

Journal für

# Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/  
JNeuroINeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Kommentar zu den neuen  
Epilepsie-Leitlinien der Deutschen  
Gesellschaft für Neurologie**

Baumgartner C

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2009; 10 (3), 4-5

Homepage:

**www.kup.at/**

**JNeuroINeurochirPsychiatr**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Indexed in  
**EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS**

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

# 76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen  
Gesellschaft für Neurochirurgie



**2025**  
1.–4. Juni  
**HANNOVER**

[www.dgnc-kongress.de](http://www.dgnc-kongress.de)

Im Spannungsfeld zwischen  
Forschung und Patientenversorgung

**PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!**



Deutsche  
Gesellschaft für  
Epileptologie



# 64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

**10.–13. Juni 2026**  
**Würzburg**



---

# Kommentar zu den neuen Epilepsie-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Eine Expertengruppe der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) hat die Leitlinien zur Diagnose und Therapie von Epilepsien im Erwachsenenalter Ende 2008 aktualisiert [1]. Die Kernpunkte dieser Leitlinien sollen im Folgenden kurz zusammengefasst und kommentiert werden.

## ■ Epilepsiedefinition

Die Internationale Liga gegen Epilepsie hat eine neue Epilepsiedefinition vorgeschlagen [2], wobei nunmehr für die Diagnose einer Epilepsie nur noch ein Anfall nötig ist, wenn zusätzlich durch einen entsprechenden EEG-Befund (z. B. 3/s-Spike-Waves) oder MRT-Befund (z. B. Ammonshornsklerose oder Tumor) eine erhöhte Epileptogenität als wahrscheinlich angenommen werden kann.

## ■ Initialtherapie von fokalen Epilepsien

Für die initiale Therapie von fokalen Epilepsien sind mittlerweile Lamotrigin, Levetiracetam, Topiramate, Valproat, Gabapentin, Carbamazepin, Oxcarbazepin und Phenytoin zugelassen. Grundsätzlich ergibt sich kein wesentlicher Wirksamkeitsunterschied zwischen den einzelnen Substanzen (mit Ausnahme von Gabapentin, das weniger wirksam zu sein scheint). Allerdings sind die neuen Antiepileptika im Allgemeinen besser verträglich als die Standard-Antiepileptika [3]. In einer großen, offenen, randomisierten kontrollierten Studie (SANAD-Studie) wurden Carbamazepin, Gabapentin, Lamotrigin, Oxcarbazepin und Topiramate verglichen, wobei die klinische Praxis möglichst realistisch nachvollzogen werden sollte. Für die eine primäre Zielvariable – Zeit bis zum Behandlungsabbruch aufgrund von mangelnder Wirksamkeit oder nicht tolerierbaren Nebenwirkungen (= Effektivität) – war Lamotrigin signifikant besser als Carbamazepin, Gabapentin und Topiramate, im Vergleich zu Oxcarbazepin ergab sich ein nicht-signifikanter Vorteil. Bei der anderen primären Zielvariablen – Zeit bis zu einer 12-monatigen Remission – war Carbamazepin signifikant wirksamer als Gabapentin und zeigte einen nicht-signifikanten Vorteil gegenüber Lamotrigin, Topiramate und Oxcarbazepin [4]. Die Leitlinien der DGN empfehlen deshalb aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils, der Pharmakokinetik mit geringem bis fehlendem Interaktionspotenzial und fehlender Enzyminduktion, der günstigen Beeinflussung von Komorbiditäten und des breiten Wirkungsspektrums Lamotrigin und Levetiracetam für die Initialtherapie der fokalen Epilepsien.

