

Einleitung

Inhalte

I.	Vorwort	2
II.	Ziele von MOSES	4
III.	Wie ist MOSES aufgebaut?	5
IV.	Welche Voraussetzungen sollten Sie für die Teilnahme an MOSES mitbringen?	6
V.	Wie ist MOSES entstanden?	7
VI.	Evaluation Experten, derzeitige Autorengruppe, Erprober	7
VII.	Glossar	9



Von Albert Einstein stammt der Satz: „Der Fortschritt liegt im Austausch des Wissens.“ Und gerade in der Behandlung von Menschen mit einer Epilepsie wird es weitere Fortschritte geben, wenn es mit den Betroffenen zu einem aktiven „Austausch des Wissens“ kommt. Die Krankheit Epilepsie ist schon seit Jahrtausenden bekannt und trotzdem gehört sie immer noch zu den „unbekannten Krankheiten“. Scheinbar unausrottbare Vorurteile sind über sie im Umlauf – nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern sehr häufig auch bei den Patienten selbst und ihren Angehörigen und manchmal sogar bei Ärzten und anderen Helfern. So haben Betroffene kaum Vorstellungen vom Ablauf und von den Begleiterscheinungen ihrer eigenen Anfälle und sind selten in der Lage zu erklären, wie sie zustande kommen. Auch warum welche Untersuchungen vorgenommen werden, wissen viele nicht und die Prinzipien der Behandlung sind den meisten unbekannt. Nicht einmal von den Besonderheiten ihrer eigenen Epilepsie und deren Behandlung haben alle ein klares Bild.

Es leuchtet unmittelbar ein, dass hier Abhilfe dringend geboten ist. Bloß wie? Literatur und Informationsmaterial gibt es genug, es überfordert aber manche, sie wissen nicht, was wichtig ist, wo sie anfangen sollen und mit wem sie diskutieren können. Die Schwellenangst vor einem Besuch einer Selbsthilfegruppe oder einer Beratungsstelle ist zunächst viel zu hoch. Deswegen wurde das Ihnen vorliegende Schulungs- und Trainingsprogramm MOSES entwickelt. MOSES ist ein Kurzwort aus den Anfangsbuchstaben von „**M**odulares **S**chulungsprogramm **E**pilepsie“; modular bedeutet, dass es aus Elementen (Modulen) besteht, die die Bewältigung des Themas sozusagen portionsweise ermöglichen. MOSES ist für Menschen mit einer Epilepsie entwickelt worden, kann und soll aber auch von ihren Angehörigen und Freunden genutzt werden. Es ist bewusst auf ein Training in Kleingruppen zugeschnitten.



Worin besteht der Unterschied zwischen dem Lesen eines Buches über Epilepsie, dem Besuch eines Vortrages über die Krankheit und der Teilnahme an MOSES?

Ein Buch lesen Sie für sich allein. In einem Vortrag sind Unterbrechungen durch die Zuhörer nicht angebracht, bei Nachfragen an Nachbarn verlieren Sie womöglich den Faden und stören zudem die anderen. Ihre Teilnahme an MOSES hingegen bedeutet, dass Sie sich mit anderen Betroffenen und/oder Interessierten und dem Trainer austauschen können. Und genau in diesem aktiven Austausch liegt der große Vorteil von MOSES für Sie.

Wenn Sie beim Lesen eines Buches etwas nicht verstehen, mit der einen oder anderen Aussage nicht einverstanden sind, oder das Gelesene Sie beunruhigt, sind Sie zunächst sehr allein. Sie müssen erst einen interessierten und motivierten Gesprächspartner finden, der dann zudem erst einmal die entsprechenden Textpassagen lesen muss, ehe er mit Ihnen diskutieren kann. Dann ist aber meist die akute Fragesituation längst vorbei und der Lerneffekt entsprechend geringer. Bei einem Vortrag, selbst wenn sich eine Diskussion anschließt, bleiben häufig viele Fragen offen. Sie haben außerdem keinen Einfluss auf das Tempo des Vortrags und auch kaum auf die Vertiefung des Gesagten. Und obendrein ist es nicht jedermanns Sache, vor einem großen Publikum Fragen zu stellen und eventuell sehr persönliche Anliegen zu diskutieren.

Beim Training in einer Kleingruppe im Rahmen von MOSES stehen Ihnen dagegen ständig Gesprächspartner zur Verfügung. Sie können beim Trainer oder in der Gruppe nachfragen, etwaige Probleme diskutieren und um die Vertiefung Ihnen wichtiger Inhalte bitten. Und Sie finden Bedingungen vor, unter denen Sie auch sehr Persönliches ansprechen können. Kurz: MOSES hilft Ihnen, sich aktiv mit Epilepsie auseinanderzusetzen. Eine Schulung, wie sie MOSES anbietet, vermittelt also nicht nur theoretisches Wissen, sondern entwickelt auch praktische Fähigkeiten: Sie lernen, konkrete Alltagssituationen zu besprechen und sich emotional mit der Erkrankung auseinanderzusetzen.

Noch etwas zum Sprachlichen. Wenn in den folgenden Texten von „Patienten“, „Ärzten“, „Teilnehmern“ usw. die Rede ist, sind selbstverständlich auch die „Patientinnen“, „Ärztinnen“, „Teilnehmerinnen“ usw. gemeint. Wir haben nach langer kontroverser Diskussion in der Autoren/innengruppe auf eine ständige Schrägstrich-Verwendung verzichtet, weil im Deutschen bei vielen Begriffen der Plural beide Geschlechter umfasst und die flüssige Lesbarkeit durch die Doppelnennungen beider Geschlechter leiden würde. Der Begriff „Epileptiker“ wird nicht verwendet, da er manchmal als herabsetzend empfunden wird. Wir sprechen daher von Patienten oder Menschen mit Epilepsie.

