schginbar unsichtbar

LESUNG + MUSIK
medizinischer VORTRAG
PUBLIKUMSDISKUSSION
16.4.2026
LOCH,
Wuppertal



Audiomitschnitt in 3 Folgen

1. medizinischer VORTRAG

STIFTUNG MICHAEL
weil es um Epilepsie geht

Folge 2 - MEDIZINISCHER VORTRAG

Dr. Thomas Mayer, Epilepsiezentrum Kleinwachau
Moderation: Christina Rudersdorfer

Der Vortrag von Thomas Mayer wird hier gekürzt wiedergegeben. Da er auf einer Power Point Präsentation basierte, wurden die Inhalte ausgewählt, die auch ohne Bild verständlich sind.

Christina Rudersdorfer

Guten Abend. Herzlich willkommen zu unserer Veranstaltung. Scheinbar unsichtbar. Heute Abend möchten wir eine Brücke schlagen. Zwischen Medizin und Kultur. Zwischen wissenschaftlicher Expertise und persönlichen Erfahrungen. Zwischen dem Sichtbaren und dem, was oft im Verborgenen bleibt.

Wir freuen uns sehr, dass ein besonderer Gast den Weg zu uns gefunden hat. Dr. Thomas Mayer, Chefarzt des Epilepsiezentrums Kleinwachau. Als Epileptologe und langjähriger Arzt von Wolfgang kann er uns aufzeigen, welche Möglichkeiten es heute in der Diagnose und den Therapien von Epilepsien gibt. Als Freund von Wolfgang weiß er, was es bedeutet mit Epilepsie durch den Alltag zu gehen. Mit all den Herausforderungen aber auch mit all der Stärke.
Und als leidenschaftlicher Bücher- und Kunstkenner ist er einer der wenigen Menschen, mit denen dieser Brückenschlag zwischen Medizin und Kultur so selbstverständlich gelingen wird.

Lieber Thomas, vielen Dank, dass du hier bist und auch ein ganz herzliches Dankeschön an deine Frau Sabine, dass ihr beide den weiten Weg von Dresden auf euch genommen habt, um heute den Abend mit uns zu gestalten.

Ein großes Dankeschön geht auch an die STIFTUNG MICHAEl, die diese Veranstaltung unterstützt und damit möglich gemacht hat. Als Epilepsiestiftung klärt sie auf, informiert, schafft Bewusstsein und fördert Forschung zu Fragen rund um die Epilepsie.

Die STIFTUNG MICHAEl hat zudem das Buch “Wolfgang fällt um“ im Jahr 2025 mit dem Sibylle-Ried-Preis ausgezeichnet. Meine ganz große Anerkennung für das Buchprojekt von Hans Werner Otto und Wolfgang Suchner.

Und damit freuen wir uns zunächst auf deinen Vortrag, lieber Thomas.

Im Anschluss an deinen Vortrag machen wir eine kurze Pause, bevor wir gemeinsam in die musikalische Lesung von “Wolfgang fällt um“ eintauchen.

Danach möchten wir Ihnen und euch die Gelegenheit geben, mit uns miteinander ins Gespräch zu kommen, Fragen zu stellen, in den Austausch zu gehen. Denn genau darum soll es heute gehen, um Begegnung, Verständnis und darum, das Unsichtbare ein Stück sichtbarer zu machen. Und damit viel Vergnügen.

Thomas Mayer

Ja, guten Abend, meine lieben Gäste. Vielen Dank, liebe Tina, für die netten Worte. Ich bin der Arzt von Wolfgang, der ab und zu umfällt.

Ich mache Epilepsiebehandlung und Diagnostik seit fast 40 Jahren. Ich habe das in Bethel gelernt, in Bielefeld. Und bin dann nach Kleinwachau gegangen. Das ist ein Ort, idyllisch gelegen, in Radeberg, wo das Bier herkommt, nahe Dresden, wo es mir gelungen ist, in 25 Jahren ein Zentrum aufzubauen, das sich genau um das kümmert, von dem ich heute Abend erzählen will.

