

Schule und Epilepsie



1. Das Vorurteil:

Seit Jahrtausenden wird Kranken mit Epilepsie mit Furcht, Ablehnung und Mißtrauen begegnet. Noch heute halten 20 % der Bevölkerung die Epilepsie für eine Geisteskrankheit! 20 % aller Eltern würden es ihren Kindern verbieten, mit einem Kind zu spielen, das an Epilepsie erkrankt ist! Durch diese Vorurteile wird der Betroffene sozial ins Abseits gedrängt und isoliert. **Kinder werden in ihrer Entwicklung nicht durch ihre Krankheit, sondern durch das Verhalten ihrer Umgebung schwerst gefährdet.**

2. Die Fakten:

Epilepsie ist eine organische Erkrankung des Gehirns. Ein Prozent der Bevölkerung leidet an ihr. Die Epilepsie ist damit häufiger als so verbreitete Erkrankungen wie z. B. der Diabetes mellitus. Der epileptische Anfall wird hervorgerufen durch eine Funktionsstörung des Gehirns und ist eine typische Reaktionsweise des Gehirns auf verschiedene Störfaktoren. Das Gehirn reagiert um so eher mit einem epileptischen Anfall, je geringer sein Ausbreitungsgrad ist. Daher ist die Hälfte aller an Epilepsie Erkrankten unter 15 Jahre alt.

Durch eine geeignete Therapie können heute 70 % aller Anfallskranken anfallsfrei werden.

3. Die Ursachen:

- Hirnschäden während der Schwangerschaft und Geburt
- Gehirn- und Hirnhautentzündungen
- Verletzungen des Gehirns durch Unfälle
- Hirntumore
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Stoffwechselerkrankungen
- unbekannte Faktoren

4. Der Anfall:

Zahlreiche Anfallsformen sind bekannt. Hier seien nur die wichtigsten mit ihren wesentlichen Symptomen beschrieben:

a) Große Anfälle

Diese Anfälle sind in der Öffentlichkeit am bekanntesten und dazu geeignet, beim Beobachter Katastrophenreaktionen auszulösen. Mit oder ohne Vorboten kommt es bei dem Betroffenen zu einem Bewußtseinsverlust, verbunden mit brutalem Hinstürzen. Hierbei treten nicht selten Verletzungen auf. Nach dem Sturz findet sich als erste Phase eine starke Anspannung der Muskulatur. Es kommt zum Atemstillstand. Das Gesicht verfärbt sich bläulich. Die Augen sind häufig starr geöffnet. Diese Phase dauert ca. eine halbe Minute und



geht über in eine Phase mit rhythmischen Zuckungen der Extremitäten. Die Atmung kommt allmählich schnarchend wieder in Gang. Zungenbiß und Urinabgang sind mögliche Symptome. Es besteht erneut Verletzungsgefahr. Der gesamte Anfall dauert ca. zwei bis drei Minuten. Im Anschluß an diesen Anfall erlangt der Kranke das Bewußtsein wieder oder der Anfall geht über in einen Nachschlaf.

b) Kleine Anfälle

Am häufigsten sind die **Absencen**. Hierbei tritt akut eine Bewußtseinspause von bis zu 30 sec. ein. Der Erkrankte hält in seiner Tätigkeit inne, kann aber auch diese Tätigkeit automatisch fortführen. Nicht selten werden Phänomene wie Grimassieren, Lidbewegungen, Schmatzbe-
wegungen beobachtet. Diese Anfälle werden häufig fälschlicherweise als "Ungezogenheiten" interpretiert. Bei einer anderen Form der kleinen Anfälle, den **psychomotorischen Anfällen** ist das Bewußtsein eingeengt, der Patient wirkt "umdämmert" (daher der ältere Ausdruck Dämmerattacken). Häufig werden Nestel- oder Greifbewegungen beobachtet, ebenso Schmatzen, Kauen oder szenische Handlungen, die in sich zwar sinnvoll scheinen können, in der Situation jedoch inadäquat sind.

5. Hilfe im Anfall:

Bei einem Krampfanfall vor allem Ruhe bewahren und die Mitschüler auffordern, ebenfalls ruhig zu bleiben.

Achten Sie darauf, dass der Schüler frei atmen kann und sich nicht verletzt. Auf keinen Fall festhalten.

Warten Sie ab, bis der Anfall von alleine aufhört und geben Sie dem Schüler dann Gelegenheit, sich auszurufen. Keine Beatmung! Nach dem Anfall auf Seitenlage-
rung achten, damit die Atemwege frei bleiben. Nur wenn der Anfall länger als 10 Minuten dauert oder sich

in kurzen Abständen wiederholt, einen Arzt rufen. Nicht irgendetwas in den Mund zwingen. Versuchen Sie nicht, den Anfall zu stoppen. Sie können es nicht. Bei Absencen ist ein Eingreifen Ihrerseits nicht nötig. Bei psychomotorischen Anfällen ist lediglich Beobachtung nötig, um Verletzungen zu vermeiden. Halten Sie den Schüler nicht fest und versuchen Sie nicht, seine Aktivitäten zu stoppen.

