

# Differenzialdiagnose epileptischer und nicht- epileptischer Anfälle



*epilepsie*

*selbsthilfe*

*nrw*

## I Der Begriff „Diagnose und Differenzialdiagnose“

Die Differenzialdiagnose stellt die Bestimmung einer besonderen Erkrankung dar, wobei unterschiedliche Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen voneinander abgegrenzt werden.

Bei Erkrankungen mit ähnlichem Krankheitszeichen (Symptomatik) wird auf Grund der Beschwerden des Patienten zunächst eine Verdachtsdiagnose erstellt, die dann im weiteren Verlauf der ärztlichen Untersuchungen bestätigt wird. Die Benennung einer Erkrankung (Diagnose) kann bereits auf Grund von Patientenschilderungen erfolgen. Meistens sind jedoch zusätzliche Untersuchungen erforderlich, um die Diagnose zu bestätigen und die Ursache für das individuell vorliegende Krankheitsbild zu erkennen. Ergänzend zu der Erfassung der Krankheitsgeschichte mit Auftreten der ersten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf erfolgt eine körperliche Untersuchung und je nach individuellen Gegebenheiten weitere Labordiagnostik. Möglichst vollständige und klare Schilderungen des Erscheinungsbildes eines Anfalles und der Krankengeschichte durch die Betroffenen sind für die Differenzialdiagnose eine wichtige Voraussetzung.

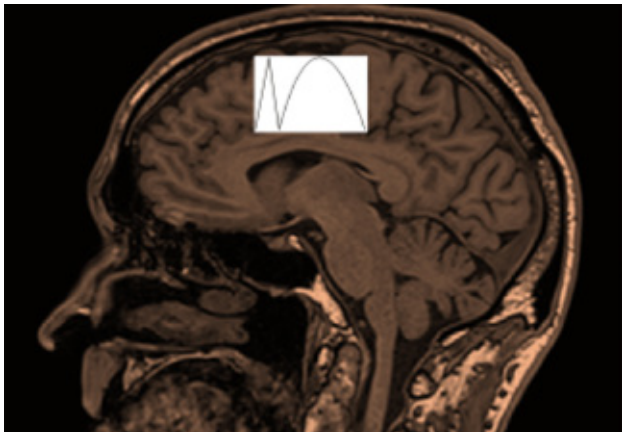


Abb. 1: Epileptischer Anfall  
Gesteigerte Nervenzellentladung; im EEG sichtbar als Spitze Welle

## II Die Differenzialdiagnose von epileptischen und nicht epileptischen Anfällen.

Bei Anfällen mit plötzlich auftretenden Bewusstseins- oder Verhaltensstörungen sind epileptische Anfälle insbesondere von nicht epileptischen Synkopen oder psychisch bedingten Anfällen zu unterscheiden.

Ein epileptischer Anfall weist abnorm starke elektrische Entladungen vieler gleichzeitig aktiver Nervenzellen auf. Die anfallsartig auftretenden massiven elektrischen Entladungen können in verschiedenen Hirnregionen vorkommen. Je nach betroffener Hirnregion entstehen charakteristische Anfallssymptome.

Bei der Synkope kommt es durch Störungen im Herz-Kreislaufsystem zu einer kurzen Minderdurchblutung des Gehirnes. Da die Nervenzellen einen Sauerstoffmangel aufweisen, kommt es zu einem Funktionszusammenbruch des Gehirnes mit vorübergehender Bewusstlosigkeit.



Abb. 2: Synkope  
Vorübergehende kurze Minderdurchblutung des Gehirns durch Absacken des Blutes in untere Körperabschnitte oder Störung des Herzrhythmus. Dadurch erhält das Gehirn für Sekunden zu wenig Blut. Die Hirnfunktion bricht kurzfristig zusammen.

Bei psychogenen, nicht epileptischen Anfällen liegt keine epileptische Entladung oder Sauerstoffmangelversorgung im Anfall vor. Der Anfall entsteht durch psychische Probleme.

