

Zusammenfassung

Berufliche Integration beinhaltet aus der Perspektive des Individuums – neben dem Aspekt der Existenzsicherung, gesellschaftlicher Partizipation und der Pflege zwischenmenschlicher Kontakte – auch Sinnstiftung und Strukturierung des Alltages. Gesellschaftspolitisch gilt es, den in der Präambel der Schweizer Verfassung formulierten Grundsatz, dass (...) die Stärke des Volkes sich misst am Wohl der Schwachen [1], mit sozialversicherungsrechtlich vertretbaren Instrumenten im klinischen Alltag zu verwirklichen. Die berufliche Rehabilitation und Integration von Menschen mit Epilepsie befindet sich in diesem Spannungsfeld und beinhaltet deshalb weitaus mehr als die blossе Beurteilung der direkten Auswirkungen von Anfällen im Arbeitsleben, wie beispielsweise die der Verletzungsgefahren.

Der Einbezug von psychosozialen Aspekten ist für die erfolgreiche, nachhaltige Eingliederung oftmals unumgänglich, steht jedoch zumindest im Graubereich psychischer Gesundheit, die keine ICD-10 relevante Diagnose generiert, ausserhalb sozialversicherungsrechtlicher Zuständigkeit. Vorliegender Artikel spannt den Bogen wichtiger Grundlagen beruflicher Integration von Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Erwachsenen mit Epilepsie hin zu einem Integrationsmodell, welches die psychosoziale Dimension als integratives Element nutzt und gleichzeitig ausreichende Passung mit der 5. Revision des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) aufweist.

Epileptologie 2008; 25: 198 – 208

Schlüsselwörter: Berufliche Rehabilitation, Epilepsie im Arbeitsleben, Sozialversicherung, ASC-Modell

L'intégration professionnelle des personnes atteintes d'épilepsie en Suisse : aspects relatifs au droit des assurances sociales et tâches dans le contexte interdisciplinaire

Dans la perspective individuelle, l'intégration professionnelle ne doit pas seulement assurer le minimum vital, la participation à la vie sociale et les contacts interhumains, elle donne aussi un sens et une structure à la vie quotidienne. Dans l'optique de la politique sociale, il s'agit de réaliser dans le quotidien clinique avec des instruments tolérables du point de vue du droit des as-

Klaus Fetscher,
Schweiz. Epilepsie-Zentrum, Zürich

surances sociales le principe que (...) la force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible [1] prôné en préambule à la Constitution fédérale. La rééducation et l'intégration professionnelle de personnes atteintes d'épilepsie évoluent dans ce champ de tension ; leur portée va donc bien au-delà d'une simple évaluation des répercussions directes sur la vie professionnelle, par exemple en termes de risque de blessures.

Une intégration réussie et durable nécessite souvent la prise en compte d'aspects psychosociaux qui échappent au domaine de compétence du droit des assurances sociales, pour le moins dans la zone grise de la santé psychique qui ne génère pas de diagnostic selon les critères ICD-10. L'article que voici fait un tour d'horizon qui part des bases importantes de l'intégration professionnelle des adolescents, des jeunes adultes et des adultes atteints d'épilepsie pour en arriver à un modèle d'intégration qui fait de la dimension psychosociale un élément intégrant tout en cadrant avec les nouvelles réalités issues de la 5e révision de l'assurance-invalidité (LAI).

Mots clés : rééducation professionnelle, épilepsie dans le monde du travail, assurances sociales, modèle ASC

Vocational Integration of Epilepsy Patients in Switzerland: Legal Aspects of Social Insurance and Requirements Within an Interdisciplinary Context

Vocational integration from the perspective of the individual contains – apart from the aspect of existential security, social participation and the nurturing of interpersonal contacts – also a sense and structure for every day life. Sociopolitically it is essential to observe the preamble of the Swiss Constitution which formulates the principle that (...) the strength of the people is measured by the wealth of its weak [1], by means of the fiscal and legal terms of social insurances of justifiable instruments integrated in the every day clinical work. Vocational rehabilitation and integration of people with epilepsy is found within this area of conflict and contains thus more than the mere assessment of the direct impact of seizures in work, such as risks of injury. The inclusion of psychosocial aspects is essential for a successful and sustainable integration, nevertheless lies at least within the grey area of mental health, which does not generate a relevant ICD-10 diagnosis and is often

outside the area of fiscal and legal terms of social insurance jurisdiction. The enclosed article draws attention to important fundamentals of vocational integration such as youths, adolescents and adults suffering from epilepsy to a model of integration which uses psychosocial dimensions as a means of an integrative element and at the same time fits the 5th Revision of the Swiss Insurance Code for the Disabled (IVG).

Key words: Vocational rehabilitation, epilepsy in working life, social insurance, ASC-Modell

Einführung

Berufliche Fragen und Probleme sind bei Epilepsie häufig. Das Spektrum möglicher Fragestellungen reicht von der Eignung und Kompatibilität bestimmter Berufsgruppen für Jugendliche und junge Erwachsene, die sich in der beruflichen Orientierung befinden, über Umschulungsfragen bei bereits ausgebildeten und im Erwerbsleben stehenden Personen, bis hin zu Abklärung von Rentenansprüchen bei stark gesundheitlich eingeschränkten Personen. Untersuchungen aus der Schweiz und Europa zeigen auf, dass Personen mit Epilepsie beispielsweise überdurchschnittlich oft von Arbeitslosigkeit betroffen sind, häufig unterhalb der erworbenen Qualifikation arbeiten und einen hohen Anteil frühberenteter Personen [2-4] aufweisen.

Um den verschiedenen Fallkategorien gerecht zu werden, beinhaltet das Instrumentarium zur beruflichen Integration und Rehabilitation medizinische, soziale, (neuro-)psychologische und psychiatrische Aspekte, die den sozialversicherungsrechtlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen gegenüberstehen. Aus Sicht der Sozialen Arbeit sind für die berufliche Integration, neben den Personen-bezogenen gesundheitlichen Aspekten, besonders die sozialversicherungsrechtlichen und arbeitsmarktpolitischen Belange von grosser Bedeutung, da auf dieser Ebene definiert wird, was ein versicherungsrechtlich relevantes Gesundheitsproblem ist. Obschon vorliegender Artikel diese Zusammenhänge nicht vertiefend behandelt, erscheint es gerade im Diskurs um die berufliche Eingliederung bei Epilepsie notwendig, hierauf hinzuweisen, da ein sehr grosser Anteil der gesellschaftlichen Folgekosten indirekte Kosten sind, die nicht aus der Behandlung einer Epilepsie entstehen, sondern aus denen von Langzeitarbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug und Frühberentungen [5].

Nachhaltige berufliche Rehabilitation und Integration beinhaltet für die damit arbeitenden nicht-medizinischen Professionen ein breites Handlungsfeld, welches in der direkten Behandlung und Zusammenarbeit mit der Klientel von einfachen Informationsgesprächen, der Triage zu verschiedenen Fachstellen, zu Langzeitbegleitungen reicht, in denen beispielsweise mit soziotherapeutischen Elementen, den Methoden des Case Management, Job Coaching oder Supported Employment ge-

arbeitet wird. Insbesondere bei Patienten mit einer pharmakoresistenten Epilepsie, bei psychiatrischer Komorbidität und neuropsychologischen Teilleistungsschwächen erweist sich darüber hinaus eine dem Fall und der Situation angemessene engmaschige interdisziplinäre Zusammenarbeit als bedeutsamer, integrativer Baustein.

