

Epilepsie am Arbeitsplatz

Leitlinie für die Beurteilung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit Epilepsie

August 2013



Impressum

Die Leitlinie für Epilepsie und Arbeit wurde unter Mitwirkung von:

Univ.-Prof. Dr. Christoph Baumgartner, Österreichische Gesellschaft für Epileptologie
Dr.ⁱⁿ Ilse Gross, Land Steiermark
Reg.-Rat Christian Hampel, Bundessozialamt Landesstelle Steiermark
Dr. Kurt Leodolter, AUVA Steiermark
Kurt Maier, ÖGB Steiermark
Mag.^a Elisabeth Pless, Epilepsie & Arbeit
Dr.ⁱⁿ Friederike Sachornig-Tumlriz, Arbeitsinspektorat Steiermark
Hildegard Stix, AMS Steiermark
Ines Tobisch, Epilepsie Interessensgemeinschaft Österreich
Dr. Georg Wultsch, Arbeitsmediziner

erstellt.

Layout: Susanne Trautenberg, ÖSB Holding Management GmbH

Fotos: istock.com

Herausgeberin:
Epilepsie und Arbeit Gemeinnützige Beratungs und Entwicklungs GmbH
Meldemannstraße 12-14
1200 Wien

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Hinweise für die Beurteilung	5
1.1 Allgemeines	5
1.2 Beurteilung der Schwere der Epilepsie	5
1.2.1 Art der Anfälle	5
1.2.3 Erster epileptischer Anfall	8
1.2.3 Häufigkeit der Anfälle – Dauer der Anfallsfreiheit	9
1.2.4 Prognose und Behandlungsstand	9
1.2.5 Anfallsauslöser und anfallsbegünstigende Umstände	9
1.2.6 Praktisches Vorgehen	10
1.3 Art des Berufes und Unfallgefährdung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern innerhalb dieses Berufes	13
1.4 Berufssituation des jungen Menschen mit Epilepsie als Berufsanfänger/Berufsanfängerin oder mit Berufserfahrung	13
1.5 Haftungsfragen	14
1.6 Bewerbung um einen Arbeitsplatz	15
2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten	17
2.1 Allgemeines	17
2.2 Beurteilung ausgewählter Tätigkeiten	17
2.2.1 Bildschirmarbeit	17
2.2.2 Tätigkeiten mit Absturzgefahr	18
2.2.3 Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeit	22
2.2.4 Allein Arbeitsplatz	27
2.3 Beurteilung ausgewählter Berufe	27
2.3.1 Industrielle maschinenbautechnische und industrielle elektrotechnische Berufe	28
2.3.2 Berufe des Gesundheitswesens	30
2.3.3 Berufsrechtliche Besonderheiten in den „Gesundheitsberufen“	33
2.3.4 Berufsrechtliche Besonderheiten bei sozialpflegerischen und sozialpädagogischen Berufen	38
Anhang	41
Übersicht Tafeln zur Risikoeinschätzung	41
Übersicht Berufliche Möglichkeiten	41
Literatur	42
Übersicht Rechtsvorschriften	43
Links	43

Vorwort

Das Ziel der vorliegenden Leitlinie „Epilepsie und Arbeit“ ist die Verbesserung der Eingliederungschancen von Personen mit Epilepsie am Arbeitsmarkt. Die Leitlinie soll Ärztinnen/Ärzten, Beraterinnen/Beratern und anderen Fachkräften eine individuelle Beurteilung unter Berücksichtigung der Art und des Schweregrades der Epilepsie, der Arbeitsfähigkeit und die Risikoabschätzung von Tätigkeiten erleichtern.

Prinzipiell kann es keine generellen Empfehlungen für oder gegen einen Beruf für Menschen mit Epilepsie geben.

Die individuellen verschiedenen Epilepsieformen machen eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und beruflichen Einsetzbarkeit von Anfallskranken sehr komplex. Bisher fehlte eine in Österreich gültige Entscheidungshilfe zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie.

Daher wurde im Jänner 2011 auf Initiative des Bundessozialamtes eine Arbeitsgruppe aus Experten/Expertinnen, bestehend aus Vertretern/Vertreterinnen der Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie, des Bundessozialamtes, der Ärztekammer, AUVA, Arbeitsinspektorat, WK, AK, ÖGB, AMS, der Epilepsie & Arbeit gemeinnützige Beratungs und Entwicklungs GmbH sowie der Epilepsie Interessensgemeinschaft Österreich, gebildet.

Unser Dank gilt der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), die uns die Genehmigung für die Nutzung der BGI 585 als Grundlage für die Ausarbeitung der vorliegenden Leitlinien „Epilepsie und Arbeit“ schnell und unbürokratisch erteilt hat.

Besonderer Dank gilt auch den Initiatoren, Herrn HR Dr. Günther Schuster und Herrn HR Dr. Diethard Schliber, die das Experten-/Expertinnenforum im Jahr 2011 ins Leben gerufen haben.

Auf Grundlage der BGI 585 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) „Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie“ wurde diese Leitlinie erarbeitet. Die vorliegende Leitlinie wurde von den Experten/Expertinnen in zahlreichen Sitzungen diskutiert und das Ergebnis in die Leitlinie aufgenommen. Für den Einsatz und das Engagement bei der zum Teil mühsamen Kleinarbeit sei allen Mitwirkenden sehr herzlich gedankt.

Die Leitlinie enthält wichtige Informationen, die der Beurteilung der Schwere der Epilepsie, der Unfallgefährdung in verschiedenen Berufen und Tätigkeitsfeldern, der Situation des Berufsanfängers, von Haftungsfragen sowie der Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten bei ausgewählten Tätigkeiten und ausgewählten Berufen dienen.

Die Tätigkeitsfelder innerhalb eines Berufes können sehr unterschiedlich sein. Die individuelle Betrachtung der Epilepsie, die durch Ablauf der Anfälle, Häufigkeit, Behandlungsstand und Prognose bestimmt wird, muss bei der Beurteilung der Unfallgefährdung in Bezug zum tatsächlichen Tätigkeitsfeld gestellt werden. Eine Arbeitsplatzbegehung ist hier meist unerlässlich.

Beispielhaft wurden einige Berufe ausgewählt und in Bezug zu unterschiedlichen Epilepsieformen beurteilt.

Für die differenzierte Beurteilung ist die Zusammenarbeit des/der behandelnden Facharztes/Fachärztin und des/der zuständigen Arbeitsmediziners/Arbeitsmedizinerin wichtig. Zur sachgerechten Beurteilung ist es nicht nur notwendig, den/die Arbeitsmediziner/Arbeitsmedizinerin und eventuell auch die Fachkraft für Arbeitssicherheit hinzuzuziehen. Diese unterstützen den/die Unternehmer/Unternehmerin bei der erforderlichen Erstellung der Gefährdungsbeurteilung unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes, der Tätigkeit und des Arbeitsumfeldes.

In diesem Sinn ersetzt die vorliegende Leitlinie das Zusammenwirken von behandelnden Fachärzten/Fachärztinnen, Arbeitsmedizinern/Arbeitsmedizinerinnen, Experten/Expertinnen der AUVA, Beratern/Beraterinnen und allen weiteren Experten/Expertinnen in keiner Weise, um die konkrete Arbeitssituation und die konkreten Möglichkeiten im Sinne der Betroffenen zu klären und einzuschätzen. Sehr wohl dient die Leitlinie aber der Bewusstseinsbildung und der Kompetenzerhöhung bei Personalverantwortlichen und Unternehmern/Unternehmerinnen, um die Beschäftigungschancen von Personen mit Epilepsie nachhaltig zu verbessern.

Mag.^a Elisabeth Pless
(Kordinatorin des Expertinnen-/Expertenforums)

1. Hinweise für die Beurteilung

1.1 Allgemeines

Bei der Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie muss davon ausgegangen werden, dass es verschiedene Formen von Epilepsie mit individuell unterschiedlichen Auswirkungen gibt und dass Epilepsien wirksam behandelt werden können. Fortschritte in Diagnostik und Therapie der verschiedenen Formen von Epilepsie und eine zunehmende Vielfalt von Berufen und Tätigkeiten innerhalb einzelner Berufsfelder machen heute in jedem Einzelfall eine differenzierte Abstimmung zwischen individuellen krankheitsbedingten Einschränkungen und beruflichen Gegebenheiten notwendig. Dabei müssen berücksichtigt werden:

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

1.2 Beurteilung der Schwere der Epilepsie

1.2.1 Art der Anfälle

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

- Aura (Vorgefühl): alles, was der/die Betroffene zu Anfallsbeginn selbst wahrnimmt; Dauer der Aura sowie Reaktionsvermögen und Schutzmöglichkeit während der Aura,
- Bewusstsein während des Anfalls: erhalten, gestört,
- Verfügbarkeit: rechte/linke Hand, rechtes/linkes Bein, erhalten/aufgehoben,

- Sturz: Bestandteil des Anfalls oder nicht,
- Verhalten im Anfall: ruhig, unruhig, nicht situationsangepasste Handlungen,
- Verhalten nach dem Anfall: vorübergehende Lähmung oder Sprachstörung, sofort wieder orientiert oder allmähliche Reorientierung, Nachschlaf,
- Dauer bis zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit (einschließlich Reorientierung),
- Bindung an Schlaf-Wach-Rhythmus: aus dem Schlaf, nach dem Aufwachen, am Feierabend, ohne zeitliche Bindung,
- individuelle auslösende Situationen, deren Beachtung zur Vermeidung von Anfällen/Anfallsfolgen dienen kann: z.B. Schlafverschiebung (Nachtarbeit).

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

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

1. Hinweise für die Beurteilung

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

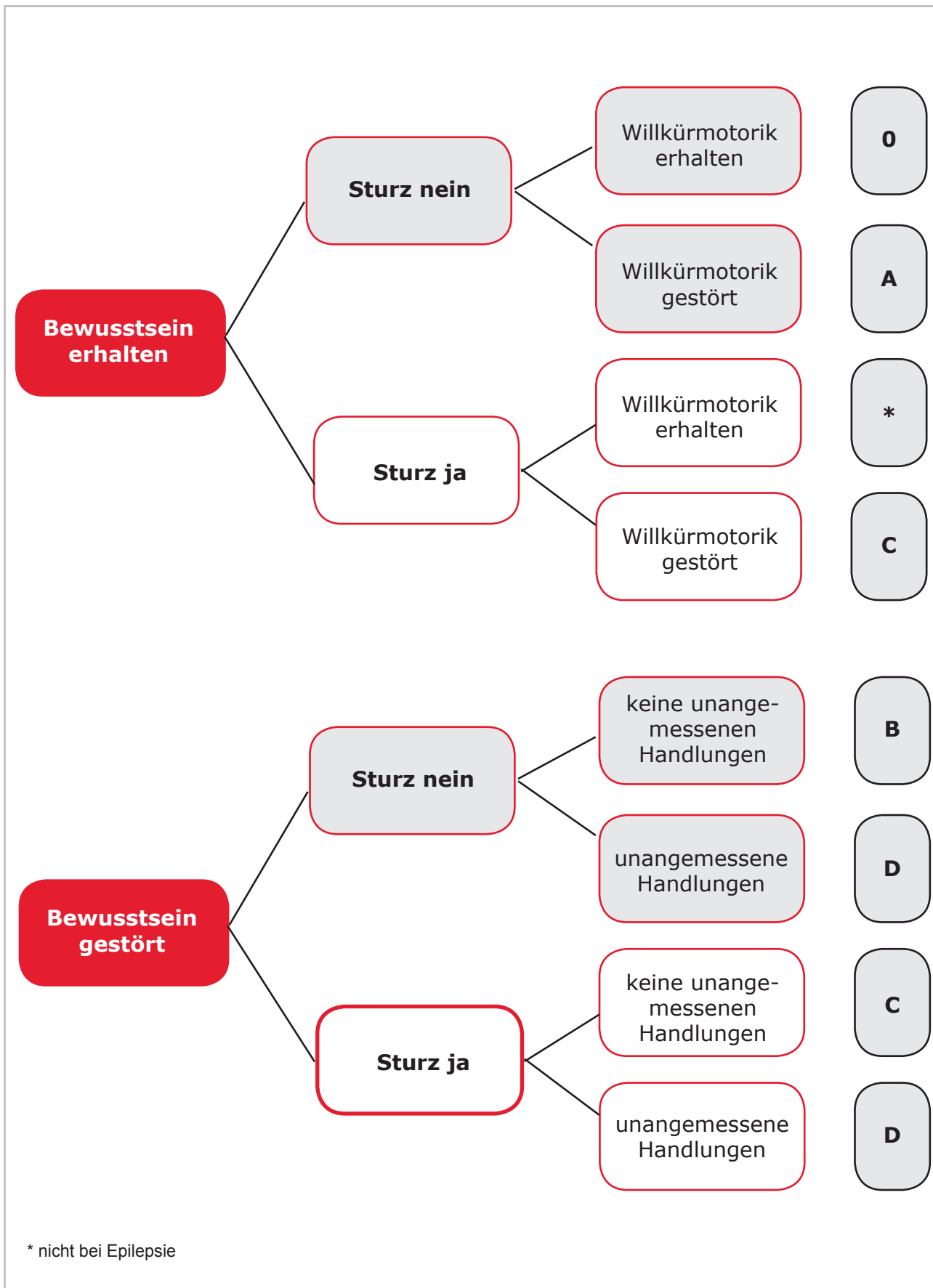
Tafel 1: Gefährdungskategorien (zum praktischen Vorgehen siehe Abschnitt 1.2.5)

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

Die 0-Kategorie mit arbeitsmedizinisch nicht relevanten Anfallssymptomen beinhaltet einfach fokale Anfälle mit der Fahrtauglichkeit nicht einschränkenden Anfallssymptomen.

