

Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit bei Epilepsien

Ärztliche Beurteilung muss Komorbiditäten berücksichtigen

Dieser Beitrag gibt nach Erläuterung des Invaliditätsbegriffs der Invalidenversicherung (IV) Empfehlungen, welche Kriterien bei Epilepsien in der für die Festlegung des Invaliditätsgrads durch die IV wichtigen ärztlichen Beurteilung der Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit berücksichtigt werden sollen. Neben den Anfällen selbst sind hierbei neurologische, neuropsychologische und auch psychiatrische Symptome beziehungsweise Komorbiditäten sowie der Behandlungsstand relevant.

THOMAS DORN UND KLAUS FETSCHER*

Einleitung

Seit einigen Jahren sind die sozialen Sicherungssysteme, insbesondere unsere Invalidenversicherung (IV) wegen steigender Kosten in das öffentliche und politische Interesse gerückt. Vonseiten der Politik beziehungsweise des Gesetzgebers wurde und wird versucht, durch entsprechende Gesetzesänderungen (z.B. Invalidenversicherungsgesetz-Revisionen) die Ausgaben zu senken (1). Der Ärzteschaft kam und kommt bei der gerechten Verteilung der knapper werdenden Ressourcen im Sozialversicherungsbereich unabhängig von gesetzlichen Veränderungen eine herausragende Bedeutung zu (2). Tritt eine Erkrankung neu auf, muss schon der erstbehandelnde Arzt** meist auch entscheiden, ob und wie die Erkrankung die Arbeitsfähigkeit eines Patienten** in seinem Beruf tangiert. Diese Beurteilung erfordert sowohl ein gewisses Wissen um die Natur, Prognose, Behandelbarkeit und auch die Komorbiditäten der betreffenden Krankheit als auch um die Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes.

* Schweizerisches Epilepsie-Zentrum Zürich (Medizinischer Direktor: Dr. G. Krämer)

** Im Text wird generell die männliche Form verwendet; selbstverständlich gelten die Aussagen für beide Geschlechter.

Diese erste sozialmedizinische Bewertung kann erhebliche Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der sozialen Situation des Patienten bis hin zu einer späteren Berentung haben, zumal die erstmalige Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit schon zu einem längeren Fernbleiben vom Arbeitsplatz und dem Einspringen der Krankentaggeldversicherung beziehungsweise auch zum Verlust des Arbeitsplatzes führen und eine Berentung vorbahnen kann. Auch die Tatsache, dass Menschen mit Epilepsien sogar bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt häufiger arbeitslos sind als Menschen ohne Epilepsien (3) könnte zum Schluss führen, dass dann eine Berentung als Lösung des Problems Arbeitsplatzverlust angesehen werden kann. Eine Berentung kommt bei einer chronisch die Arbeitsfähigkeit tangierenden Erkrankung aber gemäss dem Prinzip

Merksätze

- Wenn wegen einer Epilepsie ein Antrag auf Massnahmen der Invalidenversicherung (IV) gestellt wird, ist ärztlicherseits eine differenzierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sowie allenfalls in anderen Berufsfeldern, das heisst der Wiedereingliederungsfähigkeit, erforderlich.
- Dabei müssen nicht nur die Gefährdungen des Betroffenen und seiner Umgebung durch Anfälle beachtet werden, vielmehr müssen auch allfällig vorhandene andere neurologische, neuropsychologische und psychiatrische Beschwerden, Symptome und Erkrankungen (Komorbiditäten) berücksichtigt werden, die in der heutigen Arbeitswelt einer Industrie- und Wissensgesellschaft oft eine grössere soziale Relevanz haben als die Anfälle selbst.
- Schliesslich muss der Behandlungsstand im Hinblick auf die Anfälle aber auch auf die genannten Komorbiditäten kritisch gewürdigt werden.
- Die sozialmedizinische Würdigung von Stigmata, die bei Epilepsie zum Verlust eines Arbeitsplatzes führen beziehungsweise die Wiedereingliederung erschweren können, ist im Kontext eines ausschliesslich auf medizinischen Gegebenheiten gründenden Invaliditätsbegriffs schwierig.

