

# Fahruntauglichkeit und Begutachtungsfragen\* bei Anfallsleiden

G. Harrer

Aus der Landesnervenklinik Salzburg (Direktor: Prof. Dr. G. Harrer)

**Den gleichen Patienten zu behandeln und für eine Behörde zu begutachten stößt zwangsläufig oft auf Schwierigkeiten in Gestalt eines Januskopfes. Straf-, zivil- und sozialrechtliche Regelungen beeinflussen Leben und Prognose Anfallskranker in vielen Bereichen. Rehabilitationsfeindliche Auswirkungen rufen nicht nur das Gefühl der Diskriminierung hervor, sondern stellen den Patienten nicht selten auch vor existenzielle Probleme. Dem ärztlichen Gutachter stellt sich die Aufgabe, objektiv und sachverständig gestellte Fragen zu beantworten und gleichzeitig als sozialmedizinischem Betreuer die Pflicht, seinem anfallskranken Patienten unnötige Härten und Schwierigkeiten zu ersparen.**

Vor einigen Jahren erschien in unserem Krankenhaus ein sehr aufgeregtes Ehepaar aus einem entlegenen Dorf mit seiner leicht verstört wirkenden 20jährigen Tochter, um diese – wie sich die Eltern vielsagend ausdrückten – bei uns »abzugeben«. Wir sollten schauen, was sich da noch machen ließe. Es stellte sich heraus, daß die Tochter erst am Vortag geheiratet hatte. In der Hochzeitsnacht habe es sie dann kräftig »geworfen«. Daraufhin habe sie der neuvermählte Gatte mit den Worten: »Da habt ihr sie wieder, mit der kann ich nichts anfangen!« ins Elternhaus zurückgebracht. Ohne sich auf weitere Debatten einzulassen, sei er gleich wieder weggefahren. Nun kamen die verzweifelten und ratlosen Eltern her, um das unglückselige Geschöpf bei uns »abzugeben«.

Der Fall war klar. Die inzwischen Jungvermählten kannten sich zwar schon über ein Jahr, doch war es während ihres Beisammenseins nie zu einem Anfall gekommen. Die Mitteilung der Braut, daß es sie hin und wieder »werfe«, machte auf den jungen Mann wenig Eindruck und tat der Liebe keinen Abbruch. Erst als er

dann in der Hochzeitsnacht den – wahrscheinlich durch Alkohol, Schlafentzug und Aufregungen ausgelöst – großen epileptischen Krampfanfall aus unmittelbarer Nähe erleben und mit ansehen mußte, wie seine junge Frau mit blutender Zunge, eingenäbt und verwirrt neben ihm lag, ergriff ihn ein panikartiger Schrecken. Schließlich brauchte er für seinen Hof eine gesunde Bäuerin.

Für eine Familientherapie blieben da nur wenig Argumente. Indes, es renkte sich mit der Zeit wieder alles ein, und schließlich kam auch Nachwuchs.

Unlängst erschien die Patientin wieder bei uns. Sie erzählte, daß sie mit ihrem Mann und den Kindern recht glücklich sei. Jetzt erfordere die Arbeit auf dem Hof aber, daß sie selber Auto fahre. Es habe Schwierigkeiten beim Amtsarzt gegeben, und wir sollten ihr nun wieder helfen. Wir halfen ihr auch, allerdings, indem wir sie zur Einsicht brachten, daß das Lenken eines Kraftfahrzeuges in ihrem Fall doch nicht das Richtige sei und eine zu große Gefahr für sie und die anderen bedeuten würde. Inzwischen hatte sie erfahren, daß es nicht eine einfache »Übelkeit« sei, wenn es sie »werfe«, sondern daß sie an einer »Epilepsie« leide. Das wahrheitsgemäße Ausfüllen der entsprechenden Rubrik im Führerschein-Anmeldeformular hatte dann die erwähnten

Schwierigkeiten ausgelöst. Ihre Anfälle waren übrigens nach entsprechender medikamentöser Einstellung seltener geworden, sistierten jedoch trotz relativ hoher Dosierung der Antikonvulsiva nicht völlig.

Dieses Beispiel sollte illustrieren, auf welche Weise die Epilepsie, wie alle Anfallskrankheiten, zu den verschiedensten Schwierigkeiten im Zusammenleben der Menschen führen kann. Dabei spielen – auch in unserem aufgeklärten Zeitalter – mystische, irrationale Gründe und Vorurteile immer wieder eine besondere Rolle. »Die Umwelt ist und bleibt Anfallskranken gegenüber unerbittlich« (Schulte, 1964).

So hatte ich einer mir gut bekannten älteren Gräfin einen äußerst fleißigen und zuverlässigen Mann als Hausmeister vermittelt, der, wie ich ihr auf seinen besonderen Wunsch mitteilte, wegen sehr selten und nur nachts auftretender Anfälle schon seit vielen Jahren in meiner ärztlichen Behandlung stand. Der Mann schien aus verschiedenen Gründen für diesen Vertrauensposten wie geschaffen. Der Dienstvertrag war so gut wie perfekt. Als der Patient dann vereinbarungsgemäß pünktlich den Dienst antreten wollte, erlitt er – nach fast zweijähriger anfallsfreier Pause und offenbar zum ersten Mal am Tage – beim Drücken des Klingelknopfes an der Haustüre einen großen epileptischen Krampfanfall. Als die Gräfin die Türe öffnete und den krampfenden Mann am Boden liegen sah, erfaßte sie ein derartiges Entsetzen, daß alle meine späteren Bemühungen mit erklärenden und beruhigenden Worten sie nicht mehr umzustimmen vermochten. Sie konnte einfach nicht, wie sie selbst sagte, über ihren »Schatten springen«. Der Patient erhielt eine großzügige Abfindung und die Kündigung, noch bevor er den Dienst angetreten hatte.

