

# THERAPIE aktuell

---

09 2020

Moderne Kopfschmerztherapie in der Hausarztpraxis  
Kopfschmerzen und Migräne als Krankheitsbild ernst nehmen

Im Auftrag von

**DMKG** Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft e.V.  
[www.angriffe-kopfschmerzen.de](http://www.angriffe-kopfschmerzen.de)

Eine Sonderpublikation von

 Deutscher  
Ärzteverlag

Rund 70 % der Bundesbürger leiden unter Kopfschmerzen. Die erste und wichtigste Anlaufstelle der Patienten ist der Hausarzt. Er bahnt alle Therapiemaßnahmen an und entscheidet zudem über eine Überweisung zum Facharzt. Ziel der Initiative »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen« ([www.attacke-kopfschmerzen.de](http://www.attacke-kopfschmerzen.de)) der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) ist, Aufmerksamkeit für die Ursachen und Folgen von Kopfschmerzen zu schaffen und die Therapie von Kopfschmerzerkrankungen – speziell der Migräne – zu verbessern.

## Moderne Kopfschmerztherapie in der Hausarztpraxis

### Kopfschmerzen und Migräne als Krankheitsbild ernst nehmen

Die Migräne ist der häufigste Kopfschmerz, der Patienten zum Arzt führt, denn sie geht mit einer erheblichen körperlichen Beeinträchtigung einher.

In Deutschland sind bei einer Prävalenz von ca. 11 % schätzungsweise 8–10 Millionen Menschen (14 % der Frauen und 8 % der Männer) betroffen. Bei der

typischen Symptomatik und normalem Untersuchungsbefund ist zur Diagnosestellung keine Bildgebung erforderlich [1] (Tab. 1).

Steckbrief Migräne	
Mäßiger bis schwerer Kopfschmerz	Stechend, pulsierend, schon bei leichter Belastung an Intensität zunehmend
Lokalisation	Halbseitig, holocephal oder bifrontal betont
Begleitsymptome	Übelkeit, Erbrechen, Lärm-, Licht-, Geruchsüberempfindlichkeit, Nackenschmerzen bei ca. 50 % [3]
Dauer, wenn unbehandelt	4–72 h, Schmerzfreiheit zwischen den Attacken
Vorbotensymptome	Gähnen, Stimmungsschwankungen, Heißhungerattacken [2]
Trigger	Menstruation, Stress, Schlafmangel, Auslassen von Mahlzeiten, geringe Trinkmenge, Änderung der normalen Tagesrhythmik
Aura	Meist vor den Kopfschmerzen in Form eines Flimmerskotoms, gelegentlich auch mit einseitigen Sensibilitäts- oder Sprachstörungen. Eine typische Aura schließt einen Spannungskopfschmerz aus. Sie entwickelt sich typischerweise allmählich und hält 5–60 Minuten an. 10–15 % der Patienten sind betroffen.
Langzeitverlauf	Meist episodisch, d.h. < 15 Kopfschmerztage pro Monat Chronisch (ca. 1–2 %), d.h. ≥ 15 Kopfschmerztage pro Monat [3]
Ansprechen auf Triptane	Häufig sehr gut, aber für die Diagnose kein obligates Kriterium
Differenzialdiagnose Spannungskopfschmerz	- Geringere Schmerzintensität, keine Schmerzzunahme bei Belastung, keine Übelkeit - Fehleinschätzung bei Einnahme der Akuttherapie vor Erreichen des Vollbildes einer Migräneattacke - Bei chronischem Verlauf sind anhaltende leichtere Kopfschmerzen zwischen den Attacken Folge der Chronifizierung und nicht Ausdruck einer Kombination von Migräne und Spannungskopfschmerz.
Kopfschmerz bei Übergang von Akutmedikation	Dauerkopfschmerz bei Einnahme von Akutmedikation an ≥ 10 Tagen über mehr als 3 Monate

Tabelle 1 Steckbrief Migräne

## Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie der Migräne

Durch die Akutbehandlung soll die Migräneattacke frühzeitig kupiert werden [4]. Mittel der Wahl sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Bei unzureichendem Ansprechen oder wiederkehrenden Kopfschmerzen sind der Einsatz eines Antiemetikums und die Kombination von Naproxen oder Metamizol mit einem Triptan sinnvoll. Opiate sind nicht indiziert.