Zahlreiche Studien und praktische Erfahrungen zeigen, dass in bestimmten Berufsbereichen Anfälle mit Verlust der Haltungskontrolle (Kategorie C) und Anfälle mit unangemessenen Handlungen bei Bewusstseinsstörungen (Kategorie D) aus arbeitsmedizinischer Sicht „schwerer“ anzusehen sind als Anfälle mit Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit bei erhaltenem Bewusstsein oder Anfälle mit Handlungsunterbrechung bei Bewusstseinsstörung (Kategorie A und B). Die Unterteilung der Anfallssymptome in die Kategorien A bis D drückt deshalb den Schweregrad unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten zunehmend von A nach D aus.

Die Beschreibung der Anfälle und die Einstufung in die zutreffende Gefährdungskategorie soll immer durch eine/n Facharzt/Fachärztin für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie oder Kinder- und Jugendheilkunde, vorzugsweise mit einer Zusatzausbildung in Epileptologie, erfolgen [Tafel 2].



Tafel 2: Einordnung in Gefährdungskategorie

1.2.2 Erster epileptischer Anfall

Der erste epileptische Anfall ist grundsätzlich für jede/n Betroffenen/Betroffene ein einschneidendes Ereignis und bedarf deshalb einer gesonderten Betrachtungsweise, insbesondere auch, was die beruflichen Implikationen betrifft.

Ein erster epileptischer Anfall kann auftreten als

- provozierte oder akut symptomatischer Anfall,
- unprovoked Anfall mit unauffälligem EEG- und Magnetresonanztomografie(MRT)-Befund,
- unprovoked Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Läsion in der MRT – in diesem Fall besteht eine beginnende Epilepsie.

Provozierte oder akut symptomatische Anfälle, die im Rahmen einer akuten Erkrankung des Zentralnervensystems (Infektionen, Traumen, zerebrovaskuläre Erkrankungen etc.) oder im Rahmen einer systemischen Erkrankung bzw. Störung (Alkohol, extremer Schlafentzug, Medikamente, metabolische Störungen etc.) auftreten, sind durch einen erkennbaren, unmittelbaren Auslöser und einen günstigen Verlauf gekennzeichnet, d.h., bei Behebung, Wegfall oder Vermeidung der auslösenden Ursache treten im Allgemeinen keine weiteren Anfälle auf. Auf Grund dieses niedrigen Rezidivrisikos besteht deshalb im Allgemeinen auch keine Indikation zur Einleitung einer antikonvulsiven Therapie. Hinsichtlich der Berufseignung ist festzustellen, dass - wenn die Ursache erkennbar und vermeidbar ist und deren Auftreten bei der Berufsausübung unwahrscheinlich ist - nach einer Beobachtungszeit von 3 Monaten von mittelfristiger Anfallsfreiheit (siehe 1.2.3) auszugehen ist.

Ein **unprovoked Anfall** tritt ohne erkennbare äußere Ursache auf. Die Wahrscheinlichkeit, nach einem ersten unprovoked Anfall einen weiteren Anfall zu erleiden, liegt bei 33% für Erwachsene sowie zwischen 42 und 54% für Kinder. Risikofaktoren für das Auftreten weiterer Anfälle sind dabei das Vorhandensein von epilepsietypischen Veränderungen im EEG und das Vorliegen einer - für die Anfälle ursächlichen

- strukturellen Veränderung in der Magnetresonanztomografie (MRT) (EEG mit epilepsietypischen Veränderungen: 1,5- bis 3-fach erhöhtes Risiko; epileptogene MRT-Veränderung: 2-fach erhöhtes Risiko). Demgemäß hat die Internationale Liga gegen Epilepsie im Jahr 2005 eine neue Epilepsiedefinition vorgeschlagen, wobei nunmehr für die Diagnose einer Epilepsie nur noch ein Anfall nötig ist, wenn zusätzlich durch einen entsprechenden EEG-Befund (z.B. 3/s Spike-Waves) oder einen MRT-Befund (z.B. Ammonshornsklerose oder Tumor) eine erhöhte Epileptogenität als wahrscheinlich angenommen werden kann.

Hinsichtlich der Berufseignung kann bei einem **ersten unprovoked Anfall mit unauffälligem EEG- und Magnetresonanztomografie(MRT)-Befund** (es erfolgt im Allgemeinen keine antiepileptische Einstellung) nach einer Beobachtungszeit von 6 Monaten eine mittelfristige Anfallsfreiheit (siehe 1.2.3) angenommen werden.

Bei einem ersten unprovoked Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT erfolgt im Allgemeinen auf Grund des hohen Rezidivrisikos eine antiepileptische Einstellung – es besteht eine beginnende Epilepsie. Hinsichtlich der Berufseignung ist – gleich wie bei einer bestehenden Epilepsie – erst nach 1-jähriger Anfallsfreiheit eine mittelfristige Anfallsfreiheit (siehe 1.2.3) gegeben.

1.2.3 Häufigkeit der Anfälle – Dauer der Anfallsfreiheit

Neben den Anfallssymptomen ist die Häufigkeit der Anfälle ein wesentliches Merkmal der Schwere einer Epilepsie. Die **Anfallshäufigkeit wurde in fünf Stufen** unterteilt:

Langfristige Anfallsfreiheit:

Anfallsfrei > 5 Jahre mit oder ohne antiepileptische Therapie

Mittelfristige Anfallsfreiheit:

- Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie
- Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie
- Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre
- Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall
- Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund
- Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT
- Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“

Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr

Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr

Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat

Die Häufigkeit der Anfälle wird aus den Eintragungen im Anfallskalender bestimmt und muss immer vom behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin bestätigt sein.

1.2.4 Prognose und Behandlungsstand

Die Prognose einer Epilepsie hängt ab von der Art der Anfälle, dem Ausschöpfen aller therapeutischen Möglichkeiten und der Mitarbeit des Patienten/der Patientin, insbesondere der verlässlichen Medikamenteneinnahme (sog. Adhärenz). Eine langfristige Prognose kann erst gestellt werden, wenn die pharmakologische Therapie entsprechend den Standards der modernen Epilepsiebehandlung durchgeführt bzw. die Möglichkeiten einer operativen Therapie geprüft worden sind. Die Prognose sollte immer von einer/m in Epilepsiebehandlung erfahrenen Neurologen/Neurologin oder Pädiater/Pädiaterin (vorzugsweise einem/r zertifizierten Epileptologen/Epileptologin) gestellt werden. Ist dieser nicht der/die behandelnde Arzt/Ärztin, sollte Letztere/r einbezogen werden. Im Einzelfall kann es angezeigt sein, eine/n epileptologisch erfahrene/n Arzt/Ärztin oder eine Anfallsambulanz beratend hinzuzuziehen (Adressen von zertifizierten Epilepsieambulanzen und zertifizierten Epileptologen/Epileptologinnen können auf der Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie nachgelesen werden, siehe Anhang).

Für die langfristige arbeitsmedizinische Risikobeurteilung muss geprüft werden, ob der erreichte Behandlungsstand stabil ist und keine relevanten Auswirkungen der Antiepileptika auf die Reaktionsfähigkeit vorliegen.

Bei einer Veränderung der Anfallskontrolle ist eine erneute Prüfung anzustreben.

1.2.5 Anfallsauslöser und anfallsbegünstigende Umstände

Nacht- und Schichtarbeit

Bestimmte Berufe beinhalten auch Nachtbereitschaft, Nachtdienst und Wechsel-/Schichtarbeit.

Es wird vielfach unterstellt, dass Schichtarbeit, insbesondere Nachtschichtarbeit, bei Personen mit Epilepsie zu einer Erhöhung der Anfallsfrequenz führt und aus diesem Grunde bei Personen mit Epilepsie nicht möglich sei. Diese Vermutung wird unter anderem damit begründet, dass in einigen Studien Schlafentzug als Anfallsauslöser festgestellt werden konnte und bei EEG-Untersuchungen durch Schlafentzug so genannte epilepsietypische Potenziale ausgelöst werden können.

Festzustellen ist aber, dass es keine systematischen Untersuchungen zur Auswirkung von Schichtarbeit auf die Anfallsfrequenz gibt und dass der mit der Schichtarbeit verbundene unregelmäßige Schlaf-Wach-Rhythmus per se nicht notwendigerweise zu einem Schlafentzug führt. Zudem kann sich die Schichtarbeit unter Umständen sogar günstig auf die Lebensführung von Personen mit Epilepsie auswirken, z.B. die durch die Schichtarbeit bedingte zusätzliche Freizeit und die damit verringerten Wegzeiten zwischen Arbeitsstätte und Wohnort.

1. Zusammenfassend kann also Folgendes festgestellt werden: Bei der Bewertung sollten nur solche Schichtsysteme beachtet werden, die tatsächlich einen Schlafentzug bzw. eine wesentliche Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus bedingen.
2. Es sollte immer der Einzelfall – mit Wertung des jeweils vorliegenden Epilepsiesyndroms sowie der anamnestischen Angaben zur Anfallsfrequenz in Verbindung mit Schlafentzug – beurteilt werden. Hier ist festzuhalten, dass nur bei bestimmten Epilepsiesyndromen (z.B. juvenile myoklonische Epilepsie) Schlafentzug als definitiver Anfallsauslöser gewertet werden kann. In diesen Fällen ist eine Beurteilung des/der betreuenden Arztes/Ärztin bzw. eines/r in Epilepsie erfahrenen Facharztes/Fachärztin für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie oder Kinder- und Jugendheilkunde einzuholen.

Zur Auslösung von Anfällen durch rhythmische Lichtreize siehe Abschnitt 2.2.1.

1.2.6 Praktisches Vorgehen

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

- Ist das Bewusstsein erhalten?
- Kommt es zu Haltungsverlust?
- Ist die Willkürmotorik gestört?
- Kommt es zu unangemessenen Handlungen?

Die alleinige Klassifizierung der Anfälle mit medizinischen Kategorien, wie Absence, fokaler Anfall und Ähnliches, ist nicht ausreichend zur Beantwortung dieser Fragen [Tafel 3].

Bezeichnung	Bewusstsein	Haltungs- kontrolle	Motorik	Kat.	Weitergehende Beschreibung
Myoklonische Anfälle	nicht gestört	meist erhalten,	gestört	A	plötzliche ein- oder mehrmali- ge heftige Zuckung, meist im Schulter-Arm-Bereich, selten auch der Beine, dann Sturz, gebunden an die Zeit kurz nach dem Erwachen
	nicht gestört	selten Sturz	gestört	C	
Einfach fokale Anfälle	nicht gestört	z.T. erhalten	gestört	A	plötzliche Verkrampfung, Wen- debewegung oder Zuckungen einzelner Muskelgruppen oder Körperteile, wenn die Beine betroffen sind: Sturz
- mit motorischer Symptomatik	nicht gestört	z.T. Sturz	gestört	C	äußerlich nicht sichtbare Empfindung, wie Kribbeln, Wahrnehmungsänderungen, Gefühlsänderungen
- mit sensibler, sensorischer oder psychischer Symptomatik	nicht gestört	erhalten	nicht gestört	0	
Absencen	gestört	meist erhalten	gestört, meist Bewegungslo- sigkeit,	B	plötzliche, wenige Sekunden dauernde Bewusstseinsstörung, z.T. mit Innehalten,
	gestört	selten Umsinken	selten unan- gemessene Handlungen	D	z.T. mit automatischer Fortfüh- rung der Tätigkeit,
	gestört		selten unan- gemessene Handlungen	C	bei längerer Dauer sind leichte Zuckungen des Gesichts und der Arme, automatische Bewe- gungen und Gleichgewichtsstö- rungen möglich
Generalisierte tonisch-klonische Anfälle bzw. bilateral konvulsi- ve Anfälle	gestört	Sturz	gestört	C	mit oder ohne Vorgefühl (Aura) verschiedener Dauer und Ausprägung, Bewusstlosigkeit, Sturz, Verkrampfung (tonische Phase), Zuckungen (klonische Phase), zum Teil Zungenbiss, Blauwerden, Einnässen, Spei- chelfluss, unterschiedlich lange Erholungszeit, Verwirrtheitszu- stand oder Nachschlaf möglich. selten postiktale Verwirrtheits- zustände mit unangemessenen Handlungen
	gestört	Sturz	gestört	D	
Dyskognitive Anfälle	gestört	meist erhalten	meist gestört, z.T. Bewe- gungslosigkeit	B	mit oder ohne Vorgefühl (Aura) verschiedener Dauer und Aus- prägung, eingeschränktes bis aufgehobenes Bewusstsein, Un- terbrechung der Tätigkeit, zum Teil ohne weitere Symptome
	gestört	meist erhalten	meist unan- gemessene Bewegungen	D	häufiger aber automatische Bewegungen, unangemessene Handlungen, Umherlaufen,
	gestört	z.T. Zu-Boden- Gehen, selten Sturz	-	C	seltener Zu-Boden-Gehen, selten Sturz, zum Teil Lautäu- ßerungen

Tafel 3: Medizinische Bezeichnung und Gefährdungskategorie, Anfallsbeschreibung

1. Hinweise für die Beurteilung

Das Vorgehen bei der Einordnung in Gefährdungskategorien ist den Tafeln 2 und 3 zu entnehmen. Tafel 2 zeigt, welche Fragen dem/der Kranken und den Zeugen/Zeuginnen seiner/ihrer Anfälle gestellt werden müssen, um zu einer raschen und eindeutigen Einordnung in die zutreffende Gefährdungskategorie zu gelangen. Tafel 3 hilft beim Vorliegen von Anfallsbeschreibungen, die zutreffende Gefährdungskategorie zu bestimmen. Besondere Sorgfalt ist bei der Zuordnung von diskognitiven Anfällen zu den einzelnen Gefährdungskategorien erforderlich, da sie Kategorie D, aber auch B oder C entsprechen können. Bei generalisierten tonisch-klonischen Anfällen bzw. bilateral konvulsiven Anfällen kann es in seltenen Fällen zu postiktalen Verwirrheitszuständen mit unangemessenen Handlungen kommen, die dann der Kategorie D zuzuordnen sind.

