

Gefährdungsbeurteilungen nur für Sprengmeister?

Epilepsien sind häufig, ihre Ursachen vielfältig



Dr. Tobias Knieß
ist Oberarzt und Leiter
der Epilepsiestation
an der Neurologischen
Klinik Bad Neustadt



Epilepsie ist die dritthäufigste Erkrankung in der Neurologie im Erwachsenenalter. Zirka 5 % aller Menschen erleiden einmal im Leben einen epileptischen Anfall, ohne zwingend an einer Epilepsie zu erkranken. Es handelt sich um sogenannte provozierte epileptische Anfälle (Gelegenheitsanfälle). In der Regel ist eine antikonvulsive Therapie auf Grund eines zukünftig sicher vermeidbaren anfallsprovozierenden Auslösers nicht erforderlich. Zirka 1 % aller Menschen erkranken an einer Epilepsie nach einem zweiten, spontan aufgetretenen Anfallsereignis. Rund 800.000 Menschen in Deutschland leben mit der Diagnose Epilepsie.

Die Ursachen einer Epilepsie können vielfältig sein. Im Kindes- und Jugendalter finden sich als Ursache neben angeborenen Hirnsschädigungen zunehmend genetisch bedingte Störungen. Im höheren Lebensalter sind strukturelle Läsionen häufig, vor allem sind die Epilepsien nach Schädelhirntraumen, Hirntumoren, Hirnhautentzündungen oder Schlaganfällen anzuführen. Abzugrenzen von den Epilepsieursachen sind Anfall auslösende Faktoren, die sogenannten Provokationsfaktoren wie zum Beispiel massiver Schlafentzug, starker psychosozialer Stress, Infektionen, bestimmte Medikamente oder Drogenkonsum.

Die Fremdanamnese epileptischer Anfälle ist unerlässlich

Der Ablauf eines epileptischen Anfalls, zum Beispiel bei einer fokalen Epilepsie, ist interindividuell häufig sehr unterschiedlich. Die klinische Ausprägung der Anfälle ist bei gleicher Ursache also von einem Epilepsiepatienten zum An-

deren sehr variabel. Hingegen sind die Anfallsabläufe bei dem Betroffenen selbst meist sehr ähnlich oder monomorph.

Eine genaue fremdanamnestiche Anfallsbeschreibung zur Klassifikation des Anfallstyps und Diagnosestellung ist unerlässlich, da Epilepsiepatienten sehr häufig amnestische Lücken zum Ereignis haben. Insbesondere vor dem Hintergrund möglicher weitreichender sozial-, und arbeitsmedizinischen Folgen ist eine weitere Kategorisierung entsprechend der BGI 585 (Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie) zu empfehlen (Abbildung). Wichtige Faktoren zur Beurteilung der Anfallschwere sind hierbei vor allem, ob es im Anfall zu einem Sturz, unangemessenen Handlungen und / oder Bewusstseinsstörung bzw. Bewusstlosigkeit kommt (Tabelle).

Die Therapie umfasst auch sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte

Wird die Diagnose einer Epilepsie gestellt, wird in der Regel in einem ersten Schritt eine antikonvulsive Therapie mit Medikamenten eingeleitet. Es stehen eine Vielzahl, von nachweislich wirksamen Medikamenten, sogenannter Antiepileptika (AE) oder Antikonvulsiva, zur Verfügung. Bei der Auswahl sollte besonderes auf mögliche Langzeitnebenwirkungen, Nebenerkrankungen und andere Medikamente, aber auch auf das Geschlecht und das Alter geachtet werden. Häufig ist eine lebenslange Therapie erforderlich.

Neben einer pharmakologischen Therapie bedürfen Menschen, die an einer Epilepsie erkranken, meist zusätzlich einer ergänzenden sozial-, und arbeitsmedizinischen Unterstützung und Be-

„O“: erhaltenes Bewusstsein, erhaltene Haltungskontrolle und Handlungsfähigkeit

Kommentar: Anfälle ausschließlich mit Befindlichkeitsstörungen ohne arbeitsmedizinisch relevante Symptome; möglicherweise wird eine Handlung bewusst unterbrochen bis zum Ende der subjektiven Symptomatik

„A“: Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit bei erhaltenem Bewusstsein mit Haltungskontrolle

Kommentar: Anfälle mit Zucken, Versteifen oder Erschlaffen einzelner Muskelgruppen

