



Kopfschmerzen

Ein Informationsangebot
von [gesundheitsinformation.de](https://www.gesundheitsinformation.de)

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen (IQWiG)



PantherMedia / Andriy Popov

Nahezu jeder hat ab und zu einmal Kopfschmerzen – dann drückt, hämmert oder sticht es im Schädel. In der Regel sind Kopfschmerzen harmlos und verschwinden rasch wieder von selbst.

Wenn Kopfschmerzen wiederholt ohne konkrete Ursache auftreten, werden sie als primäre Kopfschmerzen bezeichnet, und gelten als eigene Erkrankung. Sie sind der häufigste Grund für Kopfschmerzen.

Zu den primären Kopfschmerzen gehören unter anderem

- Migräne,
- Spannungskopfschmerzen und
- Cluster-Kopfschmerzen.

Kopfschmerzen können aber auch ein Symptom unterschiedlicher Krankheiten sein, etwa einer Erkältung oder Bluthochdruck. Auch eine Verletzung des Kopfes und der Halswirbelsäule können Kopfschmerzen hervorrufen. Dann spricht man von sekundären Kopfschmerzen.

Symptome

Kopfschmerzen fühlen sich nicht immer gleich an und werden auch von Mensch zu Mensch unterschiedlich empfunden: zum Beispiel als dumpf und drückend oder auch stechend, bohrend oder pulsierend. Manchmal tut der ganze Kopf weh, manchmal nur eine Schädelhälfte oder die Schläfen. Auch kann sich der Kopfschmerz im Laufe einer Attacke ändern, etwa von dumpf zu pochend.

Je nachdem, um welche Kopfschmerzform es sich handelt, sind zusätzliche Symptome möglich: Eine Migräne kann zum Beispiel von Übelkeit und vorübergehenden Sehstörungen begleitet werden. Typisch für Cluster-Kopfschmerzen sind eine einseitig laufende Nase und ein gerötetes, tränendes Auge.

Ursachen

Warum manche Menschen primäre Kopfschmerzen wie Migräne, Cluster- oder Spannungskopfschmerzen haben, ist noch nicht eindeutig erforscht. Möglicherweise spielt eine genetische Veranlagung eine Rolle. Man kennt außerdem Faktoren, die einzelne Attacken auslösen können. Dazu gehören etwa eine Änderung des Tag-Nacht-Rhythmus, das Auslassen von Mahlzeiten oder Stress. Bekannte Auslöser für Cluster-Kopfschmerzen sind Alkohol oder der Aufenthalt in großer Höhe.

Sekundäre Kopfschmerzen haben meist harmlose

Ursachen wie etwa eine Erkältung, eine muskuläre Verspannung oder der „Kater“ nach zu viel Alkohol, bei Frauen auch Hormonschwankungen während des Menstruationszyklus. Auch Medikamente wie Hormonpräparate, Herzmittel, Blutdruckmittel oder Potenzmittel können Kopfschmerzen verursachen. Wer aufgrund von Kopfschmerzen sehr häufig Schmerz- oder Migränemittel einnimmt, kann dadurch zusätzliche Kopfschmerzen bekommen.

Nur selten rufen behandlungsbedürftige Krankheiten Kopfschmerzen hervor – etwa ein ausgeprägter Bluthochdruck, ein erhöhter Augeninnendruck (Glaukom), eine Hirnhautentzündung (Meningitis) oder ein Hirntumor. Anders als bei den primären Kopfschmerzen bestehen dann aber zusätzliche Beschwerden oder Auffälligkeiten. Eine andere Ursache für sekundäre Kopfschmerzen sind Verletzungen des Kopfes oder der Wirbelsäule.

Häufigkeit

Kopfschmerzen sind sehr verbreitet – bei jungen wie bei alten Menschen, bei Frauen wie Männern. Je nach Kopfschmerzform gibt es aber einige Unterschiede in der Häufigkeit:

- **Spannungskopfschmerzen** haben mehr als 300 von 1000 Menschen,
- **Migräne** etwa 100 bis 150 von 1000 und
- **Cluster-Kopfschmerzen** hat etwa 1 von 1000.

Auch das Geschlechterverhältnis ist nicht immer gleich: Frauen erkranken zum Beispiel öfter an Migräne als Männer, dagegen sind Cluster-Kopfschmerzen bei Männern häufiger.