## ■ Initialtherapie von generalisierten oder unklassifizierbaren Epilepsien

In der SANAD-Studie für generalisierte bzw. unklassifizierbare Epilepsien wurden Valproat, Lamotrigin und Topiramate verglichen. Für die eine primäre Zielvariable – Zeit bis zum Behandlungsabbruch (= Effektivität) – war Valproat signifikant besser als Topiramate, im Vergleich zu Lamotrigin ergab sich ein nicht-signifikanter Vorteil. Bei der anderen primären Zielvariablen – Zeit bis zu einer 12-monatigen Remission – war Valproat signifikant wirksamer als Lamotrigin, gegenüber Topiramate ergab sich kein signifikanter Unterschied [5]. Demgemäß wird seitens der DGN bei generalisierten oder unklassifizierbaren Epilepsien weiterhin Valproat als bevorzugtes Mittel der ersten Wahl empfohlen. Die Vorteile von Valproat müssen allerdings angesichts des teratogenen Risikos und der negativen Effekte auf die langfristige kognitive Entwicklung von Kindern, die in utero einer Valproat-Exposition ausgesetzt wurden, relativiert werden [6]. Alternativen sind hier Lamotrigin, Topiramate und Levetiracetam.

## ■ Langfristige antikonvulsive Behandlung

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass ca. 60 % der Epilepsiepatienten lebenslang ein Antikonvulsivum einnehmen müssen. Deshalb kommt insbesondere der Wahl des ersten Antikonvulsivums entscheidende Bedeutung zu, da ca. 50 % der Patienten unter dem ersten Antikonvulsivum anfallsfrei werden und bei bestehender Anfallsfreiheit eine Therapieumstellung immer schwerer durchzuführen ist. Insbesondere aufgrund der günstigeren Pharmakokinetik ist den modernen Antikonvulsiva der Vorzug zu geben. Die klassischen Antikonvulsiva wie Carbamazepin, Phenytoin und Phobarbital führen zu einer signifikanten Enzyminduktion, was zu einer Wirkungsabnahme von oralen Kontrazeptiva, Antikoagulantien, Zytostatika, Immunsuppressiva, Statinen u. a. führen kann. Zudem werden auch negative Einflüsse auf den Knochenstoffwechsel diskutiert.

## ■ Behandlung von älteren Epilepsiepatienten

Bei älteren Patienten sollten entsprechend der aktuellen Studienlage [7, 8] und gemäß den Empfehlungen der Internationalen Liga gegen Epilepsie [3] bevorzugt Gabapentin und Lamotrigin eingesetzt werden. Daneben wird auch Levetiracetam aus pharmakologischen Überlegungen von Experten empfohlen, wofür allerdings keine Studiendaten vorliegen.

## ■ Behandlung von Frauen im gebärfähigen Alter

Bei Frauen im gebärfähigen Alter sind einerseits Interaktionen mit der Pille und andererseits eine mögliche Schwangerschaft bei der Wahl des Antiepileptikums zu berücksichtigen. Die folgenden Antiepileptika vermindern die Wirksamkeit von oralen Kontrazeptiva: Carbamazepin, Oxcarbazepin, Phenytoin, Phenobarbital, Primidon, Topiramaten (ab einer Dosis > 200 mg/d). Für die folgenden Antiepileptika ergeben sich hingegen keine Interaktionen mit oralen Kontrazeptiva: Gabapentin, Lacosamid, Lamotrigin, Levetiracetam, Pregabalin, Tiagabin, Valproat, Vigabatrin, Zonisamid. Zu beachten ist allerdings, dass die Pille umgekehrt den Serumspiegel von Lamotrigin signifikant absenkt.

Eine Monotherapie bringt im Allgemeinen kein erhöhtes Risiko für das Auftreten von großen Missbildungen mit sich. Die einzige Ausnahme mit einem erhöhten teratogenen Risiko ist Valproat in einer Tagesdosis > 1000 mg. Eine Kombinationstherapie sollte nach Möglichkeit vermieden werden. Der teratogene Effekt ist nur bis zur 12. Schwangerschaftswoche gegeben. Die Gabe von Folsäure in einer Tagesdosis von 5 mg ist empfehlenswert. Eine Schwangerschaft führt zu einem signifikanten Abfall des Lamotriginspiegels, eine entsprechende Dosisanpassung ist deshalb erforderlich. Für alle Antikonvulsiva sollten ab der 20. Schwangerschaftswoche in 4-wöchigen Abständen Serumspiegelkontrollen erfolgen. Die Geburt ist unproblematisch, eine Epilepsie ist keine Indikation für eine Sectio. Stillen ist erlaubt, die Frauen sollten dazu ermutigt werden [9].

