

ster-Kopfschmerzes beschrieben. Dabei wird eine erforderliche Attackenfrequenz von drei in 24 Stunden angegeben. Diese Attackenfrequenz geht nicht konform mit der Kopfschmerzklassifikation der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft und ist in dieser starren Zahl mit der klinischen Realität nicht vereinbar. Die Notwendigkeit, daß mindestens ein Begleitsymptom beim Cluster-Kopfschmerz auftreten muß, wird nicht angegeben, sondern es wird allgemein beschrieben, daß Begleitsymptome auftreten können. Auch wird das Charakteristikum des episodischen Cluster-Kopfschmerzes nicht adäquat angegeben. Charakteristisch beim episodischen Cluster-Kopfschmerz sind die freien Intervalle, bei denen keine Cluster-Attacken auftreten, nicht jedoch die Dauer der Clusterepisoden.

In den Schlußfolgerungen geben die Autoren an, daß es in der Therapie chronischer Kopfschmerzen für die klinische Praxis kaum neue Aspekte aus den letzten Jahren gebe.

Diese Auffassung wird nicht geteilt. Im Bereich des Themengebietes Kopfschmerzen wurden in den letzten Jahren erhebliche Veränderungen erarbeitet. So wurde eine international standardisierte und konsensfähige Kopfschmerzklassifikation von internationalen Kopfschmerzexperten erstellt. Auf keinem anderen medizinischen Gebiet wurde eine entsprechende diagnostische Differenzierung erreicht. Die Anwendung dieser internationalen Klassifikation ist mittlerweile Kennzeichen dafür, ob man mit dem Fortschritt auf dem Kopfschmerzgebiet Schritt hält. Die Weltgesundheitsorganisation hat die operationalen Kriterien dieser Klassifikation für die ICD 10 NA übernommen. Auf keinem anderen medizinischen Gebiet hat sich Entsprechendes ereignet. Eine weitere bedeutsame Erneuerung ist das Konzept der medikamenteninduzierten Kopfschmerzen und die Erarbeitung der dazu notwendigen Therapiestrategien. Die Entwicklung neuer pathophysiologischer Konzepte (Stichwort neurogene Entzündung) hat zu neuen Möglichkeiten in der Kopfschmerztherapie geführt. Auch wurden neue Ansätze zur objektiven Diagnostik von primären Kopfschmerzkrankungen mit neurophy-

siologischen Methoden geschaffen (Stichworte: kontingente negative Variation, exterozeptive Suppression). So ist es heute möglich, durch neurophysiologische Untersuchungen apparative diagnostische Zusatzkriterien zu erhalten. Besonders mißlich ist, daß die vielen neuen, speziell für Kopfschmerz geschaffenen nichtmedikamentösen Therapieansätze, die mittlerweile im Bereich der Verhaltensmedizin entwickelt worden sind, von den Autoren übergangen wurden.

**Literatur:**

Therapieempfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft, Arcis Verlag, München, 1994

Für das Präsidium der DMKG  
Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych.  
Hartmut Göbel  
Generalsekretär der Deutschen  
Migräne- und Kopfschmerz-  
gesellschaft e. V.  
Klinik für Neurologie  
der Universität  
Niemannsweg 147 · 24105 Kiel

**Ophthalmologische Ursachen vergessen**

Die Autoren haben in ihrer Übersicht über Kopfschmerzen in den Kapiteln Diagnostik/Differentialdiagnostik leider einen ganz wesentlichen und besonders häufigen Punkt vergessen: die ophthalmologischen Ursachen von Kopfschmerzen.

Das beginnt bei nicht mehr korrekten, fehlenden, nicht getragenen oder schlecht sitzenden Sehhilfen und geht über Störungen des Binokularsehens zu Glaukomanfall und Iritis (und dem M. Horton) und anderen. Also: Kopfschmerzen auch zum Augenarzt!

Dr. med. Stephan Schneider  
Augenarzt  
Maxstraße 52 · 95444 Bayreuth

**Neue Aspekte ausgelassen**

Ihrem ausführlichen, therapeutisch relevanten Aufsatz für die Allgemeinpraxis möchte ich zustimmen, aber in einem Punkt muß ich Ihnen aus eigener Erfahrung ganz energisch

widersprechen: daß es, wie Sie schreiben, „außer der Einführung der Substanz Sumatriptan für die klinische Praxis kaum neue Aspekte gibt.“