Der Invaliditätsbegriff in der Schweizerischen Rentenversicherung (IV)

Eine Invalidität (Erwerbsunfähigkeit) ist zu attestieren, wenn ein Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (medizinisches Element) vorliegt, der zu einer bleibenden oder längere Zeit dauernden Erwerbsunfähigkeit (wirtschaftliches Element) führt, wobei klar gezeigt werden muss, dass der Gesundheitsschaden Ursache der Erwerbsunfähigkeit ist (kausales Element).

Der Arzt hat dabei das medizinische Element, das heisst Art, Dauer, Prognose einer Erkrankung und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit, nicht aber den Invaliditätsgrad (Erwerbsunfähigkeit) zu beurteilen (4). Der Invaliditätsgrad wird nämlich von der IV festgelegt und ergibt sich aus Einschätzungen und Berechnungen, die ökonomische Aspekte mit einbeziehen. Eines der Berechnungsverfahren, der sogenannte Lohnvergleich, sei hier kurz dargestellt: Dabei wird zunächst das Einkommen, das ein Gesunder im bisherigen Beruf des Betroffenen verdienen kann (*Valideneinkommen*), als Bezugsgrösse ermittelt. Aus den Angaben des IV-Arztberichts, eines ärztlichen Gutachtens oder auch den Ergebnissen einer Berufsabklärung wird dann ermittelt, was der Betroffene mit seinen Einschränkungen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verdienen kann (*Invalideneinkommen*). Der Quotient aus Validen- und Invalideneinkommen ergibt multipliziert mit 100 den *Invaliditätsgrad* (9). Die Art von von der IV finanzierten *Wiedereingliederungsmassnahmen* beziehungsweise die *Rentenhöhe* richtet sich nach dem Invaliditätsgrad (10):

Invaliditätsgrad	Rentenart
≥ 40%	Viertelsrente
≥ 50%	Halbe Rente
≥ 60%	Dreiviertelrente
≥ 70%	Ganze Rente

Die Ermittlung der Rentenhöhe folgt somit keiner linearen Umsetzung. So ist die Gewährung einer sogenannten Viertelsrente erst ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent möglich, während eine volle Rente bereits ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent zugesprochen wird.

Wiedereingliederung vor Rente (4) erst dann in Betracht, wenn eine Wiedereingliederung in den angestammten Beruf beziehungsweise in eine der Behinderung angepassten Tätigkeit nicht möglich ist. Deshalb ist in der Phase eines drohenden oder gerade erfolgten Arbeitsplatzverlustes neben einer sorgfältigen Analyse der medizinischen Fakten eine intensive soziale Beratung mit Ausloten aller Wiedereingliederungsoptionen erforderlich (6) bevor das Problem durch eine längere Krankschreibung und konsekutive Berentung vordergründig gelöst wird.

Im *Kasten* wird der Invaliditätsbegriff der Schweizerischen Invalidenversicherung erläutert. Im Folgenden stellen wir unsere in den letzten Jahren in Anlehnung an entsprechende Arbeiten und Entwicklungen in Deutschland (7, 8) sich herausgebildete Praxis bei der Beurteilung der medizinischen Grundlagen der Invalidität, das heisst der Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit bei Epilepsien, dar. Aufgrund der oben erwähnten grossen Relevanz einer ersten Krankschreibung für die weitere berufliche und soziale Entwicklung eines Betroffenen sollten die dargestellten Empfehlungen nicht nur für die Beurteilung der Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit im Auftrag der IV, sondern auch bei der sozialmedizinischen Beratung eines Patienten nach ersten Anfällen hilfreich sein.

Ärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit

Bei der dem Arzt zukommenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist ein biopsychisches, nicht aber das biopsychosoziale Krankheitskonzept der WHO zugrunde zu legen (6). Dabei ist vom Arzt die Auswirkung der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sowie auch auf jene in allen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt infrage kommenden Tätigkeiten (Wiedereingliederungsfähigkeit) einzuschätzen. Die im *Kasten* «Der Invaliditätsbegriff in der Schweizerischen Rentenversicherung (IV)» erwähnten Begriffe «bleibend» beziehungsweise «längere Zeit» bedeuten im Hinblick auf Rentenleistungen der IV einen Zeitraum von mindestens einem Jahr, in dem der Gesundheitsschaden zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben muss. Im Hinblick auf die Gewährung von Wiedereingliederungsmassnahmen der IV kann hingegen dieser Zeitraum kürzer sein, was ja dann vor allem einen Sinn ergibt, wenn früh erkennbar wird, dass eine Erkrankung bis auf Weiteres die Ausübung eines bestimmten Berufs verunmöglicht, keinesfalls aber die Ausübung anderer Berufe beeinträchtigt. Als Beispiel möge ein Busfahrer nach einem ersten epileptischen Anfall dienen, der zwar mindestens für 5 Jahre nicht mehr Bus fahren kann (10), aber sehr rasch auf einen anderen Beruf umgeschult werden kann, bei dem allfällige Anfälle keine Relevanz haben. Eine Rente kann also erst dann gewährt werden, wenn eine Arbeitsunfähigkeit, das heisst die durch den Gesundheitsschaden bedingte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen mindestens ein Jahr (Wartejahr) anhält und die verbleibende Arbeitsfähigkeit nach Durchführung zumutbarer Eingliederungsmassnahmen auf dem gesamten infrage kommenden Arbeitsmarkt wirtschaftlich nicht verwertet werden kann. Das sogenannte Wartejahr darf also nicht einfach ein Abwarten auf eine Besserung des Gesundheitszustands sein, sondern muss zu beruflich-rehabilitativen Massnahmen genutzt werden, falls es der Gesundheitszustand zulässt.

Mögliche Einschränkungen der Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit bei Epilepsie

Neben den epileptischen Anfällen selbst können bei Menschen mit Epilepsien andere neurologische oder auch von anderen Organsystemen herrührende Symptome einer Grunderkrankung

zur Arbeitsunfähigkeit führen. Bei einem Patienten mit einer symptomatischen Epilepsie infolge eines grossen zerebralen Territorialinfarkts dürfte eine schwere Hemisymptomatik die Arbeitsfähigkeit eher einschränken als die Anfälle. Bei vielen Epilepsien findet man aber weniger neurologische, sondern neuropsychologische Funktionsstörungen oder gar auch psychiatrische Symptome, die die Arbeits- beziehungsweise Wiedereingliederungsfähigkeit beeinträchtigen können. Als typisches Beispiel für eine Epilepsie mit derartigen Komorbiditäten kann die posttraumatische Epilepsie angesehen werden (11). Schliesslich ist für alle diese epileptologischen beziehungsweise mit Komorbiditäten assoziierten Symptome auch der jeweilige Behandlungsstand zu berücksichtigen, der unserer eigenen Erfahrung nach oft nicht mit der Krankheitsdauer korreliert, insbesondere dann, wenn nicht bemerkte beziehungsweise thematisierte Adhärenzmängel bestehen oder keine kontinuierliche fachärztliche neurologische Betreuung erfolgte (5). Denn nur wenn invalidisierende Symptome trotz eines fortgeschrittenen Behandlungsstands persistieren, ist die medizinische Grundlage für eine Invalidität im Sinne der IV gegeben.

Anfälle

Epileptische Anfälle können die Arbeitsfähigkeit durch ihr Verletzungspotenzial einschränken. Das bedeutet, dass mit einer aktiven Epilepsie im Allgemeinen Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr (z.B. durch drehende, ungeschützte Teile, gefährliche Spannungen, infektiöses Material), Berufskraftfahren, vorwiegende Reisetätigkeit, Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an Konzentrationsvermögen, Reaktionsschnelligkeit sowie Flexibilität, Steuer- und Überwachungstätigkeiten, Tätigkeiten mit Aufsichtspflicht, Nachtschicht beziehungsweise Schichtsysteme, die Schlafentzug oder eine wesentliche Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus bedingen (z.B. häufig wechselnde Arbeitszeiten, Bereitschaftsdienste), Tätigkeiten mit Atemschutzgeräten, Tätigkeiten in Kälte (z.B. in Kühlhaus, Gefrieranlage), Tätigkeiten auf dem Wasser sowie Schwimmen nicht möglich sind (7). Allerdings ist ohne sachkundige Besichtigung eines potenziell gefährlichen Arbeitsplatzes eine richtige Einschätzung oft nicht möglich. Auch eine differenzierte Betrachtung der bei einem Patienten auftretenden Anfallsformen im Hinblick auf ihr Verletzungspotenzial ist vonnöten. Hier wurden Klassifikationssysteme und Beurteilungskriterien entwickelt, die bei der Einschätzung der Einsetzbarkeit an vermeintlich gefährlichen Arbeitsplätzen sehr hilfreich sind wie beispielsweise die von Thorbecke und Specht veröffentlichten Tabellen (6, 8). Aufgrund von Anfallssemiologie und -frequenz erfolgt dabei eine Zuordnung zu Gefährdungskategorien, die dann die Beurteilung einer Beschäftigung in bestimmten Berufsfeldern als uneingeschränkt, eingeschränkt möglich beziehungsweise unmöglich erlauben. Manchmal können gefährliche Arbeitsplätze auch durch Schutzmassnahmen für einen Patienten mit einer aktiven Epilepsie sicher gemacht werden.

