

**Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)
In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche
Begutachtung und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie**

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 062/007 Entwicklungsstufe: [2k](#)

Die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen

English title

Guidelines for providing expert advice on idiopathic and symptomatic headache disorders - recommendations of the German Migraine and Headache Society

Zusammenfassung

Die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen erfordert besondere Kenntnisse und Erfahrungen. In dieser Leitlinie werden diese besonderen Aspekte für die Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht, im privaten Versicherungsrecht und in der Fahrereignung erläutert. Es werden konkrete Hinweise für die Einschätzung des GdB bei den verschiedenen Kopfschmerzarten gegeben. In einem eigenen Kapitel werden die Besonderheiten in der Begutachtung von Kopfschmerzen nach einem Trauma dargestellt.

Schlüsselwörter: Begutachtung; Migräne; Kopfschmerzen

Summary

Providing expert advice on idiopathic and symptomatic headache disorders has to be based on specific knowledge and experience. In this guideline, the specific aspects of providing such advice in the German health and social justice system, for private insurances, and for the ability to drive vehicles are explained. Distinct recommendations will be given to advice on the amount of GdB in die different types of headache. In a separate capter, the specific prerequisites of providing expert advice in posttraumatic headache are described.

Key words: expert advice; migraine; headache

Einleitung

Die Begutachtung von Kopfschmerzen gehört zu den wesentlichen sozialmedizinischen Aufgaben von Neurologen und schmerztherapeutisch (i.S. der Weiterbildungsordnung) tätigen Ärzten. Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) hat daher erstmals Empfehlungen zur Anfertigung solcher Gutachten und zur sozialmedizinischen Einschätzung von primären (im Folgenden idiopathisch genannten) und sekundären (im Folgenden symptomatisch genannten) Kopfschmerzen erarbeitet. Mit den Empfehlungen soll nicht in die individuelle Freiheit und Verantwortung des jeweils beauftragten Gutachters eingegriffen werden. Sie stellen vielmehr ein Instrument zur Orientierung, Vereinheitlichung und Qualitätssicherung in der Begutachtung von Kopfschmerzen dar.

Es liegen bislang keine evidenzbasierten Studien über Kopfschmerzen vor, die die Besonderheiten der gutachtlichen Situation berücksichtigen. So sind z.B. in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen vom

10.12.2008, die die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit abgelöst haben, als Kopfschmerzen nur die Migräne und die Trigeminusneuralgie erwähnt (1,7). Daher sind diese Empfehlungen als Konsens- und Expertenleitlinie konzipiert. Das Autorenkollektiv ist vom Präsidium der DMKG mit der Erstellung dieser Empfehlungen beauftragt worden und hat sie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen eines Delphi-Verfahrens erarbeitet.

Voraussetzungen des Gutachters

Erstgutachten über häufige Kopfschmerzen aus den Diagnosegruppen 1 und 2 der Klassifikation der International Headache Society (IHS) mit einfacher Fragestellung können von jedem in der Begutachtung erfahrenen Arzt angefertigt werden. Gutachten über seltene idiopathische Kopfschmerzen der Diagnosegruppen 3 und 4 nach der IHS-Klassifikation oder Gutachten, die als Zusammenhangsgutachten angefertigt werden oder die eine komplexe Fragestellung beinhalten, sollten - sofern Kopfschmerzen gutachtlich im Vordergrund stehen - von einem in der Begutachtung von Kopfschmerzen erfahrenen Facharzt angefertigt werden. Bei symptomatischen Kopfschmerzen der Diagnosegruppen 5 ff. ist im Einzelfall zu entscheiden, welche fachärztlichen Voraussetzungen erfüllt sein sollten. Der Gutachter sollte die Klassifikation der IHS (26) und die jeweils aktuellen Therapieempfehlungen der DMKG (einzusehen unter www.dmk.de) kennen. Bei Gutachten über Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter ist ggf. eine Mitbegutachtung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu empfehlen. Ansonsten gelten die Ausführungen dieser Leitlinie sinngemäß auch für das Kindes- und Jugendalter.

Besondere Voraussetzungen für die apparative Diagnostik bestehen bezüglich des Gutachters nicht. Evt. notwendige apparative Diagnostik kann im Rahmen von Zusatzgutachten von jeweiligen Fachärzten erbracht werden (z.B. bildgebende Diagnostik, neurophysiologische Diagnostik, neuropsychologische Diagnostik).

Aufbau des Gutachtens

Gutachten über Kopfschmerzen unterscheiden sich prinzipiell nicht in Form und Aufbau von anderen medizinischen Gutachten. Daher sei hier für den Detailaufbau auf die einschlägige Literatur zu Gutachten, insbesondere zu schmerzmedizinischen Gutachten verwiesen (12,16,32,47,51). Insbesondere die aktuelle interdisziplinäre AWMF-Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen ist auch Grundlage dieser Leitlinie ([030/102](#)).

Essentielle Bestandteile auch eines Gutachtens über Kopfschmerzen sind demnach:

- Einleitung mit genauer Definition der Fragestellung und der Grundlagen (Aktenlage, Untersuchung etc.) des Gutachtens
- Aktenauszug mit den wesentlichen medizinischen Inhalten der vorliegenden Befunde und Vorberichte incl. Vorgutachten
- Anamnese mit allgemeiner Schmerzanamnese und spezifischer Kopfschmerzanamnese (s.u.) und evt. spezifischer Unfallanamnese, allgemeiner Anamnese (Vorgeschichte), Familienanamnese (mit gezielter Berücksichtigung von Kopfschmerzerkrankungen in der Familie), Sozialanamnese incl. Beeinträchtigungen im täglichen Leben und der sozialen Partizipation, vegetative Anamnese incl. Medikamenten- und Drogenanamnese (mit gezielter Berücksichtigung der kopfschmerzspezifischen Medikation), evt. Fremdanamnese
- Neurologischer Untersuchungsbefund und psychischer/psychopathologischer sowie allgemeinmedizinischer Untersuchungsbefund
- Dokumentation von evt. apparativer (incl. laborchemischer, neuropsychologischer etc.) Zusatzdiagnostik
- Zusammenfassung aller Abschnitte
- Diagnosen nach der ICD-10-Nomenklatur und nach der Nomenklatur der jeweils gültigen Version der IHS-Klassifikation,
- Beantwortung der gutachtlichen Fragen (incl. gutachtliche Beurteilung der Kopfschmerzen in Bezug auf Diagnosesicherheit, ggf. der Kausalitätsbewertung, den quantitativen und qualitativen Auswirkungen der Kopfschmerzen sowie die Prognose der Kopfschmerzerkrankung; kritische Würdigung der beklagten Funktionsbeeinträchtigungen sowie deren willentliche Überwindbarkeit)

Diagnostische Besonderheiten der Begutachtung von Kopfschmerzen

Im Gegensatz zu symptomatischen Kopfschmerzen wird die Diagnose von idiopathischen Kopfschmerzen ausschließlich über die Anamnese gestellt (36). Ziel der Anamnese ist es zum einen, die exakte Diagnose nach den Kriterien der IHS festzulegen, und zum anderen, das Ausmaß der Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen und - bei entsprechender Fragestellung - Aussagen zur Prognose und zu Therapiemöglichkeiten zu machen. Es wird ausdrücklich darauf verzichtet, Standarderhebungsinstrumente (wie

z.B. Schmerzfragebögen oder psychometrische Verfahren) für Kopfschmerzen im Allgemeinen zu empfehlen. Im Einzelfall kann allerdings die Heranziehung solcher Instrumente wie z.B. MIDAS (46) für Migräne oder FBK für Kopfschmerzen (2) sinnvoll sein, insbesondere zur Einschätzung der Einschränkung der Lebensqualität. Für Gutachten vor einem Sozialgericht gelten hierbei Besonderheiten (siehe Abschnitt über anhaltende somatoforme Schmerzstörungen). Apparative Zusatzdiagnostik ist nur zum Ausschluss von anderen Erkrankungen bei dem Verdacht auf eine idiopathische Kopfschmerzkrankung und zum Nachweis von sekundären Ursachen von Kopfschmerzen indiziert. Bislang existiert keine apparative Diagnostik (bildgebende Verfahren, Laboruntersuchung, neurophysiologische Techniken), die mit hinreichender gutachtlicher Sicherheit das Vorliegen oder den Ausschluss eines idiopathischen Kopfschmerzes belegen könnte. Unverzichtbar ist eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der erhobenen Befunde und Funktionsbeeinträchtigungen.

Bei der Kopfschmerzanamnese ist ggf. ein Kopfschmerzkalender zu berücksichtigen, hierzu können auch die Aufzeichnungen der Patienten selber herangezogen werden. Insgesamt sollen für jede Kopfschmerzdiagnose getrennt die folgenden Merkmale erhoben werden:

- Erkrankungsdauer seit Beginn
- bei attackenartigen Kopfschmerzen: Attackendauer und Attackenfrequenz
- autonome und/oder vegetative Begleitsymptome der Kopfschmerzen (sowohl die nach den Kriterien der IHS obligat vorhandenen als auch die fakultativ zusätzlichen)
- mögliche neurologische Reiz- oder Ausfallerscheinungen (z.B. als Aura)
- Durchschnittliche Zahl der Tage mit Kopfschmerzen in den letzten drei Monaten
- Mögliche, subjektiv erlebte Auslöser
- Schmerzintensität mit nach Kopfschmerzform differenzierten Skalen (s.u. bei Besonderheiten)
- Bisherige Therapieverfahren incl. spezieller Medikamentenanamnese und evt. bisheriger Medikamentenentzugsbehandlungen
- Wirksamkeit bisheriger akuter und prophylaktische Medikation incl. Verbrauch pro Monat von Kopfschmerzmedikamenten
- Familiäre Belastung für Kopfschmerzen
- Wirksamkeit von psychosomatisch-psychotherapeutischen Vorbehandlungen
- Wirksamkeit anderer Therapieverfahren (z.B. Physiotherapie)
- Auswirkungen der Kopfschmerzen auf den Alltag
- Bisherige apparative Zusatzdiagnostik
- Bisherige Compliance des Patienten

Apparative Zusatzdiagnostik ist im Rahmen gutachtlicher Untersuchungen zu Kopfschmerzen dann erforderlich, wenn die Diagnose eines primären Kopfschmerzes nicht aufgrund des Befundes und der Anamnese mit hinreichender Sicherheit gestellt werden kann (33). Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn idiopathische Kopfschmerzen erstmals jenseits des 40. Lebensjahrs auftreten oder wenn sie innerhalb von wenigen Wochen deutlich ihren Charakter oder ihr Zeitmuster ändern. Außerdem ist cerebrale oder HWS-Bildgebung erforderlich, wenn der Verdacht auf einen symptomatischen Kopfschmerz oder eine Neuralgie bzw. zentrale Ursache von Kopfschmerzen besteht. Auf die Indikationen z.B. für cerebrale Bildgebung wird im Einzelnen weiter unten eingegangen.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die Plausibilitätsprüfung bei der Begutachtung von Kopfschmerzen ein. Da der Schmerz per se nicht objektivierbar ist, sind die Auswirkungen und Funktionsbeeinträchtigungen durch die Kopfschmerzen exakt zu erfassen und in Bezug auf Diskrepanzen zwischen der Beschwerdeschilderung und der körperlichen und psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation zu beurteilen. Auch sollte auf Diskrepanzen in der Anamnese, Vorbefunden und Funktionsbeeinträchtigungen zu Aktivitäten des täglichen Lebens sowie das Fehlen von Aktivitäten zur Schmerzlinderung geachtet werden.