„B“: Handlungsunterbrechung bei Bewusstseinsstörung mit Haltungskontrolle

Kommentar: plötzliches Innehalten, allenfalls Minimalbewegungen ohne Handlungscharakter

„C“: Handlungsunfähigkeit mit/ohne Bewusstseinsstörung bei Verlust der Haltungskontrolle

Kommentar: plötzlicher Sturz ohne Schutzreflexe, langsames in sich zusammensinken, Taumeln und Sturz mit Abstürzen

„D“: Unangemessene Handlungen bei Bewusstseinsstörung mit / ohne Haltungskontrolle

Kommentar: unkontrollierte komplexe Handlungen oder Bewegungen, meist ohne Situationsbezug

ratung. Die Diagnose einer Epilepsie hat in der Regel eine nachhaltige Auswirkung auf das Selbstbildnis (wie beispielsweise Krankheitsverarbeitung, Stigmatisierungserleben), das soziale Umfeld (z. B. Familie, Freunde, Hobbys) und das Erwerbsleben bei Berufstätigen. Besonders problematisch sind berufliche Tätigkeiten, die mit der Diagnose einer Epilepsie nicht mehr ausgeübt werden können. Dies sind vor allem Tätigkeiten, die eine über das alltägliche Maß hinausgehende Eigen- oder Fremdgefährdungen beinhalten, zum Beispiel ungesicherte Tätigkeiten mit Absturzgefahr auf Leitern, Gerüsten und Dächern, Fahr- und Steuerungstätigkeiten für Kraftfahrzeuge, Stapler, Baumaschinen sowie die Pflege und Betreuung beaufsichtigungspflichtiger Personen.

mal-Anfälle und wurde bei unauffälligem EEG und MRT mit 2 x 300 mg Valproinsäure (VPA) eingestellt. Trotz aller Bemühungen gelang es Herrn H. bis 2011 nicht, eine neue Arbeit zu finden. Seitdem lebt er von Harzt IV. 2011 habe er einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeit gestellt, worauf hin das Amt für Arbeit und Soziales den 47-jährigen im April 2011 an die Rehabilitationsklinik überwies. Ziel: Klärung der Gewährung von Leistungen zur psychosozialen Betreuung nach SGB II §16, Abs. 2, Nr. 3 und Bitte um „Überprüfung der Erkrankung G40.3 (Generalisierte Epilepsie) sowie Klärung der Erwerbsfähigkeit“.

Bis zur Reevaluation 2011 erwachte Herr H. am Morgen mit Muskelkater und körperlicher Erschöpfung und Abgeschlagenheit, die er sich nicht erklä-

Das 3-Tesla-MRT zeigte Läsionen im Gehirn

Herr H. zeigte neurologisch und internistisch einen unauffälligen Befund, psychiatrisch imponierte eine mittelgradig depressive Störung. In der epileptologischen Diagnostik fanden sich im 3-Tesla-MRT mit temporallappenangulierter Dünnschichtung vereinzelte kleine unspezifische gliöse Läsionen bihemisphärisch. Im Video-EEG-Monitoring konnte ein nächtlicher, von links temporal eingeleiteter automotorischer Anfall aufgezeichnet werden. In der orientierenden neuropsychologischen Diagnostik fanden sich keine pathologischen Auffälligkeiten.

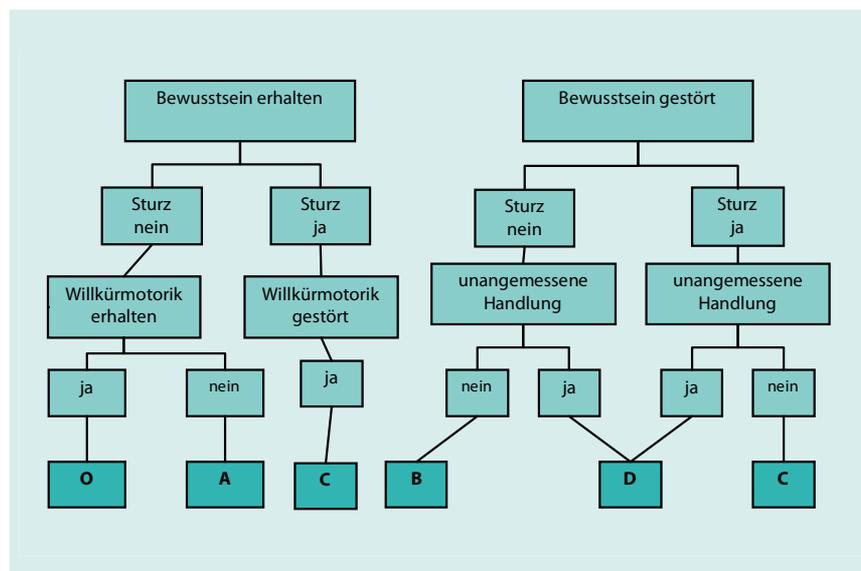
Es wurde die Diagnose einer Temporallappenepilepsie links mit automotorischen und bilateral konvulsiven Anfällen (Nomenklatur der ILAE 2009) gestellt. Entsprechend der BGI 585 lag der Anfallstyp „C“ vor. Die antikonvulsive Therapie wurde auf Levetiracetam (LEV) mit einer Zieldosis von 3000 mg umgestellt. Die zeitnahe Aufnahme einer stationären epileptologisch/neurologischen Rehabilitation zur Prüfung der Leistungsfähigkeit dringend empfohlen.