Die anhand von Tafel 2 oder 3 gefundene Gefährdungskategorie muss mit der aktuellen Anfallshäufigkeit (Angaben der Betroffenen, nach Möglichkeit durch Anfallskalender oder Fremdbeobachtung belegt) kombiniert werden. Hieraus ergibt sich die Schwere der Epilepsie unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten (siehe Hinweistafeln zur Beurteilung ausgewählter Tätigkeiten bzw. ausgewählter Berufe).

- Mehrere arbeitsmedizinisch relevante Anfalls-symptome
Beim Vorliegen mehrerer Anfallsformen bei einer Person muss für die Einordnung in die Gefährdungskategorien immer die aus arbeitsmedizinischer Sicht schwerere zugrunde gelegt werden.
- Anfallssymptome, die arbeitsmedizinisch nicht relevant sind
Bei epileptischen Symptomen, bei denen Bewusstsein und Haltungskontrolle erhalten sind und bei denen die Handlungsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist, z.B. bei isolierten Auren oder Anfällen mit leichtem Zittern des linken Arms, sollten entsprechend den LEITLINIEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE EIGNUNG VON KRAFTFAHRZEUGLENKERINNEN grundsätzlich keine Einschränkungen gemacht, d.h. die 0-Kategorie gewählt werden.

- Protektive Mechanismen
Vorgefühle/Warnungen; Auftreten der Anfälle außerhalb der Arbeitszeit.
 - *Vorgefühle/Warnungen* (Auren) sollen als Schutzmöglichkeit berücksichtigt werden, wenn durch Fremdbeobachtungen gesichert ist, dass die Aura dem/der Epilepsiekranken erlaubt, geeignete Schutzmaßnahmen zu ergreifen, und diese Möglichkeit in angemessener Weise genutzt wird. Im Einzelfall bedeutet dies, dass statt Kategorie D oder C Kategorie A gewählt werden sollte.
 - *Tageszeitliche Bindung*: Für Menschen mit Epilepsie, deren Anfälle ausschließlich nach dem Aufwachen auftreten, kann nur dann ein geringeres Gefährdungsrisiko angenommen werden, wenn diese tagszeitliche Bindung mindestens schon drei Jahre besteht und wenn eine enge Bindung an die Aufwachsituation besteht, sodass keine Anfälle auf dem Arbeitsweg oder am Arbeitsplatz zu erwarten sind. Solche Personen sollten unter die dauerhaft Anfallsfreien eingeordnet werden (0-Kategorie). Das Gleiche gilt für Personen mit Anfällen, die länger als drei Jahre ausschließlich aus dem Schlaf aufgetreten sind.
 - *Anfallsauslöser*, die vorhersehbar sind:
Falls die Person gelernt hat, einen Auslöser wirksam zu vermeiden, kann dadurch das Risiko von Anfällen am Arbeitsplatz herabgesetzt werden, z.B. Wegschauen bei geringer werdender Drehzahl, wenn drehende Teile anfallsauslösend wirken, oder Tragen einer depolarisierenden Brille bei Fotosensibilität. Solche Schutzmöglichkeiten sollten bei der arbeitsmedizinischen Beurteilung berücksichtigt werden.

1.3 Art des Berufes und Unfallgefährdung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern innerhalb dieses Berufes

Kriterien für die Einstufung der Gefährdung sind vor allem Eigengefährdung, Fremdgefährdung und ökonomisches Risiko. Bei der Beurteilung einer beruflichen Tätigkeit ist zu berücksichtigen, dass innerhalb eines Berufes die Risiken bei den einzelnen Tätigkeiten unterschiedlich sein können. Diese Tatsache verlangt neben der ärztlichen Beurteilung die Mitwirkung einer für das spezielle Berufsbild sachkundigen Person, z.B. der Sicherheitsfachkraft.

Ein Beispiel für Eigengefährdung ist: die Gefahr, mit drehenden ungeschützten Teilen (Backenfut-ter, Bohrspindeln), mit gesundheitsschädlichen elektrischen Spannungen, mit infektiösen oder toxischen Stoffen in Berührung zu kommen. Von Fall zu Fall wäre auch zu prüfen, ob durch geeignete technische Vorrichtungen und Hilfen die Unfallgefährdung an einem bestimmten Arbeitsplatz so reduziert werden kann, dass er für eine Person mit Epilepsie geeignet ist (siehe 2.2.4.).

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

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

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

1.4 Berufssituation des jungen Menschen mit Epilepsie als Berufsanfänger/Berufsanfängerin oder mit Berufserfahrung

Unterschiedlich zu beurteilen ist die Situation, ob es sich um eine Erstausbildung handelt oder ob epileptische Anfälle erst nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung zu einem Wechsel der Tätigkeit zwingen.

Bei einer Erstausbildung, insbesondere bei jüngeren Personen mit Epilepsie, ist darauf zu achten, dass im angestrebten Beruf möglichst viele Tätigkeitsfelder offen stehen.

Es sollte daher zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit einem/r Rehaberater/Rehaberaterin des AMS, einem berufskundlichen Sachverständigen und einem/r Arbeitsassistenten/-assistentin mit einer Epilepsiefachassistentenausbildung Kontakt aufgenommen werden, welche gegebenenfalls eine berufsvorbereitende Maßnahme (Arbeits-erprobung, Berufsfindung, Berufsorientierung etc.) empfehlen können.

Eine Ausbildung sollte nicht an Arbeiten mit erhöhter Unfallgefährdung scheitern, die auf Grund der Ausbildungsordnung für das Berufsbild nur während der Ausbildung ausgeführt werden müssen, für das Ausbildungsziel aber nicht wesentlich sind und bei der späteren Berufstätigkeit nicht mehr zwingend gefordert werden, beispielsweise Nachtdienst in der Ausbildung zum pflegerischen Beruf. Die gesetzlichen Bestimmungen erlauben in vielen Fällen, mit der für die Prüfung zuständigen Stelle zu vereinbaren, dass sie auch dann als erfolgreich abgeschlossen gilt, wenn die Person mit Epilepsie diese Ausbildungsabschnitte nicht als Ausführende/Ausführender durchlaufen hat.

Bei Menschen mit Epilepsie, die nach einer Berufsausbildung - eventuell auch erst im fortgeschrittenen Lebensalter - zu einem Tätigkeitswechsel gezwungen sind, sollte in erster Linie geprüft werden, ob - z.B. im Rahmen einer betrieblichen Umsetzung - die Möglichkeit besteht, weiterhin eine Tätigkeit auszuüben, bei der vorbestehende berufliche Kenntnisse und Erfahrungen verwertet werden können und die den epilepsiebedingten Einschränkungen Rechnung trägt. Die sich dabei ergebenden Fragen sollten zwischen Betroffenen, Arbeitsmediziner/

1. Hinweise für die Beurteilung

Arbeitsmedizinerin, Sicherheitsfachkraft, Arbeitgeber/Arbeitgeberin, Betriebsrat/Betriebsrätin bzw. Personalvertretung und gegebenenfalls einer/m berufskundlich Sachverständigen, behandelnden Facharzt/Fachärztin und einer Behinderten-Vertrauensperson geklärt werden. Auch eine Krisenintervention durch eine auf Epilepsie spezialisierte Arbeitsassistentin kann in Anspruch genommen werden. Gegebenenfalls ist das Arbeitsinspektorat einzuladen.

Erst wenn sich herausstellt, dass dieser Weg nicht möglich ist, sollte eine Umschulung erwogen werden. Eine fundierte Empfehlung für einen bestimmten Beruf wird dann oft nur möglich sein, wenn sie sich auf eine differenzierte, individuelle (arbeits-)medizinische Beurteilung stützen kann, gegebenenfalls mit einer eingehenden psychologischen Untersuchung und einer praktischen Arbeitserprobung oder einem Praktikum, durch die verlässliche Anhaltspunkte für die späteren beruflichen Einsatzmöglichkeiten gewonnen werden können. Auch hier ist eine Beratung und Begleitung durch eine auf Epilepsie spezialisierte Arbeitsassistentin empfehlenswert.

1.5 Haftungsfragen

ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG)

Arbeitgeber/Arbeitgeberinnen sind verpflichtet, für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen (§ 3 ASchG). Diese umfangreiche Pflicht wird im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) und den dazu erlassenen Verordnungen näher erläutert. Leben und Gesundheit der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin haben dabei oberste Priorität und dürfen finanziellen Gesichtspunkten nicht untergeordnet werden. Die Kosten für Maßnahmen zum Arbeitnehmer-/Arbeitnehmerinnenschutz hat der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin zu tragen (vgl § 3 Abs 1 ASchG).

Gemäß § 4 ASchG hat der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin alle Gefahren für Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen zu ermitteln, zu beurteilen und Maßnahmen festzulegen („Evaluierung“). Das Ziel der Evaluierung besteht darin, alle Gefahren zu erkennen und zu beseitigen und dadurch laufend die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Die oben genannten Grundsätze hat der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin auch beim Einsatz der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen zu beachten: Bei der Beschäftigung von behinderten Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen ist auf deren körperlichen und geistigen Zustand jede mögliche Rücksicht zu nehmen (§ 6 Abs 5 ASchG). Ist dem/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin aber bekannt, dass ein/e Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin auf Grund der Epilepsie bei bestimmten Arbeiten einer besonderen Gefahr ausgesetzt ist oder andere Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen gefährden könnte, so darf er den/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin mit diesen Arbeiten nicht beschäftigen (§ 6 Abs 3 ASchG).

Erleidet ein/e Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, so erhält er/sie Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Erste Hilfe, Unfallheilbehandlung, Rehabilitation, Geldleistungen etc).

Bei Unfällen auf Grund eines epileptischen Anfalles hängt es von den näheren Umständen ab, ob ein Unfall als Arbeitsunfall anerkannt wird. Ein wichtiges Kriterium ist dabei die Frage, ob die erlittenen Verletzungen Folge des epileptischen Anfalles oder des betrieblichen Risikos sind (vgl OGH 27.6.2006, 10 Ob S 45/06z). Wird ein Unfall nicht als Arbeitsunfall anerkannt, erhält der/die Verunfallte in der Regel Leistungen aus der Krankenversicherung – diese Leistungen sind möglicherweise nicht so umfangreich wie bei einem anerkannten Arbeitsunfall.

Haftung des Arbeitgebers/ der Arbeitgeberin

Grundsätzlich ist der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin verantwortlich für die Einhaltung der Arbeitnehmer-/Arbeitnehmerinnenschutzvorschriften. Aus diesem Grund richten sich die Verwaltungsstrafen im ASchG auch primär an den/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin. Bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen kann der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin aber auch nach zivilrechtlichen und strafrechtlichen Bestimmungen haften.

Haftung des Arbeitnehmers/ der Arbeitnehmerin

Das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (DHG) sieht Haftungsbeschränkungen des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin vor: Verursacht ein/e Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin bei Erbringung der Dienstleistung einen Schaden für den/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin oder einen Dritten, so haftet er/sie bei einer „entschuldbaren Fehlleistung“ nicht. Darüber hinaus sieht das DHG ein richterliches Mäßigungsrecht hinsichtlich der Schadenersatzpflicht vor. Hintergrund dieser Haftungsbeschränkungen ist die Überlegung, dass in der heutigen Arbeitswelt bereits kleine Fehler große Schäden verursachen können und dass es unbillig wäre, (zumeist) wirtschaftlich schwachen Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen den vollen Ersatz aufzubürden.

Eine Haftung des/der Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin für einen Schaden, der als Folge eines epileptischen Anfalls verursacht wird, kann aber auch nicht völlig ausgeschlossen werden. Dies ist insbesondere dann denkbar, wenn ein/e Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin durch Verschweigen seiner/ihrer Krankheit einen Arbeitsplatz erhält, an dem er/sie sich oder das Leben anderer im Falle eines Anfalls gefährdet (z.B. Busfahrer/Busfahrerin, Staplerfahrer/Staplerfahrerin, Kranführer/Kranführerin etc.). In diesem Fall ist eine Haftung nach zivilrechtlichen und strafrechtlichen Bestimmungen denkbar.