Wichtige Grundlagen und notwendige Vorabklärungen zur beruflichen Eingliederung

Vor jeder beruflichen Rehabilitations- und Integrationsmassnahme sollte die Frage gestellt werden, auf welchem Stand sich die aktuelle medizinisch-epileptologische Behandlung befindet, da sie eine zentrale Grundlage der beruflichen Eingliederung darstellt und nicht automatisch davon auszugehen ist, dass beispielsweise eine länger andauernde Behandlung generell einen optimalen Behandlungsstand nach sich zieht (siehe **Abbildung 1**).

Als wichtigste Faktoren in der Beurteilung beruflicher Fragestellungen zeigen sich in diesem Zusammenhang:

- Klassifikation des Epilepsiesyndroms nach ILAE (International League Against Epilepsy)
- Klassifikation der Anfallsarten nach ILAE
- Häufigkeit der epileptischen Anfälle in den vergangenen 12 Monaten
- Medikation (Berücksichtigung möglicher Nebenwirkungen der Antiepileptika, gegebenenfalls Dauer einer medikamentösen Umstellung)
- Neuropsychologische (Teil-)Leistungsstörungen
- Psychiatrische Störungen

Darüber hinaus erscheinen weitere Details wie das Coping der Epilepsie, Probleme im Bereich der Aktivität und Teilhabe wie beispielsweise eine eingeschränkte Mobilität (fehlender Führerschein) oder das Auftreten sozialer Isolation von Bedeutung. Es gilt in diesem Zusammenhang festzustellen, ob die bestehende Erkrankung angemessen dem Arbeitgeber kommuniziert werden kann, und inwiefern den Eingliederungsprozess hemmende Stigmatisierungsüberzeugungen vorhanden sind.

Interpersonale Interaktion am Arbeitsplatz

Eine für die Eingliederungspraxis herausgehobene Stellung nimmt die Frage der Gestaltung interpersoneller Interaktionen am Arbeitsplatz ein. Der Umgang mit anderen Menschen stellt in der heutigen Arbeitswelt eine berufliche Anforderung dar, die immer wichtiger wird. Dieses interpersonale Verhalten, allgemein definiert als „(...) behaviour through which people do some-

Medizinische Rehabilitationsmassnahmen zur Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation	
Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung des Behandlungsstandes • Beurteilung der mit den individuellen Anfallsformen verbundenen arbeitsmedizinischen Risiken (Gefährdungsbeurteilung nach BGI 585) • Psychologische und psychiatrische Diagnostik • Überprüfung Krankheits-Selbstmanagement und Informationsstand • Neuropsychologische Diagnostik epilepsietypischer Teilleistungsstörungen, zum Beispiel materialbezogene Gedächtnisstörungen, psychomotorische Verlangsamung, Konzentrationsstörungen, Schwierigkeiten im planerischen Vorgehen • Überprüfung beruflicher Fähigkeiten und der beruflichen Belastbarkeit in der Ergotherapie und in realen Arbeitssituationen • Erstellen eines sozial- und arbeitsmedizinischen Profils
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung der Behandlung unter realitätsangepasster Belastung • Behandlung psychiatrischer Erkrankungen insbesondere von Depressionen • Verbesserung des Krankheits-Selbstmanagements, zum Beispiel verlässliche Medikamenteneinnahme und Anfallsdokumentation, Epilepsie-Informationsprogramm, Einüben eines krankheitsangepassten Schlaf-Wach-Rhythmus • Psychotherapeutische Hilfen zur besseren Krankheitsbewältigung • Neuropsychologische Therapie (Training und Erlernen von Kompensationsstrategien) • Belastungstraining zur Verbesserung der beruflichen Belastbarkeit und zur Korrektur ineffizienter Arbeitsstile • Bewerbungstraining zum situationsadäquaten Informationsverhalten hinsichtlich der Epilepsie bei Stellenbewerbungen • Berufliche Beratung – Rückmeldung von Stärken und Schwächen, Information/Beratung über geeignete Tätigkeiten/Ausbildungs-/Umschulungsberufe, Beratung/Erarbeitung Erfolg versprechender Eingliederungskonzepte – betriebliche versus überbetriebliche Ausbildung oder Ausbildung in einer auf Epilepsie spezialisierten Einrichtung etc.

Abbildung 1: Medizinische rehabilitationsmassnahmen zur Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation

thing to each other(...)“ [6], findet zunehmend Beachtung in der Berufspraxis. Mitverantwortlich hierfür ist insbesondere die veränderte Markt- und Wettbewerbssituation vieler Unternehmen, die als Serviceanbieter vermehrt den direkten Kontakt zum Kunden suchen, der seinerseits vorhandene Bedürfnisse und Wünsche

immer offensiver kommuniziert. Die Anzahl der Unternehmen, die die anfallenden Aufgaben in Form von „Teamwork“ organisieren, wird weiter anwachsen [7] und somit die Häufigkeit von interpersonalen Interaktionen ansteigen, was sich nicht zuletzt auch verstärkt in den in Stellenanzeigen formulierten Schlagworten

der „sozialen Kompetenzen“ und „kommunikativen Fähigkeiten“ spiegelt. Interpersonale Verhaltensprobleme bei Epilepsie können mit hirnrorganischer Pathologie häufig nicht hinreichend erklärt werden, da Einflüsse wie beispielsweise psychische Erkrankungen, Langzeiteffekte von Fremd- und Selbststigmatisierung, Coping-Schwierigkeiten oder psychosoziale Belastungen weitere dominante Einflussgrößen darstellen. Dennoch zeigen Befunde zur sozialen Kognition und „Theory of Mind“-Fähigkeiten (ToM) bei Frontal- oder mesialen Temporallappenepilepsien (mTLE) auf, dass Zusammenhänge zwischen Einbussen in der Hirnfunktion höherer sozialer Kognition und funktionellen Defiziten im mesialen Temporallappen vermutet werden können [8]. Als Konsequenz sollte deshalb bei Patienten, die zwar einerseits über durchschnittliche kognitive Fähigkeiten verfügen, andererseits jedoch aufgrund von Verhaltensproblemen mehrere abgebrochene Ausbildungsversuche, häufige Stellenwechsel oder schlechte Arbeitszeugnisse im Verhaltensbereich aufweisen, eine neuropsychologische Abklärung angestrebt werden, welche in der Lage ist, auch ToM-Fähigkeiten zu explorieren, um derartige Schwierigkeiten zumindest im Rahmen des aktuellen Forschungsstandes aufzuzeigen. Im Arbeitsprozess steht in den Beurteilungen zwar die gesamte Person zur Disposition, oftmals zeigt sich jedoch das Verhalten als entscheidender als die reine Leistung, so weit sich diese zwei Aspekte überhaupt trennen lassen. Leistung ist nicht nur zu erbringen, es geht in vielen Branchen auch darum, diese effektiv zu «verkaufen», weshalb soziale und interpersonale Kompetenzen in diesem Kontext wichtige Ressourcen darstellen.

Das Wissen um Probleme in ToM-Fähigkeiten kann im Rehabilitations- und Integrationsprozess erhebliche Vorteile mit sich bringen, da heute bereits mit den Methoden des „Job Coaching“ oder „Supported Employment“ arbeitsplatzbezogene Hilfen zur Verfügung stehen, mit denen die Entwicklung sozialer Kompetenzen trainiert und nicht veränderbares Verhalten dem Arbeitgeber besser kommuniziert werden kann.