Die Rehabilitationsmaßnahme erbrachte Klarheit

Zu Beginn der siebenwöchigen epileptologischen Rehabilitation beklagte Hr. H. reduzierte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen. Seine physische und psychische Belastbarkeit sei sehr reduziert. Seit der Krankheit sei er sehr verunsichert und wisse nicht wie es beruflich weitergehen solle. Er würde gerne wieder finanziell unabhängig und selbständig sein.

Nach Absprache der Rehabilitationsziele erfolgte ein interdisziplinäres, integratives Therapiekonzept mit Physio- und Ergotherapie, physikalischen Anwendungen und eine störungsspezifische, erweiterte neuropsychologische Diagnostik und Therapie.

Es zeigten sich Defizite in den Aufmerksamkeits-, und Konzentrationsleistungen, sowie Einschränkungen im



Der vermeintlich „leichte“ Fall des Maklers

Herr H. stieg nach Abbruch seines Jura-Studiums als freier Mitarbeiter in das Maklerbüro seines Vaters ein, später war er als Makler bei einer Bauträgergesellschaft angestellt. Er pendelte täglich 300 km zu seinem Arbeitsplatz. Nach der Insolvenz seines Arbeitgebers 2007 litt Herr H. unter starken psychosozialen und finanziellen Belastungen. Er erlitt in seinem Krisenjahr 2007 innerhalb von zwei Monaten zwei Grand-

ren konnte. Seine Eltern berichten, dass er gelegentlich plötzlich starr vor sich hinblicke und nicht adäquat auf Ansprache reagiere. VPA wurde zwischenzeitlich auf 1250 mg aufdosiert. Es kam hierunter zu einem ausgeprägten Tremor und Gewichtszunahme über 5 kg. Seine Eltern nahmen Herrn H. nach dem Verlust des Arbeitsplatzes und der Trennung der Familie wieder zu sich. Wegen der emotionalen Belastungen wurde 2011 die Diagnose eines Burnout gestellt, eine ambulante Psychotherapie begonnen.

Gedächtnis bei Textverarbeitung. Es bestand zudem eine erhöhte Ablenkbarkeit durch externe Reize. Im Verlauf der Rehabilitation erfolgte eine 14-tägige, auf das bisherige Tätigkeitsfeld bezogene, berufliche Belastungserprobung am kooperierenden Berufsbildungswerk, mit überwiegend PC-Arbeit, mit vier Stunden pro Tag.

Teilhabe statt Rente

Herr H. blieb nach medikamentöser Umstellung über den gesamten Behandlungszeitraum anfallsfrei. Die körperliche und psychische Belastbarkeit war leicht eingeschränkt. Nach Belastungserprobung konnte eine maximale Belastbarkeit von vier Stunden mit erhöhtem Pausenbedarf festgestellt werden. Das positive Leistungsbild wurde mit einer Leistungsfähigkeit für drei bis sechs Stunden täglich, für leichte Arbeiten, bewertet. Im negativen Leistungsbild wurden neben den epilepsiespezifischen Einschränkungen (epileptologische Gefährdungsbeurteilung nach BGI 585 bei Anfällen der Kategorie „C“) Einschränkungen bei Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Aufmerksamkeit, Publikumsverkehr, Konzentrationsleistungen, sowie körperlicher Ausdauer und Belastung festgestellt. Herr H. traute sich zum Zeitpunkt der Entlassung noch keine berufliche Tätigkeit zu. Mit dem Rehabilitationsberater der Deutschen Rentenversicherung wurde ein beruflicher Reintegrationsversuch in einem halben Jahr nach Stabilisierung beziehungsweise nach erneuter Rehabilitation, insbesondere der assoziierten depressiven leistungsmindernden Symptomatik, vereinbart. Ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben und auf Anerkennung einer Schwerbehinderung wurde gestellt.