II. Sind Sie selbst betroffen, dann will MOSES Ihnen helfen, „Experte im Umgang mit Ihrer Epilepsie“ zu werden. Nehmen Sie als Angehöriger oder Freund eines Betroffenen teil, so soll MOSES Sie darin unterstützen, dessen Erkrankung besser zu verstehen. MOSES findet als Gruppenschulung statt, in der Themen aus dem Alltag von Menschen mit Epilepsie interaktiv erarbeitet, das heißt, im gemeinsamen Gespräch geklärt werden. MOSES stellt hierfür die notwendigen Hilfsmittel zur Verfügung. Der Unterricht und die Unterlagen für die Teilnehmer nehmen direkt Bezug auf das tägliche Leben von Menschen mit Epilepsie, auf häufig auftretende Fragen und Sorgen. Sie werden zudem vertraut gemacht mit Chancen und Grenzen der Epilepsiebehandlung. Bei MOSES geht es also um weit mehr als die Vermittlung von bloßem Faktenwissen.

Konkret möchte MOSES:

- den Menschen mit Epilepsie und ihren Angehörigen helfen, die Krankheit mit ihren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen besser zu verstehen,
- durch aktive Verarbeitung einen guten Umgang mit der Krankheit fördern,
- Hilfe zur Selbsthilfe leisten,
- Verständnis für psychosoziale Fragen und berufliche Aspekte wecken,
- dem Patienten helfen, „Botschafter seiner eigenen Krankheit“ und ein informierter Partner im therapeutischen Bemühen zu werden, damit er ein Leben mit möglichst wenigen Einschränkungen führen kann.



Das Schulungsprogramm MOSES umfasst neben der Einleitung, an deren Ende sich eine Liste von Fachausdrücken (Glossar) findet und einem Verzeichnis weiterführender Literatur im Anhang, neun Themenschwerpunkte, die schon erwähnten Module:

III. Wie ist MOSES aufgebaut?

- 1. Leben mit Epilepsie:** Lernen, von der Krankheit ausgelöste Gefühle wahrzunehmen und darüber zu sprechen. Wege kennen lernen zum besseren Umgang mit der Epilepsie.
- 2. Epidemiologie:** Häufigkeit und Verbreitung von Epilepsien im Vergleich zu anderen Erkrankungen. Vorstellung einiger Biografien von Menschen mit Epilepsie, die zeigen, dass sie meist genauso viel wie andere und manchmal sogar Außergewöhnliches leisten.
- 3. Basiswissen:** Behandlung von Kernfragen im Zusammenhang mit Epilepsie: Wie entstehen epileptische Anfälle? Welche Anfallsarten gibt es? Was sind Ursachen für epileptische Anfälle?
- 4. Diagnostik:** Vorstellung der wichtigsten Untersuchungsmethoden und diagnostischen Maßnahmen. Außerdem: Warum sind genaue Anfallsbeschreibungen für den Arzt so wichtig? Warum sollten Anfälle und Untersuchungsergebnisse stets ganz genau dokumentiert werden?
- 5. Therapie:** Neben dem Vorstellen vielfältiger Therapiemöglichkeiten Kennenlernen allgemeiner Richtlinien der medikamentösen Therapie und ihrer Umsetzung, Vermittlung von Informationen über die gängigsten Antiepileptika. Außerdem: Wie, wann und warum ist aktive Mitarbeit der Betroffenen notwendig? Wie können die Betroffenen ihre eigene Therapie am besten erklären?
- 6. Selbstkontrolle:** Wie lässt sich das Auftreten epileptischer Anfälle durch Selbstbeobachtung und Selbst-Handeln beeinflussen oder gar verhindern? Vermeidung von Anfallsauslösern und Erkennen von Vorgefühlen, Möglichkeiten der Anfallsabwehr und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Anfallsunterbrechung.
- 7. Prognose:** Der unterschiedliche Verlauf von Epilepsien, die mit Anfällen verbundenen Risiken, Abschätzen der Chancen auf Anfallsfreiheit und der Aussichten, nach Absetzen der Medikamente anfallsfrei zu bleiben. Besprechung der Situation von Menschen, bei denen sich völlige Anfallsfreiheit nicht erreichen lässt.
- 8. Psychosoziale Aspekte:** Information über die Auswirkung von Epilepsien auf Lebensgefühl, Alltag und Beruf, über Wege zur Stärkung des Selbstwertgefühls und zur Verbesserung der sozialen Kontakte, über die Möglichkeiten und Hilfen für Betroffene im Berufsleben und zur Rehabilitation. Weitere Themen sind: Schwerbehindertenausweis für Anfalls Kranke, Epilepsie und Führerschein. Abschließend werden Möglichkeiten seine Epilepsie in unterschiedlichen Situationen anzusprechen diskutiert.
- 9. Netzwerk Epilepsie:** Adressen von Anlaufstellen, bei denen Hilfen und Informationen rund um das Thema Epilepsie zu erhalten sind. Außerdem: Wie kann sich der Einzelne ein persönliches Netzwerk aufbauen?