## Migräneprophylaxe

Bei häufigen Migräneanfällen ist eine Prophylaxe indiziert. Sie soll der Entwicklung von Kopfschmerzen bei Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemitteln vorbeugen und die Lebensqualität verbessern [4, 5]. Abbildung 1 fasst die verfügbaren Substanzen evidenzbasiert zusammen.

Alle Patienten sollten nichtmedikamentöse Basismaßnahmen (Ausdauer-sport, Entspannungstechniken) zur Prophylaxe nutzen, vor allem, wenn psychische Begleitfaktoren den Verlauf ungünstig beeinflussen, wenn Medikamente schlecht toleriert oder nichtmedikamentöse Ansätze bevorzugt werden (z.B. Schwangerschaft/Stillzeit).

Mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen können Effekte vergleichbar mit einer medikamentösen Prophylaxe erreicht werden. Besonders effektiv ist die Kombination von medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapie. Die Vielfalt der Verfahren reicht von alt-hergebrachten Hausmitteln bis hin zu Biofeedbackanwendungen [6].

## Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch

Der Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch (MOH, medication overuse headache) ist der häufigste

Allein oder in Kombination		Zusätzlich
Triptane	Nichtopioid-Analgetika (p.o.)	Antiemetika
Sumatriptan 50–100 mg p.o.	ASS 1000 mg	Metoclopramid 10 mg p.o.
Sumatriptan 10–20 mg nasal	Ibuprofen 400–600 mg	Domperidon 10 mg p.o.
Sumatriptan 6 mg s.c.	Naproxen 500–1000 mg	(Dimenhydrinat)
Zolmitriptan 2,5–5 mg p.o.	Diclofenac 50–100 mg	
Zolmitriptan 5 mg nasal	Paracetamol 1000 mg	
Rizatriptan 5–10 mg p.o.	Metamizol 1000 mg	
Almotriptan 12,5 mg p.o.	Kombinationspräparate (2 Tbl. à: ASS 250/265 mg +Paracetamol 200/265 mg +Koffein 50/65 mg)	
Frovatriptan 2,5 mg p.o.		
Naratriptan 2,5 mg p.o.		
Eletriptan 20–40 mg p.o.		

**Tabelle 2** Akutmedikation bei Migräne

sekundäre Kopfschmerz. Nimmt ein Betroffener an  $\geq 10$  Tagen Triptane, Opioide, Mischanalgetika, Ergotamine oder an  $\geq 15$  Tagen Analgetika oder NSAR ein, kann es zur Zunahme der Kopfschmerzen kommen [1]. Die Internationale Kopfschmerzklassifikation fordert, dann zusätzlich zur primären Kopfschmerzerkrankung die Diagnose MOH zu stellen.

Der MOH ist durch eine Zunahme der Kopfschmerzfrequenz und eine Veränderung der klinischen Symptomatik gekennzeichnet. Häufig lassen sich z.B. Tage mit Migräne nicht mehr gut abgrenzen. Etwa die Hälfte der Patienten mit chronischen Kopfschmerzen (d.h. Kopfschmerzen an  $\geq 15$  Tagen im Monat) erfüllt die Kriterien eines MOH.

Patienten mit chronischen Schmerzen benötigen eine andere Behandlung als die übliche Akutschmerztherapie. Sie sollten möglichst früh für ein multimodales interdisziplinäres Therapieprogramm auf Basis des biopsychoso-

zialen Modells motiviert werden. Risiken für eine Chronifizierung sollten früh erkannt werden. Ziel ist, ein Fortschreiten zu verhindern, Schmerzen durch nichtmedikamentöse und medikamentöse Maßnahmen zu behandeln, den Umgang mit Schmerzen zu verbessern und die körperliche und psychische Beeinträchtigung zu reduzieren.