Verlauf

Kopfschmerzen können ganz unterschiedlich verlaufen. Ein typisches Beispiel für akute Kopfschmerzen sind Migräneanfälle. Fachleute sprechen von Episoden, wenn sich in einem bestimmten Zeitraum akute Kopfschmerzattacken häufen. Solche Episoden können sich regelmäßig wiederholen, die Zeit dazwischen bleibt beschwerdefrei.

Werden Kopfschmerz-Episoden kaum oder gar nicht mehr von schmerzfreien Phasen unterbrochen, spricht man von chronischen Kopfschmerzen. Für die verschiedenen Kopfschmerzformen gibt es dazu festgelegte Richtwerte: Spannungskopfschmerzen gelten zum Beispiel als chronisch, wenn sie an 180 Tagen im Jahr auftreten und jeweils über mehrere Stunden andauern.

Diagnose

Ein ausführliches Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt (Anamnese) reicht meist aus, um eine Diagnose zu erhalten. Wichtige Fragen sind dabei:

- Wie fühlen sich die Kopfschmerzen genau an?

- Wo tut es weh – und seit wann?
- Haben Sie solche Beschwerden früher schon mal gehabt?
- Haben Sie noch andere Beschwerden?
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

An das Gespräch schließt sich in der Regel eine gründliche körperliche Untersuchung an. Bleiben danach noch Fragen offen, können selten weitere Maßnahmen angebracht sein, etwa eine Magnetresonanztomografie (MRT) des Kopfes.

Vorbeugung

Menschen mit primären Kopfschmerzen können versuchen, möglichen Auslösern mithilfe eines Schmerztagebuchs auf die Spur zu kommen. Wer sie kennt, kann versuchen, sie in Zukunft zu meiden. Es ist auch sinnvoll aufzuschreiben, wann man Schmerzmittel nimmt, um herauszufinden, ob dies zu häufig geschieht. Denn der zu häufige Gebrauch von Schmerzmitteln kann Kopfschmerzen verstärken.

Manchen Menschen helfen auch Ausdauersport, Yoga oder Entspannungsübungen. Unter Umständen sind bei starken Beschwerden auch Medikamente zur Vorbeugung sinnvoll – etwa Betablocker bei Migräne.

Behandlung

Oft verschwinden Kopfschmerzen von allein. Manchen Menschen tut es gut, Schläfen und Stirn mit

Pfefferminzöl zu betupfen, eine kalte Kompresse auf die Stirn zu legen oder an der frischen Luft spazieren zu gehen. Eine Therapie mit Medikamenten ist meist nicht nötig. Wer sich durch akute Kopfschmerzen beeinträchtigt fühlt, kann aber kurzfristig Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure (ASS), Ibuprofen oder Paracetamol einnehmen.

Je nach Kopfschmerzform und Verlauf können auch andere Medikamente oder Behandlungen sinnvoll sein: Bei Migräne und Cluster-Kopfschmerzen sind zum Beispiel sogenannte Triptane geeignet, die etwa bei Spannungskopfschmerzen nicht helfen. Cluster-Kopfschmerzen lassen sich auch durch das Einatmen von reinem Sauerstoff lindern. Bei chronischen Kopfschmerzen kann zudem eine Kombination aus unterschiedlichen Behandlungsformen sinnvoll sein – etwa von Medikamenten und Verhaltenstherapie.

Weitere Informationen

Die Hausarztpraxis ist meist die erste Anlaufstelle, wenn man krank ist oder bei einem Gesundheitsproblem ärztlichen Rat braucht. In unserem Thema „Gesundheitsversorgung in Deutschland“ informieren wir darüber, wie man die richtige Praxis findet – und mithilfe unserer Frageliste möchten wir dabei helfen, sich auf den Arztbesuch vorzubereiten.

Mehr Wissen

Arzneimittelbedingte Kopfschmerzen



PantherMedia / Monkeybusiness Images

Auch wenn es paradox klingt: Wer sehr häufig Schmerz- oder Migränemittel einnimmt, kann dadurch mehr Kopfschmerzen bekommen. Dann ist es ratsam, die Mittel konsequent für einige Tage wegzulassen.

Kopfschmerzen können als Nebenwirkung verschiedener Medikamente auftreten, zum Beispiel von Mitteln gegen Herzbeschwerden (Nitrospray) oder Erektionsstörungen (sogenannten PDE-5-Hemmern).