Aspekte in der Berufswahl bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Jugendliche und junge Erwachsene sind seit jeher in Schule und Berufswelt mit Mechanismen konfrontiert, die Integration und Ausschluss erzeugen. Zu den wichtigen lebensgeschichtlichen Übergängen eines Heranwachsenden zählen jene, die ihn in die Erwachsenenwelt einführen, weshalb diesen aus der Perspektive der Fachsozialarbeit bei Epilepsie grosse Aufmerksamkeit geschenkt wird. Auch wenn die Vorstellung dominiert, wonach Heranwachsende ihren beruflichen Weg selbst wählen und gestalten sollen, werden insbesondere diejenigen mit einem gesundheitlichen Handicap mit Tatsachen konfrontiert, auf die sie nur wenig oder keinen Einfluss haben. Die Anforderungen an das Bildungs-

system sind aufgrund komplexerer Berufsprofile gestiegen. Damit stieg gleichzeitig die Gefahr von beruflicher Exklusion für schwächere BerufseinsteigerInnen. Andererseits haben heute rund 90 % der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz einen Schulabschluss auf der Sekundarstufe II, und der Anteil der Jugendlichen ohne Abschluss auf der Sekundarstufe II konnte seit den 1980er Jahren um mehr als die Hälfte reduziert werden. Zudem hat die Schweiz im internationalen Vergleich eine der niedrigsten Jugendarbeitslosenquoten [9]; diese ist jedoch bei jungen Erwachsenen mit Epilepsie deutlich erhöht [3]. Zentrale Grundvoraussetzungen für den Einstieg in ein Ausbildungsverhältnis ist eine allgemeine Lernfähigkeit und die Berufsmaturität. Das Ausbildungsniveau wird in der Regel durch den zuletzt besuchten Schultyp und die erzielten Leistungen definiert, kann jedoch bei Unklarheiten auch von der IV-Berufsberatung mit entsprechenden Tests ermittelt werden. Die engere Auswahl eines Berufes sollte in der Regel in einer interdisziplinären Betrachtung erfolgen, das heisst unter Berücksichtigung der medizinisch-epileptologischen Details, möglicher neuropsychologischer Probleme und einer allgemeinen Neigungs- und Eignungsabklärung durch einen Berufsberater. Die Invalidenversicherung hat von allen Sozialversicherern insgesamt die grösste Bedeutung für Kinder und Jugendliche mit Epilepsie. Bei anerkannten Geburtsgebrechen, das heisst bei antikonvulsiv behandelten Epilepsien, die zwischen 0-20 Jahren auftreten und nicht durch einen Unfall oder eine Krankheit (mit der Ausnahme von Hirntumoren) hervorgerufen werden, können medizinische Eingliederungsmassnahmen gewährleistet werden. Die beruflichen Eingliederungsmassnahmen erfolgen ausschliesslich bei einem nachgewiesenen Gesundheitsschaden [10].

In den Berufslehren stehen aktuell folgende Niveaus zur Auswahl:

- Praktische Ausbildung, INSOS Pra (ehem. IV-Anlehre), in der Regel 2-jährig
- BBT-Anlehren (Übergangsfrist bis 2012, danach Attest-Lehren)
- Attest-Lehren EBA (Eidg. Berufsattest), 2-jährig
- Berufslehre EFZ (Eidg. Fähigkeitszeugnis), 3 bis 4-jährig

Die Frage, welche Berufe mit Epilepsie nicht ergriffen werden dürfen, kann dahingehend beantwortet werden, dass grundsätzlich nur Berufe ausgeschlossen sind, die das Führen von Kraftfahrzeugen zum Zweck der Personenbeförderung beinhalten. Für alle anderen Berufe gilt: In jedem Einzelfall muss nach Art der Epilepsie, Häufigkeit der auftretenden Anfälle, Stand und Prognose der Behandlung unter Berücksichtigung der berufsspezifischen Gefährdungen entschieden werden, ob eine entsprechende Eignung besteht. Grundsätzlich keine Bedenken bestehen, wenn

- unter medikamentöser Behandlung mindestens zwei Jahre Anfallsfreiheit besteht
- nach operativer Behandlung mindestens ein Jahr Anfallsfreiheit besteht
- seit mindestens drei Jahren Anfälle ausschliesslich im Schlaf aufgetreten sind oder
- seit mindestens drei Jahren ausschliesslich Anfälle aufgetreten sind, die keine arbeitsmedizinisch relevanten Symptome aufweisen (kein Sturz, keine Bewusstseinsstörung, keine Störung der Willkürmotorik) [11]

Aspekte bei Erwachsenen

Die Frage der Kompatibilität einer im Erwachsenenalter neu aufgetretenen Epilepsie mit einem bereits bestehenden Berufsbild stellt sich am häufigsten in Handwerksberufen, kann jedoch auch im Dienstleistungsbereich und bei Selbständigerwerbenden bedeutsam werden. Verletzungsrisiken und krankheitsbedingte Leistungseinschränkungen werfen oftmals Fragen im Hinblick auf berufliche Massnahmen auf, sowohl auf Arbeitgeberseite, als auch bei der zuständigen Sozialversicherung. Sind die oben genannten notwendigen Vorabklärungen zur beruflichen Eingliederung durchgeführt worden, können zur Beurteilung von Verletzungsrisiken die «Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie» herangezogen werden [11]. Das Vorgehen bei der Einordnung in Gefährdungskategorien ist in **Abbildung 2 und 3** zu entnehmen. **Abbildung 2** zeigt, welche Fragen dem Patienten und den Beobachtern seiner Anfälle gestellt werden müssen, um zu einer raschen und eindeutigen Einordnung in die zutreffende Gefährdungskategorie zu gelangen. **Abbildung 3** hilft beim Vorliegen von Anfallsbeschreibungen, die zutreffende Gefährdungskategorie zu bestimmen und **Abbildung 4** zeigt am Beispiel des Berufsbildes der Krankenpflege die praktische Vorgehensweise in der Gefährdungsbeurteilung. Zu betonen ist allerdings, dass auch bei der Einstufung in entsprechende Gefährdungskategorien eine ausführliche Arbeitsanamnese unerlässlich ist.

Wenn mit dauerhaften Leistungseinbussen gerechnet werden muss, die sich medizinisch aus der Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes ergeben und nicht nur die Arbeits-, sondern auch die Erwerbsfähigkeit allgemein stärker beeinträchtigen, muss unter Umständen eine Rentenprüfung durch die IV veranlasst werden. In der Integrations- und Rehabilitationspraxis zeigt sich allgemein, dass bei Fragen und Problemen am Arbeitsplatz der direkte, persönliche Kontakt mit Firmen oftmals der beste Weg ist, das Arbeitsverhältnis zu sichern oder – wo dies nicht möglich ist – planvolle Übergänge derart zu gestalten, dass soziale Härten vermieden und zusätzliche psychosoziale Belastungen minimiert werden können.

Der bio-psycho-soziale Ansatz der WHO und seine Grenzen in der Versicherungsmedizin

Als die Weltgesundheitsorganisation 2001 mit der Veröffentlichung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell [12] in den gesundheitspolitischen Blickwinkel rückte, war es nur eine Frage der Zeit, bis die Versicherungsmedizin durch entsprechende Verordnungen Rechtsgrundlagen im Umgang mit diesem Modell schaffen musste. Im Hinblick auf mögliche psychische und soziale Auswirkungen, die neben den Gesundheitsaspekten bei Unfall und Krankheit entstehen können, und die daraus resultierenden Versicherungsleistungen, mussten soziale Faktoren zwangsläufig eingegrenzt werden, da ansonsten mit unkalkulierbaren Folgekosten zu rechnen war. Die gesundheitspolitische Empfehlung des WHO-Modells, das seinerseits ja nichts anderes als eine Art Spiegelbild einer sozialmedizinischen und ethischen Entwicklung unserer Zeit ist, bildete auch in der Schweiz ein juristisches Pendant aus, welches den Umgang der Gerichte mit dem bio-psycho-sozialen Modell auf Kantons- und Bundesebene zu regeln versucht.