Typische Risikofaktoren für die Entstehung des MOH sind das Vorliegen weiterer Schmerzerkrankungen, weibliches Geschlecht, psychische Komorbidität sowie körperliche Inaktivität. Im Rahmen der multimodalen Therapie sollten Risikofaktoren für eine Chronifizierung (wie negative Kognitionen mit Katastrophisierung) gezielt bearbeitet werden.

Zur Behandlung des MOH müssen vorübergehend alle Akutmedikamente abgesetzt werden, was bei 50 % der Betroffenen zur Besserung führt. Dabei ist es vorteilhaft, gleichzeitig eine prophylaktische Behandlung zu beginnen [7]. Bei Patienten mit den genannten Risikofaktoren ist das Rezidivrisiko

## Initiative »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen«

„Wir wollen die Versorgung von Menschen mit Kopfschmerzen verbessern“



Bei der Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzen gibt es noch eine deutliche Unterversorgung der Patienten. Dies zu ändern und für mehr Sensibilität hinsichtlich des Krankheitswerts von Kopfschmerzen und als Konsequenz für eine adäquate Therapie zu sorgen, ist Ziel der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG). Dazu wurde die Initiative »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen« ins Leben gerufen. Die Hintergründe erläutern PD Dr. med. Tim Jürgens, Präsident der DMKG, Rostock, und PD Dr. med. Stefanie Förderreuther, 1. Vizepräsidentin der DMKG und Initiatorin der Initiative, München, in einem Interview.

### Worum geht es bei der Initiative?

**Dr. Förderreuther:** Kopfschmerzen werden oftmals noch nicht adäquat behandelt, obwohl der Leidensdruck der Betroffenen häufig groß ist. Besonders groß sind die Lücken bei den vorbeugenden Maßnahmen. Eine zentrale Ursache der Unterversorgung ist, dass Kopfschmerzen in der Bevölkerung oft nicht als Erkrankung betrachtet, sondern eher als eine Art Befindlichkeitsstörung abgetan werden. Viele Betroffene suchen gar nicht erst den Arzt auf, sondern behelfen sich mit frei verkäuflichen Medikamenten. Nicht selten wird die Hausarztpraxis primär aufgrund anderer Beschwerden aufgesucht und die Kopfschmerzproblematik wird nur nebenbei erwähnt. Es ist für die Hausärzte daher manchmal schwer, den Krankheitswert beim Einzelnen zu erfassen. Zudem kos-

ten die Diagnostik und die Therapieeinstellung Zeit und sind bei der Vielzahl der Patienten in der Hausarztpraxis oft schwer zu realisieren. Mit der Initiative »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen« wollen wir dazu beitragen, diese Situation zu verbessern – für die Patienten und ebenso für die Hausärzte.

### Wie kann die Initiative zur besseren Versorgung von Menschen mit Kopfschmerzen beitragen?

**Dr. Förderreuther:** Die DMKG unterstützt die Ärzte mit Informationsmaterialien, die viel Aufklärungsarbeit am Patienten abnehmen können, und bietet Informationsplattformen im Internet. Über den mk-Guide können Ärzte Kopfschmerzbilder aufrufen, miteinander vergleichen und Patienten differenzialdiagnostisch einordnen. Sie werden durch den mk-Guide direkt zur Therapie geleitet. Das ist vor allem bei eher seltenen Kopfschmerzarten eine große Unterstützung der Praxisarbeit. Es gibt ferner Patientenbroschüren, die in der Praxis ausgelegt werden können. In Arbeit ist auch ein Praxisposter, das auf die Problematik von Kopfschmerzen hinweisen kann. Natürlich sind wir auch auf den Fachkongressen präsent, digital und vor Ort, zum Beispiel auf dem Schmerzkongress vom 21.–24. Oktober 2020 in Mannheim.