Prognostische und therapeutische Besonderheiten der Begutachtung von Kopfschmerzen

Idiopathische Kopfschmerzen müssen als lebenslange Erkrankung aufgefasst werden, denen wahrscheinlich eine genetische Veranlagung zugrunde liegt. Dennoch sind diese Kopfschmerzen im Verlauf eines Lebens Schwankungen unterworfen. Daher ist es in vielen Fällen bei der Frage nach Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit oder einem Grad der Behinderung sinnvoll, nach zwei Jahren eine erneute Begutachtung zu empfehlen. Dies gilt im Besonderen bei einer häufigen Schmerzmitteleinnahme, die den eigentlichen Kopfschmerztyp verschleiern kann. Dabei muss dann berücksichtigt werden, ob in der Zwischenzeit adäquate Maßnahmen nach den Therapieempfehlungen der DMKG durchgeführt worden sind.

Gerade in der Kopfschmerztherapie werden alternative schmerztherapeutische Methoden eingesetzt, die manchmal auch von Patienten gegenüber den Leistungsträgern der Sozialversicherungen eingeklagt werden, wozu evt. gutachtlich Stellung genommen werden muss. Nach der aktuellen Rechtsprechung werden alternative Behandlungsverfahren definiert als Methoden, deren Wirksamkeit von der herrschenden wissenschaftlichen Auffassung bezweifelt wird, deren Unwirksamkeit oder Schädlichkeit aber nicht nachgewiesen ist (Graf-

Baumann 2002). Gemäß aktueller Rechtsprechung kann für den sog. Off-label-use im Einzelfall eine Kostenübernahme gerechtfertigt sein, wenn drei Voraussetzungen gemeinsam gegeben sind (BSG vom 19.3.2003 - B1 Kr 37/00 R):

- Lebensbedrohende oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Krankheit, und
- keine andere Therapie verfügbar (wenn alternative Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des Geltungsbereiches des SGB V nicht vorhanden sind und verfügbare Alternativen nachweislich angewendet ohne Erfolg wurden), und
- begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg (wenn z.B. Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass ein Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden kann. Nur bei nachweislich extrem seltenen Erkrankungen können hilfsweise auch Studien einer niedrigeren Evidenz als Wirksamkeitsnachweis akzeptiert werden). Wann von einem Versagen der anerkannten Therapieverfahren auszugehen ist, wird für die einzelnen Kopfschmerzformen als sog. Therapieresistenz weiter unten definiert.

Schmerztherapie und Arzthaftung

Nach heutiger Rechtsprechung hat jeder Patient einen Rechtsanspruch auf eine Schmerztherapie nach dem aktuellen Stand des Wissens. Dieser Anspruch entspricht zugleich einer Rechtspflicht des Therapeuten zur Durchführung einer solchen Schmerztherapie. Eine schuldhafte Verletzung der ärztlichen Pflicht zur Schmerztherapie und Leidensminderung kann Schmerzensgeldansprüche des Patienten nach §253 und §823 BGB bewirken. Wird bei starken Schmerzen eine Standardtherapie vorenthalten, kann der behandelnde Arzt nach §223 und §323c StGB auch wegen unterlassener Hilfeleistung strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden (16).

Kopfschmerzbedingte Funktionseinschränkungen

Kopfschmerzen können sowohl eine kurzfristige Arbeitsunfähigkeit, eine relevante Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit, einen Grad der Behinderung (GdB), sowie - bei Schädigungsfolgen - in der gesetzlichen Unfallversicherung und im Haftpflichtrecht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), in der privaten Unfallversicherung eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) sowie im sozialen Entschädigungsrecht einen Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bedingen.

Ein GdB über 50 ist nur dann ausschließlich durch Kopfschmerzen bedingt, wenn diese sehr schwer und gleichzeitig therapieresistent sind. Ein GdB von über 80 ausschließlich durch Kopfschmerzen ist im Allgemeinen ausgeschlossen (Ausnahme: schwere therapieresistente Formen der trigeminoautonomen Kopfschmerzen und der Gesichtneuralgien). Eine solch hohe Einstufung von Kopfschmerzen ist sonst in der Regel nur in Verbindung mit einer psychischen Störung (primär z.B. als somatoforme Störung oder sekundär z.B. als eine Störung der Krankheitsverarbeitung) zu rechtfertigen. Dies bedarf im Einzelfall gemäß den rechtlichen Vorgaben einer expliziten Begründung.

Bei Fragen zur Prognose von Kopfschmerzen sollte beachtet werden, ob die Therapie nach den Therapieempfehlungen der DMKG erfolgt ist. Zwischenzeitliche Therapieversuche sind bei der erneuten Begutachtung mit Hilfe der Behandlungsberichte zu belegen. Die Funktionsbeeinträchtigung bei beruflichen Tätigkeiten bzw. im täglichen Leben durch Kopfschmerzen sollte dabei gemäß der International Classification of Functioning, Disability and Health (10) durch die nachweisbaren Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der sozialen Partizipation belegt werden (**Tabelle 1**).

Individuell sind das Ausmaß der Kopfschmerzen, die Therapiemöglichkeiten, die berufliche Situation des Patienten und der aktuelle sozialmedizinische Status des Patienten (z.B. laufendes Rentenverfahren, Schadensersatzanspruch etc.) zu berücksichtigen. Die Einschätzung der Beeinträchtigung durch Kopfschmerzen orientiert sich an den bislang in der wissenschaftlichen Literatur publizierten Tabellen und an Erfahrungswerten des Expertengremiums. Die vorgeschlagenen Werte für die einzelnen Kopfschmerzformen sind in **Tabelle 2** aufgelistet.

Tabelle 1: Relevante Parameter zur Erfassung von Funktionsbeeinträchtigungen bei Schmerzsyndromen (sog. ICF-Klassifikation) nach Cieza et al. 2004 (10).

Körperfunktionen und -strukturen

Mentale Funktionen: Psychosoziale, psychomotorische, emotionale und höhere kognitive Funktionen; Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs, des Schlafes, der Aufmerksamkeit, des Denkens, der Selbstwahrnehmung

Sinnesfunktionen und Schmerz: Berührungs- und Tastsinn, Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize, Schmerz

Funktionen verschiedener Systeme: Funktionen des kardiovaskulären, gastrointestinalen und respiratorischen Systems; sexuelle Funktionen, Ausscheidungsfunktionen

Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen: Funktionen der Gelenkbeweglichkeit, der Muskelkraft, des Muskeltonus, der Muskelausdauer und der Kontrolle von Willkürbewegungen

Aktivitäten und Partizipation

Lernen und Wissensanwendung: Aufmerksamkeit fokussieren, Probleme lösen, Aneignen von Fertigkeiten, Entscheidungen treffen

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen: Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen

Kommunikation: Fähigkeit zur Vermittlung und zum Empfang von gesprochenen, schriftlichen und non-verbalen Mitteilungen, Möglichkeiten zur Konversation und Diskussion

Mobilität: Elementare Körperpositionen wechseln, in einer Körperposition verbleiben, Gegenstände anheben und tragen, Gehen, sich auf andere Weise fortbewegen, Transportmittel benutzen, ein Fahrzeug fahren

Selbstversorgung: Sich waschen, kleiden, Körperpflege durchführen, auf seine Gesundheit achten

Häusliches Leben: Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Vorbereitung von Mahlzeiten, Hausarbeiten erledigen, Haushaltsgegenstände pflegen, Anderen helfen

Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen: Komplexe interpersonelle Interaktionen, Familienbeziehungen, intime Beziehungen

Bedeutende Lebensbereiche: Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden

Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben: Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität, politisches Leben

Tabelle 2: Empfehlungen für die Einstufung des GdB durch Kopfschmerzen. Die angegebenen Werte beziehen sich auf die aktuelle Situation. Unter adäquater Therapie können sich eine Verlaufsform oder ein Schweregrad und somit auch die Einstufung verändern. Ermittlung der Zahlen unter Hinzuziehung bereits publizierter Tabellen (7,22,47,42,51). Eine MdE oder ein GdS sind nur dann anzuerkennen, wenn ein Schädigungszusammenhang gutachtlich nachgewiesen ist.

	AU ⁶	GdB	MdE/GdS
Migräne ohne Aura			
Leicht	nein	0-10	-
Mittel	möglich	20-40	-
Schwer (therapieresistent)	ja	50-60	-
Chronisch	möglich	50-60	-
Migräne mit Aura¹			
Visuell	möglich	0-20	-
Hemiplegisch	möglich	20-50	-
Sonstige	möglich	20-50	-

Kopfschmerz vom Spannungstyp			
Selten auftretend	nein	-	-
Häufig auftretend			
Leicht	nein	0-10	-
Schwer	möglich	20-30	-
Chronisch			
Leicht	möglich	20-30	-
Schwer	ja	40-60	-
Episodischer Clusterkopfschmerz^{2,3}			
Leicht	möglich	0-30	-
Mittel	möglich	30-60	-
Schwer	ja	30-60	-
chronischer Clusterkopfschmerz³			
Leicht	möglich	20-40	-
Mittel	möglich	30-60	-
Schwer	ja	60-100	-
Kopfschmerz bei Medikamentengebrauch⁴			
Leicht	nein	0-20	0-20
Mittel	möglich	30-40	30-40
Schwer	möglich	50-60	50-60
Trigeminusneuralgie (klassisch und symptomatisch)⁵			
Leicht	nein	0-10	-
Mittel	möglich	20-40	-
Schwer	ja	50-80	-
Posttraumatischer Kopfschmerz			
Akut	<6 Wochen	10-20	10-20
Chronisch	möglich	10-20	10-20
Andere symptomatische Kopfschmerzen⁵			
Leicht	nein	0-10	0-10
Mittel	möglich	20-30	20-30
Schwer	ja	40-60	40-60

¹ Diese Angaben gelten nur, wenn die Aura im Vordergrund steht.