Das Ihnen vorliegende Er-Arbeitungsbuch besteht aus diesen neun Teilen. Jedes Kapitel enthält informative Texte für Ihre eigene Nachbearbeitung und Vertiefung der einzelnen Schulungseinheiten sowie Er-Arbeitungsfelder, in die Sie individuell oder auf Anweisung des Trainers Ihre Antworten eintragen oder sich während der Diskussionen Notizen machen können. Das Er-Arbeitungsbuch ermöglicht Ihnen die aktive Mitarbeit während der Schulung, es vermittelt darüber hinaus Wissen und dient Ihrer Lernkontrolle.

Für Patienten in Österreich und in der Schweiz werden in den Kapiteln 8 'Psychosoziale Aspekte' und 9 'Netzwerk Epilepsie' die in diesen Ländern geltenden Besonderheiten in Form von Fußnoten oder zusätzlichen Textpassagen genannt.

Wer sind die Trainer, die das Programm durchführen? Facheinrichtungen wie Epilepsiekliniken, Epilepsieambulanzen, Neurologische Kliniken und niedergelassene Ärzte mit Schwerpunkt Epileptologie schlagen geeignete Personen vor, die dann an speziellen Trainerseminaren teilnehmen. Nur so ausgebildete Trainer erhalten die zum Programm MOSES gehörigen Trainerunterlagen mit den entsprechenden Materialien und werden von den Krankenkassen als „MOSES-Trainer“ akzeptiert. Trainer können u.a. Krankenschwestern und -pfleger, Medizinisch-technische und medizinische Fach-Assistenten, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Ärzte sein.

Dem eigens für den Einsatz in Kleingruppen ausgebildeten Trainer stehen gesondert entwickelte Unterrichtsmaterialien zur Verfügung.

IV. Welche Voraussetzungen sollten Sie für die Teilnahme an MOSES mitbringen?

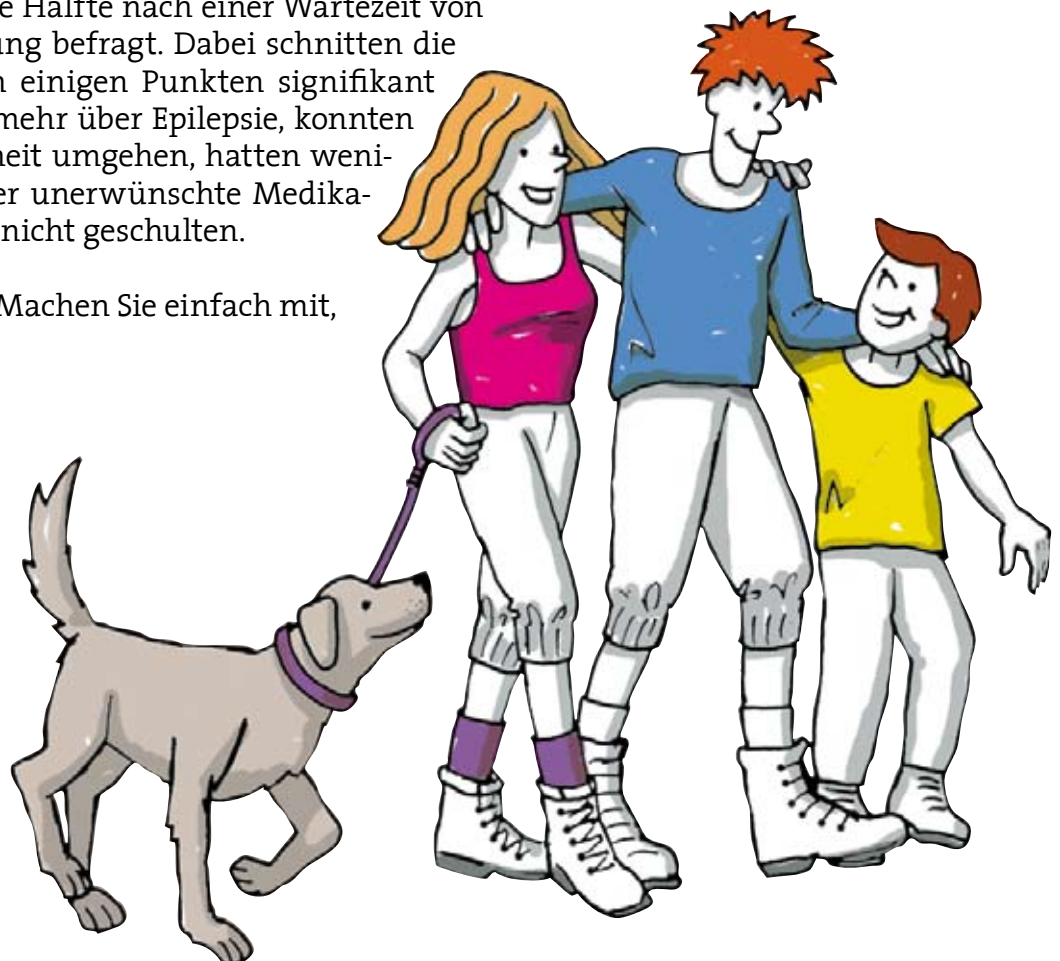
Alles Lernen ist nur so erfolgreich wie der „Schüler“ lernwillig ist. Die Motivation zur Teilnahme an MOSES müssen Sie also selbst mitbringen und dazu den ernsthaften Wunsch, sich mit der Erkrankung Epilepsie näher zu beschäftigen, sie besser verstehen und sich mit ihr mehr auseinander setzen zu wollen. Als Betroffener sollte Ihr Ziel sein, ein informierter, mitdenkender und eigenverantwortlicher Patient zu werden. Die Teilnahme an MOSES erfordert auch eine gewisse Disziplin: 8 bis 10 mal 90 Minuten nimmt das gesamte Programm in Anspruch, das heißt also, dass Sie zehn Abende oder ein bis zwei Wochenenden „opfern“ müssen. Natürlich kann sich die Gruppe auch für eine „abgespeckte“ Version entscheiden, das eine oder andere Kapitel ausfallen lassen oder sich nur einigen wenigen widmen. Das aber sind Notlösungen, denn den vollen Erfolg bringen nur die systematische Erarbeitung des Gesamtprogramms und die regelmäßige Teilnahme.