\* Vortrag anlässlich der 67. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg am 10.10.1981.

Jeder, der mit der sozialen Rehabilitation Anfallskranker zu tun hat, weiß, wie eine langwierige und mühsame Aufklärungsarbeit in Sekunden hinfällig sein kann, wenn der Kranke in einem unglücklichen Augenblick einen Anfall bekommt. Dies ist eine immer wiederkehrende, leidvolle Erfahrung.

Aber nicht nur bei der **ärztlichen und sozialmedizinischen Betreuung** Anfallskranker kann es zu Schwierigkeiten kommen. Probleme besonderer Art ergeben sich auch bei der **straf-, zivil- und sozialrechtlichen Begutachtung** Anfallskranker. Die Schwierigkeiten der Beurteilung zeigen sich oft in Gestalt eines Januskopfes, wenn wir den gleichen Patienten einmal zu behandeln und dann für eine Behörde zu begutachten haben.

Sicher haben wir auch sonst bei unserer ärztlichen Tätigkeit stets Vor- und Nachteile einer Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethode gegeneinander abzuwägen und nach dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit und Angemessenheit vorzugehen. Maßgeblich sind dabei jedoch fast immer ausschließlich die Interessen des Patienten. Wir können uns in der Regel auch mit dem Kranken identifizieren und bei unserer Entscheidung, was wir ihm vorschlagen, von der Überlegung ausgehen, wie wir wohl handeln würden, wenn all das uns selbst oder einen uns Nahestehenden betreffen würde.

Wenn wir hingegen einem Gutachtersauftrag nachkommen müssen und die uns gestellten Fragen sachverständig und objektiv beantworten wollen, werden wir nicht selten gezwungen sein, eine Stellungnahme abzugeben, die sich dann eindeutig gegen die Interessen des Patienten auswirkt.

Dies läßt sich am besten am Beispiel der **Beurteilung der Fahrtauglichkeit Anfallskranker** darstellen. Das Fundament, aufgrund dessen wir einem Anfallskranken die Fahrtauglichkeit glauben absprechen zu sollen oder zu müssen, ist dabei keineswegs so sicher, eindeutig und »objektiv«, wie meist angenommen wird. Selbst wenn wir glauben, gewissenhaft und sorgfältig nach eindeutigen Richtlinien vorgegangen zu sein, können wir kein wirklich reines Gewissen haben.

In allen einschlägigen Werken können wir nachlesen, daß entsprechend dem Gutachten: **»Krankheit und Kraftverkehr«** des gemeinsamen Beirates für Verkehrsmedizin (beim Bundesminister für Verkehr und beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit) Personen zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Klassen ungeeignet sind, die unter epileptischen Anfällen oder anderen anfallsartigen Bewußtseinsstörungen leiden. Nach einem einmaligen Anfall (Gelegenheitskrampf) kann die Eignung dann bejaht werden, wenn eine eingehende klinische Untersuchung mit hoher Wahrscheinlichkeit ergibt, daß es sich tatsächlich nur um ein unikales Ereignis gehandelt haben dürfte. Die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung und für die Führerscheinklasse 2 (LKW) soll stets ausgeschlossen bleiben, wenn mehrere epileptische Anfälle aufgetreten sind.

Für die Führerscheinklassen 1, 3, 4 und 5 sind Ausnahmen möglich, **wenn eine Gefährdung im Einzelfall nicht mehr angenommen werden muß**. Voraussetzungen dafür sind (zit. nach Müller, 1978):

- a) drei Jahre Anfallsfreiheit (bei postoperativen und posttraumatischen Anfällen gegebenenfalls auch weniger),
- b) drei EEG-Kontrollen ohne spezifischen Befund,
- c) das Fehlen früher vorhandener anfallsprovozierender Bedingungen,
- d) der Ausschluß einer Vigilanzminderung oder anderer zentral-nervöser Nebenwirkungen durch eine medikamentöse Therapie,
- e) kein Vorliegen hirnorganischer Veränderungen, die eine Fahreignung ausschließen,
- f) regelmäßige Kontrolluntersuchungen.

In den als Entscheidungshilfe für den fachärztlichen Gutachter gedachten ministeriellen Richtlinien und Beurteilungsgrundsätzen wird darüber hinaus noch besonders betont, daß tageszeitliche Bindungen und Prodromi ebensowenig wie das Auftreten seltener Anfälle eine Ausnahmeregelung rechtfertigen. Das gleiche gilt übrigens auch für Absencen, Jackson-Anfälle, hemiklonische Anfälle, cerebellar fits sowie für die Narkolepsie. Auf alle Fälle aber ist der behandelnde

Arzt verpflichtet, Anfallsranke über ihre Fahrtauglichkeit aufzuklären.

Es gibt Autoren, die unabhängig von den zitierten ministeriellen Empfehlungen die Forderung erheben, daß Epileptiker **grundsätzlich** vom Straßenverkehr auszuschließen seien (Göbbels, 1960; H. R. Müller, 1956, u. a.). Auch Bresser (1960) äußert kompromißlos: »Ein Epileptiker gehört nicht ans Steuer«. In seiner umfassenden Darstellung des Themas im Handbuch der forensischen Psychiatrie meint G. Wolf (1972) abschließend, das Recht des Epileptikers auf einen Führerschein sollte gegenüber der Gefährdung anderer Verkehrsteilnehmer nicht überbewertet werden, da »ein einziges Menschenleben mehr wiegt als der vielen Epileptikern vorenthaltene Führerschein«.