### Was sind die wichtigsten Ziele der Kampagne?

**Dr. Jürgens:** Wir wollen Ärzte unterstützen, indem wir mehr Aufmerksamkeit für

Kopfschmerzen schaffen. Die Betroffenen sollen wissen, dass sie bei ihrem Hausarzt Hilfe bekommen. Die Hausärzte wiederum sollen durch die Maßnahmen in die Lage versetzt werden, zeiteffizient in der Praxis eine gute Diagnostik und Therapie zu realisieren. Sie sollten auch wissen, wann die Patienten an einen Kopfschmerzexperten zu überweisen sind. Dies geht nur durch verstärkte Zusammenarbeit und Netzwerkbildung in den Regionen mit Fokus auf die Zusammenarbeit von Haus- und Facharzt. Davon können aus unserer Sicht letztlich alle Beteiligten nur profitieren.

### Welches Feedback haben Sie bereits zu der Initiative bekommen?

**Dr. Jürgens:** Die Initiative wird sehr gut angenommen. Es werden viele Informationsmaterialien für Ärzte wie auch Patienten angefordert und wir erhalten Rückmeldungen, dass die angebotenen Materialien sehr hilfreich sind und die Arbeit in der Praxis gut unterstützen.

**Frau Dr. Förderreuther und Herr Dr. Jürgens, haben Sie vielen Dank für das Gespräch.**



hoch. Deshalb sollten Patienten engmaschig nachverfolgt werden.

Präventiv hilfreich können Kampagnen sein, die die Bevölkerung über das Krankheitsbild informieren und auf die Einhaltung der Einnahmegrenzen hinweisen [8].

## Kopfschmerz als Notfall

Kopfschmerz ist einer der häufigsten Gründe für eine neurologische Vorstellung in einer Notaufnahme. Hierbei ist neben einer effektiven Analgesie am wichtigsten, zwischen einem primären und einem sekundären, möglicherweise gefährlichen Kopfschmerz zu unterscheiden.

Die strukturierte Anamnese und die Untersuchung führen üblicherweise zu einer Verdachtsdiagnose. Gezielte Zusatzuntersuchungen sind bei Verdacht auf sekundäre Kopfschmerzen indiziert. Hierbei kommt der Computertomografie zwar große Bedeutung zu, doch können nicht alle bedroh-

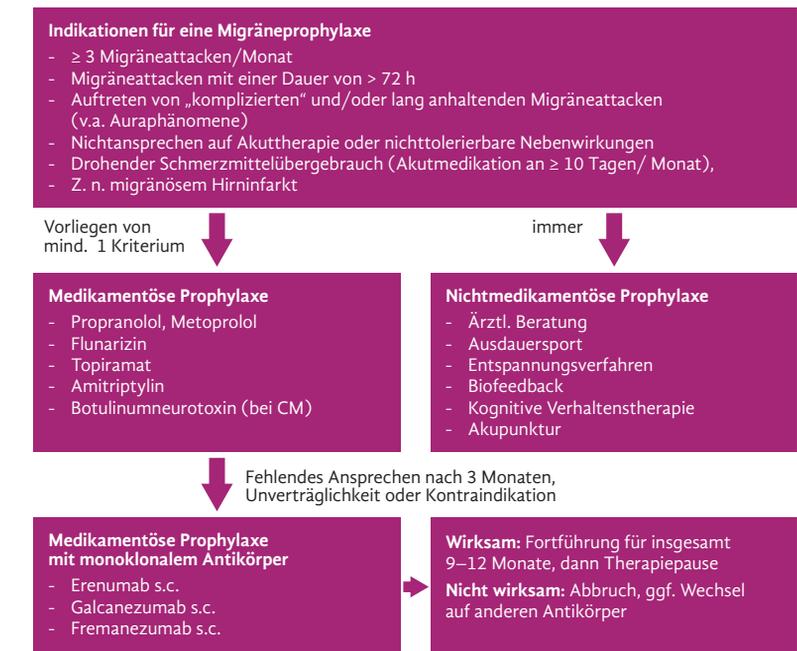


Abbildung 1 Pragmatische Migräneprophylaxe. CM: Chronische Migräne

lichen Erkrankungen mittels Routinebildgebung ausgeschlossen werden. Es kann daher weitere Diagnostik (cMRT,

Angiografie, Lumbalpunktion, Duplexsonografie und/oder Laborparameter) erforderlich sein – z.B. zur Abklärung einer Arteriitis temporalis, einer Dissektion, einer Meningitis/Encephalitis oder eines reversiblen Vasokonstriktionssyndroms.

