

Schmerz 2007 · 21:263–274
 DOI 10.1007/s00482-007-0540-9
 Online publiziert: 13. April 2007
 © Deutsche Gesellschaft zum Studium
 des Schmerzes. Published by Springer
 Medizin Verlag - all rights reserved 2007

Redaktion

H. Göbel, Kiel
 R. Sabatowski, Dresden



**CME.springer.de –
 Zertifizierte Fortbildung für Kliniker
 und niedergelassene Ärzte**

Die CME-Teilnahme an diesem Fortbildungsbeitrag erfolgt online auf CME.springer.de und ist Bestandteil des Individualabonnements dieser Zeitschrift. Abonnenten können somit ohne zusätzliche Kosten teilnehmen.

Unabhängig von einem Zeitschriftenabonnement ermöglichen Ihnen CME.Tickets die Teilnahme an allen CME-Beiträgen auf CME.springer.de. Weitere Informationen zu CME.Tickets finden Sie auf CME.springer.de.

Registrierung/Anmeldung

Haben Sie sich bereits mit Ihrer Abonnementnummer bei CME.springer.de registriert? Dann genügt zur Anmeldung und Teilnahme die Angabe Ihrer persönlichen Zugangsdaten. Zur erstmaligen Registrierung folgen Sie bitte den Hinweisen auf CME.springer.de.

**Online teilnehmen
 und 3 CME-Punkte sammeln**

Die CME-Teilnahme ist nur online möglich. Nach erfolgreicher Beantwortung von mindestens 7 der 10 CME-Fragen senden wir Ihnen umgehend eine Bestätigung der Teilnahme und der 3 CME-Punkte per E-Mail zu.

Zertifizierte Qualität

Diese Fortbildungseinheit ist zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Folgende Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung aller Fortbildungseinheiten auf CME.springer.de: Langfristige Themenplanung durch erfahrene Herausgeber, renommierte Autoren, unabhängiger Begutachtungsprozess, Erstellung der CME-Fragen nach Empfehlung des IMPP mit Vorabtestung durch ein ausgewähltes Board von Fachärzten.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung:

Springer Medizin Verlag GmbH
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie
CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

A. Heinze · K. Heinze-Kuhn · H. Göbel
 Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzlinik Kiel

Klassifikation von Kopfschmerzen

Zusammenfassung

Im Jahre 2003 veröffentlichte die International Headache Society die 2. Auflage der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzen. Gegliedert in die Teile I. primäre Kopfschmerzerkrankungen, II. sekundäre Kopfschmerzerkrankungen und III. kraniale Neuralgien, zentraler und primärer Gesichtsschmerz finden sich diagnostische Kriterien für inzwischen 206 verschiedene Kopfschmerzerkrankungen. Die Klassifikation erfolgt bei den sekundären Kopfschmerzen anhand der Ätiologie, bei den primären Kopfschmerzen dagegen anhand der Phänomenologie. Ziel des Kopfschmerztherapeuten muss es sein, trotz der hohen Zahl möglicher Diagnosen mit möglichst geringem Aufwand die bei einem Patienten bestehenden Kopfschmerzen eindeutig zu identifizieren. Dabei kommt der Differenzierung der primären von den sekundären Kopfschmerzen ebenso eine große Bedeutung zu wie der Unterscheidung der einzelnen primären Kopfschmerzerkrankungen voneinander.

Schlüsselwörter

Kopfschmerzklassifikation · Primäre Kopfschmerzerkrankungen · Sekundäre Kopfschmerzerkrankungen · Kraniale Neuralgien · Gesichtsschmerz

Classification of headache disorders

Abstract

In 2003 the International Headache Society (IHS) published the second edition of the International Classification of Headache Disorders. Diagnostic criteria for no less than 206 separate headache diagnoses are presented in the parts (I) primary headaches, (II) secondary headaches and (III) cranial neuralgia, central and primary facial pain. The headaches are classified according to the etiology in case of the secondary headaches and according to the phenomenology in case of the primary headaches. It is the task of the headache specialist to identify the correct headache diagnose with the smallest effort possible. Both, the differentiation between secondary and primary headaches and the differentiation between the various primary headaches are of equal importance.

Keywords

Headache classification · Primary headaches · Secondary headaches · Cranial neuralgia · Facial pain

Ziel der vorliegenden Übersicht ist es nicht, die 2. Auflage der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzen der International Headache Society einfach zu zitieren. Vielmehr handelt es sich um den Versuch, einen pragmatischen Zugang für den klinischen Alltag zu finden. Für spezifische Details kann dann der Originaltext [1] konsultiert werden, der damit – auch in den Augen der Herausgeber – den Charakter eines Nachschlagewerks erhält.

► International Headache Society

Die 2. Auflage spiegelt den wissenschaftlichen Fortschritt im Verständnis der Genese und Therapie von Kopfschmerzerkrankungen wider

Im Oktober 2003 stellte die ► **International Headache Society** (IHS) die 2. Auflage der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzen vor. Der 160 Seiten umfassende Originaltext wurde im Januar 2004 in der Zeitschrift *Cephalalgia* veröffentlicht [2]. Die deutsche Übersetzung war bereits im November 2003 in der Zeitschrift *Nervenheilkunde* erschienen [3]. Die 2. Auflage der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzen ist letztlich das Ergebnis der praktischen Anwendung der aus dem Jahre 1988 stammenden 1. Auflage. Über 15 Jahre war diese erste weltweit akzeptierte Kopfschmerzklassifikation zum unverzichtbaren Standardwerk in der Diagnostik von Kopfschmerzerkrankungen geworden. 165 einzelne Kopfschmerzdiagnosen waren hier erstmals mit operationalisierten Kriterien eindeutig definiert, ein Vorgehen, welches insbesondere die (Differenzial)diagnostik der verschiedenen primären Kopfschmerzerkrankungen erheblich vereinfachte.

Die 2. Auflage spiegelt nun den wissenschaftlichen Fortschritt im Verständnis der Genese aber auch der Therapie von Kopfschmerzerkrankungen wider. Neue Kopfschmerzerkrankungen sind hinzugekommen, alte verschwunden, bei anderen wurden die diagnostischen Kriterien überarbeitet. Im Ergebnis finden sich gegliedert in den Teilen

- I. Primäre Kopfschmerzerkrankungen
- II. Sekundäre Kopfschmerzerkrankungen
- III. Kraniale Neuralgien, zentraler und primärer Gesichtsschmerz und andere Kopfschmerzen
- IV. Anhang

Diagnostische Kriterien für nicht weniger als 206 Kopfschmerzformen und -unterformen, die im noch um weitere 31 Diagnosen ergänzt werden. Auch wenn die Kopfschmerzklassifikation damit nur eine „endliche“ Zahl von Kopfschmerzdiagnosen beschreibt, wird doch der einleitende Satz der Anleitung zum Gebrauch der Klassifikation, welche dem Hauptteil vorangestellt ist, verständlich: „*Dieses ausführliche Werk ist nicht dafür bestimmt, auswendig gelernt zu werden.*“

Die einzelnen Kopfschmerzdiagnosen sind in **Tab. 1 (s. Dokumentenende)** mit dem IHS-Kode sowie dem entsprechenden WHO-ICD-10NA-Kode aufgelistet.

Schritt 1: Erfassung des Problems

Beim Erstkontakt zwischen Kopfschmerzpatient und Arzt empfiehlt es sich, eine Frage möglichst früh zu stellen: Leiden Sie immer unter den gleichen Kopfschmerzen oder kennen Sie verschiedene Kopfschmerzformen? Liegen verschiedene Kopfschmerzen vor, müssen die folgenden Überlegungen zur Diagnosefindung für jede einzelne Kopfschmerzform durchgespielt werden. Am Ende sollte jeder Kopfschmerz einen Namen, sprich eine Diagnose erhalten. Es empfiehlt sich, im Gespräch mit dem Kopfschmerz zu beginnen, der für den Patienten subjektiv mit dem höchsten Leidensdruck einhergeht.

Schritt 2: Diagnosefindung

Die für jeden Kopfschmerztyp zu klärende Frage ist, ob es sich um einen primären oder um einen sekundären Kopfschmerz handelt. Ein ► **sekundärer Kopfschmerz** lässt sich auf eine definierbare Ursache zurückführen. Der Kopfschmerz ist hier Symptom einer anderen Gesundheitsstörung. Damit steht möglicherweise auch ein kausaler Therapieansatz zur Verfügung.

