

**DAK Gesundheitsreport 2007
für Schleswig-Holstein**

Herausgeber:

DAK Versorgungsmanagement

Martin Kordt
DAK Zentrale
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
Tel.: 040 - 2396 2649; Fax: 040 - 2396 4649
E-Mail: martin.kordt@dak.de

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

Wichmannstr. 5
D-10787 Berlin
Tel. 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911,
E-Mail: iges@iges.de

Mai 2007

Inhalt

Vorwort	5
1 Der Krankenstand in Schleswig-Holstein 2006 im Überblick.....	9
2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?	14
3 Schwerpunktthema: Kopfschmerz und Migräne	16
4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede	77
5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen	81
6 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	83
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen.....	89
Anhang II: Tabellen	92
Anhang III: Erläuterung zu den Datenquellen, die im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas genutzt wurden	97

Vorwort

Im achten Jahr in Folge liegt mit dem DAK-Gesundheitsreport 2007 für Schleswig-Holstein eine detaillierte Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens vor.

Auch in diesem Jahr konnten wieder einige Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zwischen Schleswig-Holstein und dem Bundesdurchschnitt bzw. den anderen Bundesländern festgestellt werden: Diese Unterschiede betreffen das Niveau des Krankenstandes insgesamt – Schleswig-Holstein befindet sich unter dem Bundesdurchschnitt –, aber auch einzelne Krankheitsarten oder den Krankenstand in den verschiedenen Wirtschaftszweigen.

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden in der Bevölkerung und sind für die Betroffenen zum Teil mit erheblichen Beeinträchtigungen verbunden. Einer adäquaten Versorgung der Betroffenen kommt deshalb ein hoher Stellenwert zu. Doch gerade in diesem Bereich gibt es Defizite. Die DAK widmet sich im vorliegenden Gesundheitsreport im Schwerpunktteil dem Thema „Kopfschmerz und Migräne“, um auf diese Situation aufmerksam zu machen und nicht zuletzt einen Beitrag zur Aufklärung über Kopfschmerzerkrankungen zu leisten.

Der Krankenstand einzelner Betriebe, einer Branche und letztlich eines Bundeslands steht immer auch im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Entwicklungen und den Belastungen, denen Beschäftigte in der Arbeits- und Umwelt ausgesetzt sind. Daher ist es wichtig, Gesundheit und Motivation der Beschäftigten weiterhin aktiv in den Mittelpunkt der Organisations- und Personalpolitik zu rücken. Die betrieblichen Arbeitsschutzexperten sowie alle dafür Verantwortlichen in den Unternehmen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen benötigen dafür eine verlässliche Datengrundlage. Der vorliegende Bericht liefert allen Beteiligten wichtige Informationen über das Morbiditätsgeschehen in Schleswig-Holstein.

Uwe Escher
DAK-Landesgeschäftsführer

Kiel, Mai 2007

Das Wichtigste auf einen Blick

- | | |
|---|---|
| ➤ 2006 belief sich der Gesamtkrankenstand der erwerbstätigen DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein auf 2,9%. Der Krankenstand in Schleswig-Holstein erreichte damit einen nah am Bundesdurchschnitt liegenden Wert (Bund 3,0%). Gegenüber dem Vorjahr ist der Krankenstand jedoch stabil geblieben (2005: 2,9%). | Gesamtkrankenstand |
| ➤ Die Betroffenenquote lag 2006 bei 44%. Dies bedeutet, dass für 44% der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Der Wert in Schleswig-Holstein entsprach damit exakt dem DAK-Bundesdurchschnitt (44%). | Betroffenenquote |
| ➤ Mit 98,7 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre waren die DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein im Jahr 2006 geringfügig seltener krank als im Bundesdurchschnitt (98,9 Fälle). | Fallhäufigkeit |
| ➤ Eine durchschnittliche Erkrankung dauerte mit 10,9 Tagen etwa genauso lang wie im Bundesdurchschnitt (11,1 Tage). | Falldauer |
| ➤ Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 23,5% Anteil am Krankenstand die wichtigste Krankheitsart. Es folgen Verletzungen und Vergiftungen mit 14,3%, Krankheiten des Atmungssystems mit 13,7% und psychische Erkrankungen mit 11,2%. | Die wichtigsten Krankheitsarten |
| ➤ Die Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein hat einen geringfügig positiven Effekt auf das Krankenstandsniveau. Der Krankenstand, der für einen „fairen“ Vergleich zwischen den Bundesländern herangezogen werden müsste, ist mit 2,96% jedoch immer noch unter dem DAK-Bundesdurchschnitt. | Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein beeinflusst Krankenstand nur um 0,02 Prozentpunkte |
| ➤ Die Höhe des Krankenstandes in den einzelnen Branchen variiert deutlich zwischen 3,7% im Bereich „Gesundheitswesen“ und 2,0% im Bereich „Rechtsberatung/Wirtschaftsprüfung“. | Branchen mit deutlich unterschiedlichem Krankenstand |
| ➤ Die größte Bedeutung für Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund von Kopfschmerzen hat auch in Schleswig-Holstein die Diagnose „Migräne“. Auf sie entfallen mit anteilig 45,8% die meisten Fehltag in der Gruppe der Kopfschmerzdiagnosen. 39,6% der AU-Tage entfallen auf die Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“, 14,6% auf „Sonstige Kopfschmerzsyndrome“. | Aktuelles Schwerpunktthema: Kopfschmerz und Migräne |

1 Der Krankenstand in Schleswig-Holstein 2006 im Überblick

1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

2006 lag der Krankenstand in Schleswig-Holstein bei 2,9%. Das heißt, dass an jedem Kalendertag des Jahres durchschnittlich 2,9% der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren. Im Vergleich zum bundesweiten Krankenstand erreichte Schleswig-Holstein damit einen durchschnittlichen Wert (DAK insgesamt: 3,0%, vgl. Abbildung 1). Ein DAK-versicherter Beschäftigter in Schleswig-Holstein war im Durchschnitt an insgesamt 10,7 Tagen arbeitsunfähig.

Im Jahr 2006 lag der DAK für 44% der Mitglieder in Schleswig-Holstein eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vor. Dies bedeutet auch: Deutlich über die Hälfte aller DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein war während des vergangenen Jahres kein einziges Mal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote im DAK-Bundesdurchschnitt lag bei 44%.

Der Krankenstand setzt sich zusammen aus der Erkrankungshäufigkeit und der durchschnittlichen Dauer einer Erkrankung.

Ein Blick auf die Zusammensetzung des Krankenstandes zeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in Schleswig-Holstein geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt lag. Auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen 2006 98,7 Erkrankungsfälle. Im Bundesvergleich waren es 98,9 Erkrankungsfälle. Eine Erkrankung dauerte in Schleswig-Holstein mit durchschnittlich 10,9 Tagen etwa genauso lang wie bundesweit (11,1 Tage).

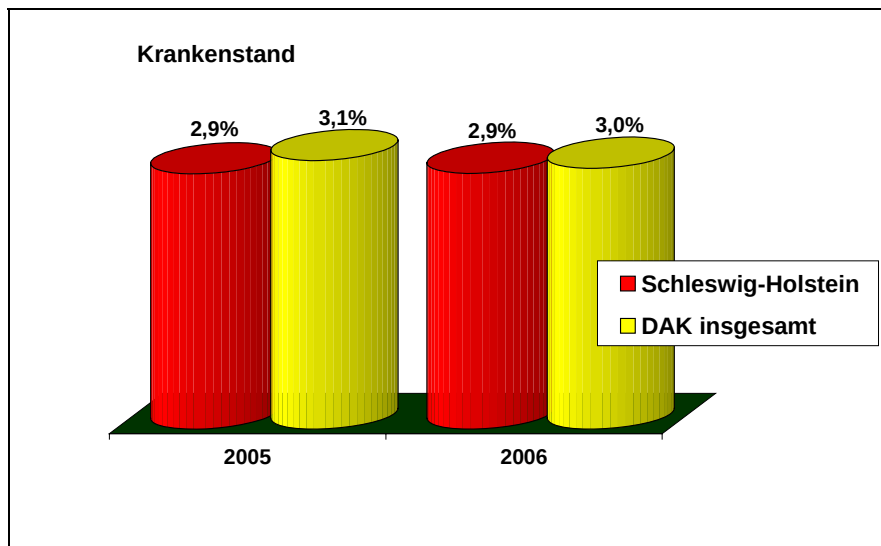
Krankenstand in Schleswig-Holstein 2006 bei 2,9%

Betroffenenquote bei 44%

Häufigkeit von Erkrankungen geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt

Erkrankungsdauer in Schleswig-Holstein etwa genauso lang wie im Bund

Abbildung 1

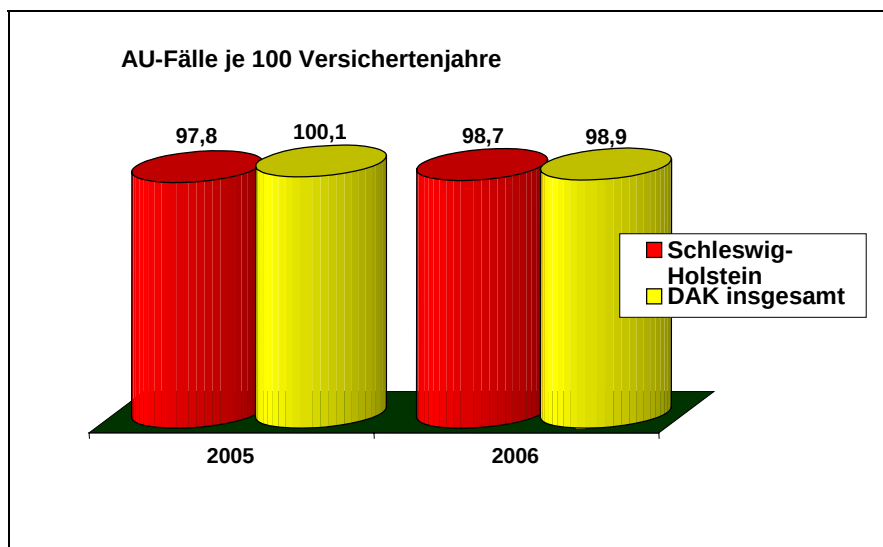


**Abb. 1
Krankenstand:
Schleswig-Holstein
im Vergleich zum
Bund**

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 2

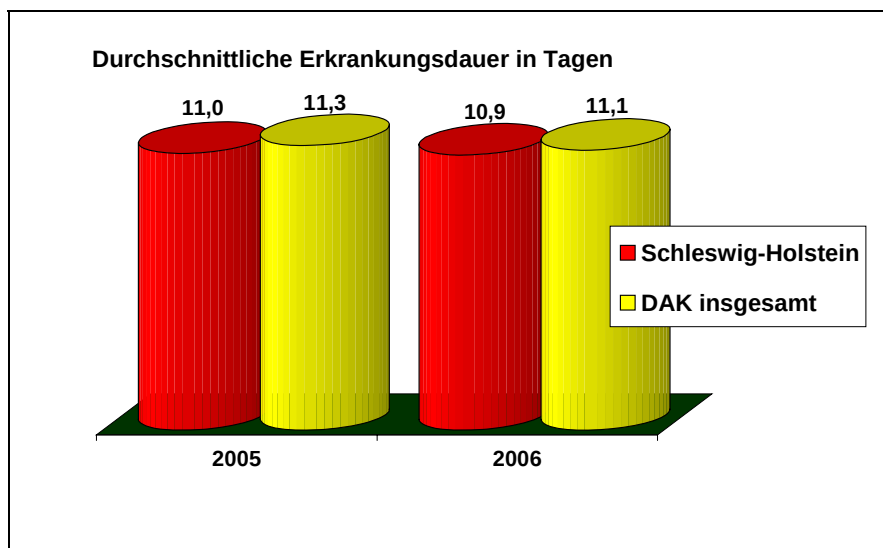
Abb. 2
Anzahl der
Erkrankungsfälle:
Schleswig-Holstein
im Vergleich zum
Bund



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 3

Abb. 3
Dauer einer durch-
schnittlichen
Erkrankung:
Schleswig-Holstein
im Vergleich zum
Bund

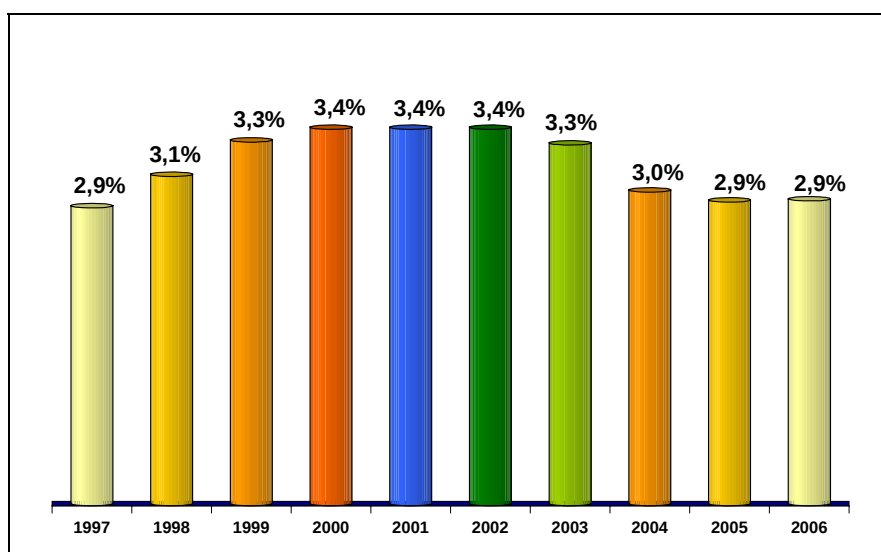


Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes in Schleswig-Holstein seit 1997. Zwischen 1997 und 2000 stieg der Krankenstand von 2,9% auf 3,4% und verweilte auf diesem Niveau bis 2002. Zwischen 2003 und 2005 ist der Krankenstand in Schleswig-Holstein um 0,5 Prozentpunkte zurückgegangen. Mit 2,9% liegt das Krankenstandsniveau im Jahr 2006 das zweite Jahr in Folge auf dem niedrigen Niveau von 1997.

**Krankenstand in
Schleswig-Holstein
unverändert zum
Vorjahr**

Abbildung 4



**Abb. 4
Krankenstand:
Schleswig-Holstein
1997 – 2006**

Quelle: DAK AU-Daten 2006

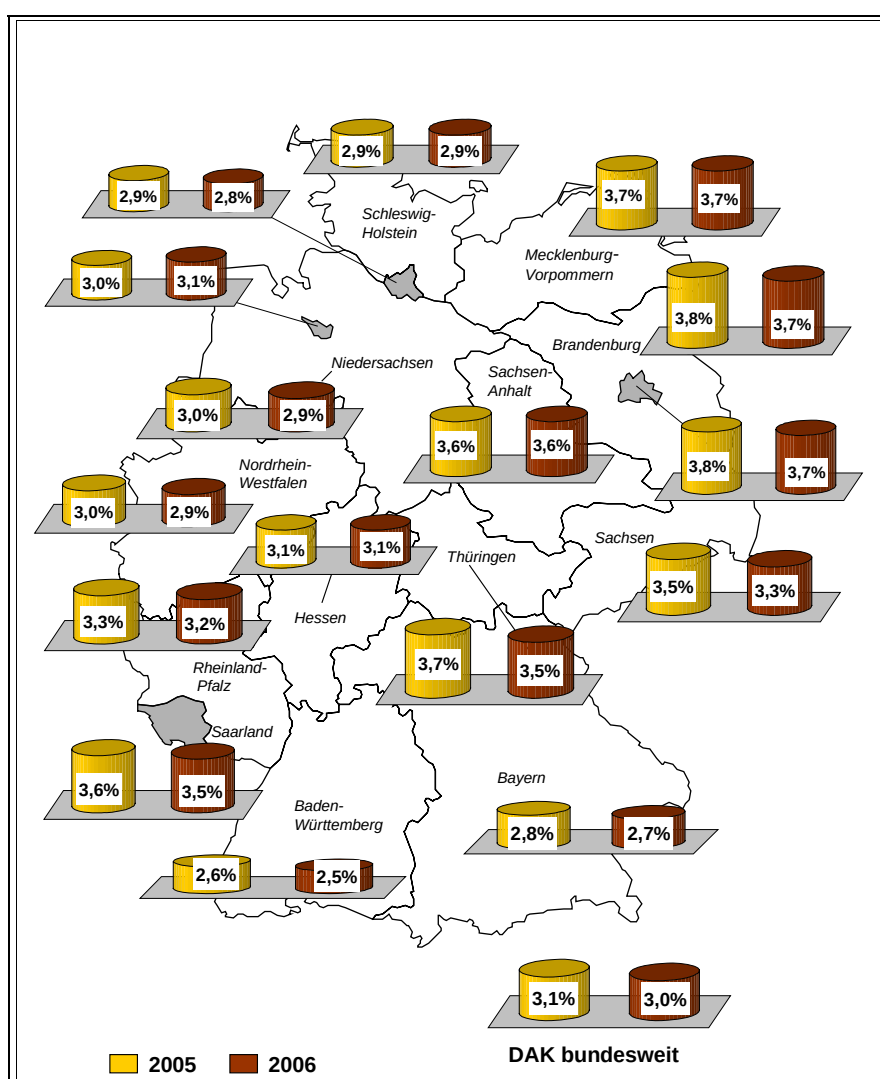
1.2 Schleswig-Holstein im Vergleich zu anderen Bundesländern

Krankenstand in Schleswig-Holstein unter Bundesniveau

Schleswig-Holstein hatte – wie bereits im Jahr 2005 – erneut einen Krankenstandswert, der unter dem Bundesniveau liegt. Generell kann beobachtet werden, dass die östlichen Bundesländer sowie das Saarland überwiegend deutlich über und die westlichen Bundesländer eher am Bundesdurchschnitt liegen. Die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern lagen in beiden Jahren deutlich unter dem Durchschnittswert.

Abbildung 5

Abb. 5
Krankenstands-
werte 2005 und
2006 nach
Bundesländern



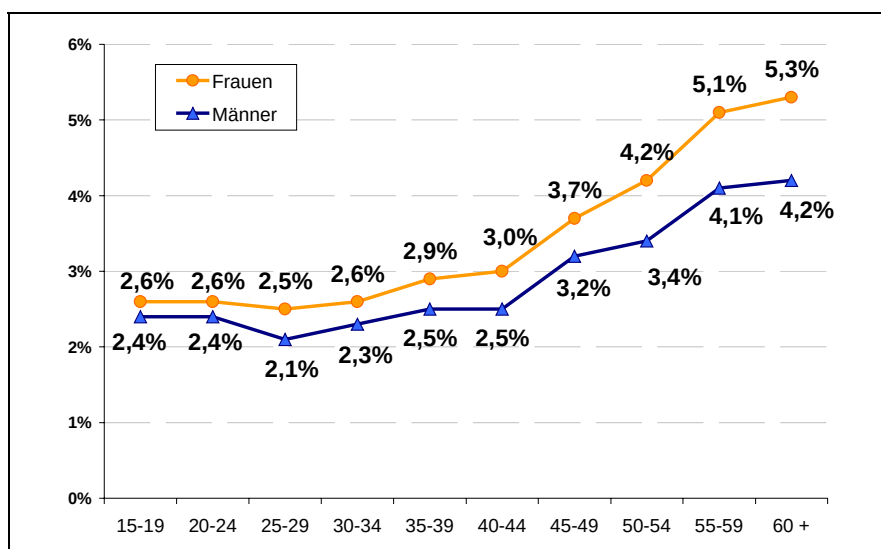
Quelle: DAK AU-Daten 2006

1.3 Der Krankenstand in Schleswig-Holstein nach Alter und Geschlecht

Die Analyse nach den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen – Geschlecht und Alter – gibt Hinweise, welche Versichertengruppen in Schleswig-Holstein vor allem von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind.

Abbildung 6 zeigt die Krankenstandswerte 2006 getrennt nach Geschlecht sowie differenziert nach Alter.

Abbildung 6



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt deutlich über dem der Männer. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 2006 bei den Frauen 3,2% und bei den Männern 2,8%.

Im DAK-Gesundheitsreport 2001 wurde der Unterschied im Krankenstand zwischen Männern und Frauen gesondert untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass die Hälfte des Unterschieds auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaften zurückzuführen ist.

Nach dem 30. Lebensjahr steigt der Krankenstand stetig an, was durch die mit zunehmendem Alter größere Wahrscheinlichkeit von schwereren und damit länger dauernden Erkrankungen zu erklären ist. Nur in der höchsten Altersgruppe flacht die Kurve (bei den Männern) etwas ab.

Dieser Effekt kommt vermutlich dadurch zustande, dass viele Kranke in diesem Alter bereits aus dem Beruf ausscheiden oder Möglichkeiten des vorgezogenen Ruhestandes in Anspruch nehmen (sog. „healthy worker“-Effekt).

Soziodemografische Merkmale des Krankenstandes

**Abb. 6
Krankenstand 2006
nach Geschlecht
und zehn
Altersgruppen in
Schleswig-Holstein**

**Krankenstand der
Frauen liegt deutlich
über dem der
Männer**

**Mit zunehmendem
Alter steigt der
Krankenstand der
Beschäftigten in
Schleswig-Holstein
tendenziell an**

2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?

Rund 52% des Krankenstandes durch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen und Vergiftungen und durch Krankheiten des Atmungssystems verursacht

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems stehen in Schleswig-Holstein an erster Stelle

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein sind in Abbildung 7 dargestellt:

Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Verletzungen und Vergiftungen lagen mit 23,5% bzw. 14,3% an erster und zweiter Stelle. Zusammen mit der Diagnosegruppe „Krankheiten des Atmungssystems“ (13,7%) verursachten diese Erkrankungsarten rund 52% des Krankenstandes in Schleswig-Holstein.

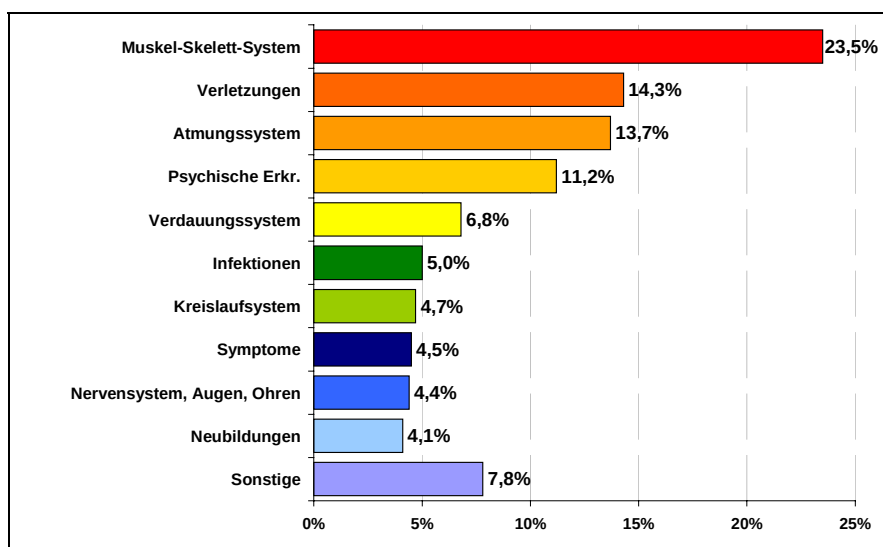
Die Rangfolge der drei wichtigsten Krankheitsarten in Schleswig-Holstein ist untypisch und weicht von der bundesweiten Rangfolge ab: Häufig liegen Erkrankungen des Atmungssystems auf Rang zwei, Verletzungen und Vergiftungen auf Rang drei. Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sind von vergleichsweise langer Dauer und liegen daher in der Regel an der Spitze der Krankheitsarten.

Die wichtigste Diagnose bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind Erkrankungen des Rückens. Die DAK hat dieser Krankheitsart im Gesundheitsreport 2003 eine Sonderanalyse gewidmet.

Erkrankungen des Atmungssystems kommen im Vergleich zu Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems zwar häufiger vor, haben jedoch aufgrund ihrer relativ kurzen Dauer einen geringeren Anteil an den AU-Tagen.

Abbildung 7

**Abb. 7
Anteile der
10 wichtigsten
Krankheitsarten an
den AU-Tagen**



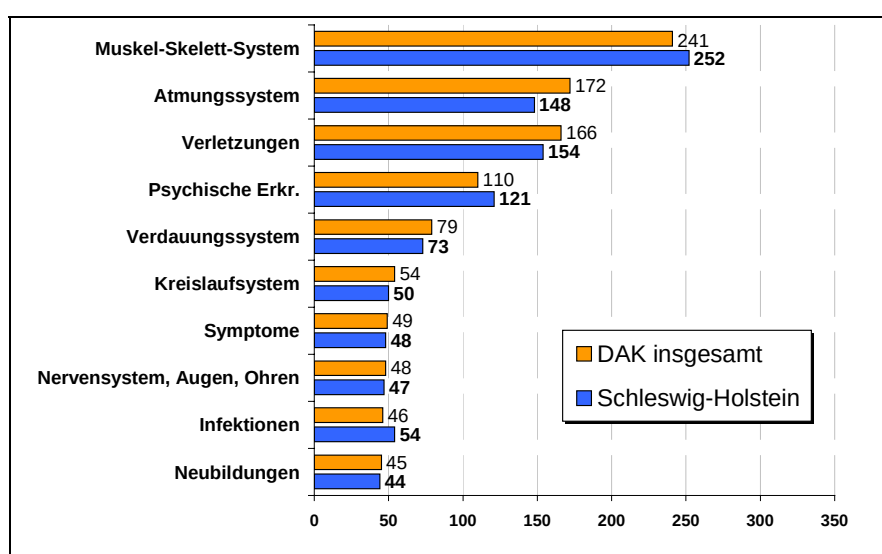
Quelle: DAK AU-Daten 2006

Für den Vergleich mit den Bundeswerten wird die Anzahl der Erkrankungstage herangezogen, die je 100 ganzjährig Versicherte aufgrund einer Krankheit entstanden sind.

