

Neue Aspekte der Behandlung vor, während und nach dem Klinikaufenthalt

Epilepsie ist eine vielschichtige Erkrankung und obwohl das Wissen um die Epilepsie in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen hat, sind die Zusammenhänge immer noch nicht gänzlich erforscht. Die Geschichte der Epilepsie ist sehr alt und auch heute haftet dieser Krankheit immer noch eine mysteriöse – gar dämonische – Aura an. Diese kann sich in der Bevölkerung z.B. durch „Berührungsgängste“ äußern.

Prof. Dr. Hermann Stefan (r.) hat viele Jahre das Epilepsiezentrum Erlangen geleitet. Foto: Melitta Dybiona



In der Geschichte hatte diese Krankheit jedoch sehr viele unterschiedliche Stellungen und Etappen durchlebt, so dass Menschen mit Epilepsie sowohl positiv als auch negativ stigmatisiert wurden. So galten von Epilepsie betroffene Menschen in manchen antiken Kulturen als Heilige, im Reich der ägyptischen Antike jedoch waren Epileptiker bekannt und gefürchtet. Bei den Griechen galt Epilepsie als heilige Krankheit, in der Betroffene als besessen von einer göttlichen Macht galten. Im antiken Rom wiederum wurden Soldaten, die einen speziellen Test durchlaufen, ausgemustert, wenn sie einen Anfall erlitten. Im Mittelalter kehrte sich der Status der Heiligkeit vorwiegend in die dämonische Besessenheit um, so galt ein Anfall als göttliche Strafe. Vielleicht dauert es noch einige Dekaden, bis Epilepsie gänzlich entstigmatisiert ist und ihren Stellenwert in der Reihe der anderen Krankheiten, die mehr oder weniger sachlich betrachtet werden, erhält.

Bei dem Symposium am 13. November 2013 ging es um Erfahrungen bezüglich des Ma-

agements eines Epilepsiepatienten in den einzelnen Institutionen: von der allgemeinen neurologischen Praxis, in die Notfallaufnahme des Krankenhauses, zu der spezialisierten epileptologischen Abteilung bis hin zur sozialmedizinischen, rehabilitativen Behandlung. Zunächst konnte Prof. Dr. Hermann Stefan, erimierter Leiter des Epilepsiezentrum Erlangen, dazu gewonnen werden, über seine jahrzehntelang angesammelten Behandlungserfahrungen

und über neue Therapiestrategien in der neurologischen Praxis zu sprechen. Prof. Stefan betonte, dass ein wichtiges Mittel bei der Diagnostik Schlaf- und Schlafentzugs-EEG und des 24stündigen Video-Langzeit-EEGs sind. Insbesondere, wenn eine Diagnose schwer sei, wäre es auch sehr empfehlenswert, MRT-Aufnahmen, die speziell auf die Erkrankung „Epilepsie“ ausgerichtet

sind, vorzunehmen. Es dauere – im Gegensatz zu anderen Erkrankungen – im Durchschnitt zwischen 10 und 20 Jahren, bis eine ausführliche Diagnostik gemacht wurde, so dass dem Patienten zum Beispiel ein operatives Verfahren angeboten werden könne, so Prof. Stefan.

Dr. Verena Gaus, Charité Berlin, stellte im Weiteren die Standards der Notfallversorgung von Anfallserkrankungen im Krankenhaus und aktuelle Daten, was im Verlauf aus Patienten mit der Diagnose „epileptischer Anfall“ geworden ist, vor. Sie stellte in ihren Ausführungen heraus, dass die richtige Zuordnung des ersten epileptischen Anfalls von großer Bedeutung sei. Hier sei zunächst festzustellen, ob es sich um einen unprovokierten oder einen provozierten Anfall handle. Nach dem ersten unprovokierten Anfall müsse bei Hinweisen für eine akut symptomatische Genese eine entsprechende weitere Ausschlussdiagnostik erfolgen. Aber auch bei einem provozierten Anfall sei es wichtig, zu klären, ob diese akut symptomatisch sei und zum Beispiel metabolische Störungen

vorliegen. Grundsätzlich müsse bei Vorliegen einer Epilepsie (d.h. das Vorliegen von einem unprovokierten Anfall und einer organischen Veranlagung, weitere epileptische Anfälle zu bekommen), die Ätiologie durch eine EEG-Diagnostik und eine epilepsiespezifische MRT-Bildgebung gemacht werden.

Aus der Universitätsklinik für Neurologie berichteten Dr. Peter Körtevelyessy, Dr. Julia Matzen und Dr. Friedhelm C. Schmitt von „besonderen“ Fällen, bei denen es im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes zu überraschenden Diagnosen gekommen war. Den Schlussvortrag hielt Dr. Tobias Knieß, Leiter einer Rehabilitationsabteilung speziell für Epilepsie Patienten in Bad Neustadt a.d. Saale. Er gab einen Überblick über die sozialmedizinischen Konsequenzen, die sich aus der Diagnose Epilepsie ergeben. So berichtete er zum Beispiel über die systematische Gefährdungseinteilung von epileptischen Anfällen, wie sie in den „Berufsgenossenschaftlichen Informationen 585 (kurz BGI 585, Internet: „http://www.arbeitssicherheit.de/media/pdfs/bgi_585.pdf“ zu finden sind.

Die Behandlung von Anfallserkrankungen ist sehr komplex und ein Erfolg abhängig von der richtigen Diagnose, denn es gibt auch eine Reihe von ähnlichen anfallsartig auftretenden Störungen mit akuter Beeinträchtigung des Bewusstseins, der Motorik oder anderer handlungsrelevanter Funktionen, die nicht epileptisch bedingt sind. Diese können u.a. auch psychogene (nicht-epileptische) Anfälle sein, die epileptischen Anfällen ähneln, jedoch durch psychische Prozesse und nicht durch epileptische neuronale Störungen verursacht werden. Fälschlicherweise werden etwa Dreiviertel aller Patienten mit psychogenen, nicht-epileptischen Anfällen mit antiepileptischen Medikamenten behandelt. Wie Epilepsie von Seiten der Betroffenen wahrgenommen wird, wird in einem selbstgemalten Bild einer Patientin von Prof. Dr. Stefan deutlich. Es zeigt einen Vulkanausbruch, der einen Epilepsieanfall darstellen soll. Es spiegelt beispielhaft die vielen emotionalen Aspekte wider, z.B. Unsicherheit, Unvorhersehbarkeit, Isolation, Angst, soziale Eingliederung, die das Leben eines Epilepsiepatienten bestimmen.

Ögelin Düzel