Bezüglich Schichtarbeit kann kein generelles Verbot ausgesprochen werden, da das anfallsauslösende Moment einer

solchen Tätigkeit vom jeweils vorliegenden Epilepsiesyndrom abhängt. So dürften besonders Patienten mit idiopathisch generalisierten Epilepsien Gefahr laufen, unter wechselnden Wach- und Schlafzeiten wieder oder vermehrt Anfälle zu erleiden (12).

So resultiert aus einer aktiven Epilepsie im Allgemeinen eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für bestimmte Tätigkeiten, nicht aber eine Unfähigkeit zur Wiedereingliederung in andere Berufsfelder, in denen diese Einschränkungen keine Rolle spielen.

Eine sehr aktive Epilepsie mit häufigen grossen Anfällen hingegen kann auch zu generellen quantitativen Einschränkungen führen, indem eine vollzeitige und planbare Präsenz am Arbeitsplatz nicht möglich ist. Ein Patient, der in der Woche vier Anfälle erleidet, nach denen er jeweils zwei Stunden bis zur vollständigen Erholung benötigt, fällt so bei einer Wochenarbeitszeit von zirka 40 Stunden zu 20 Prozent aus. Den gleichen Arbeitsausfall am Arbeitsplatz hat auch ein Patient, der im Jahr 22 grosse Anfälle mit einer Erholungszeit von jeweils zwei Tagen erleidet. Hier darf aber trotz der Möglichkeit einer gut vom Arzt quantifizierbaren Arbeitsfähigkeit vonseiten der IV nicht linear auf den Invaliditätsgrad geschlossen werden. Der Unberechenbarkeit der Anfälle und der damit verbundenen Planungsunsicherheit für einen Arbeitgeber ist Rechnung zu tragen. Es wird an den obigen Zahlenbeispielen aber deutlich, dass eine Epilepsie schon sehr aktiv sein muss, damit sie sich für den Invaliditätsgrad relevant quantitativ auf die Arbeitsfähigkeit in allen möglichen Berufsfeldern, also die Wiedereingliederungsfähigkeit auswirkt.

Neuropsychologische Funktionsstörungen

Bei Epilepsien können die der Epilepsie zugrunde liegende Hirnpathologie (z.B. eine mesio-temporale Sklerose), die Anfälle inklusive ihrer postiktalen Phase selbst, möglicherweise auch interiktale Spikes im Sinne des sogenannten «transient cognitive impairment», die antiepileptische Medikation und schliesslich auch eine psychiatrische Komorbidität im Sinne einer Depression zu neuropsychologischen Funktionsstörungen führen beziehungsweise mit solchen assoziiert sein (13, 14, 15). Für die Erfassung solcher Funktionsstörungen und die Beurteilung ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist eine neuropsychologische Testuntersuchung erforderlich (16). Wir erleben immer wieder Patienten mit Epilepsie, bei denen die Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit alleine aufgrund neuropsychologischer Funktionsstörungen nicht gegeben ist. Als Beispiel möge hier eine Patientin mit einer Temporallappenepilepsie auf dem Boden einer beidseitigen mesiotemporalen Sklerose dienen, die deswegen einen angestammten erlernten Beruf aufgeben musste und auch nicht mehr in der Lage ist, in einem anderen Berufsfeld angelehrt zu werden. Allerdings stellt sich besonders bei Teilleistungsstörungen wie etwa einer isolierten psychomotorischen Verlangsamung bei sonst gutem kognitivem Leistungsprofil die Frage, ob nicht an speziell hierauf angepassten Arbeitsplätzen beziehungsweise im Rahmen einer Teilinvalidität eine Verwertung

der verbleibenden Arbeitskraft auf dem freien Arbeitsmarkt möglich sein könnte (5).