² Die Angaben gelten nur für die Zeit der Clusterepisode und einige Wochen danach.

³ Die Angaben gelten analog auch für andere trigeminoautonome Kopfschmerzen, wobei beim SUNCT-Syndrom immer von einer schweren Form auszugehen ist.

⁴ Die Angaben gelten nur für die Zeit des Medikamentenübergebrauchs. Nach erfolgter Entzugsbehandlung ist die Bewertung erneut zu evaluieren.

⁵ Der GdB kann evtl. in der zugrundeliegenden Erkrankung (z.B. Multiple Sklerose, Z.n. Hirnblutung) mit aufgehen.

⁶ Die Einschätzung bezieht sich auf ein normales Arbeitsverhältnis mit ca. 8 Std. Arbeitszeit pro Tag. Abweichungen von den Empfehlungen sind möglich, insbesondere kann auch bei schweren Verlaufsformen

Arbeitsfähigkeit bestehen.

Zusatzgutachten

Zusatzgutachten auf anderen Fachgebieten als der Neurologie oder der Speziellen Schmerztherapie (im Sinne der Weiterbildungsordnung) sind für die Begutachtung von idiopathischen Kopfschmerzen oder von Neuralgien im Allgemeinen nicht erforderlich. Eine Ausnahme stellen psychosomatische oder psychiatrische Zusatzgutachten dar, wenn sich aus der Anamnese Hinweise auf eigenständige Diagnosen auf diesen Fachgebieten, die eine Wechselwirkung mit Kopfschmerzen haben können, oder Hinweise auf psychische verlaufsstabilisierende Faktoren (Chronifizierung) ergeben (19). Für einige idiopathische Kopfschmerzerkrankungen gibt es Hinweise auf eine erhöhte Komorbidität mit Angsterkrankungen, depressiven Syndromen bzw. Zwangserkrankungen (6,38). Bei vorbestehender gesicherter psychiatrischer oder psychosomatischer Diagnose kann auf ein solches Zusatzgutachten verzichtet werden, wenn der Zusammenhang zwischen Kopfschmerzen und dieser Diagnose in der gutachtlichen Untersuchung hinreichend geklärt werden kann. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn der Verdacht auf einen Kopfschmerz der Gruppe 12 der IHS-Klassifikation besteht.

Bei symptomatischen Kopfschmerzen kann eine weitere Begutachtung auf einem nicht-neurologischen Fachgebiet, in das die zugrundeliegende primäre Erkrankung fällt, sinnvoll sein. Dies gilt insbesondere für posttraumatische Kopfschmerzen.

Besondere Aspekte der Krafftahreignung

Die Krafftahreignung ist bei Patienten mit idiopathischen Kopfschmerzen nicht pauschal eingeschränkt, da diese im Allgemeinen nicht mit einer Bewusstseinsstörung oder mit relevanten motorischen Ausfällen einhergehen. Paroxysmale Kopfschmerzerkrankungen zeigen im Allgemeinen Vorsymptome oder Warnzeichen, sodass rechtzeitig adäquat reagiert werden kann. Im übrigen gelten die Begutachtungsleitlinien zur Krafftahreignung (4), wonach es dem Verantwortungsbewusstsein jedes Verkehrsteilnehmers aufgegeben ist, durch kritische Selbstprüfung festzustellen, ob er unter den jeweiligen Bedingungen noch am Straßenverkehr, insbesondere am motorisierten Straßenverkehr teilnehmen kann oder nicht; hier wird die Migräne als beispielhafte Erkrankung genannt.

Folgende Ausnahmen von der generellen Annahme der Krafftahreignung bei Kopfschmerzerkrankungen müssen jedoch berücksichtigt werden:

1. Im Zustand der typischen Migräneaura (Diagnose 1.2.1 der IHS-Kriterien) und der anderen Auraformen (Diagnosen 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5 und 1.2.6 der IHS-Kriterien) besteht keine Krafftahreignung. Da die typische Migräneaura nicht mit Bewusstseinsstörungen einhergeht und sich langsam entwickelt, besteht keine Analogie zu den Einschränkungen der Krafftahreignung wie z.B. aufgrund von epileptischen Anfällen; dies bedeutet, dass die Krafftahreignung außerhalb der Aura nicht beeinträchtigt ist.
2. Bei der Migräne mit hemiplegischer Aura (Diagnosen 1.2.4 und 1.2.5 der IHS-Kriterien) und bei der sog. Migräne vom Basilaristyp (Diagnose 1.2.6 der IHS-Kriterien) kann es zu so gravierenden Bewusstseinsstörungen und motorischen Störungen kommen, dass dann generell ein Führen von Krafftahrzeugen der Gruppe 2 ausgeschlossen ist; hier ist eine Einzelfallentscheidung durch eine nervenärztliche/neurologische Untersuchung herbeizuführen. Ein Führen von Krafftahrzeugen der Gruppe 1 bei der Migräne mit hemiplegischer Aura und der Basilarismigräne bleibt dagegen prinzipiell möglich.
3. Wenn Kopfschmerzpatienten Medikamente zur Akuttherapie oder Prophylaxe von Kopfschmerzen einnehmen, kann im Einzelfall keine Krafftahreignung bestehen. Hier gilt Absatz 3.12.2 der Begutachtungs-Leitlinien zur Krafftahreignung.

Besonderheiten einzelner Kopfschmerzerkrankungen

Migräne

Klinische Aspekte

Die Diagnose einer Migräne stützt sich auf die Anamnese und die neurologische Untersuchung. Zur sicheren Diagnose einer Migräne ohne Aura oder mit typischer Aura ist bei typischer Anamnese keine cerebrale Bildgebung erforderlich. Zur sicheren Diagnose einer Migräne mit untypischer Aura muss einmal nach der Erstmanifestation eine cerebrale Bildgebung durch MRT erfolgt sein, um eine symptomatische Ursache auszuschließen. Im Einzelfall kann die Zuordnung der Migräne zu einem Bildgebungsbefund schwierig sein (z.B. bei DVA, Angiom, Gliose unklarer Zuordnung). Zur Anwendung apparativer Diagnostik bei idiopathischen Kopfschmerzen hat die DMKG Empfehlungen herausgegeben (33).

Gutachtliche Aspekte

Eine allgemein verbindliche objektivierende Einteilung der Migräne nach Schweregraden gibt es nicht. Am häufigsten werden die MIDAS Kriterien verwendet, die zusammenfassend die Alltagsrelevanz berücksichtigen (13,46), eine deutschsprachige Übersetzung des MIDAS-Fragebogens liegt vor. Zur gutachtlichen Skalierung des Schweregrades der Migräneschmerzen genügt jedoch eine Einteilung in leicht/mittel/schwer.

Eine mittelschwere oder schwere, therapieresistente Migräne kann vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und einen GdB, im Einzelfall auch eine quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit bedingen. Dies liegt insbesondere dann vor, wenn mehr als drei Attacken pro Monat auftreten, die länger als zwei Tage dauern und nachweislich nicht ausreichend durch Akutmedikamente behandelt werden können. Nach dem Expertenkonsens gilt Therapieresistenz als belegt, wenn wenigstens fünf verschiedene Akutmedikamente aus wenigstens zwei Substanzklassen und vier verschiedene prophylaktische Medikamente aus drei verschiedenen Substanzklassen in adäquater Dosis und Zeit nicht wenigstens 50% Reduzierung der Schmerzintensität oder der Attackenfrequenz gebracht haben. Die nachweislich stattgehabten Therapieversuche sollten die aktuell gültigen Therapieempfehlungen der DMKG beachten. Eine weitergehende Einteilung der Migräne in leichte, mittelschwere und schwere Formen muss unter Berücksichtigung der individuellen (z.B. vegetativen) Begleitsymptome und der individuellen Schmerzempfindlichkeit vorgenommen werden.

Nach den Kriterien der IHS wird eine chronische Migräne dann diagnostiziert, wenn eine Migräne an mehr als 15 Tagen pro Monat auftritt und kein Medikamentenübergebrauch vorliegt. Deren Schweregrad hängt von der Schmerzintensität und nicht von der Häufigkeit der Kopfschmerztag ab. Es ist zu beachten, dass Begleitsymptome alleine wie z.B. Erbrechen oder starke Licht- und Lärmempfindlichkeit schon eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bedingen können. Aber auch die Nebenwirkungen der migränespezifischen Medikamente müssen in dieser Einschätzung berücksichtigt werden.

Auch eine Migräneaura kann durch neurologische Ausfallsymptome ohne relevante Schmerzen eine Arbeitsunfähigkeit bedingen. In sehr seltenen Fällen kann bei gehäuften und prolongierten Auren auch eine quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder ein GdB bestehen. Eine Akuttherapie der Migräneaura ist nicht möglich, es besteht jedoch auch hier die Möglichkeit zu einer medikamentösen Prophylaxe.

Kopfschmerz vom Spannungstyp

Klinische Aspekte

Die Diagnose eines Kopfschmerzes vom Spannungstyp stützt sich ausschließlich auf die Anamnese und auf die körperliche Untersuchung. Eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit der perikraniellen Muskulatur bei manueller Palpation kann in einem Teil der Fälle festgestellt werden. Bei typischer Anamnese und normalem neurologischen Befund ist eine cerebrale Bildgebung in der Gutachtensituation nicht erforderlich. Apparative Verfahren zum Nachweis eines Kopfschmerzes vom Spannungstyp existieren nicht.

Gutachtliche Aspekte

Der sog. selten auftretende episodische Kopfschmerz vom Spannungstyp bedingt grundsätzlich keine relevante Funktionsbeeinträchtigung. Bei einem häufig auftretenden episodischen Kopfschmerz vom Spannungstyp, der an 10 pro Jahr bis 15 Tagen pro Monat besteht, kann unbehandelt eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vorliegen, wenn der individuelle Schmerz ausreichend stark ist. Eine quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder ein messbarer GdB liegen durch ihn im Allgemeinen nicht vor. Die Skalierung des Schweregrades der Kopfschmerzen vom Spannungstyp wird durch die Einteilung in leicht/mittel/schwer vorgenommen. Der chronische Kopfschmerz vom Spannungstyp (d.h. an mehr als 15 Tagen im Monat über wenigstens drei Monate) kann sowohl eine Arbeitsunfähigkeit als auch eine quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit als auch einen GdB bedingen, wenn die Intensität besonders stark ist und er sich in der prophylaktischen Therapie als resistent erweist. Eine Therapieresistenz gilt dann als erwiesen, wenn der Kopfschmerz bei drei verschiedenen prophylaktischen Medikamenten in adäquater Dosis und Zeit nicht um wenigstens 50% in Intensität und/oder Dauer zurückgegangen ist. Häufig ist vor einer abschließenden Beurteilung eines solchen Falles eine multimodale Schmerztherapie zu empfehlen (neben Pharmakotherapie auch Einsatz von psychotherapeutischen Verfahren). Die Therapieverfahren sollten sich an den Empfehlungen der DMKG orientieren.