Andererseits kennen wir alle die rehabilitationsfeindlichen Auswirkungen eines solchen rigorosen Vorgehens, das nicht nur bei vielen unserer Kranken das **»lähmende Bewußtsein einer Diskriminierung«** (Hirschmann, 1966) hervorruft, sondern sie nicht selten vor echte existentielle Probleme stellt und in der Folge zu einem erbitterten Kampf um den Führerschein führt.

Vom juristischen Standpunkt ist davon auszugehen, daß das persönliche Interesse des einzelnen gegenüber dem öffentlichen Anspruch auf Sicherheit im Verkehr zurückzustehen hat.

Nach gültigem BVG-Urteil (1958) besteht Nichteignung zur Lenkung eines Kraftfahrzeuges solange, als die »jederzeitige Möglichkeit eines Anfalles« nicht mit Sicherheit auszuschließen ist (Ritter, 1976).

Alle erwähnten Meinungen, Empfehlungen und Entscheidungen basieren auf der allerdings noch weitgehend unbewiesenen Annahme, daß Epileptiker eine erhebliche Gefahr für den Straßenverkehr bedeuten. Zweifellos handelt es sich hier um ein nicht zuletzt auch wegen der hohen Dunkelziffer nur schwer lösbares statistisches Problem. Berechnet man rein theoretisch die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Epileptiker einen Krampfanfall am Steuer seines Wagens erleiden wird, so läßt sich beispielsweise bei einer zugrundegelegten Häufigkeit

von vier Anfällen pro Jahr und bei einer täglichen Fahrtdauer von 1 1/2 Stunden je ein Anfall auf vier Jahre errechnen:

**Dabei ist jedoch zu bedenken:**

1. Nur etwa die Hälfte aller Krampfanfälle tritt im Wachzustand auf. Die oben errechnete Zahl wäre somit auf einen Anfall im Zeitraum von acht Jahren zu korrigieren (Janz, 1969).
2. Keineswegs jeder Anfall am Steuer führt auch zu einem Unfall.
3. Klinische, elektroenzephalographische und praktische Erfahrungen sprechen dafür, daß jede intensive Aufmerksamkeitsanspannung anfallsvorbeugend wirkt (Lund, 1974).
4. Schließlich ist auch bei einem gesunden Menschen durchschnittlich alle vier Jahre mit einem Kraftfahrzeugunfall zu rechnen (Seus, 1961).  
Ferner ist bei einem Unfallgeschehen durch Epileptiker zu berücksichtigen, daß es sich in 12 bis 30% der Fälle um einen Unfall handelte, der durch den allerersten epileptischen Anfall verursacht wurde, somit durch keinerlei prophylaktische Maßnahmen hätte verhindert werden können (Hafström, 1963, und van der Lugt, 1972). Bemerkenswert ist auch, daß 15 bis 20% (Ritter et al., 1972) der Unfälle durch »illegal« fahrende Epileptiker zustande kommen. Es sind dies Patienten, die sich den Führerschein mit unwahren Angaben erschlichen haben oder erst nach Erwerb desselben erkrankt sind bzw. auch – in aller Ehrlichkeit – nicht glaubten, an einer Epilepsie zu leiden, weil sie vom Arzt über die wahre Diagnose im unklaren gehalten wurden (Egli et al., 1977).

Schließlich sollte aber auch eine andere Realität nicht übersehen werden. In der Bundesrepublik Deutschland besitzt etwa jeder zweite männliche Epileptiker über 18 Jahre einen Führerschein (Janz, 1967; Ritter, 1976). Dabei wurde nach eingehenden Untersuchungen von Ritter (1976) die Lenkerberechtigung bei zwei Dritteln der Betroffenen »nach Krankheitsbeginn« erworben. Die von den Kranken pro Jahr gefahrenen Kilometer entsprachen etwa dem Bevölkerungsdurchschnitt. Lediglich bei ei-

nem kleineren Teil fanden sich Einträge ins Verkehrszentralregister in Flensburg. Davon lag bei einer Gruppe »riskanter Fahrer«, von denen wiederum mehr als die Hälfte Mehrfachtäter waren und die auch gegen das allgemeine Strafrecht verstoßen hatten, die Eintragsrate pro Person über dem allgemeinen Durchschnitt. Im übrigen war die Unfallrate durchschnittlich. Es war zudem keine Anfallsform besonders belastet, ebenso wenig fanden sich krankheitsspezifische Delikte. Die Risikogruppe war durch Wesensänderung, schlechtes Therapieverhalten, rezidivierenden Alkoholabusus sowie durch soziale Anpassungsmängel gekennzeichnet. Drei Viertel dieses Personenkreises hätte man aber allein durch EEG-Untersuchungen erfassen und eliminieren können.

Insgesamt gesehen dürften nach verschiedenen, recht gut übereinstimmenden Statistiken **nur 0,1 bis 0,3% aller Verkehrsunfälle durch epileptische Anfälle** verursacht werden (Egli et al., 1977; Grattan und Jeffcoat, 1968; Herner et al., 1966; Lund, 1974; van der Lugt, 1975). Somit spielen diese als Unfallursache im Straßenverkehr eine nur ganz untergeordnete Rolle. Etwa fünfmal so häufig werden Unfälle durch Alkoholmißbrauch, rund eintausendfünfhundertmal so oft durch überhöhte Geschwindigkeit verursacht (Egli et al., 1977).

All diese Statistiken sind gewiß aus vielen Gründen angreifbar. So gibt es auch Aussagen anderer Autoren, die von den oben genannten Ergebnissen in der einen oder in der anderen Richtung ganz beträchtlich abweichen. Eine umfassende amtliche statistische Erhebung für die Bundesrepublik Deutschland steht leider noch aus. Nach unserem derzeitigen Erfahrungsstand ist jedoch die Gefährdung der Verkehrssicherheit durch Anfalls-kranke insgesamt als gering einzuschätzen.