Nach Art. 6 und 7 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) muss die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit „durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit“ bedingt sein [13]. Mit dieser gesetzlichen Umschreibung der Beeinträchtigung der gesundheitlichen Integrität, die auch für das Invalidenversicherungsgesetz (IVG) gilt, werden ausdrücklich nur körperliche, geistige oder psychische Einschränkungen erfasst, nicht aber die sozialen Umstände einer versicherten Person. Demgegenüber stützt sich die Medizin, im Besonderen auch die Neurologie und Psychiatrie, auf das Konzept eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, da der Einbezug dieser drei Dimensionen in vielen Fällen die nachhaltigsten Behandlungserfolge im Sinne einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheit, Lebensqualität und psycho-sozialen Integration aufweist. Dies gilt besonders für die berufliche Rehabilitation und Integration bei psychiatrischer Komorbidität, die bei Epilepsien vor allem im Bereich von Depressionen und Angsterkrankungen eine grössere Rolle spielt [14].

Vom bio-psycho-sozialen zum bio-psychischen Ansatz

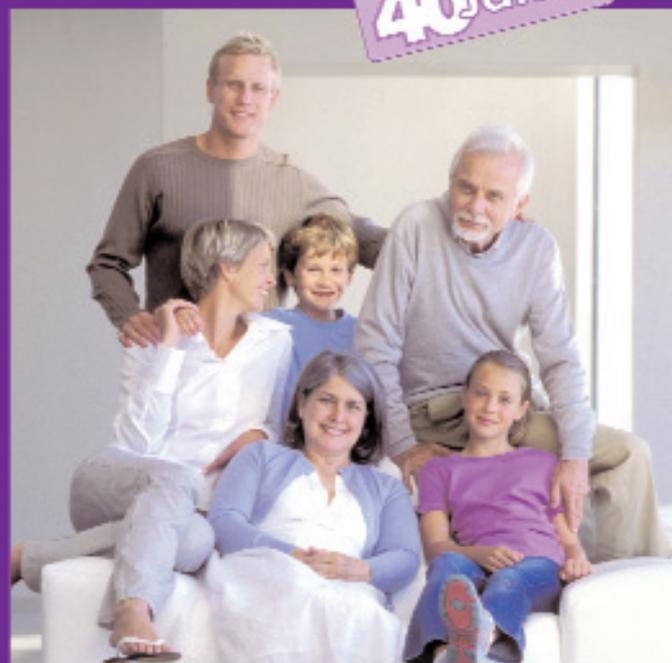
Die Transformation des medizinischen Krankheitsmodells zum juristischen Begriff des Gesundheitsschadens wirft wenig Probleme auf, solange es ausschliesslich um eine Schädigung des Soma geht. Hier ist der Begriff des Gesundheitsschadens an sich praktisch deckungsgleich [15]. Im Bereich der Psyche hingegen gilt es so genannte invaliditätsfremde Faktoren auszuscheiden wie beispielsweise den finanziellen Status, die

Depakine®

Sodium Valproate/Valproic Acid

ein Medikament, zwei Indikationen

40 Jahre



40 Jahre wirksame Epilepsie-Therapie

APA 2002*



Stimmungsstabilisator erster Wahl

WIRKSAMKEIT: **Darreichungsform:** Chrono 300 mg Filmtabletten mit Brauchhilfe, Aciden valproicum 87 mg, Natrium valproicum 200 mg, w/gerührt 300 mg Natriumvalproat, Chrono 500 mg Filmtabletten mit Brauchhilfe, Aciden valproicum 146 mg, Natrium valproicum 358 mg, w/gerührt 500 mg Natriumvalproat, Injektionspräparat, Natrium valproicum 400 mg/4 ml, Sirup, Natrium valproicum 300 mg/5 ml, Lösung, Natrium valproicum 300 mg/l. **Indikationen:** Generalisierte Formen der primären Epilepsie, Petit Mal/Abzessen, massive bilaterale Myoklonien, Grand Mal mit oder ohne Myoklonien, photosensible Epilepsie, Sekundäre, generalisierte Epilepsien, vor allem beim West- und beim Lennox-Gastaut Syndrom, Epileptische Äquivalente mit einfacher oder komplexer Symptomatologie, Epilepsien mit sekundärer Generalisierung, Mischformen, Chrono: Manischer Epilepsien bei Patienten mit bipolaren manisch-depressiven Störungen. **Dosierung:** Mittlere Tagesdosis bei Monotherapie: 25 mg/kg bei Neugeborenen und bei Kindern, 20-45 mg/kg bei Jugendlichen, 20 mg/kg bei Erwachsenen und 15-20 mg/kg bei älteren Patienten, in 2 Gaben. **Verabreichung:** Die Dosis muss in zwei bis drei Gaben mit der Chronoform, Epilepsie: Mängiger: Langfristige Erhaltungsdosis zwischen 1000 mg und 2000 mg täglich. Die Dosierung muss überindividuell über den Anfallverlauf angepasst werden. **Kombinationsindikationen:** Akute oder chronische Hepatitis, schwere Hepatitis in der Herdphase, besonders medikamentös. Bekannte: Natriumvalproat Überempfindlichkeit, Hepatische Porphyrie. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Es wird empfohlen, eine biologische Kontrolle der Leberfunktionen sowie eine hämatologische Untersuchung durchzuführen. Da es ein Risiko schwerwiegender Pancreasleiden gibt, ist eine rasche metabolische Untersuchung bei Patienten, bei denen akute abdominale Schmerzen auftreten notwendig. Anpassung der Dosierung bei Patienten mit Niereninsuffizienz. **Unerwünschte Wirkungen:** Thrombozytopenie, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Somnolenz, Pancreasleiden, Übelkeit, Abgeschmacktheit, Diarrhöe, Hepatopathien. **Interaktionen:** Interaktionen in Verbindung mit der Hemmung von Valproinsäure auf Cytochrome P450 CYP 2C9 und CYP 2C19 (vor allem mit Neuroleptika, MAO-Hemmer, Antidepressiva und Heroldarzneimitteln, Phosphorsäure, Vitamin, Phenytoin, Carbamazepin, Lamotrigin, Adrenalin). **Schwangerschaft/Stillzeit:** Wenn eine Schwangerschaft in Betracht gezogen wird, muss bei dieser Gelegenheit die Indikation der antiepileptischen Behandlung neu bewertet werden. **Packungen:** Chrono Filmtabletten mit Brauchhilfe zu 100 mg, 100*, Chrono Filmtabletten mit Brauchhilfe zu 500 mg, 60*, Depakine sirup 300 mg/5ml 300 ml*, Depakine Trachealspray 400 mg Sirup 4 ml, Depakine Injektion 300 mg/ml 60 ml*. **Verkaufskategorie:** B. **Vertrieb:** sanofi-aventis (Schweiz) ag, 1217 Meyrin / GE. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz oder www.dccm.ch. *Kassenzulassung.

* American Psychiatric Association 2002. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Bipolar Disorder.

Orfiril® long

Valproat



150 / 300 / 500 / 1000 mg

Epilepsie

Bipolare Störungen



Der Fortschritt!