Abbildung 8 zeigt, dass im Vergleich zum Bund in Schleswig-Holstein drei Erkrankungen mehr AU-Tage verursachen: Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Infektionen. Bei den Infektionen fällt der Unterschied am deutlichsten aus. Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen und Vergiftungen verursachen nennenswert weniger Ausfalltage.

In Schleswig-Holstein verursachen im Vergleich zum Bund insbesondere Infektionen mehr AU-Tage

Abbildung 8



**Abb. 8
AU-Tage je 100
Versichertenjahre
nach
Krankheitsarten**

Quelle: DAK AU-Daten 2006

3 Schwerpunktthema: Kopfschmerz und Migräne

„Kopfschmerz und Migräne“ Schwerpunkt des Bundesreports

Die DAK hat für ihren diesjährigen Bundesreport, den „Gesundheitsreport 2007“, das Thema „Kopfschmerz und Migräne“ als besonderen Schwerpunkt gewählt.

Im Rahmen der Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten sind die Ergebnisse der Analysen zunächst für die Bundesebene und daran anknüpfend für das Land Schleswig-Holstein dargestellt.

Warum greift die DAK „Kopfschmerz und Migräne“ als Schwerpunktthema auf?

Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten Beschwerden in Deutschland

Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden: 66,7 % der Frauen und 53,2 % der Männer in Deutschland haben innerhalb eines Jahres mindestens einmal Kopfschmerzen.¹ Rechnet man diese Anteile auf die gesamte deutsche Bevölkerung hoch, sind rund 24 Mio. Frauen und 18,5 Mio. Männer betroffen. Nach Schätzungen der WHO leidet in den Industrieländern etwa jeder 20. Erwachsene sogar täglich oder nahezu täglich unter Kopfschmerzen. Diese Zahlen machen deutlich: Kopfschmerzen sind ein Volksleiden.

Der Schmerz im Kopf ist aber nicht nur weit verbreitet, zwei weitere Faktoren sind für die hohe Bedeutung von Kopfschmerzen in der Bevölkerung mitentscheidend:

- Die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit der Betroffenen sind zum Teil sehr erheblich beeinträchtigt:

Leistungsfähigkeit und Lebensqualität sind zum Teil erheblich beeinträchtigt

Eine im Auftrag der DAK für diesen Gesundheitsreport durchgeführte bundesweite Befragung bei knapp 3.000 Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 65 Jahren ergab: Ein Drittel der unter Migräne leidenden Befragten – der zweithäufigsten Kopfschmerzform in der Bevölkerung – sind mäßig bis schwer in ihrer Leistungsfähigkeit in Beruf, Haushalt und Freizeit beeinträchtigt.

- Kopfschmerzen gehen mit hohen Kosten für die Volkswirtschaft einher:

Kopfschmerzen verursachen hohe Kosten

Im Jahr 2002 entfielen auf die Diagnose Migräne 462 Mio. Euro an direkten Krankheitskosten.² Die zusätzlichen indirekten Kosten durch Fehltag und Arbeitstage mit Leistungseinschränkung beliefen sich nach einer Schätzung auf rund 2,3 Mrd. Euro.³

¹ Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (2006).

² Statistisches Bundesamt (2004).

³ Gothe et al.: Die Bedeutung von innovativen Arzneimitteln für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland (2002).

Kopfschmerzen sind häufig, für die Betroffenen beeinträchtigend und insgesamt betrachtet teuer. Diese weit reichenden individuellen und sozioökonomischen Folgen verdeutlichen, dass der Schmerz im Kopf bei Vielen, insbesondere bei vielen Migräne-Betroffenen, nicht bloß eine Befindlichkeitsstörung ist, sondern eine Erkrankung, die einer sorgfältigen ärztlichen Diagnostik und Therapie bedarf.

Kopfschmerzen sind nicht bloß eine Befindlichkeitsstörung

Gründe genug, Kopfschmerzerkrankungen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports als Schwerpunktthema in den Mittelpunkt zu stellen.

Doch es gibt noch weitere Gründe, die eine nähere Betrachtung notwendig machen:

- Viele Betroffene greifen regelmäßig zu Schmerzmitteln, um die wiederkehrende Qual im Kopf zu betäuben – ein Teufelskreis, an dessen Ende bei unsachgemäßem Gebrauch ein durch die Medikamente selbst verursachter Kopfschmerz stehen kann.
- Voraussetzung für eine adäquate Therapie ist neben der Tatsache, überhaupt erst einmal einen Arzt bei wiederkehrenden Beschwerden aufzusuchen, vor allem eine richtige Diagnosestellung und natürlich – nicht zuletzt – die Kenntnis und der Einsatz wirksamer Therapieverfahren auf ärztlicher Seite.

Viele Betroffene greifen zu Schmerzmitteln

Eine adäquate Therapie ist wichtig ...

Eine zum diesjährigen Schwerpunktthema vorgenommene Expertenbefragung macht deutlich: Die Versorgung von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland weist Defizite auf. Den Focus auf dieses Thema zu richten, trägt dazu bei, auf diese Situation aufmerksam zu machen.

... die Versorgung von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen weist Defizite auf

Doch die DAK möchte nicht nur sensibilisieren und aufklären. Das Thema „Kopfschmerz und Migräne“ steht auch im Mittelpunkt aktiver Maßnahmen: DAK-Versicherte werden zukünftig im Rahmen der integrierten Versorgung von integrativen Behandlungsverfahren in der Kopfschmerz- und Migränetherapie profitieren.

Die DAK möchte sensibilisieren und aufklären

Welche Fragen stehen konkret im Blickpunkt? – Gliederung des Schwerpunktthemas

Kapitel 3.1: Seite 20

Welche Kopfschmerzerkrankungen gibt es? – Ein Überblick

Kopfschmerzen kennt fast jeder aus eigener Erfahrung. Doch Kopfschmerz ist nicht gleich Kopfschmerz: Insgesamt unterscheidet die Internationale Kopfschmerzgesellschaft 176 verschiedene Kopfschmerz-Arten. Doch nur wenige kommen in der Bevölkerung auch häufig vor. Welche das sind, welche Faktoren ihr Auftreten bedingen und wie hoch letztlich ihre Bedeutung für das AU-Geschehen ist, ist Gegenstand dieses Kapitels.

Ein besonderes Augenmerk wird dabei auch auf mögliche Zusammenhänge zwischen der Arbeitswelt und dem Auftreten von Kopfschmerzen gelegt: Gibt es Branchen, in denen Kopfschmerzen als Arbeitsunfähigkeitsgrund von größerer Bedeutung sind?

Kapitel 3.2: Seite 44

In welchem Maß beeinträchtigt speziell Migräne die Leistungsfähigkeit im Beruf?

Während einer Migräne-Attacke kann die Leistungsfähigkeit zum Teil erheblich eingeschränkt sein. Doch wie wirkt sich das auf den beruflichen Bereich aus? Fehlen die Betroffenen am Arbeitsplatz oder gehen Sie trotz Beeinträchtigung zur Arbeit? Antworten liefert hier die eigens durchgeführte DAK-Bevölkerungsbefragung.

Kapitel 3.3: Seite 50

Wie sieht die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland aus?

Die Versorgungssituation von Menschen, die unter Kopfschmerzen bzw. speziell Migräne leiden, steht in unserem Land immer wieder in der Kritik: Experten sehen in verschiedenen Bereichen Defizite und Verbesserungsbedarf. Wo konkret Probleme bestehen und was getan werden sollte, um die Versorgungssituation zu verbessern, zeigt dieses Kapitel auf.

Grundlage der Ausführungen ist zum einen eine Befragung von Fachleuten – die Expertenbefragung –, zum anderen liefert auch hier die DAK-Bevölkerungsbefragung interessante Erkenntnisse. Darüber hinaus wurden erstmals DAK-Arzneimitteldaten ausgewertet, speziell zur Verordnung von Triptanen, der Medikation der ersten Wahl bei mittelschweren bis schweren Migräne-Attacken.

Kapitel 3.4: Seite 70

Welche nicht-medikamentösen Therapieverfahren werden in der Behandlung von Kopfschmerz und Migräne als wirksam eingestuft?

Wer unter Kopfschmerzen leidet, greift häufig zu Schmerzmitteln. Doch gerade nicht-medikamentöse Therapieverfahren können ebenfalls helfen, die Beschwerden zu reduzieren bzw. ihnen vorzubeugen. Allerdings, nicht alle Verfahren sind wirksam. Behandlungsmöglichkeiten, die aus wissenschaftlicher Sicht empfehlenswert sind, werden in diesem Kapitel vorgestellt.

Was können Betroffene selbst tun?

Kopfschmerzen sind durch das eigene Verhalten beeinflussbar. Was die Betroffenen selbst tun können, um das Auftreten von Kopfschmerzen zu minimieren bzw. was im Zusammenhang mit der Selbstmedikation zu beachten ist, wird in diesem Kapitel näher erläutert.

**Kapitel 3.5:
Seite 72**

**Kopfschmerzerkrankungen –
Welche Angebote hat die DAK für Betroffene?**

In diesem Kapitel werden Angebote für DAK-Versicherte, die unter Kopfschmerzerkrankungen leiden, vorgestellt. Im Mittelpunkt stehen dabei spezielle Therapieangebote als auch Möglichkeiten für Betroffene, sich über das Erkrankungsbild zu informieren bzw. fachkundigen Rat einzuholen.

**Kapitel 3.6:
Seite 74**

Die Zusammenfassung zum Thema Kopfschmerz und Migräne finden Sie im Rahmen der Schlussfolgerungen und des Ausblicks des Gesamtreports (siehe Kapitel 6 des Rahmenteils).

**Das Schwerpunkt-
thema zusammenge-
fasst: Seite 76**

Welche Datenquellen wurden genutzt?⁴

Neben den AU-Daten der erwerbstätigen DAK-Versicherten des Jahres 2006 wurden für das diesjährige Schwerpunktthema erstmals auch Arzneimitteldaten, allerdings des Jahres 2005, der DAK-Versicherten ausgewertet. Dabei wurden zum einen Analysen für die erwerbstätige DAK-Versichertenpopulation vorgenommen, zum anderen wurde aber auch – entgegen der üblichen Vorgehensweise – die gesamte DAK-Versichertenschaft im Zusammenhang mit einer spezifischen Versorgungsfragestellung betrachtet.

**Erstmals werden ne-
ben AU-Daten auch
Arzneimitteldaten
ausgewertet**

Darüber hinaus wurde für diesen Report wieder eine repräsentative telefonische Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Diesmal wurden zunächst knapp 3.000 erwerbstätige Frauen und Männer zwischen 18 und 65 Jahren gefragt, ob Sie in den letzten sechs Monaten unter Kopfschmerzen gelitten haben. Von der Gesamtgruppe, die diese Frage bejahten, wurden alle, die nach eigenen Angaben an Migräne leiden, sowie eine in etwa gleich große Personengruppe, die an Kopfschmerzen, nicht aber spezifisch an Migräne leidet, zum Thema weiter befragt.

**Bevölkerungsbefra-
gung bei 18- bis 65-
jährigen Erwerbstäti-
gen**

Außerdem wurde für das diesjährige Schwerpunktthema auch wieder eine Expertenbefragung durchgeführt: Fachleute aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie aus der Forschung wurden um ihre Einschätzung zur Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland gebeten. Dabei wurde insbesondere auch die Situation der Selbstmedikation erfragt.

**Expertenbefragung zu
Kopfschmerz und
Migräne**

⁴ Weitere Angaben zu den aufgeführten Datenquellen erhalten Sie im Anhang auf Seite 89.

3.1 Welche Kopfschmerzerkrankungen gibt es? – Ein Überblick

Es gibt 176 verschiedene Kopfschmerz-Arten

Insgesamt unterscheidet die Internationale Kopfschmerzgesellschaft (IHS) 176 verschiedene Kopfschmerz-Arten. Die vier wichtigsten – Spannungskopfschmerz und Migräne als die häufigsten Formen sowie der durch die Einnahme von Schmerzmitteln verursachte Kopfschmerz, der so genannte medikamenten-induzierte Dauerkopfschmerz, und der Cluster-Kopfschmerz – stehen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas im Zentrum der Betrachtungen.

Am häufigsten sind Spannungskopfschmerz und Migräne.

Migräne, Spannungs- und Cluster-Kopfschmerz zählen nach den aktuellen Kriterien der IHS zu den *primären* Kopfschmerzformen. Hierbei handelt es sich um eigenständige Erkrankungen, bei denen der Schmerz nicht infolge einer anderen Erkrankung auftritt. Über 90 % aller Kopfschmerzerkrankungen sind auf primäre Kopfschmerzformen, in erster Linie auf Spannungskopfschmerz gefolgt von Migräne, zurückzuführen.

Auch betrachtet werden Cluster-Kopfschmerz und ...

... der medikamenten-induzierter Dauerkopfschmerz

Der Medikamenten-induzierte Dauerkopfschmerz zählt hingegen zu den *sekundären* Kopfschmerzformen. Hier ist der Schmerz ein Begleitsymptom oder eine Folge einer anderen Erkrankung bzw. – wie im Falle des Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes – einer Substanzeinwirkung. Insgesamt entfallen weniger als 10 % aller Kopfschmerzerkrankungen auf die Gruppe der sekundären Kopfschmerzformen.

In der ICD-Codierung wird zwischen „Migräne“, „Sonstigen Kopfschmerzsyndromen“ und „Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“ unterschieden

Tabelle 1 zeigt für die genannten Kopfschmerzformen die ICD-Codierungen gemäß der internationalen Klassifikation ICD-10. Der Cluster-Kopfschmerz, der Kopfschmerz vom Spannungstyp und der arzneimittelinduzierte Kopfschmerz werden dabei der Gruppe der „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ zugeordnet. Die „Migräne“ stellt eine eigenständige Diagnosegruppe dar. In die Diagnosegruppe „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“ werden Kopfschmerzen eingruppiert, die als Allgemeinsymptom diagnostiziert werden. Hier wird keine Zuordnung zu einer spezifischen Kopfschmerzform getroffen.

Tabelle 1: Diagnosegruppen der Kopfschmerzerkrankungen

ICD 10	Diagnosegruppe	
G43	Migräne	<i>Primäre Kopfschmerzform</i>
G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	
G44.0	Cluster-Kopfschmerz	<i>Primäre Kopfschmerzform</i>
G44.2	Kopfschmerz vom Spannungstyp	<i>Primäre Kopfschmerzform</i>
G44.4	Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz, anderenorts nicht klassifiziert	<i>Sekundäre Kopfschmerzform</i>
R51	Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz, Kopfschmerz ohne nähere Angabe	<i>Sekundäre Kopfschmerzform</i>

Quelle: ICD-10-Klassifizierung

Nicht berücksichtigt werden Gesichtsschmerzdiagnosen (G51-53). Wenn im Folgenden Kopfschmerz Erkrankungen zusammengefasst betrachtet werden, dann erfolgt dies unter Ausschluss der Gesichtsschmerzdiagnosen.

Gesichtsschmerzdiagnosen werden nicht berücksichtigt

Quantitativ am bedeutendsten für Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund von Kopfschmerzen ist mit einem Anteil von 42,6 % die Diagnose „Migräne“. 41,4 % aller Fehltagelassen auf „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“, 16,0 % der AU-Tage resultieren aus dem Vorliegen „Sonstiger Kopfschmerzsyndrome“ (vgl. Abbildung 9).

Die meisten Fehltagelassen auf „Migräne“ und „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“ ...

Abbildung 9

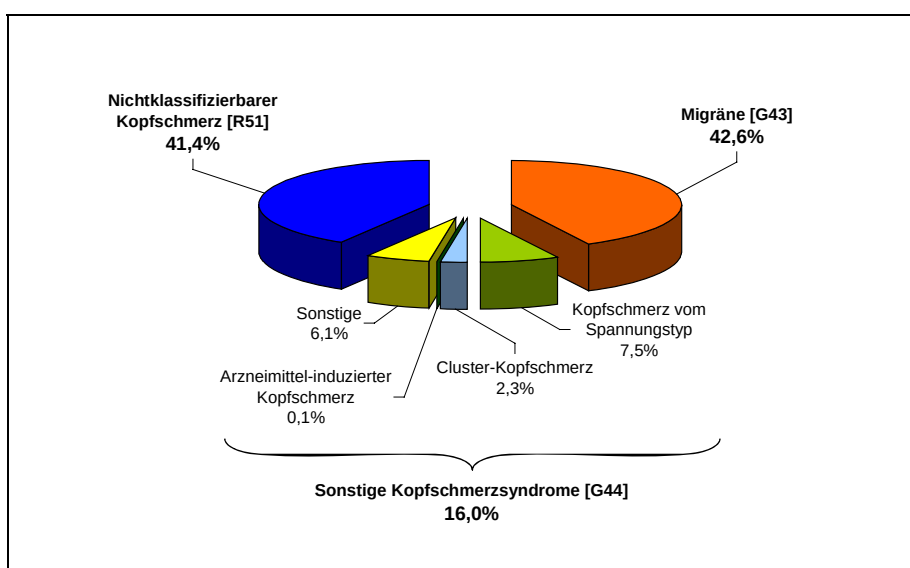


Abb. 9
Anteile der Einzel-
diagnosen an den
AU-Tagen aufgrund
von Kopfschmerz-
erkrankungen
insgesamt
(ohne ICD G50 bis
G53)

bundesweite Werte

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Innerhalb der Gruppe der „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ ist der Kopfschmerz vom Spannungstyp für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen am bedeutungsvollsten. Der Arzneimittel-induzierte Kopfschmerz ist dagegen für Fehlzeiten am Arbeitsplatz zu vernachlässigen.

... gefolgt von Spannungskopfschmerz

Wenngleich der Arzneimittel-induzierte Kopfschmerz aufgrund seines geringen Anteils an den Fehltagen im Zusammenhang mit dem AU-Geschehen nicht näher betrachtet wird, hat er dennoch einen hohen Stellenwert mit Blick auf den Schmerzmittelkonsum in der Bevölkerung. Ein Exkurs auf Seite 56 widmet sich deshalb dieser besonderen Kopfschmerzform.

Arzneimittel-induzierter Kopfschmerz für Fehlzeiten nicht relevant

Im Folgenden sollen nun die Ursachen der beiden bedeutendsten Kopfschmerz Erkrankungen in der Bevölkerung, Migräne und Spannungskopfschmerz, näher beleuchtet werden.

Ursachen der Schmerzsymptomatik

Bei jedem zehnten Migräne-kranken beginnt eine Attacke mit einer so genannten Aura. Dies sind Störungen des zentralen Nervensystems, die sich oft in Form von Sehstörungen äußern. Eine Aura dauert im Normalfall bis zu einer Stunde, erst danach beginnt die eigentliche Kopfschmerzphase einer Migräne-Attacke. Eine Migräne mit Aura wird auch als „klassische Migräne“ bezeichnet, eine Migräne ohne Aura als „gewöhnliche Migräne“.

Bei Migräne-Patienten liegt eine veränderte Reizverarbeitung im Gehirn vor: Reize werden schneller und intensiver verarbeitet. Die Betroffenen sind besonders empfindlich für plötzliche Änderungen im Nervensystem. Dies hat, dem aktuellen Forschungsstand folgend, genetische Ursachen. Für das tatsächliche Auftreten einer Migräne ist aber nicht ausschließlich das Erbgut entscheidend. Vielmehr handelt es sich um ein Zusammenspiel mit äußeren Faktoren, die als Reiz auf das System wirken. Derartige Reize, so genannte Triggerfaktoren, sind allerdings nicht die Ursache, sondern Auslöser einer Attacke (vgl. Tabelle 2).

Somit ist bei der Entstehung einer Migräne-Attacke klar zwischen der eigentlichen Ursache, nämlich einer erhöhten Anfälligkeit, und dem auslösenden Faktor zu unterscheiden.

Die Ursachen des Spannungskopfschmerzes sind hingegen nicht genau bekannt. Vermutlich liegt hier eine Fehlsteuerung der Schmerzverarbeitung im Zentralnervensystem vor: Bestimmte Reize werden als Schmerzen fehlinterpretiert. Stress gehört hier zu den zentralen Faktoren, die mit dem Auftreten von Spannungskopfschmerz assoziiert sind.

Tabelle 2: Mögliche auslösende Faktoren (Trigger) für das Auftreten von Kopfschmerzen

	Migräne	Spannungskopfschmerz
Biologische Faktoren	- Hormonelle Veränderungen (Menstruation) - Genetische Faktoren - Alter (am häufigsten bei 30- bis 45-Jährigen)	- Verspannungen der Muskulatur
Psychische Faktoren	- Psychosozialer Stress - ausgeprägte Emotionen	- Psychosozialer Stress
Lebensstil	- Verzehr bestimmter Nahrungsmittel - das Auslassen von Mahlzeiten - Alkohol - Änderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus - Überanstrengung und Erschöpfung	
Sonstige	- bestimmte Medikamente - Übergebrauch von Schmerzmitteln - Lärm- und Lichteinflüsse	- Übergebrauch von Schmerzmitteln

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus der Literatur^{5,6}

⁵ Holzhammer, J. und Wöber, C.: Nichtalimentäre Triggerfaktoren bei Migräne und Kopfschmerz vom Spannungstyp. Der Schmerz 20:226-237 (2006).

⁶ Göbel, H. Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag (2004).

Zur Erklärung der Entstehung von Kopfschmerzen im Zusammenhang mit dem Auftreten von Stress wird häufig das Diathese-Stress-Modell herangezogen. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass eine körperliche oder erworbene Anfälligkeit zusammen mit belastenden Lebensereignissen und unzureichenden Bewältigungsstrategien zu einer Reaktion führt, die den Schmerz auslöst.

Stress kann ein auslösender Faktor für Kopfschmerzen sein

Bei den Betroffenen liegt z. B. aufgrund genetischer Faktoren – wie im Fall der Migräne – ein bestimmtes Reaktionsmuster im Gehirn auf äußere Reize vor (= Diathese). Trifft auf diese Veranlagung ein äußerer Reiz, der als Belastung empfunden wird (= Stress), kann dadurch eine Migräne-Attacke ausgelöst werden.

Auch Migräne-Attacken können dadurch ausgelöst werden

Unter der Überschrift „Wie der Beruf den Kopfschmerz formt“ wird dieses Modell als ein Erklärungsansatz für das Auftreten von Kopfschmerzen im Zusammenhang mit der Arbeitswelt diskutiert.⁷

Wen trifft es am häufigsten?

Kopfschmerz gilt oft als typisches Frauenleiden. Richtig ist, wie viele Studien zur Häufigkeit von Kopfschmerzen in der Bevölkerung zeigen, dass Frauen zu einem höheren Anteil als Männer angeben, an Kopfschmerzen zu leiden oder gelitten zu haben (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Prävalenz von Kopfschmerz und Migräne in der deutschen Bevölkerung

	Göbel et al. 1994 ⁸	RKI 2003 ⁹	DMKG-Studie 2005 ^{*10}	DAK Bevölkerungsbefragung 2006	
Zeitraum der Betrachtung	Lebenszeit	12 Monate	6 Monate	6 Monate	
Kopfschmerz insgesamt		F 66,7% M 53,2%	F 57 – 64% M 32 – 44%	F 63% M 45%	
Migräne	F 32% M 22%		F 9 – 14% M 2,4 – 4,6%	F 16,9% M 6,5%	11,5%** 3,5%**
Spannungskopfschmerz	F 39% M 37%		F 17 – 24% M 13 – 25%		
Medikamenten-Kopfschmerz			F 1,4% M bis 1,4%		

F: Frauen; M: Männer / *Werte sind altersstandardisiert (Studienregionen: Vorpommern, Augsburg, Dortmund) /

**Selbstangabe einer ärztlich bestätigten Diagnose

⁷ Kropp, P.: Wie der Beruf den Kopfschmerz formt. Vortrag im Rahmen des Deutschen Schmerz-Kongresses 2006 in Berlin.

⁸ Göbel et al. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. Cephalalgia 14:97-106 (1994).

⁹ Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (2006).

¹⁰ Ergebnisse der epidemiologischen Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG, 2005).

