

«Medikamente sind unwirksam, die Betreuung ist das Entscheidende»

Ein Gespräch mit dem Neurologen Dr. Christian Meyer über chronische tägliche Kopfschmerzen

Christian Meyer ist Präsident der Schweizerischen Kopfweh-Gesellschaft (SKG) und betreut seit fast drei Jahrzehnten Kopfschmerzpatienten. Wir befragten den in Baden niedergelassenen Neurologen nach seinen Erfahrungen mit Patienten, die unter täglichem Kopfschmerz leiden. Dabei machte Meyer klar, dass sich die therapeutischen Möglichkeiten für diese Patienten wesentlich von denen mit normaler Migräne unterscheiden.

ARS MEDICI: Herr Dr. Meyer, wie viele Menschen werden denn in der Schweiz von täglichen Kopfschmerzen geplagt?

Meyer: Man kann davon ausgehen, dass etwa 5 Prozent aller Kopfschmerzpatienten an chronischen täglichen Kopfschmerzen leiden.



Dr. Christian Meyer

ARS MEDICI: Wie entwickelt sich der tägliche Kopfschmerz?

Meyer: Etwa drei Viertel der Patienten haben über viele Jahre eine normale Migräne, die dann in einen chronischen Kopfschmerz umkippt. Man nennt das die transformierte Migräne. Bei etwa 20 Prozent entwickelt sich das tägliche Kopfweh aus einem episodischen Spannungskopfschmerz. Es gibt daneben auch den so genannten «new onset daily headache», von dem gut 5 Prozent betroffen sind. Eines Morgens wachen diese Menschen mit Kopfweh auf, das einfach nicht mehr

weggeht. Warum das so ist, weiss bis heute niemand.

ARS MEDICI: Wer behandelt diese Patienten für gewöhnlich?

Meyer: Die meisten behandeln sich selbst. Viele nehmen Medikamente auf Teufel komm raus. Vor allem aber ist dies der Markt für die alternativ-medizinische Szene. Die Betroffenen gehen zum Heiler oder zum Akupunkteur, sie kaufen sich spezielle Matratzen oder setzen Magnetfelder ein, um nur wenige Beispiele zu nennen ...

«Jeder, der viel mit chronischen Kopfwehpatienten zu tun hat, weiss, dass Medikamente nichts bringen.»

ARS MEDICI: Können denn alternative Methoden helfen?

Meyer: Nein, die helfen überhaupt nicht. Und deshalb rennen die Patienten auch von einem zum nächsten Angebot. Man müsste einmal nachrechnen, wieviel Geld auf diesem Sektor verschoben wird. Leider bringen auch die Schmerzzentren, die jetzt auch bei uns aus dem Boden schießen, nur selten Hilfe. Dort sind meistens Ärzte tätig, die von vielen Schmerzformen etwas verstehen, leider aber nicht vom Kopfweh. Die dort vertretene Ansicht ist oft, der Schmerz komme von der Halswirbelsäule. Dann wird eine Facetteninfiltration durchgeführt, die fast nie hilft.

☞ *Wenn Triptane als Generika erhältlich sind, wird niemand mehr von Dihydergot sprechen.* ☞

ARS MEDICI: Wenn Patienten in grosser Zahl auf alternative Heilmethoden hoffen, deutet dies darauf hin, dass die Schulmedizin oft machtlos ist ...

Meyer: Ja, es ist ein Jammer, dass wir nichts Wirkungsvolles anzubieten haben. Man muss es so klar sagen: Wir können therapeutisch oft nichts machen. Natürlich gibt es Therapieempfehlungen, die sich beispielsweise für den Einsatz von Antidepressiva aussprechen. Ich setze die Medikamente auch ein, so wie Beta-blocker und Antikonvulsiva. Aber nach meiner Erfahrung bringt das alles nicht die Wirkung, die wir gerne hätten. Ich habe selbst an einer sehr aufwändigen Studie teilgenommen, in der Amitriptylin getestet wurde. Herausgekommen ist für den Patienten leider nichts. Jeder, der viel mit Kopfwehpatienten zu tun hat, weiss, dass Medikamente nicht wirklich helfen.

ARS MEDICI: Ein Teil der Patienten leidet aber unter Medikamentenkopfschmerz. Ist ihnen durch Entzug nicht zu helfen?

Meyer: Es ist leicht verständlich, dass Patienten mit täglichem Kopfschmerz

dazu neigen, zu viele Medikamente einzunehmen. Wenn man sie gewissermassen auf Wasser und Brot setzt, also die Medikamente weglässt, kann man tatsächlich

manchmal eine Linderung erzielen. Allerdings gilt das nur für etwa einen Drittel der Patienten. Bei der Mehrheit ändert sich auch durch den Entzug überhaupt nichts.

ARS MEDICI: Wie lange soll der Entzug denn dauern?

Meyer: Es sollte angestrebt werden, 14 Tage ganz ohne Schmerzmittel auszukommen.

ARS MEDICI: Was aber machen Sie mit den Patienten, bei denen diese Bemühungen scheitern?