- 1 x täglich
- innovative Galenik
- Mahlzeiten unabhängig



ZNS im Fokus - Menschen im Blick



www.desitin.ch

Orfiril®/ - long*

Wirkstoff: Natriumvalproat. Dosierung: mittlere Tagesdosis: 20-30 mg/kg KG. Tagesdosis kann auf 1 – 2 Einzelgaben verteilt werden. Indikationen: Petit-Mal/Absenzen; massive bilaterale Myoklonien; Grand-Mal mit oder ohne Myoklonien; photosensible Epilepsie; sekundäre, generalisierte Epilepsien, vor allem beim West- und beim Lennox-Gastaut-Syndrom; epileptische Äquivalente mit einfacher oder komplexer Symptomatologie (psychosensorielle und psychomotorische Formen); Epilepsien mit sekundärer Generalisierung; Mischformen (generalisierte und äquivalente); manische Episoden bei Patienten mit bipolaren manisch-depressiven Störungen. Unerwünschte Wirkungen: Hepathopathien in seltenen Fällen mit tödlichem Ausgang, besondere Vorsicht bei Säuglingen und Kleinkindern; Hyperammonämie; Pankreatitiden; Blutbildveränderungen; Gerinnungsstörungen; Somnolenz; Haltetremor; Enzephalopathie bei Langzeitkombination mit anderen Antiepileptika; Gewichtszunahme; Übelkeit; Dys- und Amenorrhoe; veränderte Geschmacksempfindung; Amblyopie; Tinnitus; Hörverlust; Haarausfall; Fanconi-Syndrom; Vaskulitis; Hautreaktionen; Lyell-Syndrom; Stevens-Johnson-Syndrom; polymorphes Erythem. Interaktionen: Acetylsalicylsäure, Carbamazepin, Cimetidin, Erythromycin, Felbammat, Lamotrigin, Mefloquin, Neuropsychotropika, Phenobarbital, Phenytoin, Primidon, Warfarin. Kontraindikationen: Überempfindlichkeit auf valproinsäurehaltige Arzneimittel; Leber- und Pankreasfunktionsstörungen; hämorrhagische Diathese; Anwendung bei Kleinkindern bei gleichzeitiger Behandlung mit mehreren Antiepileptika. Abgabekategorie: B. ZulassungsinhaberIn: Desitin Pharma GmbH, 4410 Liestal, E-Mail: info@desitin.ch, www.desitin.ch *ausführliche Angaben siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz® (www.kompendium.ch)

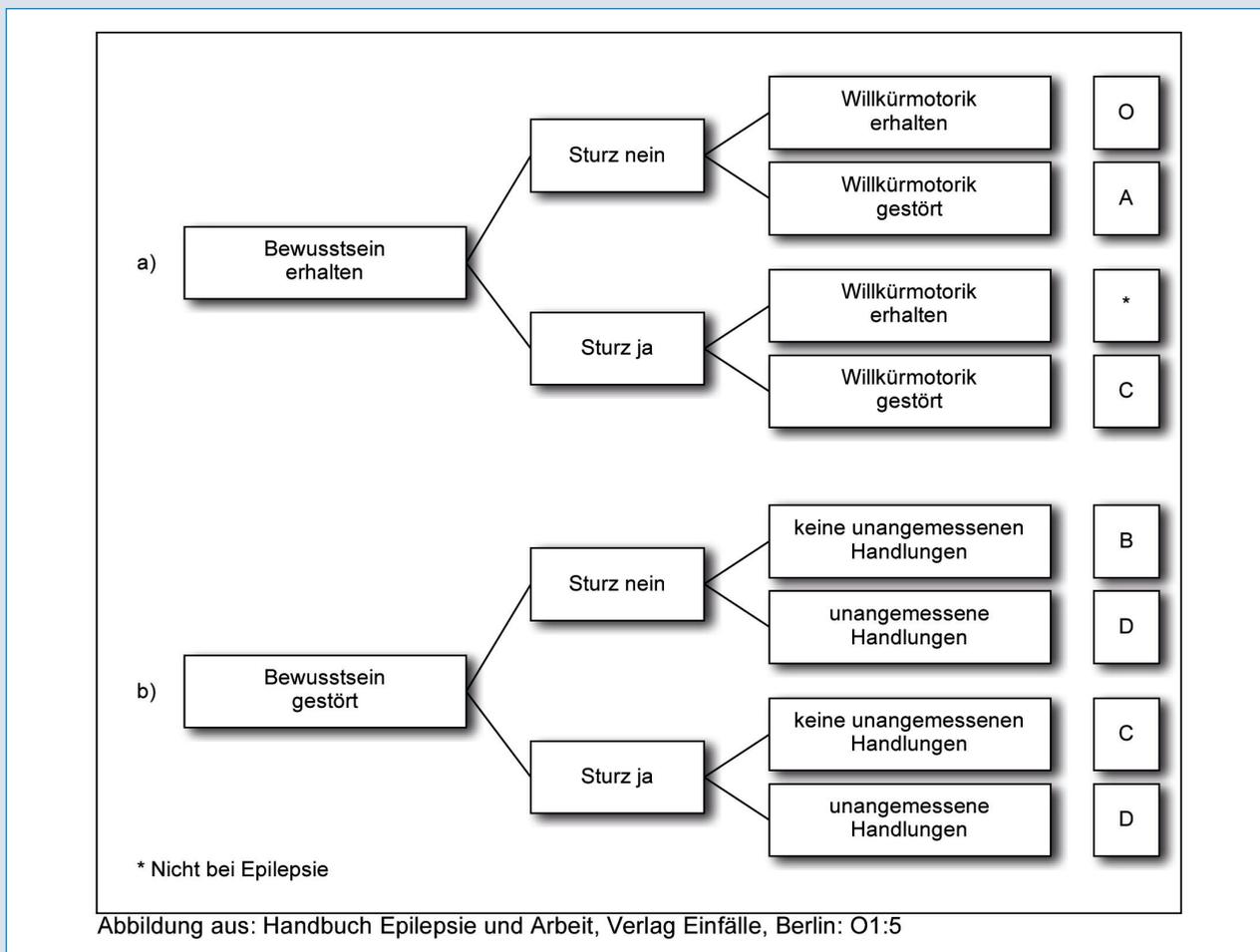


Abbildung 1: Einordnung in Gefährdungskategorien

Religionszugehörigkeit und andere soziokulturelle Aspekte, die Wirtschaftslage oder das Alter, weil für die Rechtsanwendung in der Invalidenversicherung ein strikt bio-psychischer Krankheitsbegriff massgebend ist. Die Abgrenzung zum Sozialen ist gerade bei Beschwerden, welche die Gerichte am häufigsten beschäftigen, nämlich diejenigen aus dem Kreis der depressiven und somatoformen Störungen, ein Problem, das nur mit Hilfe ärztlicher Aussagen bewältigt werden kann, die auf ebendieses Abgrenzungsproblem zugeschnitten sind [15].

