

Das P im SAMPLER: Epilepsie

Vorerkrankung im Einsatz – „Was ändert sich, wenn ich das im P höre?“

Kernaussage

„Epilepsie“ im P verführt zu **zwei entgegengesetzten Fehlern**. Der eine ist bekannt: den anhaltenden Anfall zu spät behandeln – ab **5 Minuten** ist es ein Status epilepticus. Der andere wird selten besprochen: **alles, was krampft, als epileptischen Anfall behandeln**. Unter den Patient:innen, die wegen Status epilepticus behandelt werden, hat rund jede:r Zwölfte gar keinen epileptischen Anfall – und zahlt für die Benzodiazepine mit Atemdepression. Über beidem steht immer derselbe erste Handgriff: **Blutzucker**.

Falle 1: der Status epilepticus – die Uhr läuft ab fünf Minuten

Definition der DGN: „Jeder epileptische Anfall, der länger als **5 Minuten** anhält (oder **zwei aufeinanderfolgende Anfälle** über einen Zeitraum von mehr als 5 Minuten ohne Wiedererlangen des präiktalen neurologischen Ausgangsstatus), soll als Status epilepticus bezeichnet und behandelt werden.“ Es drohen Hypoxie, Aspiration und neuronaler Schaden. Erstlinie ist ein **Benzodiazepin**.

Zugang / Substanz	Dosis nach DGN-Leitlinie (ärztlich)
Lorazepam i.v.	0,1 mg/kg, max. 4 mg pro Bolus, ggf. 1× wiederholen
Midazolam i.v.	0,2 mg/kg, max. 10 mg pro Bolus (13–40 kg: 5 mg), ggf. 1×
Clonazepam i.v.	0,015 mg/kg, max. 1 mg pro Bolus, ggf. 1×
Diazepam i.v.	0,15–0,2 mg/kg, max. 10 mg pro Bolus, ggf. 1×
ohne i.v.: Midazolam i.m. (Applikator) oder intranasal	10 mg bei über 40 kg · 5 mg bei 13–40 kg; bukkal als Alternative

Zwei Zahlen, die auseinandergehen – und die SOP gewinnt. Die DGN nennt i.v. 0,2 mg/kg Midazolam (max. 10 mg). Die Unterlagen zu den Heilkundemaßnahmen nach **§ 2a NotSanG** nennen für Erwachsene beim generalisierten Status **5 mg langsam i.v.**, bei Persistenz einmalig wiederholen, und **10 mg intranasal** (Kinder 0,1 mg/kg i.v. bzw. 0,2 mg/kg i.n.). Das ist kein fachlicher Widerspruch, sondern der Unterschied zwischen einer ärztlichen Leitlinie und einer delegationsfähigen Regeldosis. **Im Einsatz gilt die lokale SOP.** Diese Unterscheidung gehört ausdrücklich in den Unterricht – sonst entsteht bei Lernenden der Eindruck, eine der beiden Zahlen sei falsch.

Falle 2: Nicht jeder Status ist ein Status

In der gepoolten Auswertung der Studien RAMPART und ESETT wurden **980 Patient:innen ab 8 Jahren** wegen Status epilepticus diagnostiziert und behandelt. **79 von ihnen (8,1 %)** wurden mit der Enddiagnose **psychogener nicht-epileptischer Anfall (PNEA)** entlassen; bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen waren es **20,1 %**. Folgenlos war das nicht: Bei **26 %** dieser Patient:innen traten unter Benzodiazepin unerwünschte Wirkungen bis hin zu **Atemdepression und Intubation** auf, unter Zweitlinientherapie bei **33 %**; etwa ein Fünftel kam auf die Intensivstation (Jungilligens et al., JNNP 2021).

Die gültige S2k-Leitlinie 030-041 widmet den PNEA ein eigenes Kapitel (2.1.1.1) und nennt als charakteristisch: fluktuierende Symptomatik, asynchrone Bewegungen, schubartige Beckenbewegungen, Seit-zu-Seit-Bewegungen des Kopfes und länger andauernde Ereignisse. Das präklinisch brauchbarste Einzelzeichen sind die Augen.

Ereignis	Augen	Beleg in 030-041
epileptischer Anfall	offen in 97 %	Chung et al. 2006
psychogener nicht-epileptischer Anfall	geschlossen in 96 %, oft Abwehr gegen passives Öffnen	Chung et al. 2006
Synkope	offen in 76 %, Bulbi nach oben verdreht	Lempert et al. 1994

Kein Einzelmerkmal entscheidet; Prolaktin und Laktat taugen präklinisch nicht zur Abgrenzung (die Leitlinie setzt CK und Laktat in der Klinik an, zeitnah und nach 24–48 Stunden). Entscheidend für die Lehre: Ein PNEA ist **keine Simulation**, sondern eine Erkrankung. Die Konsequenz heißt nie „nicht behandeln“, sondern **„nicht reflexhaft eskalieren“**: Atemweg sichern, Verletzungen ausschließen, Blutzucker, ruhige Umgebung, Transport.

Merke: Nachdosieren ins Leere ist kein Mut, sondern ein Risiko.

Die **DBRD-Musteralgorithmen 2026 (Version 11.0 vom 27.02.2026)** haben die Handlungsempfehlung Krampfanfall genau darum um den Hinweis auf psychogene nicht-epileptische Anfälle erweitert – es ist die einzige inhaltliche Änderung an diesem Algorithmus.

