

# Diagnostische Strategien bei Patienten mit Kopfschmerz in der Hausarztpraxis – eine qualitative Untersuchung

## *Diagnostic Strategies in Headache Patients Seen in Primary Care – a Qualitative Study*

Stefan Bösner, Simone Hartel, Judith Diederich, Erika Baum

**Hintergrund:** Das Symptom Kopfschmerz ist ein häufiger Beratungsanlass in der Primärversorgung. Am häufigsten kommen primäre Kopfschmerzformen vor, wobei viele Kopfschmerzpatienten keine spezifische Diagnose erhalten. Ziel der Studie war es, das diagnostische Vorgehen von Hausärzten bei Patienten mit Kopfschmerzen zu analysieren.

**Methode:** In semi-strukturierten Interviews wurden 15 Hausärzte aus städtischem sowie ländlichem Gebiet gebeten, ihre persönliche Vorgehensweise bezüglich der Diagnose bei dem Symptom Kopfschmerz darzulegen. Dies erfolgte anhand von Beispielpatienten mit einer neu aufgetretenen Kopfschmerzepisode, die die Ärzte prospektiv gesammelt hatten. Die Interviews wurden aufgenommen, verbatim transkribiert und qualitativ von zwei unabhängigen Untersuchern nach Erstellen eines Kodierungsbaumes inhaltsanalytisch ausgewertet.

**Ergebnisse:** Bei der Abklärung von Kopfschmerzpatienten kommt der Anamnese eine Schlüsselrolle zu, die körperliche Untersuchung spielt eine nachrangige Rolle. Während die Diagnose „Migräne“ v.a. auf der Akkumulation verschiedener anamnestischer Kriterien beruht, sind für die Diagnose „Spannungskopfschmerz“ die Schmerzgenese und Lokalisation entscheidend. Der zervikogene Kopfschmerz und dessen Abgrenzung zum Spannungskopfschmerz werden sehr kontrovers diskutiert. Existierende Leitlinien spielen bei der Diagnostik keine Rolle.

**Schlussfolgerungen:** Existierende Leitlinien für die Abklärung von Kopfschmerzpatienten sind zu komplex und werden in der Praxis nicht angewendet. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Entwicklung speziell für die Primärversorgung angepasster Leitlinien für Kopfschmerzpatienten.

*Schlüsselwörter:* Kopfschmerz; Allgemeinmedizin; Diagnose/diagnostische Forschung; Qualitative Forschung

**Background:** Headache belongs to the most common symptoms in primary care. Most headaches are due to primary headaches and many headache sufferers do not receive a specific diagnosis. We aimed to analyse how family doctors (FPs) approach patients presenting with headache.

**Method:** Interviews with 15 FPs (20–40 min) from urban and rural areas were conducted using a semi-structured interview-guideline. FPs described their individual diagnostic strategies of patients presenting with headache they had prospectively identified during the previous four weeks. Interviews were taped and transcribed verbatim. Qualitative analysis was conducted by two independent raters.

**Results:** The medical history plays a key role in the diagnostic work up of headache patients; the physical examination is of secondary importance. While migraine diagnosis is mainly based on the accumulation of different criteria from patient history, the diagnosis tension type headache is mainly based on presumed pain etiology and pain localization. The differentiation of headache due to neck disorders from tension type headache was discussed controversially. Existing guidelines were not used for diagnosis.

**Conclusion:** Existing headache guidelines are too complex and not used in daily practice. This underlines the importance to develop guidelines especially adapted for the primary care context.

*Keywords [MeSH]:* Headache; Family Medicine; Diagnosis/Diagnostic Research; Qualitative Designs and Methods

## Hintergrund

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen [1] mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 70 % (Migräne 11–28 %, Spannungskopfschmerz 38–70 %) [2]. Die Ein-Jahres-Prävalenz von Kopfschmerzen in Europa beträgt 51 % und von Migräne 14 % [3]. Gemessen an den „years lived with disability“ rangiert Migräne weltweit auf Platz 8 [4].

Kopfschmerz stellt auch in der Hausarztpraxis einen der häufigsten Beratungsanlässe dar [5–7] und kann zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität für den einzelnen Patienten führen [8]. Die Tatsache, dass 90–98 % aller Kopfschmerz-Patienten durch den Hausarzt diagnostisch abgeklärt und in der Folge auch therapiert werden [6, 9, 10], unterstreicht die hohe Relevanz für die tägliche Praxis.

Die Wichtigkeit einer exakten Diagnose im Kontext der Primärversorgung wird kontrovers diskutiert. Einige Autoren, mehrheitlich aus dem Bereich der spezialärztlichen Sekundärversorgung, fordern eine exakte Diagnose bei allen Kopfschmerzpatienten, damit die entsprechende Therapie genau darauf abgestimmt werden kann [11] und monieren gleichzeitig einen mangelnden Kenntnisstand der Hausärzte bezüglich der Diagnose und Behandlung von Kopfschmerzpatienten [12, 13]. Andere Autoren, die mit den Herausforderungen der primärärztlichen Versorgung vertraut sind, stellen die Relevanz einer exakten Diagnosestellung infrage, solange abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) erkannt werden, da viele Kopfschmerzepisoden selbstlimitierend sind und leichte Kopfschmerzen, egal welcher Ätiologie, gut auf gängige Analgetika ansprechen [10].