Frauen sind ca. dreimal häufiger von Migräne betroffen als Männer

Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen ungefähr dreimal häufiger von Migräne betroffen sind als Männer. Hinsichtlich der Häufigkeit von Spannungs- und medikamenten-induziertem Kopfschmerz bestehen hingegen keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Allerdings sind Männer dreimal häufiger von Cluster-Kopfschmerz betroffen als Frauen. Diese spezielle Kopfschmerzform ist sehr selten: 0,1% bis 0,9% der Bevölkerung sind betroffen.¹¹ Daten zum Cluster-Kopfschmerz liegen aus den in Tabelle 4 genannten Untersuchungen nicht vor.

Für die Erhebung von Kopfschmerzen in der Bevölkerung

Die Differenzen in den Anteilen, die sich zwischen den einzelnen Erhebungen zum Auftreten von Kopfschmerzen in der Bevölkerung in Tabelle 3 zeigen, sind hingegen zurückzuführen auf:

ist der erfragte Zeitraum ...

- Unterschiedliche Betrachtungszeiträume („sechs Monate“ bis „Lebenszeit“) – es ist nicht überraschend, dass mehr Menschen angeben, unter Kopfschmerzen bzw. einer bestimmten Kopfschmerzform zu leiden, wenn ein längerer Zeitraum erfragt wird.

... und die Art der Erhebung relevant: Selbstangaben seitens der Betroffenen, Abfrage spezifischer Symptome

- Die Art der Erhebung – in einigen Untersuchungen sollten die Befragten angeben, ob sie unter Kopfschmerzen bzw. nach eigener Einschätzung speziell an Migräne leiden, in den anderen Studien wurde nach charakteristischen Symptomen gefragt, so dass nachträglich eine Klassifizierung der verschiedenen Kopfschmerztypen erfolgen konnte. Einer Verzerrung durch „Fehl-diagnosen“ auf Seiten der Befragten wird so entgegengewirkt.

Abfrage einer ärztlich bestätigten Diagnose

Die DAK Bevölkerungsbefragung zeigt zudem, dass die Zahlen deutlich geringer ausfallen, wenn nach einer ärztlich bestätigten Diagnose gefragt wird. Zu bedenken ist hier allerdings, dass nicht jeder Betroffene zum Arzt geht. Von den Befragten, die eine ärztlich bestätigte Migräne-Diagnose verneint haben und die auch keine ärztlich verordneten Schmerzmittel einnehmen, waren 79% wegen ihrer Kopfschmerzen nicht bei einem Arzt.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Kopfschmerzen – Bundesweite Analyse

Die in Tabelle 3 genannten Zahlen verdeutlichen noch einmal: Von Kopfschmerzen sind viele betroffen. Doch in welchem Maße sind Kopfschmerzen auch ein Grund, nicht zur Arbeit zu gehen?

Durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz wegen Kopfschmerzen jährlich mehr als eine Milliarde Kosten

Nach Schätzungen von Gothe und Mitarbeitern gehen Betroffene, die unter Migräne-Attacken leiden, an 2,9 Tagen im Jahr nicht zur Arbeit. Auf den ersten Blick mag diese Zahl gering erscheinen, berücksichtigt man jedoch die Häufigkeit dieser Erkrankung, summieren sich die daraus resultierenden volkswirtschaftlichen Kosten auf 1,3 Mrd. Euro jährlich.¹²

¹¹ May et al. DMKG-Leitlinien: Therapie und Prophylaxe von Cluster-Kopfschmerzen und anderen Trigemin Autonomen Kopfschmerzen (ohne Jahresangabe).

¹² Gothe et al.: Die Bedeutung von innovativen Arzneimitteln für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland (2002).

2,9 Fehltage am Arbeitsplatz im Jahr deuten aber auch darauf hin, dass es sich bei Kopfschmerzen überwiegend um eine Kurzzeiterkrankung handelt, die vor allem durch ihr wiederkehrendes Auftreten ins Gewicht fällt.

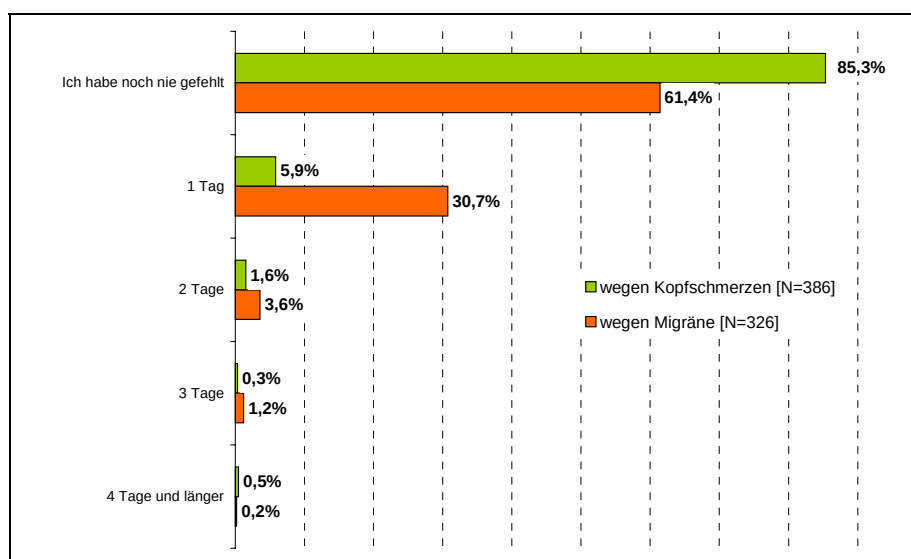
Bestätigt wird dies durch Auswertungen zum Schwerpunkt *Kurzzeiterkrankungen* im Rahmen des DAK Gesundheitsreports 2004: Die Einzeldiagnosen „Migräne“ (G43) und „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“ (R51) gehören beide zu den 20 wichtigsten Diagnosen der Erkrankungen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen.

Befragt man Betroffene, wie lange sie durchschnittlich aufgrund von Kopfschmerzen allgemein bzw. speziell aufgrund von Migräne am Arbeitsplatz fehlen, so zeigt die für diesen Report durchgeführte DAK-Bevölkerungsbefragung (vgl. Abbildung 10):

- 85% der Befragten, die angaben, unter Kopfschmerzen, nicht aber unter Migräne zu leiden, haben noch nie aufgrund der Kopfschmerzen am Arbeitsplatz gefehlt. Bei den Befragten, die angegeben haben, unter Migräne zu leiden, waren dies 61%.
- Ist ein Arbeiten nicht möglich, fehlt die Mehrheit der Betroffenen durchschnittlich einen Tag am Arbeitsplatz: Bei den Befragten aus der Kopfschmerz-Gruppe gaben dies 6% an, bei den Befragten der Migräne-Gruppe entsprechend 31%.
- Nur ein sehr geringer Anteil beider Gruppen gibt an, durchschnittlich vier Tage und länger am Arbeitsplatz zu fehlen.

Der in dieser Gruppe höhere Anteil an Nicht-Migränekranken resultiert aus dem klassischen Verlauf einer Migräne-Attacke: sie dauert in der Regel maximal bis zu drei Tage. Andere Kopfschmerzformen, wie z. B. der Kopfschmerz vom Spannungstyp, können längere Fehlzeiten verursachen, insbesondere bei chronischen Verläufen.

Abbildung 10



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

**Kopfschmerzen
überwiegend eine
Kurzzeiterkrankung?**

**Die Bevölkerungs-
befragung ergab:**

**85% haben noch nie
aufgrund von Kopf-
schmerzen am Ar-
beitsplatz gefehlt**

**Ist ein Arbeiten nicht
möglich, fehlt die
Mehrheit der Betrof-
fenen einen Tag**

**Abb. 10
Frage: „Wenn Sie
aufgrund Ihrer Kopf-
schmerzen / Migräne
nicht zur Arbeit ge-
hen können, wie
lange fehlen Sie
dann durchschnitt-
lich am Arbeits-
platz?“**

AU-Daten bilden das Ausmaß von Kopfschmerzerkrankungen nur bedingt ab

Fast 70% der Erkrankungsfälle sind Kurzzeiterkrankungsfälle bis zu drei Tage Dauer

Diese Zahlen deuten zum einen darauf hin, dass sich das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen nur bedingt abbilden lässt: Nämlich nur für die Fälle, für die tatsächlich – auch bei kurzer Dauer – eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt. Im Regelfall muss dem Arbeitgeber erst ab dem vierten Krankheitstag ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

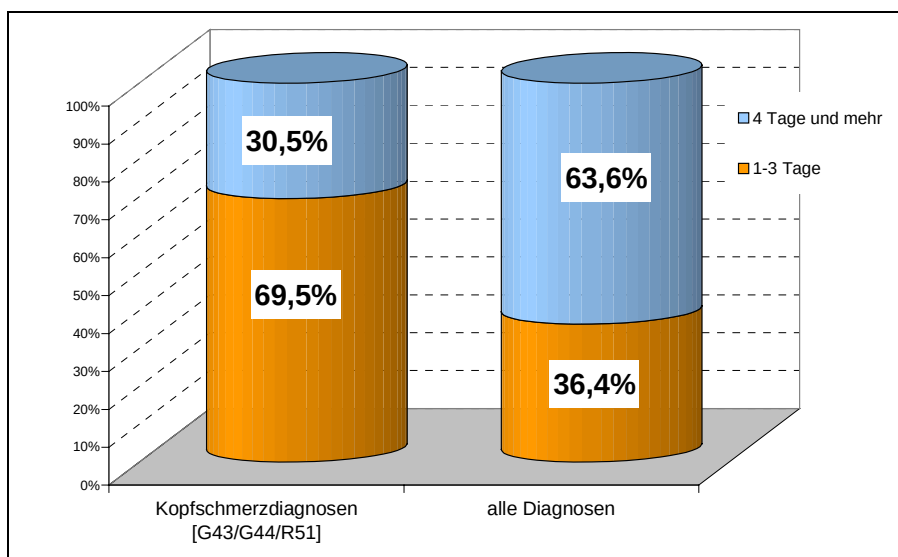
Zum anderen ist mit Blick auf das AU-Geschehen zu erwarten, dass es einen hohen Anteil an Erkrankungsfällen aufgrund von Kopfschmerzen mit kurzen Erkrankungsauern gibt. Und tatsächlich, fast 70% der Erkrankungsfälle dauern nur bis zu drei Tage (vgl. Abbildung 11), wie die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-versicherten Beschäftigten des Jahres 2006 zeigt. Im Vergleich dazu liegt der Anteil an Kurzzeitfällen für alle Diagnosen mit 36,4% deutlich niedriger.

Wenngleich eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Kopfschmerzen bei der Mehrheit eher eine Kurzzeiterkrankung ist und das tatsächliche Fehlen am Arbeitsplatz bei diesem Beschwerdebild wahrscheinlich unterschätzt wird, liefert die Auswertung der AU-Daten wichtige Erkenntnisse zu folgenden Fragen:

- Welche Bedeutung haben Kopfschmerzen insgesamt sowie – differenziert betrachtet – verschiedene Kopfschmerzformen für Fehlzeiten am Arbeitsplatz?
- Welche Bedeutung kommt dabei speziell „Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“, d. h. dem Allgemeinsymptom Kopfschmerz, zu?
- In welchen Branchen sind Fehlzeiten aufgrund von Kopfschmerzen besonders hoch?

Abbildung 11

Abb. 11
Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Fällen insgesamt



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Mit Blick auf die bereits erwähnten Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Auftretens von Kopfschmerzserkrankungen wird auch das AU-Geschehen im Folgenden zunächst nach Geschlecht und anschließend zusätzlich differenziert nach Alter betrachtet. Im Anschluss daran wird dann aufgezeigt, welche Faktoren in der Arbeitswelt mit dem Auftreten von Kopfschmerzen in Zusammenhang stehen und in welchen Branchen Kopfschmerzdiagnosen eine besonders hohe Bedeutung haben.

Arbeitsunfähigkeiten nach Geschlecht

Die aus der Literatur bekannten Geschlechterunterschiede zeigen sich auch in den Arbeitsunfähigkeitsdaten: Abbildung 12 zeigt die Anzahl der Fehltage bei Frauen und Männern, die auf die Diagnose Kopfschmerz entfallen, aufgetrennt nach Diagnosegruppen. Insgesamt zeigt sich zunächst, dass Frauen mehr Fehltage aufgrund von Kopfschmerzen aufweisen als Männer.

Näher betrachtet, entfallen bei Frauen mit 3,6 Fehltagen ein Drittel (34%) und bei Männern mit 2,6 Fehltagen pro 100 Versichertenjahre gut die Hälfte (51%) der AU-Tage aufgrund von Kopfschmerzen allein auf die Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“.

Während bei Männern der „Nichtklassifizierbare Kopfschmerz“ in der Gruppe der Kopfschmerzserkrankungen demnach anteilig die größte Bedeutung für den Krankenstand hat, dominiert bei Frauen mit 5,6 Fehltagen pro 100 Versichertenjahre bzw. anteilig 53% die Diagnose „Migräne“. Bei Männern entfallen auf diese Diagnose 1,6 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre und mit 29% der zweithöchste Anteil an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzen.

Frauen haben mehr Fehltage aufgrund von Kopfschmerzen als Männer

Bei Männern hat der „Nichtklassifizierbare Kopfschmerz“ anteilig die größte Bedeutung, bei Frauen die „Migräne“

Abbildung 12

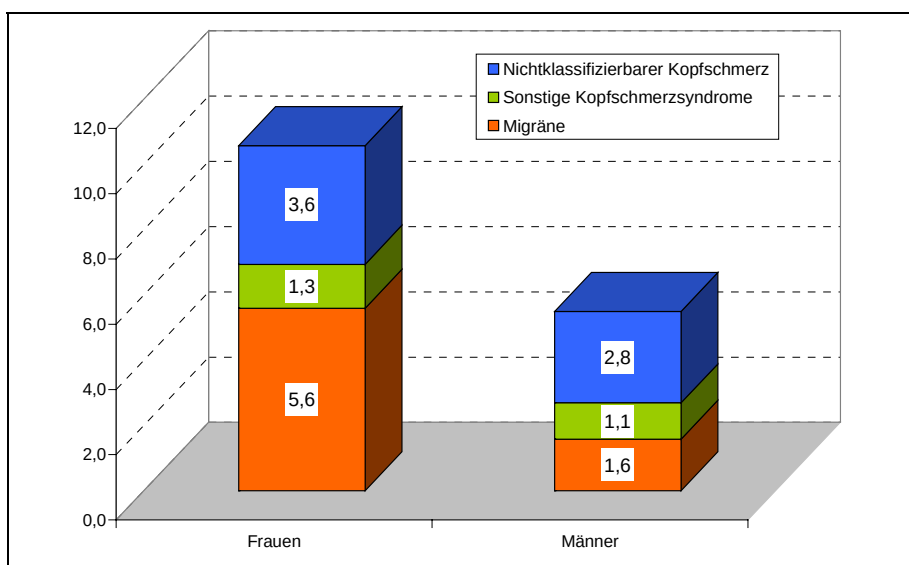


Abb. 12
AU-Tage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Kopfschmerzserkrankungen insgesamt (ohne ICD G50 bis G53) nach Geschlecht

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Tabelle 4 zeigt AU-Kennziffern für Kopfschmerzdiagnosen nach Geschlecht

Tabelle 4 zeigt neben den AU-Tagen auch die Zahl der AU-Fälle und die Falldauer für diese drei Hauptdiagnosegruppen aus dem Bereich der Kopfschmerzerkrankungen. Vertiefend sind darüber hinaus auch die jeweiligen Zahlen für die Einzeldiagnosen „Kopfschmerz vom Spannungstyp“ sowie „Cluster-Kopfschmerz“ aufgeführt, beides Kopfschmerzformen, die zur Gruppe der „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ gezählt werden und die – wie bereits erläutert – zusammen mit der Diagnose „Migräne“ zu den primären Kopfschmerzformen gehören.

Tabelle 4: AU-Kennziffern der wichtigsten Kopfschmerzdiagnosen nach Geschlecht

	ICD 10	G43	G44			R51
	Bezeichnung	Migräne	Sonstige Kopfschmerzsyndrome - Gesamtgruppe	Spannungskopfschmerz	Cluster-Kopfschmerz ¹³	Nicht-klassifizierbarer Kopfschmerz
AU-Tage je 100 VJ	Frauen	5,6	1,35	0,80	0,03	3,6
	Männer	1,6	1,12	0,41	0,27	2,8
AU-Fälle je 100 VJ	Frauen	1,5	0,23	0,13	0,007	0,7
	Männer	0,4	0,17	0,08	0,018	0,6
Falldauer in Tagen	Frauen	3,8	5,9	6,0	4,8	5,1
	Männer	3,9	6,6	5,2	15,3	4,9

Quelle: DAK AU-Daten 2006 (altersstandardisiert); VJ: Versichertenjahre

Beim Cluster-Kopfschmerz treten täglich bis zu acht heftige Attacken auf. Eine Attacke dauert zwischen 15 und 180 Minuten. Cluster-Kopfschmerz tritt überwiegend episodisch auf, d.h. zwischen den Schmerzphasen gibt es längere Phasen ohne Schmerzen. Die Schmerzphasen dauern meist vier bis zwölf Wochen, wobei die Schmerzattacken in dieser Zeit mindestens an jedem zweiten Tag auftreten, oft nach dem Einschlafen oder in den frühen Morgenstunden. Der Schmerz ist sehr heftig und tritt im Augen- oder Schläfenbereich einer Gesichtshälfte auf.

Insgesamt wird deutlich, dass es sich bei Kopfschmerzerkrankungen im Hinblick auf das AU-Geschehen überwiegend um Erkrankungen mit vergleichsweise kurzer Dauer und/ oder geringer Fallhäufigkeit handelt. Die Zahl an AU-Tagen ist deshalb zum Teil sehr gering.

Im Einzelnen zeigt sich, dass Frauen mit Ausnahme der Einzeldiagnose „Cluster-Kopfschmerz“ eine höhere Fallhäufigkeit aufweisen als Männer. Dies gilt insbesondere für die Diagnose „Migräne“: Die Zahl der AU-Fälle ist hier mehr als dreimal so hoch wie bei Männern. Dieser Faktor entspricht nahezu dem Unterschied, der sich für diese Kopfschmerzform auch insgesamt hinsichtlich des Auftretens in der Bevölkerung zeigt. Bei der Einzeldiagnose „Cluster-Kopfschmerz“ ist hingegen eine höhere Anzahl an AU-Fällen bei Männern zu beobachten. Auch dies entspricht dem Auftreten in der Bevölkerung.

Während es hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt, sind die Abweichungen bei der Falldauer – wiederum mit Ausnahme des „Cluster-Kopfschmerzes“ – deutlich geringer. Männer weisen bei der Diagnose „Cluster-Kopfschmerz“, einer Kopfschmerzform, die in der Regel mit schweren Beeinträchtigungen bei den Betroffenen verbunden ist, eine dreifach längere Falldauer auf.

¹³ Die Zahl der Personen, bei denen eine Arbeitsunfähigkeit mit der Diagnose Cluster-Kopfschmerz begründet wurde, ist extrem gering: N=117 Männer und N=86 Frauen. Dies sollte bei der Interpretation in Betracht gezogen werden. Allerdings, im Hinblick darauf, dass diese Erkrankung so selten auftritt und Daten deshalb nur aus großen Populationen gewonnen werden können, werden diese Zahlen trotzdem genannt.

Die Unterschiede, die sich zwischen den verschiedenen Kopfschmerzformen hinsichtlich der Falldauer zeigen, können mit der jeweils charakteristischen Schmerz- bzw. Attackendauer in Zusammenhang stehen. Eine Migräne-Attacke beispielsweise dauert in der Regel maximal 72 Stunden, die vergleichsweise kurze Falldauer bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen Migräne überrascht deshalb nicht.

Spannungskopfschmerz wiederum kann akut bis zu sieben Tage andauern oder auch chronische Verläufe zeigen. Die längere Falldauer könnte allerdings auch darauf hindeuten, dass in erster Linie diejenigen arbeitsunfähig sind, die unter länger andauernden Spannungskopfschmerzen leiden.

Denn eines zeigen die AU-Daten auch: Spannungskopfschmerz – obwohl die häufigste Kopfschmerzform in der Bevölkerung – ist mit Blick auf die vergleichsweise geringe Anzahl an AU-Fällen erheblich seltener mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden als eine Migräne. Eine Migräne-Attacke führt bei den Betroffenen aufgrund des Beschwerdebildes, das neben dem eigentlichen Schmerz oftmals auch Übelkeit und Lichtempfindlichkeit mit einschließt, offensichtlich erheblich häufiger zu einer Arbeitsunfähigkeit.

Zusammenfassend wird aus Tabelle 4 auch deutlich, dass die Fehltaganzahl, die auf die Diagnose „Migräne“ entfällt, aus der vergleichsweise hohen Fallhäufigkeit resultiert. Dies gilt insbesondere für die Bedeutung dieser Diagnose innerhalb der Kopfschmerzerkrankungen bei Frauen. Die „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ haben dagegen innerhalb der Kopfschmerzerkrankungsgruppen insgesamt die geringste Bedeutung für den Krankenstand, was wiederum aus der vergleichsweise geringen Fallhäufigkeit resultiert.

Ein Aspekt, der im Zusammenhang mit der differenzierten Betrachtung der verschiedenen Kopfschmerzformen allerdings in Betracht zu ziehen ist, ist die Frage, inwieweit die ärztliche Diagnose korrekt gestellt wurde. Die Differenzialdiagnose einer Kopfschmerzerkrankung basiert in erster Linie auf dem ärztlichen Anamnesegespräch. In diesem Bereich gibt es durchaus Defizite, wie im Kapitel 3.3 zur Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland näher ausgeführt wird.

Arbeitsunfähigkeiten nach Alter

Aus der Literatur ist bekannt, dass die verschiedenen Kopfschmerzformen bestimmten Altersverteilungen hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens folgen: Migräne-Attacken treten am häufigsten zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr auf, Spannungskopfschmerzen zeigen mit Ausnahme der chronischen Form, von der vornehmlich Ältere betroffen sind, in allen Altersgruppen eine gleiche Häufigkeit. Cluster-Kopfschmerz tritt erstmals meist um das 30. Lebensjahr herum auf.

Unterschiedliche Falldauer der Kopfschmerzformen auch durch Symptomatik zu erklären

Spannungskopfschmerz tritt zwar am häufigsten auf, ist aber nur selten mit einer AU verbunden

Fehltage wegen Migräne resultieren vor allem aus der höheren Fallhäufigkeit

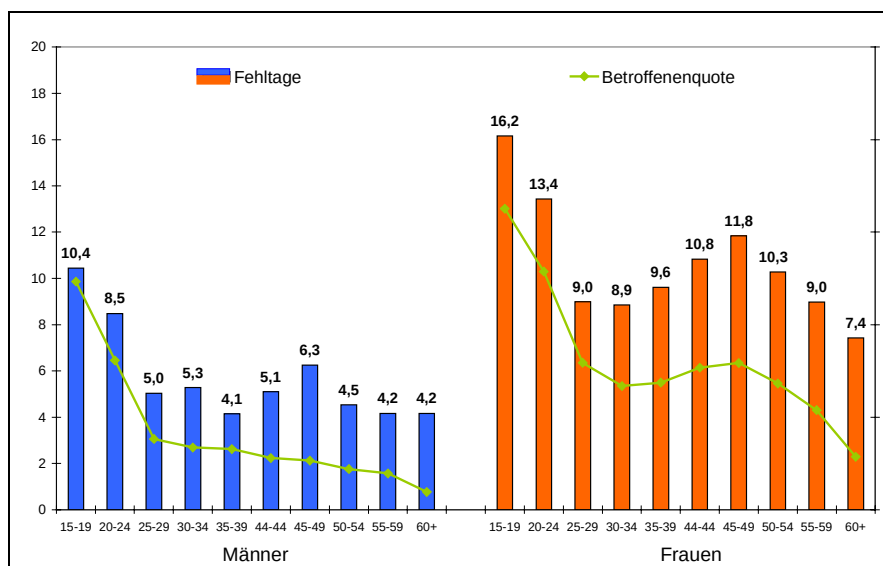
Einige Kopfschmerzformen zeigen bestimmte Altersverläufe

Abbildung 13 zeigt die Anzahl der Fehltage sowie die Betroffenenquote aufgrund von Kopfschmerzen insgesamt im Altersverlauf. Auffällig ist bei Männern und Frauen die hohe Betroffenenquote bzw. Fehltagezahl in den beiden jüngsten Altersgruppen.

Abbildung 13

Abb. 13
AU-Tage und
Betroffenenquote
aufgrund von
Kopfschmerzen
(ICD G43, G44, R51)
nach Alter und
Geschlecht

(AU-Tage pro 100
Versichertenjahre;
AU-Tage:
linke Achse,
Betroffenenquote:
rechte Achse)



Quelle: DAK AU-Daten 2006

15- bis 24-Jährige
besonders häufig
wegen Kopfschmer-
zen arbeitsunfähig

Betroffenenquote im
Altersverlauf insge-
samt rückläufig

Fehltagezahl steigt
nach starkem Abfall
zunächst wieder an,
ist aber insgesamt –
besonders bei Frauen
– rückläufig

Die hohe Betroffenenquote, also der Anteil derjenigen, die im betrachteten Jahr mindestens eine AU wegen Kopfschmerzen hatten, zeigt, dass gerade bei den 15- bis 24-Jährigen offenbar besonders viele aufgrund von Kopfschmerzen arbeitsunfähig sind.