Seit etwa 40 Jahren behandle ich meine Patienten bei Kopfschmerz, Migräne und Cluster Kopfschmerz (Erythrosobalgie) mit Akupunktur, meist in komplementärer Verbindung mit homöopathischen Mitteln. Da mit diesem therapeutischen Konzept sowohl somatische wie auch psychische und eventuell geistige Komponenten des Geschehens integral erfaßt werden können, sind die Erfolge, was Heilung und Besserung anbetrifft, außerordentlich zuverlässig. Voraussetzung ist natürlich eine fundierte Beherrschung sowohl der Akupunktur oder der theoretischen Grundlagen der chinesischen Medizin als auch der Homöopathie nach Hahnemannschen Prinzipien. Die komplementäre Anwendung beider Methoden führt am schnellsten zum Ziel, aber auch der Einsatz nur der Homöopathie oder der Akupunktur ist verlässlich und kann eben ohne medikamentöse Belastung durchgeführt werden. Das einzige Problem sind zwei Tatsachen: Das Vorurteil der Schulmedizin und das Fehlen fundierter Kenntnisse auf diesen Gebieten, die eine langwierige und strenge Ausbildung und Einübung voraussetzen, die ja von den meisten Kassen nicht honoriert werden. Es wäre sehr zu empfehlen, daß die Schmerztherapie sich auch dieser Möglichkeit annähme.

**Literatur:**

1. Dr. Hermann Ebert: Homöosinatrie. Die Komplementarität von Homöopathie und Akupunktur in neuer und erweiterter Form, besonders im Hinblick auf Migräne und Kopfschmerz, Haug-Verlag 1992
2. Radke K, Eichler R, Eichler, Barthel: „Migräne und Kopfschmerz homöopathisch therapiert“, Barthel und Barthel Verlag 1992
3. ZDN, Bd I/2, Bd. II, Bd IV, Bd. V, VGM-Zentrum zur Dokumentation für Naturheilverfahren (Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilweisen in Europa) Verlag 1991–1993

Dr. Hermann Ebert  
Schmiedgasse 1 · 83377 Vachendorf

**Schlußwort**

Der Generalsekretär der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft hat durch akribische Fehl-

interpretation Differenzen entdeckt, die unserer Meinung nach nicht vorhanden sind. An anderen Stellen hat er selbst die Empfehlungen seiner eigenen Gesellschaft nicht ausreichend studiert. Im folgenden beziehen wir uns auf den exakten Text der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft, der 1992 in der Münchner Medizinischen Wochenschrift publiziert wurde, und auf den Lehrbuchbeitrag des Präsidiummitgliedes Pfaffenrath, der 1993 erschienen ist (1, 4, 5, 6).

Im Lehrbuch auf S. 387 steht „besondere Vorsicht ist geboten bei der Migräne mit Aura und der Migräne mit prolongierter Aura. Hier können die visuellen, sensiblen und motorischen Ausfälle technische Untersuchungen (CT oder CR) zum Ausschluß struktureller Läsionen erfordern.“ (4)

Zum Status migränosus heißt es auf S. 386: „Beim Status migränosus hält der Kopfschmerz trotz Behandlung bis zu sieben Tagen und länger an. . . Oft leiden diese Patienten aber nicht unter einer Migräne, oder es besteht neben einer Migräne ein Spannungskopfschmerz oder ein Schmerzmittelmißbrauch.“ (4)

Unsere Empfehlung, nicht eine höhere Dosis als viermal 1000 mg ASS zu verabreichen, geht insoweit über die Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft hinaus, als wir eine obere Dosierung zur Einnahme dieses Medikamentes angegeben haben. Dies bedeutet gerade das Gegenteil von der Annahme des Kollegen Göbel: Wir wollen einen Patienten nicht unnötig leiden lassen und sagen daher eindeutig, daß es zwecklos ist, ein Analgetikum mehrfach zu nehmen, ohne nach einer bestimmten Anzahl von Einnahmen an eine Alternative zu denken.

Auch bei der Empfehlung in bezug auf Sumatriptan haben wir uns sehr exakt an ein Editorial des Präsidiummitgliedes Pfaffenrath gehalten, in dem es heißt „daß diese Substanz bevorzugt dann eingesetzt werden sollte, wenn innerhalb kurzer Zeit ein Effekt erreicht werden soll“. (3) Im übrigen ist unsere Zurückhaltung der Substanz Sumatriptan gegenüber durch zwei Tatsachen begründet: Su-

matriptan führt qualitativ zu denselben, teilweise lebensbedrohlichen Nebenwirkungen wie Ergotamin – beispielsweise Herzinfarkt. Legt man die von Göbel an anderer Stelle publizierten Prävalenzzahlen zugrunde, so würde das Präparat Sumatriptan bei 100prozentiger Marktpenetranz Jahreskosten von mehr als 20 Milliarden DM verursachen. (2)

Die von uns angegebene Naproxen-Dosis von 500 bis 1000 mg ist den überarbeiteten Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft von 1992 entnommen ebenso wie unser Hinweis auf Metamizol. (6)

Der wohlwollende Leser kann dem Abschnitt Spannungskopfschmerz durchaus entnehmen, daß wir bei der Therapie zwischen akutem und chronischem Spannungskopfschmerz unterscheiden, wie auch vom Kollegen Göbel vorgeschlagen.