Im Allgemeinen besteht kein Anlass für eine restriktive Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie. Grundlage ist eine genaue Evaluierung der Gefahrenbereiche sowie sachgerechte Prüfung der Einsatzmöglichkeiten dieser Personen.

1.6 Bewerbung um einen Arbeitsplatz

Fragen zur Gesundheit des/der Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin stellen jedenfalls einen Eingriff in dessen/deren Privatsphäre dar. Im Rahmen einer Bewerbung möchte der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin möglichst umfangreiche Informationen erhalten. Andererseits möchte der/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin einen Arbeitsplatz erhalten – möglicherweise auch durch Verschweigen gesundheitlicher Probleme.

Ob der/die Arbeitgeber/in Fragen zur Epilepsie stellen darf, hängt davon ab, ob die Epilepsie für die konkrete Tätigkeit ein erhebliches Problem darstellt oder nicht (vgl. §§ 7b Abs 1 Z 1 iVm 7c Abs 2 Behinderteneinstellungsgesetz):

- Ist die Erkrankung für die Ausübung der jeweiligen Tätigkeit nicht von Bedeutung, so ist eine Frage des/der Arbeitgebers/Arbeitgeberin nicht gerechtfertigt. Wird der/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin dennoch gefragt, so ist er/sie in diesem Fall nicht verpflichtet, die Wahrheit zu sagen.
- Kann der/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin die jeweilige Tätigkeit aufgrund seiner/ihrer Erkrankung nicht ausüben oder gefährdet er/sie aufgrund der Erkrankung das eigene Leben oder das Leben anderer, wird man dem/der Arbeitgeber/Arbeitgeberin ein Fragerecht zugestehen müssen; der/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin muss auch wahrheitsgemäß antworten.
- Möglicherweise erkennt der/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin selbst im Bewerbungsgespräch oder bei Aufnahme der Tätigkeit, dass er/sie durch seine/ihre Epilepsie seine/ihre Sicherheit oder die Sicherheit anderer gefährdet. In diesem Fall muss er/sie selbst auf seine/ihre Erkrankung hinweisen.

Beispiel I:

Möchte eine Buchhalterin mit einer aktiven Form der Epilepsie mit Bewusstseinsstörung und Sturzgefahr in einem Großraumbüro arbeiten, wird von der Epilepsie keine besondere Gefahr ausgehen. In diesem Fall hat der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin kein Fragerecht, auch eine medizinische Einstellungsuntersuchung ist nicht gerechtfertigt. Selbstverständlich kann die Buchhalterin den/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin freiwillig über die Epilepsie informieren – schließlich sind Auswirkungen eines epileptischen Anfalls in einem Großraumbüro für Kollegen/Kolleginnen wahrnehmbar. Nur bei entsprechender Information kann adäquate Hilfe organisiert und können Ängste der Kollegen/Kolleginnen abgebaut werden.

1. Hinweise für die Beurteilung

Beispiel II:

Möchte ein Maurer mit einer aktiven Form der Epilepsie mit Bewusstseinsstörung und Sturzgefahr im Hochbau bei Absturzgefahr, z.B. als Fassader, arbeiten, liegt jedenfalls eine Gefahr für sein eigenes Leben und das Leben anderer vor. In diesem Fall darf der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin nach Erkrankungen fragen; auch eine medizinische Einstellungsuntersuchung kann zulässig sein. Der Maurer wird sogar verpflichtet sein, von sich aus auf die Epilepsie hinzuweisen.

Ein/e Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin, der/die einen Arbeitsvertrag für eine Beschäftigung z. B. mit erheblicher Absturzgefahr erhalten hat, weil er/sie auf seine/ihre Epilepsie nicht hingewiesen hat, muss mit der Auflösung seines Arbeitsverhältnisses rechnen, wenn er/sie für die vereinbarte Tätigkeit schlechthin unverwendbar ist: In diesem Fall kann er/sie mit sofortiger Wirkung entlassen werden (vgl § 82 lit b Gewerbeordnung von 1859, § 27 Z 2 Angestelltengesetz).

Weitere Beschränkungen für den Arbeitgeber/die Arbeitgeberin

Daten über die Gesundheit der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen sind „sensible Daten“ gemäß § 4 Z 2 Datenschutzgesetz und unterliegen strengen Beschränkungen durch das Datenschutzgesetz.

Werden im Bewerbungsverfahren Personalfragebögen verwendet, in denen Fragen zur Gesundheit gestellt werden, bedarf es dazu jedenfalls der Zustimmung des Betriebsrates (§ 96 Abs 1 Z 2 Arbeitsverfassungsgesetz).

Zusammenfassung

Grundsätzlich besteht kein Anlass für eine restriktive Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie. Grundlage ist eine genaue Evaluierung der Gefahrenbereiche sowie eine sachgerechte Prüfung der Einsatzmöglichkeiten der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen.

Bei einem Bewerbungsgespräch ist ein Fragerecht des/der Arbeitgebers/Arbeitgeberin nur bei besonderen Umständen (Gefahr für Sicherheit und Gesundheit, Unmöglichkeit der Tätigkeit) gerechtfertigt. Liegen diese besonderen Umstände nicht vor, muss der/die Bewerber/Be-

werberin nicht auf seine/ihre Epilepsie hinweisen bzw. darf er eine diesbezügliche Frage im Bewerbungsgespräch wahrheitswidrig verneinen. Der/die Bewerber/Bewerberin muss jedoch auf die Epilepsie hinweisen, wenn es um eine Tätigkeit geht, bei der er/sie im Falle eines Anfalles seine/ihre eigene Sicherheit oder die Sicherheit anderer gefährden könnte. In diesem Fall wird auch ein Fragerecht des/der Arbeitgebers/Arbeitgeberin anerkannt (vgl auch Mayer, Zulässigkeit der Frage nach einer Behinderung im Lichte des Diskriminierungsschutzes, ecolex 2010, 888 ff).

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

2.1 Allgemeines

Es wurden sowohl einzelne Tätigkeiten als auch ausgewählte Berufe beurteilt. Bei den Tätigkeiten mit Absturzgefahr bzw. Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten wurden die Auswahlkriterien für die arbeitsmedizinische Vorsorge der zugehörigen Grundsätze beachtet.

Bei der Beurteilung von Tätigkeiten wird jeweils unterschieden zwischen

- (+) grundsätzlich keine Bedenken**
- (-) nicht möglich**

Bei der Beurteilung von Berufen wurde berücksichtigt, dass Berufe immer eine Vielzahl von Tätigkeiten umfassen und dass diese in der Berufspraxis unterschiedlich verteilt sein können, sodass es im gleichen Beruf mehr oder weniger risikoreiche Arbeitsplätze geben kann. Für die Beurteilung folgt daraus die Abstufung:

- (○) grundsätzlich keine Bedenken**
- (△) möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze**
- (□) möglich in besonderen Fällen**

Die Hinweistafeln bei der **Beurteilung von Tätigkeiten** und Berufen berücksichtigen nur die Einschränkungen, die sich bei Personen mit Epilepsie durch ihre Anfälle ergeben.

Darüber hinausgehende Funktionsstörungen, z.B. Lähmungen, psychische Beeinträchtigungen, vermindertes Arbeitstempo, eingeschränkte Umstellfähigkeit, bedürfen gesonderter Beurteilung.

2.2 Beurteilung ausgewählter Tätigkeiten

2.2.1 Bildschirmarbeit

An büroüblichen Bildschirmarbeitsplätzen werden Bildschirme zur Darstellung alphanumerischer Zeichen oder zur Grafikdarstellung ungeachtet des Darstellungsverfahrens eingesetzt. Die Arbeitsplätze können ausgestattet sein mit Einrichtungen zur Erfassung von Daten, Soft-

ware, die den Beschäftigten bei der Ausführung ihrer Arbeitsaufgaben zur Verfügung steht, Zusatzgeräten und sonstigen Arbeitsmitteln.

Personen mit Epilepsie sind an solchen Arbeitsplätzen einsetzbar, da im Allgemeinen keine Selbst- oder Fremdgefährdung durch Anfälle besteht. Eine Eingliederung ist grundsätzlich ohne besondere Einschränkungen möglich.

Demgegenüber wird häufig die Befürchtung geäußert, dass an Bildschirmarbeitsplätzen ein erhöhtes Risiko für die Auslösung von Anfällen bei Personen mit Epilepsie auf Grund einer bestehenden Fotosensibilität vorliegt, d.h. das Auftreten epilepsietypischer Veränderungen bei intermittierenden Lichtreizen, und dass hierdurch epileptische Anfälle ausgelöst werden können. Hier ist festzuhalten, dass lediglich bei 5% aller Personen mit Epilepsie eine Fotosensibilität besteht. In der Regel lässt sich eine solche Fotosensibilität durch entsprechende Epilepsiemedikamente so gut behandeln, dass eine Flackerlicht-Auslösung wirksam verhindert wird. Durch eine Untersuchung mit dem EEG (Elektroenzephalogramm), währenddessen Flackerlichtreize erzeugt werden, lässt sich verlässlich feststellen, ob eine Fotosensibilität besteht. Wenn diese Untersuchung feststellt, dass keine Fotosensibilität nachweisbar oder diese durch medikamentöse Behandlung verschwunden ist, erübrigen sich weitere Vorsorgemaßnahmen.

Denkbar ist eine Anfallsauslösung bei Personen mit Epilepsie durch bewegte Bilder. Eine Abschätzung des Risikos ist derzeit noch nicht abschließend möglich, unter den üblichen Arbeitsbedingungen dürfte es aber sehr gering und damit in der Praxis vernachlässigbar klein sein.

Bildschirme (Monitore) an Bildschirmarbeitsplätzen

Bei Monitoren unterscheidet man zwischen den alten Röhrenbildschirmen (CRT) und neuen Flachbildschirmen (LCD/TFT). Entsprechend der Bildschirmarbeitsverordnung müssen Bildschirme, wie sie typischerweise an „Büro“-Arbeitsplätzen eingesetzt werden, „flimmerfrei“ sein, was bei CRT-Monitoren mit einer Bildwechselfrequenz oberhalb von 75 Hertz und bei Flachbild-

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

schirmen in der Regel erreicht wird. An solchen Arbeitsplätzen sind Tätigkeiten auch bei aktuell bestehender Fotosensibilität nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ungefährlich, weil fotosensible Reaktionen in der Regel nur in sehr niedrigen Frequenzbereichen, am häufigsten zwischen 15 und 20 Hertz, auftreten. Bei einer Frequenz von 65 Hertz und mehr sind nach Literaturangaben nur noch bei 4% der fotosensiblen Personen mit Epilepsie EEG-Veränderungen zu beobachten. Über 75 Hertz werden auch bei Personen mit Epilepsie keine fotosensiblen Reaktionen mehr beobachtet.

(Überwachungs-)Monitore und Fernsehgeräte bei der beruflichen Tätigkeit

Monitore oder Fernsehgeräte werden z.B. bei Überwachungstätigkeiten (siehe auch Abschnitt 2.2.3. „Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten“) eingesetzt. Bei Personen mit fotosensibler Epilepsie, deren Fotosensibilität trotz Behandlung bzw. trotz Tragens einer abdunkelnden Brille weiter besteht, kann es zu einer Anfallsauslösung kommen, da die verwendeten Monitore überwiegend in 50-Hertz-Technik im Non-Interlaced-Verfahren arbeiten und damit in der Sekunde etwa 25 Bilder aufbauen. Wie oben erwähnt weisen lediglich 5% aller Personen mit Epilepsie eine Fotosensibilität auf, von denen etwa 90% durch gezielte pharmakologische Behandlung oder Versorgung mit Hilfsmitteln, z.B. einer depolarisierenden Sehhilfe, die fotosensible Reaktion verlieren. Bei Personen mit Epilepsie, die an Monitoren und Fernsehgeräten beruflich tätig sind, sollte bei Hinweisen auf eine fortbestehende Fotosensibilität eine Untersuchung durch die/den zuständigen Fachärztin/Facharzt incl. EEG-Untersuchung durchgeführt werden. Bei Bestätigung einer Fotosensibilität sollte die Person hinsichtlich einer Auslösung von Anfällen durch Muster oder schnelllaufende Bilder in enger Kooperation mit dem/der Arbeitsmediziner/Arbeitsmedizinerin beraten werden.