Falle 3: postiktal oder neues Defizit?

Umdämmerung und eine vorübergehende Halbseitenschwäche (**Todd-Parese**) sind bekannt und meist reversibel – sie können aber wie ein Schlaganfall aussehen. In einer Kohorte von **1.381 konvulsiven Anfällen bei 1.187 Patient:innen** trat eine Todd-Parese bei **89 Anfällen (6,4 %)** auf. Der Befund, der die Faustregel umdreht: Bei Anfällen mit **vorbestehender struktureller Läsion** – alter Schlaganfall eingeschlossen – lag die Häufigkeit bei **39 von 198 (19,7 %)**, und ein alter Schlaganfall war ein unabhängiger Risikofaktor mit einer positiven Likelihood Ratio von **11,2** (Sato et al., J Stroke Cerebrovasc Dis 2017). Für die Lehre: „Der hat ja Epilepsie, das ist bestimmt Todd“ ist bei Zustand nach Schlaganfall das **schwächste** Argument, nicht das stärkste. Ein neues, anhaltendes, lateralisiertes Defizit gehört in den Stroke-Pfad.

Die Verräter im Medikamentenplan

Wirkstoff(gruppe)	Bedeutung präklinisch
Levetiracetam, Lamotrigin, Valproat	Epilepsie-Signatur im Plan
Carbamazepin, Lacosamid, Topiramat	ebenso, häufig als Kombination
Zeitpunkt der letzten Einnahme	wichtiger als die Liste selbst – vergessene oder abgesetzte Antiepileptika sind der häufigste Auslöser

Was sich für dich ändert

- **Blutzucker zuerst** – bei jedem Krampf, ohne Ausnahme. Bekannte Epilepsie schützt nicht vor einer Hypoglykämie.
- **Atemweg und Aspirationsschutz**, Sauerstoff ins Zielband SpO_2 **92–96 %** (bei Hyperkapnierisiko 88–92 %).
- **Über fünf Minuten: Benzodiazepin nach lokaler SOP** – nicht abwarten.
- **Vor dem Nachdosieren prüfen, ob das Bild passt**: Augen geschlossen, asynchron, wellenförmig, danach keine echte Umdämmerung.
- **Neues fokales Defizit: Stroke mitdenken** – besonders bei Zustand nach Schlaganfall.
- **Schwangere und Wöchnerinnen**: an Eklampsie denken. Und den **Sturz absuchen** – Kopf, Schulter, Wirbelsäule.
- **Erstanfall ist zeitkritisch**: EEG möglichst in den ersten 24 Stunden, MRT innerhalb weniger Tage (030-041). In die Übergabe sagen.
- **Dokumentieren, was du gesehen hast** – Augen, Symmetrie, Dauer, Verlauf. Die Fremdanamnese ist Soll-Empfehlung, und im Rettungsdienst bist du oft die einzige, die es je gibt.

Typische Fehler

Den Blutzucker nicht gemessen · auf „das hört gleich auf“ gewartet, obwohl ab fünf Minuten die Uhr läuft · nachdosiert, bis die Atmung wegging, obwohl das Bild nicht passte · die Todd-Parese pauschal abgehakt und den Schlaganfall übersehen · die Eklampsie bei einer Schwangeren übersehen · einen Erstanfall wie einen bekannten Anfall behandelt, ohne die Abklärung anzustoßen · Sturzverletzungen übersehen.

MERKSATZ

Epilepsie im P: Zucker, Uhr, Augen – und danach nochmal hinsehen. Blutzucker zuerst. Über fünf Minuten Benzodiazepin nach SOP. Augen zu und unsynchron? Nicht eskalieren. Neue Lähmung? Todd oder Stroke.

Quellen (Evidenzcheck 2026-08-11)

AWMF S2k „Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter“ (030-041, DGN), Version 6.0, Stand 01.09.2023, **gültig bis 31.08.2028** – psychogene nicht-epileptische Anfälle (Kap. 2.1.1.1), Augenzeichen nach Chung et al. 2006, Synkopen-Abgrenzung nach Lempert et al. 1994, Fremdanamnese als Soll-Empfehlung, Erstanfall-Abklärung · AWMF S2k „Status epilepticus im Erwachsenenalter“ (030-079, DGN), Version 1.2, Stand 30.06.2020 – **Gültigkeit am 29.06.2025 abgelaufen, im AWMF-Register als in Überarbeitung geführt**; einzige Quelle für die 5-Minuten-Definition und die Benzodiazepin-Dosistabelle, deshalb weiter zitiert · DBRD-Musteralgorithmen 2026, Version 11.0 vom 27.02.2026 · Jungilligens J, Michaelis R, Popkirov S, „Misdiagnosis of prolonged psychogenic non-epileptic seizures as status epilepticus“, J Neurol Neurosurg Psychiatry 2021;92(12):1341–1345 · Sato K, Arai N, Hida A, Takeuchi S, „Old Stroke as an Independent Risk Etiology for Todd's Paralysis“, J Stroke Cerebrovasc Dis 2017;26(8):1787–1792.

Maßgeblich sind stets die aktuellen Leitlinien und die SOP des eigenen Rettungsdienstbereichs – insbesondere die Benzodiazepin-Dosis und die Zielklinikwahl.

Bildungsmaterial – kein Ersatz für ärztliche Anordnung, Ausbildung oder lokale SOP. · Autor: Niels Petersen · Kopf, Herz & Blaulicht – Damit's sitzt, wenn's zählt.