Epilepsie kommt vom Altgriechischen und bedeutet “etwas ergreifen, befallen und überwältigen“. Und es ist eine ganz alte Erkrankung, die schon ganz früh auch in der Kulturgeschichte bekannt war und die auch ganz viele Namen hat.

Zum Beispiel Fallsucht oder auch Krampfleiden, zerebrales Krampfleiden, die heilige Erkrankung oder auch die dämonische Erkrankung, die vom Himmel geschickte Erkrankung oder auch die Volksversammlungserkrankung. Das ist eine Besonderheit, wenn in der Volksversammlung der Römer ein Anfall stattfand, war diese Versammlung nicht beschlussfähig. Und da gab es natürlich auch Menschen, die wussten, das zu nutzen und dann haben sie einen Anfall vorgemacht, der gar nicht epileptisch war, der dann aber dazu führte, dass die Volksversammlung nicht beschlussfähig war.

Der St. Valentin ist der Schutzheilige der Fallsucht und der Valentinstag ist nicht nur der Tag für die Liebespaare, sondern eben auch der Tag der Epilepsiepatienten.

Man hat Anfällen immer etwas Mystisches beigemengt. Man hat versucht, Anfälle mit besonderen Methoden zu behandeln.
Man hat sie aber schon in der Antike als etwas wahrgenommen, was wahrscheinlich mit dem Kopf zu tun hat, was nicht ganz klar war, weil man hat das Zucken der Hände und der Arme auch in einer Zeit, die im Mittelalter lag, versucht, dadurch zu behandeln, dass man Arme und Beine amputiert hat, was natürlich wenig Sinn macht, wenn

man nicht weiß, wo das passiert, was Epilepsie eigentlich ausmacht.

Ich komme jetzt zu dem Anfall, den Sie wahrscheinlich kennen. Wenn Sie Anfälle kennen, dann kennt man eher so große, schwere Anfälle, die immer zu einer großen Irritation führen und zu einer sehr heftigen Reaktion. Menschen trauen sich dann oft nicht, diesen Menschen zu begegnen. Statt ihm zu helfen, distanziert man sich, ruft lieber den Notruf an. Hier wäre aber viel besser zu gucken, dass sich dieser Mensch nicht verletzt, dass er Luft bekommt und dass der Anfall, der in der Regel nur anderthalb Minuten dauert, dann ohne Verletzung einhergeht.

Der epileptische Anfall ist eigentlich kurz und er kommt natürlich vom Gehirn. Und ich versuche ihn zu definieren: Es ist eine Störung des Gehirns aufgrund von vermehrter Entladung von Nervenzellen. Und die können ganz, ganz unterschiedlich aussehen. Und das Spektrum ist sehr, sehr breit. Anfälle können bei erhaltenem Bewusstsein, bei gestörten Bewusstsein, bei völlig normaler Körperhaltung auftreten. Sie können auch zum Umfallen führen. Aber sie können ganz variabel aussehen. Und viele Menschen wissen noch nicht mal, dass Anfälle aufgetreten sind. Zum Beispiel, wenn sie nachts auftreten aus dem Schlaf heraus.

Und je nachdem, in welchem Bereich des Gehirns so ein Anfall beginnt, hat es damit zu tun, was den Anfall ausmacht. Es kann zum Beispiel nur ausmachen, dass man plötzlich Punkte im Gesichtsfeld sieht oder dass man nicht mehr sprechen kann. Und dann hört es nach ein, zwei Minuten auf, dann kann man wieder sprechen. Oder aber es kommt zu einem Zucken oder dem Verkrampfen eines Körperteils.

Es gibt aber auch Anfälle mit Verkrampfung des Gesichtes.
Der häufigste Anfallstyp ist der ohne Sturz mit Bewusstseins-störung, nicht der große epileptische Anfall. Das ist gar nicht der häufigste.
Es gibt auch Menschen, die hören nur Dinge, nehmen auditive Veränderungen wahr, ohne dass der Mensch, der ihnen gegenüber sitzt, das merken kann.