Clusterkopfschmerz und andere trigeminoautonome Kopfschmerzen

Klinische Aspekte

Der Clusterkopfschmerz ist wahrscheinlich die Schmerzkrankung mit der stärksten Intensität des Schmerzes überhaupt. Er wird immer noch zu selten diagnostiziert und in seiner Auswirkung auf

den Alltag unterschätzt, er geht mit einer erhöhten Suizidalität einher. Die Diagnose eines Clusterkopfschmerzes wird aufgrund der typischen Anamnese gestellt. Da es auch symptomatische Formen eines Clusterkopfschmerzes gibt, ist wenigstens einmal nach der Erstmanifestation eine cerebrale Bildgebung mittels MRT inkl. MR-Angiographie erforderlich. Einen Clusterkopfschmerz beweisende Untersuchungsverfahren gibt es nicht. Wesentlich für die Einteilung der Schweregrade von Clusterkopfschmerzen ist die Frequenz der Attacken und die Attackendauer pro Tag (0,5-8 Attacken pro Tag, Dauer 30-180 Minuten), entsprechend kann in eine leichte (1-2 Attacke bis 60 min Dauer), eine mittelschwere (2-4 Attacken von >60min Dauer) und eine schwere Form (>4 Attacken oder grundsätzlich lange Dauer (180min)) eingeteilt werden. Man unterscheidet eine episodische und eine chronische Verlaufsform; von chronisch spricht man dann, wenn die Attacken länger als ein Jahr in o.g. Frequenz auftreten oder Pausen zwischen Attacken kürzer als ein Monat sind. Bei der sozial-medizinischen Beurteilung des Clusterkopfschmerzes muss neben der Intensität der Schmerzes selbst auch die Auswirkungen auf die Tagesstruktur (häufig kommt es durch nächtliche Attacken zu Schlafentzug) und die allgemeine körperliche Einschränkung durch häufige Attacken und durch prophylaktische Medikamente berücksichtigt werden.

Gutachtliche Aspekte

Im Zustand akuter unbehandelter Clusterkopfschmerzattacken besteht im Allgemeinen Arbeitsunfähigkeit, dies kann auch noch durch die Entkräftigung aufgrund der Schmerzen für Stunden danach anhalten. Bei einem episodischen Clusterkopfschmerz kann zusätzlich Arbeitsunfähigkeit durch eine häufige Attackenfrequenz während der aktiven Episoden und noch wenige Wochen danach begründet sein. Der Clusterkopfschmerz kann einen GdB begründen. Eine quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit kann beim Clusterkopfschmerz auf Dauer dann gegeben sein, wenn es sich um eine schwere, chronische, therapieresistente Verlaufsform handelt. Ein schwerer, therapieresistenter chronischer Clusterkopfschmerz liegt dann vor, wenn mehrere Attacken pro Tag auftreten und diese nicht befriedigend akut (z.B. mit Sauerstoff wenigstens 7 l/min, Sumatriptan s.c. oder Zolmitriptan nasal) kupert werden können oder wenn Kontraindikationen bzw. Anwendungsbeschränkungen bei der Einnahme geeigneter Akutmedikamente vorliegen. Zusätzlich muss eine Therapieresistenz dadurch belegt sein, dass prophylaktische Verfahren zu keiner ausreichenden Senkung der Attackenfrequenz oder zu nicht tolerierbaren Nebenwirkungen führen. Hier müssen wenigstens drei verschiedene Substanzen in geeigneter Dosis und Zeit ausprobiert worden sein. Empfehlungen für die adäquate Therapie von Clusterkopfschmerzen sind durch die DMKG publiziert worden, wobei auch die empfohlenen Substanzen im Off-label-use berücksichtigt werden müssen. In Einzelfällen kann alleine aufgrund eines chronischen Clusterkopfschmerzes eine vollständige Erwerbsminderung vorliegen. Die Ausführungen zum Clusterkopfschmerz gelten analog auch für die anderen sog. trigeminoautonomen Kopfschmerzen wie die Paroxysmale Hemikranie und das SUNCT-Syndrom. Hierbei ist von einer dauerhaften sozialmedizinischen Beeinträchtigung durch die Paroxysmale Hemikranie nur bei nicht tolerierbaren Nebenwirkungen oder Kontraindikationen bei Einnahme von Indometacin auszugehen. Das sehr seltene SUNCT-Syndrom ist im Allgemeinen therapieresistent und bedingt je nach Frequenz und Intensität der einzelnen Attacken einen GdB von bis zu 100 bzw. eine relevante Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit.

Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch

Klinische Aspekte

Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch werden nach den Kriterien der IHS ausschließlich durch die Anamnese diagnostiziert. Eine cerebrale Bildgebung ist für diese Diagnose eigentlich nicht erforderlich, wird aber häufig zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung eines intrakraniellen Prozesses eingesetzt. Dem Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch liegt immer eine idiopathische Kopfschmerzform oder ein Kopfschmerz im Gefolge eines Traumas zugrunde, der gutachtlich separat beurteilt werden muss. Per definitionem setzt die Diagnose eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch voraus, dass nach Absetzen der übergebrauchten Medikamente der Kopfschmerz innerhalb von zwei Monaten sistiert und nur die ursprünglich vorhandene Kopfschmerzkrankung mit einer gewissen Stärke und Frequenz übrigbleibt. Im Übrigen sollte die Therapie des Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch den Empfehlungen der DMKG folgen.

Gutachtliche Aspekte

Vorübergehend kann durch einen Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch eine Arbeitsunfähigkeit bestehen. Diese liegt für die meisten Betroffenen insbesondere für mindestens eine Woche nach Beginn des Absetzens der Medikamente vor. Definitionsgemäß kann diese Kopfschmerzform jedoch keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit, eine quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder einen GdB bedingen. Sollten zu Begutachtende nicht in der Lage sein, die Medikamenteneinnahme zu regulieren und daher

dauerhaft an diesem Kopfschmerz leiden, muss als Ursache eine psychiatrische oder psychosomatische Erkrankung angenommen werden (z.B. Missbrauch von Substanzen mit schädlichem Gebrauch). Eine entsprechende gutachtliche Untersuchung muss zusätzlich zu dem schmerzmedizinischen bzw. neurologischen Gutachten vorgenommen werden. Im Einzelfall kann es erforderlich sein, aus gutachtlicher Sicht einen stationären Entzug der Schmerzmedikation zu befürworten.

Cervikogene Kopfschmerzen

Klinische Aspekte

Eigenständige cervikogene Kopfschmerzen sind seltener als idiopathische Kopfschmerzen und müssen definitionsgemäß als Folge einer Störung oder (in selteneren Fällen) Läsion in der Halswirbelsäule oder den Halsweichteilen aufgefasst werden (26,39). Die Diagnose dieser Kopfschmerzen richtet sich nach den Kriterien der IHS in Verbindung mit den modifizierten Kriterien nach Sjaastad (43). Sollte der Kopfschmerz durch manualtherapeutische Behandlungen nicht zumindest modifizierbar sein, so muss die Diagnose in Zweifel gezogen werden.

Gutachtliche Aspekte

Der Schweregrad der cervikogenen Kopfschmerzen sowie die daraus resultierende gutachtliche Bewertung erfolgt analog dem Kopfschmerz vom Spannungstyp.

Trigeminusneuralgie und Gesichtsschmerzen

Klinische Aspekte

Eine Trigeminusneuralgie wird aufgrund der typischen Symptome nach den Kriterien der IHS diagnostiziert. Eine cerebrale Bildgebung mittels MRT (selten zum Ausschluss knöcherner Destruktionen der Schädelbasis auch ein CCT) muss wenigstens einmal nach Erstmanifestation durchgeführt werden. Sie dient zur Differenzierung der sog. klassischen von der symptomatischen Form einer Trigeminusneuralgie. Zur Angabe der Intensität von Attacken einer Trigeminusneuralgie wird die visuelle Analogskala (VAS) empfohlen. Eine Therapieresistenz liegt dann vor, wenn mehrere prophylaktische Therapieversuche sowohl in Einzeltherapie als auch in Kombinationstherapie in adäquater Dosis und Zeit nicht wirksam gewesen sind. Die Therapieversuche sollten sich an den Therapieempfehlungen der DMKG orientieren. Von der Trigeminusneuralgie abzugrenzen ist der anhaltende idiopathische Gesichtsschmerz (früher auch atypischer Gesichtsschmerz genannt). Hierbei handelt es sich um einen chronischen Gesichtsschmerz, der nicht die Kriterien einer Neuralgie erfüllt und häufig nach einem operativen Eingriff oder einem Trauma im Gesichtsbereich auftritt. Dabei ist nicht vorhersagbar, welche Patienten einen solchen Gesichtsschmerz, der auch bei völlig kunstgerechtem Eingriff entstehen kann, entwickeln.

Gutachtliche Aspekte

Eine Trigeminusneuralgie kann vorübergehend zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, insbesondere zu Beginn einer Episode mit Attacken und während der Aufdosierung der prophylaktischen Medikamente. Bei chronischen und/oder therapieresistenten Verlaufsformen wird das Ausmaß der Funktionseinschränkung im Wesentlichen durch die Frequenz der Schmerzattacken und durch deren Triggerbarkeit bestimmt. Dies ist unabhängig davon, ob es sich um eine klassische oder eine symptomatische (z.B. aufgrund einer Multiplen Sklerose) Form handelt, wobei allerdings symptomatische Trigeminusneuralgien häufiger therapieresistent und chronisch und auch häufiger mit anderen neurologischen Symptomen vergesellschaftet sind, die ggf. ergänzend gutachtlich zu beurteilen sind. Bei seltenen Attacken am Tag (unter 10) und keiner funktionellen Einschränkung durch diese Attacken liegen eine quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder ein GdB im Allgemeinen nicht vor. Im Extremfall, z.B. bei mehr als 100 durch natürliche Mechanismen wie Kauen oder Sprechen ausgelöste Attacken pro Tag, kann auch eine quantitative Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder ein GdB von über 50 gegeben sein. Es muss berücksichtigt werden, dass auch die Angst vor Attacken und die damit verbundene Vermeidung sämtlicher Trigger (wie Kauen, Sprechen, Mundpflege etc.) zu Funktionseinschränkungen führen können und dann psychiatrisch oder psychosomatisch zu beurteilen sind.