Brillen

Nur für die wenigen Betroffenen, bei denen sich die Flackerlicht-Empfindlichkeit nicht ausreichend behandeln lässt und ein Risiko für eine entsprechende Anfallsprovokation weiterhin besteht, ist es sinnvoll zu prüfen, ob mit einer dunklen Brille Anfälle, die durch Flackerlicht ausgelöst werden, vorgebeugt werden können. Dabei ist nicht vorherzusagen, welche Art von

Brillengläsern ausreichend und geeignet sind. Zum Teil ist dafür eine handelsübliche Sonnenbrille ausreichend (in der Regel braune oder grüne Gläser mit einer 75%-igen Abdunkelung), z.T. sind dazu polarisierende Gläser, also solche, die das Licht nur in einer Ebene passieren lassen und dadurch die Diffusion (insbesondere des reflektierenden Lichtes) reduzieren, erforderlich. Manchmal ist eine Kombination aus polarisierenden Gläsern mit einer erhöhten Abdunkelung (90%) erforderlich. Welche Brille ausreichenden Schutz bietet, lässt sich mittels Flackerlicht-Testung im EEG ermitteln. Hierzu sollte ein erfahrenes EEG-Labor aufgesucht werden. Sollte sich bei der Untersuchung herausstellen, dass eine handelsübliche Sonnenbrille nicht ausreichend ist, sollte eine Brille mit den Gläsern, die in der Lage sind, die Flackerlicht-induzierten EEG-Veränderungen zu unterdrücken, verordnet werden. Dabei ist zu beachten, dass ein Schutz vor seitlichem Streulicht wichtig ist, entweder in der Form einer seitlichen Blende (wie bei einer „Gletscherbrille“) oder mit einer abgerundeten, der Gesichtsform angepassten Brillenfassung. Sollte eine flackerlicht-empfindliche Person mit Epilepsie plötzlich und unvorbereitet mit intermittierenden Lichtreizen konfrontiert sein, so kann ein rasches Abdecken eines Auges mit der Handfläche das Auftreten von Anfällen ähnlich gut wie eine abdunkelnde Brille verhindern. Einen besonderen Schutz bieten auch die kommerziell verfügbaren Z1-Gläser.

2.2.2 Tätigkeiten mit Absturzgefahr

Der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin ist verpflichtet, nach dem ASchG (§ 20) Arbeitsstätten und Baustellen entsprechend den Vorschriften dieses Bundesgesetzes sowie den dazu erlassenen Verordnungen und entsprechend den für sie geltenden behördlichen Vorschriften einzurichten und zu betreiben.

In Verbindung mit der Verpflichtung zur Ermittlung und Beurteilung der Gefahren und Festlegung von Maßnahmen nach § 4 ASchG in Verbindung mit § 6 ASchG und § 7 ASchG ist für die Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen Sorge zu tragen. Unter Beiziehung der Präventivfachkräfte (Arbeitsmediziner/Arbeitsmedizinerinnen und Sicherheitsfachkräfte) ist im Einzelfall eine entsprechende Evaluierung durchzuführen und es sind die für die Person notwendigen Maßnahmen festzulegen und bei Bedarf wiederkehrend anzupassen.

Im **ArbeitnehmerInnenschutzgesetz** ist im § 6 Abs 5 verankert, dass bei Tätigkeiten beispielsweise mit Absturzgefahr der/die Arbeitgeber/Arbeitgeberin bei der Beschäftigung von behinderten Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen auf deren körperlichen und geistigen Zustand jede mögliche Rücksicht zu nehmen hat. Dazu müssen die Arbeitsplätze, die Arbeitsvorgänge und die Arbeitsmittel erhoben und beurteilt werden.

Für die Beurteilung der Arbeitsplätze und Arbeitsvorgänge ist die Arbeitsstättenverordnung heranzuziehen. Im § 11 AStV werden Gefahrenbereiche beschrieben, wie erhöhte Bereiche, Standplätze, Verkehrswege, nicht verschlossene Maueröffnungen, von denen Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen abstürzen könnten. Der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin muss Maßnahmen festlegen, damit keine Gefährdung der Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen / Personen mit Epilepsie entstehen kann.

Weiteres wird in der **Bauarbeiterschutzverordnung** im § 7 und § 8 auf die Absturzgefahr bzw. die Absturzsicherungen Bezug genommen. Hier sind durch entsprechende Absturzsicherungen wie tragsichere und unverschiebbare Abdeckungen von Öffnungen und Vertiefungen oder Umwehrungen (Geländer) an den Absturzkanten die aus Brust-, Mittel- und Fußwehren bestehen müssen, vorgeschrieben.

Die festgelegten Maßnahmen sind nach der **Verordnung über die Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente** zu dokumentieren und es muss gewährleistet sein, dass alle Berechtigten Zugang dazu haben.

Zur besseren praktischen Handhabbarkeit sind nachfolgend Regelungen in Bezug auf Absturzgefahr und Epilepsie aus Deutschland beschrieben.

Das Regelwerk der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) macht unter anderem in den Unfallverhütungsvorschriften „Grundsätze der Prävention“ (BGV A1) in Verbindung mit der Unfallverhütungsvorschrift „Bauarbeiten“ (BGV C22) Vorgaben zum Schutz gegen Absturz und gibt Hinweise zur Absturzsicherung. Danach sind in der Regel Absturzsicherungen bei Absturzhöhen von mehr als 1 m erforderlich.

- Wegen der Vielfalt der Arbeitsplätze vor allem im Handwerk werden dort auch Ausnahmeregelungen beschrieben. Arbeiten ganz ohne Absturzsicherung sind praktisch nicht zulässig.
- In dem Berufsgenossenschaftlichen Grundsatz für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen G 41 „Arbeiten mit Absturzgefahr“ (in Österreich nicht verbindlich) sowie in den zugehörigen „Auswahlkriterien für die spezielle arbeitsmedizinische Vorsorge nach den Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen; Arbeiten mit Absturzgefahr“ (BGI 504-41) werden die gesundheitlichen Voraussetzungen für Tätigkeiten unter erhöhter Absturzgefahr, d.h. bei Absturzhöhe von mehr als 3 m ohne Absturzsicherung, beschrieben. Die Einteilung in der Hinweistafel 1 mit Absturzhöhen von 1 m, über 1 m und über 3 m folgt dem berufsgenossenschaftlichen Regelwerk.
- Bei Tätigkeiten bis zu einer Absturzhöhe von 1 m bestehen grundsätzlich keine Bedenken, da diese Gefährdung in der Regel jenen des täglichen Lebens vergleichbar ist. Sehr schwere Epilepsien mit bis zu täglich auftretenden Anfällen der Gefährdungskategorien C und D bedürfen einer gesonderten Beurteilung. In der Praxis dürfte dies nur sehr selten vorkommen.

Abstürze bei Tätigkeiten über 3 m ohne Absturzsicherung (technische Maßnahme oder persönliche Schutzausrüstungen) entsprechend dem vorstehend genannten BG-Grundsatz G 41 bzw. den Auswahlkriterien BGI 504-41 gehen mit einem sehr hohen Verletzungsrisiko einher. Diese Tätigkeiten dürfen nur von Personen ausgeführt werden, die langfristig anfallsfrei sind.

Bei der Beurteilung von beruflichen Möglichkeiten ist darauf zu achten, inwieweit Tätigkeiten mit Absturzgefahr berufsbestimmend sind oder nur gelegentlich vorkommen. Bei gelegentlichem Vorkommen kann Eignung bestehen, wenn die gefährdenden Tätigkeiten nicht ausgeführt werden müssen, z.B. weil ein Kollege sie übernimmt (siehe Hinweistafel 2).

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

Arbeiten mit Absturzgefahr	Gefährdungskategorie	Arbeiten über 3 m oder Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr (nach G 41/BGI504-41)	Arbeiten bis 3 m über festem Boden ohne Absturzsicherung (nach BGV A1, BGV C22)	Arbeiten bis 1 m über festem Boden ohne Absturzsicherung (z.B. Bockgerüst)
Langfristige Anfallsfreiheit: Anfallsfrei > 5 Jahre mit und ohne antiepileptische Therapie		(+)	(+)	(+)
Mittelfristige Anfallsfreiheit: - Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie - Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie - Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre - Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall - Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovokierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund - Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovokierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT - Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		(-)	(+)	(+)
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	(-)	(+)	(+)
	B	(-)	(+)	(+)
	C	(-)	(-)	(+)
	D	(-)	(-)	(+)
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	(-)	(+)	(+)
	B	(-)	(-)	(+)
	C	(-)	(-)	(+)
	D	(-)	(-)	(+)
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	(-)	(-)	(+)
	B	(-)	(-)	(+)
	C	(-)	(-)	(+)
	D	(-)	(-)	(+)

(+) = grundsätzlich keine Bedenken

(-) = nicht möglich

Hinweistafel 1: Tätigkeiten mit Absturzgefahr

	Arbeiten über 3 m oder Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr (nach G 41/BGI504-41)		Arbeiten bis 3 m über festem Boden ohne Absturzsicherung (nach BGV A1, BGV C22)		Arbeiten bis 1 m über festem Boden ohne Absturzsicherung (z.B. Bockgerüste)	
	berufsbestimmend	gelegentlich vorkommend	berufsbestimmend	gelegentlich vorkommend	berufsbestimmend	gelegentlich vorkommend
Gerüstbauer/ Gerüstbauerin, Antennenbauer/ Antennenbauerin, Freileitungsmonteure/ Freileitungsmonteurin, Dachdecker/ Dachdeckerin, Zimmerei, Rauchfangkehrer/ Rauchfangkehrerin	X					
Elektrotechniker/ Elektrotechnikerin, Schalungsbauer/ Schalungsbauerin, Metalltechniker/ Metalltechnikerin, Elektroniker/Elektronikerin (z.B. Kommunikationselektronik), Maurer/Maurerin		X	X			
Gärtnerfacharbeiter/ Gärtnerfacharbeiterin, Dekorateur/Dekorateurin, Denkmal-, Fassaden und Gebäudereiniger/ Gebäudereinigerin, Tiefbauarbeiter/ Tiefbauarbeiterin			X		X	

Hinweistafel 2: Beispiele für Tätigkeiten mit erhöhter Absturzgefahr in unterschiedlichen Berufen

2.2.3 Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeit

Das Gefährdungspotenzial der verschiedenen Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten ist ausgesprochen unterschiedlich – auch innerhalb der Untergruppen der einzelnen Tätigkeiten.

So existieren beispielsweise für den Arbeitsbereich Flurförderzeuge Tätigkeiten, die als relativ ungefährlich eingestuft werden können, wenn Gefährdungen weder durch das Transportgut noch durch die örtlichen Gegebenheiten vorliegen, z.B. beim Befördern von Torfsäcken oder Ähnlichem mit einem einzelnen Gabelstapler in einer Gärtnerei. Demgegenüber können von Staplerfahrern/Staplerfahrerinnen auch mit einem hohen Gefährdungspotenzial verbundene Tätigkeiten verlangt werden, beispielsweise Be- und Entladen von Hochregallagern, Laden und Entladen von Gefahrstoffen, insbesondere wenn das Umfeld durch Unübersichtlichkeit oder hohes Verkehrsaufkommen zusätzliche Gefahren birgt. Hier können die gesundheitlichen Anforderungen sogar höher zu bewerten sein als die für das Lenken eines solchen Gerätes im öffentlichen Straßenverkehr (siehe hierzu Hinweistafel 4 „Fahrerlaubnisklassen und Notwendigkeit gesonderter Beurteilung der Tätigkeit bei Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten“).

Daher ist zur Abschätzung der Einsetzbarkeit eines/r epilepsiekranken Mitarbeiters/Mitarbeiterin die Berücksichtigung der speziellen Arbeitsplatzsituation, die gegebenenfalls vor Ort beurteilt werden muss, unerlässlich.

Vergleichbar mit der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung bzw. den Leitlinien für die gesundheitliche Eignung von Kraftfahrzeuglenkern muss bei der Beurteilung der gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz das Risiko eines Anfalls minimal sein, wenn die möglicherweise aus einem Anfall resultierenden Schäden hoch sind, insbesondere wenn eine erhebliche Fremdgefährdung zu befürchten ist. Dabei kann die Differenzierung der gesundheitlichen Voraussetzungen für LKW- und PKW-Fahrer/Fahrerinnen, wie in den Begutachtungsleitlinien für die Kraftfahrereignung, als Maßstab genommen werden.

Ein weiterer Anhaltspunkt bei der Beurteilung des hinzunehmenden Risikos sollte die Regel sein, dass die Eigengefährdung nicht diejenige bei Teilhabe am üblichen sozialen Leben überschreitet.

Die Hinweistafeln 3 und 5 tragen der hohen Variabilität bzw. den individuell zu beurteilenden Umständen Rechnung.

Es ist nicht möglich, alle Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten in solchen Tabellen zu erfassen, insbesondere auch deshalb, weil sich in dieser Domäne ein sehr rascher technischer Wandel vollzieht. Um die Eignung des Geräteführers/der Geräteführerin für Arbeitsgeräte und Verfahren beurteilen zu können, die nicht aufgeführt sind, z.B. Manipulatoren und Geräte zum zerstörungsfreien Prüfen, ist eine exakte individuelle tätigkeitsbezogene Gefährdungsbeurteilung unerlässlich.

Die in der Tabelle genannten Tätigkeiten können dabei in Analogie als Anhaltspunkte dienen.