Obwohl es zahlreiche Publikationen zum Thema Kopfschmerz gibt, liegen bisher kaum Daten zum diagnostischen Vorgehen von Allgemeinärzten für dieses häufige Leitsymptom vor [10, 14, 15]. Während wir in einer anderen Publikation über das Vorgehen von Hausärzten in der frühen Phase der diagnostischen Entscheidungsfindung und den Umgang mit diagnostischer Unsicherheit berichten [16], analysiert die vorliegende Auswertung das hausärztliche Vorgehen bei der Abklärung von häufigen Krankheitsbildern (Spannungskopf-

schmerz, Migräne, zervikogener Kopfschmerz), die dem Leitsymptom Kopfschmerz zugrunde liegen.

## Methoden

### Studien-Design

Wir wählten einen qualitativen Ansatz, um unsere Studienfrage zu beantworten, da wir einen tieferen Einblick in die individuellen Erfahrungen, Einsichten und Strategien von Hausärzten im Umgang mit Kopfschmerzpatienten gewinnen wollten [17]. Wir wählten leitfadengestützte Interviews mit einzelnen Hausärzten als die geeignetste Methode der Datenerhebung, da wir – auf der Grundlage reeller Patientenfälle – mit jedem Arzt über individuelle diagnostische Strategien reden wollten.

### Studiensetting und Datenerhebung

Es wurden Hausärzte aus ländlichen und städtischen Praxen rekrutiert. Dies erfolgte über persönliche Kontakte, Schneeballsystem und über gezielte Anrufe bei Studienpraxen der Abteilung für Allgemeinmedizin. Es wurde darauf geachtet ein heterogenes Sampling von teilnehmenden Ärzten zu erstellen, um eine möglichst große Bandbreite an unterschiedlichen Strategien und Vorgehensweisen abbilden zu können. Basierend auf aktueller Literatur über Kopfschmerz in der Primärversorgung wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden erstellt und mehrfachen Prätests sowie anschließenden Modifikationen unterzogen.

Zu Beginn wurden den teilnehmenden Ärzten das Projekt, die Forschungsfrage und das Studienziel telefonisch vorgestellt.

Die Ärzte wurden über die Vorkehrungen des Datenschutzes aufgeklärt und um schriftliche Einwilligung gebeten. Anschließend wurden die Ärzte aufgefordert, während eines Monats alle Patienten die mit Kopfschmerzen in die Praxis kamen oder bei Hausbesuchen versorgt wurden, zu notieren (Praxis-ID und Diagnose). Diese Merkhilfen verblieben bei dem Arzt und dienten lediglich als Gesprächsgrundlage für das Interview, das circa einem Monat später stattfand. Dieser „stimulated recall“ [18]

sollte es dem Arzt erleichtern, anhand von Beispielen konkrete und reale Diagnostikprozesse darzustellen.

Der Leitfaden deckte alle relevanten Themen (Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Identifikation von Red Flags, individuelle Vorgehensweisen, Einfluss von Intuition und Bauchgefühl, differenzialdiagnostische Überlegungen, Überweisungsverhalten) ab. Sämtliche Interviews wurden vollständig aufgenommen. Anschließend wurde jeweils ein Postskript verfasst, in dem der Interviewer zusätzliche nonverbale Details festhielt.

### Datenanalyse

Alle Interviews wurden nach vorher festgelegten Regeln transkribiert und mithilfe des Programms MAXQDA-10 analysiert [19]. Unsere Analyse kann als thematische Umfrage (*thematic survey*) klassifiziert werden [20]. In einem ersten deduktiven Schritt entwickelten wir ausgehend von dem Interviewleitfaden einen Kodebaum, der anschließend an den ersten Interviews getestet wurde. Der Kodebaum wurde im Verlauf durch die in den Interviews erhobenen Daten induktiv ergänzt und mehrfach revidiert. Alle Interviews wurden mit diesem Baum von zwei unabhängigen Ratern (SH und JD) nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse kodiert; unterschiedliche Kodierungen wurden zwischen den Ratern und teilweise auch in der qualitativen Forschungsgruppe unserer Abteilung besprochen.

Die gesamte Studie erhielt von der Kommission für Ethik in der ärztlichen Forschung, Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg ein positives Votum (AZ 192/09).

## Ergebnisse

### Arzt und Patientencharakteristika

Wir rekrutierten insgesamt 15 Hausärzte (zwölf Allgemeinärzte und drei hausärztlich niedergelassene Internisten). Zwölf Interviews fanden in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis statt, drei Interviews wurden bei den Ärzten zuhause durchgeführt. Die Länge der Interviews variierte zwischen 20 und 40 Minuten. Tabelle 1 fasst die Charakteristika unserer Stichprobe zusammen.