Was löst Anfälle aus?
Alkohol. Ja, ist nicht gesund, wissen Sie. Aber akut, wenn Sie heute Abend ihr Bier trinken, haben Sie eine sehr geringe Chance, dass ein Anfall auftritt. Alkohol wirkt hemmend. Nur der Entzug, wenn man also zu viel trinkt, kann anfallsauslösend wirken.

Wetterwechsel. Wahrscheinlich wenig bedeutsam, aber es gibt eine Untersuchung, die sagt, dass kalte Tiefdruckgebiete bei Menschen, die Epilepsie haben, Anfälle auslösen.

Schlafentzug kann einzelne Anfälle auslösen, aber nicht, wenn man gesund ist. Wenn man gesund ist, kriegt man durch Schlafentzug keine Epilepsie, sondern nur, wenn man schon krank ist.

Fieber und Impfungen können bei bestimmten Epilepsiesyndromen Anfälle auslösen, lösen aber nicht die Erkrankung aus.

Sport, ganz selten.

Flackerlicht spielt eine Rolle, aber das macht ganz, ganz wenig Patienten aus. Bei Kindern ist es etwas häufiger. Und es ist bei Erwachsenen eher etwas, was ausheilen kann in 30% der Fälle. Wenn man nur Flackerlicht ausgelöste Anfälle hat, ist die Therapie der Wahl die Brille und nicht die Medizin. Man kann auch doppelt polarisierende Brillengläser nutzen, um den Anfall zu vermeiden. Also Flackerlicht ist etwas, was ganz selten in der Epileptologie eine Rolle spielt, aber was viele Menschen verbinden. Disco macht Anfälle. Stimmt nicht, kann man weitgehend ausschließen.

Was sind denn eigentlich Ursachen von Epilepsien?

Und da ist alles, was im Gehirn eine Rolle spielt, interessant. Der Schlaganfall, das Trauma des Gehirns, also die Verletzung des Gehirns oder die Infektion, manche Medikamente, die entzogen werden. Der Diabetes kranke Mensch, der sehr niedrig mit dem Zucker wird, kann zu Anfällen entgleisen. Es gibt aber auch Drogen, starke Drogen, Heroin zum Beispiel ist sehr, sehr häufig mit Anfällen verbunden.

Und dann unterscheidet man akut symptomatische Anfälle. Das ist zum Beispiel, wenn man einen Schlaganfall hat, in der ersten Woche nach dem Schlaganfall, da können die auftreten. Danach kommen die aber nie wieder. Oder der Diabetes Kranke oder der Enzephalitis Kranke, der eine Entzündung des Gehirns hat, kann einen akut symptomatischen Anfall haben.

Es gibt aber eine Menge der Menschen, die dann im Verlauf der Erkrankung auch Epilepsie bekommen. Aber man unterscheidet das akute Geschehen sehr von dem chronischen Geschehen.

Und dann hat sich die Gesellschaft der Epileptologen überlegt, dass man Anfallsformen unterscheidet zwischen fokal, also solchen Anfällen, die im Gehirn fokal sind oder die generalisiert sind. Und es gibt auch welche, die man gar nicht gut klassifizieren kann. Und dann versucht man die Arten der Epilepsie zu definieren und das Syndrom zu definieren und versucht, die Ursachenformen festzulegen.

Und um Ihnen so ein bisschen einen Eindruck zu geben, was Epilepsie ausmacht, habe ich jetzt ein paar Beispiele mitgebracht.

Dieser Mann hat einen Anfall, der nicht dramatisch verläuft. Das EEG sieht dramatisch aus, das sind aber Kaubewegungen, die er macht.

Was er macht, sind eigentlich, wir nennen das Nestelbewegungen. Er nestelt mehr mit der linken Hand, was uns hilft in der Zuordnung. Und er ist in dieser Phase des Anfalls nicht gut in der Lage, die Dinge weiterzumachen, die er machen wollte, die Zeitung weiterzulesen. Er hat ein unangenehmes Gefühl, darauf deutet er hin, das ist so mehr im Bauchraum.
Und dann wird er angesprochen. Und er kann nicht antworten.