Fahr- Steuer- und Überwachungstätigkeiten	Gefährdungskategorie	Flurbeförderfahrzeuge (Staplerfahrer) Regalbediengeräte		Mitgänger-Flurbeförderfahrzeuge (z.B. Handameise) mit/ohne Hubeinrichtung***	Hubarbeitsbühnen Arbeit in der Hubarbeitsbühne****
		Risikoarme Umgebung*	Risikoreiche Umgebung**		
Langfristige Anfallsfreiheit: Anfallsfrei > 5 Jahre mit und ohne antiepileptische Therapie		(+)	(+)	(+)	(+)
	A	(+)	(+)		(+)
	B	(+)	(-)		(+)
	C	(+)	(-)		(+)
Mittelfristige Anfallsfreiheit: - Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie - Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie - Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre - Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall - Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovokierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund - Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovokierten Anfall mit epileptischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT - Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“	D	(+)	(-)	(+)	(-)
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	(-)	(-)	(+)	(+)
	B	(-)	(-)	(-)	(+)
	C	(-)	(-)	(+)	(+)
	D	(-)	(-)	(-)	(-)
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	(-)	(-)	(+)	(+)
	B	(-)	(-)	(-)	(+)
	C	(-)	(-)	(+)	(+)
	D	(-)	(-)	(-)	(-)
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	(-)	(-)	(+)	(+)
	B	(-)	(-)	(-)	(+)
	C	(-)	(-)	(-)	(+)
	D	(-)	(-)	(-)	(-)

* Als risikoarm gilt der Einsatz beim Transport ungefährlicher Materialien, wie Lebensmittel, Textilien, Erdaushub, und in Bereichen, in denen übersichtliche Betriebsverhältnisse bestehen.
** Als risikoreich gilt z.B. der Transport von Gefahrstoffen mit explosiven, stark ätzenden oder toxischen Eigenschaften, das Arbeiten in Lagern solcher Stoffe, im Hochregallager und bei unübersichtlichen Betriebsverhältnissen.
*** Vorausgesetzt Sicherheit, die beim Loslassen des Bedienungsschalters/der Deichsel das Gerät zum Stillstand bringt
**** Ausgeschlossen, wenn Absenkung vom Boden aus nicht möglich/oder das Absenken >10 min dauert
***** Gegebenenfalls Einzelfallentscheidung entsprechend dem Gefährdungspotenzial durch die Anfälle für die konkrete Tätigkeit

Hinweistafel 3a: Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten I: Fahrzeuge, Hubarbeitsbühnen

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

Steuer- und Überwachungstätigkeiten	Gefährdungskategorie	Erdbaumaschinen*		Hebezeuge, z.B. Hebebühnen, Grubenheber, Krane**	
		als Mitgänger bedient	mit Fahrersitz	Risikoarme Umgebung	Risikoreiche Umgebung, hohe Fremdgefährdung
Langfristige Anfallsfreiheit: Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		(+)	(+)	(+)	(+)
	A	(+)	(-)	(+)	(+)
	B	(+)	(-)	(+)	(+)
	C	(+)	(-)	(-)	(-)
Mittelfristige Anfallsfreiheit: - Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie - Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie - Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre - Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall - Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovokierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund - Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovokierten Anfall mit epileptischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT - Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“	D	(+)	(-)	(+)	(-)
Anfallsfrequenz < 2/Jahr	A		(-)		(+)**
	B		(-)		(-)
	C		(-)		(-)
	D		(-)		(-)
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A		(-)		(-)
	B	***	(-)	***	(+)**
	C		(-)		(-)
	D		(-)		(-)
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A		(-)		(+)**
	B		(-)		(-)
	C		(-)		(-)
	D		(-)		(-)

* Sofern Fahrerlaubnis gelten Begutachtungsleitlinien/Leitlinien für die gesundheitliche Eignung von Kraftfahrzeuglenkern (siehe Hinweisstafel 4)

** Absturzrisiko ist gesondert zu beurteilen.

*** Gegebenenfalls Einzelentscheidung entsprechend dem Gefährdungspotenzial durch die Maschine bei der konkreten Tätigkeit

Hinweisstafel 3b: Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten II: Erdbaumaschinen, Hebezeuge, Hebebühnen, Grubenheber, Krane

Fahrzeugtyp Begutachtungsleitlinien	Fahrerlaubnis- klasse	Zuordnung Fahr- erlaubnisklasse zu den Gruppen 1 und 2
Leichtmotorräder Motorleistung max. 25 kW, Verhältnis Leistung/ Leergewicht max. 0,16 kW/kg	A Vorstufe	Gruppe 1
Motorräder Kraftfahrzeuge mit drei oder vier Rädern (max. 400 kg)	A	
* <i>Moped, ab dem 15. Lebensjahr</i>	AM	
* <i>Motorrad bis 125 cm³, ab dem 16. Lebensjahr</i>	A1	
* <i>Motorrad bis max. 35 kW, ab dem 18. Lebensjahr</i>	A2	
* <i>Ab dem 24. Lebensjahr keine Leistungsbeschränkung</i>	A	
Kraftfahrzeuge bis 3,5 t (einschließlich Anhänger)	B	
Zugfahrzeug u. Anhänger nicht zur Klasse B gehörig	BE	Gruppe 2
Kfz über 3,5 t mit Anhänger bis 750 kg	C	
Kfz zwischen 3,5 und 7,5 t mit Anhänger bis 750 kg	C1	
Kraftfahrzeuge über 3,5 t mit Anhänger über 750 kg	CE	
Kfz der Klasse C1 mit Anhänger über 750 kg, sofern die zulässige Gesamtmasse des Anhängers die Leermasse des Zugfahrzeugs und die zulässige Gesamtmasse der Kombination 12.000 kg nicht überschreitet.	C1E	
Kraftomnibusse mit mehr als 8 Plätzen	D	
Kraftfahrzeuge der Klasse D mit Anhänger über 750 kg	DE	
Kfz der Klasse D1 mit Anhänger über 750 kg	D1E	
Kraftomnibusse mit mehr als 8 Plätzen	D	
* <i>Bus für max. 16 Personen</i>	D1	
* <i>Kleiner Bus mit schwerem Anhänger</i>	D1E	
Zugmaschinen und landwirtschaftliche selbstfahrende Arbeitsmaschinen	F	

* Gültig ab 19.1.2013

Hinweistafel 4: Fahrerlaubnisklassen und Notwendigkeit gesonderter Beurteilung der Tätigkeit bei Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten	Gefährdungskategorie	Prozessleitsysteme* Leitstände, Messwarten, Überwachungszentralen, Stellwerke	
Langfristige Anfallsfreiheit: Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		(+)	
Mittelfristige Anfallsfreiheit*: - Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie - Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie - Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre - Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall - Anfallsfrei > 6 Monate anfallsfrei nach einem unprovokierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund - Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovokierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT - Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“	A	(+)	wenn Anfälle nur wenige Sekunden
		(-)	wenn Anfälle länger und keine Person, die eingreifen kann, anwesend
	B	(+)	wenn Bewusstseinsstörung nur wenige Sekunden und verzögerte Reaktion keine Gefahr
		(-)	wenn Bewusstseinsstörung länger
	C	(+)	wenn Person, die eingreifen kann, anwesend und verzögerte Reaktion keine Gefahr
		(-)	wenn keine Person, die eingreifen kann, anwesend und rasche Reaktion erforderlich
	D	(-)	
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr*	A	(+)	wenn Anfälle nur wenige Sekunden
		(-)	wenn Anfälle länger und keine Person, die eingreifen kann, anwesend
	B	(+)	wenn Bewusstseinsstörung nur wenige Sekunden und verzögerte Reaktion keine Gefahr
		(-)	wenn Bewusstseinsstörung länger
	C	(+)	wenn Person, die eingreifen kann, anwesend und verzögerte Reaktion keine Gefahr
		(-)	wenn keine Person, die eingreifen kann, anwesend und rasche Reaktion erforderlich
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	(-)	
	B	(-)	
	C	(-)	
	D	(-)	
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	(-)	
	B	(-)	
	C	(-)	
	D	(-)	

* Bei Tätigkeiten, die einer ununterbrochenen Aufmerksamkeit bedürfen und die mit einer sehr hohen Fremdgefährdung einhergehen, dauernde gesundheitliche Bedenken

Hinweistafel 5: Prozessleitsysteme

2.2.4 Alleinarbeitsplatz

Die Begriffe „Allein- oder Einzelarbeit“ sind als gleichwertig anzusehen. Eine Person gilt dann als „alleine arbeitend und nicht ausreichend gesichert“, wenn ihr nach einem Unfall (Tätigkeit mit erhöhter Unfallgefahr) oder nach einer plötzlichen Erkrankung (epileptischer Anfall) nicht möglichst rasch Erste Hilfe geleistet werden kann. Derartige Situationen sind stets mit eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten zu anderen Personen verbunden.

Der Arbeitsplatz ist im Sinne von § 2 ASchG der räumliche Bereich, in dem sich Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen bei der von ihnen ausübenden Tätigkeit aufhalten (d.h. der Arbeitsplatz ist nichts Stationäres, sondern „wandert“ mit den Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen mit).

Nach § 61 Abs 6 ASchG dürfen an Arbeitsplätzen mit erhöhter Unfallgefahr sowie an abgelegenen Arbeitsplätzen Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen nur dann alleine beschäftigt werden, wenn eine wirksame Überwachung sichergestellt ist. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.arbeitsinspektion.gv.at. (Allgemeine Anforderungen).

Im Falle von Personen mit Epilepsie, die an solchen Arbeitsplätzen eingesetzt werden sollen, ist wiederum auf § 6 ASchG zu verweisen.

Es ist sicherzustellen, dass eine wirksame Sicherung vorliegt.

Diese Sicherung kann erfolgen durch:

- Arbeiten in Sicht- und Rufweite anderer Personen, durch Intervallkontrollen (mittels Kontrollgängen, Monitor, diverse Telefon-, Funk- oder Verdrahtungssysteme mit Ruf- oder Meldefunktionen),
- willensabhängige Melde- oder Alarmsysteme (diese Systeme werden nicht personenbezogen getragen, sie befinden sich im Mobilitäts- bzw. Arbeitsbereich der alleinarbeitenden Person),
- willensabhängige Personen-Sicherungssysteme, automatische und willensunabhängige Personen-Sicherungssysteme und

- individuelle Sicherungssysteme.

Bei den Anforderungen an die alleinarbeitenden Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen sind die folgenden Aspekte von besonderer Bedeutung: Eindeutige Arbeitsanweisungen und bei Übertragung und Ausführung der Aufgaben die Berücksichtigung der körperlichen, psychischen und intellektuellen Fähigkeit der alleinarbeitenden Personen.

Weiters sind Richtlinien für die sichernden Personen vorzugeben, die über die Alarmpläne, Sicherungsabläufe, Anforderung von ärztlicher Hilfe oder Notrufe ausreichend informiert und unterwiesen sein müssen und eine für ihre Sicherungstätigkeiten ausreichende Ausbildung in Erster Hilfe haben müssen.

Für Personen mit Epilepsie bedeutet dies, dass auch hier, wie bereits bei anderen Erfordernissen ausführlich erklärt, jedenfalls die Art und Häufigkeit der Anfälle zu berücksichtigen sind. Weiters ist es von Bedeutung, ob der/die Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin über Auren oder sonstige Vorzeichen bei nahendem Anfall Bescheid weiß. Auch hier ist nach § 6 ASchG unter Beiziehung des/der Arbeitsmediziners/Arbeitsmedizinerin eine entsprechende individuelle Beurteilung durchzuführen, die notwendigen Maßnahmen sind dann vom Arbeitgeber/von der Arbeitgeberin festzulegen.

2.3 Beurteilung ausgewählter Berufe

Die individuellen verschiedenen Epilepsieformen machen eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und beruflichen Einsetzbarkeit von Anfallskranken sehr komplex.

An dieser Stelle wird noch einmal darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten immer eine Einzelfallbeurteilung darstellt. Die folgende Beurteilung von Tätigkeiten und ausgewählter Berufe kann demnach lediglich als Entscheidungshilfe für die Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten dienen, ersetzt die Einzelfallbeurteilung jedoch nicht.

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

2.3.1 Industrielle maschinenbautechnische und industrielle elektrotechnische Berufe

Industrielle maschinenbautechnische Berufe Hinweise: Zur Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten für Personen mit Epilepsie ○ grundsätzlich keine Bedenken △ möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze □ möglich in besonderen Fällen Risiken: insbesondere drehende, ungeschützte Teile (Backenfutter, Bohrspindeln) Fehlprogrammierungen		Bohrer/Bohrerin, Bohrwerksdreher/Bohrwerksdreherin, Metallbearbeiter/Metallbearbeiterin, Dreher/Dreherin, Revolverdreher/Revolverdreherin, Automateinrichter/Automateinrichterin, Fräser/Fräserin, Hobler/Hoblerin, Universalschleifer/Universalschleiferin Metalltechniker/Metalltechnikerin - Zerspantechnik Fachrichtung: Automaten-drehtechnik, Frästechnik, Drehtechnik, Schleiftechnik Facharbeiter/Facharbeiterin für Werkzeugmaschinen, Drehen, Fräsen, Schleifen, Hobeln, Bohren Facharbeiter/Facharbeiterin für Schleifwerkzeuge Automateinrichter	Maschinenfertigungstechnik (Mechaniker), Feinwerk-, Chirurgie-, Büro-, Elektromaschinen, Metalltechnik, Werkzeugbautechnik, Luftfahrzeugtechnik, Landmaschinentechnik, Maschinenbau-, Kunststofftechnik, Schmelzschweißtechnik, NC-Anwendungstechnik Industriemechanik Fachrichtung: Geräte- und Feinwerktechnik, Produktionstechnik, Maschinen- und Systemtechnik, Betriebstechnik Metalltechnik - Werkzeugmechanik Fachrichtung: Instrumententechnik, Stanz- und Umformtechnik Instandhaltungs-, Luftfahrzeug-, Landmaschinen-, Maschinenbau-, Maschinenfertigungs-, Elektromaschinen-, Metalltechnik (Schweiß-, Werkzeugbau-, Blechtechnik)	Qualitätskontrollor/Qualitätskontrollorin, Technischer Zeichner/Zeichnerin, Teilekonstruktion Maschinenbautechnik Fachrichtung: • Konstruktion • Qualitätswesen • Arbeitsvorbereitung und NC-Technik • Produktionsorganisation Dipl.-Ing. Maschinenbau Werkstoffprüfer/Werkstoffprüferin
Langfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		1 ○	2 ○	3 ○
Mittelfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie • Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie • Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre • Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall • Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovokierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund • Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovokierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT • Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○	○	○
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	○	○	○
	B	○	○	○
	C	△	△	△
	D	□	△	□
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	○	○	○
	B	△	△	○
	C	△	△	△
	D	□	□	□
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	○	○	○
	B	△	△	△
	C	□	□	△
	D	□	□	△