Die Initiatoren waren Frau Dr. S. Ried von der Schweizerischen Epilepsie-Klinik in Zürich und Herr O. Hibbeln, Dipl. Sozialwissenschaftler, Mainz. Nachfolgend entwickelte ein Expertenkreis (Kinder- und Erwachsenenepileptologen mit Schwerpunkt Epileptologie, Psychologen, Sozialarbeiter, Medizinsoziologen, Mitglieder von Selbsthilfegruppen und nationalen Epilepsieorganisationen) MOSES. Die von den Experten vorgelegten Texte wurden bezüglich ihrer didaktischen Umsetzung von einer „Exekutivgruppe“ in Kooperation mit der Agentur Dr. Schlegel, Steinhausen (Schweiz), die viel Erfahrung mit der Entwicklung von Patientenschulungsprogrammen hat, überarbeitet.

Erprobt wurde das Programm in fünf Akutstationen von Epilepsiezentren, in zwei Epilepsieambulanzen von Universitätskliniken und in einer Nervenarztpraxis mit ca. 200 Patienten. Die Trainer hatten zuvor an speziellen Trainerseminaren teilgenommen. Die Gruppengröße variierte zwischen 7 und 12 Teilnehmern, in einer Gruppe nahmen auch Angehörige von Patienten teil. Etliche Änderungsvorschläge, vor allem den didaktischen Aufbau des Programms betreffend, wurden nach dieser Pilotphase bei der nochmaligen Überarbeitung des Programms beachtet. Für die 2. und 3. Auflage erhielten die Autoren zahlreiche hilfreiche Verbesserungsvorschläge aus der Gruppe der aktiven MOSES-Trainer, die bei der Überarbeitung berücksichtigt wurden. Dafür danken die Autoren den Trainern, die dazu beigetragen haben, sehr herzlich.

1998 wurden die MOSES-Schulungen von T. May und M. Pfäfflin (Gesellschaft für Epilepsieforschung) in einem randomisierten, kontrollierten multizentrischen Studiendesign evaluiert. Daran waren 22 Zentren in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit 242 Patienten beteiligt. Etwa die Hälfte wurde 6 Monate nach der Schulung, die andere Hälfte nach einer Wartezeit von 6 Monaten ohne Schulung befragt. Dabei schnitten die geschulten Patienten in einigen Punkten signifikant besser ab: Sie wussten mehr über Epilepsie, konnten besser mit ihrer Krankheit umgehen, hatten weniger Anfälle und weniger unerwünschte Medikamentenwirkungen als die nicht geschulten.

Genug der Einführung. Machen Sie einfach mit, viel Erfolg!



V. Wie ist MOSES entstanden?

VI. Evaluation

Das „Modulare Schulungsprogramm Epilepsie“ wurde in enger Zusammenarbeit mit folgenden Experten entwickelt*:

Dr. med. Hartmut Baier	Abt. f. Epileptologie, ZfP Südwürttemberg	Ravensburg
PD Dr. med. Harald Broecker	Universitätsklinik Neurologie	Dresden
Dr. med. Dieter Dennig	Epileptologische Schwerpunktpraxis	Stuttgart
Klaus Göcke	Deutsche Epilepsievereinigung e.V.	Berlin
Dipl. Psych. Gerd Heinen	Psychologische Praxis	Berlin
Dr. med. Michael Lang	Neurologische Praxis	Ulm
Dr. med. Thomas Lenders	Universitätsklinik Epileptologie	Bonn
Dipl. Sozialarbeiterin FH Iris Ott	Schweizerisches Epilepsiezentrum	Zürich
Mag.a. Elisabeth Pless	Epilepsie und Arbeit gemeinnützige Beratungs und Entwicklungs GmbH	Graz
Prof. Dr. med. Dietz Rating	Universitäts-Kinderklinik	Heidelberg
Dr. rer. nat. Helmut Reith	Stiftung Michael	Hamburg
Dr. med. Sibylle Ried †	Schweizerische Epilepsie-Klinik	Zürich
Dr. phil. Christiane Schmid-Schönbein	Universitäts-Kinderklinik	Berlin
Dipl. Sozialpäd. Gisela Schüler †	Selbsthilfe von Anfallskranken e.V.	Berlin
Dr. med. Peter Schüller	Universitätsklinik Neurologie	Erlangen
Renate Schultner †	Redaktion „einfälle“	Berlin
Ursula Schuster	Landesverband der Epilepsie- Selbsthilfegruppen Baden-Württemberg	Stuttgart
Prof. Dr. theol. Hans J. Schwager †	Informationszentrum Epilepsie (IZE)	Bielefeld
Dr. med. Ulrich Specht	Epilepsie-Zentrum Bethel	Bielefeld
Prof. Dr. med. Ulrich Stephani	Universitäts-Kinderklinik	Kiel
Dr. med. Stefan Stodieck	Epilepsie-Zentrum Hamburg	Hamburg
Rupprecht Thorbecke, M.A.	Epilepsie-Zentrum Bethel	Bielefeld
Dipl. Psych. Rainer Wohlfarth	Pädagogische Hochschule	Freiburg