Und dann wird er getestet. Er ist unsicher in der Zuordnung, was ist rechts, was ist links. Und jetzt fängt er an zu sprechen.

Es dauert also noch eine Zeit, in der dieser Patient sich von dem Anfall erholt. Aber diese Zeit ist schon außerhalb des Anfalls. Wir nennen das postiktal, nach dem Anfall. Wo der Patient also noch nicht gut in der Lage ist, sich von diesen Entladungen im Gehirn wirklich völlig zu befreien. Er macht immer noch so Bewegungen und ist noch nicht gut im Kontakt mit der EEG-Assistentin, die ihn testet.

Wenn das in einem Café passierte, er ihnen gegenüber sitzt, würden sie nicht sicher wissen, dass das ein epileptischer Anfall war. Mir ist es mal passiert, dass ein Mann, den ich nicht kannte, in der Sprechstunde aufstand und aus meinem Raum raus ging. Und dann dachte ich, warum geht der raus? Dann setzte er sich ins Büro gegenüber zu meinem Kinderarzt und fing dann an, genau das zu machen, was dieser Mann macht.

Also sie sehen, diese Anfälle können ganz kurz sein. Oder noch kürzer bei dieser leicht behinderten Patientin. Es gibt ein kurzes Zucken durch den Körper, dann ist alles vorbei. Aber es ist ein epileptischer Anfall. Und den sollte man nicht unbehandelt lassen.

Auch das hier, das ist deshalb ein wichtiger Anfall, weil dieser Mann eigentlich bei Bewusstsein ist und eine unangenehme Wahrnehmung seiner linken Hand hat. Diese Hand bewegt sich.
Der Mann ist völlig bei Bewusstsein und kann aber die Bewegung der Hand nicht unterdrücken. Dann ist er aber auch ganz schnell wieder in der Lage zu reagieren.

Das ist ein klassischer fokaler Anfall, der mit einem Verkrampfen des linken Gesichtes einhergeht, bei dem er völlig bewusstseinsklar bleibt, aber der ihn natürlich stört. Er hat leider von diesen Anfällen ungefähr 30 bis 40 pro Tag.

Die meisten Patienten werden gut eingestellt mit Medikamenten.

Wir schaffen es ungefähr in 70 Prozent der Fälle, diese Patienten auch anfallsfrei zu kriegen. Das ist die am besten behandelbare neurologische Erkrankung, die wir haben.

Epilepsie, ich sage immer, das ist das Gegenteil vom Schlaganfall, da ist da zu viel Erregung, beim Schlaganfall ist die Erregung kaputt.
Wenn da zu viel an Erregung ist, versucht man, den Transmitterstoffwechsel zu beeinflussen an verschiedenen Stellen. Das müssen Sie gar nicht alles verstehen, aber die Medikamente wirken an den sogenannten GABAergen Strömen, die wirken aber auch an den spannungsabhängigen Natriumkanälen, am Kalziumkanal, am AMPA-Rezeptor.
Warum ist das wichtig? Weil man natürlich dann versucht, Medikamente mit unterschiedlichem Wirkmechanismus zu kombinieren, wenn das erste Medikament nicht zur Anfallsfreiheit führt.