## ■ Generika

Grundsätzlich liegen die zulässigen Unterschiede in der Bioverfügbarkeit von Generika gegenüber dem Originalpräparat bei 25 % nach oben und 20 % nach unten, d. h. bei 80–125 %. Schwankungsbreiten von 10–20 % kommen bei vielen Patienten bei Mehrfachmessungen und wechselndem Einnahmezeitpunkt eines Medikaments vor und sind somit nicht als besonders kritisch zu werten. Grundsätzlich spricht nichts gegen die Verwendung eines Generikums, da bei jedem Patienten der optimale Wirkspiegel ohnehin individuell festzulegen ist. Ein einmaliger Wechsel vom Originalpräparat zu einem Generikum kann aus ökonomischen Gründen – nach Abwägung der individuellen Risikosituation – diskutiert werden, sollte aber bei anfallsfreien Patienten vermieden werden. Jedenfalls sollte ein ständiger Wechsel zwischen Originalpräparat und Generikum sowie von einem Generikum auf ein anderes vermieden werden.

## ■ Epilepsiechirurgie

Bei ca. 35 % der Patienten mit fokalen Epilepsien gelingt mit einer medikamentösen Therapie keine befriedigende Anfallskontrolle. Falls bei diesen Patienten im Rahmen der prächirurgischen Epilepsiediagnostik die Lokalisation derjenigen Hirnregion gelingt, von der die Anfälle ihren Ausgang nehmen („Fokuslokalisation“), kann durch einen resektiven epilepsiechirurgischen Eingriff in vielen Fällen Anfallsfreiheit und somit eine Heilung erreicht werden. Die überwiegende Mehrzahl der chirurgischen Eingriffe erfolgt im Schläfenlappen, wobei hier Anfallsfreiheit bei > 60 % der Patienten erzielt werden kann. Die überlegene Wirksamkeit epilepsiechirurgischer Verfahren bei Temporalappenepilepsie gegenüber der rein medikamentösen Weiterbehandlung ist durch eine randomisierte Studie belegt [10]. Dies führte auch zu entsprechenden Empfehlungen der „American Academy of Neurology“, der „American Epilepsy Society“ und der „American Association of Neurological Surgeons“ [11].

Leider erfolgt die Zuweisung von Patienten im Erwachsenenalter zur Epilepsiechirurgie außerordentlich spät. Die Leitlinienempfehlung ist daher, Epilepsiepatienten nach dem Versagen des zweiten oder dritten Medikaments, spätestens aber nach 5 Jahren vergeblicher Therapie, einem Spezialzentrum zuzuweisen, das auch epilepsiechirurgisch tätig ist, um die Frage der Operabilität des Anfallsleidens zu prüfen.

## ■ Vagus-Nerv-Stimulation

Die Vagus-Nerv-Stimulation (VNS) stellt bei Patienten mit medikamentös therapierefraktärem Anfallsleiden, die für einen epilepsiechirurgischen Eingriff nicht infrage kommen bzw. bei denen eine



Ch. Baumgartner

Operation keinen Erfolg erbrachte, eine mögliche therapeutische Option dar. Weltweit sind mehr als 100.000 Stimulatoren implantiert worden. Die VNS ist ein palliatives Verfahren und führt bei ca. 20–40 % der Patienten (in offenen Studien bei bis zu 50 % der Patienten) zu einer mehr als 50%-igen Anfallsreduktion. Anfallsfreiheit kann jedoch nur in Ausnahmefällen erreicht werden. Die Vagus-Nerv-Stimulation hat zusätzlich den potenziellen Vorteil eines antidepressiven Effekts.

### ■ Beendigung der Therapie

Generell sollte frühestens nach 2-jähriger Anfallsfreiheit ein Absetzversuch unternommen werden, bei bestimmten Epilepsiesyndromen, wie z. B. der juvenilen myoklonischen Epilepsie frühestens nach 5 Jahren, obwohl hier manche Autoren eine lebenslange Therapie für sinnvoll erachten. Insgesamt sollte die Beendigung der antiepileptischen Therapie nicht nach der Zahl der anfallsfreien Jahre determiniert werden, sondern vielmehr dadurch, ob die epilepsieauslösende Ursache wirklich weggefallen ist (z. B. keine Änderung der genetischen Disposition bei vielen idiopathisch generalisierten Epilepsien, strukturelle Veränderungen persistieren etc.). Nur Patienten, die dieses Kriterium erfüllen, haben nach Ende der Therapie ein geringes Rückfallrisiko.