Die wichtigsten Hinweise auf eine bedrohliche Erkrankung sind [9]:

- Alle Kopfschmerzen mit begleitenden neurologischen Ausfallsymptomen, Vigilanzstörungen oder epileptischen Anfällen.
- Akut bis perakut auftretende Schmerzen (Donnerschlagkopfschmerzen) gelten bis zum sicheren Ausschluss als Subarachnoidalblutung. Differenzialdiagnostisch können auch Gefäßspasmen, wie beim reversiblen zerebralen Vasokonstriktionssyndrom, ursächlich sein. Weitere Gründe für einen neuen (sub-)akuten Kopfschmerz können eine intrazerebrale Blutung oder eine Gefäßdissektion sein.
- Sich rasch entwickelnde Kopfschmerzen mit Fieber, erhöhten Entzün-

### Tipps für den Hausarzt

- Erfolgreiche Kopfschmerztherapie heißt immer Akuttherapie und Prophylaxe.
- Das Ansprechen auf die Akuttherapie kann auch innerhalb einer Wirkstoffklasse unterschiedlich sein. Daher kann die Verordnung verwandter Präparate sehr sinnvoll sein.
- Bei der Akutbehandlung der Migräne muss auf die richtige Dosierung geachtet und gegebenenfalls auf die Kombination mit einem Antiemetikum zurückgegriffen werden.
- Eine nichtmedikamentöse Prophylaxe sollte bei Migräne/Spannungskopfschmerzen immer empfohlen werden.
- Die Indikation für eine Migräneprophylaxe besteht, wenn  $\geq 3$  beeinträchtigende Attacken pro Monat auftreten, bei unzureichendem Ansprechen auf Akutmedikation und/oder bei drohendem Übergebrauch von Akutmedikation.
- Ein Übergebrauch der Akutmedikation mit hohem Risiko einer weiteren Schmerzchronifizierung liegt vor, wenn an  $\geq 10$  Tagen/Monat Akutmedikation eingenommen wird.
- Wenn Kopfschmerzen an  $\geq 15$  Tagen/Monat auftreten, bei unzureichendem Ansprechen auf die Therapie oder bei Komorbiditäten sollte ein spezialisierter Facharzt hinzugezogen werden.
- Der beste Weg zur guten Adhärenz ist eine gute Aufklärung. Hilfreich sind Informationsmaterialien für den Patienten, die die Verordnungen begleiten.

dungsparametern und Meningismus müssen an eine Meningitis bzw. Enzephalitis denken lassen.

- Schwierig in der Abgrenzung ist der Kopfschmerz bei einer Sinusvenenthrombose, der insgesamt keiner einheitlich wegweisenden Charakteristik folgt. Risikofaktoren wie das weibliche Geschlecht, die Einnahme von Östrogenen, eine Schwangerschaft, die postpartale Phase, Rauchen oder eine positive Familienanamnese können wichtige diagnostische Hinweise sein.
- Sekundäre Kopfschmerzen treten zudem gehäuft bei älteren Patienten, bei bestimmten Komorbiditäten (Malignom, HIV) oder bedingt durch die Medikation (Antikoagulation, Immunsuppression) auf.