Derzeitige Autorengruppe

Dr. med. Hartmut Baier	Abt. f. Epileptologie ZfP Südwürttemberg	Ravensburg
Ingrid Coban, M.A.	Epilepsie-Zentrum Bethel	Bielefeld
Dr. med. Dieter Dennig	Epileptologische Schwerpunktpraxis	Stuttgart
Dipl. Psych. Mirijam Geiger-Riess	Abt. f. Epileptologie ZfP Südwürttemberg	Ravensburg
Gabriele Haferkamp	Schwerpunktpraxis Dr. Berkenfeld	Neukirchen- Vluyn
Dr. med. Frank Kerling	Krankenhaus Rummelsberg	Schwarzen- bruck
Dr. med. Brigitte Scheid	Epileptologische Schwerpunktpraxis	Leipzig
Dr. med. Ulrich Specht	Epilepsie-Zentrum Bethel	Bielefeld
Rupprecht Thorbecke, M.A.	Epilepsie-Zentrum Bethel	Bielefeld

Erprober*

Das vorliegende Schulungsprogramm wurde parallel zu seiner Entwicklung an verschiedenen Zentren (ambulant und stationär) in Deutschland, Österreich und der Schweiz von Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern, Pflegern und Ergotherapeuten erprobt. Dabei zeigte sich eine breite Akzeptanz der Schulung und eine hohe Zufriedenheit mit den einzelnen Schulungsmodulen. Die Inhalte wurden als sehr verständlich beurteilt. Besonders begrüßten viele Teilnehmer, dass sie durch die Methodik der Schulung zu eigenem Nach- und Umdenken und entsprechenden Konsequenzen im Alltag angeregt wurden.

Dr. med. Tamara Pung	Universitätsklinik Neurologie, Charité	Berlin
Dipl. Sozialpäd. Gisela Schüler †	Selbsthilfe von Anfallskranken e.V.	Berlin
Elke Wieglow	Universitätsklinik Neurologie, Charité	Berlin
Hartmut Dey	Epilepsie-Zentrum Bethel	Bielefeld
Marlena Rickertsen	Epilepsie-Zentrum Bethel	Bielefeld
Dr. med. David Buys	von Bodelschwingsche Anstalten Bethel	Breckerfeld
Dipl. Psych. Gudrun Jabold	von Bodelschwingsche Anstalten Bethel	Breckerfeld
Prof. Dr. med. Gerhard Luef	Neurologische Universitätsklinik	Innsbruck
Esther Roth	Epilepsie-Zentrum Kork	Kehl
Dipl. Psych. Josef Saar	Epilepsie-Zentrum Kork	Kehl
Mario Beszert	Epilepsie-Zentrum Kleinwachau e.V.	Liegau- Augustusbad
Elisabeth Burkhard	Epilepsie-Zentrum Kleinwachau e.V.	Liegau-A.
Lothar Dehn	Epilepsie-Zentrum Lobetal	Lobetal
Annette Krüger	Epilepsie-Zentrum Lobetal	Lobetal
Hermine Kandlhofer	Klinische Neurophysiologie, Neurologische Universitätsklinik	Graz
Dr. med. Charlotte Young	Universitätsklinik Neurologie	Münster
Dr. med. Michael Lang	Neurologische Praxis	Ulm
Dr. med. Angela Rosenbohm	Neurologische Praxis	Ulm
Carina Kourachi	Schweizerische Epilepsie-Klinik	Zürich
Petra Neff	Schweizerische Epilepsie-Klinik	Zürich

* Stand 2005

MOSES verzichtet nicht auf medizinische Fachbegriffe, da diese häufig auch bei Gesprächen mit Patienten gebraucht werden. Im Glossar werden diese aber in die Alltagssprache übersetzt. Länderspezifische Glossareinträge sind gekennzeichnet mit **D** (für Deutschland), **A** (für Österreich) und **CH** (für die Schweiz).

Absence	Ein generalisierter Anfall, bei dem der Patient kurz das Bewusstsein verliert, ohne Sturz oder Krampferscheinungen.
Add-on-Gabe	Zusätzliche Gabe eines Medikamentes zu einer bestehenden Medikation.
AHB	Anschlussheilbehandlung (D).
Alpha-Rhythmus	Vorherrschendes Wellenmuster des EEGs beim Gesunden im entspannten Wachzustand.
Anämie	„Blutarmut“; Verminderung der Anzahl und/oder des Blutfarbstoffgehalts der roten Blutkörperchen (Erythrozyten).
Anamnese	Geschichte der Krankheit.
Antiepileptika	Medikamente zur Behandlung epileptischer Anfälle.
Atonischer Anfall	Anfall mit plötzlichem Verlust der Muskelspannung, bei dem der Patient häufig zu Boden fällt.
Aura	Der vom Patienten bewusst erlebte Beginn eines Anfalls, z.B. ein aus dem Magen aufsteigendes Gefühl von Wärme, Enge oder Übelkeit oder ein Kribbelgefühl in der Hand. Wird oft als „Vorgefühl“ bezeichnet, ist aber genau genommen bereits der Anfallsbeginn. Die Aura entspricht somit einem einfach-fokalen Anfall.
Ausdosieren	Schrittweises Erhöhen der Medikamentendosis bis zur höchsten verträglichen Dosis.
Aut idem	Kästchen zum Ankreuzen/Durchstreichen für den behandelnden Arzt auf dem Rezeptformular um sicherzustellen, dass der Patient das verordnete Präparat und nicht ein anderes mit den gleichen Wirkstoff einer anderen Herstellerfirma bekommt. (Lateinisch: „auch Gleiches“).
Automotorischer Anfall	Von einigen Epileptologen verwendeter Begriff für einen komplex-fokalen psychomotorischen Anfall (s. dort).
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (A).