Rehabilitationserfolg und relativer Fortschritt

Am Beispiel der beruflichen Eingliederung von psychisch kranken Menschen kann aufgezeigt werden, dass der Erfolg berufsbezogener Rehabilitationsmassnahmen nicht ausschliesslich mit der Dimension des normativen Rehabilitationserfolges im Sinne einer Wiedereingliederungsquote abgebildet werden kann [16], sondern auch unter dem Blickwinkel des relativen Fortschritts (Arbeitstherapie, Arbeitstraining, berufliche Massnahmen durch die Sozialversicherung, Probearbeitsverhältnisse, geschützte Arbeitsplätze auf Zeit,

Freiwilligenarbeit) und so genannter «Needs» (subjektive Lebensqualität, das soziale Funktionsniveau und Behinderung) gesehen werden muss [17]. Eine Studie von Brieger et al. belegt nach der Neun-Monats-Katamnese, dass berufliche Rehabilitationsmassnahmen zum einen die Beschäftigungssituation verbesserten, darüber hinaus jedoch auch das soziale und berufliche Funktionsniveau anhoben und sich positiv auf die psychopathologischen Symptome auswirkten. Dies unterstreicht einerseits den von der Invalidenversicherung eingeschlagenen Weg einer möglichst zeitnahen Überprüfung möglicher Ansprüche auf Integrationsleistungen, andererseits erscheint es sinnvoll, an Zwischenschritte wie beispielsweise niedere Teilzeitpensen, zeitlich begrenzte innerbetriebliche Umplatzierungen, atypische Arbeitsverhältnisse (zum Beispiel Arbeit auf Abruf, Heimarbeit, Telearbeit, Jobsharing etc.) oder Freiwilligenarbeit zu denken. Diese können unabhängig von der Sozialversicherung organisiert werden und stellen unter Umständen tragende Elemente auf dem Weg einer beruflichen Wiedereingliederung dar. Selbst eine Frühberentung kann bei entsprechender Begleitung durch sachkundige Fachpersonen eine Brücke zur Arbeitswelt im ersten Arbeitsmarkt bilden – vorausgesetzt, im Rehabilitationsplan wird die zeitlich befristete Rente mit

Bezeichnung	Bewusstsein	Haltungskontrolle	Motorik	Kat.	Weitergehende Beschreibung
myklonisch-impulsive Anfälle (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
einfach-fokale Anfälle mit motorischer Symptomatik mit sensibler, sensorischer oder physischer Symptomatik	nicht gestört nicht gestört	z.T. erhalten z.T. Sturz erhalten	gestört nicht gestört	A, C O	plötzliche Verkrampfung, Wendebewegung oder Zuckungen einzelner Muskelgruppen oder Körperteile; wenn die Beine betroffen sind: Sturz, äusserlich nicht sichtbare Empfindung wie Kribbeln, Wahrnehmungsänderungen, Gefühlsänderungen
Absencen	gestört	meist erhalten selten Umsinken	gestört, meist Bewegungslosigkeit, selten unangemessene Reaktionen	B C, D (selten)	plötzliche sekundenlange Bewusstseinspause, z.T. mit Innehalten, z.T. mit automatischer Fortführung der Tätigkeit; bei längerer Dauer (selten) sind leichte Zuckungen des Gesichts und der Arme, automatische Bewegungen und Gleichgewichtsstörungen möglich
Grand mal (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, Verwirrtheitszustand oder Nachschlaf möglich
Komplex-fokale Anfälle	gestört	meist erhalten, selten Sturz 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

Abbildung aus: Handbuch Epilepsie und Arbeit Verlag Einfälle, Berlin : O1:7

Abbildung 3: Medizinische Bezeichnung und Gefährdungskategorie

adäquaten Massnahmen (geeigneter, den Übergang vorbereitender Arbeitsplatz, finanzielle Mittel für berufliches Coaching etc.) ausgestattet. Die Daten in Bezug

auf Rücknahmen oder die Reduktion von IV-Renten [18] durch eine erfolgreiche Wiedereingliederung im ersten Arbeitsmarkt zeigen zwar insgesamt auf, dass der Satz

Krankenpflege	Grundausbildung		Weiterbildung			
	Krankenpfege- helfer/in Krankenpfege/- schwester	Fachkrankenpfege/- schwester für Intensivmedi- zin / für Operationsdienst / Hebamme	Fachkrankenpfege/- schwester für stumorkranke Patienten Fachkrankenpfege/- schwester in der Psychiatrie	Krankenpfege/-schwester für Hygiene Leitende Krankenpfege- personen Lehrer/innen für Pflegeberufe	Fachkrankenpfege/- schwester für Haus- und Gemeindepflege ²	
Fremdgefährdung möglich bei <ul style="list-style-type: none"> • Notfallsituationen, die ständige Verfügbarkeit erfordern • Alleinarbeit • Sicherung von Patienten • Schichtarbeit, Nachtdienste – Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie – Anfallsfrei > 2 Jahre unter Pharmakotheapie – Anfälle nur aus dem Nachtschlaf > 3 Jahre – Kategorie „0“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Anfälle 3–11/Jahr	A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Anfälle ≥ 1/Monat	A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1 = <input type="radio"/> <input type="triangle"/> wenn Bedenken gegen Nachtschichtarbeit 2 = <input type="radio"/> <input type="triangle"/> weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben						

= grundsätzlich keine Bedenken
 = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze
 = möglich in besonderen Fällen

Abbildung aus: Handbuch Epilepsie und Arbeit, Verlag Einfälle, Berlin : 01:18

Abbildung 4: Gefährdungsbeurteilung Gesundheitswesens – Krankenpflege

«einmal IV-Rentner – immer Rentner» nach wie vor allgemeine Gültigkeit besitzt, in Bezug auf frühzeitige Beratungen von Menschen mit Epilepsie werden die Möglichkeiten von der Invalidenversicherung aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit jedoch bei weitem nicht ausgeschöpft. Inwiefern dies an dem aus Sicht der Invalidenversicherung kostentechnisch eher zu vernachlässigenden „Randphänomen Epilepsie“ liegt oder an fehlenden Konzepten für die Reintegrationsplanung mittels auf ein bis zwei Jahre befristeter Renten, kann nicht hinreichend beurteilt werden.

Assessment, Soziotherapie und Case Management (ASC): Bausteine zur Vermeidung von beruflicher und gesellschaftlicher Exklusion

Wenn Menschen aus gesundheitlichen Gründen einen erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt haben oder aus dem Arbeitsprozess zu fallen drohen, sind berufliche Massnahmen in der Regel desto erfolgreicher, je früher sie greifen und je besser sie auf ein gesundheitliches Problem zugeschnitten sind. In Bezug auf Epilepsie bedeutet dies, dass alle zentralen Aspekte konsequent in einen Rehabilitationsplan einzubeziehen sind, die sich aus der medizinischen Behandlung, bei Bedarf auch der neuropsychologischen und psychologischen Einschätzung und der sozialen Kontextfaktoren (Umwelt- und persönliche Faktoren) ergeben. Das im Schweizerischen Epilepsie-Zentrum in Zürich von der Fachstelle Arbeit entwickelte und seit 2007 angewendete ASC-Modell besteht aus den Bausteinen Assessment, Soziotherapie und Case Management, wobei es sich um bereits langjährig bewährte Methoden aus der Sozialen Arbeit handelt, die miteinander kombiniert oder auch einzeln zur Anwendung kommen (siehe **Abbildung 4**). Ziel der Intervention ist ein möglichst lösungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen, bei dem jedoch auch vulnerable Faktoren und bestehende Defizite der Klientel berücksichtigt werden.

Assessment bedeutet:

Detaillierte Abklärung der wichtigsten gesundheitlichen, psychosozialen und arbeitsplatzrelevanten Fakten und Einschätzung der Bedeutung für die berufliche Eingliederung (Einschätzung des Rehabilitationspotenzials). Mit den durch unsere Fachstelle Arbeit speziell für Menschen mit Epilepsie entwickelten Fragebögen kann ein bestehender Arbeitsplatz detailliert analysiert und in seiner Kompatibilität mit der bestehenden Anfallserkrankung beurteilt werden (Arbeitsplatzanamnese, Einschätzung des Gefährdungspotenzials, Fremd- und Eigenbeurteilung der sozialen Kompetenzen, Anforderungsprofile im kognitiven Sozialen). Genauso kann aber auch ein Profil eines zukünftigen Arbeitsplatzes erstellt werden, das unter Berücksichtigung der schuli-

chen Bildung und der beruflichen Kenntnisse des Patienten sowie der medizinisch-epileptologischen Details beurteilt wird.