Der Schweregrad incl. der resultierenden Funktionseinschränkungen des anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerzes sind analog der Trigeminusneuralgie einzuordnen. Stehen die Gesichtsschmerzen in zeitlichem Zusammenhang mit einem Trauma oder einem operativen Eingriff im Gesichtsbereich (typischerweise Zahneingriff, Operation der Nasennebenhöhlen oder der Augen), können im Einzelfall auch Fragen der Kausalität gutachtlich relevant sein. Es ist in der gutachtlichen Beurteilung zu berücksichtigen, dass der anhaltende idiopathische Gesichtsschmerz signifikant mit Depressionen und Analgetikaübergebrauch assoziiert ist (30). Auf eine Abgrenzung

des anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerzes zur kranio-mandibulären Dysfunktion ist zu achten.

Besonderheiten des posttraumatischen Kopfschmerzes

Vorbemerkung

Posttraumatische Kopfschmerzen stellen den häufigsten Grund für eine Begutachtung von Kopfschmerzen dar, weswegen hierauf ausführlicher eingegangen werden soll. Der Begriff "chronischer posttraumatischer Kopfschmerz" wird sowohl im ICD 10-Katalog (G44.3) als auch in der IHS-Klassifikation aufgeführt. Zusätzlich nennt die IHS-Klassifikation auch einen "akuten" posttraumatischer Kopfschmerz, dem gutachtlich jedoch nur geringe Bedeutung zukommt, da dieser definitionsgemäß innerhalb von 3 Monaten abgeklungen ist. Zwar wird in der klinischen Praxis die Diagnose eines posttraumatischen Kopfschmerzes häufig unkritisch für alle Formen von Kopfschmerzen verwendet, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit einem Kopf- oder HWS-Trauma auftreten. Die IHS-Klassifikation impliziert jedoch ausdrücklich einen kausalen Zusammenhang ("Kopfschmerz zurückzuführen auf ein Kopf- und/oder HWS-Trauma"). In der gutachtlichen Situation darf die Diagnose eines posttraumatischen Kopfschmerzes daher ausschließlich dann gestellt werden, wenn die Kausalitätskriterien des jeweiligen Rechtsgebiets mit den vorgesehenen Beweiskriterien erfüllt sind.

Klinische Aspekte

Auch außerhalb der gutachtlichen Situation sollte die Diagnose eines posttraumatischen Kopfschmerzes nur gestellt werden, wenn die diesbezüglichen Kriterien der IHS erfüllt sind, wonach der Kopfschmerz auf ein Kopf- und/oder HWS-Trauma - zumindest mit der in der klinischen Medizin üblichen Wahrscheinlichkeit - zurückzuführen ist, darüber hinaus sollte sich die Diagnosedstellung an den Empfehlungen der DMKG orientieren (22). Danach werden Kopfschmerzen, wenn sie auf ein Schädeltrauma, ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT), eine traumatische intrakranielle Blutung, eine HWS-Distorsion mit direktem Nackentrauma, eine HWS-Beschleunigungsverletzung oder eine Kraniotomie zurückzuführen sind, als posttraumatisch bezeichnet (**Tabelle 3**). Es ist hinreichend, bei posttraumatischen Kopfschmerzen zwischen SHT und HWS-Beschleunigungstrauma (nur dieser Begriff sollte verwendet werden) zu differenzieren. Für ein HWS-Beschleunigungstrauma sollte die Einteilung der Quebec Task Force (45) verwendet werden (**Tabelle 4**).

Entsprechend den Kriterien der IHS muss das Trauma anamnestisch und klinisch gesichert sein. Der posttraumatische Kopfschmerz muss sich zeitnah innerhalb von sieben Tagen nach dem Trauma manifestiert haben. Die IHS klassifiziert einen akuten posttraumatischen Kopfschmerz, der sich innerhalb von 3 Monaten zurückbildet, und einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz, der länger als 3 Monate nach dem Ereignis anhält. Bis zu 90% der SHT oder HWS-Beschleunigungsverletzungen werden von einem Kopfschmerz gefolgt. Bei leichtgradiger HWS-Beschleunigungsverletzung liegt die Rückbildungsdauer des akuten Kopfschmerzes im Mittel bei Wochen bis maximal zwei Monaten. Ca. 20% der Kopfschmerzen nach SHT oder HWS-Beschleunigungsverletzung zeigen eine protrahierte Remission über mehr als 12 Wochen nach dem schädigenden Ereignis und werden dementsprechend nach den Kriterien der IHS als chronisch klassifiziert. Für die Angabe der Intensität von Kopfschmerzen nach stattgehabten Traumen wird die VAS bzw. analog zur Migräne die Erfassung mittels MIDAS empfohlen. Bei nachweisbar geeignetem Trauma, adäquatem zeitlichem Zusammenhang (s.o.), fehlender Vorbelastung mit entsprechenden Kopfschmerzen, belastender Symptomatik und glaubhafter Schilderung wird eine pragmatische Anerkennung des Kopfschmerzes analog einem Kopfschmerz vom Spannungstyp empfohlen (50).

Für die Diagnose und Therapie des posttraumatischen Kopfschmerzes sind von der DMKG eigene Empfehlungen veröffentlicht worden (22). Zudem liegen Leitlinien zu Diagnostik und Therapie der Traumafolgen nach SHT und HWS-Beschleunigungsverletzung vor (3,27). Als häufigstes Trauma zur Verursachung von Kopfschmerzen wird von den Betroffenen das sog. "HWS-Schleudertrauma" genannt. Darüber hinaus muss die vielfältige klinische Phänomenologie des Kopfschmerzes nach einem Trauma anhand der Kriterien der IHS typisiert werden. So können idiopathische Kopfschmerzen auftreten (s.o.), oder es kann zu anderen symptomatischen Kopfschmerzen kommen (z.B. intrakranielle Blutung; intrakranielle Druckerhöhung; knöcherne HWS- bzw. Schädelverletzung). Der posttraumatische Kopfschmerz im eigentlichen Sinne manifestiert sich in ca. 85% der Fälle wie ein Kopfschmerz vom Spannungstyp. In ca. 8% der Fälle kommt es nach HWS-Beschleunigungsverletzung innerhalb der ersten 6 Wochen zu einer Art cervikogenen Kopfschmerz (s.o.) mit Abnahme der Häufigkeit im weiteren Verlauf. So findet sich nach einem halben Jahr bei ca. 4% und nach 1 Jahr bei nur noch ca. 3% ein cervikogener Kopfschmerz gemäß der sogenannten Sjaastad-Kriterien (14). Die Inzidenz eines migräneartigen Kopfschmerzes nach einem Trauma liegt bei ca. 2,5% (24). Allgemein wird dabei vertreten, dass es keine Beziehung zwischen dem Ausmaß des Traumas und der Stärke des Kopfschmerzes gibt (44). Eine spezifische Ursache von akuten posttraumatischen Kopfschmerzen können Dissektionen der hirnversorgenden Arterien sein. Hierbei ist der Nachweis einer solchen Dissektion erforderlich, der nur

mittels Bildgebung gelingen kann. Ein Übergang in eine chronische Verlaufsform ist jedoch nicht bekannt. Die Erstmanifestation eines episodischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp initial nach einem Trauma ist höchst selten. In der Regel lassen sich durch Anamnese und an Hand von Aufzeichnungen vorbehandelnder Ärzte etc. prätraumatisch stattgehabte Episoden mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp nachweisen.

Bei etwa 25% (18) der Patienten mit einem chronischen posttraumatischen Kopfschmerz vom Spannungstyp liegt zusätzlich ein Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch vor. Hinweisend auf einen Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch ist ein atypischer Verlauf des initial posttraumatischen Kopfschmerzes mit fehlender langsamer Rückbildung und entsprechender Persistenz bzw. Zunahme der Kopfschmerzintensität bei einer regelmäßigen Einnahme von Analgetika an mindestens 15 Tagen pro Monat über mindestens 3 Monate.

Die initiale Intensität posttraumatischer Kopfschmerzen scheint ein unabhängiger Risikofaktor für eine Chronifizierung zu sein (41). Weitere Risikofaktoren sind geringere Schulbildung, weitere Traumen in der Vorgeschichte, posttraumatische Stressreaktion und ausstehende Kompensationsleistungen (5,20,25,31,52). In den letzten Jahren wurde in einigen Studien der Frage nach der sekundären Chronifizierung der Beschwerden durch ausstehende Rechtsverfahren und Kompensationsansprüche nachgegangen (8,9,34). Die Mehrzahl dieser Studien sieht bei allerdings kontroverser Diskussion einen direkten Zusammenhang zwischen noch ausstehenden Rechtsansprüchen und Beschwerden. Es ist dabei bemerkenswert, dass in Ländern ohne Versicherungskompensation Kopfschmerzen nach einem Verkehrsunfall mit HWS-Beschleunigungstrauma nahezu unbekannt sind und dass sich selbst nach einem SHT mit Bewusstlosigkeit in >95% der Patienten Kopfschmerzen innerhalb von weniger als einem Monat komplett zurückbilden (35).

Die Häufigkeit und Chronifizierungsrate des Kopfschmerzes nach SHT und HWS-Traumen korreliert negativ mit dem Schweregrad des Traumas: so liegt sie nach leichtgradigem SHT bei 72% und nach schwererem SHT lediglich bei 33% (11,53). Hier muss im Einzelfall entschieden werden, ob die Läsion geeignet ist, dauerhaft Schmerzen zu verursachen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Hirnhäute oder schmerzverarbeitende zentrale Strukturen in die Läsion einbezogen sind. Der Nachweis von strukturellen Läsionen gelingt über ein CT des Schädels oder der HWS (insbesondere bei knöchernen Läsionen und Blutungen) oder über ein MRT des Schädels oder der HWS. Das MRT (mit wenigstens 1,5 Tesla Feldstärke) ist insbesondere geeignet, folgende traumatische Verletzungen darzustellen:

- traumatische zervikale Myelopathie
- Nervenwurzelzerrungen oder -ausrisse
- Traumatisches intraspinale Hämatom
- Traumatischer Bandscheibenvorfall
- Verletzungen von Nervenstrukturen des kraniozervikalen Übergangs
- Traumatische Spondylolisthesis
- Gefäßverletzung (z.B. traumatisches Dissekat)

Der bildgebende Nachweis kann ergänzt werden durch einen Herdbefund im EEG (z.B. sog. Coup und Contre-Coup). Bzgl. der diagnostischen Sicherung einer Hirnverletzung wird auf die entsprechende Leitlinie zur Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma verwiesen (50). Der Nachweis von ligamentären Veränderungen der HWS im MRT als Ursache von Kopf- oder Nackenschmerzen ist nicht ausreichend evaluiert und begründet nach gegenwärtigem Kenntnisstand keinen Kopfschmerz. Auch für sog. neurootologische Untersuchungsergebnisse als Beleg der Diagnose eines posttraumatischen Kopfschmerzes fehlt eine wissenschaftliche Evidenz. Verletzungen der mittleren oder unteren HWS können in der Regel nicht zu chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen führen (39).