Während die Betroffenenquote bei Männern, nach dem zunächst deutlichen Abfall über die drei jüngsten Altersgruppen hinweg, im Altersverlauf weiterhin kontinuierlich rückläufig ist, ist bei Frauen eine abweichende Entwicklung zu beobachten. Nach dem zunächst ebenfalls deutlichen Abfall in den jüngeren Altersgruppen steigt die Betroffenenquote bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen zunächst wieder an und nimmt dann in den drei höheren Altersgruppen stetig ab. Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich bei Frauen auch für die Zahl der Fehltage.

Bei Männern nimmt die Zahl der Fehltage im Altersverlauf bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen zwar auch zunächst zu – wenngleich nicht stetig – und in der weiteren Folge wieder ab, diese Entwicklung läuft aber, anders als bei Frauen, nicht parallel zur Entwicklung der Betroffenenquote bzw. der Erkrankungsfallzahl (vgl. Abbildung 14). Grund hierfür ist der starke Anstieg der Falldauer im Altersverlauf. Vor dem Hintergrund der sinkenden Zahl der Erkrankungsfälle ist diese Entwicklung ursächlich für die auch in den höheren Altersgruppen bei Männern fast konstante Zahl an Fehltagen.

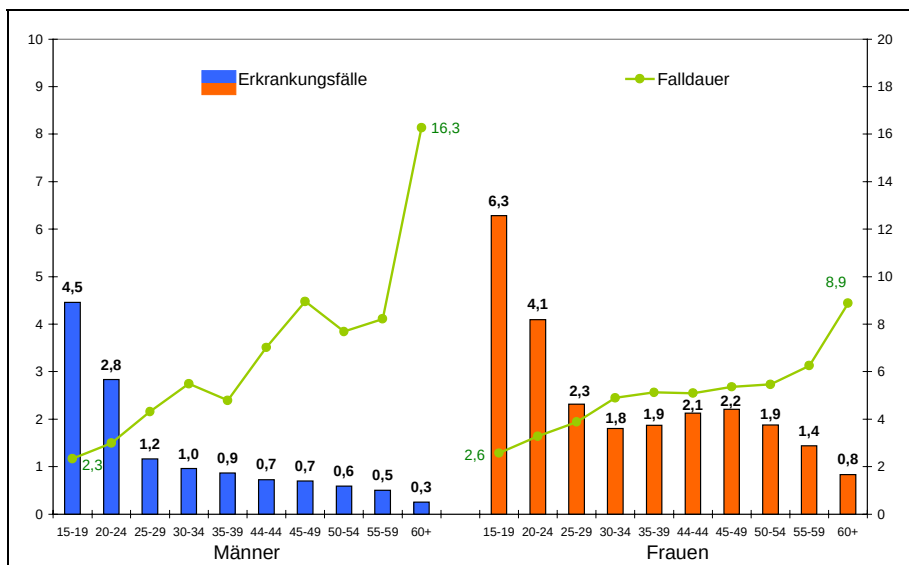
Bei Frauen ist im Altersverlauf insgesamt zwar auch eine Zunahme der Falldauer zu beobachten, diese verläuft aber vergleichsweise sehr moderat. Erst bei den 60-Jährigen und Älteren ist die Falldauer mit 8,9 Tagen deutlich länger als in den jüngeren Altersgruppen.

Eine Zunahme der Falldauer im Altersverlauf ist zunächst mit Blick auf das AU-Geschehen insgesamt wenig überraschend. Wie bei anderen Erkrankungen mit chronischen Verläufen könnte ein Anstieg aber auch bei Kopfschmerzserkrankungen für eine zunehmende Chronifizierung der Beschwerden sprechen. Neben einer mit steigendem Alter längeren Erkrankungshistorie könnte hier auch eine inadäquate Behandlung zu einer Chronifizierung des Erkrankungs-geschehens beitragen (vgl. Kapitel 3.3 zur Versorgungssituation).

Die bei den 60-Jährigen und Älteren niedrige Betroffenenquote bzw. Zahl an Erkrankungsfällen deutet auf ein vorzeitiges Ausscheiden, insbesondere von chronisch Kopfschmerzkranken, aus dem Erwerbsleben hin. Dieser so genannte „healthy worker-effect“ ist im Zusammenhang mit dem AU-Geschehen insgesamt bekannt.

Das durchschnittliche Zugangsalter zur Rente aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit liegt für die Diagnose „Migräne“ bei 49,6 Jahren, für „Sonstige Kopfschmerzsyndrome“ bei 48,5 Jahren. Für das gesamte Erkrankungsspektrum (alle ICD-Diagnosen) liegt das Zugangsalter mit 50,5 Jahren etwas höher.¹⁴

Abbildung 14



Quelle: DAK AU-Daten 2006

„In einer Analyse der Patienten einer Schmerzbambulanz zeigte sich, dass 22% der dort behandelten Patienten aufgrund der Kopfschmerzserkrankungen einen Rentenanspruch gestellt haben oder die Beantragung beabsichtigen. Bei einem mittleren Alter dieser Stichprobe von 46 Jahren bedeutet dies, dass bei einer großen Untergruppe der Patienten nahezu das halbe Berufsleben durch die Kopfschmerzserkrankung verloren geht.“

*Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzlinik Kiel*

Abb. 14
Erkrankungsfälle
und Falldauer
aufgrund von
Kopfschmerzen
(ICD G43, G44, R51)
nach Alter und
Geschlecht

(AU-Fälle pro 100
Versichertenjahre;
AU-Fälle:
linke Achse,
Falldauer:
rechte Achse)

¹⁴ Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund. Stand 30.11.2006.

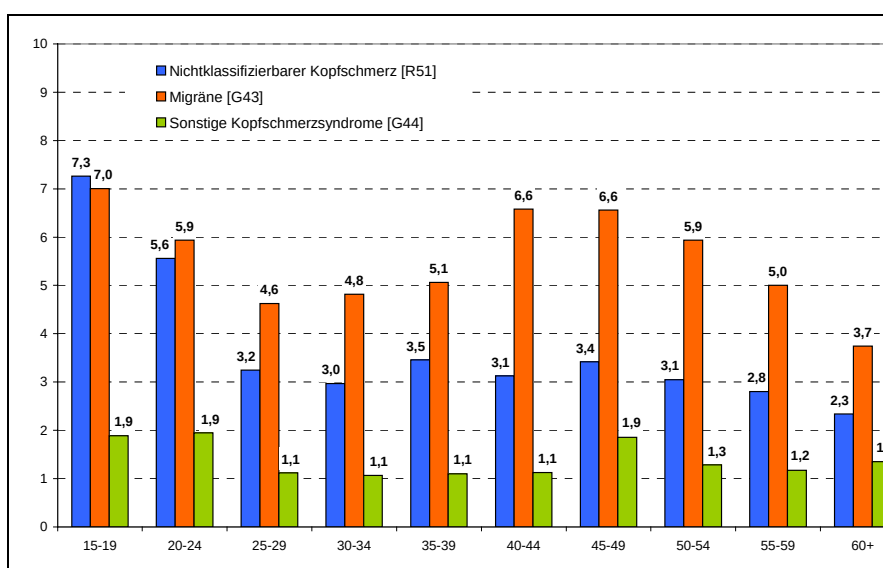
Auf Basis dieser Ergebnisse stellen sich weitere wichtige Fragen:

- Durch welche Kopfschmerzformen wird die hohe Anzahl an Fehltagen insbesondere bei den 15- bis 24-Jährigen verursacht?
- In welchem Maß beeinflussen die verschiedenen Formen die Entwicklung der Fehltag im Altersverlauf?

Für die Beantwortung dieser Fragen wurde die Anzahl der AU-Tage differenziert für die Diagnosen „Migräne“, „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ sowie „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“ im Altersverlauf betrachtet (vgl. Abbildung 15 und Abbildung 16).

Abbildung 15

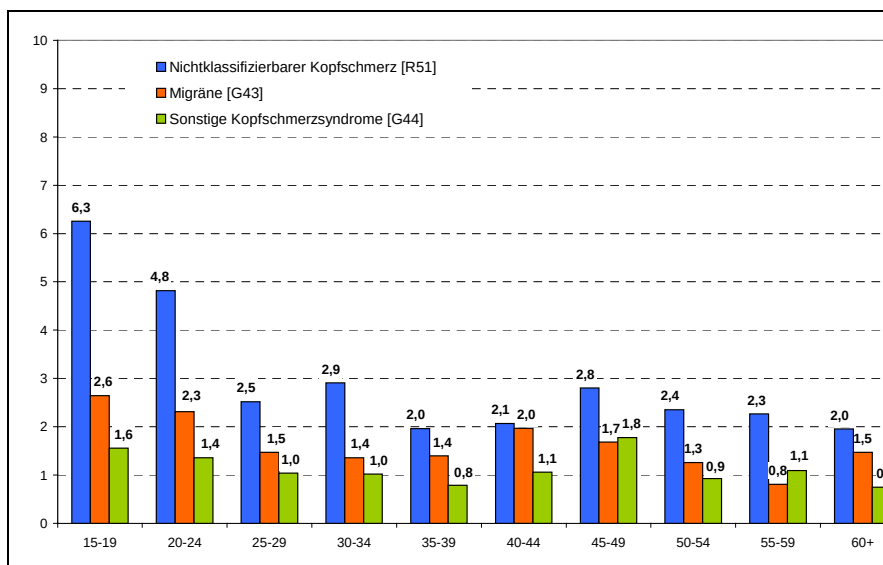
Abb. 15
AU-Tage aufgrund
von Kopfschmerz-
erkrankungen
differenziert nach
Einzeldiagnosen
bei *Frauen*



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 16

Abb. 16
AU-Tage aufgrund
von Kopfschmerz-
erkrankungen
differenziert nach
Einzeldiagnosen
bei *Männern*



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Folglich wird deutlich:

- Bei Männern entfallen die meisten Fehltage in allen Altersgruppen auf „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“, bei Frauen dominiert mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe die „Migräne“.
- Die hohe Anzahl an AU-Tagen bei den 15- bis 24-Jährigen, die durch Kopfschmerzen insgesamt verursacht wird, entfällt insbesondere bei Männern auf „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“.
- Bei Frauen haben dagegen Fehlzeiten aufgrund einer „Migräne“ auch in dieser Altersphase schon eine hohe Bedeutung, wenngleich auch hier 15- bis 19-Jährige geringfügig mehr Fehltage wegen „Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“ aufweisen.
- Bei Frauen zeigen die auf eine „Migräne“ entfallenden Fehlzeiten zudem den typischen, aus der Literatur hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens bekannten Altersverlauf.
- „Sonstige Kopfschmerzsyndrome“ verursachen insbesondere bei Frauen in allen Altersgruppen eine vergleichsweise geringe Zahl an Fehltagen.

„Nichtklassifizierbare Kopfschmerz“ bei 15- bis 24-Jährigen

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Kopfschmerzen – Analyse für das Bundesland Schleswig-Holstein

Auch in Schleswig-Holstein verursachen Kopfschmerzserkrankungen vor allem kurze Fehlzeiten am Arbeitsplatz: 73,1% der AU-Fälle dauern maximal drei Tage, nur 26,9% der Erkrankungsfälle vier Tage und länger (Abbildung 17). Im Vergleich dazu liegt der Anteil an Kurzzeitfällen für alle Diagnosen mit 41,6% ebenfalls deutlich niedriger.

Kopfschmerzen verursachen auch in Schleswig-Holstein vor allem kurze Fehlzeiten

Abbildung 17

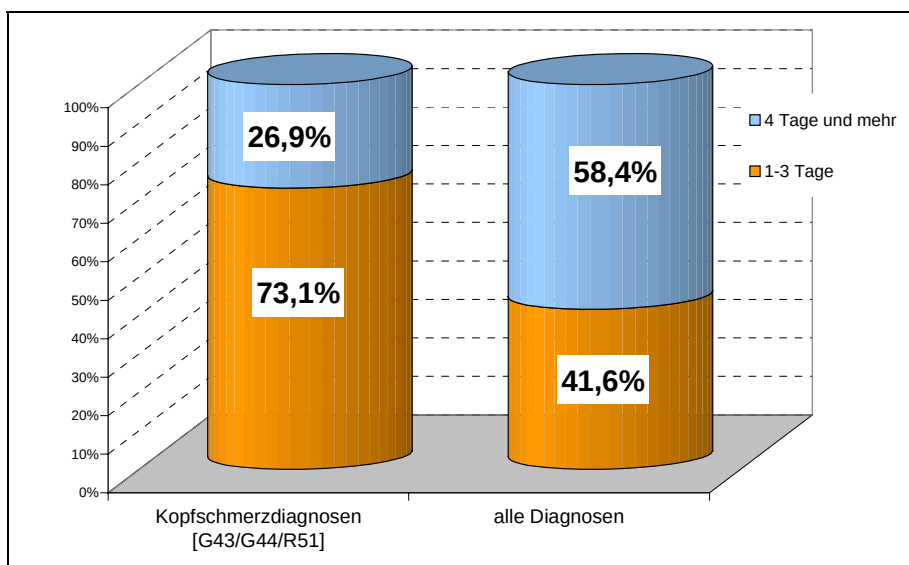


Abb. 17
Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Fällen insgesamt in Schleswig-Holstein

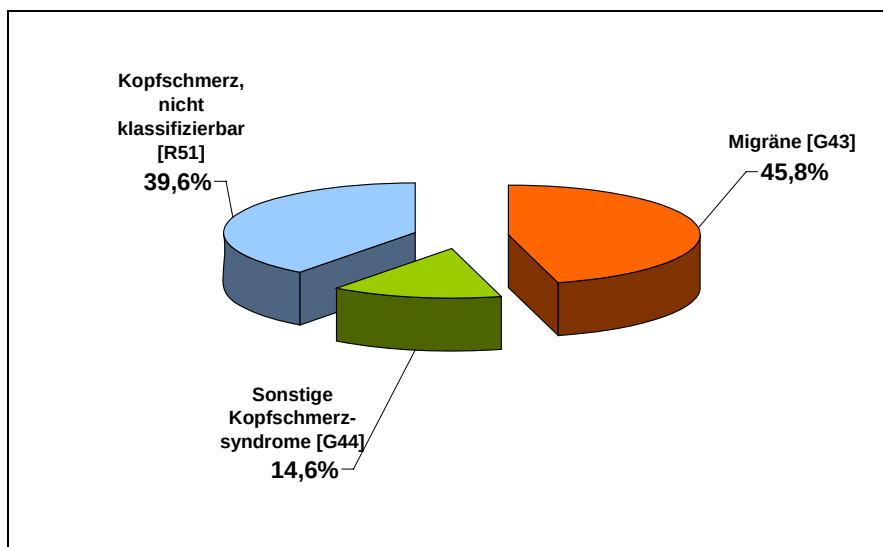
Quelle: DAK AU-Daten 2006

„Migräne“ auch in Schleswig-Holstein bedeutendste AU-Diagnose

Die größte Bedeutung für Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund von Kopfschmerzen hat auch in Schleswig-Holstein die Diagnose „Migräne“. Auf sie entfallen mit anteilig 45,8% die meisten Fehltage in der Gruppe der Kopfschmerzdiagnosen (vgl. Abbildung 18). 39,6% der AU-Tage entfallen auf die Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“, 14,6% auf „Sonstige Kopfschmerzsyndrome“.

Abbildung 18

Abb. 18
Anteile der Einzeldiagnosen an den AU-Tagen aufgrund von Kopfschmerz-erkrankungen insgesamt (ohne ICD G50 bis G53) in Schleswig-Holstein



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Eine Differenzierung innerhalb der Gruppe der „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ (vgl. Abbildung 9, Seite 21) kann aufgrund der geringen Fallzahlen bei den hier betrachteten Diagnosen auf Bundeslandebene allerdings nicht vorgenommen werden.

Frauen weisen in Schleswig-Holstein mehr als doppelt so viele AU-Tage auf wie Männer

Wie aus den Auswertungen auf Bundesebene deutlich wurde, bestehen hinsichtlich der Zahl der Fehltage, die auf die genannten Kopfschmerzdiagnosegruppen entfallen, erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Dies bestätigt sich auch in Schleswig-Holstein (vgl. Abbildung 19). Frauen weisen mit insgesamt 10,4 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre mehr als doppelt so viele Fehlzeiten aufgrund einer Kopfschmerzdiagnose auf als Männer mit insgesamt 4,2 Fehltagen.

Bei Frauen dominiert die „Migräne“, bei Männern der „Nichtklassifizierbare Kopfschmerz“

Bei Frauen entfallen dabei mit 5,8 Fehltagen pro 100 ganzjährig Versicherte 55,8% dieser „Kopfschmerzfehltage“ allein auf die Diagnose „Migräne“, bei Männern sind es mit 1,2 AU-Tagen nur 28,6%. Männer sind hingegen mit 2,2 Fehltagen pro 100 Versichertenjahre (anteilig 52,4%) überwiegend aufgrund eines „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerzes“ arbeitsunfähig erkrankt (Frauen: 3,4 Fehltage bzw. anteilig 32,7%). Auf „Sonstige Kopfschmerzsyndrome“ entfallen bei Männern mit 0,8 AU-Tagen insgesamt 19,0% der Fehltage wegen Kopfschmerzen, bei Frauen sind es 1,2 AU-Tage bzw. 11,5%.

Abbildung 19

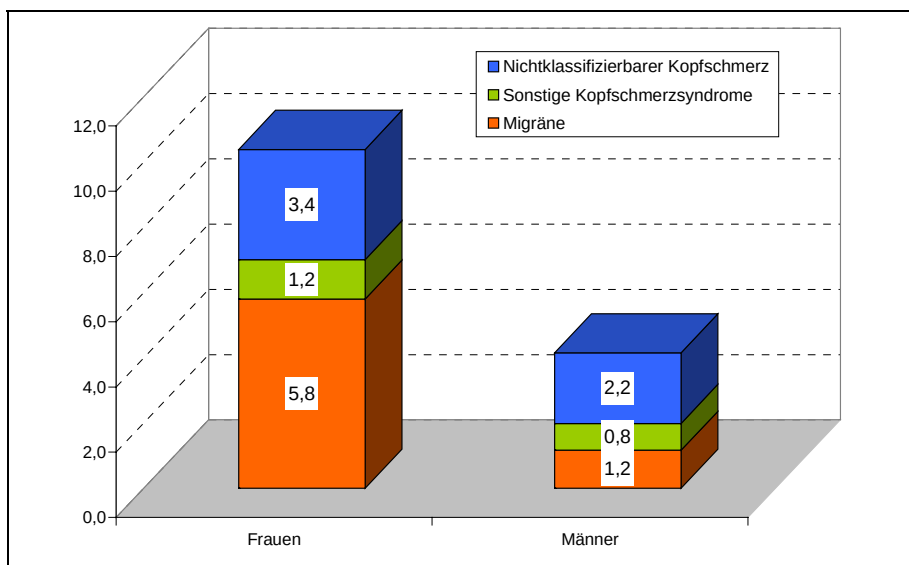


Abb. 19
AU-Tage pro 100
Versichertenjahre
aufgrund von
Kopfschmerz-
erkrankungen
insgesamt
(ohne ICD G50 bis
G53) nach Ge-
schlecht
in Schleswig-
Holstein

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Des Weiteren zeigten sich auf Bundesebene bei den Kopfschmerzdiagnosen für verschiedene Kennziffern des Krankenstandes (AU-Tage und -Fälle, Betroffenenquote und Falldauer) Unterschiede im Altersverlauf.

Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen bei Kopfschmerzerkrankungen auf Bundeslandebene und Ähnlichkeiten in den Altersverläufen dieser Kennziffern bei Männern und Frauen – wenngleich Frauen überwiegend ein höheres Niveau erreichen (vgl. Abbildung 13, Seite 30 und Abbildung 14, Seite 31) – werden die genannten Größen für Schleswig-Holstein im Folgenden für beide Geschlechter zusammengefasst dargestellt. Des Weiteren wird die Anzahl der Altersgruppen von zehn auf fünf reduziert.

Auch in Schleswig-Holstein fehlen insbesondere jüngere Versicherte aufgrund von Kopfschmerzen. 15- bis 24-Jährige weisen die höchste Betroffenenquote im Altersgruppenvergleich auf (vgl. Abbildung 20). Aufgrund dessen ist die Zahl der Fehltage wegen einer Kopfschmerzdiagnose trotz geringer Falldauer (vgl. Abbildung 21) mit 9,6 Tagen pro 100 Versichertenjahre vergleichsweise hoch.

Neben eines deutlich höheren Anteils von jüngeren Versicherten, die mindestens einmal aufgrund einer Kopfschmerzdiagnose arbeitsunfähig erkrankt waren, zeigt sich bei den 15- bis 24-Jährigen auch die höchste Fallhäufigkeit (vgl. Abbildung 21). Im weiteren Altersverlauf sinkt die Erkrankungshäufigkeit insgesamt deutlich ab, wohingegen die Falldauer zunimmt.

Auch in Schleswig-Holstein fehlen vor allem Jüngere wegen Kopfschmerzen

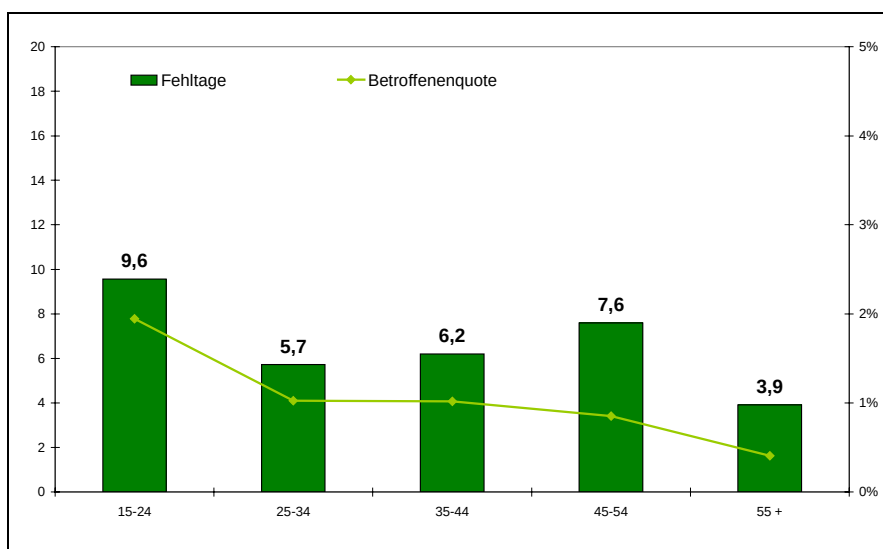
Im Altersverlauf sinkt die Erkrankungshäufigkeit ab, die Falldauer nimmt zu

In Schleswig-Holstein zeigt sich nach einem zunächst deutlichen Abfall der Zahl der Fehltage aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen im mittleren Altersverlauf ebenfalls wieder eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage. Dies resultiert in erster Linie auf einer Zunahme der Falldauer bei nahezu konstanter Fallhäufigkeit.