Soziotherapie bedeutet:

Aktive Beratung und Begleitung mit dem Ziel der sozialen Integration am Arbeitsleben. Das soziotherapeutische Angebot fokussiert in erster Linie auf die Entwicklung personaler Kompetenzen am Arbeitsplatz, wie beispielsweise einer Verbesserung der Teamfähigkeit, Umgang mit interpersonalen Konflikten am Arbeitsplatz, Kommunikation der Erkrankung im Bewerbungsverfahren und Auswirkungen von epileptischen Anfällen im vorhandenen oder gewünschten Arbeitskontext. Durch einen den „Menschen in seiner Umgebung“

berücksichtigenden Beratungsansatz können auch die berufliche Integration erschwerende psychosoziale Aspekte wie beispielsweise finanzielle Probleme, Schwierigkeiten in Familie und Partnerschaft oder Wohnfragen bearbeitet werden.

Case Management bedeutet:

Abklärung, Sicherstellung und Koordination der nötigen Behandlungs- und Versorgungsinstrumente zur beruflichen und psychosozialen Eingliederung. Insbesondere bei länger andauernden Fallverläufen, schwer einstellbaren Epilepsien und/oder psychiatrisch erkranktem Klientel, können fehlende Vernetzungen im Hilfe- und Behandlungskontext oftmals die Inanspruchnahme von Personen-bezogenen Leistungen erschweren. Hier kann die Methode des Case Management mit einem effektiven und zeitnahen Fallmanagement wertvolle Rehabilitationszeit gewinnen.

Kompatibilität des ASC-Modells mit der 5. Revision des Invaliden-Versicherungs-Gesetzes (IVG)

Wenngleich die 5. IVG-Revision in erster Linie das Ziel verfolgt, die Sanierung der IV-Finzen mit einer Verringerung der Rentenausgaben und Kürzung von Leistungsausgaben im Bereich der Zusatzrenten (Ehepartner) und des so genannten Karrierezuschlages zu erreichen, wurde auf positive Weise der alte Grundsatz «Eingliederung vor Rente» wieder belebt. Mit dem Modell der Früherfassung und Frühintervention (FEFI) kann im Sinne einer schnellen Triage (das Verfahren soll in der Regel nicht länger als 30 Tage dauern) abgeklärt werden, ob sich eine Person bei der IV zum Leistungsbezug anmelden soll oder nicht. Nach Eingang der Meldung, die im übrigen auch durch Familienangehörige, vom Arbeitgeber, Arzt, Taggeld- und anderen Versicherern sowie eine Sozialhilfestelle erfolgen kann, lädt die IV-Stelle die betroffene Person zu einem Früherfassungsge-

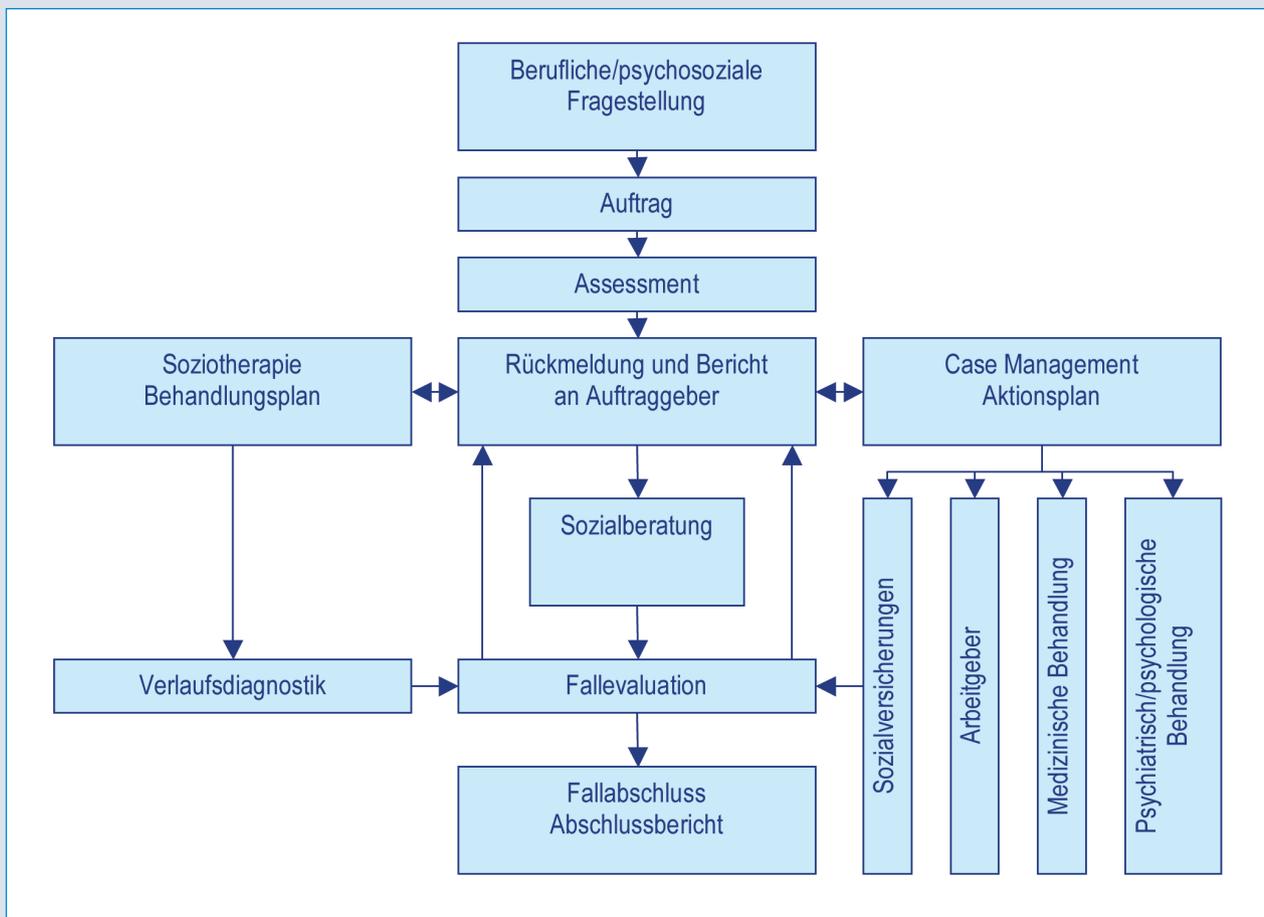


Abbildung 5: ASC im Überblick

sprach ein und beurteilt ihre medizinische, berufliche und soziale Situation. Gelangt sie zum Ergebnis, dass Frühinterventionsmassnahmen der IV angezeigt sind, fordert sie die Person auf, sich formell bei der IV zum Leistungsbezug anzumelden. Hierüber informiert sie auch den Krankentaggeldversicherer oder den Arbeitgeber, falls dieser die versicherte Person gemeldet hat.