Tabelle 3: Einteilung von Schädel-Hirn-Trauma und HWS-Trauma und deren Charakteristik (nach 3,24,26). GCS = Glasgow Coma Scale.

Leichtes SHT¹ (Erfüllung sämtlicher nachstehender Kriterien):

- Bewusstseinsverlust nicht gegeben oder < 15 Minuten
- GCS > 12 [bei GCS = 15 auch SHT Grad 0⁵ und bei GCS = 13/14 SHT Grad 1⁵ genannt]
- Keine neurologischen Fokalzeichen
- Retrograde/anterograde Amnesie < 24 Stunden

CCT i.a. unauffällig

Mittelschweres oder schweres SHT¹ (mindestens ein Symptom der nachstehenden):

- Bewusstseinsverlust > 15 Minuten
- GCS < 13 [bei GCS 9-12 auch SHT Grad 2⁵ und bei GCS 3-8 auch SHT Grad 3⁵ genannt]
- Posttraumatische Amnesie > 48 Stunden
- Bildgebender Nachweis einer traumatischen Hirnläsion (intrakranielle Blutung, Hirnkontusion, Schädelfraktur)

HWS-Beschleunigungsverletzung ¹ : <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese einer HWS-Beschleunigungsverletzung in Verbindung mit Nackenschmerz
Traumatisches intrakranielles Hämatom: <ul style="list-style-type: none"> • Bildgebender Nachweis eines epiduralen² oder eines subduralen³ Hämatoms
Anderes Kopf- oder HWS-Trauma ⁴
Kraniotomie ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzmaximum im Bereich der Kraniotomie • Kraniotomie ist keine Traumafolge

¹ Kopfschmerzbeginn innerhalb von sieben Tagen nach Schädel-Hirn-Trauma oder nach Wiedererlangen des Bewusstseins

² Kopfschmerzbeginn < 24 Stunden nach Hämatomentwicklung ³ Kopfschmerzbeginn > 24 und < 72 Stunden nach Hämatomentwicklung

⁴ Kopfschmerzentwicklung in engem zeitlichen Zusammenhang zu SHT oder HWS-Trauma

⁵ Die Einteilung eines SHT in Grad 0 bis 3 entspricht in etwa folgender Nomenklatur:

Grad 0 = Schädelprellung

Grad 1 = Gehirnerschütterung (Comotio cerebri)

Grad 2 = Gehirmprellung (Contusio cerebri), d.h. Läsion, aber keine Perforation der Dura mater nachweisbar

Grad 3 = Gehirnquetschung (Compression cerebri), d.h. Bewusstseinsverlust > 30 Minuten mit Blutung, Einklemmung, Ödem o.ä.

Tabelle 4: Klinische Klassifikation von Störungen bei HWS-Beschleunigungsverletzung (sogenannte Quebec Task Force; übersetzt nach 45). Unter HWS-Beschwerden sind solche zu verstehen, die sich auf die vordere (Hals-) oder hintere (Nacken-) zervikale Muskulatur oder den passiven Bewegungsapparat beziehen. Innerhalb aller Schweregrade wird eine Beschwerdedauer von weniger als 4 Tagen, 4-21 Tagen, 22-45 Tagen, 46-180 Tagen und mehr als 6 Monaten (chronisch) unterschieden.

Grad 0: Keine HWS-Beschwerden, keine objektivierbaren Ausfälle.
Grad I: Nur HWS-Beschwerden in Form von Schmerzen, Steifigkeitsgefühl oder Überempfindlichkeit, keine objektivierbaren Ausfälle.
Grad II: HWS-Beschwerden wie unter I und muskuloskelettale Befunde (Bewegungseinschränkung, palpatorische Überempfindlichkeit).
Grad III: HWS-Beschwerden wie unter I und neurologische Befunde (abgeschwächte oder aufgehobene Muskeleigenreflexe, Paresen, sensible Defizite).
Grad IV: HWS-Beschwerden wie unter I und HWS-Fraktur oder -dislokation.

Gutachtliche Aspekte

Die Begutachtung des kausalen Zusammenhangs bei Kopfschmerzen nach einem SHT oder HWS-Trauma erfolgt in mehreren Schritten mit - je nach Rechtsgebiet - unterschiedlichen Kausalitätsregeln und Beweismaßen. Die folgenden Angaben beziehen sich dabei lediglich auf die rechtliche Situation in Deutschland, in anderen Staaten können andere Vorgaben bestehen.

1. Schädigungsereignis

Zwar ist es primär Aufgabe des Versicherers die Frage zu klären, ob überhaupt ein "geeignetes" Schädigungsereignis vorlag. Handelt es sich bei dem geltend gemachten Schädigungsereignis um eine auch im nicht versicherten Alltagsleben vorkommende Situation ("Gelegenheitsursache" im Öffentlichen Recht bzw. "Bagatellverletzung" im Haftpflichtrecht), erübrigt sich jede weitere gutachtliche Zusammenhangsdiskussion. Die Schwelle hierfür liegt allerdings hoch. So werden zumindest im Zivilrecht eine Schädelprellung und ein "HWS-Schleudertrauma" mit mehrtätiger Arbeitsunfähigkeit nicht als "Bagatellverletzung" angesehen (BGH vom 11.11.1997 - VI ZR 376/96).

2. Primärschaden
Der in allen Rechtsgebieten im sog. Vollbeweis zu führende Nachweis eines körperlichen Primär- oder Erstschadens stellt bei der Frage nach dem Vorliegen posttraumatischer Kopfschmerzen die entscheidende Eingangspforte in die gutachtliche Kausalitätsdiskussion dar. Dabei sind nicht die als Ereignisfolge geltend gemachten Kopfschmerzen Ausdruck des Primärschadens, sondern das "ohne vernünftigen Zweifel" nachweisbare morphologische Substrat der Verletzung (z.B. Prellung, muskuläre Zerrung, Fraktur, Duraverletzung, Hirnkontusion). Lediglich "mögliche" oder "wahrscheinliche" Verletzungen sind nicht ausreichend. Die Nachweispflicht hierfür liegt beim Betroffenen.
3. Sekundärschaden
Während im Öffentlichen Recht das Vorliegen sekundärer Funktionsstörungen (Kopfschmerzen sowie neurologische Ausfälle und/oder psychische Beeinträchtigungen) gleichermaßen im "Vollbeweis" nachzuweisen ist, genügt im Zivilrecht die überwiegende Wahrscheinlichkeit.
4. Erfassung schädigungsfremder Faktoren
Diese können sowohl die Zeit vor dem Schädigungsereignis als klinisch noch nicht apparente Schadensanlage (z.B. degenerative Wirbelsäulenveränderungen) oder bereits manifest gewordener Vorschaden (z.B. frühere Kopfschmerzen, depressive Episoden) als auch die Zeit nach dem Ereignis in Form konkurrierender Lebensereignisse und Erkrankungen (z.B. Scheidung, Arbeitsplatzverlust) betreffen. In diesem Zusammenhang nicht zu vernachlässigen sind auch Wünsche nach materieller und immaterieller Kompensation der Schädigungsfolgen, die vom Gutachter in jedem Fall zu hinterfragen und ggf. anhand von Fakten zu belegen sind. Für den Nachweis konkurrierender Faktoren hat in allen Rechtsgebieten der Versicherer die Beweispflicht.
5. Zusammenhangsbeurteilung
Hier bestehen wesentliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Rechtsgebieten:
 - Im Öffentlichen Recht (u.a. Gesetzliche Unfallversicherung, soziales Entschädigungsrecht) gilt zu klären, ob der nachgewiesene unfallbedingte Körperschaden die gleichermaßen nachgewiesene Kopfschmerzsymptomatik zumindest - vor allem in qualitativer Hinsicht - "wesentlich" verursacht hat oder ob anderen Ursachen überragende Bedeutung zukommt. Das alleinige Vorliegen eines zeitlichen Zusammenhangs genügt dabei nicht für die Anerkennung. Der Ursachenzusammenhang ist vielmehr positiv "auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten" festzustellen, auch das Fehlen einer Alternativursache allein erscheint nicht ausreichend (BSG vom 9.5.2006 - B 2 U 26/04 R u. B 2 U 1/05 R).
 - Im Zivilrecht (Private Unfallversicherung, Haftpflichtversicherung) liegt die Anerkennungsschwelle demgegenüber deutlich niedriger. Ist ein unfallbedingter Körperschaden erst einmal "vollbeweislich" nachgewiesen, genügt die Wahrscheinlichkeit, dass "die Verletzungshandlung für den Schaden mitursächlich war" bzw. dass die Symptomatik mit "hinreichender Gewissheit" ohne den Unfall nicht aufgetreten wäre. Das gilt auch dann, wenn die Wirkung der Unfallverletzungen nur deshalb eingetreten ist, weil "die Klägerin aufgrund ihrer besonderen Konstitution und ihrer Vorschädigungen für die jetzigen Beschwerden besonders anfällig war" (BGH vom 2.10.1990 - VI ZR 353/89 und 26.01.1999 - VI ZR 374/ 97). Während es danach im Haftpflichtrecht Aufgabe der Parteien ist, den "geldwerten" Anteil schädigungsabhängiger und -unabhängiger Faktoren zu differenzieren, hat der Gutachter in der privaten Unfallversicherung diese Anteile prozentual zu beziffern. Ergänzend gilt zu berücksichtigen, dass Kopfschmerzen im Rahmen psychisch bedingter Unfallfolgen in der privaten Unfallversicherung gemäß den (meisten) Versicherungsbedingungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Stehen Kompensationswünsche im Vordergrund, ist in allen Rechtsgebieten ein Kausalzusammenhang abzulehnen. Besteht "lediglich" eine Verdeutlichung oder Aggravation von Beschwerden, was in der Begutachtungssituation häufig vorkommt, ist es Aufgabe des Gutachters, den "Kern" der tatsächlich vorhandenen Beschwerden zu erfassen. Erscheint dies nicht möglich, trifft den Versicherten die Beweislast für die Nichtaufklärbarkeit mit den daraus folgenden Konsequenzen.
6. Bewertung posttraumatischer Kopfschmerzen
Wie bereits eingangs vermerkt, sollte in einem Gutachten der Begriff "posttraumatischer Kopfschmerz" ausschließlich im Fall einer positiv geklärten Kausalbeziehung benutzt werden. Bei der Bewertung der damit verbundenen Funktionsstörungen sind Unterschiede in den einzelnen Rechtsgebieten zu beachten:
 - Gesetzliche Unfallversicherung: Bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) handelt es sich um eine abstrakte Schadensbemessung für den Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ohne Bewertung des

konkreten Schadens. Die Bemessung orientiert sich an der sog. "maßgeblichen Literatur" in Form von über die Jahre hinweg publizierten Prozentwerten, die durch Sozialgerichtsentscheidungen bestätigt worden sind.