Bei den primären Kopfschmerzen hingegen findet sich eine solche Ursache nicht. Die Kopfschmerzen sind hier die eigentliche Erkrankung. Routineuntersuchungsverfahren erbringen keine erklärenden pathologischen Befunde. Finden sich Auffälligkeiten, handelt es sich um krankheitsunabhängige Zufallsbefunde, die ihrerseits wieder zur Verwirrung beitragen können. Die Therapie ist grundsätzlich symptomatischer Natur.

Aufgrund des Fehlens eindeutiger pathologischer Untersuchungsbefunde stützen sich die diagnostischen Kriterien bei den primären Kopfschmerzen (Teil 1 der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzen) auf das jeweilige charakteristische klinische Bild. Eine differenzialdiagnostische Ein-

Liegen verschiedene Kopfschmerzen vor, muss die Diagnosefindung für jede einzelne Kopfschmerzform erfolgen

► Sekundärer Kopfschmerz

Die diagnostischen Kriterien stützen sich bei den primären Kopfschmerzen auf das charakteristische klinische Bild

Tab. 2 Aufbau der diagnostischen Kriterien für sekundäre Kopfschmerzen

| | |
|---|---|
| A | Kopfschmerz, der wenigstens eines (oder mehr) der nachfolgenden Charakteristika aufweist und die Kriterien C und D erfüllt |
| B | Eine andere Erkrankung, von der bekannt ist, dass sie Kopfschmerzen verursachen kann, konnte nachgewiesen werden |
| C | Der Kopfschmerz tritt in enger zeitlicher Beziehung zu dieser anderen Erkrankung auf und/oder es besteht eine andere Evidenz für einen kausalen Zusammenhang |
| D | Der Kopfschmerz wird deutlich abgeschwächt oder er verschwindet innerhalb von 3 Monaten (dieser Zeitraum kann für einige Erkrankungen auch kürzer sein) nach erfolgreicher Behandlung bzw. Spontanremission der ursächlichen Erkrankung |

ordnung ist damit ausschließlich anhand der vom Patienten zur Verfügung gestellten Angaben möglich. Das letzte diagnostische Kriterium aller primären Kopfschmerzkrankungen lautet jeweils:

■ Nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen.

In den jeweiligen Anmerkungen findet sich dann folgende Spezifizierung:

■ Vorgeschichte, körperliche und neurologische Untersuchungen geben keinen Hinweis auf eine der unter 5 bis 12 aufgeführten Erkrankungen oder Vorgeschichte und/oder körperliche und/oder neurologische Untersuchungen lassen an eine solche Erkrankung denken, doch konnte diese durch geeignete Untersuchungen ausgeschlossen werden oder eine solche Erkrankung liegt vor, die Kopfschmerzen traten jedoch nicht erstmals in engem zeitlichem Zusammenhang mit dieser Erkrankung auf.

Eine zerebrale Bildgebung (cCT, cMRT) ist damit nicht grundsätzlich erforderlich, sondern sollte nur dann veranlasst werden, wenn berechtigte Zweifel am Vorliegen einer primären Kopfschmerzkrankung bestehen.

Bei den sekundären Kopfschmerzen (Teil 2 der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzen) hingegen kann die Klassifikation anhand der Ätiologie erfolgen. Anamnese und/oder gezielte Zusatzuntersuchungen erlauben die Identifizierung der ► **Kopfschmerzursache**. Diese Überlegungen spiegeln sich auch im Aufbau der diagnostischen Kriterien wieder, die sich grundlegend von denen der primären Kopfschmerzen unterscheiden (■ **Tab. 2**).

Bei 52 möglichen primären und 124 sekundären Kopfschmerzdiagnosen zuzüglich 29 Diagnosen aus dem Abschnitt kraniale Neuralgien und Gesichtschmerzen ist es nicht praktikabel, die Informationen über die Kopfschmerzen eines Patienten mit allen denkbaren 206 Kopfschmerzformen auf Übereinstimmung abzugleichen. Ziel ist es vielmehr, die zutreffende Diagnose im Sinne einer Rasterfahndung mit möglichst geringem Zeit- und Materialaufwand zu stellen. Dabei sollte man sich von 2 Überlegungen leiten lassen. Auf der einen Seite weisen die 206 Kopfschmerzdiagnosen eine höchst unterschiedliche Häufigkeit auf. Zahlenmäßig dominieren bei den Patienten die primären Kopfschmerzkrankungen (und hier der Kopfschmerz vom Spannungstyp und die Migräne). Auf der anderen Seite dürfen seltene, aber potenziell gefährliche sekundäre Kopfschmerzformen nicht übersehen werden.

Diagnostischer Algorithmus

Bewährt hat sich folgender diagnostischer Algorithmus:

1. Prüfung auf Warnsymptome potenziell bedrohlicher sekundärer Kopfschmerzen bzw. auf offensichtliche Ursachen sekundärer Kopfschmerzen.
2. Bei negativem Ergebnis: Prüfung auf Vorliegen des charakteristischen Kopfschmerzphänotyps einer der primären Kopfschmerzkrankungen oder Neuralgien.
3. Bei negativem Ergebnis (weniger als 5% der Kopfschmerzpatienten): Intensive Ursachenforschung unter Einsatz aller erforderlichen Zusatzuntersuchungen.

Betrachten wir diese Punkte im Einzelnen.

Prüfung auf Warnsymptome

Diagnostisch wegweisend kann bei der Prüfung auf Warnsymptome potenziell bedrohlicher sekundärer Kopfschmerzen oder auf offensichtliche Ursachen sekundärer Kopfschmerzen sowohl die Anamnese als auch der Untersuchungsbefund sein. Die ■ **Tab. 3** versteht sich als Checkliste zur schnellen Identifizierung von ausgewählten sekundären Kopfschmerzdiagnosen.

Eine zerebrale Bildgebung ist nicht grundsätzlich erforderlich

► Kopfschmerzursache

Potenziell gefährliche sekundäre Kopfschmerzformen dürfen nicht übersehen werden

Tab. 3 Warnsymptome ausgewählter sekundärer Kopfschmerzkrankungen

| Symptom, Untersuchungsbefund, anamnestische Angabe | Verdachtsdiagnose |
|--|--|
| Zeitlicher Zusammenhang zu einem Kopftrauma oder einer Kraniotomie | Posttraumatischer Kopfschmerz |
| Meningismus Fieber | Meningitis Kopfschmerz zurückzuführen auf eine intrakranielle oder systemische Infektion |
| Donnerschlagkopfschmerz (erstmalig akut aufgetretene heftigste Kopfschmerzen) | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Gefäßstörung (z. B. Subarachnoidalblutung, intrazerebrale Blutung, Hypophyseninfarkt, arterielle Dissektion, Sinusvenenthrombose) |
| Nach dem 60. Lebensjahr neu aufgetretener starker Kopfschmerz mit oder ohne geschwollener und schmerzempfindlicher A. temporalis superficialis | Kopfschmerz zurückzuführen auf Riesenzellarteriitis, Arteriitis temporalis |
| Hirndruckzeichen (zunächst morgendliche Kopfschmerzen mit Übelkeit und evtl. Nüchternbrechen; Zunahme bei Husten, Niesen und Pressen. Singultus. Im weiteren Verlauf psychomotorische Verlangsamung und schließlich Bewusstseinsstörung, Stauungspapillen in der Untersuchung) | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Liquordrucksteigerung (idiopathisch, sekundär bei Hydrozephalus), intrakranielle Raumforderung (z. B. intrakranielles Neoplasma, subdurales Hämatom) |
| Neu aufgetretener Kopfschmerz in Verbindung mit - fokalen neurologischen Symptomen, - Bewusstseinsstörungen <i>oder</i> - einem zerebralen Krampfanfall | Intrakranielle Pathologie |
| Veränderung der Phänomenologie und/oder Zunahme der Häufigkeit eines langjährigen primären Kopfschmerzes in Verbindung mit steigender Einnahme von Kopfschmerzmittelmedikation | Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch |

Tab. 4 Attackendauer der häufigsten attackenförmig auftretenden Kopfschmerzen

| Diagnose | Attackendauer |
|------------------------------|------------------------------|
| Trigeminusneuralgie | Sekundenbruchteile bis 2 min |
| SUNCT-Syndrom | 5–240 s |
| Paroxysmale Hemikranie | 2–30 min |
| Clusterkopfschmerz | 15–180 min |
| Migräne | 4–72 h |
| Kopfschmerz vom Spannungstyp | 30 min bis 7 Tage |

Prüfung auf charakteristischen Kopfschmerzphänotyp

Die Migräne, Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Clusterkopfschmerzen, die paroxysmale Hemikranie, das SUNCT-Syndrom und die klassische Trigeminusneuralgie weisen jeweils ein charakteristisches, kaum verwechselbares Erscheinungsbild auf. Die Diagnosen von mehr als 90% aller Kopfschmerzpatienten entfallen auf diese Gruppe. Die für die Diagnosestellung erforderlichen Informationen liefert einzig und allein das ärztliche Gespräch, das durch keine Zusatzdiagnostik ersetzt werden kann. Bei der Erhebung der **Kopfschmerzanamnese** ist dabei darauf zu achten, dass der Patient die für ihn typischen Kopfschmerzen und Begleitsymptome schildert und nicht eine – für ihn häufig beunruhigende – Ausnahmesituation.