Meyer: Nun, einige von ihnen nehmen dann weiter Medikamente, andere verzichten darauf, weil sie sich sagen: «Es bringt ja doch nichts.»

Für den betreuenden Arzt kommt es immer entscheidend darauf an, für den Patienten da zu sein, mit ihm seine Probleme regelmässig zu besprechen. Das betreuende Element steht bei Patienten mit täglichem Kopfschmerz ganz im Vor-

dergrund. Es geht also darum, ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis aufzubauen. Die Patienten wissen ja auch, dass man kein Hexenmeister ist, aber sie sind froh, wenn

sie sich aussprechen können. Sie erwarten keine Heilung, sie wollen sich nur endlich aufgehoben fühlen. Normalerweise ist das im sozialen Umfeld nicht gegeben, wo oft das Verständnis fehlt und sie nur zu hören bekommen, sie machten etwas falsch oder sollten doch einmal diese oder jene Therapie ausprobieren.

Das Gespräch zwischen Patient und Arzt löst nun nicht den Kopfschmerz, kann dem Patienten aber doch helfen, sein Leben und eine allfällige Medikamenteneinnahme zu strukturieren.

Ganz wichtig ist, den Patienten zu motivieren und zu aktivieren. Körperliche Betätigung kann hier sehr wohl helfen. Regelmässiges Schwimmen etwa oder auch das Walking, das momentan in Mode ist, haben durchaus positive Effekte, wie ich von meinen Patienten immer wieder erfahre. Man muss dabei auch bedenken, dass der tägliche Kopfschmerz nicht die Intensität eines Migräneanfalls hat, also irgendwie doch in den Alltag eingebaut werden kann.

☞ *Die Patienten wollen sich gut aufgehoben fühlen, das ist das Entscheidende.* ☞

ARS MEDICI: Aber es gibt doch auch bei ihnen Spitzen?

Meyer: Ja, bei der transformierten Migräne gibt es Spitzen. Diese Patienten haben dann aber keine der migränetypischen Symptome wie Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit. Nur der unerträgliche und pulsierende Kopfschmerz deutet darauf hin, dass am Anfang eine Migräne gewesen sein dürfte. In der Praxis sehen wir übrigens oft Übergangsformen. Diese Patienten mit «additional headache» haben Migräneanfälle und dazwischen auch Spannungskopfweh. Dieser Umstand vermag vielleicht eine Teilerklärung zu liefern, warum Triptane manchmal bei diesen Patienten nicht helfen. Diese Medikamente sind bei Spannungskopfschmerz unwirksam.

ARS MEDICI: Nun sind Triptane aber bei täglichem Kopfschmerz auch nicht wirksam ...

Meyer: Ja, das ist leider so, weil offenbar der tägliche Kopfschmerz pathophysiologisch nicht mehr dem typischen Migränemechanismus gehorcht. Die chronischen Kopfschmerzen sind etwas anderes, wir wissen nur noch nicht, was.

ARS MEDICI: In den USA werden beispielsweise immer noch Dihydergot-Päparate bei täglichem Kopfweh wie auch bei Migräne empfohlen. Was halten Sie davon?

Meyer: Die Amerikaner sagen, Dihydergot sei das billigste Triptan, weil es zum Teil auf die gleichen Rezeptoren wirkt wie die Triptane, nur eben schwächer, weniger spezifisch und mit mehr Nebenwirkungen. Wir betrachten diese Medikation als veraltet und empfehlen sie nur noch zur Migräneprophylaxe bei Kindern, und zwar in Tropfenform. Ansonsten sind Triptane die eindeutig besseren Migränemedikamente. Wenn die Patente ablaufen und günstigere Generika auf den Markt kommen, wird niemand mehr von Dihydergot sprechen.

ARS MEDICI: Wie steht es um spezielle psychologische Verfahren bei Patienten mit täglichem Kopfschmerz?

Meyer: Wenn jemand entsprechend differenziert ist, gibt es das Focussing als eine Methode, die auf die Körperwahrnehmung zielt. Das Verfahren kann durchaus eine Hilfe sein. Insgesamt kann

eine psychologische Betreuung bei manchen Patienten sicher von Nutzen sein. Allerdings geht es dabei nicht um die klassischen Psychotherapien, die völlig unwirksam sind. Es gibt auch kaum Psychiater, die mit Kopfschmerzpatienten arbeiten wollen.

ARS MEDICI: Und was ist von Entspannungsverfahren zu halten?

Meyer: In den Richtlinien wird zum Beispiel autogenes Training (AT) empfohlen. Manche Patienten geben sich viel Mühe, machen AT oder lernen Yoga. Ich persönlich habe aber noch nie gesehen, dass Entspannungsverfahren in Bezug auf den Kopfschmerz helfen.

ARS MEDICI: Sind Menschen mit täglichem Kopfschmerz psychisch auffällig?