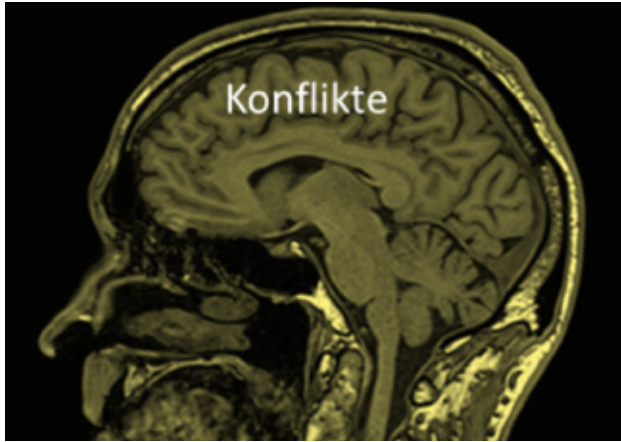


Abb. 3: Psychogener (dissoziativer) Anfall  
Seelisch bedingter nicht epileptischer Anfall durch unbewältigte Erlebnisse, Konflikte.

Oft sind die psychischen Störungen unbewusst. Häufig liegt eine dissoziative Störung vor, dann wird von dissoziativen Anfällen gesprochen. Dissoziation bedeutet Auseinanderfallen und Entkopplung von z.B. Wahrnehmung, Bewusstsein und/oder Bewegungsfunktion. Andere psychogene Anfälle können im Gefolge gedanklicher Fehldeutungen körperlicher Wahrnehmungen entstehen. Sie treten oft bei Panikstörungen oder auch bei Einnahme von Drogen auf. Schließlich sind Wutanfälle beim Kind und Erwachsenen zu erwähnen. Hier kann sich das „kognitive „Gehirn nicht gegen das „Emotionale Gehirn“ durchsetzen. Bei Kleinkindern kann im Affektkrampf dabei der Atem bis zu einer Minute angehalten werden, und das Kind wird blau und bewusstlos.

### III Erscheinungsbilder einzelner

#### Erkrankungen

##### a) Epileptische Anfälle

Sie können mit einer Vielfalt von Symptomen ohne oder mit Bewusstseinsstörungen auftreten. Am augenfälligsten ist der große tonisch

klonische Anfall. Hierbei kommt es zum Bewusstseinsverlust und unwillkürlichen verkrampfenden Bewegungen. Zumeist verspannt sich zuerst die Muskulatur für einige Sekunden (tonische Anfallsphase), dann kommt es zu rhythmischen Zuckungen (klonische Phase). Die Zuckungen sind anfangs schnell und ebbten allmählich ab. Diese unwillkürlichen Bewegungen dauern bei einem Anfall meist nicht länger als 2,5 Minuten. Anschließend kann eine längere Verwirrtheit vorliegen. Sie gehört nicht mehr zum Anfall, sondern ist Ausdruck der erschöpften Hirnfunktion durch die zuvor im Anfall enorme Aktivierung der Nervenzellen. Dieser Erschöpfungszustand des Gehirns nach einem Anfall wird nicht selten als noch bestehender Anfallszustand verkannt. Dadurch wird die Dauer des eigentlichen Anfalles falsch eingeschätzt.

Epileptische Anfälle können jedoch auch weniger massiv auftreten. Bei „kleineren“ Anfällen können Betroffene nicht reagieren, bekommen den Anfall nicht mit und Schmatzen oder bewegen Hände bzw. Beine wiederholt automatisch. Ebenso können eine Gefühlsstörung, umschriebene Zuckungen an einer Körperstelle, Sprach-, Seh- (z.B. farbige Kreise) oder Hörstörung (z.B. Rauschen, Töne), verzerrte Raumwahrnehmung oder vegetatives Symptom (z.B. Herzrasen, Gänsehaut) auftreten.

Als Anfallswarnung vor eintretender Bewusstlosigkeit kann eine Aura vorliegen. Hierbei wird bewusst ein Anzeichen wahrgenommen, z.B. ein aufsteigendes Gefühl vom Bauch mit oder ohne Übelkeit, ein Déjà Vu (es wird etwas wahrgenommen, von dem man fälschlicherweise glaubt, es schon erlebt zu haben) o.ä. Es können auch Dämmerzustände auftreten, bei denen Patienten nur verlangsamt reagieren, schwer besinnlich oder verwirrt sind, ohne dass andere Anfall-Symptome vorliegen. Meistens sind die Augen während eines epileptischen Anfalles geöffnet. Über die Klassifikation epileptischer Anfälle informiert detailliert die Broschüre „Epilepsie besser verstehen“.