Man wird Bay (1975) recht geben müssen, wenn er meint, daß bei der so dringend notwendigen Verminderung der Anzahl an Verkehrsoffern der Hebel nicht gerade bei den Epileptikern angesetzt werden müßte. Ebenso auch, wenn er fortfährt: »Mitunter kann man sich des Eindrucks nicht

erwehren, daß die Intransigenz der zuständigen Stellen gegenüber den Epileptikern das schlechte Gewissen in der Promillefrage kompensieren soll.«

Dies sollte aber ganz gewiß nicht dazu führen, allzu leichtfertig positive Fahrtauglichkeitsgutachten abzugeben. In Fällen mangelnder Einsichtsfähigkeit, beim Vorliegen psychischer Veränderungen oder bei Neigung zu Alkoholabusus wie auch bei Unzuverlässigkeit in der Befolgung ärztlicher Behandlungsanweisungen sollte ein eher rigoroser Standpunkt eingenommen werden, um als Gutachter nicht gegen die Verpflichtung gegenüber der Allgemeinheit zu verstoßen.

Um so eher wird man dann in geeigneten Fällen bei Berücksichtigung aller relevanten Gesichtspunkte von den allgemeinen Richtlinien abweichen und Ausnahmen zugunsten eines Kranken verantworten können, ohne gegen die berechtigten Interessen der übrigen Bevölkerung zu handeln. Es zeigt sich nun auch allenthalben eine gewisse Tendenz zu einer elastischeren, individuellen Anwendung der bekannten Rahmen-Empfehlungen.

Eine allzu strenge Beschränkung der Möglichkeiten, als Anfallskranker ein Kraftfahrzeug zu lenken, würde nämlich unweigerlich dazu führen, daß die Patienten ihre Krankheit um jeden Preis verheimlichen und damit die Zahl der »illegalen« Fahrer zunehmen würde. Umgekehrt wäre selbstverständlich auch bei einer allzu lockeren Handhabung der Bestimmungen eine Zunahme der Unfälle unvermeidlich.

Aus derartigen Überlegungen wie auch vor allem aus prinzipiellen Gründen der Schweigepflicht sollte von dem, jedem Arzt unter bestimmten Bedingungen zustehenden Melderecht nur in ganz seltenen und besonders krassen Ausnahmefällen Gebrauch gemacht werden, nämlich bei eklatanter Gefährdung der Allgemeinheit. **Eine Meldepflicht** besteht ja bekanntlich nicht.

Es liegt auf der Hand, daß eine elastischere, **auf den Einzelfall abgestimmte, von den Rahmen-Empfehlungen abweichende Beurteilung** eine erhöhte Verantwortung für den ärztlichen Gutachter bedeutet. Dies sollte

ihn jedoch nicht davon abhalten, seinen Kranken dort zu helfen, wo dies ohne ein allzu großes Risiko für die Allgemeinheit verantwortbar ist.

Es entspricht der allgemeinen Einstellung der Bevölkerung bzw. der Öffentlichkeit zum Epileptiker, daß der Erkrankung eine hohe kriminogene Valenz zugeschrieben wird. Die **Kriminalität** wird indes stark überschätzt. Bei nicht wesensveränderten Epileptikern übersteigt sie jedenfalls die der Gesamtbevölkerung keineswegs. Allerdings ergab eine Untersuchung von Ritzel und Ritter (1973), daß dies nur für die psychisch unauffälligen Kranken zutrifft, während die an 546 Anfallskranken erhobene Verurteilungsquote einer Gruppe Wesensveränderter sowie Kranker mit episodischen Verstimmungen, neurotischen Verhaltensstörungen und Alkoholmißbrauch um das Eineinhalbfache über dem Bevölkerungsdurchschnitt lag. Das kriminelle Profil der Anfallskranken unterschied sich nicht von dem der Gesamtbevölkerung. Somit gibt es **keine spezifische Delinquenz Anfallskranker**. Zudem ist andererseits zu berücksichtigen, daß in der Anfallskrankheit selbst auch strafverhütende Faktoren enthalten sind (Schulte, 1964), wie z. B. dem epileptischen Charakter entsprechende Züge von Ordnungssinn, Übergewissenhaftigkeit und Verantwortungsbewußtsein, ferner ein empfindliches Rechtsgefühl, aber auch die häufig zu beobachtende Bedächtigkeit und Schwerfälligkeit sowie allgemeine Übervorsicht.

Bei psychomotorischen Anfällen und episodischen Dämmerzuständen kann es allerdings zu **Aggressionshandlungen**, zu Brandstiftungen, vereinzelt wohl auch – abgesehen von Suizidhandlungen – zu Eigentumsdelikten kommen. Zu erwähnen sind auch Delikte im Zusammenhang mit der bei Epileptikern vielfach **verminderten Alkoholtoleranz** bzw. beim (allerdings höchst selten auftretenden) sogenannten pathologischen Rausch. Die Persönlichkeitsveränderungen spielen in strafrechtlicher Hinsicht meist eine größere Rolle als die anfallsbedingten Bewußtseinsstörungen. In vielen Fällen liegen wohl auch die Voraussetzungen für eine strafrechtliche Exculpierung vor.

Tab. 1: Häufigkeit der Anfälle

1/Woche	≤häufig	
1/Monat	≤gelegentlich	≤1/Woche
1/Halbjahr	≤selten	≤1/Monat
1/zwei Jahre	≤sehr selten	≤1/Halbjahr

(nach Thorbecke et al., 1981)

Zivilrechtlich wird **Geschäftsunfähigkeit** (§ 104, 2BGB) nur bei schwerem dementiellem Abbau angenommen werden können. **Entmündigungen**, vorläufige **Vormundschaft** oder endgültige **Anstaltseinweisung** infolge schwerer hirnonorganischer Wesensänderungen werden immer seltener. Das gleiche gilt für **Scheidungs- und Eheaufhebungsklagen** wegen Epilepsie (Ritter, 1974).