Komorbide psychiatrische Erkrankungen

Epilepsien können mit diversen psychiatrischen Erkrankungen assoziiert sein, wobei die epidemiologisch grösste Bedeutung hierbei Depressionen und Angsterkrankungen zukommt. Daneben gibt es verschiedene Formen von Psychosen, die – in Abhängigkeit ihrer (zeitlichen) Beziehung zu den Anfällen – als postiktale, interiktale, (peri-)iktale sowie alternative Psychosen bezeichnet werden. Ferner kommen organisch begründbare Persönlichkeitsstörungen sowie Störungen der Krankheitsverarbeitung mit negativen Auswirkungen auf die Adhärenz und so auch auf die Anfallsituation vor. Schliesslich können auch bei Epilepsien zusätzliche psychogene, nicht epileptische Anfälle auftreten (17, 18, 19). Neben der Beurteilung der Auswirkungen dieser Symptome auf die Arbeitsfähigkeit ist bei der sozialmedizinischen Würdigung psychiatrischer Symptome auch der diesbezügliche Behandlungsstand zu beachten.

Die Bedeutung des Behandlungsstands bei der Beurteilung der Invalidität

Die IV fragt in den Arztberichten und Gutachten immer wieder, ob die Arbeitsfähigkeit mit medizinischen Massnahmen verbessert werden kann. Diese Frage zielt auf den Behandlungsstand. Bei einer Epilepsie darf keinesfalls von der Erkrankungsdauer auf den Behandlungsstand geschlossen werden. Immer wieder erleben wir Patienten, die trotz eines bereits langjährigen aktiven Verlaufs durch weitere Umstellungen der Therapie anfallsfrei werden, wobei hierfür grundsätzlich zwei Gründe angeführt werden können.

- **Unzureichende bisherige Therapie:** Im Allgemeinen wird das jeder antiepileptischen Pharmakotherapie zunächst zugrunde liegende Therapieziel Anfallsfreiheit erst dann als unrealistisch angesehen, wenn mindestens 2 bis 3 (bis zur individuellen Toxizitätsgrenze) ausdosierte und zuverlässig eingenommene Mono-, allenfalls auch Bitherapien nicht zur Anfallsfreiheit führten. Mit einer solchen systematischen Therapieführung werden rund 70 Prozent aller Epilepsiepatienten anfallsfrei. Bei einem Teil der pharmakotherapieresistenten Patienten kann dann ein epilepsiechirurgischer Eingriff zur Anfallsfreiheit führen (20). Antiepileptische Pharmakotherapien scheitern aber nicht nur aus biologischen Gründen, sondern auch weil die Medikamentenauswahl auf einer falschen Klassifikation einer Epilepsie beruht (21) oder ein potenziell sehr wirksames Medikament falsch angewendet wird, in dem zum Beispiel pharmakokinetische Interaktionen nicht berücksichtigt werden (22).
- **Mangelnde Adhärenz:** Es ist aber auch noch zu berücksichtigen, dass 30 bis 50 Prozent der Epilepsiepatienten bezüglich einer medikamentösen Therapie nicht adhären sind (23). Wir ermitteln die Compliance zum einen durch eine sorgfältige anamnestiche Erfassung der Einnahmep Praxis, zum anderen aber auch durch den Vergleich von

Serumkonzentrationen der Antiepileptika unter gleicher Dosis, wobei hier vor allem postiktal gewonnene Serumkonzentrationen relevant sind.