- Soziales Entschädigungsrecht: Hier erfolgt die Bemessung des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) bindend nach der Versorgungsmedizin-Verordnung (7). Gegenüber den MdE-Werten in der gesetzlichen Unfallversicherung können die GdS-Werte z.T. etwas höher liegen.
- Dienstunfallfürsorge der Beamten: Gemäß den gesetzlichen Vorgaben hat sich die MdE als abstraktes Maß für die Herabsetzung der Fähigkeit des Beamten, seine Arbeitskraft auf dem gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt wirtschaftlich zu verwerten, gleichermaßen auf die Versorgungsmedizin-Verordnung zu beziehen (7).
- Private Unfallversicherung: Soweit nicht spezielle Ausschlussstatbestände (z.B. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, Kopfschmerzen im Rahmen psychischer Reaktionen) greifen, sind auch hier die gesamten Lebensumstände in abstrakter Form zu berücksichtigen. Posttraumatische Kopfschmerzen sind dabei außerhalb der Gliedertaxe als Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit in % zu bewerten.
- Haftpflichtversicherung: Auch hier wird meist zwar nach der MdE gefragt. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben (§§ 823, 842f BGB) ist diese jedoch ein Maß für die Leistungseinschränkung in der zum Unfallzeitpunkt konkret ausgeübten Tätigkeit mit zusätzlichem Bezug auf das weitere Fortkommen. Naturgemäß existieren hierzu keine Bewertungstabellen, so dass die Einschätzung der MdE der freien Beurteilung des Sachverständigen obliegt.

Besonderheiten der Kausalitätsbegutachtung

1. Postcommotioneller Kopfschmerz

Angesichts der Vorgabe, dass ohne einen nachgewiesenen körperlichen Primärschaden auch kein Sekundärschaden (posttraumatischer Kopfschmerz) kausal anzuerkennen ist, besteht im Öffentlichen Recht die Kuriosität, dass bei Vorliegen einer Gehirnerschütterung (Commotio cerebri) - definitionsgemäß damit ohne "vollbeweislich" nachgewiesene Hirnschädigung - als historisch gewachsener Kompromiss in der maßgeblichen Literatur ein nach den Beweisregeln eigentlich nicht entschädigungspflichtiger postcommotioneller Kopfschmerz als "leichte zentral vegetative Störung" über maximal 6-12 Monate anerkannt werden kann (42). Eine vergleichbare Einschätzung findet sich auch in der zivilrechtlichen Rechtsprechung (NVersZ 2001, Heft 06; OLG Koblenz 10 U 604/99). Bei darüber hinaus gehender Chronifizierung von Kopfschmerzen ohne nachweisbaren körperlichen Primärschaden ist an eine psychische Ursache der Kopfschmerzen zu denken. Ergeben sich Hinweise auf einen stattgehabten seelischen Primärschaden, sollte eine ergänzende psychiatrische, psychosomatische oder nervenärztliche Begutachtung empfohlen werden.

2. Posttraumatische Migräne

Eine posttraumatische Erstmanifestation oder vorübergehende Verstärkung einer Migräne ist möglich (17,24,28,29,44). Kommt es nach einem SHT oder HWS-Trauma zur Entwicklung einer Migräne, ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der genetischen Disposition bei einer Migräne traumaaunabhängige Faktoren bei Weitem überwiegen (21,23,24,48). Im Öffentlichen Recht kann ein traumatisches Ereignis daher lediglich als Ursache einer vorübergehenden Verschlimmerung einer Migräne oder als rechtlich unwesentlicher Auslöser für die Erstmanifestation einer solchen Erkrankung, jedoch nicht als wesentliche Teilursache der Migräne angesehen werden (21,23,24). In der Regel lässt sich eine transiente Verschlimmerung einer vorbestehenden Migräne für maximal 6 bis 12 Monate annehmen (48). Im Zivilrecht sind bei posttraumatischer Entwicklung oder Verschlimmerung einer vorbestehenden Migräne (oder eines anderen primären Kopfschmerzes) unfallunabhängige und unfallabhängige Anteile zu beschreiben, in der privaten Unfallversicherung auch prozentual anzugeben. Der Unfallanteil überschreitet hier in der Regel 20%-30 % nicht.

3. Posttraumatischer Clusterkopfschmerz

Eine posttraumatische Erstmanifestation oder vorübergehende Verstärkung eines Clusterkopfschmerzes ist möglich (37,49). Hierbei kommt dem Trauma aber in der Regel (Ausnahme z.B. traumatische Gefäßdissektion (15)) nur eine auslösende bzw. verstärkende Funktion zu, meist im Sinne einer zeitlich befristeten Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens für einen Zeitraum von 6 bis 12 Monaten. Ein symptomatischer Clusterkopfschmerz durch ein Trauma ist nach gegenwärtigem wissenschaftlichem Kenntnisstand extrem selten und bedarf des Nachweises einer geeigneten intrakraniellen Läsion.

4. Neuropsychologische Defizite

Da Kopfschmerzen mit kognitiven Einschränkungen einhergehen können, ist bei Angabe von kognitiven Beschwerden in Zusammenhang mit Kopfschmerzen nach einem SHT eine frühzeitige neuropsychologische Testung zu empfehlen. Diese sollte auch Tests zur Beschwerdenuvalidität enthalten. Bei schwerem SHT sind die kognitiven Störungen eigenständig zu beurteilen.

5. Chronifizierung von Kopfschmerzen
Bei Nachweis von Verletzungen des Schädels, insbesondere der Dura mater oder von intrakraniellen Strukturen (SHT Grad 2 oder 3), oder nach HWS-Beschleunigungstrauma kann in Einzelfällen dadurch ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz verursacht sein.
6. Progredienz von Kopfschmerzen
Kopfschmerzen nach SHT oder HWS-Trauma zeigen erfahrungsgemäß einen Decrescendo-Charakter mit Endzustand der Beschwerden nach 6 bis 12 Monaten. Sekundär progrediente Kopfschmerzen sind daher letztlich durch andere Mechanismen zu erklären. Z.B. kann es zu einer Progredienz aufgrund von Komplikationen im Heilungsverlauf (z.B. Hydrocephalus, Hirnabszesse) oder der Ausbildung neuralgiformer oder kausaliformer Schmerzen im Rahmen einer nachweisbaren Schädigung schmerzempfindlicher Strukturen des Schädels und/oder seiner Weichteile kommen.

Kopfschmerz aufgrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

Kopfschmerzen können auch als Symptom einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vorkommen, jedoch nicht als einziges. Sie erfüllen dann im Allgemeinen die semiologischen Kriterien für einen chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp, es können aber auch andere Kopfschmerzen als ein solches Symptom vorkommen. Letzteres ist häufig dann der Fall, wenn die Patienten primär an einem idiopathischen Kopfschmerz leiden. Eine abschließende Diagnose als anhaltende somatoforme Schmerzstörung setzt voraus, dass die Kriterien des ICD-10 F45.4 erfüllt werden. Hierzu gehört der Nachweis, dass der Kopfschmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen aufgetreten ist und dass diese schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Folge von Kopfschmerzen im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist gewöhnlich eine beträchtliche persönliche oder medizinische Zuwendung (Schneider 2002). Für die Diagnose und adäquate Therapie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung liegt eine Leitlinie der AWMF vor ([030/102](#)). Die diagnostische Einordnung eines Kopfschmerzes als anhaltende somatoforme Schmerzstörung setzt besondere Kenntnisse in der Diagnostik von psychischen Störungen in Verbindung mit chronischen Schmerzen voraus.

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 9.4.2003 (B 5 RJ 80/02B) müssen bei somatoformen Schmerzstörungen Schmerzerlebnis, Schmerzverhalten und Schmerzverarbeitung anhand von bekannten wissenschaftlichen Fragebögen erhoben werden. Geeignet hierfür ist z.B. der SF36, die Zerssen-Skala, der Pain Disability Index (PDI), die Allgemeine Depressionsskala (ADS) und der Deutsche Schmerzfragebogen (herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes). Sie ersetzen jedoch letztlich nicht die eigenständig zu verantwortende Leistungsbeurteilung durch einen mit der Problematik der Schmerzbegutachtung erfahrenen Sachverständigen.

Andere symptomatische Kopfschmerzen

Eine Vielzahl von Grunderkrankungen kann zu Kopfschmerzen führen, die manchmal auch als Leitsymptom bzw. als subjektiv stärkstes Symptom angesehen werden müssen. Die IHS unterscheidet in ihrer Klassifikation insgesamt 8 verschiedene Hauptgruppen von symptomatischen Kopfschmerzen. Im Rahmen dieser Leitlinie kann keine differenzierte Darstellung und Einschätzung dieser verschiedenen Kopfschmerzformen vorgenommen werden. Im Einzelfall ist zu entscheiden, wie stark sich ein Kopfschmerz sozialmedizinisch auswirkt. Hierbei wird man sich am besten an einer Analogie der symptomatischen Kopfschmerzen zu den verschiedenen idiopathischen Kopfschmerzen orientieren. In Abhängigkeit von anderen im Rahmen der Kopfschmerzentstehung relevanten Organsystemen (z.B. Auge, Kiefergelenk) sollte ggf. eine Zusatzbegutachtung im entsprechenden Fachgebiet erfolgen.