Die wichtigste Frage zur Differenzierung der attackenförmig auftretenden Kopfschmerzen ist die nach der Dauer eines unbehandelten Kopfschmerzanfalls. Eine Übersicht über die typische **Attackendauer** der einzelnen Kopfschmerzformen gibt **Tab. 4**.

Auch wenn es theoretisch Überschneidungen der in den diagnostischen Kriterien angegebenen Attackenlängen gibt, macht dies in der Praxis selten wirkliche Probleme. So dauert eine Clusterattacke im Normalfall länger als 30 min an und eine Attacke einer paroxysmalen Hemikranie unter 15 min. Der Überschneidungsbereich von 15–30 min Attackendauer findet sich in beiden Fällen eher selten.

Die erfragte Attackendauer lenkt die Anamneseerhebung bereits gezielt in Richtung einer bestimmten Diagnose. Mit wenigen weiteren Fragen lässt sich die Verdachtsdiagnose dann verifizieren

► Kopfschmerzanamnese

► Attackendauer

Tab. 5 Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien der häufigsten attackenförmig auftretenden Kopfschmerzen

| Kriterium | Migräne ohne Aura | Häufig auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp | Clusterkopfschmerz | Paroxysmale Hemikranie | SUNCT-Syndrom | Klassische Trigeminusneuralgie |
|---|--|--|---|--|---|--|
| IHS-Code | 1.1 | 2.2 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 13.1.1 |
| Attackendauer | Kriterium B: Kopfschmerzattacken, die (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 4–72 h anhalten | Kriterium B: Kopfschmerzdauer liegt zwischen 30 min und 7 Tagen | Kriterium B: Schmerzattacken, die unbehandelt 15–180 min anhalten | Kriterium B: Schmerzattacken, die 2–30 min anhalten | Kriterium B: Attacken, die 5–240 s andauern | Kriterium A: Paroxysmale Schmerzattacken von Bruchteilen einer Sekunde bis zu 2 min Dauer |
| Schmerzcharakteristika - Lokalisation - Charakter - Intensität | Kriterium C: Der Kopfschmerz weist mindestens 2 der folgenden Charakteristika auf: 1. einseitige Lokalisation 2. pulsierender Charakter 3. mittlere oder starke Schmerzintensität 4. Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten (z. B. Gehen oder Treppensteigen) oder führt zu deren Vermeidung | Kriterium C: Der Kopfschmerz weist mindestens 2 der folgenden Charakteristika auf: 1. beidseitige Lokalisation 2. Schmerzqualität drückend oder beengend, nicht pulsierend 3. leichte bis mittlere Schmerzintensität 4. keine Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten wie Gehen oder Treppensteigen | Kriterium B: Starke oder sehr starke einseitig orbital, supraorbital und/oder temporal lokalisierte Schmerzattacken | Kriterium B: Starke einseitig orbital, supraorbital und/oder temporal lokalisierte Schmerzattacken | Kriterium B: Einseitige orbital, supraorbital oder temporal lokalisierte Attacken von stechender oder pulsierender Qualität | Kriterium A: Schmerzattacken, die einen oder mehrere Äste des N. trigeminus betreffen. Kriterium B: Der Schmerz weist wenigstens eines der folgenden Charakteristika auf: 1. starke Intensität, scharf, oberflächlich, stechend 2. ausgelöst über eine Triggerzone oder durch Triggerfaktoren Kriterium C: Die Attacken folgen beim einzelnen Patienten einem stereotypen Muster |
| Begleitsymptome | Kriterium D: Während des Kopfschmerzes besteht mindestens eines: 1. Übelkeit und/oder Erbrechen 2. Photophobie und Phonophobie | Kriterium D: Beide folgenden Punkte sind erfüllt: 1. Keine Übelkeit oder Erbrechen (Appetitlosigkeit kann auftreten) 2. Photophobie oder Phonophobie, nicht jedoch beides kann vorhanden sein | Kriterium C: Begleitend tritt wenigstens eines der nachfolgend angeführten Charakteristika auf: 1. ipsilaterale konjunktivale Injektion und/oder Lakrimation 2. ipsilaterale nasale Kongestion und/oder Rhinorrhoe 3. ipsilaterales Lidödem 4. ipsilaterales Schwitzen im Bereich der Stirn oder des Gesichtes 5. ipsilaterale Miosis und/oder Ptosis 6. körperliche Unruhe oder Agitiertheit | Kriterium C: Begleitend tritt wenigstens eines der nachfolgend angeführten Charakteristika auf: 1. ipsilaterale konjunktivale Injektion und/oder Lakrimation 2. ipsilaterale nasale Kongestion und/oder Rhinorrhoe 3. ipsilaterales Lidödem 4. ipsilaterales Schwitzen im Bereich der Stirn oder des Gesichtes 5. ipsilaterale Miosis und/oder Ptosis | Kriterium C: Der Schmerz wird begleitet durch eine ipsilaterale konjunktivale Injektion und Lakrimation | Nicht definiert |
| Häufigkeit der Attacken | Nicht definiert, aber: Ab 15 Tage im Monat über mehr als 3 Monate: 1.5.1 chronische Migräne | Kriterium A: durchschnittlich an ≥ 1 Tag/Monat, aber < 15 Tagen/Monat über mindestens 3 Monate auftreten (≥ 12 und < 180 Tage/Jahr) | Kriterium D: Die Attackenfrequenz liegt zwischen 1 Attacke jeden 2. Tag und 8/Tag | Kriterium D: Die Attackenfrequenz liegt bei > 5 /Tag über mindestens die Hälfte der Zeit hinweg, auch wenn Perioden mit einer niedrigeren Frequenz vorkommen können | Kriterium D: Die Attackenfrequenz liegt bei 3–200/Tag | Nicht definiert |
| Sonstiges | | | | Kriterium E: Attacken kann durch therapeutische Dosen von Indometacin komplett vorgebeugt werden | | Kriterium D: Klinisch ist kein neurologisches Defizit nachweisbar |

Sind die Kriterien nicht vollständig erfüllt, so gibt es die Möglichkeit der Vergabe einer „wahrscheinlichen“ Diagnose

Häufig ist ein interdisziplinäres Vorgehen erforderlich

► **Medikamentenübergebrauch**

Jede wirksame Kopfschmerzmedikation kann bei Übergebrauch Kopfschmerz hervorrufen

Tab. 6 Diagnostische Kriterien für Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch

| | |
|---|---|
| A | Kopfschmerz an ≥ 15 Tagen/Monat, der die Kriterien C und D erfüllt |
| B | Regelmäßige Einnahme über ≥ 3 Monate einer oder mehrerer Substanzen, die zur Akutbehandlung von Kopfschmerzen eingesetzt werden |
| | - Ergotamine an ≥ 10 Tagen im Monat |
| | - Triptane an ≥ 10 Tagen im Monat |
| | - Opioide an ≥ 10 Tagen im Monat |
| | - Schmerzmittelmischpräparate an ≥ 10 Tagen im Monat |
| | - Kombinationen von Kopfschmerz akutmedikation an ≥ 10 Tagen im Monat |
| | - Monoanalgetika an ≥ 15 Tagen im Monat |
| C | Entwicklung des Kopfschmerzes oder deutliche Verschlechterung während des Medikamentenübergebrauchs |
| D | Innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Medikamentenübergebrauchs verschwindet der Kopfschmerz oder kehrt wieder zu seinem früheren Auftretensmuster zurück |

oder verwerfen: Erforderlich sind Informationen über Schmerzlokalisierung (insbesondere auch die Seitigkeit), Schmerzcharakter, Schmerzstärke, Beeinflussung der Schmerzen durch körperlicher Aktivität, Begleitsymptome und insbesondere im Falle der Trigeminusneuralgie über Auslösemechanismen. Zur Erleichterung der Differenzialdiagnose zeigt **Tab. 5** eine Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien der wichtigsten anfallsartigen Kopfschmerztypen.