Diese Sachverhalte und nicht alleine die Behandlungsdauer sind also bei der Beurteilung des Behandlungsstands einer Epilepsie zu berücksichtigen, wobei hier noch auf den von der IV verwendeten Begriff «zumutbare Behandlung» im Rahmen der «Mitwirkungspflicht» einzugehen ist: «Als zumutbar muss daher jede Massnahme gelten, die der Eingliederung der versicherten Person dient. Der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird selbstverständlich weiterhin Rechnung getragen. Die Zumutbarkeit erstreckt sich dabei etwa auf die medizinische Behandlung, auf die Eingliederung und auf den Wechsel in einen anderen Beruf oder Aufgabenbereich. Damit das Ziel der Eingliederung realistisch wird, müssen die versicherten Personen selber aktiv an den Massnahmen der IV mitwirken und eine ihrer Restarbeitsfähigkeit entsprechende Stelle suchen» (24). In der Epileptologie sollten diese Begriffe wie folgt angewendet werden: Während eine verträgliche antiepileptische Pharmakotherapie zumutbar ist, und der Patient hierbei durch eine regelmässige Einnahme dieser Medikation mitzuwirken hat, ist die Ablehnung eines epilepsiechirurgischen Eingriffs durch einen Patienten keinesfalls als Verweigerung einer zumutbaren Behandlung zu betrachten, auch wenn davon eine drastische Verbesserung der Anfallsituation erwartet werden kann. Bezüglich der Behandlung komorbider psychiatrischer Erkrankungen ist der Behandlungsstand in entsprechender Weise durch den Psychiater zu analysieren, wobei auch hier eine psychopharmakologische Behandlung als zumutbar anzusehen und eine solide Beurteilung der Adhärenz – auch anhand entsprechender Serumkonzentrationsbestimmungen – wünschenswert ist.

Ausblick

Mit den dargestellten Empfehlungen zur Bewertung von Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit bei Epilepsien ist ein für die betroffenen Patienten sicher relevanter Aspekt nicht berücksichtigt, nämlich der der Stigmatisierung. Diese wird neben den dargestellten medizinischen Gegebenheiten für die unter Epilepsiepatienten höhere Arbeitslosigkeit mitverantwortlich gemacht (3). Die Stigmatisierung ist aber kein medizinischer, sondern ein sozialer Sachverhalt und somit für die IV bei der Festlegung der Invalidität nicht relevant. Ein Anfall eines Verkäufers bei der Kundenberatung kann wegen der Sorge des Vorgesetzten, durch diesen und allfällige weitere derartige Vorfälle verschreckte Kunden zu verlieren, zum Verlust des Arbeitsplatzes und auch zu einer längeren frustrierenden Suche nach einer geeigneten neuen Arbeitsstelle führen. Der Betroffene wird seine Arbeitslosigkeit als Folge seiner Erkrankung ansehen und sich allmählich als Invaliden fühlen. Diese ungünstige Entwicklung sollte aber der begutachtende Arzt nicht durch die Festschreibung der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Wiedereingliederungsunfähigkeit unterstützen, sondern ihr durch die Vermittlung einer kompetenten sozialen

Beratung mit dem Ziel eines möglichst raschen beruflichen Wiedereinstiegs neben der Optimierung der medizinischen Behandlung entgegenwirken (6). Sicher können hier auch die Instrumente, das heisst insbesondere die Früherfassung und Frühintervention (FEFI), der 5. IVG-Revision greifen (1). Der Stigmatisierung von Menschen mit Epilepsie sollte aber auch durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit entgegengewirkt werden, wobei auch die bisher dabei eher ausgeblendete neuropsychologische und psychiatrische Komorbidität in angemessener Weise thematisiert werden muss.

Gemäss unserer Erfahrungen sollten bei Epilepsiepatienten mehrmonatige, maximal 1 bis 2 Jahre dauernde «Auszeiten» aus dem Erwerbsleben möglich sein, um eine systematische Pharmakotherapie-resistenzprüfung sowie eine allfällige operative Epilepsie-therapie zügig und ohne sozialen Nachteil des Patienten durchführen zu können, zumal diese Massnahmen die Situation des Patienten und damit seine Chancen auf dem Arbeitsmarkt dauerhaft verbessern können. Vielen Betroffenen und auch Begutachtenden ist leider auch nicht bewusst, dass durch diese Massnahmen, vor allem durch die Epilepsiechirurgie, noch nach vielen Jahren Krankheitsdauer signifikante Verbesserungen der medizinischen Situation möglich sind. ■

Korrespondenzadressen:

Dr. med. Thomas Dorn
Leitender Arzt
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum
Bleulerstrasse 60, 8008 Zürich
E-Mail: thomas.dorn@swissepi.ch

Klaus Fetscher
Leiter Sozialberatung, Fachstelle Arbeit
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum
Bleulerstrasse 60, 8008 Zürich
E-Mail: klaus.fetscher@swissepi.ch