Abbildung 20

Abb. 20
AU-Tage und
Betroffenenquote
aufgrund von
Kopfschmerzen
(ICD G43, G44, R51)
nach Alter
in Schleswig-Holstein

(AU-Tage pro 100
Versichertenjahre;
AU-Tage:
linke Achse,
Betroffenenquote:
rechte Achse)

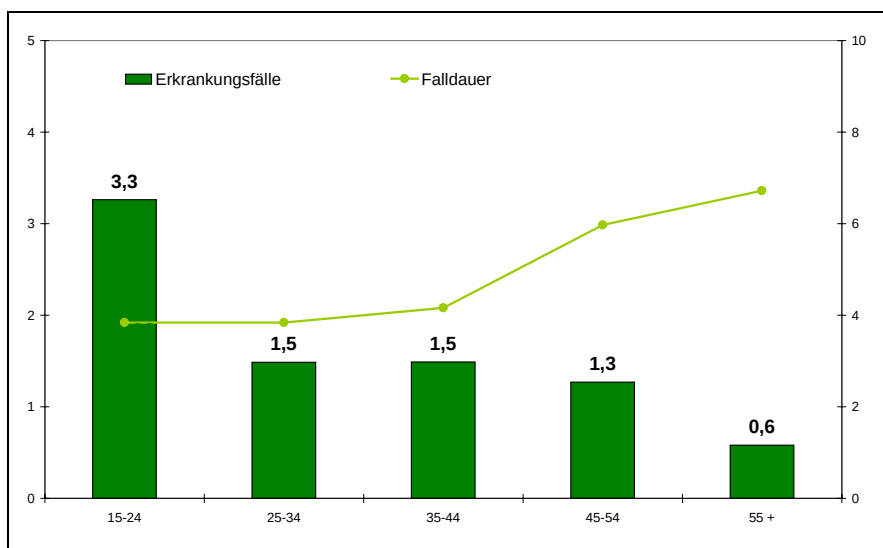


Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 21

Abb. 21
Erkrankungsfälle und
Falldauer
aufgrund von
Kopfschmerzen
(ICD G43, G44, R51)
nach Alter
in Schleswig-Holstein

(AU-Fälle pro 100 Ver-
sichertenjahre; AU-
Fälle:
linke Achse,
Falldauer:
rechte Achse)



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Kopfschmerz Erkrankungen und Arbeitswelt

Eine vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und vom Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) 1998 durchgeführte Erwerbstätigenbefragung ergab, dass in Deutschland im Zusammenhang mit der Arbeitswelt ca. 17% der Beschäftigten häufig an Kopfschmerzen leiden.¹⁵

In Deutschland leiden 17% der Beschäftigten häufig an Kopfschmerzen

Insgesamt wird in Berufen mit hohem Stresspotenzial ein vermehrtes Auftreten von Kopfschmerzen beobachtet.¹⁶ Psychosozialer Stress wird – wie im Zusammenhang mit dem Diathese-Stress-Modell erörtert (vgl. Seite 23) – als ein wichtiger auslösender Faktor für Spannungskopfschmerz und Migräne diskutiert. Arbeitsbedingter Stress entsteht häufig durch psychische Überforderung. Zu den arbeitsbezogenen Stressfaktoren gehören¹⁷:

In Berufen mit hohem Stresspotenzial treten Kopfschmerzen vermehrt auf

- hoher Erfolgs-, Entscheidungs- oder Zeitdruck
- Fehlende Möglichkeiten zur Einflußnahme auf Arbeitsprozesse seitens der Beschäftigten (geringes Maß an Selbstbestimmung)
- Unter- oder Überforderung bei der zu bewältigenden Arbeit
- Konflikte mit Kollegen und / oder Vorgesetzten

Im Rahmen der dritten europäischen Studie zu den Arbeitsbedingungen in Europa zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der 160 Millionen Arbeitskräfte mit hohem Tempo (56 %) und unter Zeitdruck (60 %) arbeitet.¹⁸

Viele Beschäftigte arbeiten mit hohem Tempo und unter Zeitdruck

Mehr als ein Drittel der Beschäftigten hat keinen Einfluss auf den Arbeitsablauf, 40% berichten über monotone Arbeitsaufgaben. Betrachtet man die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, so klagen 15% der Arbeitskräfte über Kopfschmerzen, 23% über Schulter- und Nackenschmerzen, 23% über allgemeine Erschöpfung, 28% über Stress und 33% über Rückenschmerzen.

In einer europaweiten Studie klagen 15% der Arbeitskräfte über Kopfschmerzen

Nicht außer Acht gelassen werden darf allerdings in diesem Kontext, dass das individuelle Stressempfinden sehr variabel und abhängig von den eigenen Bewältigungsstrategien und Ressourcen ist.

¹⁵ Jansen, R.: Arbeitsbelastungen und Arbeitsbedingungen. In Badura, B. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999, S. 5-30, Berlin, Heidelberg (1999).

¹⁶ Kropp, P.: Wie der Beruf den Kopfschmerz formt. Abstract im Kongress-Supplement zum Deutschen Schmerz-Kongress 2006. Der Schmerz, Suppl. 1, S50 (2006).

¹⁷ Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: Arbeitsbedingter Stress (2002).

¹⁸ Merllié, D. und Paoli, P.: Dritte europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, Luxemburg (2002).

Betroffene können mit spezifischen Verhaltenstrategien ihr individuelles Stressempfinden beeinflussen und so Kopfschmerzen entgegenwirken

Hier kann zum einen auf betrieblicher Ebene durch entsprechendes Verhalten der Kollegen und Vorgesetzten Stress minimiert werden, zum anderen können Betroffene ihre Bewältigungsstrategien, insbesondere mit Blick auf Kopfschmerzerkrankungen, durch gezielte Verhaltensmaßnahmen selbst stärken. Im Kapitel 3.4 dieses Schwerpunktthemas werden diesbezügliche Maßnahmen vorgestellt.

Neben psychosozialen Stress können aber auch klassische Gefährdungsfaktoren, z. B. Lärm- und Lichteinflüsse, als Triggerfaktoren für Kopfschmerzen wirken (vgl. Tabelle 2, Seite 22).

Im Folgenden sollen nun die Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen nach Branchen näher betrachtet werden.

Kopfschmerzerkrankungen nach Wirtschaftsgruppen

Höchste Zahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzen in der „Öffentlichen Verwaltung“, gefolgt von den Branchen „Organisationen und Verbände“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“

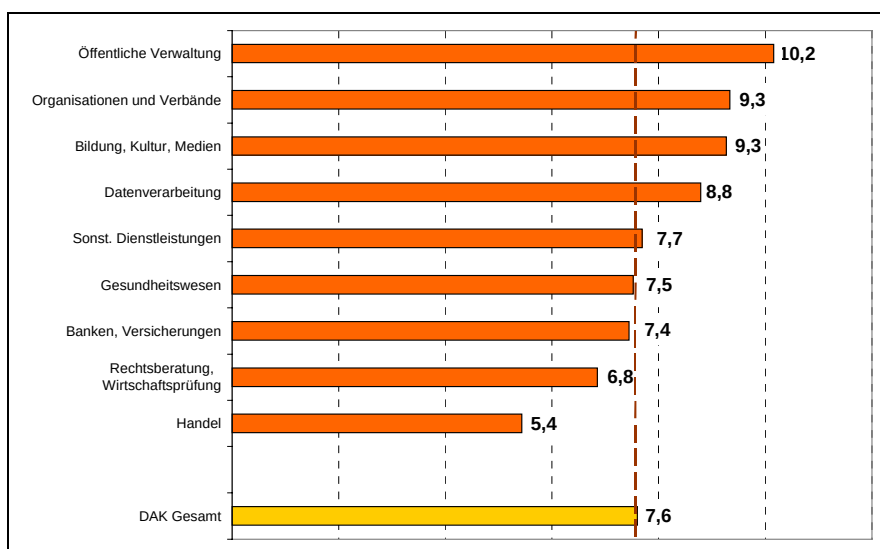
Abbildung 22 zeigt die Zahl der AU-Tage aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen in Branchen mit besonders hohem Anteil an DAK-Versicherten.

In der „Öffentlichen Verwaltung“ war die Zahl der Krankheitstage wegen Kopfschmerzen im Jahr 2006 am höchsten. Auf 100 Versichertenjahre entfielen 10,2 Fehltag.

Eine überdurchschnittliche Anzahl an Fehltagen wegen Kopfschmerzen wurde mit je 9,3 Fehltagen pro 100 Versichertenjahre außerdem in den Branchen „Organisationen und Verbände“ und „Bildung, Kultur, Medien“ sowie des Weiteren mit 8,8 Fehltagen in der Branche „Datenverarbeitung“ beobachtet.

Abbildung 22

**Abb. 22
AU-Tage aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen (G43, G44, R51) in den Branchen mit besonders hohem Anteil an DAK-Versicherten**



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit standen im Jahr 2006 wiederum die „Organisationen und Verbände“ mit 2,6 AU-Fällen je 100 ganzjährig Versicherte an der Spitze, gefolgt von der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ mit 2,5 AU-Fällen, der „Öffentlichen Verwaltung“ mit 2,1 AU-Fällen und der „Datenverarbeitung“ mit 1,9 AU-Fällen je 100 Versichertenjahre.

Höchste AU-Fallzahl bei den „Organisationen und Verbänden“

Diese Zahlen deuten bereits darauf hin, dass die höhere Anzahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzdiagnosen in der "Öffentlichen Verwaltung" aus einem höheren Anteil längerer Erkrankungsfälle resultiert. In den Branchen "Organisationen und Verbände" sowie "Bildung, Kultur, Medien" fehlen viele Erkrankte hingegen eher über einen kürzeren Zeitraum, da die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen bei gleichzeitig höherer Fallzahl zwar überdurchschnittlich, aber geringer als in der „Öffentlichen Verwaltung“ ist.

Fehltag resultiert in der „Öffentlichen Verwaltung“ aus einem höheren Anteil längerer Erkrankungsfälle

Die überdurchschnittliche Zahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzen in der Branche „Datenverarbeitung“ bei ebenfalls vergleichsweise geringer Fallhäufigkeit scheint ebenfalls vornehmlich auf längeren Erkrankungsfällen zu resultieren.

Ein Blick auf den Gesamtkrankenstand in den Branchen zeigt zudem, wie komplex die Befunde insgesamt zu interpretieren sind: Während die Branchen „Öffentliche Verwaltung“ und „Organisationen und Verbände“ in den zurückliegenden Jahren zu den „Top-Drei-Branchen“ mit den höchsten Krankenständen zählten, wurde in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“ immer ein unterdurchschnittlicher Krankenstand beobachtet.

Befunde sind insgesamt komplex zu interpretieren

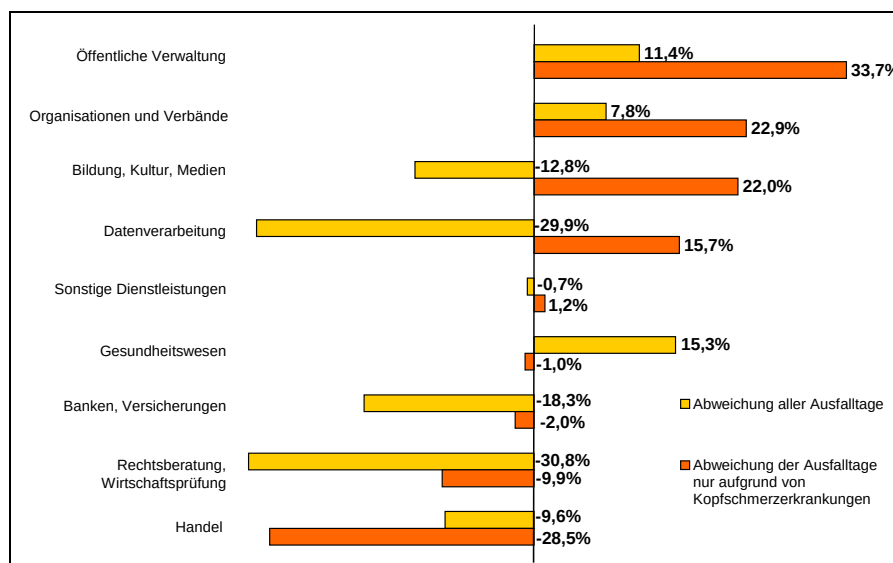
Im „Gesundheitswesen“, ebenfalls eine Branche mit überdurchschnittlichem Krankenstand – aktuell sogar mit dem höchsten Krankenstand im Branchenvergleich –, ist die Zahl der Fehltag aufgrund von Kopfschmerzen wiederum geringfügig unterdurchschnittlich.

Um diese beobachteten Unterschiede richtig werten zu können, ist es sinnvoll, die Zahl der Fehltag ins Verhältnis zum Gesamtkrankenstand der jeweiligen Branche zu setzen (vgl. Abbildung 23): Ist der Krankenstand in einer Branche gegenüber dem DAK-Durchschnitt erhöht, so ist auch eine erhöhte Zahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen zu erwarten. Ist die Erhöhung bei dieser Diagnosegruppe jedoch deutlich stärker ausgeprägt, liegt offenbar ein höheres Erkrankungsrisiko vor.

Zur Wertung der Unterschiede ist es sinnvoll, Fehltag ins Verhältnis zum Gesamtkrankenstand der Branche zu setzen

Abbildung 23

Abb. 23
Abweichung der AU-
Tage aufgrund sämt-
licher Erkrankungen
und aufgrund von
Kopfschmerzerkran-
kungen (G43, G44,
R51) vom DAK-Durch-
schnittwert



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Größte Abweichung
bei den Kopfschmerz-
Fehltagen bei der
„Öffentlichen Verwal-
tung“

Nach der „Öffentlichen Verwaltung“, die mit 33,7% an der Spitze der Abweichungen bei den Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzen gegenüber dem DAK-Durchschnitt steht, folgen die Branchen „Organisationen und Verbände“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“ mit 22,9%, 22,0% bzw. 15,7% mehr „Kopfschmerz-AU-Tagen“.

„Bildung, Kultur, Me-
dien“ und „Datenver-
arbeitung“: Trotz un-
terdurchschnittlichem
Krankenstand über-
durchschnittlich viele
Kopfschmerz-
Fehltag

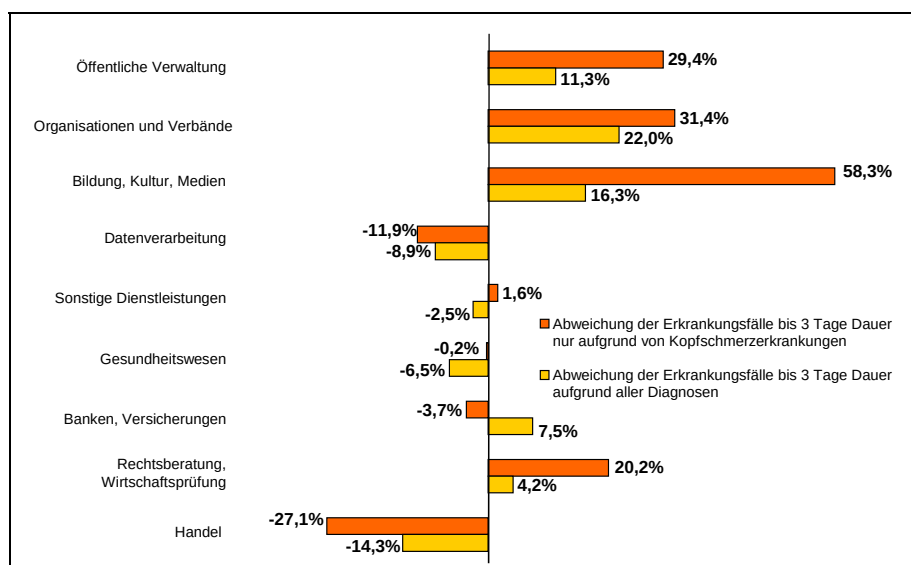
Auch der Gesamtkrankenstand war in der „Öffentlichen Verwaltung“ gegenüber dem durchschnittlichen Krankenstand der DAK-Versicherten erhöht. Mit 11,4% war diese Abweichung ebenfalls größer als bei den „Organisationen und Verbänden“ mit 7,8%.

In den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“ zeigte sich im Vergleich dazu hingegen ein deutlich anderes Bild: Während der Gesamtkrankenstand um 12,8% bzw. sogar 29,9% unter dem DAK-Durchschnitt lag, war die Zahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen gegenüber dem Durchschnitt in beiden Branchen erhöht.

Kopfschmerzen sind
überwiegend Kurzzei-
terkrankungen, des-
wegen sollten insbe-
sondere Kurzzeiter-
krankungsfälle be-
trachtet werden.

Da es sich bei Kopfschmerzerkrankungen – wie die Auswertungen auf den vorhergehenden Seiten zeigen – überwiegend um ein Beschwerdebild von kurzer Dauer handelt, ist es darüber hinaus informativ, die Anzahl der Erkrankungsfälle bis zu drei Tagen Dauer zu betrachten. Um hier eine Vergleichbarkeit zwischen der Diagnosegruppe der Kopfschmerzerkrankungen und allen Diagnosen herzustellen, wird dafür die Abweichung der Anzahl der Erkrankungsfälle (pro 100 Versichertenjahre) vom jeweiligen DAK-Durchschnittswert für Kopfschmerzdiagnosen und alle Diagnosen betrachtet (vgl. Abbildung 24).

Abbildung 24



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Betrachtet man nun die Abweichung der Anzahl der Erkrankungsfälle bis drei Tage Dauer aufgrund von Kopfschmerzen sowie aufgrund aller Diagnosen, so zeigt sich:

- Kopfschmerzdiagnosen verursachen besonders in der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ Kurzzeitfehlzeiten: Mit 58,3% mehr Arbeitsunfähigkeiten bis drei Tage Dauer aufgrund von Kopfschmerzen im Vergleich zum DAK-Durchschnitt dominiert diese Diagnosegruppe in dieser Branche deutlich bei den Kurzzeiterkrankungsfällen. Bei der Betrachtung aller Diagnosen zeigten sich derartige Unterschiede nicht.
- In der „Öffentlichen Verwaltung“ resultieren im Vergleich zu allen Diagnosen ebenfalls deutlich mehr Kurzzeitfehlzeiten aus Kopfschmerzen gegenüber dem DAK-Durchschnitt.
- Bei den „Organisationen und Verbänden“ verursachen Kopfschmerzerkrankungen zwar ebenfalls überdurchschnittlich viele Kurzzeit-Erkrankungsfälle, der Unterschied zu allen Diagnosen ist aber weniger ausgeprägt.
- In der Branche „Datenverarbeitung“ treten Kurzzeiterkrankungsfälle hingegen sowohl aufgrund von Kopfschmerzdiagnosen als auch aufgrund aller Diagnosen unterdurchschnittlich auf.

Abb. 24
Abweichung der AU-Fälle bis drei Tage Dauer aufgrund sämtlicher Erkrankungen und aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen (G43, G44, R51) vom DAK-Durchschnittswert

Kopfschmerzdiagnosen verursachen besonders in der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ Kurzzeitfehlzeiten

Auch mehr Kurzzeitfehlzeiten in der „Öffentlichen Verwaltung“ und bei „Organisationen und Verbänden“, wegen Kopfschmerzen

	Insgesamt betrachtet, ergeben sich folgende Schlussfolgerungen zur Bedeutung von Kopfschmerzen als Arbeitsunfähigkeitsgrund nach Branchen:
Kopfschmerzrisiko in einigen Branchen erhöht	➤ Insbesondere in den Branchen „Datenverarbeitung“ und „Bildung, Kultur, Medien“, aber auch in der „Öffentlichen Verwaltung“ und bei den „Organisationen und Verbänden“ ist das Risiko für Kopfschmerzen erhöht. ➤ In den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Organisationen und Verbände“ fehlen Kopfschmerz-Betroffene dabei vor allem kurzfristig am Arbeitsplatz. ➤ In der „Öffentlichen Verwaltung“ sind Kurzzeiterkrankungsfälle aufgrund von Kopfschmerzen zwar ebenfalls überdurchschnittlich; die Spitzenposition hinsichtlich der Fehltage resultiert aber verstärkt auch aus längeren Falldauern bei den Erkrankten. ➤ Die überdurchschnittliche Zahl an Fehltagen wegen Kopfschmerzen in der „Datenverarbeitung“ resultiert auch vornehmlich aus längeren AU-Fällen. Dafür spricht sowohl die vergleichsweise geringe Erkrankungshäufigkeit als auch die unterdurchschnittliche Zahl an Kurzzeiterkrankungsfällen. Auffällig ist besonders die überdurchschnittliche Zahl an „Kopfschmerz-Fehltagen“ bei gleichzeitig deutlich unterdurchschnittlichem Gesamtkrankenstand. Dieses gegenläufige Bild zeigt sich zwar auch in der Branche „Bildung, Kultur, Medien“, hier aber weniger ausgeprägt.
Bedeutung von Kopfschmerzdiagnosen im „Gesundheitswesen“ vergleichsweise gering	➤ Anders ist die Situation im „Gesundheitswesen“: Während der Gesamtkrankenstand gegenüber dem DAK-Durchschnitt hier deutlich erhöht ist, ist die Zahl der Ausfalltage aufgrund von Kopfschmerzen geringfügig unterdurchschnittlich. Die Bedeutung dieser Diagnosegruppe im „Gesundheitswesen“ erscheint demnach – relativ zum Gesamtkrankenstand betrachtet – vergleichsweise gering.
Kopfschmerzerkrankungen haben überwiegend in Branchen mit vielen Kurzzeiterkrankungsfällen eine größere Bedeutung	Insgesamt verwundert nicht, dass Kopfschmerzerkrankungen überwiegend in Branchen mit einer großen Zahl von Kurzzeiterkrankungsfällen eine höhere Bedeutung haben. Bereits im DAK-Gesundheitsreport 2004 mit dem Schwerpunktthema Kurzzeiterkrankungen wurden in den Branchen „Organisationen und Verbände“, „Öffentliche Verwaltung“ sowie „Bildung, Kultur, Medien“ die höchsten Zahlen an Kurzzeiterkrankungsfällen beobachtet.
Ursachen können vielschichtig sein	Ursachen für die größere Bedeutung von Kopfschmerzen in den Branchen „Öffentliche Verwaltung“, „Organisationen und Verbänden“, „Bildung, Kultur, Medien“ und insbesondere „Datenverarbeitung“ können vielschichtig sein.

Die im Zusammenhang mit Kopfschmerzerkrankungen und der Arbeitswelt diskutierten Faktoren haben vor allem in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Öffentlichen Verwaltung“, aber auch in der „Datenverarbeitung“ einen hohen Stellenwert. Zu einer Steigerung der Arbeitsbelastung trägt außerdem eine in vielen Bereichen ausgedünnte Personaldecke bei. Kommt zu einer ohnehin hohen Arbeitsbelastung noch Termindruck hinzu, wirkt sich dies als weiterer Stressfaktor aus.

Eine hohe Arbeitsbelastung, und Termindruck können vermehrt zu Stress führen

Darüber hinaus ist noch ein weiterer Aspekt im Kontext mit der Arbeitswelt bedeutsam: Die Tatsache, dass viele Betroffene aufgrund von Kopfschmerzen nur kurzzeitig am Arbeitsplatz fehlen, ist im betrieblichen Arbeitsablauf oft schwer zu bewältigen. Nach Ergebnissen des DAK Gesundheitsreports 2004 mit dem Schwerpunkt *Kurzzeiterkrankungen* sind gerade kurze Fehlzeiten ein wichtiges betriebliches Problem, insbesondere in Kleinbetrieben.

Problematisch ist: kurzzeitige Fehlzeiten beeinträchtigen betriebliche Arbeitsabläufe

Fazit

Die Auswertung der AU-Daten hat gezeigt, dass Frauen insgesamt zwar mehr Fehltag aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen haben als Männer, ursächlich hierfür ist aber nahezu ausschließlich das häufigere Auftreten von Migräne bei Frauen: Im Mittel leiden dreimal so viele Frauen an Migräne wie Männer.

Auffällig war außerdem, dass Kopfschmerzerkrankungen gerade bei den 15- bis 24-Jährigen häufig sind und zu vergleichsweise vielen AU-Tagen führten. Dies zeigte sich auch in Schleswig-Holstein. Wie die Auswertung auf Bundesebene ergab, ist die Zahl an Fehltagen bei jungen männlichen Versicherten insbesondere auf der Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“, d. h. auf einen Kopfschmerz als Allgemeinsymptom, zurückzuführen.

In einer mit Blick auf die Bedeutung von Kopfschmerzerkrankungen außerdem vorgenommenen Branchenauswertung zeigte sich, dass Kopfschmerzen in der „Öffentlichen Verwaltung“ und in den Branchen „Organisationen und Verbände“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“ eine überdurchschnittliche Bedeutung haben.

Insgesamt betrachtet, spielt die Diagnose ‚Kopfschmerz‘ für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufgrund der überwiegend kurzen Fehlzeiten quantitativ jedoch keine große Rolle: Die Anzahl der „bekannten“ Fehltag ist geringer als die wahrscheinlich tatsächlich auftretenden Fehlzeiten, die gerade wegen ihrer kurzen Dauer in den Daten unterrepräsentiert sind. Zudem gehen viele Betroffene trotz Kopfschmerzen zur Arbeit, obwohl sie nicht voll leistungsfähig sind. Dieser Problematik widmet sich das nächste Kapitel.

3.2 In welchem Maß beeinträchtigt speziell Migräne die Leistungsfähigkeit im Beruf?

Migräne beeinträchtigt zum Teil maßgeblich Lebensqualität und Leistungsfähigkeit

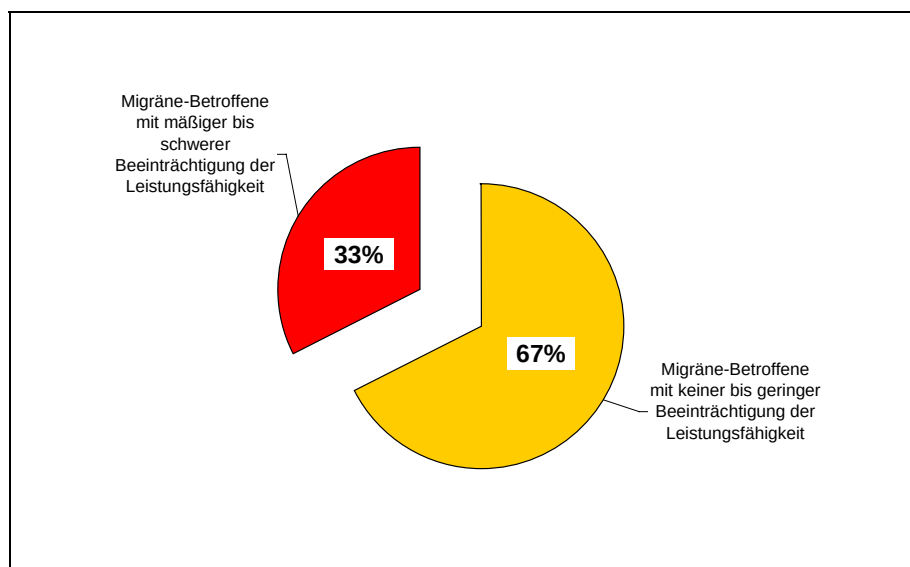
Menschen, die unter Migräne leiden, sind zum Teil erheblich in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Viele Betroffene sind nicht in der Lage, ihren gewohnten Tätigkeiten nachzugehen: 80% der Migräne-Betroffenen müssen während einer Attacke, die bis zu 72 Stunden andauern kann, ihre beruflichen und sozialen Aktivitäten unterbrechen.¹⁹ Die Leistungsfähigkeit im privaten bzw. beruflichen Bereich ist infolge einer Migräne demnach maßgeblich eingeschränkt.