Geschlecht	
Männlich	8
Weiblich	7
Berufserfahrung (Jahre)	
< 10	3
10–20	8
> 20	4
Praxislokalisation	
Größere Stadt	4
Kleinstadt	7
Ländlich	4

**Tabelle 1** Charakteristika der teilnehmenden Ärzte (n = 15)

## Allgemeiner Stellenwert der Anamnese bei Kopfschmerzpatienten

Alle befragten Ärzte wiesen einer ausführlichen Anamnese eine Schlüsselrolle zu. Die Diagnostik von Kopfschmerzen „steht und fällt mit der Anamnese und Vorgeschichte über Patienten, über die familiäre Situation.“ (A11, §122) „Im Wesentlichen“ führt „eine gründliche Anamnese“ zum Ziel. (A4, §94) „Ganz viel macht bei den Kopfschmerzen eigentlich die Anamnese. [...] Ich stelle immer die Frage, ob der Kopfschmerz neu aufgetreten ist, ob [...] den jemand schon kennt. Und natürlich wie lange. [...] So den Schmerzcharakter zu erfragen, mit diesen paar W-Fragen, [...] das mache ich bei jedem Patienten [...].“ (A 15 §78 + 94)

Während die meisten Ärzte ein eigenes Konzept möglicher Fragen zur weiteren diagnostischen Abklärung haben, verneinten die meisten Ärzte (13 von 15) hierbei eine bestimmte Reihenfolge in ihrer Fragestellung. „Sicher habe ich innerlich irgendwo eine Reihenfolge, die aus der Erfahrung kommt. Aber ich habe nicht ein Schema [...], sondern einen Menschen vor mir. Und ich versuche den Menschen wahrzunehmen, in seiner Art, mit seinen Beschwerden und wirklich individuell auf ihn einzugehen.“ (A1, §48)

Offizielle Leitlinien wie die der International Headache Society (IHS) oder der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurden von keinem der befragten Ärzte verwendet.

## Allgemeiner Stellenwert der körperlichen Untersuchung

Die Mehrheit der Ärzte gab an, bei Kopfschmerz eine einfache körperliche Untersuchung durchzuführen. Deutlich weniger Ärzte hielten eine neurologische Basisuntersuchung jedes Mal für angebracht. Untersuchungen der Halswirbelsäule und des Nackens spielten hierbei eine große Rolle ebenso wie das Messen des Blutdrucks. „Es gibt keinen Standard, den ich immer bei jedem Kopfschmerzpatienten mache. Es gibt Patienten, mit denen spreche ich nur [...]. Richtig ausführlich untersuchen mache ich eigentlich nur, wenn ich schon irgendwie einen Hinweis habe, oder eine Idee, wo es herkommen könnte.“ (A15, §82–83)

„Bei jedem, der mit Kopfschmerz kommt, messe ich den Blutdruck [...]. Jedem klopfe ich die Reflexe durch, [...] so eine grob neurologische Austestung, eigentlich bei jedem, der mit Kopfschmerzen kommt, damit man den Patienten und sich selber schon mal beruhigen kann, dass da jetzt nicht wer weiß was Schlimmeres dahinter steckt. [...] Das hat man ja auch schnell gemacht, die paar Minuten.“ (A7, §26–30)

„Das spielt bei mir schon eine ziemlich zentrale Rolle [...], dass ich eben auch fast immer den Nacken abtaste, weil das für mich häufige Ursachen sind.“ (A8, §72 + 98)

Abbildung 1 fasst die von den Ärzten genannten generellen und indikationsbezogenen (z.B. bei V.a. AGVs oder auf bestimmte Erkrankungen) Untersuchungen zusammen.

## Diagnostisches Vorgehen bei ausgewählten Krankheitsbildern

### Migräne

Die meisten Ärzte zeigten hier ein strukturiertes Vorgehen, das maßgeblich auf der Akkumulation verschiedener Kriterien aus der Anamnese beruht und von der Argumentationsweise dem Bayeschen Theorem folgt. Hierbei nannten die meisten Ärzte die klassischen Leitsymptome von Migräne-Patienten. „Die drei Migräneklassiker frage ich sofort ab. Einseitigkeit, Lichtscheu, Übelkeit.“ (A9, §52)

Die diagnostische Aussagekraft des Vorliegens einer Aura wurde hierbei un-

terschiedlich bewertet. „Aura muss nicht immer dabei sein, [...] manche riechen etwas, manche sehen irgendwelche Geschichten oder Farben [...] Übelkeit ist eigentlich das, was relativ häufig bei der Migräne noch dabei ist. Diese Lichtscheu gibt es, muss aber nicht da sein.“ (A6, §66)