Bei Menschen mit einer primären Kopfschmerz-erkrankung wie Migräne oder Spannungskopfschmerzen können die Kopfschmerzen durch eine regelmäßige und häufige Einnahme von Schmerz- oder Migränemitteln zunehmen. Man nennt dieses Phänomen dann Kopfschmerzen durch Medikamenten-Übergebrauch.

Ob der Gebrauch „übermäßig“ ist, hängt davon ab, an wie vielen Tagen die Mittel innerhalb der

letzten drei Monate eingenommen wurden – und um welches Medikament es sich handelt. Weniger wichtig ist dabei die Dosierung an den einzelnen Tagen. Bei Schmerzmitteln wie Paracetamol, Acetylsalicylsäure (ASS) oder Ibuprofen gilt es als übermäßiger Gebrauch, die Mittel an 15 oder mehr Tagen pro Monat einzunehmen. Bei Migränemitteln wie Triptanen und Ergotaminen gelten schon zehn Einnahmetage pro Monat als zu häufig.

Fachleute gehen davon aus, dass etwa 1 bis 2 von 100 Menschen Kopfschmerzen haben, weil sie zu häufig Schmerz- oder Migränemittel anwenden. Meist sind Frauen mittleren Alters betroffen, die Migräne haben.

Warum können durch zu viele Schmerzmittel Kopfschmerzen entstehen?

Wie es zu den Beschwerden kommt, ist unklar. Möglicherweise gewöhnt sich das Nervensystem an die Medikamente und reagiert dann noch empfindlicher auf Schmerzreize und -auslöser. Das heißt: Ein Reiz, den das Gehirn normalerweise nicht als Schmerz registriert, wird nun als schmerzhaft wahrgenommen. Es sind aber viele Fragen offen: Zum Beispiel, warum die Kopfschmerzen nicht bei Menschen auftreten, die wegen anderer Erkrankungen – etwa chronischer Gelenkschmerzen – häufig Schmerzmittel einnehmen.

Wie äußern sich die Beschwerden?

Arzneimittelbedingte Kopfschmerzen sind dumpf und betreffen den gesamten Kopf. Zu begleitenden Beschwerden kommt es in der Regel nicht. Manchmal kommt zu diesem Dauerkopfschmerz aber eine Attacke der primär bestehenden Kopfschmerz-erkrankung hinzu: Bei zugrundeliegender Migräne ist der Schmerz eher pulsierend und es bestehen dann auch Begleitsymptome der Migräne. Kopfschmerzen durch Medikamenten-Übergebrauch sind chronisch, das heißt: Sie treten über drei Monate an mehr als 15 Tagen pro Monat auf.

Was kann man gegen die Kopfschmerzen tun?

Oft glauben Menschen mit schmerzmittelbedingten Kopfschmerzen zunächst, dass sich ihre Migräne oder ihre Spannungskopfschmerzen verstärkt haben. Viele greifen dann noch häufiger zu Schmerz- oder Migränemitteln.

Der erste Schritt aus diesem Teufelskreis ist deshalb herauszufinden, wie häufig man tatsächlich Medikamente nimmt. Dabei können ein Kopfschmerz-Tagebuch und / oder ein Medikamenten-Kalender helfen. Hier kann eingetragen werden, wann man Kopfschmerzen hatte oder Schmerzmittel eingenommen hat. Haben sich die „bekannten“ Kopfschmerzen verändert, lässt sich nachverfolgen, ob ein übermäßiger Gebrauch von Schmerzmitteln die Ursache sein könnte.

Kopfschmerz-Tagebuch hier herunterladen:



<https://www.gesundheitsinformation.de/migraene-tagebuch.html>

DEZEMBER

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
				✗	✗	03
04	05	06	07	✗	09	✗
✗	✗	13	14	15	16	17
18	19	20	✗	✗	✗	✗
25	✗	✗	✗	29	30	✗

JANUAR

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
✗	✗	✗	04	05	06	07
08	09	10	✗	✗	✗	14
15	✗	✗	18	✗	20	21
✗	23	✗	25	✗	27	28
29	30	31				

FEBRUAR

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
			01	02	✗	04
✗	✗	07	08	✗	10	11
12	✗	✗	✗	16	✗	✗
19	✗	21	✗	23	24	25
26	27	28				

Medikamenten-Kalender: Tage, an denen Medikamente gegen Kopfschmerzen genommen wurden, sind mit einem Kreuz markiert

Wer feststellt, dass er regelmäßig an mehr als zehn Tagen im Monat Schmerz- oder Migränemittel einnimmt, bespricht dies am besten mit seiner Ärztin oder seinem Arzt. Es kann sein, dass sich – zusätzlich zu den primären Kopfschmerzen – ein Kopfschmerz durch Medikamenten-Übergebrauch entwickelt hat.