Die Scheidungsrate Epilepsiekranker ist sogar erniedrigt (Ritter, 1976; Vossen, 1972), zum Teil wohl auch deswegen, weil Anfallskranke häufiger ledig bleiben als die Durchschnittsbevölkerung. Vom rechtlichen Standpunkt aus gibt es die Möglichkeit eines Scheidungsbegehrens nach § 32EG wegen Verschweigens der Erkrankung bei Eingehen der Ehe oder aber nach § 44 EG wegen krankheitsbedingten ehewidrigen Verhaltens bzw. nach § 45 EG (Aufhebung der geistigen Gemeinschaft durch Geisteskrankheit) (Venzlaff, 1977).

Im Zusammenhang mit einem Kinderwunsch kommt vielfach auch die Gefahr einer epileptischen Erkrankung der **Nachkommenschaft** zur Sprache. Grundsätzlich ist im Falle eines anfallskranken Ehepartners die Möglichkeit, ein epileptisches Kind zu bekommen, größer als bei gesunden Eltern. Während hier die Epilepsie mit 0,5% Morbidität anzunehmen ist, steigt das Risiko bei einem epileptischen Elternteil etwa auf das Achtfache.

Tab. 2: Anhaltspunkte für die Einschätzung der M. d. E.

Epileptische Anfälle (trotz optimaler medikamentöser Einstellung)	
	M. d. E.
1–2 pro Jahr	10– 30%
1–2 pro Monat	40– 60%
1–2 pro Woche	60– 80%
häufiger	80–100%

(nach Finke, 1981)

che, also auf 4%. Die Prognose verschlechtert sich natürlich sehr wesentlich, wenn beide Ehepartner eine entsprechende Belastung aufweisen. Die Fertilität Anfallskranker ist im Vergleich zur gesunden Bevölkerung allerdings unterdurchschnittlich.

Nach umfangreichen Untersuchungen sind etwa 60 bis 90% der nicht in Anstalten untergebrachten Anfallskranken regelmäßig beschäftigt (Zielinski, 1976). Laut einer Fragebogenuntersuchung von Janzik et al. (1975) hatten jedoch 45% der befragten Epileptiker »vorübergehende oder längerdauernde Schwierigkeiten am Arbeitsplatz«.

Die Beurteilung der durch Anfälle bedingten **Minderung der Erwerbsfähigkeit** wird sich nach der Häufigkeit (Tab. 1), aber auch nach der Art der Anfälle und selbstverständlich nach etwa vorliegenden psychischen Auffälligkeiten zu richten haben. Anfälle, die nur nachts auftreten, oder Krämpfe bei klarem Bewußtsein werden sich in der Regel weniger erwerbsmindernd auswirken als etwa Anfälle, die zum Sturz führen oder die einschließlich der Reorientierungsphase länger als eine halbe Stunde dauern und bei denen der Kranke nicht situationsgemäß handeln kann (Tab. 2).

Die **berufliche Eignung von Anfallskranken** wird in der Praxis durch Schutzbestimmungen unterstützt, d. h. durch die Vermeidung von anfallsauslösenden Umständen bzw. Unfallsrisiken durch Verbot einer Schichtarbeit, eines Aufenthaltes an offenen Maschinen, einer Arbeit mit Absturzgefahr usw. Derartige globale Richtlinien vermögen jedoch der Komplexität der Erkrankung nicht Rechnung zu tragen, so daß Bemühungen im Gange sind, zu Lösungen zu kommen, die eine individuellere Regelung erlauben (Penin, 1979; Thorbecke et al., 1981).

Nach einer Untersuchung von Kugler und Mitarb. (1968) treten **Unfälle bei Epileptikern** übrigens seltener auf,

als allgemein angenommen wird. So fanden die Autoren nur bei 16% von mehr als tausend anfallskranken Männern Unfälle mit feststellbaren Verletzungsfolgen. Es bestanden keine Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der Verletzungen bei Anfällen mit und ohne Aura. Die unterschiedliche Gefährdung der einzelnen Anfallsarten hing vielmehr vorwiegend mit deren Auftreten in bestimmten Lebensaltern und den damit verbundenen sozialen Umständen zusammen.

Auch **beim Sport** kommt es übrigens eher selten zu Verletzungen durch Anfälle, möglicherweise deswegen, weil körperliche Aktivität in der Mehrzahl der Fälle die Krampfschwelle sogar erhöht und sich pathologische EEG-Kurven normalisieren können (Götze et al., 1976, zit. nach Gündel, 1978). Hypoglykämie wie auch übermäßiges Trinken kann hingegen anfallsprovozierend wirken. Aufgrund einer umfangreichen Studie bezüglich des Schulsports kommt Gündel zur Auffassung, daß anfallsranke Kinder und Jugendliche einer normalen Schule möglichst auch am Turnunterricht teilnehmen sollten. Die Beurteilung der Sporttauglichkeit sollte allerdings sehr differenziert erfolgen.

Vielfach ergeben sich **Probleme am Arbeitsplatz** erst, nachdem bekannt wird, daß der Beschäftigte epileptische Anfälle hat. Deshalb verschweigt etwa die Hälfte bis zu zwei Drittel aller Patienten mit Epilepsie ihre Erkrankung im Betrieb (Schmidt, 1981). Allerdings laufen Arbeitnehmer, die ihre Krankheit verschwiegen haben, Gefahr, wegen Nichtangabe ihrer Erkrankung aus dem Betrieb entlassen zu werden. Ist der Arbeitnehmer im Besitz eines Schwerbehindertenausweises, bleibt seine Kündigung an die vorherige Zustimmung der Behindertenfürsorgestelle gebunden und ist somit erschwert. Bei der Arbeitsplatzsuche wird sich ein Schwerbehindertenausweis indes eher ungünstig auswirken.