## Literatur

1. Anonymous Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS): The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, Cephalalgia 2018; 38: 1–211
2. Karsan N, Bose P, Goadsby PJ: The Migraine Premonitory Phase: Continuum (Minneapolis, Minn.) 2018; 24: 996–1008
3. Straube A, Pfaffenrath V, Ladwig KH et al.: Prevalence of chronic migraine and medication overuse headache in Germany – the German DMKG headache study, Cephalalgia 2018; 30: 207–213
4. Diener HC, Gaul C, Kropp P: Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne 2018, in: Neurologie DGf (ed) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie
5. Diener HC, Holle D, Dresler T et al.: Chronic Headache Due to Overuse of Analgesics and Anti-Migraine Agents. Dtsch Arztebl Int 2019; 115: 365–370
6. Dresler T, Klan T, Liesering-Latta E et al.: Psychologische Behandlungsverfahren bei

Kopfschmerz, Nervenheilkunde 2019; 38: 745–758

7. Calhoun AH, Ford S, Millen C et al.: The prevalence of neck pain in migraine. Headache 2010; 50: 1273–1277
8. Carlsen LN, Westergaard ML, Bisgaard M et al.: National awareness campaign to prevent medication-overuse headache in Denmark. Cephalalgia 2018; 38: 1316–1325
9. Do TP, Remmers A, Schytz HW et al.: Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. Neurology 2019; 92: 134–144

## Impressum

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH  
Dieselstraße 2, 50859 Köln  
Geschäftsführung: Jürgen Führer  
Telefon 02234 7011-0 (Zentrale)

Herausgeber:

Dipl.-Psych Dr. phil. Thomas Dresler, Tübingen  
PD Dr. med. Stefanie Förderrreuther, München  
PD Dr. med. Charly Gaul, Königstein  
PD Dr. med. Gudrun Gossrau, Dresden  
PD Dr. med. Tim P. Jürgens, Rostock  
PD Dr. med. Lars Neeb, Berlin  
PD Dr. med. Ruth Ruscheweyh, München

Autorin: Christine Vetter

Druckerei: L.N. Schaffrath GmbH & Co. KG  
DruckMedien, Marktweg 42, 47608 Geldern

Diese Sonderpublikation erscheint im Auftrag und inhaltlichen Verantwortungsbereich der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft c/o albertZWEI media GmbH, München, Tel. 089 461486-29, kontakt@attacke-kopfschmerzen.de.

Der Verlag kann für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen keine Gewähr übernehmen. Durch sorgfältige Prüfung der Fachinformationen der verwendeten Präparate und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten ist jeder Benutzer angehalten, festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierung oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Beilage abweicht. Bei selten verwendeten oder neu auf den Markt gebrachten Präparaten ist eine solche Prüfung besonders wichtig. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

Diese Sonderpublikation erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs des Deutschen Ärzteverlages.

## »Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen«

Die DGMK-Initiative unterstützt alle, die Kopfschmerzen behandeln, mit Expertenwissen und Materialien.

- **mk-Guide – der Migräne- und Kopfschmerz-Guide:** interaktive Experten-Plattform um Migräne- und Kopfschmerzfachwissen aufzufrischen und zu erweitern, inkl. 15-minütiger Lehrvideos und Links zu weiterführender Literatur: [www.mk-guide.org](http://www.mk-guide.org)
- **Schnelltest Kopfschmerzwissen:** in wenigen Minuten Basis- und Red-Flag-Wissen zu den wichtigsten Kopfschmerzerkrankungen auffrischen
- **Patientenbroschüren** zu den verschiedenen Kopfschmerzarten und weitere Materialien bestellen oder downloaden
- **Botschafter werden:** Geben Sie Materialien an Kollegen weiter, abonnieren Sie den Newsletter, folgen Sie der Initiative auf Facebook und LinkedIn, integrieren Sie das Logo in Ihre E-Mail oder Website



[www.attacke-kopfschmerzen.de](http://www.attacke-kopfschmerzen.de)

[www.dmgk.de](http://www.dmgk.de)

Kontakt Initiativbüro  
c/o albertZWEI media GmbH  
München  
Tel. 089 461486-29  
kontakt@attacke-kopfschmerzen.de

»Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen« wird unterstützt von den Unternehmen Allergan GmbH, Lilly Deutschland GmbH, Novartis Pharma GmbH und Teva GmbH.