Medikamentenpause

Um dies festzustellen und zu behandeln, werden die Mittel für etwa 7 bis 14 Tage abgesetzt. Wenn es sich um Kopfschmerzen durch Medikamenten-Übergebrauch handelt, bessern sich die Schmerzen nach wenigen Tagen und werden seltener. Bevor sie nachlassen, können sie sich zu Beginn der Schmerzmittelpause allerdings zunächst verstärken. Außerdem kann es zu Übelkeit, Unruhe oder Schlafstörungen kommen. Deshalb legt man die Pause am besten in einen Zeitraum, in dem man ansonsten wenig belastet ist und auch kurzfristig mit seiner Ärztin oder seinem Arzt sprechen kann. Sie oder er kann dann zum Beispiel gegen Übelkeit sogenannte Antiemetika verschreiben. Manchen Menschen hilft in dieser Phase auch, Stirn oder Schläfen mit Pfefferminzöl zu betupfen. Auch kortisonhaltige Medikamente werden manchmal eingesetzt. Sie lindern die Schmerzen kurz nach dem Absetzen aber anscheinend nicht wirksamer als ein Scheinmedikament (Placebo).

Eine Medikamentenpause ist ambulant möglich. Es kann aber auch ein Krankenhausaufenthalt sinnvoll sein, zum Beispiel wenn man schon mehrfach versucht hat, mit weniger Schmerzmitteln zurecht-

zukommen, es aber bislang nicht geschafft hat. In einem Krankenhaus kann eine Medikamentenpause zum Beispiel durch verhaltenstherapeutische Behandlungen unterstützt werden.

Nach der Medikamentenpause können bei akuten Kopfschmerzen wieder Schmerz- oder Migränemittel eingenommen werden. Es gilt aber immer die Regel: Nicht häufiger als an zehn Tagen im Monat und nicht länger als an drei aufeinanderfolgenden Tagen. Im ersten Jahr nach der Entwöhnung haben viele Menschen einen Rückfall und greifen wieder öfter zu den Mitteln. Wichtig ist deshalb, auch nach einer erfolgreichen Entwöhnung mit seiner Ärztin oder seinem Arzt im Gespräch zu bleiben.

Vorbeugende Behandlung

Eine andere Möglichkeit ist, eine vorbeugende Behandlung (Prophylaxe-Therapie) zu beginnen, sodass keine vollständige Medikamentenpause erforderlich ist. Zur Vorbeugung werden zum Beispiel bei Migräne die Medikamente Topiramate oder Botulinumtoxin A und bei Spannungskopfschmerzen das Medikament Amitriptylin eingesetzt. Die vorbeugende Behandlung soll Schmerzattacken verhindern und dafür sorgen, dass Schmerz- oder Migränemittel nicht häufiger als an zehn Tagen pro Monat benötigt werden.

Stand: 13. Juli 2022

Nächste geplante Aktualisierung: 2025

Herausgeber: IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Literaturverzeichnis siehe Ende der Broschüre. Weitere Informationen auf:

<https://www.gesundheitsinformation.de/kopfschmerzen.html>



Glossar

Betablocker

Betablocker, genauer gesagt Betarezeptorenblocker, sind Medikamente, die beispielsweise bei einem erhöhten Blutdruck oder zur Migräne-Prophylaxe eingesetzt werden. Sie blockieren die körpereigenen Beta-Rezeptoren, die für die Aktivierung des Sympathikus zuständig sind. Der Sympathikus ist Teil des vegetativen Nervensystems, das unsere unbewussten Körpervorgänge steuert. Ein aktivierter Sympathikus bewirkt unter anderem, dass die Blutgefäße sich verengen, das Herz schneller schlägt und somit der Blutdruck steigt. Betablocker verhindern diesen Mechanismus.