Der vermeintlich „schwierige“ Fall des Sprengmeisters

Herr G. hat Familie und ist Alleinernährer. Er arbeitet in einem Steinbruch. Dort steuert er große Tieflager (60 t), lenkt Abbruchbagger und übt regelmä-

ßig Sprengtätigkeiten aus. Auf Grund der hohen Belastung und überwiegenen Saisonarbeit (im Winter wird der Steinbruch geschlossen) beabsichtigt er eine berufliche Neuorientierung mit Wechsel des Arbeitgebers in einen Industriebetrieb in die 3-Schichtproduktion.



Der 37-jährige, kräftige und bisher völlig gesunde Hr. G. erlitt im September 2011 nach mäßigem Alkoholkonsum (zwei Bier) einen ersten fokal eingeleiteten, bilateral tonisch-klonischen Anfall. In der erweiterten Epilepsiediagnostik fanden sich eine parieto-okzipitale kortikale Dysplasie rechts mit korrelierendem pathologischem EEG mit erhöhter Epileptogenität. Es wurde die Diagnose einer strukturell bedingten Epilepsie mit erstmaligem bilateral konvulsiven Anfall (Nomenklatur der ILAE 2009) gestellt. Entsprechend der BGI 585 lag der Anfallstyp „C“ vor. Bei erhöhtem Anfallsrezidivrisiko erfolgte eine antikonvulsive Einstellung. Bei voller körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit bestand bei Herrn G. keine Indikation für eine stationäre medizinisch-epileptologische Rehabilitation.

Die Gefährdungsbeurteilung ergab, dass die Tätigkeit im Steinbruch in keinem Falle mehr ausgeübt werden kann, da eine erhebliche, über das alltägliche Ri-

siko hinausgehende, Eigen-, und Fremdgefährdung anzunehmen war. Ein Antrag auf Schwerbehinderung wurde über den in der Klinik ansässigen Sozialdienst gestellt. Mit einer Grad der Behinderung von 50–60 ist zu rechnen. Damit wird Herr G. der Zugang zum Integrationsamt ermöglicht. Zudem wird der besondere Kündigungsschutz wirksam. Von einer Kündigung beim bisherigen Arbeitgeber wurde dringend abgeraten. Eine Beratung durch die Epilepsieberatung Unterfranken, bzw. bei Gefahr des Verlusts der Erwerbsfähigkeit, die Aufnahme in das Projekt „Netzwerk Epilepsie und Arbeit“ (NEA), wurde angeregt. Herr G. besprach mit seinem Arbeitgeber und Betriebsarzt die Möglichkeiten einer innerbetrieblichen Umsetzung, die unter Berücksichtigung der Gefährdungsbeurteilung komplikationslos umgesetzt werden konnte.

Je früher die Rehabilitation, desto später die Rente

So heterogen wie die Ursachen einer Epilepsie, der assoziierten Anfälle und der individuelle Verlauf der Erkrankung, so vielfältig sind die sozialen und beruflichen Folgen. Wie oben dargestellt, muss ein Beruf mit geringem Gefahrenpotential (Makler) nicht zwingend mit geringen Problemen am Arbeitsplatz verbunden sein. Dagegen kann bei einer hohen Gefährdungslage (Sprengmeister) bei optimalen Begleitumständen die Erwerbsfähigkeit ohne größere Einschnitte erhalten bleiben.

Durch eine fehlende frühe optimierte Diagnostik, Therapie, Leistungs-, und Gefährdungsbeurteilung, sowie eine ungünstige interpersonelle Disposition, mit im Vordergrund stehendem Einbruch der sichernden sozialen Kontextfaktoren und Entwicklung einer leistungsmindernden Depression, kann sich eine schwierige berufliche Situation, mit Verlust der Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, entwickeln. Ziel sollte daher eine frühe, umfassende sozialmedizinische Beratung mit Einbindung von Betriebsärzten sein, um entsprechende Maßnahmen zur Arbeitsplatz-

