



## Angemessen Helfen bei epileptischem Anfall

Autorin: Heike Elsner, Original August 2006, März 2008

# 076

### Zusammenfassung

- Ruhe bewahren, mögliche Gefahrenquellen entfernen bzw. den vom Anfall Betroffenen davor bewahren, ist in jedem Fall das angemessene Verhalten bei einem epileptischen Anfall.
- Darüber hinausgehende Hilfen erfordert der generalisierte tonisch-klonische Anfall, auch großer Krampfanfall oder Grand mal-Anfall genannt.
- Notfallmedikation kommt nur in Frage, wenn bekannt ist, dass der Betroffene zu Anfallsserien neigt, oder wenn der Anfall länger als 10 Minuten dauert.
- Wer Grundkenntnisse über die häufigsten Anfallsarten und die dafür angemessenen Hilfs- und Betreuungsmaßnahmen erwirbt, wer sich mit der spezifischen Anfallsituation (Häufigkeit, auslösende Faktoren, Art, Dauer, Erholzeit, Medikamente) der zu betreuenden Personen vertraut macht, ist am besten auf angemessenes Helfen bei einem Anfall vorbereitet.

### Angemessen Helfen bei epileptischem Anfall

Epileptische Anfälle sind an sich nicht gefährlich. In der Regel hören sie nach wenigen Minuten von selbst auf. Es gibt sehr unterschiedliche Anfallsformen. Den unmittelbaren Anfallsverlauf (handelt es sich um den Verlust des Bewusstseins oder nur um Abwesenheit, Bewusstseinsstrübung, automatische Bewegungen, mögliche krampfartige Zuckungen, den eventuellen Biss auf die Zunge) kann man von außen nicht beeinflussen. Bemühungen dieser Art – gewaltsames Festhalten etwa – können eher schaden.

Ruhe bewahren, nicht überstürzt und kopflos reagieren, mögliche Gefahrenquellen entfernen bzw. den vom Anfall Betroffenen davor bewahren, ist in jedem Fall das angemessene Verhalten.

Darüber hinausgehende Hilfen erfordert der generalisierte tonisch-klonische Anfall, auch großer Krampfanfall oder Grand mal-Anfall genannt. Ihn charakterisieren Hinstürzen, Bewusstlosigkeit, (tonische) Versteifungsphase, (kurzer, gefahrloser) Atemstillstand, rasche, allmählich abklingende Zuckungen (Kloni), schaumartiger Speichelaustritt, eine Nachphase langsam zurückkehrender Orientierung, der Abgeschlagenheit und des möglichen starken Schlafbedürfnisses.

Die folgenden Anleitungen beziehen sich auf das Helfen bei dieser bekanntesten aber nicht alleinigen Form eines epileptischen Anfalls.

### Sofortmaßnahmen während des Anfalls

#### Betroffenen

- aus einem Gefahrenbereich entfernen oder ihn davon fernhalten (Straßenverkehr, Gefahrenquellen wie Wasserbecken, Treppen)
- gefährdende Gegenstände entfernen (Brille, Werkzeuge, Möbel)
- geschützt Lagerung des Körpers garantieren (Kopfunterlage)

## **Betreuung direkt nach dem Anfall**

### **Betroffenen**

- bei eintretender Ruhephase in Seitenlage bringen (Speichelabfluss ermöglichen)
- Kleidung insbesondere am Hals lockern (und damit Atmung erleichtern)
- freundlich ansprechen und so den Zeitpunkt kontrollieren, zu dem das Bewusstsein zurückkehrt
- nach etwaigen Verletzungen im Kopfbereich sehen

## **Hilfestellung in der Phase des Bewusstwerdens und der Erholung**

### **Betroffenen**

- Hilfsbereitschaft zusagen. Nutzlos Dabeistehende zum Weitergehen auffordern.
- nach seinen Wünschen fragen. Seinen vernünftigen Anweisungen folgen.
- Begleitung anbieten und für ihn eine etwaige notwendige Gelegenheit zum Ausruhen erkunden.

Dauert ein Anfall länger als 5-10 Minuten ist ein Arzt zu verständigen.

Falls vorhanden, ist ein anfallsunterbrechendes Medikament zu geben.

### **Notfallmedikation**

Sie kommt nur in Frage, wenn bekannt ist, dass der Betroffene zu Anfallsserien neigt oder wenn der Anfall länger als 5-10 Minuten dauert. Gegeben wird in der Regel der Wirkstoff Diazepam, der rectal verabreicht wird. Das Medikament ist in Tuben zu 5 mg und 10 mg erhältlich und als Miniklistier zur Einführung in den After eingerichtet.

Die Dosierung ist mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.