BG	Berufsgenossenschaft (D).
Bilateral konvulsiver Anfall	Andere Bezeichnung für generalisierten tonisch-klonischen Anfall.
BLL	Begutachtungsleitlinien.
Blutbild	Blutuntersuchung zur Bestimmung der weißen (Leukozyten) und roten (Erythrozyten) Blutkörperchen sowie der Blutplättchen (Thrombozyten).
Blutspiegel	Menge eines Medikamentes im Blut (Synonym: Serumspiegel).
Blutspiegelbestimmung	Messung der Menge eines Medikaments im Blut.
Compliance	Bereitschaft des Patienten, bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (zum Beispiel Tabletteneinnahme) zuverlässig mitzuwirken.
Computertomographie (CT)	Spezielle Röntgenuntersuchungsmethode, bei der computerunterstützt mehrere Aufnahmen eines Organs, zum Beispiel des Gehirns, zu einem Schnittbild zusammengesetzt werden. Mit Hilfe einer computertomographischen Untersuchung des Gehirns können Tumoren, Blutungen, Fehlbildungen oder sonstige Veränderungen der Hirnsubstanz erkannt werden.
CT	Abkürzung für Computertomographie, siehe dort.
DE	Abkürzung für Deutsche Epilepsievereinigung (D).
DGfE	Abkürzung für Deutsche Gesellschaft für Epileptologie (D).
Diagnose	Erkennung und Benennung einer Krankheit.
Dialeptischer Anfall	Von einigen Epileptologen verwendeter Begriff für einen fokalen oder generalisierten Anfall, der aussieht wie eine Absence (s. dort).
Dosis	Einnahmemenge eines Medikamentes.
Dyskognitiv	Störung der Wahrnehmung oder des Bewusstseins bei fokalen Anfällen.
EDÖ	Abk. für Epilepsie Dachverband Österreich (A).

EEG	Abk. für Elektroenzephalogramm, siehe dort.
Einfach-fokaler Anfall	Fokaler Anfall ohne Bewusstseinsstörung.
Einfach-partieller Anfall	= Einfach-fokaler Anfall.
Elektrode	Messfühler zur Ableitung von elektrischer Spannung, z.B. beim EEG an der Kopfhaut.
Elektroenzephalogramm (EEG)	Untersuchungsmethode zur Aufzeichnung von elektrischen Spannungsschwankungen des Gehirns – in der Regel mit Hilfe von auf die Kopfhaut aufgesetzten Elektroden.
Emotional	Gefühlsmäßig.
Enzyminduktion, enzyminduzierende Medikamente	Manche Medikamente, z.B. die Antiepileptika Carbamazepin, Phenytoin, Primidon oder Phenobarbital, bewirken im Leberstoffwechsel über eine vermehrte Produktion von Enzymen eine Beschleunigung des Abbaus von Medikamenten oder Wirkstoffen, deren Wirksamkeit dadurch abnimmt. Diesen Effekt nennt man Enzyminduktion.
Fieberkrämpfe	Durch Fieber ausgelöste epileptische Anfälle im Säuglings- und Kleinkindesalter (meist zu Beginn eines fieberhaften Infekts).
Fokaler Anfall	Anfall, der an einem umschriebenen Ort im Gehirn entsteht.
Fokus	Umschriebener Ort im Gehirn, von dem epileptische Anfälle ausgehen oder an dem man im EEG epilepsietypische Veränderungen erkennen kann (deutsch: Herd).
Folsäure	Zur B-Gruppe gehörendes Vitamin, zum Beispiel in der Milch, im Käse, in dunklem Blattgemüse und in der Hefe vorkommend.
Fotostimulation	Rhythmische Lichtblitze, die beim EEG eingesetzt werden, um bestimmte Veränderungen des EEG-Wellenbildes hervorzurufen, die man unter Ruhebedingungen nicht ausreichend erkennen kann.
Funktionelles MRT	Spezielle Form der Magnetresonanztomographie, bei der auf Schichtaufnahmen bestimmte Funktionszentren und deren genaue Lokalisation im Gehirn ohne Kontrastmittel sichtbar gemacht werden.