Sind die Kriterien nicht vollständig erfüllt, so gibt es die Möglichkeit der Vergabe einer „wahrscheinlichen“ Diagnose: Erfüllt z. B. ein Kopfschmerz die Kriterien einer Migräne ohne Aura bis auf eine Ausnahme, weil die typischen Begleitsymptome fehlen, so kann die Diagnose einer wahrscheinlichen Migräne ohne Aura vergeben werden. Werden andere Kriterien nicht erfüllt, können auch eigenständige Diagnosen entstehen. Ein Beispiel ist der Status migraenosus. Hier sind alle Kriterien einer Migräne erfüllt, der Anfall hält aber länger als die vorgegebenen 72 h an.

Einsatz von Zusatzuntersuchungen

Sind die Kriterien der aufgeführten „klinisch-definierten“ Kopfschmerzdiagnosen nicht erfüllt, kann vom Vorliegen einer sekundären oder einer der selteneren primären Kopfschmerzformen ausgegangen werden. Die Anzahl der noch möglichen Diagnosen ist natürlich hoch. Hier gilt es, mit Hilfe der Anamnese und gegebenenfalls unter Zuhilfenahme von Zusatzuntersuchungen die Liste der möglichen Diagnosen einzuengen. Insbesondere bei Erkrankungen der Gruppe 11 Kopf- oder Gesichtsschmerz zurückzuführen auf Erkrankungen des Schädels sowie von Hals, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Zähnen, Mund oder anderen Gesichts- oder Schädelstrukturen ist häufig ein interdisziplinäres Vorgehen erforderlich. Einer der häufigsten sekundären Kopfschmerzen, die den Patienten zum Arzt führt, ist der Kopfschmerz bei **Medikamentenübergebrauch**. Er entsteht meist auf dem Boden einer Migräne oder eines Kopfschmerzes vom Spannungstyp. Klinisch manifestiert er sich entweder in einer eklatanten Zunahme der vorbestehenden primären Kopfschmerzen parallel zur Zunahme der Einnahme von Kopfschmerz akutmedikation oder im Auftreten eines neuen Kopfschmerzes, der häufig Symptome einer Migräne und eines Kopfschmerzes vom Spannungstyp vermischt. Jede wirksame Kopfschmerzmedikation kann bei Übergebrauch diese Behandlungskomplikation hervorrufen, es kommt nur auf die Einnahmehäufigkeit an. Die IHS-Klassifikation definiert Grenzwerte für die monatliche Einnahmehäufigkeit von Schmerz- und Migränemitteln, die nicht überschritten werden sollten. Die Grenzwerte liegen für Monoanalgetika vom NSAR-Typ bei 15 Tagen im Monat, bei allen übrigen Substanzen bei 10 Tagen im Monat.

Die Diagnose ist zunächst gezwungenermaßen eine Verdachtsdiagnose, die nur durch eine Besserung des Zustands infolge einer Medikamentenpause bestätigt werden kann. Die diagnostischen Kriterien sind in **Tab. 6** aufgeführt.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Heinze

Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzlinik Kiel
Heikendorfer Weg 9–27, 24149 Kiel
Heinze@schmerzlinik.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

1. <http://www.ihs-klassifikation.de>
2. International Headache Society (2004) The international classification of headache disorders. Cephalalgia 24 (Suppl 1): 1–160
3. Kopfschmerzklassifikationskomitee der International Headache Society (2003) Die Internationale Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen. Nervenheilkunde 22: 531–670

Tab. 1 Kopfschmerzdiagnosen nach der International Headache Society (IHS) und dem WHO-ICD-10NA-Kode

| IHS-ICHD-II-Kode | WHO-ICD-10NA-Kode | Diagnose (und ätiologischer ICD-10-Kode für sekundäre Kopfschmerzerkrankungen) |
|--|---|---|
| Teil 1: Primäre Kopfschmerzerkrankungen | | |
| 1. | [G43] | Migräne |
| 1.1 | [G43.0] | Migräne ohne Aura |
| 1.2 | [G43.1] | Migräne mit Aura |
| 1.2.1 | [G43.10] | Typische Aura mit Migränekopfschmerz |
| 1.2.2 | [G43.10] | Typische Aura mit Kopfschmerzen, die nicht einer Migräne entsprechen |
| 1.2.3 | [G43.104] | Typische Aura ohne Kopfschmerz |
| 1.2.4 | [G43.105] | Familiäre hemiplegische Migräne (FHM) |
| 1.2.5 | [G43.105] | Sporadische hemiplegische Migräne |
| 1.2.6 | [G43.103] | Migräne vom Basilaristyp |
| 1.3 | [G43.82] | Periodische Syndrome in der Kindheit, die im allgemeinen Vorläufer einer Migräne sind |
| 1.3.1 | [G43.82] | Zyklisches Erbrechen |
| 1.3.2 | [G43.820] | Abdominelle Migräne |
| 1.3.3 | [G43.821] | Gutartiger paroxysmaler Schwindel in der Kindheit |
| 1.4 | [G43.81] | Retinale Migräne |
| 1.5 | [G43.3] | Migränekomplikationen |
| 1.5.1 | [G43.3] | Chronische Migräne |
| 1.5.2 | [G43.2] | Status migränosus |
| 1.5.3 | [G43.3] | Persistierende Aura ohne Hirninfarkt |
| 1.5.4 | [G43.3] | Migränöser Infarkt |
| 1.5.5 | [G43.3] + [G40.x oder G41.x] ¹ | Zerebrale Krampfanfälle, durch Migräne getriggert |
| 1.6 | [G43.83] | Wahrscheinliche Migräne |
| 1.6.1 | [G43.83] | Wahrscheinliche Migräne ohne Aura |
| 1.6.2 | [G43.83] | Wahrscheinliche Migräne mit Aura |
| 1.6.3 | [G43.83] | Wahrscheinliche chronische Migräne |
| 2. | [G44.2] | Kopfschmerz vom Spannungstyp |
| 2.1 | [G44.2] | Sporadisch auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp |
| 2.1.1 | [G44.20] | Sporadisch auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp assoziiert mit perikranialer Schmerzempfindlichkeit |
| 2.1.2 | [G44.21] | Sporadisch auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp nicht assoziiert mit perikranialer Schmerzempfindlichkeit |
| 2.2 | [G44.2] | Häufig auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp |

| | | |
|-------|-----------|---|
| 2.2.1 | [G44.20] | Häufig auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp assoziiert mit perikranialer Schmerzempfindlichkeit |
| 2.2.2 | [G44.21] | Häufig auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp nicht assoziiert mit perikranialer Schmerzempfindlichkeit |
| 2.3 | [G44.2] | Chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp |
| 2.3.1 | [G44.22] | Chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp assoziiert mit perikranialer Schmerzempfindlichkeit |
| 2.3.2 | [G44.23] | Chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp nicht assoziiert mit perikranialer Schmerzempfindlichkeit |
| 2.4 | [G44.28] | Wahrscheinlicher Kopfschmerz vom Spannungstyp |
| 2.4.1 | [G44.28] | Wahrscheinlicher sporadisch auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp |
| 2.4.2 | [G44.28] | Wahrscheinlicher gehäuft auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp |
| 2.4.3 | [G44.28] | Wahrscheinlicher chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp |
| 3. | [G44.0] | Clusterkopfschmerz und andere trigemino-autonome Kopfschmerzerkrankungen |
| 3.1 | [G44.0] | Clusterkopfschmerz |
| 3.1.1 | [G44.01] | Episodischer Clusterkopfschmerz |
| 3.1.2 | [G44.02] | Chronischer Clusterkopfschmerz |
| 3.2 | [G44.03] | Paroxysmale Hemikranie |
| 3.2.1 | [G44.03] | Episodische paroxysmale Hemikranie |
| 3.2.2 | [G44.03] | Chronische paroxysmale Hemikranie (CPH) |
| 3.3 | [G44.08] | Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT) |
| 3.4 | [G44.08] | Wahrscheinliche trigemino-autonome Kopfschmerzerkrankung |
| 3.4.1 | [G44.08] | Wahrscheinlicher Clusterkopfschmerz |
| 3.4.2 | [G44.08] | Wahrscheinliche paroxysmale Hemikranie |
| 3.4.3 | [G44.08] | Wahrscheinliches SUNCT-Syndrom |
| 4. | [G44.80] | Andere primäre Kopfschmerzen |
| 4.1 | [G44.800] | Primärer stechender Kopfschmerz |
| 4.2 | [G44.803] | Primärer Hustenkopfschmerz |
| 4.3 | [G44.804] | Primärer Kopfschmerz bei körperlicher Anstrengung |
| 4.4 | [G44.805] | Primärer Kopfschmerz bei sexueller Aktivität |
| 4.4.1 | [G44.805] | Präorgasmuskopfschmerz |
| 4.4.2 | [G44.805] | Orgasmuskopfschmerz |
| 4.5 | [G44.80] | Primärer schlafgebundener Kopfschmerz |
| 4.6 | [G44.80] | Primärer Donnerschlagkopfschmerz |
| 4.7 | [G44.80] | Hemicrania continua |
| 4.8 | [G44.2] | Neu aufgetretener täglicher Kopfschmerz |

