

Tab. 1.3:
Fahrerlaubnisrichtlinien
und berufliche Leitli-
nien nach erstem epi-
leptischem Anfall sind
aufeinander bezogen

Fahrerlaubnis für Kfz	Gruppe 2	Gruppe 1	Nicht relevant für Kfz-Leitlinien	Nicht relevant für Kfz-Leitlinien
Berufliche Eignung: Schwere des Verletzungsrisikos bzw. der Fremdgefährdung im Falle eines Rezidivanfalles	Hohes Risiko Beispiele: • Tätigkeiten in > 3 m Höhe mit Absturzgefahr • Tätigkeiten mit explosiven Stoffen	Mittleres Risiko Beispiele: • Tätigkeiten bis 3 m Höhe • Alleinarbeit mit Kindern ≥ 3 J.	Leichtes Risiko Beispiele: • Tätigkeiten mit kleinen Handwerkzeugen • Alleinarbeit mit Erwachsenen	Kein relevantes Risiko Beispiele: • einfache Montagetätigkeiten, Büro, Verkauf
Anfallsfreie Mindestfrist bei...				
provokiertem Anfall mit vermeidbarem Provokationsfaktor	6 Monate (ohne AED)	3 Monate	keine	keine
unprovokiertem Anfall ohne Hinweise für eine beginnende Epilepsie	2 Jahre (ohne AED)	6 Monate	3 Monate	keine
unprovokiertem Anfall mit Hinweisen für eine beginnende Epilepsie	5 Jahre (ohne AED)	• Fahrerlaubnis: keine Regelung • Beruf: ein Jahr*	6 Monate	keine

Tabellenbeschreibung: * kann bei Beginn einer Therapie mit Antiepileptika ggf. verkürzt werden; AED = Antiepileptikum
Vereinfachte Darstellung; zu Einzelheiten siehe Bundesanleihe für Straßenwesen (2022); Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV; Hrsg., 2015)

1.2.2 Auswahl des ersten Antiepileptikums

Die Frage nach der geeigneten antiepileptischen Substanz ist – angesichts weitgehend fehlender Wirksamkeitsunterschiede – zweitrangig im Vergleich zu einer sorgfältigen und tragfähigen Entscheidung des Patienten für oder gegen eine antiepileptische Medikation an sich, zumal dieser die Substanzauswahl meist dem Arzt überlassen wird. Unsere Empfehlungen sind – im Einklang mit der DGN-Leitlinie (Holtkamp et al., 2023) – Lamotrigin (erste Zieldosis: 300 mg/d, langsame Aufdosierung, siehe Fachinformation), als erste Wahl und Levetiracetam (1.000 mg/d, in einer Woche aufzudosieren) oder Lacosamid (300 mg/d, in wenigen Tagen aufzudosieren) bei Hinweisen für eine fokale Iktogenese bzw. Valproinsäure (1.000 mg/d, in wenigen Tagen aufzudosieren), Lamotrigin oder Levetiracetam (wie zuvor) bei Hinweisen auf einen generalisierten Anfallsbeginn.

Auswahl des ersten Medikaments von nachrangiger Wichtigkeit

1.3 Sozialmedizinische und rehabilitative Aspekte

1.3.1 Rehabilitation nach erstem Anfall

Patienten mit erstem epileptischem Anfall haben ein relevantes Risiko einer nachteiligen sozialen Entwicklung. Bestehen berufliche Schwierigkeiten (drohender Arbeitsplatzverlust, fehlende berufliche Eignung, z.B. bei einem LKW-Fahrer), sollte die Indikation zu einer speziellen medizinischen Rehabilitation für Anfallskranke geprüft werden, insbesondere bei

Option Epilepsie-Reha

- ausgeprägten emotionalen Belastungen (z. B. anfallsbezogenen Ängsten, Stigmatisierungserleben)
- Klagen über kognitive Einbußen
- bleibenden Zweifeln des Patienten an der Diagnose
- hohem Informationsbedürfnis

Die entsprechenden Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung lassen eine medizinische Rehabilitation für Epilepsiepatienten mit solchen Merkmalen zu und beschränken sie explizit nicht auf Patienten mit chronifiziertem oder therapieschwierigem Epilepsieverlauf (Deutsche Rentenversicherung 2010). Eine solche Rehabilitationsbehandlung verbesserte in einer kontrollierten Studie die emotionale Anpassung, erlebte epilepsiebezogene Einschränkungen und Aspekte der Lebensqualität (Specht et al., 2024).

1.4 Weiterführende ambulante neurologische Betreuung

Ist die Entscheidung zur antikonvulsiven Pharmakotherapie gefallen, beginnt eine langfristige Behandlungsbeziehung zwischen ambulant tätigem Neurologen und dem Betroffenen. Drei große Themenfelder prägen die in der Regel initial halbjährlichen, später weiter auseinanderliegenden Kontakte:

1.4.1 Monitoring der Verträglichkeit

Bei den Natriumkanalblockern sind motorische Nebenwirkungen bei höheren Blutspiegeln möglich, die man durch Prüfung von Halte- und Intentionstremor sowie der Augenfolgebewegungen (sakkadiert? Blickrichtungsnyctismus?) erfasst. Bei anderen Antikonvulsiva sind psychische und kognitive Nebenwirkungen wahrscheinlicher, die durch Erhebung des psychopathologischen Befundes mithilfe kurzer Inventare (z.B. NDDI-E [Brandt et al., 2014], GAD-7 [Löwe et al., 2008]) und Bedside-Testungen (z.B. »EpiTrack«³), in Einzelfällen auch durch eingehendere psychiatrische oder neuropsychologische Untersuchungen erfasst werden. Nicht selten sind allerdings in der Klientel der Neuerkrankten Klagen über »kognitive« Beeinträchtigungen (Konzentration, Gedächtnis etc.) auf emotionale Belastungen zurückzuführen (Velissaris et al., 2009). Regelmäßige Laborkontrollen werden nicht empfohlen; sie sollten bei klinischen Hinweisen auf eine Nebenwirkung erfolgen (z.B. Anfallszunahme oder Übelkeit als mögliche Zeichen einer Hyponatriämie) (Zaccara et al., 2007). Bei jungen Frauen sind die Besonderheiten bei Verhütung, Schwangerschaftsplanung und Schwangerschaft zu beachten (Björk et al., 2025).

1.4.2 Monitoring der Wirksamkeit

Da das Ausbleiben von Anfällen der einzige Parameter ist, der die Wirksamkeit einer antiepileptischen Therapie widerspiegelt, ist die möglichst zuverlässige Erfassung von Anfällen von zentraler Bedeutung. Viele Patienten registrieren symptomarme Anfälle mit Bewusstseinsstörung (z.B. Absencen, fokale Anfälle mit Automatismen) selbst nicht, seltener auch tonisch-klonische Anfälle nicht (Hoppe et al., 2007b). Daher muss eigen- und fremdanamnestisch gezielt auch nach indirekten Anfallshinweisen (z.B. Zungenbiss-Verletzung, Einnässen, anderweitig nicht erklärbare Abgeschlagenheit) gefahndet werden. In Einzelfällen kann man auch mit dem Patienten verabreden, nach einem mutmaßlichen Anfall ein postiktuales EEG ableiten zu lassen und/oder nach 24–48 Stunden einen CK-Wert be-

3 zu beziehen über Fa. Eisai, Frankfurt, Deutschland.

stimmen zu lassen (Brigo et al., 2015). Gelegentlich wird auch in einem routinemäßig durchgeführten EEG ein Anfall aufgezeichnet, den der Patient und seine Angehörigen bislang nicht wahrgenommen oder fehlgedeutet haben.

1.4.3 Adhärenz

Gerade bei Patienten, bei denen eine antiepileptische Therapie neu begonnen wurde, sowie bei langen Verläufen ohne Anfallsrezidiv ist die Einnahmetreue bedroht (Specht, 2008). Daher ist die Sicherung der Adhärenz zum vereinbarten Therapieregime die vielleicht wichtigste Aufgabe der Begleitung von Patienten nach erstmaligem Anfall. Blutspiegelkontrollen morgens vor Tabletteneinnahme unterstützen die Bearbeitung dieses Themas. Informativer, weniger kränkend und wirksamer als die Frage, *ob* regelmäßig eingenommen wird, ist die Erkundigung, *wie* der Patient seine Tabletten einnimmt. Die beste Kontrolle hat er mit Verwendung eines Medikamentendosierers (Wochenbox). Beim Gespräch über diese Einnahmehilfe erläutern wir auch unser Prinzip, vergessene Dosen nachzunehmen. Dies steht zwar im Gegensatz zu den Empfehlungen in den Packungsbeilagen vieler Antiepileptika und kann im Einzelfall zu vorübergehenden Nebenwirkungen führen, sichert aber einen ausreichend hohen Blutspiegel (May et al., 2018). Wir thematisieren auch regelmäßig den Vorteil einer Blutspiegeluntersuchung kurz nach einem Rezidivanfall, um einen Spiegelabfall als möglichen ursächlichen Faktor von einer unzureichenden Wirksamkeit des Antiepileptikums unterscheiden zu können (Specht, 2008).⁴

Sicherung der Adhärenz gerade bei langen Verläufen ohne Anfall eine besondere Herausforderung

1.5 Zusammenfassung

- Nach einem ersten Anfall ist zunächst der Ausschluss oder Nachweis (und ggf. die spezifische Behandlung) einer akut-symptomatischen Ursache vordringlich. Wenn es sich um einen unprovzierten Anfall handelt, ist die Abschätzung der individuellen Prognose wichtig, nicht so sehr, ob die Diagnose »Epilepsie« lautet oder nicht.
- Die Rezidivwahrscheinlichkeit wird erhöht durch
 - mehr als einen vorangehenden Anfall
 - epilepsietypische Aktivität im EEG
 - potenziell epileptogene Hirnläsion in der Bildgebung

⁴ Das Merkblatt für Patienten »Serumspiegeluntersuchung nach Anfallsrezidiv« kann im Sekretariat der Universitätsklinik für Epileptologie, Krankenhaus Mara, Epilepsie-Zentrum Bethel, bezogen werden (E-Mail: sekretariat.epileptologie@mara.de).

- Auftreten des Anfalles aus dem Schlaf
- Die Entscheidung für oder gegen eine antiepileptische Therapie wird gemeinsam mit dem Patienten unter Berücksichtigung seines persönlichen Rezidivrisikos und seiner persönlichen Präferenz getroffen.
- Die Auswahl des Antiepileptikums innerhalb der für fokale oder generalisierte Anfälle empfehlenswerten Substanzen ist nachrangig.
- Entscheidend für die Adhärenz des Patienten ist ein tragfähiges Therapiebündnis, das durch Verlaufuntersuchungen erneuert und gesichert wird.