Dies zeigt auch die DAK-Bevölkerungsbefragung: Nahezu jeder dritte Migräne-Betroffene (33%) ist bei Tätigkeiten im beruflichen und privaten Bereich mäßig bis schwer beeinträchtigt (vgl. Abbildung 25). Von 326 Befragten, die nach eigenen Angaben unter Migräne leiden, sind dies 106 Befragte.

Abbildung 25

Abb. 25
Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (Beruf/ Haushalt/ Freizeit) bei Migräne-Betroffenen [N=326]

Erhebung:
MIDAS Fragebogen



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung wurde der Grad der Beeinträchtigung mit dem so genannten MIDAS-Fragebogen erhoben

Ermittelt wurde der Grad der Beeinträchtigung dabei mit dem so genannten „Migraine Disability Assessment Questionnaire“, kurz MIDAS-Fragebogen. Dieser Fragebogen zielt auf die Lebensbereiche Beruf, Haushalt und Familie bzw. Freizeit ab. Die Befragten geben jeweils die Anzahl der Tage an, an denen sie in den genannten Bereichen ihren Tätigkeiten nicht nachkommen konnten bzw. sich bei Ausübung der Tätigkeiten beeinträchtigt fühlten. Aus der Anzahl der angegebenen Tage wird ein Score-Wert ermittelt, der den Grad der Beeinträchtigung aufgrund der Beschwerden widerspiegelt.

¹⁹ Göbel, H.: Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2004).

Im Vergleich dazu sind Betroffene, die unter Kopfschmerzen, eigenen Angaben zu Folge aber nicht unter Migräne leiden, erheblich weniger in ihrer Leistungsfähigkeit in den genannten Bereichen beeinträchtigt. Tabelle 5 zeigt hierzu die differenzierte Auswertung des MIDAS-Fragebogens hinsichtlich des Grades der Beeinträchtigung aufgrund von Kopfschmerzen bzw. speziell Migräne.

Kopfschmerz-Betroffene sind insgesamt weniger beeinträchtigt als Migräne-Betroffene

Insgesamt werden hinsichtlich des Beeinträchtigungsgrades vier Abstufungen unterschieden. Dabei zeigt sich, dass acht von zehn Kopfschmerz-Betroffenen aufgrund ihrer Kopfschmerzen nicht nennenswert im beruflichen und außerberuflichen Bereich beeinträchtigt sind. Bei denjenigen, die angegeben haben, speziell unter Migräne zu leiden, sind im Vergleich dazu weniger als die Hälfte dem MIDAS-Score zu Folge wenig oder gar nicht beeinträchtigt.

Der Anteil der mäßig bis schwer beeinträchtigten Kopfschmerz-Betroffenen ist mit insgesamt unter 7% im Vergleich zu den Migräne-Betroffenen, von denen jeder Dritte in diese Kategorie der Beeinträchtigung fällt, deutlich geringer.

Jeder dritte Migräne-Betroffene ist mäßig bis schwer beeinträchtigt

Tabelle 5: Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit insgesamt

Grad der Beeinträchtigung	Migräne-Betroffene	Kopfschmerz-Betroffene
wenig oder gar keine Beeinträchtigung	46,3%	81,6%
geringe Beeinträchtigung	21,2%	11,7%
mäßige Beeinträchtigung	21,1%	4,2%
schwere Beeinträchtigung	11,5%	2,5%

Migräne-Betroffene N=326; Kopfschmerz-Betroffene N=386
DAK Bevölkerungsbefragung 2006, Ergebnisse des MIDAS-Fragebogens

Aufgrund des insgesamt höheren Beeinträchtigungsgrades der Migräne-Betroffenen wird diese Gruppe im Folgenden näher betrachtet. Zunächst werden spezifische Charakteristika der Migräne-Attacken bei den stärker beeinträchtigten (N=106) und den kaum beeinträchtigten Migräne-Betroffenen (N=220) verglichen. Anschließend werden speziell Beeinträchtigungen im beruflichen Bereich infolge Migräne näher analysiert.

Häufigkeit, Dauer und Schmerzintensität von Migräne-Attacken

Mäßig bis schwer beeinträchtigte Migräne-Betroffene weisen im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung mehrheitlich eine höhere Attackenhäufigkeit und eine längere Attackendauer auf als Migräne-Betroffene mit keiner bis geringer Beeinträchtigung im beruflichen und außerberuflichen Alltag (vgl. Abbildung 26).

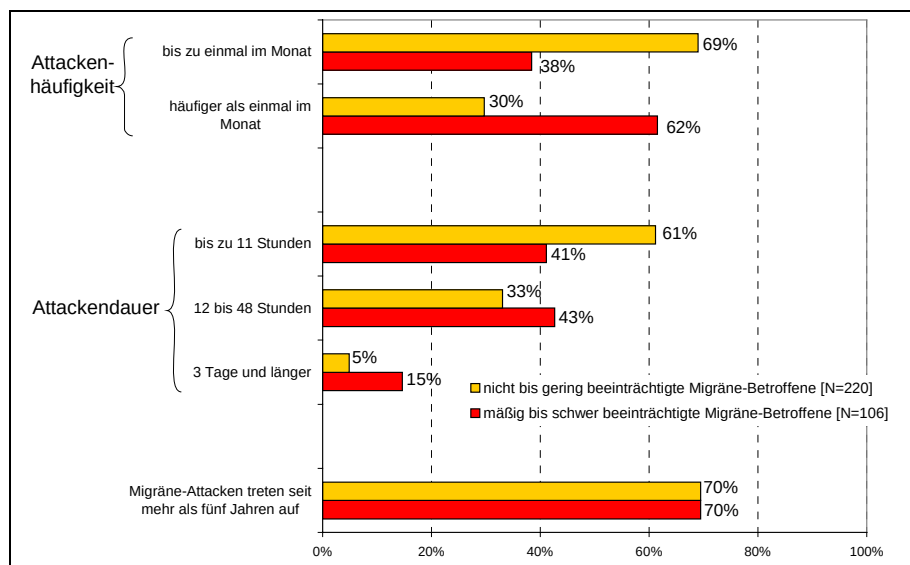
Höhere Attackenhäufigkeit und längere Attackendauer bei stärker beeinträchtigten Migräne-Kranken

Abbildung 26

Abb. 26
„Wie häufig hatten Sie in den letzten 6 Monaten Migräne?“

„Wie lange dauert ein Migräne-Anfall bei Ihnen durchschnittlich an?“

„Seit wann treten bei Ihnen Migräne-Anfälle auf?“



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Hinsichtlich des Zeitpunktes, seit dem die Migräne-Attacken bei den Betroffenen bestehen, zeigt sich hingegen kein Unterschied: Bei jeweils 70% treten die Attacken seit mehr als fünf Jahren auf.

Dies ist nicht überraschend, denn aus der Literatur ist bekannt, dass eine Migräne bei den Betroffenen im Mittel 14 Jahre besteht.²⁰ Migräne-Kranke leiden im Mittel unter ein bis zwei Migräne-Attacken pro Monat. Die Schmerzphase einer Migräne-Attacke dauert dabei zwischen 4 bis 72 Stunden.

Stärker beeinträchtigte Migräne-Betroffene leiden erwartungsgemäß auch zu einem höheren Anteil unter stärkeren Schmerzen

Vergleicht man die beiden Gruppen hinsichtlich der Schmerzintensität der Migräne-Attacken, so zeigt sich auch hier, dass stärker im Lebensalltag beeinträchtigte Migräne-Betroffene zu einem höheren Anteil auch an starken Schmerzen leiden: Auf einer Skala von Null (keine Schmerzen) bis Zehn (unerträgliche Schmerzen) geben 72% der mäßig bis schwer infolge Migräne Beeinträchtigten mindestens einen Skalenwert von Sieben an. Von den nicht bis gering Beeinträchtigten geben 48% mindestens einen Wert von Sieben an.

Bei 11 % sind die Schmerzen sogar unerträglich

11% der schwerer Beeinträchtigten leiden sogar unter unerträglichen Schmerzen (Skalenwert = Zehn). Bei den weniger Beeinträchtigten sind dies zum Vergleich 3,7%.

²⁰Göbel, H. et al.: The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. Cephalalgia 14/2:97-106 (1994).

Beeinträchtigungen infolge von Migräne im beruflichen Bereich

Migräne hat innerhalb der Kopfschmerzerkrankungen die größte Bedeutung für Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Erwartungsgemäß fehlen schwerer beeinträchtigte Migräne-Betroffene zu einem höheren Anteil mindestens einen Tag in einem Zeitraum von drei Monaten am Arbeitsplatz als weniger Beeinträchtigte (vgl. Abbildung 27).

Stärker beeinträchtigte Migräne-Betroffene fehlen auch mehr am Arbeitsplatz

Abbildung 27

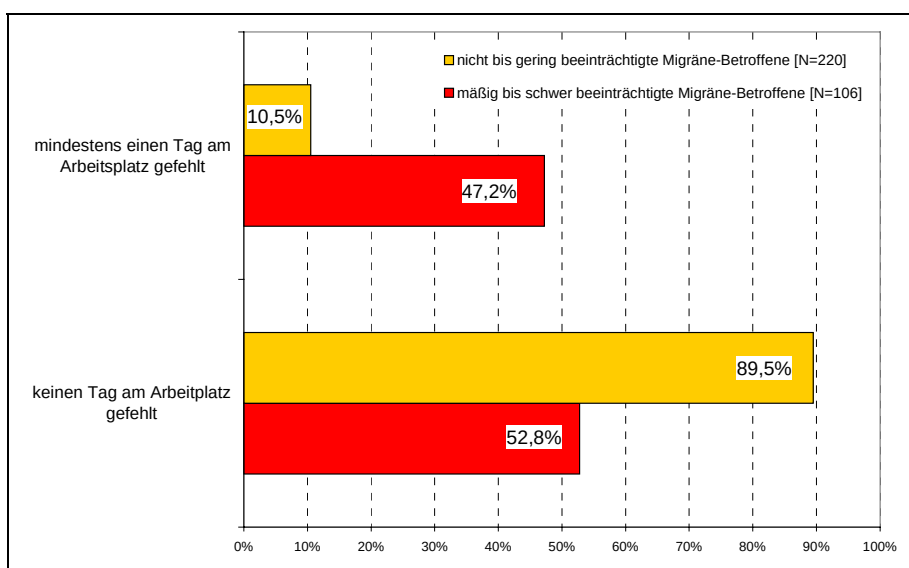


Abb. 27
„An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Ihrer Migräne-Kopfschmerzen nicht zur Arbeit gegangen?“

Erhebung:
MIDAS Fragebogen

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Überraschend ist aber: Von den stärker beeinträchtigten Migräne-Betroffenen haben 53% (N=57) keinen Tag am Arbeitsplatz gefehlt.

Betrachtet man allerdings die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, so wird schnell deutlich: Mäßig bis schwer beeinträchtigte Migräne-Betroffene gehen zwar zur Arbeit, bei 60% ist aber in einem Zeitraum von drei Monaten die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz an bis zu neun Tagen eingeschränkt, bei jedem vierten Betroffenen sogar an 10 Tagen und mehr (vgl. Abbildung 28). In der Gruppe der weniger Beeinträchtigten, die keinen Tag am Arbeitsplatz aufgrund der Migräne gefehlt haben (N=196), ist die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz bei fast 40% an bis zu neun Tagen eingeschränkt.

Bei denen, die trotz stärkerer Beeinträchtigung zur Arbeit gehen, ist die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz an deutlich mehr Tagen eingeschränkt als bei den weniger Beeinträchtigten

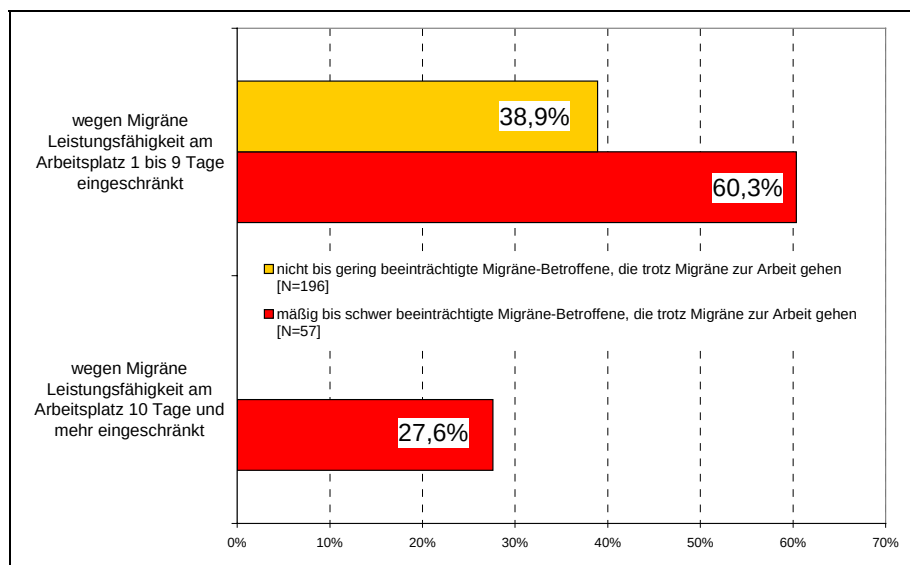
In einer 1993 durchgeführten großen repräsentativen Querschnittsstudie wurde ermittelt, dass bei 65% der Migräne-Attacken eine leichte bis mittelschwere Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit vorliegt. 30% der Attacken sind aufgrund ihrer Schwere tatsächlich mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden.²¹

²¹ Göbel, H.: Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2004).

Abbildung 28

Abb. 28
„An wie vielen Tagen war in den letzten drei Monaten Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz wegen Ihrer Migräne-Kopfschmerzen um die Hälfte oder mehr eingeschränkt?“

Erhebung:
MIDAS Fragebogen



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Auch in anderen Untersuchungen zeigte sich, dass die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz wegen Kopfschmerzen zum Teil erheblich eingeschränkt ist

Aus der MELT-Studie (Migraine's effect on life and treatment), einer unter anderem in Deutschland durchgeführten Querschnittsuntersuchung zu Migräne und Lebensqualität bei 18- bis 35-jährigen erwerbstätigen oder studierenden Frauen, ist bekannt, dass 51% der Befragten in den zurückliegenden Monaten aufgrund von Migräne mindestens einmal am Arbeitsplatz bzw. beim Studium fehlten. Wiederum deutlich mehr, nämlich 74%, sahen sich allerdings nicht in der Lage, den Anforderungen am Arbeitsplatz bzw. beim Studium während einer Migräne-Attacke gerecht werden zu können.²²

Diese Zahlen unterstreichen zum einen die volkswirtschaftliche Bedeutung der Migräne:

Leistungseinbußen verursachen hohe Kosten

- Nach Berechnungen von Gothe und Mitarbeitern entstehen allein aufgrund von Leistungseinschränkungen am Arbeitsplatz infolge Migräne jährlich knapp eine Milliarde Euro Kosten für die Volkswirtschaft.²³ 1,3 Milliarden Euro kommen durch Fehltag hinzu.

Aktuellen europäischen Daten zu Folge belaufen sich die jährlichen Kosten für Fehlzeiten und Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz in Deutschland pro Migräne-Betroffenen auf durchschnittlich 509,- Euro.²⁴

²² Haag, G.: Migräne und Lebensqualität: Ergebnisse der MELT-Studie. Nervenheilkunde 23:297-9 (2004).

²³ Gothe et al.: Die Bedeutung von innovativen Arzneimitteln für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland (2002).

²⁴ Berg, J. und Stovner, L.J.: Cost of migraine and other headaches in Europe. European Journal of Neurology 12 (Suppl. 1):59-62 (2005).

Unter der Annahme, dass 11% der erwerbstätigen Bevölkerung insgesamt²⁵ im Jahr 2005 an Migräne gelitten hat, errechnen sich damit indirekte Kosten infolge Migräne in Höhe von rund 2,2 Milliarden Euro.

Zum anderen wird deutlich, dass viele Migräne-Betroffene offensichtlich trotz verminderter Leistungsfähigkeit, d. h. trotz Beschwerden, zur Arbeit gehen. Die Gründe hierfür können vielfältig sein:

- So können Faktoren aus der Arbeitswelt bzw. auf betrieblicher Ebene zu diesem Verhalten beitragen, wie z. B. eine hohe Arbeitsmotivation, aber auch ein hoher Arbeitsdruck und eine geringe Arbeitsplatzsicherheit. Fühlen sich die Betroffenen aufgrund der genannten Faktoren „gezwungen“ trotz Krankheit am Arbeitsplatz zu erscheinen, spricht man vom Phänomen des „Präsentismus“. Hier handelt es sich sozusagen um eine selbstverordnete „Anwesenheitspflicht“ seitens der Betroffenen.

Die im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2004 durchgeführte Bevölkerungsbefragung zum Thema „Kurzzeiterkrankungen“ zeigte damals, dass auch in Deutschland – zumindest bei leichten Erkrankungen – eine deutlich Neigung vorhanden ist, trotz eingeschränkter Gesundheit der Arbeit nachzugehen.

- Ein derartiges Verhalten speziell im Zusammenhang mit Migräne könnte aber auch aus einer mangelnden Akzeptanz gegenüber der Erkrankung Migräne resultieren. Nach Ergebnissen der MELT-Studie haben mehr als die Hälfte der Vorgesetzten bzw. Dozenten kein Verständnis für Arbeitsausfälle aufgrund einer Migräne.

**Deutlich wird auch:
Viele Betroffene
gehen trotz
Beschwerden zur
Arbeit**

**Verschiedene
Faktoren der
Arbeitswelt können
ein derartiges Ver-
halten bedingen**

**Eine mögliche
Inakzeptanz der
Diagnose „Migräne“
könnte dabei auch
relevant sein**

Fazit

Migräne ist insgesamt mit einer stärkeren Beeinträchtigung im beruflichen und privaten Bereich assoziiert als Kopfschmerzen allgemein. Insgesamt ist jeder dritte Migräne-Betroffene mäßig bis schwer beeinträchtigt. Diese Betroffenen sind aufgrund der Migräne in höherem Maße als weniger Beeinträchtigte arbeitsunfähig. Außerdem zeigt sich deutlich, dass viele, die trotz Migräne zur Arbeit gehen, am Arbeitsplatz nur eingeschränkt leistungsfähig sind. Fehlzeiten und Produktionsausfälle verursachen wiederum erhebliche volkswirtschaftliche Kosten, vom persönlichen Leid der Betroffenen ganz zu schweigen. Um so wichtiger ist eine adäquate Therapie. Doch gerade hier gibt es Defizite. Betroffen sind nicht nur Migräne-Kranke, wie das nachfolgende Kapitel aufzeigt.

²⁵ Statistisches Bundesamt (2006).

3.3 Wie sieht die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland aus?

Wenn der Schmerz im Kopf mal wieder unerträglich wird bzw. gerade „unpassend“ ist, weil wichtige Tätigkeiten z. B. im Beruf, aber auch im Privatleben anstehen, greifen viele Betroffene zu Schmerzmitteln.

Viele Betroffene nehmen bei Kopfschmerzen selbstverordnete Schmerzmittel

„Pro Jahr werden etwa 70% aller in Deutschland verkauften rund 150 Mio. Schmerzmittelpackungen ohne Rezept in der Apotheke gekauft – plakatativ könnte man sagen, dass die Schmerztherapie, vor allem die Therapie von Kopfschmerzen, eine Therapie im Rahmen der Selbstmedikation darstellt.“

*Prof. Gerd Glaeske,
Universität Bremen*

Nach Ergebnissen des Bundesgesundheitssurveys von 1998 nehmen 10% der Männer und 18% der Frauen mindestens einmal im Monat, 5% bzw. 9% mindestens einmal in der Woche Schmerzmittel ein.²⁶ Jeweils weitere 33% gaben einen seltenen Schmerzmittelkonsum an. Im Jahr 2000 nahmen nach Ergebnissen einer Befragung zum Einsatz von Selbstmedikationspräparaten in Deutschland fast 49 Millionen Bundesbürger selbstverordnete Schmerzmittel.²⁷

Im Jahr 2003, dem Jahr bevor die Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente aufgehoben wurde, entfiel allein fast ein Drittel des Gesamt-Umsatzes an nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten auf Schmerzmittel (Analgetika), speziell auf Präparate mit den Substanzen Acetylsalicylsäure und Paracetamol.²⁸

Da diese beiden Substanzen seit 2004 nur noch in Ausnahmefällen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind, bildet das Verordnungsvolumen in Höhe von 69 Millionen Tagesdosen an Acetylsalicylsäure und Paracetamol innerhalb der Gruppe der Schmerzmittel im Jahr 2005 nur einen kleinen Anteil des tatsächlichen Konsums ab. Der reale Schmerzmittelverbrauch liegt um ein Vielfaches höher.

Die DAK-Bevölkerungsbefragung ergab, dass 62% der unter Kopfschmerz allgemein leidenden Bevölkerung und 54% der speziell von Migräne Betroffenen rezeptfreie Schmerzmittel einnehmen (vgl. Abbildung 35). 9% der Kopfschmerz-Betroffenen und 44% der Migräne-Betroffenen gaben an, ärztlich verordnete Schmerzmittel einzunehmen. Bei den Migräne-Betroffenen sind es wiederum die stärker Beeinträchtigten, die zu einem höheren Anteil verschreibungspflichtige Schmerzmittel nehmen (60% gegenüber 39% bei den kaum Beeinträchtigten).

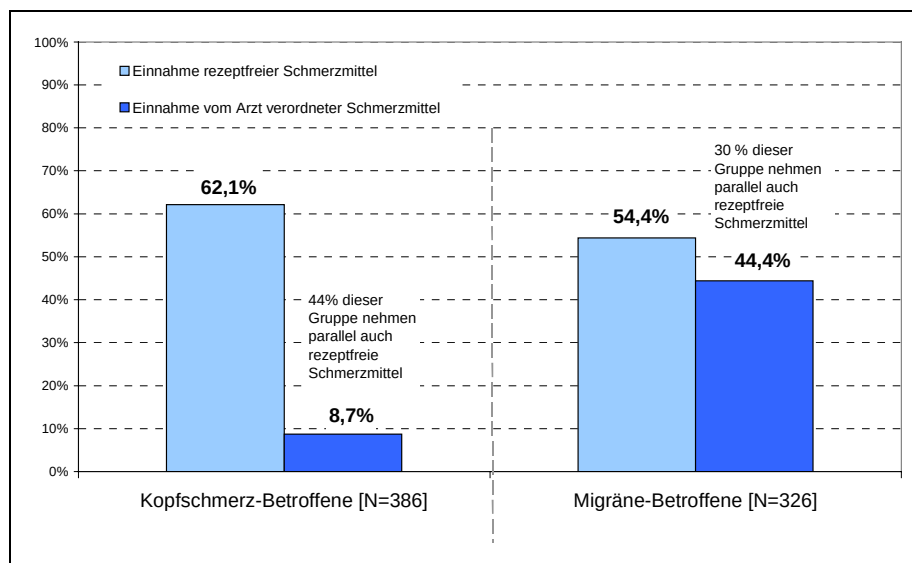
Interessant ist, dass fast jeder dritte Migräne-Betroffene, der verschreibungspflichtige Medikamente einnimmt, parallel auch rezeptfreie Schmerzmittel zur Schmerztherapie einsetzt. Bei den Kopfschmerz-Betroffenen war dieser Anteil sogar noch höher.

²⁶ Diemer, W. und Buchert, H.: Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7 (2002).

²⁷ Entnommen aus: Göbel, H. Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer Verlag (2004).

²⁸ Arzneiverordnungs-Report (2004 bzw. 2006).

Abbildung 29

Abb. 29
Einnahme rezeptfreier und rezeptpflichtiger Schmerzmittel in Deutschland

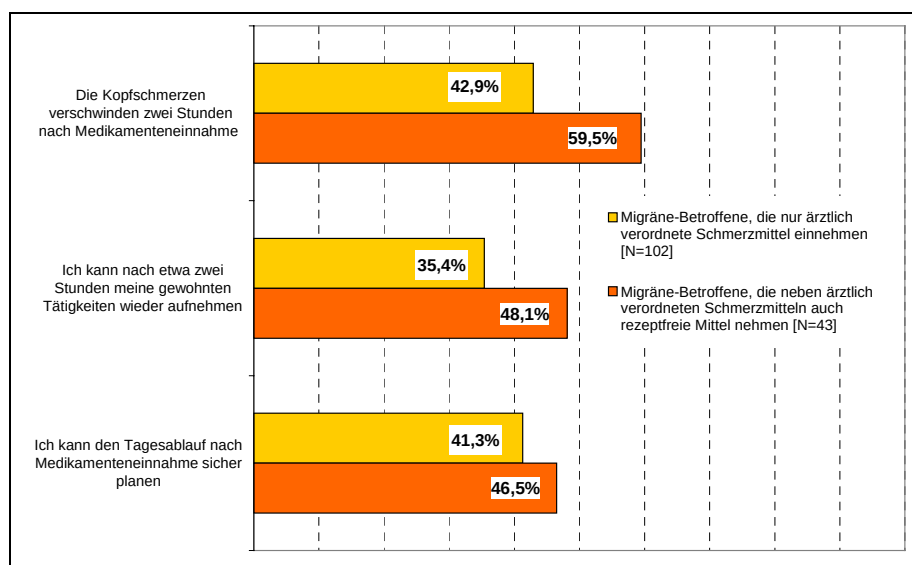
Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Dies könnte darauf hindeuten, dass diese Betroffenen mit der ärztlich verordneten medikamentösen Therapie nicht ausreichend zufrieden sind, so dass sie auch rezeptfreie Medikamente einnehmen.