## b) Synkope

Bei einer Synkope sind die Betroffenen plötzlich für kurze Zeit bewusstlos und weisen einen Verlust der Haltungskontrolle auf. Die Dauer einer Synkope beträgt weniger als 30 Sekunden. Die Ohnmacht kann zum Sturz führen. Zuvor kann es zu einem schwarz oder dunkel Sehen kommen. Die Augen sind geöffnet, der Blick geht oft nach oben. Manchmal wird über Schwitzen oder Übelkeit berichtet. Auch bei einer Synkope können kurz rhythmische Muskelzuckungen auftreten. Eine anhaltende initiale tonische Muskelanspannung fehlt. Das für einen tonisch-klonischen großen epileptischen Anfall typische Bewegungsmuster kommt nicht vor. Ursachen können z.B. in Blutdruckabfall, längerem Stehen mit Verlagerung des Blutes in tiefere Körperbereiche oder Herzrhythmusstörungen bestehen. Eine Blutzuckeruntersuchung ist der Untersuchung zum Ausschluss einer Unterzuckerung bei allen Ohnmachten sinnvoll.

## c) Psychogener pseudoepileptischer Anfall

Psychogene Anfälle können ähnlich wie epileptischen Anfälle in Erscheinung treten. Dadurch kann die richtige Diagnose erschwert sein. Häufig bestehen emotionale Auslöser. Der Beginn ist oft allmählich, das Ende ebenfalls nicht abrupt. Die Betroffenen reagieren zu 90% nicht, sind aber nicht bewusstlos. Die Augen sind häufig geschlossen. Die Bewegungen sind regellos, asymmetrisch, wechseln die Körperseite und sind in ihrer Ausprägung an- und abschwellend. Die Dauer kann Minuten bis Stunden betragen. Ein seitlicher Zungenbiss spricht gegen einen psychogenen Anfall

*Verschiedene psychische Mechanismen bei psychogenen pseudoepileptischen Anfällen.*

Psychogene Anfälle stellen einen Sammelbegriff seelisch bedingter Anfälle dar, die willentlich nicht beherrschbare Symptome aufweisen. Zur genaueren Unterscheidung der Ereignisse ist eine Differenzierung erforderlich.

## 1. Dissoziativer Anfall

Beim dissoziativen Anfall findet ein psychischer Prozess statt mit Entkopplung von z.B. Wahrnehmung, Bewusstsein und/oder Bewegungsfunktion. Verschiedene Gründe wie nicht verarbeitete traumatische Erlebnisse, soziale Schwierigkeiten, Verlustsituationen oder sonstige psychische Fehlentwicklung können zu dissoziativen Anfällen führen. Dabei kommt einer verminderten Kontrolle von Emotionen Bedeutung zu. Sie können in Ruhesituationen, mit Mehratmung oder dem Gefühl, dass sie von ihrem Körper entfremdet sind oder Gegebenheiten in der Umwelt nicht wirklich sind (Depersonalisation, Derealisation) auftreten.

## 2. Panikattacken

Hierbei treten Anfälle mit starker Angst, Herzklopfen, Schwitzen und Zittern auf. Es handelt sich um eine überschießende Angstreaktion bei gedanklichen Fehldeutungen stressbehafteter Erlebnisse im Rahmen einer Verlustsituation oder einem Aufschaukelungsprozess körperlicher Wahrnehmung.

Psychogene Panikattacken müssen durch spezielle Zusatzuntersuchungen von epileptischen Anfällen mit Panik-Symptomen, Herzerkrankungen oder Hormonstörungen abgegrenzt werden.

## 3. Wutanfälle

Schließlich sind Wutanfälle beim Kind und Erwachsenen zu erwähnen. Hier kann sich das „kognitive“ Gehirn nicht gegen das „Emotionale Gehirn“ durchsetzen. Bei Kleinkindern kann im Affektkrampf dabei der Atem bis zu einer Minute angehalten werden und das Kind wird blau und bewusstlos. Ursachen für Wutanfälle sind Machtkämpfe, um den Willen durchzusetzen und Aufmerksamkeit zu erhalten oder eine Frustration.