Fortsetzung Tab. 1 →

| Tab. 1 (Fortsetzung) | | |
|---|-------------------|--|
| IHS-ICHD-II-Kode | WHO-ICD-10NA-Kode | Diagnose (und ätiologischer ICD-10-Kode für sekundäre Kopfschmerzserkrankungen) |
| Teil 2: Sekundäre Kopfschmerzserkrankungen | | |
| 5. | [G44.88] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein Kopf- und/oder HWS-Trauma |
| 5.1 | [G44.880] | Akuter posttraumatischer Kopfschmerz |
| 5.1.1 | [G44.880] | Akuter posttraumatischer Kopfschmerz bei mittlerer oder schwerer Kopfverletzung [S06] |
| 5.1.2 | [G44.880] | Akuter posttraumatischer Kopfschmerz bei leichter Kopfverletzung [S09.9] |
| 5.2 | [G44.3] | Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz |
| 5.2.1 | [G44.30] | Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz bei mittlerer oder schwerer Kopfverletzung [S06] |
| 5.2.2 | [G44.31] | Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz bei leichter Kopfverletzung [S09.9] |
| 5.3 | [G44.841] | Akuter Kopfschmerz nach HWS-Beschleunigungstrauma [S13.4] |
| 5.4 | [G44.841] | Chronischer Kopfschmerz nach HWS-Beschleunigungstrauma [S13.4] |
| 5.5 | [G44.88] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein traumatisches intrakraniales Hämatom |
| 5.5.1 | [G44.88] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein epidurales Hämatom [S06.4] |
| 5.5.2 | [G44.88] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein subdurales Hämatom [S06.5] |
| 5.6 | [G44.88] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein anderes Kopf- oder HWS-Trauma [S06] |
| 5.6.1 | [G44.88] | Akuter Kopfschmerz zurückzuführen auf ein anderes Kopf- oder HWS-Trauma [S06] |
| 5.6.2 | [G44.88] | Chronischer Kopfschmerz zurückzuführen auf ein anderes Kopf- oder HWS-Trauma [S06] |
| 5.7 | [G44.88] | Kopfschmerz nach Kraniotomie |
| 5.7.1 | [G44.880] | Akuter Kopfschmerz nach Kraniotomie |
| 5.7.2 | [G44.30] | Chronischer Kopfschmerz nach Kraniotomie |
| 6. | [G44.81] | Kopfschmerz zurückzuführen auf Gefäßstörungen im Bereich des Kopfes oder des Halses |
| 6.1 | [G44.810] | Kopfschmerz zurückzuführen auf einen ischämischen Infarkt oder transitorische ischämische Attacken |
| 6.1.1 | [G44.810] | Kopfschmerz zurückzuführen auf einen ischämischen Infarkt (zerebraler Infarkt) [I63] |
| 6.1.2 | [G44.810] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine transitorische ischämische Attacke (TIA) [G45] |
| 6.2 | [G44.810] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine nicht-traumatische intrakraniale Blutung [I62] |
| 6.2.1 | [G44.810] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine intrazerebrale Blutung [I61] |
| 6.2.2 | [G44.810] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine subarachnoidale Blutung (SAB) [I60] |
| 6.3 | [G44.811] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine nicht-rupturierte Gefäßfehlbildungen [Q28] |
| 6.3.1 | [G44.811] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein sackförmiges Aneurysma [Q28.3] |
| 6.3.2 | [G44.811] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine arteriovenöse Malformation (AVM) [Q28.2] |
| 6.3.3 | [G44.811] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine durale arteriovenöse Fistel [I67.1] |

| | | |
|-------|-----------|--|
| 6.3.4 | [G44.811] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein kavernoöses Angiom [D18.0] |
| 6.3.5 | [G44.811] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Enzephalotrigeminale Angiomatose (Sturge-Weber-Syndrom) [Q85.8] |
| 6.4 | [G44.812] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Arteriitis [M31] |
| 6.4.1 | [G44.812] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Riesenzellarteriitis (RZA) [M31.6] |
| 6.4.2 | [G44.812] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine primäre Vasculitis des ZNS [I67.7] |
| 6.4.3 | [G44.812] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine sekundäre Vasculitis des ZNS [I68.2] |
| 6.5 | [G44.810] | A.-carotis- oder A.-vertebralis-Schmerz [I63.0, I63.2, I65.0, I65.2 or I67.0] |
| 6.5.1 | [G44.810] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine arterielle Dissektion [I67.0] |
| 6.5.2 | [G44.814] | Kopfschmerz nach Endarteriektomie [I97.8] |
| 6.5.3 | [G44.810] | Kopfschmerz nach Angioplastie der A. carotis |
| 6.5.4 | [G44.810] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine intrakraniale endovaskuläre Intervention |
| 6.5.5 | [G44.810] | Kopfschmerz bei Angiographie |
| 6.6 | [G44.810] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Hirnvenenthrombose [I63.6] |
| 6.7 | [G44.81] | Kopfschmerz zurückzuführen auf andere intrakraniale Gefäßstörungen |
| 6.7.1 | [G44.81] | Zerebrale autosomal dominante Arteriopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukoenzephalopathie (CADASIL) [I67.8] |
| 6.7.2 | [G44.81] | Mitochondriale Enzephalopathie, stroke-like-episodes (MELAS) [G31.81] |
| 6.7.3 | [G44.81] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine benigne Angiopathie des ZNS [I99] |
| 6.7.4 | [G44.81] | Kopfschmerz zurückzuführen auf einen Hypophyseninfarkt [E23.6] |
| 7. | [G44.82] | Kopfschmerz zurückzuführen auf nichtvaskuläre intrakraniale Störungen |
| 7.1 | [G44.820] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Liquordrucksteigerung |
| 7.1.1 | [G44.820] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine idiopathische intrakraniale Drucksteigerung [G93.2] |
| 7.1.2 | [G44.820] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine sekundäre Liquordrucksteigerung metabolischer, toxischer oder hormoneller Genese |
| 7.1.3 | [G44.820] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine sekundäre Liquordrucksteigerung bei Hydrozephalus [G91.8] |
| 7.2 | [G44.820] | Kopfschmerz zurückzuführen auf einen Liquorunterdruck |
| 7.2.1 | [G44.820] | Postpunktioneller Kopfschmerz [G97.0] |
| 7.2.2 | [G44.820] | Kopfschmerz bei Liquorfistel [G96.0] |
| 7.2.3 | [G44.820] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein spontanes (oder idiopathisches) Liquorunterdrucksyndrom |
| 7.3 | [G44.82] | Kopfschmerz zurückzuführen auf nichtinfektiöse entzündliche Erkrankungen |
| 7.3.1 | [G44.823] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Neurosarkoidose [D86.8] |
| 7.3.2 | [G44.823] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine aseptische (nichtinfektiöse) Meningitis [zusätzlicher ätiologischer Kode erforderlich] |