Die anfallshemmende Wirkung tritt nach etwa 3-5 Minuten ein. Bleibt diese aus, ist nach Ablauf der 5 Minuten noch einmal eine Dosierung einzuführen. Nach Ablauf der nächsten 5 Minuten ohne Wirkung ist die Möglichkeit eines Status epilepticus in Betracht zu ziehen. Dieser ist lebensbedrohlich und muss unverzüglich durch einen fachkundigen Arzt behandelt werden.

### **Vorbereitet sein auf angemessenes Handeln**

- Grundkenntnisse erwerben über die häufigsten Anfallsarten und die dafür angemessenen Hilfs- und Betreuungsmaßnahmen
- Vertraut sein mit der spezifischen Anfallssituation (Häufigkeit, auslösende Faktoren, Art, Dauer, Erholzeit, Medikamente) der zu betreuenden Personen
- Notfallmedikation und die Telefonnummer eines fachkundigen Arztes bereithalten
- Anfallssituationen „durchspielen“ und Reaktionen darauf einüben

Die Fähigkeit, die notwendige Ruhe zu bewahren und eine klare Anfallsbeobachtung zu leisten, bildet sich im Grunde nur mit der Praxis. Eine genaue Beobachtung des Anfallsgeschehens von Anfang an (Art und Lokalisation der Bewegungen, Bewusstseinszustand/Ansprechbarkeit, Anfallsdauer) kann für spätere Behandlungsschritte sehr wichtig sein.

Zur angemessenen Reaktion gehört es auch, das Risiko ihres Auftretens richtig abzuschätzen. Ständiger Alarmzustand schadet nur. Bei den meisten Anfallskranken treten Anfälle selten auf. Und selten ist wiederum, dass sie damit für sich oder die Umwelt ein Risiko darstellen! Auch wo Anfallsfreiheit (noch) nicht erreicht ist, sollte unbefangener Umgang mit dem Restrisiko „Anfall“ oberstes Ziel sein.

### **Wie helfen wir bei einem komplex-fokalen (psychomotorischen) Anfall?**

**Bei einem psychomotorischen Anfall verliert der Betroffene nur bedingt das Bewusstsein. Er macht sich durch ziellose, automatische Bewegungen bemerkbar. Die Bewusstseinsklarheit kann im Anfallsverlauf schwanken. Die gesamte Anfallsphase kann 30 Minuten und länger dauern.**

**Wir entfernen die Person aus Gefahrenbereichen, nehmen ihr gefährdende Gegenstände aus der Hand, entfernen gefährdende Gegenstände. Wir warten das Abklingen der Bewusstheitstrübung (Umdämmerung, Verwirrung, Desorientierung) und die stabile Rückkehr des vollen Bewusstseins ab.**

**Wir versuchen nur im äußersten Notfall (Treppenabsatz, offenes Fenster etc.) die automatischen Bewegungen des Betroffenen mit Gewalt zu stoppen. Soweit nur eben möglich, bemühen wir uns um eine passive Begleitung des Betroffenen. Wir wenden durch vorsichtiges Gewährenlassen Gefahren vom Betroffenen oder Sachbeschädigungen ab. Damit vermeiden wir mögliche gegen den Hilfeleistenden einsetzende Abwehrreaktionen des Betroffenen.**

**Wir richten uns verständnisvoll darauf ein, dass Wollen und Verantwortlichkeit des Betroffenen auch während langer Anfallsphasen und bei rückkehrender Bewusstseinsklarheit noch extrem eingeschränkt sind.**

**Erst nach 10 Minuten oder wenn die Zustände bedingten Bewusstseins sich kettenartig wiederholen, verständigen wir einen Arzt.**

### **Weiterführende Materialien**

#### **Video**

Ersthelfer-Kurzfilm im Netz, 3 Minuten, 2019 [www.epi.ch/film](http://www.epi.ch/film)  
von der Schweizer Liga gegen Epilepsie in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischer Samariterbund

- Seizure first aid (1992/11 Min.) Es ist zu beziehen über: Epilepsy Foundation of America, Internet: <http://www.epilepsyfoundation.org/>

#### **Hinweis**

Informationen über Epilepsie sind auch erhältlich über:  
Deutsche Epilepsievereinigung/einfälle, Zillestr. 102 10585 Berlin, tel 030/3424414; Internet: [www.epilepsie-vereinigung.de](http://www.epilepsie-vereinigung.de)  
Stiftung-Michael, Alsstraße 12, 53227 Bonn, Tel: 0228 - 94 55 45 40, Internet: [www.stiftung-michael.de](http://www.stiftung-michael.de)

Herausgeber: Dt. Gesellschaft für Epileptologie e.V.