Hinweistafel 6: Industrielle maschinenbautechnische Berufe

Industrielle elektrotechnische Berufe Hinweise: Zur Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten für Personen mit Epilepsie ○ grundsätzlich keine Bedenken △ möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze □ möglich in besonderen Fällen Risiken insbesondere ökonomische Risiken durch Fehlprogrammierung Arbeiten mit gefährlichen Spannungen		Elektrotechnik Fachrichtung: Anlagen- und Betriebstechnik Elektromonteur-/Elektromonteurin, Anlagentechnikmonteurin Elektrotechnikfacharbeiter/ Elektrotechnikfacharbeiterin • Bau- und Funktionsgruppen • Industrielle Elektronik • Instandhaltung Elektronik – Module: Angewandte Elektronik Mikrotechnik Kommunikationselektronik Informations- und Kommunikationstechnik Netzwerktechnik	Prüffeldtechnik Facharbeiter/ Facharbeiterin für elektronische Bauelemente • Halbleiter-Mikroelektronik • Passive Bauelemente Elektromaschinenmonteur/Elektromaschinenmonteurin Industriellelektroniker/Industriellelektronikerin Fachrichtung: • Produktionstechnik • Gerätetechnik Elektromechaniker/Elektromechanikerin Elektromonteur/Elektromonteurin	Elektromeister/Elektromeisterin Dipl.-Ing. Elektrotechnik
Langfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		1 ○	2 ○	3 ○
Mittelfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie • Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie • Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre • Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall • Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovokierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund • Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovokierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT • Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○	○	○
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	○	○	○
	B	○	○	○
	C	△	△	△
	D	□	△	△
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	○	○	○
	B	△	△	○
	C	△	△	△
	D	□	□	△
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	○	○	○
	B	△	△	△
	C	□	□	△
	D	□	□	△

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

2.3.2 Berufe des Gesundheitswesens

Krankenpflege	Grundausbildung	Weiterbildung	
	Dipl. Gesundheits- krankenpfleger/ -schwester DGKS/ DGKP	DGKS/DGKP für In- tensivpflege, DGKS/ DGKP für Pflege im Operationsbereich Hebamme	DGKS/DGKP für tumorkranke Pati- enten/Patientinnen, DGKS/DGKP in der Psychiatrie
Fremdgefährdung möglich bei			
- Notfallsituationen, die ständige Verfügbarkeit erfordern - Alleinarbeit - Sicherung von Patienten/Patientinnen - Schichtarbeit, Nachtdiensten			DGKS/DGKP für Hauskran- kenpflege ²
Langfristige Anfallsfreiheit:			
Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie	O ¹	O ¹	O
Mittelfristige Anfallsfreiheit:			
- Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie - Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie - Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre - Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall - Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund - Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epilepto- gener Veränderung in der MRT - Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“	O ¹	O ¹	O ¹
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	☐	O ¹
	B	☐	O ¹
	C	☐	△
	D	☐	△
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	☐	O ¹
	B	☐	△
	C	☐	☐
	D	☐	☐
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	☐	△
	B	☐	☐
	C	☐	☐
	D	☐	☐

1 = △ wenn Bedenken gegen Nachtarbeit
2 = weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem
Führerschein ergeben

O = grundsätzlich keine Bedenken
△ = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze
☐ = möglich in besonderen Fällen
Hinweistafel 8: Gesundheitswesen - Krankenpflege

Krankenpflege		
Fremdgefährdung möglich bei • Notfallsituationen, die ständige Verfügbarkeit erfordern • Alleinarbeit • Sicherung von Patienten/Patientinnen • Schichtarbeit, Nachtdiensten		Kinderkranken- pfleger/-schwester
Langfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptische Therapie		○ ¹
Mittelfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie • Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie • Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre • Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall • Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund • Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT • Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○ ¹
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	△
	B	△
	C	□
	D	□
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	□
	B	□
	C	□
	D	□
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	□
	B	□
	C	□
	D	□

○ = grundsätzlich keine Bedenken

△ = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

□ = möglich in besonderen Fällen

1 = △ wenn Bedenken gegen Nachtarbeit

Hinweistafel 9: Gesundheitswesen — Kinderkrankenpflege

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

Altenpflege		Grundausbildung		Weiterbildung
Fremdgefährdung möglich bei • Notfallsituationen, die ständige Verfügbarkeit erfordern • Alleinarbeit • Sicherung von Patienten/Patientinnen • Schichtarbeit, Nachtdiensten		Fach- und Sozialbetreuer/Sozialbetreuerin für Altenpflege	DGKS/DGKP für Hauskranken- und Altenpflege ²	Leitende Altenpflegefachkräfte, Lehrer/Lehrerinnen für Pflegeberufe
Langfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptische Therapie		○ ¹	○	○
Mittelfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie • Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie • Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre • Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall • Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund • Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT • Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○ ¹	○	○
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	○ ¹	△	○
	B	○ ¹	△	○
	C	△	□	○
	D	△	□	○
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	○ ¹	△	○
	B	△	△	○
	C	□	□	○
	D	□	□	○
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	△	□	○
	B	□	□	○
	C	□	□	○
	D	□	□	○

- = grundsätzlich keine Bedenken
 △ = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze
 □ = möglich in besonderen Fällen

- 1 = △ wenn Bedenken gegen Nachtarbeit
 2 = weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

Hinweistafel 10: Gesundheitswesen — Altenpflege

2.3.3 Berufsrechtliche Besonderheiten in den „Gesundheitsberufen“/ Gesundheitliche Eignung

Allgemeine Voraussetzung für die Erteilung der Erlaubnis zur Berufsausübung in einer Vielzahl von Gesundheitsberufen ist u.a. das Erfordernis der gesundheitlichen Eignung (siehe nachstehende Auflistung ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

Selbständige Psychologen/Psychologinnen

§ 10 Psychologengesetz: Zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 3 Abs 1 ist berechtigt, wer u.a. 4. die zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit nachgewiesen hat. § 16 (3) Der Nachweis der für die Erfüllung der Berufspflichten eines klinischen Psychologen oder auch eines Gesundheitspsychologen erforderlichen gesundheitlichen Eignung ist durch ein ärztliches Zeugnis zu erbringen.

I. GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEBERUFE

1. GEHOBENER DIENST FÜR GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

1.1. Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege

Berufsbezeichnung:

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

1.2. Kinder- und Jugendlichenpflege

Berufsbezeichnung:

Diplomierte Kinderkrankenschwester/Diplomierter Kinderkrankenpfleger

1.3. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Berufsbezeichnung:

Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester/Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger
Zugangsvoraussetzung jeweils u.a.:

* die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit (§ 27 Abs 1 Zif 2 bzw. § 54 Abs 1 Zif 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes)

2. PFLEGEHILFE

Berufsbezeichnung:

Pflegehelferin/Pflegehelfer

Zugangsvoraussetzung:

* die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit (§ 85 Abs 1 Zif 2 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes bzw. § 27 Abs 2)

II. HEBAMME

Berufsbezeichnung:

Hebamme

Zugangsvoraussetzung:

* die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit (§ 10 Hebammengesetz)

III. GEHOBENE MEDIZINISCH-TECHNISCHE DIENSTE

1. Physiotherapeutin/Physiotherapeut
2. Biomedizinische Analytikerin/Biomedizinischer Analytiker
3. Radiologietechnologin/Radiologietechnologe
4. Diätologin/Diätologe
5. Ergotherapeutin/Ergotherapeut
6. Logopädin /Logopäde
7. Orthoptistin/Orthoptist

Zugangsvoraussetzung:

* § 4 FH-MTD-Ausbildungsverordnung bzw. § 5 FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung: Als Voraussetzung für die Aufnahme in einen Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengang für die jeweilige Ausbildung ist festzulegen, dass die für die Berufsausübung erforderliche berufsspezifische und gesundheitliche Eignung sowie Vertrauenswürdigkeit vorzuliegen hat.

IV. MEDIZINISCH-TECHNISCHE FACHKRAFT

Berufsbezeichnung:

Medizinisch-technische Fachkraft

Zugangsvoraussetzung:

* körperliche, geistige und gesundheitliche Eignung

V. MEDIZINISCHE ASSISTENZBERUFE:

Berufsbezeichnung:

Desinfektionsassistent

Gipsassistent

Laborassistent

Obduktionsassistent

Operationsassistent

Ordinationsassistent

Röntgenassistent

Medizinische Fachassistent

Zugangsvoraussetzung:

§ 14 Medizinisches Assistenzberufe-Gesetz: Zur Ausübung eines medizinischen Assistenzberufs sind Personen berechtigt, die u.a. die zur Berufsausübung erforderliche gesundheitliche Eignung besitzen.

VI. Medizinischer Masseur/ Medizinische Masseurin

Berufsbezeichnung:

Medizinischer Masseur/Medizinische Masseurin

Zugangsvoraussetzung:

§ 18. (1) Medizinisches Masseur- und Heilmasseurgesetz: Voraussetzungen für die Aufnahme zur Ausbildung zum medizinischen Masseur sind u.a. die zur Erfüllung der Berufspflichten notwendige gesundheitliche Eignung.

VII. Heilmasseur/Heilmasseurin

Berufsbezeichnung:

Heilmasseur/Heilmasseurin

Zugangsvoraussetzung:

§ 36. Zur Ausübung des Berufs des Heilmasseurs sind Personen berechtigt, die u.a. die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit besitzen.

VIII. Sanitäterin/Sanitäter

Man unterscheidet zwischen Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter (Qualifikationsstufe I) und Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter (Qualifikationsstufe II). Darüber hinaus können die Notfallsanitäterinnen/Notfallsanitäter noch Notfallkompetenzen erwerben.

Zugangsvoraussetzung:

§ 16. (1) Zur Ausübung von Tätigkeiten des Sanitäters sind Personen berechtigt, die u.a. die für die Erfüllung der Pflichten des Sanitäters erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit besitzen.

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

Nicht-ärztliche Heilberufe		Physiotherapie			Ergotherapeut/ Ergotherapeu- tin ³
Eigengefährdung durch • Ertrinken¹ • Verbrennungen² Fremdgefährdung bei • Applikation von Bädern • unzureichender Sicherung von Patienten/Patientinnen • Wärmetherapie • Elektrotherapie • fehlender Beaufsichtigung		Physiotherapeut/Physiotherapeutin ³	Medizinischer Masseur/Masseurin ³	Masseur/Masseurin ³	
Langfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		○	○	○	○
Mittelfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie • Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie • Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre • Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall • Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund • Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT • Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○	○	○	○
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	○	○	○	○
	B	○	○	○	○
	C	△	△	○	△
	D	△	△	○	△
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	○	○	○	○
	B	○	○	○	○
	C	△	△	○	△
	D	△	△	○	△

- = grundsätzlich keine Bedenken
△ = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze
□ = möglich in besonderen Fällen

1 und 2 gilt für die Physiotherapie

3 = weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

Hinweistafel 11: Gesundheitswesen — Nichtärztliche Heilberufe

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

Nicht-ärztliche Heilberufe				
Eigengefährdung durch • Ertrinken Fremdgefährdung durch • therapeutisches Schwimmen • Sicherung von Patienten/Patientinnen • fehlende Beaufsichtigung		Klinische Psychologie/Psychotherapie	Sprachtherapie/Logopädie	Sportlehrer/Sportlehrerin für Behindertensport und Rehabilitation
Langfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		○	○	○
Mittelfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie • Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie • Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre • Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall • Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund • Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT • Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○	○	○
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	○	○	○
	B	○	○	○
	C	○	○	△
	D	○	○	△
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	○	○	○
	B	○	○	○
	C	○	○	△
	D	△	△	△
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	○	○	○
	B	△	△	△
	C	□	□	△
	D	□	□	△

○ = grundsätzlich keine Bedenken

△ = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

□ = möglich in besonderen Fällen

Hinweistafel 12: Gesundheitswesen — Nichtärztliche Heilberufe

Biomedizinische/r Analytikerin/Analytiker			
Eigengefährdung durch • ätzendes Material, splitterndes Glas • infektiöses Material Fremdgefährdung durch • Fehlbestimmungen • ungesicherte Patienten/Patientinnen		Laborassistenz, medizinisch-technische Fachkraft	Desinfektionsassistenz, Zytologieassist/ Zytologieassistentin, Orthoptist/Orthoptistin
Langfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		○ ¹	○ ¹
Mittelfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie • Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie • Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre • Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall • Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund • Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT • Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○ ¹	○ ¹
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	○ ¹	○ ¹
	B	○ ¹	○ ¹
	C	△	○ ¹
	D	△	○ ¹
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	○ ¹	○ ¹
	B	△	○ ¹
	C	△	△
	D	□	□
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	△	○
	B	△	○
	C	△	△
	D	□	□