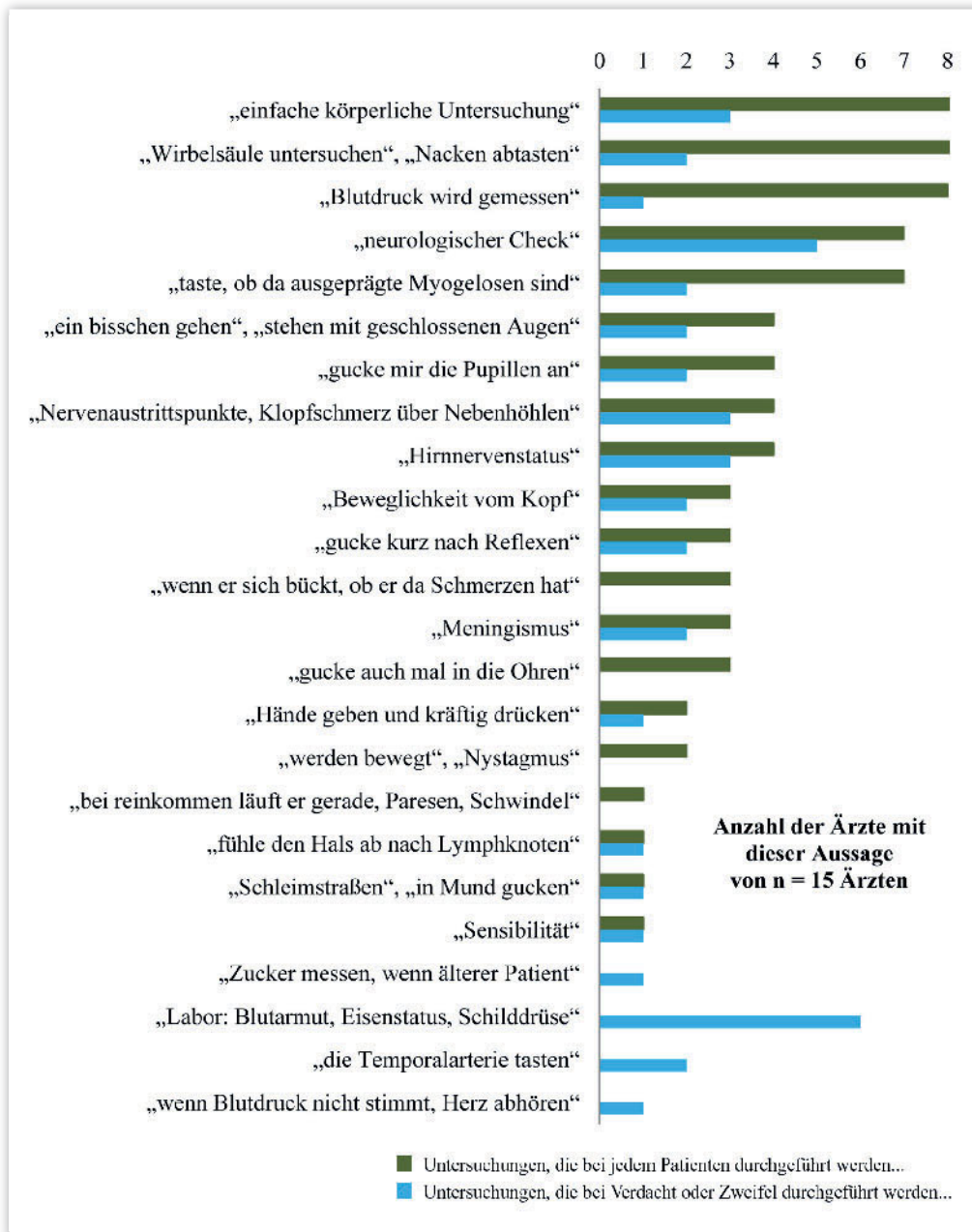
Ein Teil der Hausärzte setzt Kopfschmerz-Tagebücher ein, vor allem „wenn es nicht bei einer Attacke bleibt.“ Nach einigen Wochen „gucke ich es mir an mit den Patienten, um einfach rauszufinden, wie häufig ist es überhaupt, und gibt es Faktoren, ist es wirklich immer am Wochenende. Da sieht man ja manchmal wirklich so eine Rhythmik drin und die Patienten bemerken das dann auch.“ (A15, §62)

Trotz der oben genannten Strategien war der Tenor, dass die korrekte Diagnose „Migräne“ schwierig zu stellen sei. Sechs Ärzte erwähnten explizit, dass deshalb die Erstdiagnose einer Migräne vom Neurologen bestätigt werden sollte. „Man kann ja auch zwei Kopfschmerzarten auf einmal haben, dass ein Patient Migräne und Spannungskopfschmerz hat, ist auch häufig. Mal dieses, mal jenes, dann differenziere ich das nach den Kriterien Lichtempfindlichkeit, Geruch und so weiter.“ (A13, §94–98)

„Also das machen meine Kollegen vielleicht nicht so, aber bei Erstmanifestation einer Migräne schicke ich die immer zum Neurologen.“ (A8, §90)