| | | |
|---------|---------------------|--|
| 7.3.3 | [G44.823] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine andere nichtinfektiöse entzündliche Erkrankung [zusätzlicher ätiologischer Kode erforderlich] |
| 7.3.4 | [G44.82] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine lymphozytäre Hypophysitis [E23.6] |
| 7.4 | [G44.822] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein intrakraniales Neoplasma [C00-D48] |
| 7.4.1 | [G44.822] | Kopfschmerz zurückzuführen auf einen erhöhten intrakraniellen Druck oder einen Hydrozephalus verursacht durch ein Neoplasma [Kode zur Spezifizierung des Neoplasmas] |
| 7.4.2 | [G44.822] | Kopfschmerz direkt zurückzuführen auf ein Neoplasma [Kode zur Spezifizierung des Neoplasmas] |
| 7.4.3 | [G44.822] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Meningeosis carcinomatosa [C79.3] |
| 7.4.4 | [G44.822] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine hypothalamische oder hypophysäre Über- oder Unterfunktion [E23.0] |
| 7.5 | [G44.824] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine intrathekale Injektion [G97.8] |
| 7.6 | [G44.82] | Kopfschmerz zurückzuführen auf einen zerebralen Krampfanfall [G40.x oder G41.x zur Spezifizierung des Anfalltyps] |
| 7.6.1 | [G44.82] | Hemicrania epileptica [G40.x oder G41.x zur Spezifizierung des Anfalltyps] |
| 7.6.2 | [G44.82] | Kopfschmerz nach zerebralem Krampfanfall [G40.x oder G41.x zur Spezifizierung des Anfalltyps] |
| 7.7 | [G44.82] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Chiari-Malformation Typ I (CM1) [Q07.0] |
| 7.8 | [G44.82] | Syndrom der vorübergehenden Kopfschmerzen und neurologischen Defizite mit Liquorlymphozytose (HaNDL) |
| 7.9 | [G44.82] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine andere nicht-vaskuläre intrakraniale Störung |
| 8. | [G44.4 oder G44.83] | <i>Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Substanz² oder deren Entzug</i> |
| 8.1 | [G44.40] | Kopfschmerz induziert durch akuten Substanzgebrauch oder akute Substanzexposition |
| 8.1.1 | [G44.400] | Kopfschmerz induziert durch Stickoxid- (NO-) Donatoren [X44] |
| 8.1.1.1 | [G44.400] | Sofortiger Kopfschmerz induziert durch Stickoxid- (NO-) Donatoren [X44] |
| 8.1.1.2 | [G44.400] | Verzögerter Kopfschmerz induziert durch Stickoxid- (NO-) Donatoren [X44] |
| 8.1.2 | [G44.40] | Kopfschmerz induziert durch Phosphodiesterase-(PDE-) Hemmer [X44] |
| 8.1.3 | [G44.402] | Kopfschmerz induziert durch Kohlenmonoxid [X47] |
| 8.1.4 | [G44.83] | Kopfschmerz induziert durch Alkohol [F10] |
| 8.1.4.1 | [G44.83] | Sofortiger Kopfschmerz induziert durch Alkohol |
| 8.1.4.2 | [G44.83] | Verzögerter Kopfschmerz induziert durch Alkohol [F10] |
| 8.1.5 | [G44.4] | Kopfschmerz induziert durch Nahrungsbestandteile und -zusätze |
| 8.1.5.1 | [G44.401] | Kopfschmerz induziert durch Natriumglutamat [X44] |
| 8.1.6 | [G44.83] | Kopfschmerz induziert durch Kokain [F14] |
| 8.1.7 | [G44.83] | Kopfschmerz induziert durch Cannabis [F12] |
| 8.1.8 | [G44.40] | Kopfschmerz induziert durch Histamin [X44] |

| | | |
|---------|----------------------|---|
| 8.1.8.1 | [G44.40] | Sofortiger Kopfschmerz induziert durch Histamin [X44] |
| 8.1.8.2 | [G44.40] | Verzögerter Kopfschmerz induziert durch Histamin [X44] |
| 8.1.9 | [G44.40] | Kopfschmerz induziert durch Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) [X44] |
| 8.1.9.1 | [G44.40] | Sofortiger Kopfschmerz induziert durch CGRP [X44] |
| 8.1.9.2 | [G44.40] | Verzögerter Kopfschmerz induziert durch CGRP [X44] |
| 8.1.10 | [G44.41] | Kopfschmerz als akute Nebenwirkung zurückzuführen auf eine Medikation eingesetzt für andere Indikationen [Kode zur Spezifizierung der Substanz] |
| 8.1.11 | [G44.4 oder G44.83] | Kopfschmerz zurückzuführen auf akuten Gebrauch oder Exposition einer anderen Substanz [Kode zur Spezifizierung der Substanz] |
| 8.2 | [G44.41 oder G44.83] | Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch |
| 8.2.1 | [G44.411] | Kopfschmerz bei Ergotaminübergebrauch [Y52.5] |
| 8.2.2 | [G44.41] | Kopfschmerz bei Triptanübergebrauch |
| 8.2.3 | [G44.410] | Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch [F55.2] |
| 8.2.4 | [G44.83] | Kopfschmerz bei Opioidübergebrauch [F11.2] |
| 8.2.5 | [G44.410] | Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerzmittelmischpräparaten |
| 8.2.6 | [G44.410] | Kopfschmerz bei Übergebrauch einer Kombination von Kopfschmerz akutmedikation |
| 8.2.7 | [G44.410] | Kopfschmerz zurückzuführen auf den Übergebrauch einer anderen Medikation [Kode zur Spezifizierung der Substanz] |
| 8.2.8 | [G44.41 oder G44.83] | Wahrscheinlicher Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch [Kode zur Spezifizierung der Substanz] |
| 8.3 | [G44.4] | Kopfschmerz als Nebenwirkung zurückzuführen auf eine Dauermedikation [Kode zur Spezifizierung der Substanz] |
| 8.3.1 | [G44.418] | Kopfschmerz induziert durch exogene Hormone [Y42.4] |
| 8.4 | [G44.83] | Kopfschmerz zurückzuführen auf den Entzug einer Substanz |
| 8.4.1 | [G44.83] | Koffeinzugkopfschmerz [F15.3] |
| 8.4.2 | [G44.83] | Opioidzugkopfschmerz [F11.3] |
| 8.4.3 | [G44.83] | Östrogenzugkopfschmerz [Y42.4] |
| 8.4.4 | [G44.83] | Kopfschmerz zurückzuführen auf den Entzug anderer chronisch eingenommener Substanzen [Kode zur Spezifizierung der Substanz] |
| 9. | | <i>Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Infektion</i> |
| 9.1 | [G44.821] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine intrakraniale Infektion [G00-G09] |
| 9.1.1 | [G44.821] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine bakterielle Meningitis [G00.9] |
| 9.1.2 | [G44.821] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine lymphozytäre Meningitis [G03.9] |
| 9.1.3 | [G44.821] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Enzephalitis [G04.9] |
| 9.1.4 | [G44.821] | Kopfschmerz zurückzuführen auf einen Hirnabszess [G06.0] |
| 9.1.5 | [G44.821] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein subdurales Empyem [G06.2] |