Dieser Patient hat andere Anfälle. Der ist Elektroinstallateur und der ist jahrelang falsch behandelt worden.
Und der ist nicht zufrieden, weil er als Elektroinstallateur immer wieder diese Zuckung hat. Und das ist natürlich nicht gut, wenn man auch gerade mal an der Steckdose arbeitet. Er hatte genau das falsche Medikament bekommen. Er hat Carbamazepin bekommen. Das verstärkt diese Zuckungen. Und als er zu uns kam und wir rausbekamen, dass er eine juvenile myoklonische Epilepsie hat, ist er anfallsfrei geworden.
Man muss schon genau bedenken, was für ein Medikament gut ist. Das gilt auch für alte Menschen, die Anfälle haben. Alte Menschen, die Anfälle bekommen, so ab dem Alter von 60, haben eine gute Prognose, was die Medikation und die Verträglichkeit und auch die Wirkung angeht. Aber sie haben oft Anfälle, die sie im Alltag sehr stören können. Diese Patientin ist mehrfach gestürzt im Anfall und hat sich auch verletzt. Und das ist eben der Grund, dass man hier auch frühzeitig den ersten Anfall behandelt.
Wenn sie Menschen mit Epilepsie haben, dann haben sie eine gute Chance, ihnen mit den ersten, ein, zwei oder drei Medikamenten anfallsfrei zu bekommen. Gelingt ihnen das aber nicht, sollten sie ihnen eine Fachabteilung schicken. Denn spätestens ab dem fünften gescheiterten Versuch wird es zunehmend unwahrscheinlicher, dass dieser Mensch anfallsfrei wird. Dann müssen sie andere Verfahren einsetzen und dann versucht man, wenn es Temporallappen-Epilepsien sind, auch Epilepsiechirurgie einzusetzen, die eine gute Chance hat. Das ist die Epilepsie, die der Wolfgang hat. Da komme ich gleich noch drauf zu sprechen. Und dann versucht man, je nachdem, in welchem Teil des Schläfenlappens, der Fokus sitzt, diesen Teil zu entfernen. Und Schläfenlappen-Epilepsien sind A - die häufigste Form von fokalen Epilepsien und B - die am besten epilepsiechirurgisch zu operierende Form. Aber man muss natürlich einen Teil des Gehirns entfernen, der ja Funktion trägt. Und der linke Teil des Gehirns trägt oft die Sprache, die

Sprachverständnisanteile. Der rechte Teil eher das bildhafte Gedächtnis. Und natürlich noch mehr, die Orientierung ist im rechten Schläfenlappen zu lokalisieren. Bei Wolfgang - und da erzähle ich seine Geschichte, weil ich ihn wirklich seit 30 Jahren gut kenne. Wir haben uns vor 30 Jahren kennengelernt, und ich darf diese Geschichte erzählen, war es so, dass er mit 32, als er sich schon entschieden hatte, Schauspieler zu werden und Musiker natürlich auch, sein erster Anfall auftrat. Die Ursache war ein Angiom, ein Blutschwamm, der dann frühzeitig auch behandelt wurde. Das war ungefähr sechs, sieben Jahre, bevor wir uns kennenlernten.

Wir haben dann verschiedene Anfallsformen. Er hat aus dem Bauch heraus aufsteigende Gefühle. Er hat auch Anfälle mit Verharren, starrem Blick und Automatismen. Und er hat ab und zu auch diese ganz schweren, großen Anfälle. Und da war es für uns schwierig zu entscheiden, wie behandeln wir das jetzt korrekt, weil er immer noch Anfälle hatte.

Und er hatte schon viele Medikamentenversuche. Deswegen haben wir bei ihm auch geprüft, können wir den nicht eigentlich auch operieren, nochmal operieren. Denn er war sozusagen embolisiert worden. Kann man das nochmal operieren? Da haben wir versucht, ihn dann auch neuropsychologisch gut zu untersuchen. Haben wirklich viele Untersuchungen gemacht, fMRT-Untersuchungen, den sogenannten Wada-Test, wo man eine Gehirnhälfte lähmt mit einem Medikament, um zu gucken, wo die Sprachdominanz sitzt. Die saß bei Wolfgang auf der linken Seite. Wir haben auch Angiografien gemacht. Also er ist wirklich umfangreich untersucht worden,
Er hat aktive epileptische Entladungen über der linken Schläfenseite, links vorne. Und es gab zusätzlich noch eine Zystenbildung, einen flüssigkeitsgefüllten Raum. Und der sitzt leider in der Schläfe relativ weit hinten. Je weiter hinten das im Schläfenlappen ist, desto mehr ist Sprache und Sprachverständnis betroffen.
Deswegen waren wir nicht so guter Dinge bei Wolfgang, das nochmal zu operieren. Ich zeige Ihnen einen Anfall, das darf ich, der Wolfgang hat mir das erlaubt.
Er isst nachmittags seinen Kuchen. Aber hier fängt er jetzt an zu kauen, und zwar mehr, als er den Kuchen zerkauen muss. Das ist manchmal wirklich schwierig. Hier hat man jetzt sehr viel Kauartefakte [im EEG], weil der Kaumuskel da sehr stört. Er merkt diesen Anfall, und weil er nicht genau weiß, was aus dem Anfall wird, setzt er sich ans Bett und drückt den Knopf, weil er wahrnimmt, dass ist ein Anfall und hat da ein Vorgefühl.