Gut die Hälfte der Hausärzte maß einer positiven Familienanamnese eine diagnostische Bedeutung zu. Wenn „die Mutter oder der Vater schon eine Migräne hatten“ deutet dies auf eine genetisch bedingte Prädisposition, wohingegen „äußere Umstände dann eben Migräne auslösen.“ (A13, §52) „Es gibt wirklich Kopfschmerzfamilien, [...] wird vererbt oder gelernt, weiß ich nicht genau. Mama hat immer Kopfschmerzen, oder Papa und dann ist das vielleicht auch ein Ventil.“ (A15, §94)

Einige Ärzte stützten ihre Diagnose auch auf in ihren Augen oft mit Migräne verbundenen Persönlichkeitsprofilen des Patienten, „bestimmte psychische Grundfaktoren.“ (A12, §48) Sie sei häufig „Typ-bedingt.“ (A6, §90) Die Patienten sind oft „ehrgeizige Leute, die sich nicht entspannen können, die brauchen ihre Notbremse.“ (A10, §34) Anders ausdrücken kann man es mit dem Satz „das Gehirn des Überaktiven erholt sich unter Schmerzen.“ Das kann ein Mensch sein, „der so



**Abbildung 1** Von den Hausärzten (n = 15) genannte körperliche Untersuchungen, die bei dem Leitsymptom Kopfschmerz durchgeführt werden

unter Dampf steht, dass einfach jetzt dieser Migräneanfall kommt, und irgendwie so etwas macht, wie wenn man eine Festplatte löscht. Ein Zuviel an Daten, an Stress, ein Zuviel an Informationen, an Input, und dann geht nichts mehr.“ (A6, §72)

### Spannungskopfschmerz

Während die befragten Ärzte Migräne durch die Kombination verschiedener Symptome diagnostizierten, war für sie bei der Diagnostik des Spannungskopfschmerzes die Schmerzgenese entscheidend. Die erlebte Anamnese und eine gute Arzt-Patienten-Beziehung wurden hierbei von vielen Ärzten als Voraussetzung für eine richtige diagnostische Ein-

schätzung genannt. „Ich würde sagen der Spannungskopfschmerz ist noch deutlicher anamnestisch verbunden mit Lebensführung, Schlafmangel, Alkohol oder Stressfaktoren oder so etwas. Deutlicher als Migräne. [...] Sagen die Leute dann selber auch, da ist im Moment eine Situation da.“ (A1, §56)

Die Ärzte beschrieben, dass der Schmerz anders als bei der Migräne über Tage bis Wochen in wechselnder Intensität anhält und auf beiden Seiten vorkommt oder sich wie ein „Band um die Stirn“ (A14, §58; A13, §56) darstellt. Das Wort „diffus“ wurde in den Schilderungen zum Spannungskopfschmerz auffällig häufig genannt. „Das schildern die Leute auch mehr als so einen diffusen Kopf-

schmerz, ‚Mensch und dann tut mir der ganze Schädel weh und so. Und ich bin so müde.‘ [...] Also mehr diffuser, nicht genau einzuordnender Kopfschmerz.“ (A1, §10 + 56)

### Zervikogener Kopfschmerz

Dieses Krankheitsbild wurde sehr heterogen unter den teilnehmenden Ärzten diskutiert. Als Auslöser wurden Muskelverspannungen, Halswirbelblockierungen oder ossäre Abnutzungen angegeben. Der typische Schmerz wurde relativ einheitlich als im Nacken oder am Hinterkopf beginnend und dann nach vorne hochziehend beschrieben. „Also die haben häufig eher so einen nackenbetonten

*Kopfschmerz oder die Patienten sagen, der steigt mir so hier hoch.“ (A15, §70)*

Bei den Patienten finden sich bei der Untersuchung der Halswirbelsäule Myogelosen oder schmerzauslösenden Druckpunkte. *„Bei Verspannungen gibt es Kopfschmerzen. Wenn Muskelverspannungen sind, dann hat man einen ganz spezifischen Schmerz, der sich wieder löst, wenn die Verspannung weg ist.“ (A15, §20) „Leute, die schwer heben, schwer tragen und ständig geschaufelt haben oder sonst irgendetwas, Vibrationen, oder früher Baggerfahrer, schlechte Sitze und so was, ständig diese Impacts gehabt haben in irgendeiner Form.“ (A6, §76) „Mancher sogenannte Spannungsschmerz oder sogar manche Migräne ist eine Folge von einer Halswirbelsäulenteilblockierung. Aber das ist jetzt keine Totalblockierung. [...] Das ist die häufigste Diagnose für Kopfschmerzen in der Allgemeinpraxis, also auf jeden Fall über 50 %.“ (A7, §6)*

Einige Ärzte bemerkten einschränkend, dass hier nicht ein ätiologischer Zusammenhang vorliegen muss. *„Bei Halswirbelsäulenbeschwerden bin ich vorsichtig die anzusprechen, weil die hat ja eigentlich jeder. Und man kann dann auch die Krankheit schnell da drauf schieben, obwohl sie damit nichts zu tun hat.“ (A9, §54)*