Magnetresonanztomografie (MRT)

Die Magnetresonanztomografie (MRT) oder Kernspintomografie ist eine bildgebende Untersuchung, bei der mehrere Schichtbilder erstellt werden (tome, griech. = Schnitt). Die Methode arbeitet mit Magnetfeldern und Radiowellen und misst, wie stark die Wassermoleküle des Körpers durch einen starken Magneten abgelenkt werden. Im Gegensatz zu Röntgenuntersuchungen geht eine MRT mit keiner Strahlenbelastung einher.

Literatur:

Berlit P. Klinische Neurologie. Berlin: Springer; 2013.

Göbel H, Heinze A, Heinze-Kuhn K et al. Oleum menthae piperitae (Pfefferminzöl) in der Akuttherapie des Kopfschmerzes vom Spannungstyp. Schmerz 2016; 30(3): 295-310.

Harris P, Loveman E, Clegg A et al. Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. Br J Pain 2015; 9(4): 213-224.

International Headache Society (IHS). Die Internationalen Klassifikation von Kopfschmerz-erkrankungen, 3. Auflage – ICHD-3. 2018.

Luedtke K, Allers A, Schulte LH et al. Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine-systematic review and meta-analysis. Cephalalgia 2016; 36(5): 474-492.

Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: the american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. Headache 2015; 55(1): 3-20.

May A, Evers S, Brössner G et al. Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prophylaxe von Cluster-Kopfschmerz, anderen trigeminoautonomen Kopfschmerzen, schlafgebundenem Kopfschmerz und idiopathisch stechenden Kopfschmerzen. Nervenheilkunde 2016; 35: 137-151.

Psyhyrembel Online. 2022.

Sharpe L, Dudeney J, Williams AC et al. Psycho-

logical therapies for the prevention of migraine in adults. Cochrane Database Syst Rev 2019; (7): CD012295.

Straube A. Therapie des episodischen und chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp und anderer chronischer täglicher Kopfschmerzen (S1-Leitlinie, in Überarbeitung). AWMF-Registernr.: 030-077. 2022.

Straube A, Gaul C, Förderreuther S et al. Therapie und Versorgung bei chronischer Migräne. Nervenarzt 2012; 83(12): 1600-1608.

Chiang CC, Schwedt TJ, Wang SJ et al. Treatment of medication-overuse headache: A systematic review. Cephalalgia 2016; 36(4): 371-386.

De Goffau MJ, Klaver AR, Willemsen MG et al. The Effectiveness of Treatments for Patients With Medication Overuse Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain 2017; 18(6): 615-627.

Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. Lancet Neurol 2010; 9(4): 391-401.

Hacke W. Neurologie. Berlin: Springer; 2016.

International Headache Society (IHS). Die Internationalen Klassifikation von Kopfschmerz-erkrankungen, 3. Auflage – ICHD-3. 2018.

Westergaard ML, Hansen EH, Glümer C et al. Definitions of medication-overuse headache in population-based studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review. Cephalalgia 2014; 34(6): 409-425.

gesundheitsinformation.de ist ein Angebot des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die Website stellt Bürgerinnen und Bürgern kostenlos aktuelle, wissenschaftlich geprüfte Informationen zu Fragen von Gesundheit und Krankheit zur Verfügung. Dies ist eine gesetzliche Aufgabe des Instituts. Eine andere ist die Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmethoden. Die Arbeit des Ende 2004 gegründeten Instituts wird von einer unabhängigen Stiftung finanziert und durch ein Netzwerk deutscher und internationaler Expertinnen und Experten unterstützt.

Gesundheit und Krankheit sind eine sehr persönliche Angelegenheit. Wir geben deshalb keine Empfehlungen. In Fragen der medizinischen Behandlung gibt es ohnehin eher selten „die“ einzig richtige Entscheidung. Oft kann man zwischen ähnlich wirksamen Alternativen wählen. Wir beschreiben Argumente, die bei der Abwägung und Entscheidung helfen können. Wir wollen aber das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt nicht ersetzen, sondern möchten es unterstützen.



**Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen (IQWiG)**

Im Mediapark 8
D-50670 Köln

Tel.: +49 (0) 221 - 35685 - 0

Fax: +49 (0) 221 - 35685 - 1

E-Mail: gi-kontakt@iqwig.de

www.gesundheitsinformation.de
www.iqwig.de