## 4. Simulierter Anfall

Hierbei handelt es sich nicht um einen psychogenen Anfall im eigentlichen Sinn, sondern um einen bewusst vorgetäuschten Anfall.

## IV Maßnahmen zur Diagnose

### Sicherung

Die Sicherung der Diagnose beruht auf mehreren Schritten.

Zunächst wird ärztlicherseits eine gründliche Erhebung der Krankengeschichte vorgenommen. Dazu gehört der Verlauf der jetzigen Erkrankung aber auch sonstiger Erkrankungen und Krankheiten in der Familie. Bei Anfallserkrankungen ist es besonders wichtig, dass die Personen, die den Anfall beobachtet haben, befragt werden. Außerdem sind selbst oder durch andere Beobachter aufgezeichnete Videoaufnahmen hilfreich.

Häufig wurden in der Zwischenzeit vom Anfall bis zum Arztbesuch wichtige Details vergessen und Fremdbeobachter können nicht mehr kontaktiert werden. Daher sollten möglichst bald Notizen gemacht werden. Details hierzu werden in der Broschüre Betreuungspfade bei Epilepsie ausführlich erläutert.

Ergänzend zur allgemeinkörperlichen Untersuchung erfolgt eine neurologische Untersuchung mit Erhebung auch des psychischen Befundes und Ableitung der Hirnströme mit dem Elektroenzephalogramm (EEG). Durch das moderne Computertomogramm (CT) und die Magnet Resonanz Tomographie (MRT) kann man sozusagen auf und in das Gehirn blicken. Durch diese patientenschonenden, nicht invasiven Untersuchungsverfahren können Gehirnveränderungen, die zu epileptischen Anfällen führen erkannt werden. Bei solchen Gehirnveränderungen handelt es sich zum Beispiel um Hirnverletzungen, Durchblutungsstörungen, Tumoren oder anlagebedingte Veränderungen. Im Hinblick auf Synkopen wird eine Herz-Kreislauf-Untersuchung durchgeführt. Weiterführende Laboruntersuchungen richten sich nach der jeweiligen Krankheitssituation. Eine Blutzuckeruntersuchung wird im Rahmen der Erstuntersuchung durchgeführt. Bei psychogenen (dissoziativen) Anfällen erfolgt eine psychologische Diagnostik. Kann mit diesen Untersuchungen noch keine Diagnose erstellt werden, folgt in einem nächsten

Schritt eine Simultane Video-EEG/EKG Langzeit Ableitung. Dabei werden Elektroden aufgeklebt, die kontinuierliche Tag-Nacht Ableitungen über 24 Stunden bis zu einer Woche erlauben. Durch den aufgezeichneten Anfall können die Anfalls-symptome eindeutig erfasst und mit dem gleichzeitig aufgezeichneten EEG-EKG ausgewertet werden. Dadurch lassen sich die epileptischen von den nichtepileptischen Anfällen in hohem Maße abgrenzen.



Abb. 4: EEG

Das Verhalten und die Hirnströme werden auf einer speziell personell ausgestatteten Station Tag und Nacht kontinuierlich aufgenommen. Video-EEG Langzeit Aufzeichnung. Patientenverhalten und Hirn- sowie Herzaktivität wird gleichzeitig aufgezeichnet und kann wiederholt ausgewertet werden.

Außerdem gibt es neuere technische Möglichkeiten, Langzeit EEG-Ableitungen ambulant durchzuführen. Diese können mit „Home Video“ Aufzeichnungen kombiniert werden. Bei der Radiotelemetrie werden Hirnströme durch einen kleinen Sender verstärkt und drahtlos mit Hilfe von Radiowellen zur Empfangsstation übermittelt.

### V Weitere anfallsartige Ereignisse zur Differentialdiagnose

Abgesehen von Synkopen und psychogenen Anfällen sind andere attackenweise auftretende Erkrankungen zu erkennen.



## Transitorische ischämische Attacke

Bei der Transitorischen ischämischen Attacke kommt es zu einer kurzfristigen Mangeldurchblutung eines Hirngebietes mit neurologischen Störungen. Symptome können eine vorübergehende Lähmung oder Sprachstörungen sein.