### Differenzierung von Spannungs- und zervikogenem Kopfschmerz

Nur ein Teil der interviewten Ärzte unterschieden die Diagnosen „zervikogen bedingter Kopfschmerz“ und „Spannungskopfschmerz“. Andere Hausärzte waren der Auffassung, dass beide Kopfschmerzarten ursächlich durch Störungen im Hals-Nacken-Bereich bedingt sind, wobei der zervikogene Kopfschmerz ossär-degenerativ und der Spannungskopfschmerz durch muskuläre Verspannung im HWS-Bereich bedingt sei. Für eine weitere Gruppe von Ärzten gingen die beiden Krankheitsbilder fließend ineinander über, während die restlichen Ärzte beides für ein und dasselbe Krankheitsbild hielten. *„Das geht so ineinander über. Ich kann es oft nicht trennen.“ (A7, §18) „Ich glaube, dass viele Kopfschmerzen vom Arbeitsplatz abhängig sind, also vertebragen, HWS-bedingt sind, Spannungskopfschmerz, schlechte Haltung.“ (A2, §72) „Die Leute kommen und haben Beschwerden und wollen eine Behandlung haben. Das heißt, ich*

*gehe da schon mit einem Behandlungsansatz ran und nicht nur dass ich jetzt differenziere.“ (A12, §56–60)*

### Diskussion

Bei der Abklärung von Kopfschmerzpatienten kommt laut der interviewten Ärzte der Anamnese eine Schlüsselrolle zu. Eine körperliche Untersuchung wird nicht von allen Ärzten durchgeführt. Während die Diagnose „Migräne“ v.a. auf der Akkumulation verschiedener anamnestischer Kriterien beruht, sind für die Diagnose „Spannungskopfschmerz“ die Schmerzgenese und Lokalisation entscheidend. Der zervikogene Kopfschmerz und dessen Abgrenzung zum Spannungskopfschmerz werden sehr kontrovers diskutiert.

### Vergleich mit bestehender Literatur

Die von den befragten Ärzten geschilderte herausragende Bedeutung der Anamnese für die Diagnose bei Kopfschmerzpatienten findet in der Literatur breite Bestätigung [21–23]. Die Tatsache, dass keiner der von uns interviewten Ärzte existierende Leitlinien verwendete, deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien aus der Primärversorgung [13, 14], wo eine genaue Diagnosestellung bei einem Teil der Patienten nicht möglich und auch nicht nötig ist [10]. Vor allem die Leitlinien der International Headache Society werden für den Praxisalltag als zu komplex, ausführlich und unübersichtlich empfunden [24].

Die meisten der interviewten Ärzte gaben an, dass sie eine körperliche Untersuchung durchführen. Leitlinien beschreiben hierbei nicht explizit, wie sich eine körperliche Untersuchung bei Kopfschmerzpatienten gestalten sollte [22, 25]. Die von den befragten Ärzten geäußerten diagnostisch hilfreichen Migränesymptome wie Lichtscheu, Einseitigkeit der Schmerzen und Übelkeit zeigen auch in einem Review zur diagnostischen Aussagekraft verschiedener anamnestischer Symptome für Migräne gute prädiktive Werte [24]. Die Ärzte folgten hierbei (wohl eher unbewusst) dem Bayeschen Theorem [26], indem sie den Informationsgehalt verschiedener anamnestischer Angaben miteinander kombinierten. Summerton nutzt in ei-

ner Darstellung über die Bedeutung des Bayeschen Theorems für die Diagnose in der Primärversorgung die Migräne als ein gutes Beispiel, wie man anhand verschiedener anamnestischer Kriterien zu einer hohen Posttest-Wahrscheinlichkeit gelangen kann [27]. Auch die drei Items des Lipton-Scores (Übelkeit, Photophobie, Aktivitätseinschränkung wegen Kopfschmerzen), einem Screening-Instrument für Migräne in der Primärversorgung [28], wurden von den Hausärzten mehrheitlich genannt, ohne dass der Score ‚expressis verbis‘ erwähnt wurde.

Die von uns befragten Ärzte schrieben Migränepatienten häufig gewisse Persönlichkeitsprofile wie perfektionistisch, ehrgeizig, streng mit sich selbst etc. zu. Dies deckt sich mit Angaben aus mehreren Studien, die Migränepatienten als ambitiös, erfolgsorientiert, perfektionistisch, zwanghaft [29] oder als fordernde und klagende Persönlichkeitstypen mit mangelndem Zugang zu eigenen Emotionen [30] beschreiben.

Spannungskopfschmerz wurde von den Hausärzten als Ventil für Druck, Stress und Anspannung, wenn nicht sogar als Zeichen einer psychosomatischen Grunderkrankung gesehen. Die von den Ärzten als diagnostische Kriterien angegebene beidseitige Lokalisation, geringere/diffuse Schmerzintensität und das Fehlen typischer Migränesymptome ist in den diagnostischen Kriterien der IHS enthalten, die jedoch nicht von einer primär psychogenen Genese dieser Kopfschmerzform ausgeht [25].

