Group. Epilepsy and Everyday Life Risks. Neuroepidemiology 16, 207–216, 1997

7. Gutachten des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesminister für Verkehr und beim Bundesminister für Gesundheit, bearbeitet von H. Lewerenz, Hamburg, B. Friedel, Bergisch Gladbach, „Krankheit und Kraftverkehr“, Bonn, November 1992. Schriftenreihe, herausgegeben vom Bundesminister für Verkehr, Heft 71, 1992

8. Begutachtungs-Leitlinien des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesminister für Verkehr und beim Bundesminister für Gesundheit, bearbeitet von H. Lewerenz, Hamburg, B. Friedel, Bergisch Gladbach, „Krank-

heit und Kraftverkehr“, Bonn, August 1996, Schriftenreihe, herausgegeben vom Bundesminister für Verkehr, Heft 73, 1996

9. The Employment Commission of the International Bureau for Epilepsy: Employing People with Epilepsy: Principles for Good Practice. Epilepsia 30 (4), S. 411–412, 1989

10. Epilepsie-Kuratorium (Hrsg.): Epilepsie-Bericht '98. Verlag einfälle, Berlin, 1998

11. Thorbecke, R.: Die Bedeutung von Anfallsart und Anfallsform für die Rehabilitation. In: P. Wolf (Hrsg.): Epilepsie 88. Einhorn-Press, Reinbek, 1989

12. Stiftung Michael (Hrsg.): Verzeichnis der Anfallsambulanzen, 9. Auflage 1998, zu beziehen über die Stiftung Michael oder das Informationszentrum Epilepsie

13. Kurtenbach, H., Golombek, G., Siebers, H.: Krankenpflegegesetz. Stuttgart (Kohlhammer), 1998, 5. Auflage

Anschriften für allgemeine Informationen

Stiftung Michael
Münzkamp 5
22339 Hamburg
Telefon 0 40 / 5 38 47 50
Telefax 0 40 / 5 38 15 59
Informationszentrum Epilepsie (IZE)
Herforder Straße 5–7
33602 Bielefeld
Telefon 05 21 / 12 41 17
Telefax 05 21 / 12 41 72
E-mail: ize@izepilepsie.de

Deutsche Epilepsievereinigung
Zillestraße 102
10585 Berlin
Telefon 0 30 / 3 42 44 14
Telefax 0 30 / 3 42 44 66
Internet: www.epilepsie.sh

TAGUNGSKALENDER

23. 2. 2000, Hamburg

9. Hamburger Epilepsie-Seminar

Veranstalter:

Prof. Dr. Karl H. P. Bentele,
Univ.-Kinderklinik Eppendorf

Ort:

Ärztchamber Hamburg,
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Großer Saal der Ärztekammer Hamburg

Anmeldung:

Telefon 0 40 / 47 17 - 29 00
Prof. Bentele

Zielgruppe:

Ärzte

26. 2. 2000, Recklinghausen

8. Dattelner Neuropädiatr. Kolloquium /
Neue Trends in der Therapie

Veranstalter:

Prof. Dr. med. F. Aksu,
Vestische Kinderklinik Datteln

Ort:

Festspielhaus Recklinghausen,
Otto-Burmeister-Allee 1
Cäcilienhöhe
45657 Recklinghausen

Anmeldung:

Telefax 0 23 63 / 6 42 11 oder
E-mail: aksu-fuat@t-online.de

Zielgruppe:

Ärzte

7.–9. 4. 2000, Zürich

6. Jahrestagung des
Deutsch-Österreichisch-Schweizer
Arbeitskreis Epilepsie

Veranstalter:

Dr. Krämer
Schweizer Epilepsieklinik, Zürich

Anmeldung:

E-mail: g.kraemer@swissepi.ch
Telefon 00 41 / 1 / 3 87 63 02
Telefax 00 41 / 1 / 3 87 63 96

Zielgruppe:

Ärzte

4.–7. 5. 2000 im Kieler Schloß

26. Jahrestagung der Gesellschaft für
Neuropädiatrie

Auskunft:

Professor Dr. Ulrich Stephani
Direktor der Klinik für Neuropädiatrie
der Universität
Schwanenweg 20, 24105 Kiel
Telefax 04 31 / 5 97 - 17 69

17.–20. 5. 2000, Gargnano/Gardasee -
Italien

12. Praxisseminar über Epilepsie

Veranstalter:

Stiftung Michael
Münzkamp 5
22339 Hamburg

Ort:

Gargnano/Gardasee - Italien

Anmeldung:

Telefon 0 40 / 5 38 85 40
Telefax 0 40 / 5 38 15 59

Zielgruppe:

Ärzte / 10 Liga-Fortbildungspunkte