6. Das Anfallsintervall:

Da das Kind oft starke Medikamente einnehmen muß, kann leichte Ermüdbarkeit auftreten. Außerdem finden sich nicht selten Konzentrationsstörungen und gelegentlich meist durch das Verhalten der Umwelt induzierte Verhaltensstörungen. Es ist zu beachten, dass ein chronisch krankes Kind bisweilen dem Unterricht fernbleiben muß, um sich regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen.

Weitaus die meisten anfallskranken Kinder unterscheiden sich jedoch im Anfallsintervall durch nichts von ihren Altersgenossen!

7. Die Rolle des Lehrers:

a) Diagnostische Funktion: Häufig werden Anfallsphänomene erstmals in der Schule bemerkt. Wenn Sie den Verdacht haben, dass bestimmte Auffälligkeiten an Ihrem Schüler Symptome einer epileptischen Erkrankung sein könnten, beobachten Sie besonders genau. Sie können dadurch wesentlich zur korrekten Diagnosestellung und damit zu einer wirksamen Behandlung beitragen. Sprechen Sie mit den Eltern.

b) Integrative Funktion: Der Lehrer kann dem anfallskranken Schüler helfen, indem er seine Integration in den Klassenverband fördert, damit die Klasse ihn als "einen der ihrigen" akzeptiert, als ein Kind, das sich, abgesehen von wenigen Besonderheiten, verhält wie jedes andere.

Wenn der Schüler nicht anfallsfrei ist, empfiehlt es sich, mit den Mitschülern ein informatives Gespräch zu führen. Ob der betreffende Schüler daran teilnimmt, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Kinder und Jugendliche sind in der Regel sehr verständnisvoll, wenn sie wissen, worum es sich handelt. Gehen Sie initiativ vor und vergessen Sie nicht, dass Eltern es oft nicht wagen, den ersten Schritt zu tun. Aufgrund der mit der Epilepsie verbundenen Diskriminierung sind sie verängstigt und verunsichert. Suchen Sie das Gespräch mit den Eltern. Sie sind in der Regel für jede verständnisvolle Ansprache dankbar. Ein Gespräch zwischen Eltern, Lehrern und behandelndem Arzt kann sehr hilfreich sein.

Verhalten Sie sich möglichst wenig restriktiv! Dies gilt insbesondere beim Sport. Das Kind kann an allen Sportarten teilnehmen, außer an solchen, die mit Absturzgefahr verbunden sind (Geräteturnen). Schwimmen unter

Aufsicht ist grundsätzlich erlaubt und erwünscht.

Es bestehen keinerlei Bedenken gegen eine Teilnahme an Exkursionen und Schullandheimaufenthalten. Obgleich die meisten anfallskranken Kinder sich in Leistung und Verhalten nicht von den Mitschülern unterscheiden, werden sie teils durch Überbehütung in der Familie, teils durch Unterforderung in der Schule ins Abseits gedrängt, was ungünstige Konsequenzen für die Schullaufbahn und die Berufswahl hat.

In der Schule werden die Weichen für den künftigen Lebensweg des anfallskranken Schülers gestellt. Der Lehrer kann in vielen Fällen dazu beitragen, dass dieser Schüler die gleichen Chancen erhält wie alle anderen auch.

c) Aufsichtsfunktion: Aufsichtspersonen haften nur bei Vorsatz oder Fahrlässigkeit. Es ist nicht möglich, ein anfallskrankes Kind auf Schritt und Tritt zu beaufsichtigen. Hierunter würde auch die erforderliche Erziehung zur Selbständigkeit leiden.

Ihre Verantwortung liegt nicht darin, jedes Risiko von dem Schüler fernzuhalten. Ihre Verantwortung liegt in der Zuwendung zum Schüler, der Ihre Hilfe braucht!

8. Informationsangebot:

Diese Informationsschrift kann nur wenige Schlaglichter setzen. Jeder an Epilepsie Erkrankte hat seine individuellen Probleme, die individuell berücksichtigt werden müssen. Informieren Sie sich bei dem Betroffenen, bei den Eltern oder auch bei den behandelnden Ärzten; sprechen Sie den Beratungslehrer Ihrer Schule an. An vielen Orten gibt es Selbsthilfegruppen für Epilepsie. Weisen Sie die Eltern auf diese Tatsache hin, da sich unter Betroffenen viele Schwierigkeiten leichter lösen lassen als durch Außenstehende.

Weitere Informationen können Sie erhalten durch die Interessengemeinschaft Epilepsie Niedersachsen gem. e.V.
Marienstr. 22
30167 Hannover