GdB	Grad der Behinderung (A, D).
Gelegenheitsanfall	Epileptischer Anfall, der durch eine akute Ursache (z.B. Vergiftung, Sauerstoffmangel, Blutzuckerabfall oder Fieber bei Kleinkindern) hervorgerufen wird.
Generalisierter Anfall	Anfall, bei dem von Beginn an das ganze Gehirn von der Anfallsaktivität erfasst ist.
Grand mal	Ältere Bezeichnung: großer Krampfanfall. Aktuell als generalisierter tonisch-klonischer Anfall bezeichnet.
Halbwertszeit	Die Zeit, nach der die Serumkonzentration eines Medikamentes ohne weitere Einnahme auf die Hälfte des ursprünglichen Wertes abgesunken ist.
Herd	= Fokus, siehe dort.
Hirnorganische Veränderungen	Veränderungen der geistigen Fähigkeit oder von Persönlichkeitszügen aufgrund von Schädigungen oder Funktionsstörungen des Gehirns.
Hirnstromkurve	Eine Bezeichnung für das Elektroenzephalogramm (EEG).
Hormonell	Hormone betreffend. Ein Hormon ist ein in einem Organ oder einer Drüse gebildeter Stoff, der in das Blut ausgeschüttet wird und in anderen Körperteilen wirkt.
Hypermotorischer Anfall	Anfall, der mit sehr heftigen Bewegungen einhergeht.
Hyperventilation	Tiefe und schnelle Atmung. Wird beim EEG eingesetzt, um bestimmte Veränderungen des EEG-Wellenbildes hervorzurufen, die man unter Ruhebedingungen nicht ausreichend erkennen kann.
Hyponatriämie	Absinken der Natriumkonzentration im Blut, zum Beispiel unter Einnahme von Carbamazepin oder Oxcarbazepin möglich.
Indikation	Anzeige; Grund, Umstand oder Notwendigkeit, eine bestimmte ärztliche Maßnahme durchzuführen.
Interaktion	Wechselwirkung, zum Beispiel zwischen Medikamenten.
Intramuskulär (i.m.)	In einen Muskel einspritzen (injizieren).

Intravenös (i.v.)	In eine Vene (ein Blutgefäß) einspritzen.
Invasiv	Untersuchungsmethoden, die unter die Körperoberfläche dringen.
IV	Invalidenversicherung (CH).
IPE	Abkürzung für Informationspool Epilepsie der DGfE (D).
Juvenile myoklonische Epilepsie	Epilepsieform mit generalisierten Anfällen. Es kommen typischerweise zwei Anfallsformen vor: Anfälle mit kurzen Zuckungen in den Armen ohne Bewusstseinsverlust (myoklonische Anfälle) und generalisierte tonisch-klonische Anfälle. Üblicherweise treten beide Anfallstypen nach dem morgendlichen Erwachen auf. Der Beginn der Epilepsie liegt meist zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr. Die Chancen, anfallsfrei zu werden, sind groß, allerdings ist das Risiko, dass nach Absetzen der Medikamente die Anfälle wiederkehren, hoch.
Kernspintomographie (KST)	Siehe Magnetresonanztomographie.
Klonisch	Rhythmische Zuckungen eines Muskels oder mehrerer Muskelgruppen.
Kognitive Fähigkeiten	Verschiedene Aspekte der geistigen Leistungsfähigkeit, z.B. Lernen, Gedächtnis oder Konzentration.
Kombinationstherapie	Gleichzeitige Einnahme von zwei oder mehreren Medikamenten.
Komplex-fokaler Anfall	Fokaler Anfall, bei dem das Bewusstsein des Patienten eingeschränkt ist.
Komplex-partieller Anfall	= Komplex-fokaler Anfall, siehe dort; manchmal auch komplexer Partialanfall genannt.
Konstitution	Körperliche und seelische Verfassung.
Kontraindikation	Gegenanzeige; Umstände (z.B. Lebensalter, Schwangerschaft, bestimmte Erkrankung etc.), die eine – an sich angezeigte – Maßnahme verbieten.
Kontrastmittel	Mittel, das z.B. bei der Computer- oder Kernspintomographie zur besseren Auflösung oder Darstellung verabreicht wird.

KST	Abkürzung für Kernspintomographie, siehe Magnetresonanztomographie.
Lennox-Gastaut-Syndrom	Eine nach den Epileptologen W.G. Lennox (USA) und H. Gastaut (Frankreich) benannte schwere Epilepsieform, die meist im 4. bis 8. Lebensalter beginnt und mit verschiedenen Anfallsformen einhergeht, insbesondere atypischen Absencen, Sturzanfällen und tonischen Anfällen (überwiegend im Schlaf auftretend)
Leukopenie	Verminderung der weißen Blutkörperchen (Leukozyten) im Blut.
Magnetresonanztomographie (MRT)	Untersuchungsverfahren, bei dem mittels Magnetfeldern dreidimensionale Schichtbilder des Gehirns (oder anderer Organe) erstellt werden. Synonym: KST (Kernspintomographie) oder engl. NMR (Nuclear Magnetic Resonance). Bei den meisten epileptologischen Fragestellungen für das Gehirn ist sie aussagekräftiger als ein CT.
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit (A, D).
Medikamenteninteraktion	Wechselwirkung zwischen Medikamenten.
Metabolit	Im Blut auftretendes Abbau- und/oder Umbauprodukt einer Substanz, z.B. eines Medikamentes.
Monitoring	Diagnostik unter engmaschiger Überwachung (bei Epilepsie meist mittels Video und EEG)
Monotherapie	Einnahme von nur einem Medikament.
Motorisch	Die Bewegung oder Bewegungsorgane betreffend.
MRT, MRI	Abkürzung für Magnetresonanztomographie bzw. Magnetresonanztomographie, siehe dort.
Muskeltonus	Der Spannungszustand eines Muskels.
Myoklonien	Kurze, unwillkürliche, blitzartige Muskelzuckungen; können isoliert oder in Serien auftreten.
Myoklonische Anfälle	Anfälle mit plötzlichen Zuckungen der Muskulatur; oft bei erhaltenem Bewusstsein.