Fortsetzung Tab. 1 →

| Tab. 1 (Fortsetzung) | | |
|----------------------|------------------------|--|
| IHS-ICHD-II-Kode | WHO-ICD-10NA-Kode | Diagnose (und ätiologischer ICD-10-Kode für sekundäre Kopfschmerzerkrankungen) |
| 9.2 | [G44.881] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine systemische Infektion [A00-B97] |
| 9.2.1 | [G44.881] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine systemische bakterielle Infektion [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 9.2.2 | [G44.881] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine systemische virale Infektion [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| | [G44.881] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine andere systemische Infektion [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 9.3 | [G44.821] | Kopfschmerz zurückzuführen auf HIV/AIDS [B22] |
| 9.4 | [G44.821 oder G44.881] | Chronischer postinfektiöser Kopfschmerz [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 9.4.1 | [G44.821] | Chronischer Kopfschmerz nach bakterieller Meningitis [G00.9] |
| 10. | [G44.882] | <i>Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Störung der Homöostase</i> |
| 10.1 | [G44.882] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Hypoxie und/oder Hyperkapnie |
| 10.1.1 | [G44.882] | Höhenschmerz [W94] |
| 10.1.2 | [G44.882] | Taucherkopfschmerz |
| 10.1.3 | [G44.882] | Schlaf-Apnoe-Kopfschmerz [G47.3] |
| 10.2 | [G44.882] | Dialysekopfschmerz [Y84.1] |
| 10.3 | [G44.813] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine arterielle Hypertonie [I10] |
| 10.3.1 | [G44.813] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein Phäochromozytom [D35.0 (benigne) oder C74.1 (maligne)] |
| 10.3.2 | [G44.813] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine hypertensive Krise ohne hypertensive Enzephalopathie [I10] |
| 10.3.3 | [G44.813] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine hypertensive Enzephalopathie [I67.4] |
| 10.3.4 | [G44.813] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Präeklampsie [O13-O14] |
| 10.3.5 | [G44.813] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Eklampsie [O15] |
| 10.3.6 | [G44.813] | Kopfschmerz zurückzuführen auf einen akuten Blutdruckanstieg durch eine exogene Substanz [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 10.4 | [G44.882] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Hypothyreose [E03.9] |
| 10.5 | [G44.882] | Kopfschmerz zurückzuführen auf Fasten [T73.0] |
| 10.6 | [G44.882] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine kardiale Erkrankung [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 10.7 | [G44.882] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine andere Störung der Homöostase [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 11. | [G44.84] | <i>Kopf- oder Gesichtsschmerz zurückzuführen auf Erkrankungen des Schädels sowie von Hals, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Zähnen, Mund oder anderen Gesichts- oder Schädelstrukturen</i> |
| 11.1 | [G44.840] | Kopfschmerz zurückzuführen auf Erkrankungen der Schädelknochen [M80-M89.8] |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| 11.2 | [G44.841] | Kopfschmerz zurückzuführen auf Erkrankungen des Halses [M99] |
| 11.2.1 | [G44.841] | Zervikogener Kopfschmerz [M99] |
| 11.2.2 | [G44.842] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine retropharyngeale Tendinitis [M79.8] |
| 11.2.3 | [G44.841] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine kraniozervikale Dystonie [G24] |
| 11.3 | [G44.843] | Kopfschmerz zurückzuführen auf Erkrankungen der Augen |
| 11.3.1 | [G44.843] | Kopfschmerz zurückzuführen auf ein akutes Glaukom [H40] |
| 11.3.2 | [G44.843] | Kopfschmerz zurückzuführen auf einen Brechungsfehler [H52] |
| 11.3.3 | [G44.843] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Heterophorie oder Heterotropie (latentes oder manifestes Schielen) [H50.3-H50.5] |
| 11.3.4 | [G44.843] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine entzündliche Erkrankung des Auges [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 11.4 | [G44.844] | Kopfschmerz zurückzuführen auf Erkrankungen der Ohren [H60-H95] |
| 11.5 | [G44.845] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Rhinosinusitis [J01] |
| 11.6 | [G44.846] | Kopfschmerz zurückzuführen auf Erkrankungen der Zähne, Kiefer und benachbarter Strukturen [K00-K14] |
| 11.7 | [G44.846] | Kopf- oder Gesichtsschmerz zurückzuführen auf Erkrankungen des Kiefergelenkes (TMD) [K07.6] |
| 11.8 | [G44.84] | Kopfschmerzen zurückzuführen auf andere Erkrankungen des Schädels sowie von Hals, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, Zähnen, Mund oder anderen Gesichts- oder Schädelstrukturen [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 12. | [R51] | <i>Kopfschmerz zurückzuführen auf psychiatrische Störungen</i> |
| 12.1 | [R51] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine Somatisierungsstörung [F45.0] |
| 12.2 | [R51] | Kopfschmerz zurückzuführen auf eine psychotische Störung [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| Teil 3: Kraniale Neuralgien und zentrale Ursachen von Gesichtsschmerzen | | |
| 13. | [G44.847, G44.848 oder G44.85] | <i>Kraniale Neuralgien und zentrale Ursachen von Gesichtsschmerzen</i> |
| 13.1 | [G44.847] | Trigeminusneuralgie |
| 13.1.1 | [G44.847] | Klassische Trigeminusneuralgie [G50.00] |
| 13.1.2 | [G44.847] | Symptomatische Trigeminusneuralgie [G53.80] + [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 13.2 | [G44.847] | Glossopharyngeusneuralgie |
| 13.2.1 | [G44.847] | Klassische Glossopharyngeusneuralgie [G52.10] |
| 13.2.2 | [G44.847] | Symptomatische Glossopharyngeusneuralgie [G53.830] + [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 13.3 | [G44.847] | Intermediusneuralgie [G51.80] |
| 13.4 | [G44.847] | Laryngeus-superior-Neuralgie [G52.20] |
| 13.5 | [G44.847] | Nasoziliarisneuralgie [G52.80] |
| 13.6 | [G44.847] | Supraorbitalisneuralgie [G52.80] |
| 13.7 | [G44.847] | Neuralgien anderer terminaler Äste [G52.80] |

| | | |
|---------|------------------------|--|
| 13.8 | [G44.847] | Okzipitalisneuralgie [G52.80] |
| 13.9 | [G44.851] | Nacken-Zungen-Syndrom |
| 13.10 | [G44.801] | Kopfschmerz durch äußeren Druck |
| 13.11 | [G44.802] | Kältebedingter Kopfschmerz |
| 13.11.1 | [G44.8020] | Kopfschmerzen zurückzuführen auf einen äußeren Kältereiz |
| 13.11.2 | [G44.8021] | Kopfschmerzen zurückzuführen auf Einnahme oder Inhalation eines Kältereizes |
| 13.12 | [G44.848] | Anhaltender Schmerz verursacht durch Kompression, Irritation oder Distorsion eines Hirnnervens oder einer der oberen zervikalen Wurzeln durch eine strukturelle Läsion [G53.8] + [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 13.13 | [G44.848] | Optikusneuritis [H46] |
| 13.14 | [G44.848] | Okuläre diabetische Neuropathie [E10-E14] |
| 13.15 | [G44.881 oder G44.847] | Kopf- oder Gesichtsschmerz zurückzuführen auf einen Herpes zoster |
| 13.15.1 | [G44.881] | Kopf- oder Gesichtsschmerz zurückzuführen auf einen akuten Herpes zoster [B02.2] |
| 13.15.2 | [G44.847] | Postherpetische Neuralgie [B02.2] |
| 13.16 | [G44.850] | Tolosa-Hunt-Syndrom |
| 13.17 | [G43.80] | Ophthalmoplegische „Migräne“ |
| 13.18 | [G44.810 oder G44.847] | Zentrale Ursachen von Gesichtsschmerzen |

| | | |
|---------|-----------|--|
| 13.18.1 | [G44.847] | Anaesthesia dolorosa [G52.800] + [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 13.18.2 | [G44.810] | Zentraler Schmerz nach Hirninfarkt [G46.21] |
| 13.18.3 | [G44.847] | Gesichtsschmerz zurückzuführen auf eine Multiple Sklerose [G35] |
| 13.18.4 | [G44.847] | Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz [G50.1] |
| 13.18.5 | [G44.847] | Syndrom des brennenden Mundes [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 13.19 | [G44.847] | Andere kraniale Neuralgien oder andere zentral vermittelte Gesichtsschmerzen [Kode zur Spezifizierung der Ätiologie] |
| 14. | [R51] | Andere Kopfschmerzen, kraniale Neuralgien, zentrale oder primäre Gesichtsschmerzen |
| 14.1 | [R51] | Kopfschmerz nicht anderweitig klassifiziert |
| 14.2 | [R51] | Kopfschmerz nicht spezifiziert |

¹ Der zusätzliche Kode spezifiziert den Anfallstyp.

² In der ICD-10 werden Substanzen nach Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Abhängigkeitspotenzials klassifiziert. Kopfschmerz im Zusammenhang mit der Einnahme psychoaktiver Substanzen (mit Abhängigkeitspotenzial) werden unter G44.83 mit einem zusätzlichen Kode für die hervorgerufenen Gesundheitsstörungen klassifiziert, z. B. Intoxikation (F1x.0), Abhängigkeit (F1x.2), Entzugssymptome (F1x.3) etc. Mit der 3. Ziffer kann die betreffende Substanz charakterisiert werden, z. B. F10 für Alkohol oder F15 für Koffein. Der Missbrauch von Substanzen ohne Abhängigkeitspotenzial wird unter F55 kodiert. Eine 4. Ziffer kann zur Benennung der betreffenden Substanz eingefügt werden, z. B. F55.2 Missbrauch von Schmerzmitteln. Kopfschmerzen im Zusammenhang mit Substanzen ohne Abhängigkeitspotenzial werden unter G44.4 kodiert.