Gestützt wird diese Vermutung durch Ergebnisse zur Therapiequalität bei Migräne: Offenbar erfahren Migräne-Betroffene, die ausschließlich ärztlich verordnete Schmerzmittel einnehmen, zu einem geringeren Anteil eine Besserung der Symptomatik als diejenigen, die auch freiverkäufliche Schmerzmittel nehmen (vgl. Abbildung 30).

Möglicherweise erhalten nicht alle die optimale medikamentöse Therapie

Abbildung 30

Abb. 30
„Bitte sagen Sie, ob die genannten Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht: ...“

Fragen entnommen aus dem so genannten Migraine-ACT (Migraine Assessment of Current Therapy Questionnaire), einem Fragebogen zur Bewertung der Therapiequalität bei Migräne

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Neben einer richtigen Anwendung von Schmerzmitteln seitens der Betroffenen

...

... ist auch zu hinterfragen, ob die seitens des Arztes gewählte Therapie adäquat ist

In der Konsequenz heißt dies allerdings nicht, dass eine (begleitende) Selbstmedikation forciert werden sollte. Vielmehr sollte auf Seiten der Patienten hinterfragt werden, ob die Betroffenen die Schmerzmittel richtig anwenden. Wichtig ist hier vor allem eine rechtzeitige Einnahme und eine ausreichende Dosierung.

Auf Seiten der Ärzte stellt sich die Frage, ob die eingesetzte Therapie auch die Richtige ist. Neben dem Kenntnisstand bezüglich der Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzerkrankungen ist auch ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis bedeutsam. Kopfschmerz-Patienten erleben nicht selten eine Odyssee, bis eine wirksame und adäquate Therapie gefunden ist.

Zweifelsohne, nicht jeder, der „mal“ Kopfschmerzen hat, braucht ärztlichen Rat. Treten die Beschwerden allerdings immer wieder oder plötzlich sehr stark auf, sind mit erheblichem Leidensdruck und Einbußen der Leistungsfähigkeit verbunden, ist eine ärztliche Abklärung wichtig. Doch viele Betroffene gehen trotz stärkeren Beeinträchtigungen nicht zum Arzt.

Wie viele Betroffene konsultieren aufgrund von Kopfschmerzen bzw. speziell Migräne einen Arzt?

73% der Migräne-Betroffenen und 29% der Kopfschmerz-Betroffenen waren wegen ihrer Beschwerden beim Arzt – dies ergab die DAK Bevölkerungsbefragung

73,3%, d. h. 239 der 326 Migräne-Betroffenen, und 28,9%, d. h. 112 der 386 Kopfschmerz-Betroffenen, waren wegen ihrer Beschwerden bei einem Arzt, wobei Frauen anteilig häufiger zum Arzt gehen als Männer (Migräne: 77,9% gegenüber 64,2%, Kopfschmerz: 32% gegenüber 26%). Dies ist allerdings kein Kopfschmerz-spezifisches Phänomen: Frauen suchen allgemein häufiger einen Arzt auf als Männer.²⁹

Des Weiteren beeinflusst der Grad der Beeinträchtigung die Bereitschaft, zum Arzt zu gehen: Von mäßig bis schwer beeinträchtigten Migräne-Betroffenen (N=106) haben insgesamt 87% einen Arzt aufgesucht, von den nicht bis gering Beeinträchtigten (N=220) taten dies 66,4%.

In der 1993 durchgeführten großen Kopfschmerz-Studie von Göbel et al. waren insgesamt 62% der Migräne-Patienten im Laufe ihres Lebens mindestens einmal bei einem Arzt.

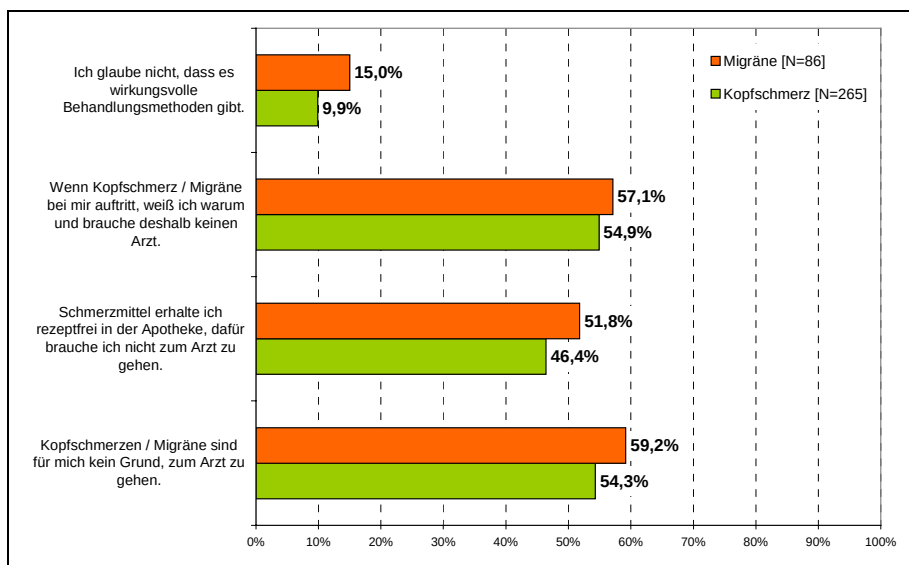
Von denen, die nicht beim Arzt waren ...

Befragt man diejenigen, die noch keinen Arzt aufgesucht haben (hier 86 Migräne-Betroffene und 265 Kopfschmerz-Betroffene³⁰), warum sie dies bisher nicht getan haben, so zeigen sich interessanterweise hinsichtlich der Häufigkeit der in Abbildung 31 genannten Gründe keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Gruppen.

²⁹ Habermann-Horstmeier, L. Geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung: Sind Frauen anders krank als Männer? Pflegezeitschrift 7:414-415 (2005).

³⁰ Ein Migräne-Betroffener und neun Kopfschmerz-Betroffene haben auf die Frage, ob sie schon einmal einen Arzt aufgesucht haben, keine Angabe gemacht.

Abbildung 31



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Erfreulich ist, dass mehr als die Hälfte der Betroffenen angibt, die auslösenden Faktoren ihrer Kopfschmerzen bzw. Migräne zu kennen. Dies ist wichtig, weil durch Kenntnis der Triggerfaktoren – sofern diese beeinflussbar sind – den Schmerzattacken vorgebeugt werden kann.

Offensichtlich, und dies spricht für Enttäuschung und Unkenntnis, glauben allerdings 15 % der Migräne-Betroffenen nicht, dass es wirkungsvolle Behandlungsmethoden gibt. Vor dem Hintergrund, dass es gerade im Bereich der Migräne durch den Einsatz einer bestimmten Substanzgruppe, den so genannten Triptanen, große Fortschritte in der Akuttherapie von Migräne-Attacken in den zurückliegenden Jahren gegeben hat, ist dieser Befund bedenkenswert. Hier ist zweifelsohne mehr Aufklärung in der Bevölkerung nötig.

Gehen die Betroffenen zum Arzt, ist ein ausführliches Anamnesegespräch zentrales Element zur Diagnose der Kopfschmerz-erkrankungsform: Der Arzt braucht Informationen zu Art, Dauer, Häufigkeit, Schmerzstärke und -lokalisierung sowie zu den Begleitsymptomen der Kopfschmerzen. Apparative diagnostische Maßnahmen sind hingegen in vielen Fällen nicht nötig.

Die verschiedenen Kopfschmerzformen erfordern unterschiedliche Therapieregime. Die Kenntnis der vorliegenden Kopfschmerz-erkrankung ist deshalb zentrale Voraussetzung für eine adäquate, leitliniengerechte Therapie. Allerdings, nicht mit jedem Betroffenen wird vor Beginn der Behandlung ausführlich über die Charakteristika seines Beschwerdebildes gesprochen: Jeder fünfte Kopfschmerz-Betroffene und 12% der Migräne-Betroffenen verneinen ein ausführliches Anamnesegespräch mit dem Arzt (vgl. Abbildung 32).

Abb. 31
„Warum haben Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen / Migräne bisher noch keinen Arzt aufgesucht?“

(Mehrfachnennungen möglich)

... kennen viele ihre „Kopfschmerz-Auslöser“

... glauben 15%, es gäbe keine wirkungsvollen Behandlungsmethoden

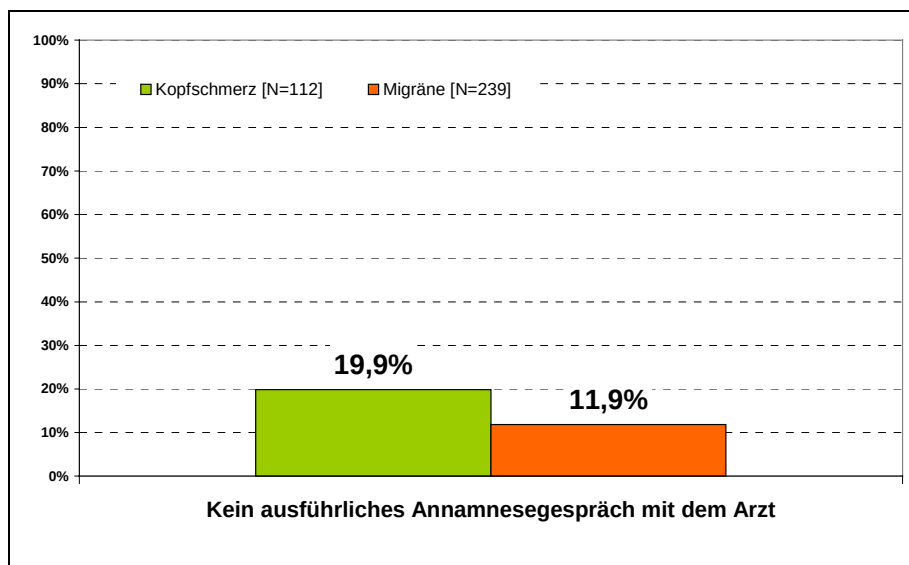
Für die Diagnostik von Kopfschmerz-erkrankungen ist ein ausführliches Anamnesegespräch wichtig

Doch nicht mit jedem Betroffenen wird ausführlich über die Beschwerden gesprochen

Abbildung 32

Abb. 32
Frage: „Haben Sie vor Beginn Ihrer Behandlung mit Ihrem behandelnden Arzt ausführlich über Ihre Kopfschmerzen / Migräne gesprochen?“

Gemeint ist hier z. B. wie häufig und wie lange die Schmerzen auftreten, wo es genau weh tut und wie stark die Schmerzen sind.“



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Erfreulich ist allerdings, dass bei der deutlichen Mehrheit der Betroffenen nach eigenen Angaben ein ausführliches Anamnesegespräch erfolgt ist.

Hinzu kommt:
Nicht immer ist die Diagnose richtig

Offen bleibt jedoch, ob letztlich auch die richtige Diagnose gestellt wurde. Auf der Jahrestagung der Europäischen Neurologengesellschaft im Jahr 2006 wurde bemängelt, dass viele Migräne-Patienten oft unnötig leiden müssten, weil ihre Erkrankung nicht korrekt diagnostiziert bzw. überhaupt erkannt würde.

In der Kopfschmerzstudie von 1993 erhielten 42% der Migräne-Kranken, die die IHS-Kriterien für „Migräne“ erfüllten, die Diagnose „Störungen des Bewegungsapparates“. Eine „Migräne“ wurde zwar als zweithäufigste Diagnose gestellt, allerdings nur bei 26%.³¹

Im Rahmen der DAK Bevölkerungsbefragung gaben hingegen 239 der 326 Migräne-Betroffenen, d. h. 84%, eine ärztliche Bestätigung der Diagnose „Migräne“ an. Ob diese Diagnose im Einzelfall korrekt ist, bleibt offen.

Nicht immer wird über Risiken einer Schmerzmitteleinnahme aufgeklärt

Auch auf der Seite der Therapie scheint es Verbesserungsbedarf zu geben. Dies gilt unter anderem für die Aufklärung hinsichtlich der Folgen und Risiken eines übermäßigen Schmerzmittelkonsums. Wie aus Abbildung 33 deutlich wird, wurden 40% der Kopfschmerz-Patienten und fast jeder vierte Migräne-Patient nicht über die Risiken einer Schmerzmitteleinnahme aufgeklärt.

³¹ Göbel, H. et al.: The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. Cephalalgia 14/2:97-106 (1994).

Abbildung 33

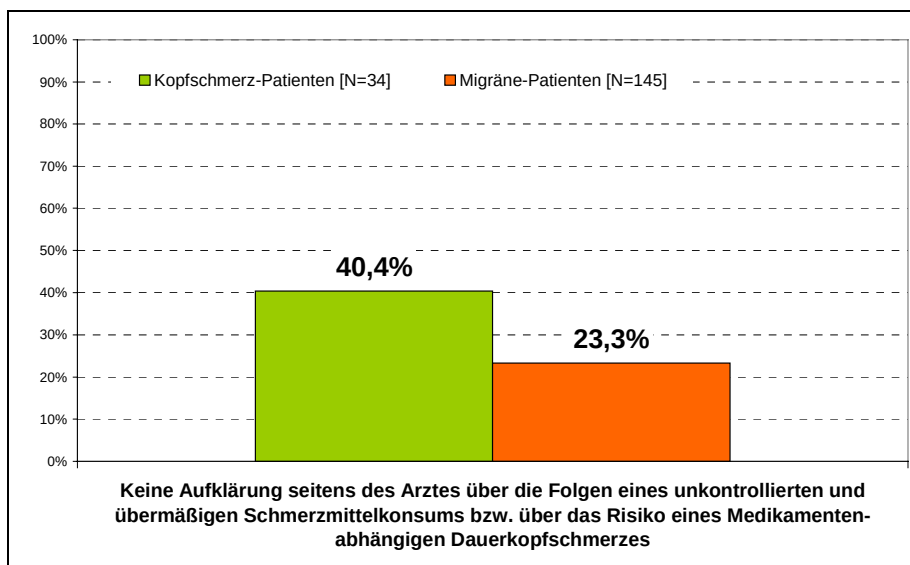


Abb. 33

Frage: „Hat Ihr behandelnder Arzt Sie über die Folgen eines unkontrollierten und übermäßigen Schmerzmittelkonsums aufgeklärt?“

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Denn, werden Schmerzmittel zu häufig und über lange Zeiträume eingenommen, besteht bei den Kopfschmerz- bzw. Migräne-Betroffenen nicht nur die Gefahr eines medikamenten-bedingten Dauerkopfschmerzes, sondern es steigt auch das Risiko für organische Folgeschäden, z. B. an den Nieren. Schätzungen zu Folge werden 20 – 30% der Dialysepatienten wegen eines zu hohen Schmerzmittelkonsums dialysepflichtig.³²

Vor dem Hintergrund, dass Betroffene, die ihre Schmerzmittel ärztlich verordnet bekommen, dazu neigen, höhere Dosen einzunehmen als diejenigen die Selbstmedikation betreiben, ist mehr Aufklärung auch seitens der Ärzte dringend erforderlich.

Studien zu Folge leiden bis zu 1,5% der erwachsenen Bevölkerung an einem Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerz, Tendenz steigend. Erschreckend ist, dass auch Kinder schon betroffen sind.³³ Im nachfolgenden Exkurs wird diesem selbstverursachten Gesundheitsproblem deshalb ein besonderes Augenmerk gewidmet.

„Die frühzeitige Aufklärung von Kopfschmerzpatienten bezüglich der Gefahren der Entwicklung eines medikamenten-induzierten Kopfschmerzes zum einen und die Bereitstellung nicht-medikamentöser Maßnahmen als gleichwertige Therapieansätze sind wichtige Basismaßnahmen in der Kopfschmerztherapie.“

*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

³² Göbel, H. Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag (2004).

³³ Obermann, M. et al.: Medication overuse headache. Expert Opinion on Drug Safety. 5(1):49-56 (2006).

Exkurs: Medikamenten-induzierter Dauerkopfschmerz

„Die Aufklärung eines medikamentenfehlgebrauchenden Patienten ist schwer, da dieser über Jahre, manchmal Jahrzehnte, gelernt hat, dass ihm Medikamente in der Kupierung von Kopfschmerzen gut helfen. Es fällt den meisten Patienten schwer einzusehen, dass sich bei Übergebrauch von Medikamenten ein eigener Kopfschmerztypus einstellen kann.“

*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

„Dass Schmerzmittel bei Kopfschmerzpatienten selber Kopfschmerzen hervorrufen können, ist nicht allgemein bekannt.“

*Prof. Andreas Straube,
Klinikum Großhadern,
München*

Fehlverhalten und Wissensdefizite können Kopfschmerzen chronifizieren

Der Medikamenten-induzierte Dauerkopfschmerz ist nach Spannungskopfschmerz und Migräne mittlerweile die dritthäufigste Kopfschmerzform in der Bevölkerung. Bei 80% der Betroffenen besteht ein täglicher Kopfschmerz vom Aufwachen bis zum Schlafengehen.

Noch immer wird das Auftreten dieser Erkrankung allgemein unterschätzt. Die wenigsten Betroffenen wissen, dass sich ihr Kopfschmerz aufgrund der Schmerzmitteleinnahme verschlimmert hat.

Hauptcharakteristika eines Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes sind:

- Kopfschmerzen bestehen an mehr als 15 Tagen im Monat
- Schmerzmittel werden an mindestens 15 Tagen im Monat eingenommen (Triptane mindestens 10 Tage im Monat)
- Die Einnahme erfolgt kontinuierlich seit mindestens drei Monaten
- Und nicht zuletzt, die Beschwerden verschwinden nach Absetzen der Schmerzmedikation

Um das Ausmaß noch einmal deutlich zu machen: 1,6% der Männer und 2,2 % der Frauen nehmen in Deutschland täglich Schmerz und Migränemittel.³⁴ Hochgerechnet auf die Bevölkerung sind dies mehr als 500.000 Männer und fast 800.000 Frauen.

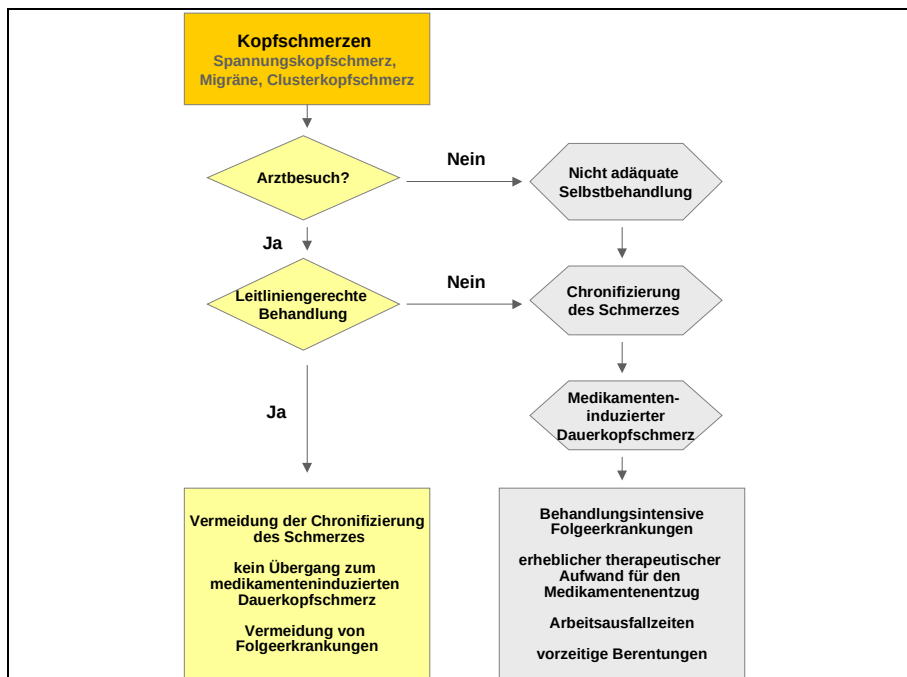
Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass überwiegend Menschen mit Spannungskopfschmerz oder Migräne bei Fehlgebrauch von Schmerzmitteln einen medikamenten-abhängigen Dauerkopfschmerz entwickeln. Bei anderen Kopfschmerzformen oder anderen Schmerzlokalisationen, wie z. B. Rückenschmerz, tritt diese Folgeerscheinung hingegen nicht oder nur höchst selten auf.

Insofern überrascht es nicht, dass insgesamt 65% der Betroffenen zuerst an Migräne litten und weitere 27% unter Spannungskopfschmerz, bevor sie einen Medikamenten-abhängigen Kopfschmerz entwickelten. Dies unterstreicht, wie wichtig Aufklärung hinsichtlich eines richtigen Schmerzmittelgebrauchs gerade bei Betroffenen dieser beiden Kopfschmerzformen ist.

Abbildung 34 verdeutlicht, wie Fehlverhalten auf Seiten der Patienten sowie Wissensdefizite auf Seiten der Ärzte den Weg in die Chronifizierung des Kopfschmerzes bahnen können. Der Übergang in einen Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerz ist dann oftmals fließend.

³⁴ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 7: Chronische Schmerzen (2002).

Abbildung 34



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes:
Chronische Schmerzen (Heft 7)

Die einzige Möglichkeit der Therapie besteht in einem Schmerzmittelentzug, der häufig stationär, aber unter bestimmten Voraussetzungen auch ambulant oder tagesklinisch durchgeführt werden kann. Die Betroffenen werden in dieser Phase auch psychologisch betreut. Die Rückfallquote liegt allerdings bei 30%.

Oberstes Ziel sollte es daher sein, einen Medikamenten-induzierten Kopfschmerz gar nicht erst entstehen zu lassen: Nur durch Aufklärung und einen entsprechenden Umgang mit Schmerz- und Migränemitteln in der Bevölkerung sowie durch Erweiterung des Kenntnisstandes hinsichtlich leitliniengerechter Therapieverfahren und deren Umsetzung in die Praxis auf Seiten der Ärzte lässt sich diese Kopfschmerzform verhindern. Daran appellieren auch die Experten im Rahmen der Expertenbefragung zum Thema Kopfschmerz und Migräne, wie im nachfolgenden Abschnitt deutlich wird.

Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Patienten in Deutschland aus Sicht der Experten

Die Gefahren eines Schmerzmittelmissbrauchs machen deutlich, wie wichtig eine adäquate Versorgung von Betroffenen insbesondere mit schweren Kopfschmerzerkrankungsformen ist. Die DAK hat dies zum Anlass genommen, deutschlandweit Experten aus der klinischen und der ambulanten Versorgung sowie aus der Forschung zur Versorgungssituation von Migräne- und Kopfschmerz-Patienten in Deutschland zu befragen.

Abb. 34
Effekte einer
ineffektiven
Behandlung von
Kopfschmerzen

„Viele Betroffene mit chronischen Kopfschmerzen behandeln sich außerhalb des professionellen Systems: Sie informieren sich im Bekanntenkreis, über die Publikums- und in der Apotheke über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten bei Kopfschmerzen.“

*Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzambulanz Kiel*

„Interessanterweise wird die Hälfte aller Patienten zum Medikamentenentzug nicht vom Arzt sondern vom Apotheker geschickt.“

*Prof. Hans-Christoph
Diener,
Universitätsklinikum
Essen*

Adäquate Versorgung der Betroffenen sehr wichtig

„Die Selbstmedikation, das Angebot an nicht rezeptpflichtigen Mitteln, der relativ einfache Zugang zu den Mitteln, die nicht immer optimale Beratungsqualität in Apotheken und die allgegenwärtige Werbung für Schmerzmittel, insbesondere im Fernsehen, führt ohne Zweifel zu einem häufig unangemessenen Gebrauch solcher Mittel.“

*Prof. Gerd Glaeske,
Universität Bremen*

„Ein Großteil der Patienten mit Kopfschmerzen sucht primär nicht ärztliche Hilfe auf, sondern lässt sich in der Apotheke beraten.“

*Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzlinik Kiel*

„Werbung bezüglich Schmerzmittel drastisch reduzieren oder am besten ganz verbieten.“

*Dr. Jochen Bommers,
Apotheker, Altenholz*

„Schlechte Ausbildung von Hausärzten und Neurologen zum Thema Kopfschmerz. Häufigste Frage von Patienten an mich, ob ich jemanden in Wohnnähe wüsste, der Kopfschmerzen behandeln kann.“

*Dr. Arne May,
Universitätsklinikum
Hamburg*

Mit Blick auf den Schmerzmittelkonsum bei Kopfschmerzen

- vertritt die Hälfte der befragten Experten die Auffassung, dass in Deutschland gegenwärtig im Zusammenhang mit der (Selbst-) Behandlung von Kopfschmerzen durchaus von einem unangemessenen Schmerzmittelgebrauch im Sinne eines Übergebrauchs gesprochen werden kann.
- bewerten die Experten zudem mehrheitlich, dass das Risiko eines Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes infolge eines hohen Konsums von Schmerzmitteln in der Bevölkerung zu wenig bekannt sei.