Interessant ist das sehr heterogene Meinungsbild der von uns befragten Ärzte bezüglich des Zusammenhangs von zervikogenem und Spannungskopfschmerz, das von der Einordnung als zwei völlig unterschiedliche Entitäten bis zur Wahrnehmung als ein und dieselbe Krankheit reicht. Diese Ambiguität findet sich in der Literatur wieder. Vor der Klassifizierung der Kopfschmerzen 1988 durch die IHS wurde der Spannungskopfschmerz als Muskelspannungskopfschmerz bezeichnet [31]. Beide Diagnosen sind in der täglichen Praxis nur schwer auseinanderzuhalten [32] und verschiedene Studien belegen die Koexistenz von primären Kopfschmerzen wie Migräne und Spannungskopfschmerz mit muskuloskeletalen Symptomen, insbesondere im Schulter-Nacken-Bereich [32–34]. Die neuste Version der IHS Klassifikation bemerkt je-

**PD Dr. Stefan Bösner, MPH ...**

... ist Facharzt für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in Marburg. Zusätzliche Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Philipps Universität Marburg.

doch zu Recht, dass ohne spezifische Kriterien fast jeder Kopfschmerz als zervikogen oder von anderen anatomischen Strukturen des Kopf-Halsbereiches ausgelöst klassifiziert werden kann und nimmt konsequenterweise eine klare Trennung von Spannungskopfschmerz als primäre Kopfschmerzform und zervikogenem Kopfschmerz als sekundäre Form vor [25].

**Studienlimitationen**

Unsere Studie hat verschiedene Limitationen. So hätten z.B. auf Video aufgenommene Konsultationen eventuell eine höhere interne Validität gehabt. Eine Alternative wäre der Einsatz von Schauspielpatienten gewesen. Diese Methode hätte jedoch nicht die diagnostische Bedeutung einer langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung abgebildet. Da ein Teil unserer Stichprobe aus Studienärzten besteht, könnte sich ein zusätzlicher

Bias ergeben, da es sich hier um tendenziell motiviertere eventuell auch besser informierte Ärzte/innen handelt.

Eine Stärke unserer Studie liegt in der prospektiven Identifikation von Patienten, die dann im Interview als Gesprächsgrundlage dienen. So konnten wir den diagnostischen Prozess mit den Hausärzten für einen definierten klinischen Kontext diskutieren. Trotz dieser Maßnahme lässt sich nicht ausschließen, dass die teilnehmenden Ärzte ihr initiales diagnostisches Vorgehen während des Interviews noch einmal neu interpretierten oder initiale Hypothesen und Gedankengänge durch rationaler erscheinende Argumente ersetzten. Wir versuchten diese Art von Bias zu minimieren, indem wir die Ärzte ermutigten, ihre ganz persönlichen diagnostischen Vorgehensweisen zu schildern. Wir betonten hierbei den Mangel an Forschungsdaten zu diesem Thema, was zu einer Atmosphäre der offenen und kritischen Selbstreflexion beitrug.

**Schlussfolgerungen**

Existierende Leitlinien für die Abklärung von Kopfschmerzpatienten sind zu komplex und werden in der Praxis nicht angewendet. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien für den deutschen Kontext. Je stärker diese neuen Leitlinien die spezifische Versorgungssituation hausärztlicher Medizin berücksichtigen, umso größer ist die Chance, dass sie angenommen werden und dazu beitragen, die Versorgungssituation von Menschen mit Kopfschmerzen zu verbessern.

**Interessenkonflikte:** SB hat Honorare für Vorträge zu den Themen Brustschmerz und Schwindel (Praktika Seminare Bad Orb) sowie für eine Key Note Lecture bei der Langeooger Fortbildungswoche für Hausärzte zum Thema Diagnose in der Hausarztpraxis erhalten. Die anderen Autoren haben keine Interessenkonflikte angegeben.

**Korrespondenzadresse**

PD Dr. Stefan Bösner, MPH  
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin  
Universität Marburg  
Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg  
Tel.: 06421 2865122  
boesner@staff.uni-marburg.de

**Literatur**

- Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Headache Pain* 2005; 6: 429–40
- Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 2001; 21: 774–7
- Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain* 2010; 11: 289–99
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163–96
- Laux G, Rosemann T, Korner T, et al. Detaillierte Erfassung von Inanspruchnahme, Morbidität, Erkrankungsverläufen und Ergebnissen durch episodenzugewandene Dokumentation in der Hausarztpraxis innerhalb des Projekts CONTENT. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 284–91
- Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 385–7
- Ponka D, Kirlow M. Top 10 differential diagnoses in family medicine: headache. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1733
- Solomon GD, Skobieranda FG, Gragg LA. Quality of life and well-being of headache patients: measurement by the medical outcomes study instrument [abstract]. *Headache* 1993; 33: 351–8
- Charles J, Ng A, Britt H. Presentations of headache in Australian general practice. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 618–9
- O'Flynn N, Ridsdale L. Headache in primary care: how important is diagnosis to management? *Br J Gen Pract* 2002; 52: 569–73
- Pryse-Phillips WE, Dodick DW, Edmeads JG, et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *Canadian Headache Society. CMAJ* 1997; 156: 1273–87
- Diego EV de, Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). *Cephalalgia* 2005; 25: 184–90
- Khu JV, Siow HC, Ho KH. Headache diagnosis, management and morbidity in the Singapore primary care setting: findings from a general practice survey. *Singapore Med J* 2008; 49: 774–9