Myoklonisch-astatische Anfälle	Anfälle mit zum Sturz führenden Muskelzuckungen.
Neuropsychologie	Fachgebiet, das sich mit den funktionellen Zusammenhängen zwischen bestimmten Hirnarealen und bestimmten geistigen Fähigkeiten und Verhaltensweisen beschäftigt und die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Hirnabschnitte untersucht.
Neuroradiologie	Ärztliches Fachgebiet, das sich mit der bildlichen Darstellung (z.B. MRT, CT) des Nervensystems beschäftigt.
NMR	Abkürzung für Nuclear Magnetic Resonance, siehe Magnetresonanztomographie.
Partieller Anfall	= Fokaler Anfall, siehe dort.
PET	Abk. für Positronen-Emissions-Tomographie, siehe dort.
Plazebo	Einem echten Arzneimittel in Aussehen, Geschmack usw. gleichendes Scheinmedikament ohne Wirkstoff.
Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	Untersuchungsverfahren zur Messung des Gehirnstoffwechsels mittels kurzdauernder Strahlung sogenannter Elementarteilchen. Darstellung in Form farbiger Schichtaufnahmen.
Prodromi	Vorboten.
Prognose	Aussichten für den Verlauf der Erkrankung.
Psychomotorischer Anfall	Komplex-fokaler Anfall, bei dem der Patient umdämmert wirkt und unpassende Handlungen (z.B. Nestelbewegungen, Kauen oder Schmatzen) vollführt.
Rektirole	Rektaltube, Tube zur Einführung von Medikamenten in den Enddarm.
Resorption	Aufnahme von gelösten Stoffen durch lebende Zellen, z.B. Aufnahme von einem Medikament aus dem Darmtrakt durch die Darmschleimhaut in das Blut.
Rezidiv	„Rückfall“, Wiederauftreten eines Anfalles nach einer anfallsfreien Zeit.
Schlaf-EEG	EEG-Ableitung während des Schlafs.

Schlaf-Grand mal	Großer epileptischer Anfall (generalisierter tonisch-klonischer Anfall), der aus dem Schlaf heraus auftritt.
Schlafentzugs-EEG	Ableitung eines Elektroenzephalogramms (EEG) nach ganz oder teilweise durchwachter Nacht.
Sedieren	Müde machen.
Sensorisch	Die Wahrnehmungen (z.B. Riechen und Hören) oder Wahrnehmungsorgane betreffend.
Serumkonzentration	Die Menge eines Medikamentes im Blut.
Serumspiegel	= Blutspiegel, siehe dort.
Simultan-Doppelbild-Aufzeichnung	= Video-EEG, siehe dort.
Single-Photonen-Emissions-Tomographie (SPECT)	Untersuchungsverfahren zur Messung der Gehirndurchblutung mittels schwach radioaktiver Substanzen. Darstellung in Form farbiger Schichtaufnahmen.
SPECT	Abkürzung für Single-Photonen-Emissions-Tomographie, siehe dort.
Spina bifida	„Offener Rücken“, Fehlbildung in Form einer Spaltbildung der Wirbelsäule, manchmal mit einer Fehlbildung des Rückenmarks einhergehend.
Status epilepticus	„Andauernder epileptischer Zustand“, hervorgerufen entweder durch einen ungewöhnlich langen epileptischen Anfall oder durch gehäuft sich wiederholende epileptische Anfälle mit sehr kurzen anfallsfreien Phasen, während denen der Patient sich nicht vollständig erholt. Ein Status epilepticus erfordert sofortige ärztliche Hilfe.
SUDEP	Sudden Unexpected Death in Epilepsy (Plötzlicher unerwarteter Tod bei Epilepsie)
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (CH).
Tagesdispenser	Dosierungsschachtel für einen Tag, Hilfe zur regelmäßigen Tabletteneinnahme.
Teratogenität	Erzeugung von Fehlbildungen bei Nachkommen.

Tiefe Hirnstimulation (THS)	Therapieverfahren (siehe auch VNS), bei dem eine in das Gehirn direkt implantierte Elektrode ähnlich wie beim Herzschrittmacher elektrisch stimuliert wird, um die Häufigkeit der Anfälle zu vermindern.
Thrombozytopenie	Verminderung der Blutplättchen (Thrombozyten) im Blut.
Toleranzentwicklung	Nachlassen der Wirkung oder Nebenwirkungen eines Medikamentes im Laufe der Zeit.
Tonisch	Anhaltende Anspannung der Muskulatur.
Tonischer Anfall	Anfall, der mit einer vermehrten Anspannung der Muskulatur einhergeht.
Tonisch-klonischer Anfall	Anfall, bei dem es zunächst zu einer Anspannung der Muskulatur mit anschließenden Muskelzuckungen kommt.
Tonus	Spannung, häufig mit Bezug auf Muskelspannung.
Tremor	Zittern.
Vagusnerv-Stimulation (VNS)	Therapieverfahren (siehe auch THS), bei dem der linke Nervus vagus (der 10. Hirnnerv) am Hals durch eine implantierte Elektrode ähnlich wie beim Herzschrittmacher elektrisch stimuliert wird, um die Häufigkeit der Anfälle zu vermindern.
Video-EEG	Simultane Doppelbildaufzeichnung (SDA), d.h. gleichzeitige Ableitung von EEG und Video-Aufzeichnung des Patienten; dient der Anfallsaufzeichnung.
Vorgefühl	= Aura, siehe dort.
West-Syndrom	Eine oft schwer behandelbare Epilepsieform des frühen Kindesalters, die nach dem englischen Arzt W. J. West benannt ist, die mit sogenannten Blitz-Nick-Salaam-Anfällen (BNS-Anfälle) einhergeht.
Wochendispenser	Dosierungsschachtel für eine Woche, Hilfe zur regelmäßigen Tabletteneinnahme.