Zum Clusterkopfschmerz haben wir unter der Überschrift „Symptome“ geschrieben, daß die Attackenfrequenz bei drei in 24 Stunden liegt. Auch an dieser Stelle muß doch nicht betont werden, daß es auch Patienten mit einer Attacke und ebenso Patienten mit sechs Attacken pro Tag gibt. Wenn sich Göbel hier gegen starre Zahlen ausspricht, so sei darauf verwiesen, daß in den Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft beispielsweise auch steht: „die Attackendauer beträgt 30 bis 180 min“. Die Gegenfrage sei erlaubt: Was ist mit Patienten, die eine Attackendauer von 29 Minuten haben?

Wenn Herr Göbel den Hinweis auf die Verhaltensmedizin vermißt, so hat er sicherlich Absatz 3.5 überlesen, in dem die Stichworte verhaltenstherapeutische Behandlung, Streß- und Schmerzbewältigungstraining, progressive Muskelentspannung stehen. Außerdem heißt es unter 3.6 „langfristig können Rückfälle nur verhindert werden . . . wenn die Patienten Alternativen zur Medikamenteneinnahme durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen erlernen.“

Herr Göbel widerspricht unserer Schlußfolgerung, daß es in der Therapie chronischer Kopfschmerzen kaum neue klinische Aspekte gebe. Er belegt seinen Widerspruch allerdings

nahezu ausschließlich mit neuen Aspekten aus dem Bereich der Klassifikation, der Diagnostik, der Neurophysiologie oder Pathophysiologie, nicht aber mit neuen therapeutischen Ansätzen.

Dem Hinweis auf ophthalmologische Ursachen widersprechen wir nicht. Es müßte dann ebenfalls aufgeführt werden, daß Kopfschmerzen auch im Hals-Nasen-Ohren-Bereich begründet sein können sowie im Bereich der Zähne. Wir sind darauf bewußt nicht eingegangen, weil diese Hinweise lediglich dazu führen, daß die meisten Patienten ohne wesentliche Linderung neue Brillen erhalten oder eine Reihe von Zähnen verlieren.

Als schulmedizinisch orientierte Ärzte sind wir auf die Homöopathie im Bereich der Kopfschmerztherapie nicht eingegangen. Es gibt erste Hinweise dafür, daß eine Akupunkturbehandlung bei Migräne bessere Ergebnisse zeigt als eine Plazeboakupunktur. Die Homöopathie und andere Methoden der alternativen Medizin sollten sich möglichst bald schulmedizinischen Prüfmethode unterwerfen, um ihre Wirksamkeit mit ausreichender Sicherheit nachzuweisen.

**Literatur:**

1. Diener, HC et al.: Therapie des medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzes. Münchner Medizinische Wochenschrift 1992; 134: 10: 159-162
2. Göbel H et al.: Die Prävalenz von Kopfschmerzen in Deutschland. Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe auf der Basis der Kopfschmerzklassifikation der International Headache Society. Der Schmerz 1993; 7: 287-297
3. Pfaffenrath V: Sumatriptan, Migräne und die Kosten. Münchner Medizinische Wochenschrift 1992; 134: 143-144
4. Pfaffenrath V: Kopfschmerzen. In: Zenz M/Jurna I (Hrsg.): Lehrbuch der Schmerztherapie, Wiss. Verlagsgesellschaft Stuttgart 1993; 385
5. Pfaffenrath V et al.: Behandlung des Cluster-Kopfschmerzes. Münchner Medizinische Wochenschrift 1992; 134: 154-158
6. Soyka D et al.: Therapie und Prophylaxe der Migräne. Münchner Medizinische Wochenschrift 1992; 134: 145-153

Prof. Dr.-med. Michael Zenz  
 Dr. med. Michael Strumpf  
 Klinik für Anästhesiologie  
 Intensiv- und Schmerztherapie  
 Berufsgenossenschaftliche  
 Kliniken Bergmannsheil  
 Universitätsklinik  
 Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
 47789 Bochum