14. Kernick D, Stapley S, Hamilton W. GPs' classification of headache: is primary headache underdiagnosed? *Br J Gen Pract* 2008; 58: 102–4

15. Ridsdale L. 'I saw a great star, most splendid and beautiful': headache in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 182–4

16. Bösner S, Hartel S, Diederich J, Baum E. Diagnosing headache in primary care: a qualitative study of GPs' approaches. *Br J Gen Pract*, unpublished data, provisionally accepted

17. Peters M, Abu-Saad HH, Vydelingum V, Murphy M. Research into headache: the contribution of qualitative methods. *Headache* 2002; 42: 1051–9

18. Elstein A, Shulman L, Sprafka S. Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1978

19. MAXQDA 10. Berlin: Consult. Sozialforschung GmbH, 2010

20. Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res* 2003; 13: 905–23

21. Dowson AJ, Lipscombe S, Sender J, Rees T, Watson D. New guidelines for the management of migraine in primary care. *Curr Med Res Opin* 2002; 18: 414–39

22. Duncan CW, Watson DPB, Stein A. Diagnosis and management of headache in adults: summary of SIGN guideline. *BMJ* 2008; 337: a2329

23. Watson DPB. Easing the pain: challenges and opportunities in headache management. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 77–8

24. Smetana GW. The diagnostic value of historical features in primary headache syndromes: a comprehensive review. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2729–37

25. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 629–808

26. Gill CJ. Why clinicians are natural bayesians. *BMJ* 2005; 330: 1080–3

27. Summerton N. The medical history as a diagnostic technology. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 273–6

28. Lipton R, Dodick D, Sadovsky R, et al. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine™ validation study. *Neurology* 2003; 61: 375–82

29. Andrasik F, Blanchard EB, Arena JG, Teders SJ, Teevan RC, Rodichok LD. Psychological functioning in headache sufferers. *Psychosom Med* 1982; 44: 171–82

30. Ellertsen B, Klove H. MMPI patterns in chronic muscle pain, tension headache, and migraine. *Cephalalgia* 1987; 7: 65–71

31. IHS. IHS Classification ICHD-II 2004

32. Bove G, Nilsson N. Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280: 1576–9

33. Castien RF, van der Windt DAWM, Dekker J, Mutsaers B, Grooten A. Effectiveness of manual therapy compared to usual care by the general practitioner for chronic tension-type headache: design of a randomised clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2009; 10: 21

34. Hagen K, Einarsen C, Zwart J, Svebak S, Bovim G. The co-occurrence of headache and musculoskeletal symptoms amongst 51050 adults in Norway. *Eur J Neurol* 2002; 9:527–33



Deutsche Sektion der FEDERATION INTERNATIONALE BALINT

**Die Deutsche Balint-Gesellschaft e.V.**

Eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung ist die Grundlage jeder erfolgreichen Therapie und der Freude an der ärztlichen Arbeit. Michael Balint hat vor mehr als 80 Jahren eine Gruppenarbeit mit Ärzten entwickelt, um die Arzt-Patient-Beziehung besser zu verstehen. Wir laden Sie herzlich ein, diese Methode für sich und ihre Patienten nicht zuletzt auch im Rahmen der „**Psychosomatischen Grundversorgung**“ zu nutzen. Die persönliche Erfahrung, das direkte Gespräch und das unmittelbare Erlebnis mit dem Gegenüber stehen im Vordergrund.

Tagung	Datum	Balintgruppe
<b>13. Schwerin/Hamburg</b>	29.08.-31.08.2014	16. Std. Balintgruppe
<b>32. Berlin</b>	10.10.-12.10.2014	16. Std. Balintgruppe, Leiterseminar, Supervisionsgruppe, Vortrag
<b>1. Aalen/Ost-Baden-Württemberg</b>	26.09.-27.09.2014	10. Std. Balintgruppe
<b>5. München</b>	17.10.-19.10.2014	16. Std. Balintgruppe; Leiterseminar; Supervisionsgruppe
<b>35. Würzburg</b>	26.11.-30.11.2014	24. Std. Balintgruppe; IFA-Gruppe; Leiterseminar, Supervisionsgruppe, wissenschaftlicher Vortrag

Die Tagungen werden von der Bundesärztekammer mit je 8–12 Fortbildungspunkten zertifiziert

Tagungen mit Balintgruppenarbeit 2. Jahreshälfte 2014  
[www.balintgesellschaft.de](http://www.balintgesellschaft.de) oder 0391/81067873  
[geschaeftsstelle@balintgesellschaft.de](mailto:geschaeftsstelle@balintgesellschaft.de)