Vielmehr ist dann aber nicht, und dann kommt die EEG-Assistentin rein, und dann soll er sich das Wort “Apfel“ merken,
Und dann kann er auf Aufträge reagieren und richtig reagieren. Und er kann die Hand geben, er kann aber nicht erinnern, was er sagen sollte. Er wird dann anschließend gefragt: Was sollten sie sich

merken? Apfel. Das kann er nicht. Er hat eine kurze Bewusstseinslücke. Es ist ein links temperaler Anfall, in dem er relativ schnell wieder Sprachverständnis findet. Aber er hat auch Anfälle, wo er nach den Anfällen aphasisch war, also wo das Sprachzentrum noch nicht wieder funktioniert hat. Das war also kurzzeitig gelähmt. Und das verschwand dann wieder.
Wir haben von einer erneuten Operation Abstand genommen.
Ich habe gesagt, nee, mach das nicht, Wolfgang, das ist keine gute Idee. Du bist Schauspieler, du bist Musiker, die Anfälle kriegen wir irgendwie in Griff. Und das ist uns später auch gelungen. Und zwar durch Medikamente und durch Diät. Und das wird er im Buch nochmal erzählen. Aber wir haben hier von der Operation Abstand genommen. Es ist auch ein kniffliger Fall, wo wir uns viel Mühe gemacht haben, uns gegen die Operation zu entscheiden. Natürlich immer mit dem Patienten. Der Patient muss auch einverstanden sein. Aber das wäre keine gute Idee gewesen.

Was machen Sie beim Anfall?

Sie sollten eigentlich nur aufpassen, dass der Patient sich nicht verletzt, dass er atmen kann, dass er sich schützt vor Verletzungen und dass sie Hilfe holen, wenn der Anfall länger dauert. Aber nicht weggehen, nicht weglaufen, nicht den Notarzt rufen, sondern wenn jemand Epilepsie hat, der braucht nicht ins Krankenhaus, der ist ja nach zwei Minuten wieder fit.[mehr dazu in der anschließenden Diskussion].

Es gibt Medikamente als Laienhilfe, die wirken aber meistens nicht schnell. Also das schnellste Medikament ist das Nasenspray, Midazolam, in Salzsäure gelöst, das braucht aber auch vier Minuten. Und der Anfall ist eigentlich nach zwei Minuten vorbei.

Um was gibt es noch für Methoden?
Und das soll jetzt mein letzter Teil werden und dann bin ich auch zu Ende.
Immunologische Therapie gibt es, die Ketodiät, den Stimulator, Epilepsiechirurgie und die transkranielle Cortex-Stimulation. Das sind also verschiedene Verfahren, die man machen kann, die aber alle in Bezug auf Anfallsfreiheit keine hohe Chance mehr bieten.

Auch dieses System, das man über den Fokus setzt, wo der Epilepsiefokus ist, kann wenige Menschen nur noch anfallsfrei machen. Das ist ein kompliziertes Verfahren. Da setzt man diese Stimulationselektrone unter die Haut. Kann funktionieren und kann auch eine gute Hilfe da sein. Aber auch eine teure Methode, 35.000 Euro kostet es und sollte man nur einsetzen, wenn der Fokus nahe der Kalotte, also nahe des Knochens liegt.
Man kann auch an Hunde denken, es gibt den seizure alert dog, der ist gut für den Patienten, aber wenig gut für die Anfallsfreiheit.