Der Arbeitnehmer ist nach dem Gesetz **verpflichtet, die ärztliche Diagnose mitzuteilen**, wenn infolge der Epilepsie »die notwendige Fähigkeit fehlt oder erheblich beeinträchtigt ist, die vertraglich übernommene Arbeit auszuführen« (Schmidt, 1981). Ob derartige Voraussetzungen zutreffen,

wird jeweils im Einzelfall zu entscheiden sein und von der Häufigkeit und Art der Anfälle, etwaigen zusätzlichen psychischen Störungen und von der Arbeitsplatzanalyse abhängen. In diesem Zusammenhang muß daran erinnert werden, daß Ärzte nach § 125 des Bundessozialhilfegesetzes verpflichtet sind, »betroffene Personen über die Art und Schwere der Behinderung« zu informieren und im Hinblick auf »geeignete ärztliche und sonstige Eingliederungsmaßnahmen zu beraten« oder »auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt hinzuweisen«. Zumindest in allen schwereren Fällen der Erkrankung werden sich neben der medikamentösen Behandlung und psychagogischen Betreuung auch sozialtherapeutische Maßnahmen als notwendig erweisen. »Die soziale Therapie verwirklicht, was die medizinische Therapie nur ermöglicht« (Janz, 1969).

Ein besonderes Problem stellt die **Aufnahme Anfallskranker in den öffentlichen Dienst** dar. So führen z. B. nach den Richtlinien der Deutschen Bundesbahn »Anfälle aller Art«, »alle Formen der Epilepsie« sowie »anfallsweise auftretende Bewußtseinsstörungen (epileptische, vasomotorische, synkopale oder psychogene)«, auch der »Verdacht auf solche« zur Beurteilung »untauglich«. Selbst anfallsfreie Bewerber, bei denen zwei oder mehr Blutsverwandte an Epilepsie leiden, gelten unverständlicherweise nur als bedingt tauglich.

Masuhr (1981) meint mit Recht, daß es angesichts der erheblich verbesserten Therapiemöglichkeiten heute nicht mehr zu rechtfertigen ist, Anfallsranke vom öffentlichen Dienst auszuschließen. Zumindest sollten entsprechend den 1972 herausgegebenen Richtlinien der deutschen Sektion der internationalen Liga gegen Epilepsie »Anfallsranke ohne psychopathologische Auffälligkeiten, die mindestens zwei Jahre nach Beendigung der Behandlung anfallsfrei geblieben sind und bei denen EEG-Untersuchungen keine spezifisch epileptischen Veränderungen zeigen«, als geheilt gelten und »für alle Positionen im Beamtendienst« als geeignet angesehen werden. Ausgenommen sollten lediglich Tätigkeiten sein, »bei denen der Beamte für das

Leben und die Gesundheit der Allgemeinheit direkt verantwortlich ist«. Schulte berichtet bereits 1964 über die Schwierigkeiten, »die sich der Beamtung eines früheren Anfallsträgers entgegenstellen«.

**Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrenten** aus der gesetzlichen Rentenversicherung können grundsätzlich nur dann gewährt werden, wenn die Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit nicht schon bei der Aufnahme in die Versicherungsgemeinschaft bestand. Daher kommen Rentenleistungen nur in Frage, wenn sich seit Versicherungsbeginn eine zur Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit führende Verschlechterung ergeben hat. Außerdem besteht eine fünfjährige Wartezeit. Hat ein Kranker jedoch trotz später festgestellter objektiver Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit gearbeitet, so erhält er selbst dann keine Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente, wenn er seine Versicherungsbeiträge regelmäßig einbezahlt hat. Als Ausnahme gilt allenfalls der Nachweis einer über zwanzigjährigen Versicherungszeit. Ansonsten besteht lediglich die Möglichkeit, sich einen Anspruch auf eine Altersrente zu erwerben.

In der **privaten Krankenversicherung** werden Anfallsranke entweder überhaupt nicht oder nur gegen Einhebung eines Risikozuschlages von 30 bis 80% des Normalbeitrages aufgenommen. Dies gilt nicht für jene Patienten, bei denen die Anfälle erst nach Abschluß des Versicherungsvertrages aufgetreten sind (Diehl, 1975; Steinmeyer, 1981). Vom privaten Unfallversicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Patienten mit Epilepsie, sofern der Unfall durch einen Krampfanfall verursacht worden ist.

Auch in der **Lebensversicherung** wird der Epileptiker mit Risikozuschlägen belastet.

Es versteht sich von selbst, daß alle Formen von Epilepsie den Betroffenen **wehrdienstuntauglich** machen (Matthes, 1968).

Das Leben und die Prognose unserer Anfallskranken ist in vielfältiger Weise durch ein enges Netz straf-, zivil- und sozialrechtlicher Regelungen bestimmt.

Dieses Netz schränkt die Möglichkeiten der Persönlichkeitsentfaltung und Lebensgestaltung unserer Kran-

ken oft mehr als notwendig ein. Für den Arzt ergibt sich hier die Gelegenheit, dem Patienten neben der ärztlichen Behandlung durch eine zusätzliche intensive sozialmedizinische Betreuung unnötige Härten und Schwierigkeiten zu ersparen und ihm auf diese Weise umfassend zu helfen.