#### Literatur:

1. Elger CE, Beyenburg S, Denning D, Ebner A, Krämer G, Mamoli B, Runge U, Schmidt D, Steinhoff BJ, Stefan H. Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter. In: Diener HC, Putzki N (Hrsg). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Thieme, Stuttgart-New York, 2008; 2–16.
2. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J Jr. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005; 46: 470–2.
3. Glauser T, Ben-Menachem E, Bourgeois B, Cnaan A, Chadwick D, Guerreiro C, Kalviainen R, Mattson R, Perucca E, Tomson T. ILAE treatment guidelines: evidence-based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia* 2006; 47: 1094–120.
4. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, Appleton R, Baker GA, Chadwick DW, Cramp C, Cockerell OC, Cooper PN, Doughty J, Eaton B, Gamble C, Goulding PJ, Howell SJ, Hughes A, Jackson M, Jacoby A, Kellett M, Lawson GR, Leach JP, Nicolaidis P, Roberts R, Shackley P, Shen J, Smith DF, Smith PE, Smith CT, Vanoli A, Williamson PR. The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369: 1000–15.
5. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, Appleton R, Baker GA, Chadwick DW, Cramp C, Cockerell OC, Cooper PN, Doughty J, Eaton B, Gamble C, Goulding PJ, Howell SJ, Hughes A, Jackson M, Jacoby A, Kellett M, Lawson GR, Leach JP, Nicolaidis P, Roberts R, Shackley P, Shen J, Smith DF, Smith PE, Smith CT, Vanoli A, Williamson PR. The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369: 1016–26.
6. Meador KJ, Baker GA, Browning N, Clayton-Smith J, Combs-Cantrell DT, Cohen M, Kalayjian LA, Kanner A, Liporace JD, Pennell PB, Privitera M, Loring DW. Cognitive function at 3 years of age after fetal exposure to antiepileptic drugs. *N Engl J Med* 2009; 360: 1597–605.
7. Rowan AJ, Ramsay RE, Collins JF, Pryor F, Boardman KD, Uthman BM, Spitz M, Frederick T, Towne A, Carter GS, Marks W, Felicetta J, Tomyanovich ML. New onset geriatric epilepsy: a randomized study of gabapentin, lamotrigine, and carbamazepine. *Neurology* 2005; 64: 1868–73.
8. Saetre E, Perucca E, Isojarvi J, Gjerstad L. An international multicenter randomized double-blind controlled trial of lamotrigine and sustained-release carbamazepine in the treatment of newly diagnosed epilepsy in the elderly. *Epilepsia* 2007; 48: 1292–302.
9. Harden CL, Meador KJ, Pennell PB, Hauser WA, Gronseth GS, French JA, Wiebe S, Thurman D, Koppel BS, Kaplan PW, Robinson JN, Hopp J, Ting TY, Gidal B, Hovinga CA, Wilner AN, Vazquez B, Holmes L, Krumholz A, Finnell R, Hirtz D, Le Guen C. Practice parameter update: management issues for women with epilepsy – focus on pregnancy (an evidence-based review): teratogenesis and perinatal outcomes: report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and American Epilepsy Society. *Neurology* 2009; 73: 133–41.
10. Wiebe S, Blume WT, Girvin JP, Eliasziw M. A randomized, controlled trial of surgery for temporal-lobe epilepsy. *N Engl J Med* 2001; 345: 311–8.
11. Engel J Jr, Wiebe S, French J, Sperling M, Williamson P, Spencer D, Gumnit R, Zahn C, Westbrook E, Enos B. Practice parameter: Temporal lobe and localized neocortical resections for epilepsy: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, in Association with the American Epilepsy Society and the American Association of Neurological Surgeons. *Neurology* 2003; 60: 538–47.

Univ.-Prof. DI Dr. med. Christoph Baumgartner  
Editor Neurologie

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)