CME.springer.de
Zertifizierte Fortbildung für Ärzte



Online CME-Punkte sammeln!

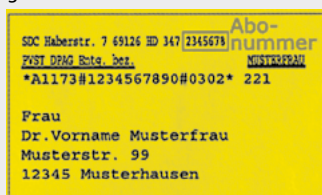


Ihre Fachzeitschrift bietet Ihnen in jeder Ausgabe einen praxisrelevanten CME-Beitrag, der mit 3 CME-Punkten zertifiziert ist. Als Abonnent können Sie diesen CME-Beitrag ohne weitere Kosten auf CME.springer.de zur Dokumentation Ihrer Fortbildung nutzen.

Teilnehmen in vier Schritten

➤ 1. Registrieren/Anmelden

Falls Sie zum ersten Mal teilnehmen, bitten wir Sie, sich einmalig auf CME.springer.de zu registrieren. Klicken Sie hierfür in der Menüleiste oben links auf „Neu registrieren lassen“ und folgen Sie den weiteren Anweisungen. Abonnenten halten hierfür bitte ihre Abonnementnummer bereit. Diese finden Sie auf dem gelben Adressticket oben rechts.



Wir senden Ihnen nach Registrierung per E-Mail Ihre persönlichen Zugangsdaten zu. Bitte benutzen Sie diese für alle weiteren Teilnahmen zur Anmeldung (Login).

➤ 2. Beitrag auswählen

Nach der Anmeldung auf CME.springer.de befinden Sie sich in „Mein CME.Center“. Hier finden Sie alle Beiträge, an denen Sie sofort teilnehmen können. Darüber hinaus gelangen Sie mit dem Button „zur Fachgebietenwahl“ in das CME.Center. Dort können Sie aus über 250 CME-Beiträge aus 28 medizinischen Fachgebieten wählen. Klicken Sie den gewünschten Beitrag an.

➤ 3. Teilnehmen

Der gewünschte Beitrag steht Ihnen als PDF-Datei zum Lesen, Herunterladen oder Ausdrucken zur Verfügung. Zum Punktesammeln müssen Sie 7 der 10 CME-Fragen richtig beantworten. Klicken Sie hierfür auf „Zum Fragebogen“.

➤ 4. CME-Punkte sammeln

Nach erfolgreicher Beantwortung der CME-Fragen senden wir Ihnen umgehend eine

Teilnahmebestätigung per E-Mail zu, die die erworbenen CME-Punkte ausweist. Diese können Sie bei Ihrer zuständigen Landesärztekammer einreichen. Ihr CME.Punktekonto gibt Ihnen jederzeit Auskunft über Ihren Lernerfolg.

CME.springer.de in Österreich anerkannt

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden Ihre auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte auch in Österreich 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

CME.springer.de

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

Antwortmöglichkeit nur online unter: CME.springer.de

Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.

Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Welche Aussage zur 2. Auflage der Internationalen Kopfschmerzklassifikation der IHS trifft zu?

- Mehr als 450 verschiedene Kopfschmerzformen werden beschrieben.
- Die Kopfschmerzerkrankungen sind entsprechend ihrer Häufigkeit sortiert.
- Die Klassifikation orientiert sich an der Ätiologie der Kopfschmerzen.
- Die Klassifikation orientiert sich an der Phänomenologie der Kopfschmerzen.
- Die Klassifikation orientiert sich an Phänomenologie und Ätiologie der Kopfschmerzen.

Welche Kopfschmerzform gehört *nicht* zu den primären Kopfschmerzerkrankungen?

- Migräne.
- Kopfschmerz vom Spannungstyp.
- Clusterkopfschmerz.
- Paroxysmale Hemikranie.
- Klassische Trigeminusneuralgie.

Welche Aussage zu den primären Kopfschmerzerkrankungen trifft *nicht* zu?

- Die Diagnosestellung erfolgt aufgrund des klinischen Bildes.
- Eine zerebrale Bildgebung (cCT, cMRT) ist zur Ausschlussdiagnose erforderlich.
- Migräne und Kopfschmerzen vom Spannungstyp gehören zu den häufigsten Kopfschmerzformen überhaupt.
- Ein Patient kann unter mehreren verschiedenen primären Kopfschmerzerkrankungen leiden.

- In die diagnostischen Kriterien fließen Schmerzort, Schmerzcharakter, Schmerzintensität und Begleitsymptome mit ein.

Welche Aussage zu den primären Kopfschmerzerkrankungen trifft zu?

- Migränekopfschmerzen sind definitionsgemäß immer einseitig lokalisiert.
- Migränekopfschmerzen gehen definitionsgemäß immer mit Übelkeit oder Erbrechen einher.
- Therapeutische Dosen von Indometacin stellen in der Regel eine zuverlässige Prophylaxe der paroxysmalen Hemikranie dar.
- Kopfschmerzen vom Spannungstyp sind definitionsgemäß immer beidseitig lokalisiert.
- Kopfschmerzen vom Spannungstyp weisen definitionsgemäß immer einen dumpf drückenden Charakter auf.

Welche Aussage zu den primären Kopfschmerzerkrankungen trifft *nicht* zu?

- Die typische Dauer einer unbehandelten Migräneattacke beträgt 4–72 h.
- Die typische Dauer einer unbehandelten Clusterkopfschmerzattacke beträgt 60–180 min.
- Die typische Dauer einer unbehandelten Attacke eines episodischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp beträgt 30 min bis 7 Tage.
- Die typische Dauer einer unbehandelten Attacke einer paroxysmalen Hemikranie beträgt 2–30 min.

- Die typische Dauer einer unbehandelten Attacke eines SUNCT-Syndroms beträgt 5–240 s.

Was gehört *nicht* zu den Charakteristika eines Clusterkopfschmerzes?

- Ipsilaterale konjunktivale Injektion und/oder Lakrimation.
- Ipsilaterale nasale Kongestion und/oder Rhinorrhoe.
- Aufgrund der extremen Schmerzintensität Bettruhe erforderlich.
- Ipsilaterale Miosis und/oder Ptosis.
- Ipsilaterales Schwitzen im Bereich der Stirn oder des Gesichts.

Welche Kopfschmerzform gehört *nicht* zu den sekundären Kopfschmerzerkrankungen?

- Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch.
- Chronischer posttraumatischer Kopfschmerz.
- Postpunktioneller Kopfschmerz.
- Orgasmuskopfschmerz.
- Dialysekopfschmerz.

Warnsymptome für das Vorliegen eines sekundären Kopfschmerzes sind *nicht*?

- Meningismus und Fieber.
- Erstmalig akut aufgetretene heftigste Kopfschmerzen.
- Neu aufgetretene Kopfschmerzen in Verbindung mit fokal-neurologischen Symptomen, Bewusstseinsstörungen oder zerebralen Krampfanfällen.
- Morgendliche Kopfschmerzen mit Nüchternbrechen.

- Verstärkung der Kopfschmerzen durch körperliche Routineaktivität.

Welche Aussage zum Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch trifft *nicht* zu? Die Grenzwelle zur möglichen Entstehung von Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch liegt für...

- Triptane bei ≥ 10 Tagen/Monat.
- Monoanalgetika bei ≥ 10 Tagen/Monat.
- Schmerzmittelmischpräparate bei ≥ 10 Tagen/Monat.
- Opioide bei ≥ 10 Tagen/Monat.
- Ergotamine bei ≥ 10 Tagen/Monat.

Welche Aussage zur klassischen Trigeminusneuralgie trifft *nicht* zu?

- Die Schmerzattacken halten maximal 2 min an.
- Die Schmerzattacken betreffen einen oder mehrere Äste des N. trigeminus.
- Schmerzattacken können über eine Triggerzone oder durch Triggerfaktoren ausgelöst werden.
- Zwischen den Attacken ist meist eine Hypästhesie im Versorgungsgebiet des betroffenen Trigeminusastes nachweisbar.
- Es besteht keine Mindestattackenzahl am Tag als diagnostisches Kriterium.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de



Mitmachen, weiterbilden und CME-Punkte sichern durch die Beantwortung der Fragen im Internet unter CME.springer.de