Interessenkonflikte: keine

Literaturverzeichnis:

1. Winzeler P. Neuerungen der 5. IVG-Revision unter besonderer Berücksichtigung von Epilepsien und Geistiger Behinderung. *Epileptologie* 2008; 25: 170–173.
2. Zeller E. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit. www.rwi.uzh.ch/tit-zeller/publikationen/krankheit-und-arbeitsunfaehigkeit-zuerich2007.pdf.
3. Chaplin JE, Wester A, Tomson T. Factors associated with the employment problems of people with established epilepsy. *Seizure* 1998; 7: 299–3038.
4. Bundesamt für Sozialversicherungen. Leistungen der Invalidenversicherung 2008. www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/00737/index.html?lang=de7.
5. Dorn T. Die Beurteilung der Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit bei Epilepsien. *Epileptologie* 2008; 25: 174–181.
6. Fetscher K. Die berufliche Eingliederung von Menschen mit Epilepsie in der Schweiz: Sozialversicherungsrechtliche Aspekte und Aufgabenstellungen im interdisziplinären Kontext. *Epileptologie* 2008; 25: 198–208.
7. Deutsche Rentenversicherung Bund. Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. 2005. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de.
8. Thorbecke R, Specht U. Berufliche Rehabilitation bei Epilepsie. *Der Medizinische Sachverständige* 2005; 101: 22–32.
9. Bundesamt für Sozialversicherung. Häufig gestellte Fragen zur Invalidenversicherung. www.bsv.admin.ch/themen/iv/00027/01225/index.html?lang=de.
10. Verkehrskommission der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie. Epilepsie und Autofahren 2008 www.epi.ch/_files/Fahrttauglichkeit/formular_Fahrttauglichkeit_deutsch.pdf.
11. Schaumann-von Stosch R, Schmidt H, Bathke KD. Anfälle nach Unfall – versicherungsmedizinische Aspekte. *Epileptologie* 2008; 25: 191–197.
12. Wolf P. The role of nonpharmaceutical conservative interventions in the treatment and secondary prevention of epilepsy. *Epilepsia*. 2002; 43 Suppl 9: 2–523.
13. Binney CD. Cognitive impairment during epileptiform discharges: is it ever justifiable to treat the EEG? *Lancet Neurology* 2003;2: 725–730.
14. Hoppe C, Elger CE, Helmstaedter C. Longterm memory impairment in patients with focal epilepsy. *Epilepsia* 2007;48 Suppl 9: 26–29.
15. Lehrner H. Neuropsychologie. In: Baumgartner C. *Handbuch der Epilepsien* (Hrsg.): *Handbuch der Epilepsien*. Springer Wien New York, 2001: 257–263.
16. Plohmann A. Relevanz neuropsychologischer Gutachten zur Beurteilung von Arbeitsfähigkeit und Invalidität. *Epileptologie* 2008; 25: 182–190.
17. Bumb A, Meyer K. Psychiatrische Störungen und Antiepileptika aus epileptologischer Sicht. *Epileptologie* 2008; 25: 10–18.
18. Schmutz M, Dorn T, Ganz RE. Psychiatrische und psychologische Komponenten der Epilepsiebehandlung. *Epileptologie* 2008; 25: 28–34.
19. Harden CL, Goldstein MA. Mood disorders in patients with epilepsy: epidemiology and management. *CNS Drugs* 2002; 16: 291–302.
20. Brodie MJ, Kwan P. Staged approach to epilepsy management. *Neurology* 2002; 58 Suppl 5: S2–S8.
21. Thomas P, Valton L, Genton P. Absence and myoclonic status epilepticus precipitated by anti-epileptic drugs in idiopathic generalized epilepsy. *Brain* 2006; 129: 1281–1292.
22. Pisani F, van Rijn CM. The importance of drug interactions in epilepsy therapy. *Patsalos PN, Fröscher W. Epilepsia* 2002; 43: 365–385.
23. Specht U. Medikamenten-Compliance bei Epilepsie. *Nervenarzt* 2008; 79: 662–668.
24. Bundesamt für Sozialversicherung. Faktenblatt. Rentenzugang: strikt und fair. 2007. www.bsv.admin.ch/dokumentation/gesetzgebung/00092/01581/index.html.