- 1 = △ wenn Bedenken gegen Nacharbeit
 ○ = grundsätzlich keine Bedenken
 △ = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze
 □ = möglich in besonderen Fällen

Hinweistafel 13: Gesundheitswesen — Medizin-technische Assistenten

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

2.3.4 Berufsrechtliche Besonderheiten bei sozialpflegerischen und sozialpädagogischen Berufen

Sozialpädagoge/Sozialpädagogin, Kindergartenpädagoge/Kindergartenpädagogin, Trainer/Trainerin				
Eigengefährdung durch - Arbeit an Maschinen mit ungeschützt rotierenden Teilen³ Fremdgefährdung durch - fehlende Beaufsichtigung - Alleinarbeit		Kindergarten Kindertagesstätte Schülerhort	Fachrichtung Jugend- und Heimerziehung	Trainer/Trainerin in Behinderten- einrichtungen/- werkstätten, Fachkräfte für die Betreuung von Transitmitarbei- tern/mitarbeiter- rinnen
Langfristige Anfallsfreiheit: Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		○	○ ¹	○
Mittelfristige Anfallsfreiheit: - Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie - Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie - Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre - Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall - Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund - Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT - Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○	○ ¹	○ ¹
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	○	○ ¹	○
	B	○	○ ¹	○
	C	△	△	△
	D	□	△	△
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	○	○ ¹	○
	B	△	△	△
	C	△	△	△
	D	□	△	△
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	△	△	△
	B	△	△	△
	C	□	□	□
	D	□	□	□

1 = △ wenn Bedenken gegen Nacharbeit

○ = grundsätzlich keine Bedenken

2 = weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

△ = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

□ = möglich in besonderen Fällen

3 = gilt für Fachrichtung Jugend- und Heimerziehung und Trainer/Trainerin in Behinderteneinrichtungen/-werkstätten, Fachkräfte für die Betreuung von Transitmitarbeitern/-mitarbeiterinnen

Hinweistafel 14: (Sozial-)Pädagogische Berufe – Erzieher/Erzieherinnen

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

Kinderbetreuer/Kinderbetreuerin Familienhelfer/Familienhelferin			
Eigengefährdung durch • Arbeit an Maschinen mit ungeschützt rotierenden Teilen Fremdgefährdung durch • unterbrochene Beaufsichtigung • Alleinarbeit		Kinderbetreuer/ Kinderbetreuerin ²	Familienhelfer/Familienhelferin, Diplomsozialbetreuer/ Diplomsozialbetreuerin Familienarbeit ²
Langfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		○	○ ¹
Mittelfristige Anfallsfreiheit: • Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie • Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie • Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre • Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall • Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund • Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT • Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○	○ ¹
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	○	○ ¹
	B	△	△
	C	△	△
	D	□	□
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	○	○ ¹
	B	△	△
	C	△	□
	D	□	□
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	△	△
	B	△	△
	C	△	□
	D	□	□

1 = △ wenn Bedenken gegen Nachtarbeit

2 = weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

○ = grundsätzlich keine Bedenken

△ = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

□ = möglich in besonderen Fällen

Hinweistafel 15: Kinderbetreuer/Kinderbetreuerin, Familienhelfer/Familienhelferin

2. Beurteilung der beruflichen Möglichkeiten

Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin, Sozialpädagoge/Sozialpädagogin		Fach-/Hochschulausbildung	
Fremdgefährdung durch - unterbrochene Beaufsichtigung - Alleinarbeit		Sozialarbeiter/ Sozialarbeiterin (FH) ²	Sozialpädagoge/ Sozialpädagogin ²
Langfristige Anfallsfreiheit: Anfallsfrei > 5 Jahre ohne oder mit antiepileptischer Therapie		○ ¹	○ ¹
Mittelfristige Anfallsfreiheit: - Anfallsfrei > 1 Jahr nach operativer Therapie - Anfallsfrei > 1 Jahr unter Pharmakotherapie - Anfälle nur aus dem Schlaf > 3 Jahre - Anfallsfrei > 3 Monate nach einem provozierten oder akut symptomatischen Anfall - Anfallsfrei > 6 Monate nach einem unprovozierten Anfall mit unauffälligem EEG- und unauffälligem MRT-Befund - Anfallsfrei > 1 Jahr nach einem unprovozierten Anfall mit epilepsietypischen Veränderungen im EEG und/oder epileptogener Veränderung in der MRT - Ausschließlich Anfälle der Kategorie „0“		○ ¹	○ ¹
Anfallsfrequenz ≤ 2/Jahr	A	○ ¹	○ ¹
	B	○ ¹	○ ¹
	C	○ ¹	○ ¹
	D	○ ¹	○ ¹
Anfallsfrequenz 3 bis 11/Jahr	A	○ ¹	○ ¹
	B	○ ¹	○ ¹
	C	△	△
	D	□	△
Anfallsfrequenz ≥ 1/Monat	A	△	△
	B	△	△
	C	△	□
	D	□	□

1 = △ wenn Bedenken gegen Nachtarbeit

2 = weitere Einschränkungen können sich bei fehlendem Führerschein ergeben

○ = grundsätzlich keine Bedenken

△ = möglich in der Mehrzahl der Arbeitsplätze

□ = möglich in besonderen Fällen

Hinweistafel 16: Akademische Sozialarbeit – akademische sozialpädagogische Berufe

Anhang

Übersicht Tafeln zur Risikoeinschätzung

Tafel 1: Gefährdungskategorien (zum praktischen Vorgehen siehe Abschnitt 1.2.6)

Tafel 2: Einordnung in Gefährdungskategorie

Tafel 3: Medizinische Bezeichnung und Gefährdungskategorie, Anfallsbeschreibung

Übersicht Berufliche Möglichkeiten

Hinweistafel 1: Tätigkeiten mit Absturzgefahr

Hinweistafel 2: Beispiele für Tätigkeiten mit erhöhter Absturzgefahr in unterschiedlichen Berufen

Hinweistafel 3: Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten I: Fahrzeuge, Hubarbeitsbühne

Hinweistafel 3: Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten II: Erdbaumaschinen, Hebezeuge, Hebebühnen, Grubenheber, Krane

Hinweistafel 4: Fahrerlaubnisklassen und Notwendigkeit gesonderter Beurteilung der Tätigkeit bei Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten

Hinweistafel 5: Prozessleitsysteme

Hinweistafel 6: Industrielle maschinenbautechnische Berufe

Hinweistafel 7: Industrielle elektronische Berufe

Hinweistafel 8: Gesundheitswesen — Krankenpflege

Hinweistafel 9: Gesundheitswesen — Kinderkrankenpflege

Hinweistafel 10: Gesundheitswesen — Altenpflege

Hinweistafel 11: Gesundheitswesen — Nicht-ärztliche Heilberufe

Hinweistafel 12: Gesundheitswesen — Nicht-ärztliche Heilberufe

Hinweistafel 13: Gesundheitswesen - Medizinisch-technische Assistenten/Assistentinnen

Hinweistafel 14: (Sozial-)Pädagogische Berufe — Erzieher/Erzieherinnen

Hinweistafel 15: Kinderbetreuer/Kinderbetreuerin, Familienhelfer/Familienhelferin

Hinweistafel 16: Akademische Sozialarbeit — akademische sozialpädagogische Berufe

Literatur

- Arbeitskreis zur Verbesserung der Eingliederungschancen von Personen mit Epilepsie – Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie. Die Rehabilitation Heft 23, S. 76-80, 1984.
- Arbeitskreis zur Verbesserung der Eingliederungschancen von Personen mit Epilepsie – Empfehlung zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie – Überarbeitung 1994. Die Rehabilitation Heft 33, S. 171-178, 1994.
- Arbeitskreis zur Verbesserung der Eingliederungschancen von Personen mit Epilepsie – Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie – Überarbeitung 1999. Die Rehabilitation Band 4, Heft 2, 2001, S. 97-110.
- Broschüre Arbeitsinspektion „Arbeitsplätze – Alleinarbeitsplätze (AAP) Beispielsammlung“.
- Broschüre Arbeitsinspektion „Arbeitsplätze – Alleinarbeitsplätze (AAP) Sicherheitstechnische Grundlagen“.
- Capovilla G, Gambardella A, Rubboli G et al. Suppressive efficacy by a commercially available blue lens on PPR in 610 photosensitive epilepsy patients. *Epilepsia*. 2006; 47(3): 529-533.
- Fisher RS, Harding G, Erba G, Barkley GL, Wilkins A. Photic- and pattern-induced seizures: a review for the Epilepsy Foundation of America Working Group. *Epilepsia*. 2005; 46(9): 1426-1441.
- Haut SR, Hall CB, Masur J, Lipton RB. Seizure occurrence: Precipitants and prediction. *Neurology* 2007;69;1905-1910
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V. (Hrsg.). Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, Stuttgart: Gentner-Verlag 1991.
- Harding G, Wilkins AJ, Erba G, Barkley GL, Fisher RS. Photic- and pattern-induced seizures: expert consensus of the Epilepsy Foundation of America Working Group. *Epilepsia*. 2005; 46(9): 1423-1425.
- König K. und Rabending G.: Zu einigen Aspekten der Tauglichkeit bei Epilepsie. *Z. ärztl. Fortbild.* 82, S. 1023-1027, 1988.
- Kurtenbach H. Golombek G., Siebers H., Krankenpflegegesetz. Stuttgart (Kohlhammer), 1998, 5. Auflage.
- Leitlinien für die gesundheitliche Eignung von Kraftfahrzeuglenkern, Ein Handbuch für Amts- und Fachärzte und die Verwaltung, Arbeitsgruppe „Amtsärzte in Führerscheingelegenheiten“ im Auftrag des BMVIT unter Leitung des KfV 2013.
- The Employment Commission of the International Bureau for Epilepsy: Employing People with Epilepsy: Principles for Good Practice. *Epilepsia* 30 (4), S. 411-412, 1989.
- Thorbecke R. Die Bedeutung von Anfallsart und Anfallsform für die Rehabilitation. In: P. Wolf (Hrsg.): Epilepsie 88. Einhorn-Presse, Reinbek, 1989.
- Stiftung Michael (Hrsg.): Verzeichnis der Anfallsambulanzen, 9. Auflage 1998, zu beziehen über die Stiftung Michael oder das Informationszentrum Epilepsie.
- van den Broek M, Beghi E.; RESt-1 Group, Accidents in patients with epilepsy: types, circumstances and complications: a European cohort study, *Epilepsia*, 2004, Jun; 45(6): 667-72.
- Wolf P et. Al (Hrsg.): Praxisbuch Epilepsien, Kohlhammer, Stuttgart, 2003.
- Zentralinstitut für Berufsbildung der DDR (Hrsg.), R. Haink (Koordinator d. Autorenkollektivs): Hinweise zur Berufswahl für Schüler mit epileptischen Anfallsleiden, Staatsverlag der DDR, 2. Auflage 1989.
- Institut der deutschen Wirtschaft, Köln, Epilepsie im Arbeitsleben, Rehadat Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation, 2012.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV): Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie, BGI 585, 2007, 15.04.2011.

Übersicht Rechtsvorschriften

ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl Nr 450/1994, in der geltenden Fassung
Arbeitsstättenverordnung – AStV, BGBl II Nr 368/1998, in der geltenden Fassung
Bauarbeiterschutzverordnung – BauV, BGBl Nr 340/1994, in der geltenden Fassung
Verordnung über die Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente – DOK-VO, BGBl Nr 478/1996
Bildschirmarbeitsverordnung – BS-V, BGBl II Nr 124/1998
Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung, BGBl II Nr 322/1997, in der geltenden Fassung
Betriebsordnung für den nichtlinienmäßigen Personenverkehr – BO 1994, BGBl Nr 951/1993, in der geltenden Fassung
Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl I Nr 108/1997, in der geltenden Fassung
Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl I Nr 169/1998, in der geltenden Fassung
Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl I Nr 126/2005, in der geltenden Fassung
Hebammengesetz – HebG, BGBl Nr 310/1994, in der geltenden Fassung
Kardiotechnikergesetz – KTG, BGBl I Nr 96/1998, in der geltenden Fassung
Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl Nr 102/1961, in der geltenden Fassung
Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl I Nr 169/2002, in der geltenden Fassung
MTD-Gesetz, BGBl Nr 460/1992, in der geltenden Fassung
FH-MTD-Ausbildungsverordnung – FH-MTD-AV, BGBl II Nr 2/2006
Musiktherapiegesetz – MuthG, BGBl I Nr 93/2008
Psychologengesetz, BGBl Nr 360/1990, in der geltenden Fassung
Psychotherapiegesetz, BGBl Nr 361/1990, in der geltenden Fassung
Sanitätsergesetz – SanG, BGBl I Nr 30/2002, in der geltenden Fassung

Links

Arbeitsmarktservice (AMS) www.ams.at

Arbeitsinspektorat www.arbeitsinspektion.gv.at

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) www.auva.at

Bundessozialamt www.bundessozialamt.gv.at

Epilepsie und Arbeit Gemeinnützige GmbH www.epilepsieundarbeit.at

Epilepsie Interessensgemeinschaft Österreich www.epilepsie-ig.at

Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB) www.oegb.at

Österreichische Gesellschaft für Epileptologie www.ogfe.at

Rechtsinformationssystem (RIS) www.ris.bka.gv.at