## Migräne

Die Migräne ist durch oft pulsierende, meist einseitige Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen sowie Licht-, Geruchs- und Lärmempfindlichkeit gekennzeichnet. Die Dauer beträgt Stunden bis Tage. Auch hier kann initial eine „Aura“ auftreten. Oft handelt es sich um schwarz-weiß-zackenförmige Sehstörungen, die sich im Gesichtsfeld ausbreiten oder um ein Taubheitsgefühl.

## Nichtepileptische anfallsartige Ereignisse im Schlaf

### a) Narkolepsie

Tagsüber besteht eine überwältigende Schläfrigkeit mit wiederholtem unvermitteltem Einschlafen. Zusätzlich treten plötzliches Erschlaffen von Muskeln auf, die bis zum Sturz führen können (Kataplexie, oft seelischer Erregung, Lachschlag). Seltener können vorübergehende Lähmungen im Schlaf hinzukommen (Schlaf lähmung) oder Halluzinationen.

### b) REM, Schlaf- Verhaltensstörung (REM behaviour disorder RBD)

In einer bestimmten Schlafphase (REM rapid eye movements) kommt es bei gesunden Menschen zur Erschlaffung der Muskulatur und zu Träumen. Bei Betroffenen treten heftige Träume auf, bei denen ein Angriff erlebt wird und sie sich im Traum verteidigen müssen. Die Muskulatur erschlafft nicht, so dass es zu zielorientierten Bewegungen oder „um sich boxen“ bzw. treten kommt. Diese und andere Schlafstörungen werden durch spezielle Video-polygrafische (Hirnstrom-, Muskelaktivität-, Augenbewegungen, Atmung, EEG) Ableitungen in einem Schlaflabor untersucht.

## Nichtepileptische Bewegungserkrankungen (movement disorders)

Sie sind durch starke unkontrollierte, abnormale Bewegungen bei erhaltenem Bewusstsein geprägt. Sie werden zum Teil durch genetische Untersuchungen unterschieden.

Ein plötzlich auftretendes Anfallsereignis erfordert eine neurologische Untersuchung. Falls diese keine eindeutige Diagnose erlaubt, sind zusätzliche Untersuchungen in einem Epilepsiezentrum angebracht. Langzeit Video-EEG Ableitungen ermöglichen dann häufig eine klare Diagnose. In 16-23% konnte die Diagnose geklärt werden und bei 5-20% der Betroffenen kommen sowohl epileptische als auch nichtepileptische Anfälle bei ein und derselben Person vor.

Unter: [www.epilepsie-online.de](http://www.epilepsie-online.de) finden Menschen mit Epilepsie und Angehörige weiterführende Informationen und Kontakte.

## Quellen und Literaturhinweise:

Porschen, T. und Stefan, H. Epilepsie besser verstehen, Informationsbroschüre Landesverband Epilepsie-Selbsthilfe Nordrhein-Westfalen 2019

Porschen, T. und Stefan, H. Betreuungspfad bei Epilepsie Informationsbroschüre Landesverband Epilepsie-Selbsthilfe Nordrhein-Westfalen 2020

Reuber, M., Fernandez, G., Bauer, F., Diagnostic delay in psychogenic non epileptic seizures. Neurology 2002; 58:493-495

Schmitt, F., Stefan, H., Holtkamp, M. Epileptische Anfälle und Epilepsien im Erwachsenenalter. Springer Verlag 2021

Stefan, H., Hopfengärtner, R. Epilepsy monitoring for therapy Clin Neurophysiol 2009;120:63-65

Xu, Y. et al. Frequency of false positive diagnosis epilepsy Seizure 2016;41:167-174

## Impressum:

Thomas Porschen  
und Prof. Dr. med. Hermann Stefan

Landesverband für Epilepsie Selbsthilfe  
Nordrhein-Westfalen e.V.

Höninger Weg 361

50969 Köln

E-Mail: [kontakt@epilepsie-online.de](mailto:kontakt@epilepsie-online.de)

[www.epilepsie-online.de](http://www.epilepsie-online.de)

Gefördert nach §20h SGB V durch  
die KNAPPSCHAFT