sicherung einzuleiten. Zum Beispiel ist durch eine frühe epileptologisch orientierte Rehabilitationsmaßnahme, an Einrichtungen mit entsprechender Expertise, eine berufliche (Wieder-)Eingliederung zu erreichen. Es sollte mit den Betroffenen früh die Möglichkeit einer anerkannten Schwerbehinderung besprochen werden, um Dienste und Hilfen der Integrationsämter und der Integrationsfachdienste in Anspruch

nehmen zu können. Ohne anerkannte Schwerbehinderung können Betroffene Hilfen unter anderen der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Rentenversicherung, der gesetzliche Unfallversicherung, die lokale Epilepsieberatungsstelle und dem „Netzwerk Epilepsie und Arbeit“ erhalten. Zur besseren medizinischen Einschätzung der Epilepsie sowie daraus möglicherweise resultierenden Einschränkungen und

Gefährdungspotentialen sollte generell für alle an Epilepsie erkrankten eine Gefährdungsbeurteilung erfolgen. Es wird damit für alle in der weiteren Beratung oder Behandlung involvierten Berufsgruppen eine objektive und nachvollziehbare Einschätzung bereit gestellt um dem Ziel des Erhalts der Erwerbsfähigkeit näher zu kommen. □

Dr. Tobias Knieß

Führungsstil mitverantwortlich für die Entstehung von Mobbing

Mobbing ist einer Studie von Organisationspsychologen der Freien Universität Berlin zufolge ein Gruppenphänomen. Wie Jens Eisermann und Elisabetta De Costanzo vom Arbeitsbereich Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Universität erstmals empirisch belegten, beruht die Wahrnehmung von Mobbing nicht allein auf der subjektiven Einschätzung einzelner Personen; es tritt in betroffenen Abteilungen objektivierbar gehäuft auf.

Eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Mobbing spielt den weiteren Ergebnissen zufolge der Führungsstil von Vorgesetzten. So trete das Phänomen seltener in Abteilungen auf, in denen sich die Führungskräfte gesprächsbereit zeigten und Mitarbeitern bei den für sie relevanten Entscheidungen ein Mitspracherecht hätten. In diesen Abteilungen sei zudem die allgemeine Arbeitszufriedenheit höher.

Als unerwartet hoch erwies sich der Studie zufolge die Rate von Depression unter Mobbing-Betroffenen. So müsse von einem Anstieg der Chance für Depression um mehr als das Doppelte ausgegangen werden, wenn Mobbing vorliege, hieß es. Zwar könne auf der Basis dieses Zusammenhangs noch nicht auf eine Wirkrichtung von Mobbing zu Depression geschlossen werden, und es gebe weiteren Forschungsbedarf, beton-



ten die Autoren. Dennoch sei es ratsam, bei Anzeichen für Mobbing zu klären, ob Betroffene depressiv seien.

Für ihre Studie werteten die Wissenschaftler die Antworten von mehr als 4.300 Beschäftigten zweier Landesbehörden verschiedener Bundesländer aus einer Online-Befragung aus. Die Autoren verglichen für ihre Analyse jene beiden Verfahren, die im deutschsprachigen Raum bei der Erhebung im Zusammenhang mit Mobbing bevorzugt Verwendung finden. In einem der Verfahren werden Teilnehmer gemäß

der Methode des sogenannten „Leymann Inventory of Psychic Terrorization“ (LIPT) gefragt, welche unsozialen Verhaltensweisen sie gegenwärtig erleben. Im anderen Verfahren sollen sie angeben, ob sich als Mobbing-Opfer einstufen. Eine Auswertung nach der LIPT-Methode ergab, dass jeder fünfte Teilnehmer der Studie von Mobbing betroffen war. Dagegen bezeichneten sich lediglich vier Prozent als Mobbingopfer. Beim Vergleich der beiden Erhebungsmethoden erwies sich den Ergebnissen zufolge das LIPT-Verfahren als besser geeignet, um die Ursachen und möglichen Folgen von Mobbing zu erkennen. Die Selbsteinstufung allein schätzen die Autoren als weniger gut geeignet ein, sie könne jedoch einer zusätzliche Überprüfung dienen.

EU-weit sind nach Schätzungen der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz etwa zwölf Millionen Menschen von Mobbing betroffen. Derzeit geht man davon aus, dass in Deutschland rund 1,5 Millionen Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz gemobbt werden.

Für Beschäftigte und Führungskräfte, die Rat oder Hilfe zum Thema Mobbing suchen, bietet die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) auf ihrer Website www.inqa.de eine Übersicht über bundesweite Beratungsstellen. □