Das ASC-Modell birgt einerseits bereits bei sich abzeichnenden Arbeitsplatzproblemen im Rahmen des Assessment die Möglichkeit, berufliche Risiken, die sich aus einer Anfallserkrankung ergeben können, darzustellen. Andererseits können Anpassungen am Arbeitsplatz, wie beispielsweise Schutzvorrichtungen an Maschinen, zeitlich begrenzte Umplatzierungen oder Teilzeitpensen unter Berücksichtigung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit direkt im Betrieb umgesetzt werden. Primäres Ziel ist der Arbeitsplatzertand. Wo dies nicht möglich ist, kann wertvolle Rehabilitationszeit für eine Berufsberatung, die Klärung von Umschulungsfragen, Massnahmen der sozialberuflichen Rehabilitation oder Beschäftigungsmassnahmen gewonnen werden.

Soziotherapeutische Hilfen in der sozialberuflichen Rehabilitation erscheinen vor allem dann angebracht, wenn aus der Analyse des Assessment deutlich wird, dass bei der Klientel für die individuelle Biografie relevante Prozesse der sozialen Umwelt wirksam sind, die

zur Aufschichtung von sozialen und psychischen Problemen führen, wie beispielsweise bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus stark überprotektiven Familien, bei Selbststigmatisierung oder Langzeitarbeitslosigkeit – und ein daraus resultierender Verlust von Selbstwert und Resilienz. Hierbei wird insbesondere die soziale Bedingtheit individueller Probleme anerkannt, der soziale Kontext wird jedoch gleichzeitig genutzt, um neue, förderliche Interaktionen und Beziehungen anzuregen und dadurch problematische Beziehungs- und Verhaltensmuster zu verändern.

Fazit und Ausblick

Menschen mit Epilepsie haben ein überdurchschnittlich hohes Risiko beruflicher Exklusion. Wenngleich Anfallsformen und -häufigkeit sowie deren medizinische Behandlung wichtige Bestandteile beruflicher Integration sind, stellen neuropsychologische, psychische und psychosoziale Aspekte wichtige Einflussgrößen in der Rehabilitationsplanung dar. Das Ziel einer auf die individuellen Möglichkeiten der Person angepassten beruflichen Eingliederung stellt vor allem bei therapieresistenten Epilepsien hohe Anforderungen an den interdisziplinären Kontext. Jugendliche und junge Er-

wachsene können durch die Invalidenversicherung hinreichende Unterstützung im Prozess der Berufsfindung und -bildung erhalten – vorausgesetzt, sie und die involvierten Berufsberater sind über mögliche Einschränkungen umfassend informiert. Bei Erwachsenen, die bereits im Erwerbsleben stehen, gestaltet sich die aktuelle Eingliederungspraxis häufig wesentlich unzureichender. Insbesondere bei therapieresistenten Epilepsien oder psychiatrischer Komorbidität stellt der „sozialversicherungsrechtliche Kunstgriff“ der Abtrennung sozialer Faktoren im inzwischen anerkannten bio-psycho-sozialen Gesundheitskonzept eine aus monetären Gründen zwar nachvollziehbare, aber für Epilepsiepatienten unnötige Polarisierung dar zwischen der dauerhaften Berentung ohne Rückkehroptionen oder der Verdrängung in die Sozialhilfe. In der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Epilepsie kommt traditionell der medikamentösen Anfallskontrolle und den Auswirkungen der Anfälle auf kognitive Funktionen sowie Epilepsiebedingten Verletzungsrisiken eine hohe Bedeutung zu. Nachholbedarf zeigt sich aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit insbesondere bei Patienten, die Probleme in der Gestaltung von interpersonalen Beziehungen am Arbeitsplatz haben, oder solchen mit psychiatrischer Komorbidität. Mit der 5. IVG-Revision wurden mit der Früherfassung und -intervention und den vorbereitenden Integrationsmassnahmen wichtige berufliche Eingliederungsinstrumente geschaffen, die zwischenzeitlich zu Pilotprojekten wie dem des Zürcher Job Coaching-Modells geführt haben. Hier setzt auch das ASC-Modell an. Es bietet einerseits die Möglichkeit, Hilfestellungen bereits bei sich abzeichnenden Arbeitsplatzproblemen zu leisten, andererseits können Patienten mit problematischen Berufsbiographien profitieren, die aufgrund von psychiatrischer Komorbidität oder bei Hinweisen zu Problemen in ToM-Fähigkeiten aus dem Arbeitsleben gedrängt werden.

Referenzen

1. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999; Präambel (Stand 01.01. 2008): 1
2. Pfäfflin M, May T, Stefan H, Adelmeier U. Prävalenz, Behandlung und soziale Aspekte von Epilepsien in Deutschland: Erste Ergebnisse einer epidemiologischen Querschnittsstudie (EPIDEG-Studie). *Epilepsieblätter* 1997; 10: 15-20
3. Fetscher K. Berufliche Situation von Menschen mit Epilepsie. *Leading Opinions, Neurologie und Psychiatrie* 2007; 4: 42-43
4. Thorbecke R, Specht U. Rehabilitation bei Epilepsiepatienten. *Nervenheilkunde* 2002; 21: 457-462
5. Dodel R. Gesundheitsökonomie neurologischer Erkrankungen in Europa, Vortrag, 5. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Sektionen der Internationalen Liga gegen Epilepsie, Basel, Mai 2007
6. Muck PM. Der Interpersonale Circumplex als Grundlage einer Eigenschaftstheorie der Interpersonalität im beruflichen Kontext. Berlin: *disertation.de*, 2003: III-IV
7. Barrick MR, Steward GL, Neubert MJ, Mount MK. Relating member ability and personality to work-team processes and team effectiveness. *J Appl Psychol* 1998; 83: 377-391
8. Jokeit H, Winkler R. „Theory of Mind“-Defizite bei Patienten mit mesialer Temporallappenepilepsie. *Epileptologie* 2007; 24: 139-148
9. Grunder H-U, Mandach L (Hrsg): Auswählen und ausgewählt werden, Integration und Ausschluss von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Schule und Beruf. Thematische Publikationen des Nationalen Forschungsprogramms (NFP51). *Seismo* 2007; Band: 112
10. Guggenbühl-Jeanerret B. Die Bedeutung der psychosozialen Integration von Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie – der Beitrag der Sozialen Arbeit. *Epileptologie* 2007; 24: 15-23
11. Van Kampen N, Elsner H, Göcke K (Hrsg): *Handbuch Epilepsie und Arbeit. Einfälle*, Berlin 2002, D2-2:3; O1:5-8
12. WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2001
13. Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes (ATSG) vom 06.10. 2000 (Stand 01.01. 2007): 2
14. Schmutz M, Dorn T, Ganz R. Psychiatrische und psychologische Komponenten der Epilepsiebehandlung. *Epileptologie* 2008; 25: 28-34
15. Traub A, *Juristische Aspekte zum Grenzgebiet Psyche - Soma. Handout, Gutachterkurse der Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz (SIM)* 2007; Modul 2: 3-5
16. Brieger P, Watzke S, Galvao A et al. Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen? Ergebnisse einer kontrollierten Studie. Bonn: *Psychiatrie-Verlag*, 2002
17. Hofmann K, Priebe S. Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? - Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von „Needs“. *Fortschritte in der neurologischen Psychiatrie* 1996; 64: 473-481
18. Bachmann R, Müller F, Balthasar A. Vom behinderten Menschen zum Invalidenrentenbezüger - ein Leben lang? Nationales Forschungsprogramm NFP 45 «Probleme des Sozialstaates», 2003; Forschungsprojekt 4045-059697: 2-8

Korrespondenzadresse:

Klaus Fetscher
Leiter Sozialberatung
Fachstelle Arbeit
Schweiz. Epilepsie-Zentrum
Bleulerstrasse 60
CH 8008 Zürich
Tel. 0041 44 3876729
Fax 0041 44 3876733
klaus.fetscher@swissepi.ch