#### Literatur

Balkanyi, A.: Praxis (Schweiz) **60**: 532–534 (1971). – Bamberger, Th., R. Dreyer, D. Janz, H. Landolt, A. Matthes, N. Müller, F. Rabe, P. Röttgen, G. Schorsch, L. Stollreiter: Nervenarzt **38**: 64–66 (1967). – Bay, E.: Med. Welt **26** (N. F.): 596–598 (1975). – Boshes, L. D.: Dis. Nerv. Syst. **26**: 569 (1965). – Bresser, P. H., Ärtzl. Mitt. (Köln) **45**: 968–971 (1960). – Bruns, B.: Motivation und Fähigkeit zur Rehabilitation. In: Epilepsie in Berlin. Berl. Ärztekammer 16/5, 34–35 (1979). – Deutsche Sektion der internationalen Liga gegen Epilepsie: Die epileptischen Anfallskrankheiten. Ein Leitfaden für Erzieher, Fürsorger, Arbeits- und Berufsberater. 4. Aufl., 1977. – Diehl, L. W.: Ärtzl. Prax. **27**: 3031–3032 (1975). – Durst, W.: Med. Klin. **42**: 1827–1831 (1957). – Egli, M., H. Hartmann, R. Hess: Schweiz. med. Wschr. **107**: 389–397 (1977). – Ganter, H.: Erfahrungen mit krampfanfallkranken Kraftfahrern. 2. Jahresvers. Dtsche. Sekt. d. internat. Liga geg. Epilepsie. 23.10.1959, Bethel. – Ganter, H.: Medizinische **1950** 1048–1062. – Geyer, N.: Epilepsie und Arbeitsfähigkeit. Veldener Symposion 2, 1967. Banaschewski, München 1968. – Göbbels, H.: Med. Klin. **55**: 893–898 (1960). – Götze, W., St. Kubicki, M. Munter et al.: Dis. nerv. syst. **28**: 664–666 (1976). – Grattan, E., G. O. Jeffcoat: Brit. med. J. **1968**: 75–79. – Gündel, L.: Schulsportbefreiung anfallskranker Kinder. In: Funke und Tölle: Aktuelle Neurologie und Psychiatrie, Bd. 3. Springer, Berlin 1978. – Harrer, G.: Mitt. österr. San. Verwaltung **62**: 1–7 (1961). – Hartmann, H. P.: Der Kranke als Fahrzeuglenker. Springer, Berlin 1980. – Herner, B., B. Smetby, L. Ysandr: Brit. J. Int. Med. **23**: 37–41 (1966). – Hess, R., M. Egli: Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) **67**: 868–873 (1978). – Hirschmann, J.: Dtsch. Z. gericht. Med. **57**: 366–381 (1966). – Hoff, F.: Med. Welt **31**: 1761–1768 (1967). – Holzbach, R.: Zbl. Verkehrs-Med. **3**: 123–129 (1957). – Hormia, A.: Acta psychiat. scand. **36**: Suppl. 150, 210–212 (1961). – Hüther, H.: Verkehrsunfälle als Folge epileptischer Zustände und ihre Bedeutung für den amtsärztlichen Gutachter. Amtsarztarbeit a. d. Akademie f. Staatsmedizin, Hamburg 1951. – Janz, D.: Die Epilepsie. Thieme, Stuttgart 1969. – Janz, D.: Epilepsie und Arbeitsfähigkeit. In: Pateisky u. Lechner: Sozialmedizinische und therapeutische Aspekte der psychischen Veränderungen bei Epilepsie. Österr.

Liga gegen Epilepsie 1968. – Janz, D.: Nervenarzt **38**: 67–68 (1967). – Kaiser, G., W. Laubichler: Blutalkohol. **14**: 144–148 (1977). – Köhler, G. K., J. Seidenabel: Med. Welt **27**: 1805–1810 (1976). – Koschlig, G.: Verkehrsmedizin **12**: 413–439 (1965). – Kricschek, J.: Fortschr. Med. **79**: 611–613 (1961). – Kricschek, J.: Ärtzl. Mitt. **45**: 904–912 (1960). – Kugler, J., H. Haberfellner, I. Frank: Unfälle und Körperverletzungen bei Epileptikern. In: Pateisky, K., H. Lechner: Sozialmedizinische und therapeutische Aspekte der psychischen Veränderungen bei Epilepsie. Geigy, S. A., Basel 1978, S. 40–49. – Kugler, J., H. Haberfellner: Der Epileptiker mit Führerschein. Veldener Symposion 2, 1967. Banaschewski, München 1968. – Kühl, V.: Epilepsia Ser. **4**: 195–209 (1967). – Kuijer, A.: Epilepsy and exercise. Akadem. Proef. Schrift, Heemstede (Niederlande) 1978. – Landolt, H.: »Pro infirmis« Nr. **11**: (1960/61). – Langelüddeke, A.: Gerichtliche Psychiatrie, Walter de Gruyter, Berlin 1971. – Lechner, H.: Epilepsie und Führerschein. In: Pateisky u. Lechner: Sozialmedizinische u. therapeutische Aspekte der psychischen Veränderungen bei Epilepsie. Österr. Liga gegen Epilepsie 1968. – Lempp, R.: Therapiewoche **17**: 134–136 (1967). – Lennox, W. G., D. T. Davidson: Publications 328, Nat. Res. Council 3, 25. – Lewrenz, H.: (Ed.) Krankheit und Kraftverkehr. Schriftenreihe d. Bundesministers f. Verkehr, Bonn, H. 45 Neue Presse, Coburg 1973. – Loitzl, E.: Österr. Ärztezeitung **20**: 1117–1119 (1965). – Lugt van der, P. J. M.: Epilepsia (N. Y.) **16**: 743–746 (1975). – Lugt van der, P. J. M.: Epilepsia (N. Y.) **16**: 747–751 (1975). – Lund, M.: Hexagon (Roche) **2**: 19–23 (1974). – Lund, M.: Nervenarzt **38**: 61–64 (1967). – Luff, K.: Öff. Gesundheits-Dienst **17**: 287–292 (1955/56). – Mader, R.: Epilepsie bei straffälligen Jugendlichen. In: Pateisky u. Lechner: Sozialmedizinische u. therapeutische Aspekte der psychischen Veränderungen bei Epilepsie. Österr. Liga gegen Epilepsie 1968. – Marx, H. H.: Medizinische Begutachtung. G. Thieme, Stuttgart 1977. – Masuhr, K. F.: Sozialmedizinische Aspekte. In: Hopf-Poock-Schliack: Neurologie in Praxis und Klinik. Band II, Thieme, Stuttgart 1981. – Matthes, A.: ABC für Anfallkranke. Thieme, Stuttgart 1968. – Maxwell, R. D. H., G. E. Leyshon: Brit. med. J. **171**/III, 12–15. – Mayer, K.: Med. Welt: **1964** 2050–2057. – Mifka, P.: Epilepsie nach Arbeitsunfall. Veldener Symposion 2, 1967. Banaschewski, München 1968. – Müller, B.: Z. Verkehrssicherheit, **11/12**: 500–503 (1955). – Müller, A.: Psycho **4**: 687–696 (1978). – Müller, H.: Verkehrsmed. Grenzgeb. **15**: 87–99 (1968). – Müller, H. R.: Verkehrsunfälle durch epileptischen Anfall. Dtsch. Ges. Neurochir., Dtsch. Ges. Neurol., Dtsch. EEG-Ges., 19.–22.9.1956, Berlin. – Nittner, K.: Med. Klin. **55**: 905–908 (1960). – Nittner, K.: Ärtzl. Prax., **11**: 158 (1959). – Pateisky, K.: Epilepsie und Fahrtüchtigkeit. In:

Pateisky u. Lechner: Sozialmedizinische u. therapeutische Aspekte der psychischen Veränderungen bei Epilepsie. Österr. Liga gegen Epilepsie 1968. – Penin, H.: Act. Neurol. **6**: 257–265 (1979). – Phemister, J. C.: Lancet **1961**: 1276. – Rabending, G., K. H. Parnitzke: Dtsch. Gesundh.-Wes. **20**: 1672–1675 (1965). – Reisner, H.: Epilepsie und Straffälligkeit beim Erwachsenen. In: Pateisky u. Lechner: Sozialmedizinische und therapeutische Aspekte der psychischen Veränderungen bei Epilepsie. Österr. Liga gegen Epilepsie 1968. – Reisner, H.: Wien. med. Wschr. **117**: 741–745 (1967). – Ritter, G.: Nervenarzt **47**: 51–53 (1976). – Ritter, G.: Forensia 1975/76: 111/121. – Ritter, G.: Akt. Neurol. **2**: 247–249 (1975). – Ritter, G.: Dtsch. med. Wschr. **99**: 1879–1886 (1974). – Ritter, G., G. Ritzel: Münch. med. Wschr. **114**: 2077–2081 (1972). – Ritzel, G., G. Ritter: Beitr. gerichtl. Med. **31**: 79–86 (1973). – Rugg, E.: Z. Unfallmed. Berufskrankh. **55**: 161–164 (1962). – Schimert, G., C. W. Simon: Münch. med. Wschr. **106**: 1753–1759 (1964). – Schmidt, D.: Behandlung der Epilepsien. Thieme, Stuttgart 1981. – Schulte, W.: Epilepsie und ihre Randgebiete in Klinik und Praxis. Lehmann, München 1964. – Schweingruber, R., K. Staempfli: Ther. Umsch. (Schweiz) **3612**: 95–98 (1979). – Scrinzi, O.: Der Anfallkranke vor Gericht. Veldener Symposion 2, 1967. Banaschewski, München 1968. – Seus: Epilepsie und Fahrtauglichkeit. Tagung d. bayr. Psychiater und Nervenärzte. Erlangen. 6.–7.5.1961. – Sievers, E. F.: Ärtzl. Mitt. **1959**: 1624–1626. – Simonova, O., H. Scheich: Arch. psychiat. Nervenkrh., **211**: 460–469 (1968). – Sulg, I.: In: Epilepsy and driving-licenses. Social studies in epilepsy. No. 4 British Epilepsy Association. London 1965. – Steinmeyer, H. D.: Therapiewoche **31**: 3650–3655 (1981). – Steinwall, O.: Acta Psychiat. Scand. **36**: 150, 179–186 (1961). – Stollreiter, L.: Ärtzl. Mitt. **60**: 142 (1963). – Thorbecke, R., D. Janz, L. Tynova: Therapiewoche **31**: 3643–3649 (1981). – Tönnis, W.: Hefte zur Unfallheilkunde **55**: 105–110 (1957). – Twerdy, K.: Mschr. Unfallheilk. **78**: 527–532 (1975). – Venzlaff, U.: Internist **18**: 96–100 (1977). – Vieth, J.: Die Epilepsie und ihre Behandlung. Editiones Roche 1979. – Vossen, R.: Zbl. Neurol. Psychiat. **203**: 471 (1972). – Waegner D.: Prakt. Arzt **1978**: 1212–1227. – Wolf, G.: Beurteilung der Fahrtauglichkeit. In: Göppinger, H. u. H. Witter: Hdb. der forensischen Psychiatrie II, 1427–1481. Springer Berlin – Heidelberg – New York 1972. – Zielinski, J. J.: Employment and need for rehabilitation in known and field symples of epileptics. In: Janz, D. (Hrsg.): Epileptology. S. 248. Thieme, Stuttgart 1976.

(Anschrift des Verf.: Prof. Dr. G. Harrer, Direktor der Landesnervenklinik, Ignaz-Harrer-Straße 79, A-5020 Salzburg.)