Diese Hunde können Anfälle nicht ausreichend gut vorhersagen. Das hat man gehofft, aber das stimmt leider nicht. Trotzdem ist es ein Hund gut für einen Menschen, der Epilepsie hat und der dann auch im Zweifelsfall mal helfen kann und Hilfe holen kann.

Was Wolfgang gemacht hat, ist eine ketogene Diät, die bei diesen Patienten besonders gut wirkt. Das sind diese Menschen mit Glucose-Transporter-Störung. Dies ist eine genetische Störung und die können sie heilen mit der ketogenen Diät. Das ist eine Erkrankung, die hat ganz verschiedene Facetten, Bewegungsstörungen, Anfälle, Entwicklungsretardierung, aber die wird kausal behandelt mit der ketogenen Diät. Die ketogene Diät ist eine Diät, wo man sich überwiegend mit Fetten, mit wenig Proteinen und so gut wie keinen Kohlenhydraten ernährt und die man lernen muss. Das hat Wolfgang bei uns in der Keto-Küche gelernt. Die normale Ernährung besteht eben aus Kohlenhydraten, Proteinen und Fetten und in der klassischen ketogenen Diät essen sie zu 86 Prozent Fette. Der Rest ist wenig Kohlenhydrate und ein bisschen Protein. Sie können es etwas anders machen mit der modifizierten Atkins-Diät, die erlaubt etwas mehr Protein, aber auch nicht viel mehr Kohlenhydrate.
Und es gibt eine ganze Menge Kostformen, die man auch trinken und essen kann. Wir nutzen das bei behinderten Menschen, die durch die Sonde ernährt werden, dann machen wir dann auch solche Behandlungen per Sonde.
Das ist eine Diät, die bei Menschen mit Epilepsien inzwischen, insbesondere bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen ihren Stellenwert hat und die wichtig ist, die man kennen muss und die man nur an wenigen Zentren auch wirklich gut einstudiert. Da braucht man ein bisschen Übung für.

Und das ist auch fast schon mein Schluss,

Was aber kommen wird zu einem Syndrom, dass sie nicht kennen werden. Das ist ein Syndrom, benannt nach einer französischen Neurologin, die ich kenne, die auch mein Zentrum mal kennengelernt hat.
Das ist eine Punktmutation am SCN1A-Gen und die kann man seit diesem Jahr mit der Gentherapie behandeln. Die Gentherapie wird also in das Nervensystem, in das Rückenmarksystem, eingespritzt. Und bei diesen Patienten kann man, wenn es früh gegeben wird, den Erkrankungsverlauf komplett modifizieren. Das wird kommen bei allen genetischen Epilepsieformen, die wir haben. Und das wird in Zukunft ein ganz wichtiger Teil unserer Therapie sein.
Leider ein extrem teurer.
Solche Gentherapien kosten bis zu anderthalb Millionen Euro pro Applikation.

Aber das ist der Ausblick und damit wäre ich auch am Ende. Und danke Ihnen sehr für die Geduld, die Sie mit mir gehabt haben.

Dankeschön.

Ich glaube, es war nicht daran gedacht, dass wir jetzt Fragen stellen, sondern wir haben jetzt geplant, dass Sie eine verdiente Pause haben.

Nach der Pause dann der kulturelle Teil mit Wolfgang und seiner Musik und seinem Buch und dem, was er als Patient auch ganz anders sehen kann, als ich als Arzt. Weil ich sehe die Anfälle, ich sehe aber nicht, was das mit einem macht. Und das habe ich von Wolfgang gelernt, der als Künstler mir gezeigt hat, dass es eben eine ganz andere Sicht, als die des Arztes haben kann. Der kann das nicht nachvollziehen, der weiß nur ungefähr, was da passieren kann. Und das wird er Ihnen nach der Pause erzählen.