Literatur:

1. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz. Köllen Verlag, Bonn 1996
2. Bauer B, Evers S, Gralow I, Husstedt IW. Psychosoziale Beeinträchtigung durch chronische Kopfschmerzen. Nervenarzt 1999; 70: 522-529
3. Beer R, Brugger P, Ettl T, Kampfl A, Keidel M, Wallesch CW. Leichtes Schädel-Hirn-Trauma. In: Diener HC (Hrsg). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Thieme Verlag, Stuttgart 2008: 727-731
4. Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 115. Bergisch Gladbach 2000
5. Bekkelund SI, Salvesen R. Prevalence of head trauma in patients with difficult headache: the North Norway Headache Study. Headache 2003; 43: 59-62
6. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. Neurology 2003; 60: 1308-1312
7. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg). Versorgungsmedizin-Verordnung. Berlin 2009
8. Busse JW, Dufton JA, Kilian BC, Bhandari M. The impact of non-injury-related factors on disability secondary to whiplash associated disorder type II: a retrospective file review. J Manipulative Physiol Ther 2004; 27: 79-83
9. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P, Lemstra M, Berglund A, Nygren A. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of

- insurance claims for whiplash injury. *N Engl J Med* 2000; 342: 1179-1186
10. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L, Kostanjsek N, Walsh N. ICF Core Sets for chronic widespread pain. *J Rehabil Med* 2004; 44 Suppl: 63-68
 11. Couch JR, Bearss C. Chronic daily headache in the posttrauma syndrome: relation to extent of head injury. *Headache* 2001; 41: 559-564
 12. Dertwinkel R, Graf-Baumann T, Zenz M. Die Begutachtung in der Schmerztherapie. *Schmerz* 1999; 13: 283-291
 13. Dodick D. Patient perceptions and treatment preferences in migraine management. *CNS Drugs* 2002; 16 Suppl 1: 19-24
 14. Drottning M, Staff PH, Sjaastad O. Cervicogenic headache (CEH) after whiplash injury. *Cephalalgia* 2002; 22: 165-171
 15. Frigerio S, Buhler R, Hess CW, Sturzenegger M. Symptomatic cluster headache in internal carotid artery dissection - consider anhidrosis. *Headache* 2003; 43: 896-900
 16. Graf-Baumann T. Allgemeines zum Problem des Gutachtens aus schmerztherapeutischer Sicht. In: Gralow I et al. (Hrsg). *Schmerztherapie interdisziplinär*. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002: 439-447
 17. Guthkelch AN. Benign post-traumatic encephalopathy in young people and its relation to migraine. *Neurosurgery* 1977; 1: 101-105
 18. Haas DC. Chronic post-traumatic headaches classified and compared with natural headaches. *Cephalalgia* 1996; 16: 486-493
 19. Häuser W, Sonntag B, Egle UT. Fachpsychotherapeutische Begutachtung von Schmerzkrankheiten. *Schmerz* 2002; 16: 294-303
 20. Hendriks EJM, Scholten-Peeters GGM, Wind van der DAWM, Neeleman-van der Stehen CWM, Oostendorp RAB, Verhagen AP. Prognostic factors for poor recovery in acute whiplash patients. *Pain* 2005; 114: 408-416
 21. Kastrup O, Widder B. Begutachtung von Kopfschmerzpatienten. In: Diener HC (Hrsg). *Referenzreihe Neurologie. Kopfschmerzen*. Thieme Verlag, Stuttgart 2003: 239-244
 22. Keidel M, Neu I, Langohr HD, Göbel H. Therapie des posttraumatischen Kopfschmerzes nach Schädel-Hirn-Trauma und HWS-Distorsion. *Schmerz* 1998; 12: 352-372
 23. Keidel M. Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule. In: Rauschelbach HH, Jochheim KA, Widder B (Hrsg). *Das neurologische Gutachten*. Thieme Verlag, Stuttgart 2000: 408-421
 24. Keidel M. Begutachtung posttraumatischer Kopfschmerzen. *Forum Medizinische Begutachtung* 2006; 1: 18-22
 25. Kongsted A, Bendix T, Qerama E, Kasch H, Bach FW, Korsholm L, Jensen TS. Acute stress response and recovery after whiplash injuries. A one-year prospective study. *Eur J Pain* 2008; 12: 455-463
 26. Kopfschmerzklassifikationskomitee der International Headache Society. Die Internationale Klassifikation von Kopfschmerzen. *Nervenheilkunde* 2003; 22: 531-670
 27. Lang CJG, Grifka J, Jörg J, Keidel M, Köllner V, Mokrusch T, Oder W, Stöckli HR, Stoll W, Weise K. Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule. In: Diener (Hrsg). *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. Thieme Verlag, Stuttgart 2008: 741-746
 28. Lenaerts ME, Couch JR, Couch JR. Posttraumatic Headache. *Curr Treat Options Neurol* 2004; 6: 507-517
 29. Lenaerts ME. Post-traumatic headache: from classification challenges to biological underpinnings. *Cephalalgia* 2008; 28 Suppl 1: 12-15
 30. Madland G, Feinmann C. Chronic facial pain: a multidisciplinary problem. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 71: 716-719
 31. Marcus DA. Disability and chronic posttraumatic headache. *Headache* 2003; 43: 117-121
 32. Marx P, Gaidzik PW, Hausotter W, Lösche W, Tegenthoff M, Widder B, Meier U. Allgemeine Grundlagen der neurologischen Begutachtung. *Akt Neurol* 2005; 32: 94-101
 33. May A, Diener HC. Kopfschmerzpatienten im klinischen Alltag. Wann ist eine apparative Zusatzuntersuchung indiziert? *Schmerz* 2007; 21: 43-48
 34. Mickeviciene D, Schrader H, Nestvold K, Surkiene D, Kunickas R, Stovner LJ, Sand TA. Controlled historical cohort study on the post-concussion syndrome. *Eur J Neurol* 2002; 9: 581-587
 35. Obelieniene D, Schrader H, Bovim G, Miseviciene I, Sand T. Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66: 279-283
 36. Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (Eds). *The headaches*. 3. Auflage. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia 2006: 553-566
 37. Reik L. Cluster headache after head injury. *Headache* 1987; 27: 509-510
 38. Scher A, Bigal ME, Lipton RB. Comorbidity of migraine. *Curr Opin Neurol* 2005; 18: 305-310
 39. Schilgen M, Evers S (Hrsg). *Zervikogener Kopfschmerz. Interdisziplinärer Konsens zu Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2003
 40. Schneider G, Heuft G. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung. In: Gralow I et al. (Hrsg). *Schmerztherapie interdisziplinär*. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002: 253-260
 41. Scholten-Peeters GG, Verhagen AP, Bekkering GE, van der Windt DA, Barnsley L, Oostendorp RA, Hendriks EJ. Prognostic factors of whiplash-associated disorders: a systematic review of prospective cohort studies. *Pain* 2003; 104: 303-322
 42. Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H (Hrsg). *Arbeitsunfall und Berufskrankheit*. 7. Auflage. Schmidt, Berlin 2003
 43. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. *Headache* 1998; 38: 442-445
 44. Solomon S. Posttraumatic migraine. *Headache* 1998; 38: 772-778
 45. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force. *Spine* 1995; 20: S2-S73
 46. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology* 2001; 56 Suppl 1: S20-28
 47. Suchenwirth RMA, Kunze K, Krasney OE (Hrsg). *Neurologische Begutachtung*. Urban & Fischer, München 2000
 48. Tegenthoff M, Schwenkreis P. HWS-Beschleunigungsverletzungen. In: Widder B, Gaidzik PW (Hrsg). *Begutachtung in der Neurologie*. Thieme Verlag, Stuttgart 2007: 333-348
 49. Turkewitz LJ, Wirth O, Dawson GA, Casaly JS. Cluster headache following head injury: a case report and review of the literature. *Headache* 1992; 32: 504-506
 50. Wallesch CW, Marx P, Tegenthoff M, Unterberg A, Schmidt R, Fries W. Leitlinie "Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma". *Akt Neurol* 2005; 32: 279-287
 51. Widder B, Gaidzik PW. *Begutachtung in der Neurologie*. Thieme, Stuttgart 2007
 52. Williamson E, Williams M, Gates S, Lamb SE. A systematic literature review of psychological factors and the development of late whiplash syndrome. *Pain* 2008; 135: 20-30
 53. Yamaguchi M. Incidence of headache and severity of head injury. *Headache* 1992; 32: 427-431

Verfahren zur Konsensbildung:

Für alle unsere Leitlinien wurde das Delphi-Verfahren durchgeführt. Dazu wurden durch die Präsidien der beteiligten Fachgesellschaften die Delegierten benannt, die gleichzeitig auch Koautor der Leitlinie waren (siehe Autorenliste mit Affiliation). Von allen Koautoren wurden schriftliche Beiträge eingeholt, die einen vorher definierten Teil der Leitlinie abdeckten. Diese wurden anonymisiert in einem Gesamttext an alle Koautoren zur Stellungnahme geschickt. Die Stellungnahmen erfolgten wiederum schriftlich und nicht anonym. In zwei Runden erfolgte dabei eine Konsenserstellung für den Gesamttext der Leitlinie. Nach der zweiten Runde erfolgte eine Abstimmung unter allen Koautoren, die alle gleichzeitig auch stimmberechtigt waren. Die Verabschiedung der Leitlinien erfolgte jeweils mit einem starken Konsens einstimmig durch alle Koautoren und damit auch durch alle beteiligten Fachgesellschaften.

Autoren:

Stefan Evers, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Münster

Arne May, Institut für Systemische Neurowissenschaften, Universitätsklinikum Hamburg

Gereon Heuft, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster (für die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

Ingo-W. Husstedt (für die Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung), Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Münster

Matthias Keidel, Klinik für Neurologie, Bezirkskrankenhaus Bayreuth

Volker Malzacher, Neurologische Praxis, Bismarckstr. 100, 72764 Reutlingen

Andreas Straube, Neurologische Klinik, Klinikum Großhadern, LMU München

Bernhard Widder (für die Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung), Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation, Bezirkskrankenhaus Günzburg

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Stefan Evers

Klinik und Poliklinik für Neurologie

Universitätsklinikum Münster

Albert-Schweitzer-Str. 33

48129 Münster

fax +49-251-8348181

e-mail everss@uni-muenster.de

Erstellungsdatum:

10/2009

Letzte Überarbeitung:**Nächste Überprüfung geplant:**

10/2014

Zurück zum [Index Leitlinien Dt. Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Stand der letzten Aktualisierung: 10/2009

© **Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)**

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 23.11.2010; 11:50:19