Meyer: Mein persönlicher Eindruck ist, dass recht viele dieser Patienten ihrer psychischen Grundstruktur nach ein abhängiges Persönlichkeitsprofil aufweisen. Das gilt übrigens auch in Bezug auf den Therapeuten, der das aber positiv nutzen kann und der Abhängigkeit eine Struktur geben muss.

partner wären, oft nicht besonders motiviert, diese Patienten zu betreuen. Dann ist sicher ein engagierter Hausarzt besser für die Patienten. Insgesamt besteht aber das Problem, dass wir einfach zu wenig Ärzte sind, die sich um diese Patienten kümmern, was sehr schade ist, denn eine wohnortnahe Betreuung wäre eigentlich wünschenswert.

ARS MEDICI: Kann man derzeit Hoffnung aus der Grundlagenforschung beziehen?

Meyer: Die Modernisierung der Techniken hat gewisse Fortschritte gebracht, aber wir stehen hier noch ganz am Anfang. PET-Untersuchungen haben gezeigt, dass bei den Patienten Besonderheiten auffallen, etwa in Bezug auf den zellulären Eisenstoffwechsel. Es gibt offenbar Eisenablagerungen im zentralen Höhlengrau. Aber praktische Konsequenzen haben die Forschungen bisher nicht gebracht. Auch sind in absehbarer Zeit keine neuen Medikamente zu erwarten

ARS MEDICI: Sie haben bisher ein recht düsteres Bild gezeigt. Vielleicht sollten wir noch einmal daran erin-

Es gibt zu wenig Ärzte, die sich um Kopfschmerzpatienten kümmern.

ARS MEDICI: Psychische Komorbidität soll häufig sein. Wie klären Sie das ab?

Meyer: Wir wissen, dass Kopfschmerzpatienten öfter unter Depression oder Angstzuständen leiden. Deshalb ist eine routinemässige Abklärung diesbezüglich unbedingt angezeigt. Ich benötige dafür keinen bestimmten Test, sondern gehe rein klinisch vor und frage gezielt nach Stimmung, Energie oder Schlafverhalten. In einem vertieften Gespräch sieht man sehr bald, ob eine Begleitdepression vorliegt. Sie sehen also, man muss sich für die Patienten Zeit nehmen. Daran mangelt es aber leider oft genug. Kopfwepatienten gelten nämlich als unergiebig, und die Frustrationstoleranz des Arztes muss relativ hoch sein.

Nach meinen Erfahrungen sind leider auch Neurologen, die ihrer Ausbildung nach eigentlich die richtigen Ansprech-

nern, dass dies für die Mehrzahl der Kopfschmerzpatienten nicht gilt, nämlich für die Migränekranken ...

Meyer: Richtig. Die Migräne ist die «beste» Kopfwepform. Hier kann man eine Therapie massschneiden, und die meisten Migränepatienten können dann ohne Einbusse ihrer Lebensqualität mit dem Kopfwep leben. Dabei spielen die Triptane natürlich eine herausragende Rolle.

ARS MEDICI: Haben Sie dabei Präferenzen für einzelne Präparate? Wie gehen sie praktisch vor?

Meyer: Wir haben momentan fünf Triptane, und im nächsten Jahr wird als Sechstes das Almotriptan in der Schweiz eingeführt. Grundsätzlich gibt es nicht bessere oder schlechtere Triptane. Für die Wirksamkeit spielt unter anderem die indi-

«Medikamente sind unwirksam, die Betreuung ist das Entscheidende»

*SS Setzt die Triptan-Therapie zu spät ein,
läuft die Migräne wie ein Drehbuch ab. SS*

viduelle Reaktionslage eine wichtige Rolle, aber auch die richtige Dosierung und die Darreichungsform. Ganz entscheidend ist die rechtzeitige Einnahme, die stattfinden soll, sobald die ersten Anfänge spürbar sind. Setzt die Therapie zu spät ein, kommen sie nicht mehr in das System rein und die Migräne läuft wie ein Drehbuch ab.

ARS MEDICI: Sie müssen aber eine Wahl treffen, nach welchen Kriterien geschieht das?

Meyer: Ich gehe da empirisch vor. Am wenigsten Nebenwirkungen hat eindeutig das Naratriptan. Die Nebenwirkungsrate liegt auf Plazeboniveau. Wenn mir also ein Migränepatient berichtet, er oder sie reagiere auf viele Medikamente überempfindlich, dann werde ich Naratriptan als Erstes wählen. Wenn die Wirkung nicht ausreicht, wechsle ich auf ein anderes Triptan. Ein solcher Wechsel, also das Ausprobieren, ist durchaus ein normaler und viel versprechender Vorgang. Wenn jemand viel unterwegs ist, ein Aus-

sendienstmitarbeiter etwa, sind Schmerztabletten von Rizatriptan und Zolmitriptan eine gute Wahl. Treten die Attacken sehr rasch auf oder hat der Patient ein Cluster-Kopfweh, ist die Imigran-Spritze das einzige probate Mittel. Alle anderen Optionen sind hier chancenlos. Übrigens möchte ich daran erinnern, dass 10 Prozent der Migränepatienten Non-Responder sind. Sie reagieren auf überhaupt kein Triptan. Warum das so ist, weiss bis heute niemand. ●

ARS MEDICI: Herr Dr. Meyer, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Die Fragen stellte Uwe Beise