Allerdings vertreten nicht alle Experten diese Einschätzungen: Einige weisen explizit darauf hin, dass ein Fehlgebrauch von Schmerzmitteln nur Einzelne beträfe (0,5 bis 2% der Bevölkerung). Außerdem wüssten die Betroffenen um das Risiko eines Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes hinreichend Bescheid.

Dennoch sind sich nahezu alle Experten einig: mehr Aufklärung in diesem Bereich sei dringend nötig, sowohl in der Bevölkerung insgesamt als auch speziell bei den betroffenen Patienten. Einige Experten sehen zudem Aufklärungsbedarf auch auf Seiten der Ärzte.

Neben dem behandelnden Arzt sehen die Experten besonders auch

- die Apotheken
- die Krankenkassen
- und nicht zuletzt die Medien

in der Pflicht, sich an der Aufklärung zu den Risiken eines überhöhten Schmerzmittelkonsums sowie speziell zum Auftreten eines Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes zu beteiligen. Der Kenntnisstand bezüglich eines adäquaten Umgangs mit Schmerzmitteln im Zusammenhang mit Kopfschmerzerkrankungen und den Risiken eines Fehlgebrauchs müsse breitflächig erweitert werden.

Einige Experten befürworten auch konkrete Warnhinweise auf Medikamentenpackungen, andere halten es wiederum für wichtig, nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden zu stärken, um so einem überhöhten Schmerzmittelkonsum entgegenzuwirken.

Hinsichtlich der **Versorgung von Kopfschmerz- und Migräne-Patienten** sehen die Experten mehrheitlich Defizite ...

... im Bereich der Diagnostik:

- Unzureichender Kenntnisstand seitens der behandelnden Ärzte, insbesondere bei den Hausärzten bzw. Allgemeinmedizinern, hinsichtlich Kopfschmerzerkrankungen, speziell Migräne.

- Unzureichende finanzielle Honorierung des ärztlichen Anamnesegesprächs im Rahmen der Diagnostik von Kopfschmerzkrankungen: Eine „Kopfschmerzanamnese“ ist zeitaufwendig, dies wird nicht hinreichend vergütet.
- Oftmals zu viel apparative Diagnostik.

... und insbesondere im Bereich der Therapie:

- Unzureichender Kenntnisstand, insbesondere hinsichtlich leitliniengerechter Therapiemaßnahmen.
- Unzureichende Umsetzung leitliniengerechter Therapiemaßnahmen, speziell hinsichtlich des Einsatzes von Triptanen in der Migräne-Akuttherapie: Die Hälfte der Experten ist der Auffassung, dass Triptane zu selten verordnet würden.
- Wirksame nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen, speziell Verhaltenstherapiemaßnahmen, würden kaum vermittelt.

Mit Blick auf den letzten Punkt zeigte sich in der DAK-Bevölkerungsbefragung, dass sowohl ein Viertel der befragten Kopfschmerz-Patienten, die sich aufgrund ihrer Beschwerden in ärztlicher Behandlung befinden, als auch ein Viertel der Migräne-Patienten seitens des behandelnden Arztes keine Hinweise erhalten haben, was sie gegen die Schmerzen tun könnten, wenn sie keine Medikamente nehmen wollen.

Des Weiteren wurde von der Mehrheit der Experten bemängelt, dass im Rahmen der Versorgung von Kopfschmerz- und speziell Migräne-Patienten zu wenig Interaktionen im ambulanten Versorgungsbereich bestünden. Patienten würden zum Beispiel nach Auffassung einiger Experten nicht, zu rasch oder zu spät an einen Facharzt überwiesen. Auch gäbe es zu wenig spezialisierte Ansprechpartner für die Betroffenen. Zudem würden zu wenig interdisziplinäre Therapieansätze, d. h. Therapiekonzepte, die eine Zusammenarbeit von Neurologen, Psychologen und Physiotherapeuten in der Kopfschmerzbehandlung beinhalten, angeboten.

Letztlich hilft eine adäquate Kopfschmerz-Therapie nicht nur, eine Chronifizierung des Leidens zu verhindern, sondern auch Enttäuschungen auf Seiten der Betroffenen infolge inadäquater Therapieversuche zu minimieren.

Darüber hinaus sehen einige Experten auch noch ein ganz anderes Problem: Kopfschmerzen sind als Beschwerdebild bzw. insbesondere als Erkrankung nicht immer anerkannt. Dies gelte sowohl für das Umfeld der Betroffenen als auch durchaus für die ärztliche Seite. Und dies hat natürlich Konsequenzen für die Diagnostik bzw. Therapie und zeigt, dass auch hier Aufklärung nötig wäre.

„Die Diagnose Migräne sowie Kopfschmerz vom Spannungstyp ist bei guter Anamnese schnell und sicher zu stellen. Hier besteht zu wenig Wissen. Insbesondere wird immer noch eine apparative Überdiagnostik betrieben.“

*Prof. Stefan Evers,
Westfälische Wilhelms-
Universität Münster*

„Der Kenntnisstand vieler Ärzte bezüglich der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie von Kopfschmerzen ist schlecht. Positive Aussagen sind diejenigen, die regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen besuchen, an qualitativ hochwertigen Kongressen teilnehmen oder entsprechende Fortbildungsmedien wie Fachzeitschriften oder Publikationen zu Leitlinien lesen. Diese Kolleginnen und Kollegen machen aber leider nur etwa 50% der Ärzteschaft aus.“

*Prof. Hans-Christoph
Diener,
Universitätsklinikum
Essen*

„Die Mehrzahl der Patienten hat keine Chance auf einen interdisziplinären Therapieansatz, da so gut wie keine Angebote vorhanden sind.“

*Prof. Andreas Straube,
Klinikum Großhadern,
München*

„Kopfschmerzen werden in der hausärztlichen Praxis aber auch im häuslichen Umfeld nicht als Beschwerden anerkannt und deshalb nicht hinterfragt.“

*Prof. Andreas Straube,
Klinikum Großhadern,*

„Insbesondere Migräne und Spannungskopfschmerz werden nach wie vor nicht als Krankheiten wahrgenommen.“

*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

„Die Erweiterung des Kenntnisstandes auf ärztlicher Seite bezüglich Schmerz-Therapie ist wichtig. Wichtig ist aber auch die finanzielle Aufwertung des ärztlichen Gespräches.“

*Dr. Arne May,
Universitätsklinikum
Hamburg*

„Wenn der niedergelassene Arzt aufgrund der Vergütungsregelungen für ein Rezept letztlich ebensoviel bekommt, wie für ausführliche Beratungsgespräche, werden sich viele dafür keine Zeit nehmen...“

*Dr. Andreas Peikert,
Neurologe, Bremen*

„Kopfschmerzen sind die Volkskrankheit Nr. 1, daher muss auch eine breite Aufklärung in der Bevölkerung erfolgen.“

*Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzlinik Kiel*

Die DAK-Bevölkerungsbefragung hatte in diesem Zusammenhang, wie berichtet, gezeigt, dass mehr als die Hälfte der Kopfschmerz- und der Migräne-Betroffenen in ihren Beschwerden keinen Grund sehen, zum Arzt zu gehen. Zweifelsohne, auch das sei an dieser Stelle nochmals betont, muss nicht jeder, der „mal Kopfschmerzen hat“ zum Arzt. Aber, gerade für Migräne-Betroffene gibt es mittlerweile wirksame Therapieverfahren. Und, dies zeigte die DAK-Bevölkerungsbefragung auch, selbst von den mäßig bis schwer beeinträchtigten Migräne-Betroffenen waren 13 % wegen ihrer Beschwerden noch nicht bei einem Arzt.

Inwieweit hierfür die von einigen Experten angemerkte mangelnde Akzeptanz gegenüber der Erkrankung als solche eine Rolle spielt, bleibt offen, ist aber nicht auszuschließen.

Welche Maßnahmen könnten zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Patienten in Deutschland beitragen?

Handlungsbedarf sehen die Experten in erster Linie in einer Erweiterung des Kenntnisstandes in Bezug auf Kopfschmerzserkrankungen:

- Sowohl hinsichtlich Diagnostik und Therapie auf ärztlicher Seite durch eine Verbesserung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung
- als auch in der Bevölkerung bzw. speziell bei den Betroffenen durch mehr Aufklärung insbesondere bezüglich wirksamer Therapieverfahren.

Alle Experten befürworten die im Rahmen der Befragung vorgeschlagenen Maßnahmen „Erweiterung des Kenntnisstandes auf Seiten der Ärzte bezüglich Schmerztherapie“ und „Aufklärung der Bevölkerung hinsichtlich der Existenz wirksamer Therapieverfahren unter ärztlicher Begleitung“ zur Verbesserung der Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Patienten.

Im Zusammenhang mit der Erweiterung des Kenntnisstandes auf ärztlicher Seite weisen einige Experten allerdings auch darauf hin, dass hier eine finanzielle Aufwertung des Beratungsgespräches mit in Betracht gezogen werden sollte.

Die Aufklärung in der Bevölkerung wiederum sollte regelmäßig, flächendeckend und frühzeitig, also auch schon bei jüngeren Betroffenen, erfolgen.

Darüber hinaus sehen die Experten Handlungsbedarf bei der ambulanten Versorgung von Kopfschmerz-Patienten: Hier sollte eine bessere Vernetzung der beteiligten Akteure angestrebt werden und das Angebot an integrativen Therapieangeboten erweitert werden.

Einen „Ausbau von Kopfschmerzbehandlungszentren mit interdisziplinären Therapieansätzen“ befürwortet in diesem Zusammenhang die Mehrheit der Experten, wenngleich einige dieser Maßnahme auch kritisch gegenüber stehen. Bestehende Kopfschmerzambulanzen sollten zunächst verstärkt genutzt werden. Auch eine entsprechende Nachsorge der Patienten durch die Hausärzte vor Ort müsste sicher gestellt sein.

Deutlich wurde in der Expertenbefragung auch, dass insbesondere im Bereich Aufklärung auch die Krankenkassen gefordert sind. Für die DAK ist dies eine Bestätigung, mit dem diesjährigen Schwerpunktthema den Focus auf ein Gesundheitsproblem in der Bevölkerung zu legen, das zwar viele aus eigener Erfahrung kennen, bei dem aber mit Blick auf die Frage „Wie bekomme ich meine Beschwerden am besten in den Griff?“ auch noch ein erheblicher Aufklärungsbedarf besteht.

Gerade bei Migräne-Betroffenen, die häufig und in schwerer Form unter Migräne-Attacken leiden, kommt neben der Akutbehandlung auch der Prophylaxe von Attacken ein hoher Stellenwert zu. Aus Sicht der Experten, gibt es auch hier Verbesserungsbedarf: Neben einer medikamentösen Prophylaxe, die nach Meinung der Experten zu wenige Migräne-Patienten erhalten, sind insbesondere hier Maßnahmen des eigenen Verhaltens sehr wichtig.

Doch bevor im nachfolgenden Kapitel auf nicht-medikamentöse Therapie- und insbesondere Verhaltensmaßnahmen im Umgang mit Kopfschmerzen und speziell Migräne näher eingegangen wird, steht auf den nächsten Seiten zunächst noch einmal eine medikamentöse Therapieform im Blickpunkt: Die Behandlung akuter Migräne-Attacken mit den so genannten Triptanen.

Wie viele Migräne-Betroffene erhalten Triptane?

Triptane sind die Medikation der ersten Wahl im Rahmen einer leitliniengerechten Therapie akuter Migräne-Attacken, insbesondere bei mittelschweren bis schweren Attacken. Die Wirkung der Triptane beruht dabei auf der Blockade eines bestimmten Subtyps von Serotoninrezeptoren (5HT₁). Serotonin wiederum ist an der Entwicklung der Migränesymptomatik beteiligt. Triptane sind aktuell die spezifischsten Migränemittel, die in vielen Fällen helfen, eine Migräne-Attacke erfolgreich zu beenden.

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung zeigte sich, dass insgesamt 49% und damit jeder zweite Migräne-Betroffene, der angibt, ein Schmerzmittel verordnet bekommen zu haben, ein Triptan einnimmt.

Berücksichtigt man auch hier den Grad der Beeinträchtigung aufgrund der Migräne bei den Betroffenen vor dem Hintergrund, dass Triptane vor allem bei schwereren Migräne-Attacken zum Einsatz kommen sollten, so zeigt sich, dass zwischen den Betroffenen mit geringerer und denen mit stärkerer Beeinträchtigung hinsichtlich der Einnahme von Triptanen kein erheblicher Unterschied besteht.

„Die Kooperation mit den Hausärzten und Apothekern muss gestärkt werden, da sie bei Schmerzproblemen die ersten Anlaufstationen sind.“

*Prof. Gerd Glaeske,
Universität Bremen*

„Der Ausbau von Kopfschmerzbehandlungszentren mit interdisziplinären Therapie-Ansätzen ist unbedingt notwendig!“

*Dr. Uwe Reuter,
Charité Berlin*

„Information der Patienten über Möglichkeiten der medikamentösen und nicht-medikamentösen Prophylaxe unterbleiben häufig.“

*Dr. Andreas Peikert,
Neurologe, Bremen*

„Vorbeugung durch Verhalten gehört zu den essentiellen Voraussetzungen einer zeitgemäßen Migränetherapie.“

*Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzlinik Kiel*

„In Deutschland werden im Vergleich zu anderen Staaten Triptane und Migräneprophylaktika unzureichend verordnet. Die Leitlinien der DMKG hierzu sind evidenzbasiert und sollten in der täglichen Praxis Anwendung finden.“

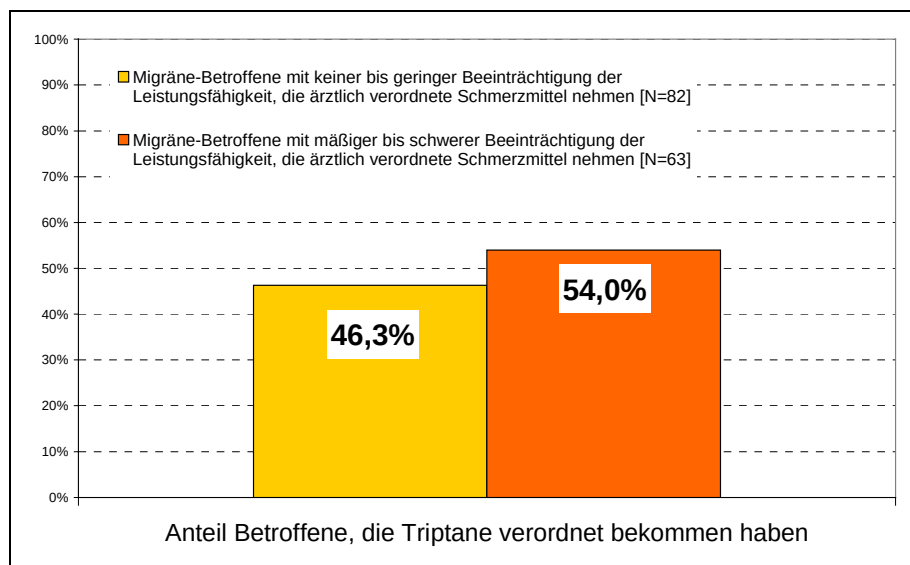
*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

Abbildung 35

Abb. 35

Frage: „Hat Ihnen Ihr behandelnder Arzt im Rahmen der Schmerztherapie ihrer akuten Migräne-Attacken ein spezielles Migräne-Medikament verordnet?“

Den Befragten wurden die Handelsnamen der Triptane genannt und sie wurden gefragt, ob sie das jeweilige Präparat einnehmen oder nicht.



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

„Triptane werden entweder falsch oder auf jeden Fall zu zurückhaltend eingesetzt.“

*Prof. Volker Pfaffenrath,
Neurologe, München*

„Unsere Untersuchungen zeigen, dass ein Drittel aller Patienten, bei denen Schmerzmittel nicht wirksam sind, kein Triptan verordnet bekommen. Dies beruht entweder darauf, dass der behandelnde Arzt mit dieser Medikamentengruppe nicht vertraut ist oder sich aus Budget-Gründen weigert, diese Medikamente zu verschreiben.“

*Prof. Hans-Christoph Diener,
Universitätsklinikum
Essen*

Die auf den ersten Blick vielleicht unerwartete Beobachtung, dass auch in der Gruppe der nicht bis gering beeinträchtigten Migräne-Betroffenen nahezu jeder Zweite ein Triptan verordnet bekommen hat, könnte dafür sprechen, dass die durch die Migräne verursachte Beeinträchtigung bei den Betroffenen gerade durch die Triptan-Behandlung minimiert ist, was wiederum für eine erfolgreiche Therapie spräche.

Im Umkehrschluss könnte die bestehende stärkere Beeinträchtigung in der anderen Gruppe, trotzdem hier mehr als jeder Zweite ein Triptan verordnet bekommen hat, für einen geringeren Therapieerfolg bei den Betroffenen sprechen.

Allerdings, in Betracht zu ziehen ist auch, dass Triptane nicht jedem Patienten helfen. Zudem können durch Einnahmefehler seitens der Patienten, insbesondere durch eine zu späte Einnahme der Medikation im Verlauf der Kopfschmerzphase der Migräne, Behandlungserfolge minimiert werden. Eine zu häufige Einnahme wiederum steigert das Risiko, einen Medikamenten-Kopfschmerz zu entwickeln. Patienten, die unter einer hohen Migräne-Attackenfrequenz leiden, sind nicht selten in einem Zwiespalt aus rechtzeitiger aber nicht zu häufiger Einnahme.

Die Tatsache, dass gerade von den mäßig bis schwer beeinträchtigten Migräne-Patienten in der Konsequenz fast jeder Zweite (46%) kein Triptan verordnet bekommen hat, könnte allerdings auch auf eine bestehende Unterversorgung hinsichtlich dieser spezifischen Migränemedikation hindeuten. Im Rahmen der Expertenbefragung wurde bereits deutlich, dass die Hälfte der befragten Fachleute der Auffassung ist, in Deutschland würden Triptane nur unzureichend verordnet, sei es aus Budgetgründen oder aus Unkenntnis.

Berücksichtigt werden sollte allerdings in diesem Zusammenhang auch, dass nicht alle Migräne-Patienten aus medizinischer Sicht Triptane erhalten können: Bei Betroffenen mit Bluthochdruck oder anderen kardiovaskulären Erkrankungen sowie mit Leber- und Nierenerkrankungen sind Triptane kontraindiziert, d. h. diese Patienten sollten keine Triptane einnehmen. Der Anteil derer, die sowohl unter Migräne als auch unter einer dieser Erkrankungen leiden, ist hier nicht bekannt. In der Konsequenz hieße dies allerdings, dass anteilig mehr Betroffene Triptane erhielten als in Abbildung 41 angegeben.

Für die DAK war die Tatsache, dass die Verordnung von Triptanen in Deutschland in einem kritischen Licht steht, letztlich mit ein Anlass, erstmalig im Rahmen der Erstellung des DAK-Gesundheitsreports auch Arzneimitteldaten der DAK-Versicherten auszuwerten. Im Blickpunkt standen dabei natürlich Triptane. Nicht zuletzt auch deshalb, weil Triptane bis Ende 2005 die einzige ausschließlich verordnungspflichtige Migränemedikation darstellten. Erst seit Anfang 2006 ist ein Triptan auch rezeptfrei erhältlich.

Verordnung von Triptanen bei DAK-Versicherten – Auswertung der DAK Arzneimitteldaten des Jahres 2005

Eine zentrale Kennziffer bei der Auswertung von Arzneimitteldaten ist das Verordnungsvolumen eines Wirkstoffs, angegeben als so genannte „Defined Daily Doses“ (DDD). Diese definierte Tagesdosis gibt die nach pharmakologischen Kriterien festgelegte Wirkstoffmenge an, die zur Behandlung der Hauptindikation bei einer Person für einen Zeitraum von einem Tag unter normalen Bedingungen ausreicht.

Abbildung 36 zeigt die im Jahr 2005 verordneten DDD an Triptanen je 100 Versichertenjahre bei erwerbstätigen DAK-Versicherten aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht.

Frauen weisen ein deutlich höheres Volumen an verordneten Tagesdosen an Triptanen auf als Männer. Wodurch lässt sich dieser deutliche Unterschied erklären?

Zweifelsohne, Frauen sind mehr als doppelt so häufig von Migräne betroffen als Männer, wie aus zahlreichen Studien bekannt ist bzw. wie es die im Rahmen des Schwerpunktthemas vorgenommen AU-Datenanalyse zeigte.

Erstmals Auswertung von DAK Arzneimitteldaten für den DAK-Gesundheitsreport

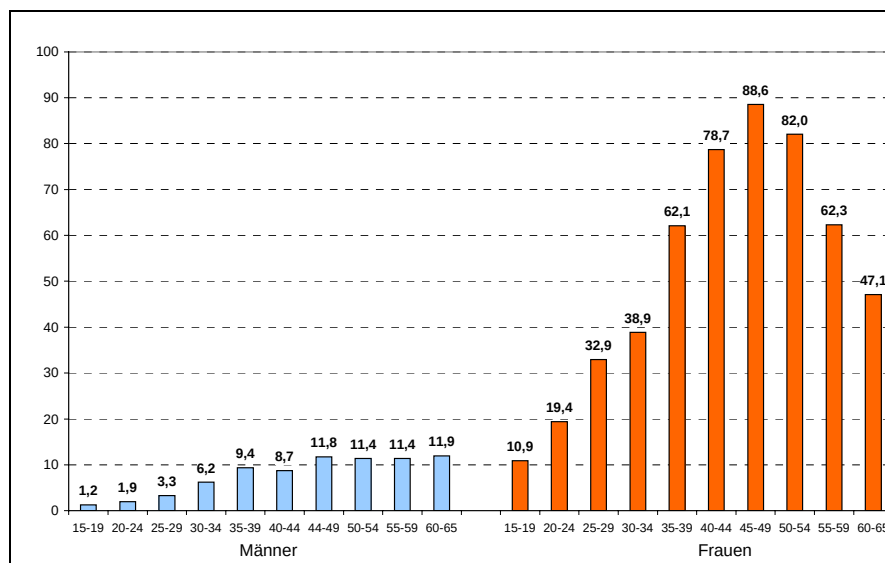
Im Blickpunkt stehen die Triptanverordnungen

Frauen erhalten mehr Triptane

Abbildung 36

Abb. 36
Triptane:
Definierte Tagesdosen (DDD) bei
DAK-versicherten
Erwerbstätigen
nach Alter und
Geschlecht

(DDD pro 100 Versichertenjahre)



Quelle: DAK Arzneimitteldaten 2005

Verordnungsvolumen
bei Frauen um ein
Vielfaches höher als
bei Männern

Verschiedene Fakto-
ren könnten dafür
relevant sein:

längere
Attackendauer,

höhere
Schmerzintensität,

höhere Bereitschaft,
zum Arzt zu gehen,
bzw. Medikamente
einzunehmen

besserer Kenntnis-
stand hinsichtlich
möglicher Therapien

Doch dies allein reicht nicht aus, das bis zu zehnfach höhere Verordnungsvolumen an Triptanen zu begründen. Welche Faktoren könnten außerdem relevant sein?

- In der DAK-Bevölkerungsbefragung zeigte sich, dass Migräne-Attacken bei Frauen zwar nicht häufiger auftraten, aber tendenziell länger dauerten als bei Männern: Bei 85% der Männer dauerte eine Migräne-Attacke maximal 23 Stunden, bei den Frauen war dies nur bei 62% der Fall. Eine längere Attackendauer bedingt aufgrund des begrenzten Wirkzeitraums der Triptane eine insgesamt höhere Einnahme der Medikation, wobei ein Triptan nicht häufiger als zweimal pro Tag eingenommen werden sollte.
- Mit Blick auf die Schmerzintensität zeigte sich, dass Frauen zu einem höheren Anteil unter stärkeren Migräne-Kopfschmerzen leiden als Männer. Dies wiederum kann nicht nur die Bereitschaft zur Einnahme von Medikamenten beeinflussen, sondern im Kontext mit der Schmerzdauer auch die Bereitschaft erhöhen, einen Arzt aufzusuchen. Frauen gehen allgemein häufiger zum Arzt als Männer. Dies gilt auch für Migräne: Von den Befragten gaben 58% der Frauen und 41% der Männer an, wegen ihrer Migräne schon mindestens einen Arzt aufgesucht zu haben.
- Inwieweit Frauen möglicherweise über Therapiekonzepte bei Migräne, speziell über die mögliche Behandlung mit Triptanen einen besseren Kenntnisstand haben als Männer, ist auch in Betracht zu ziehen, bleibt an dieser Stelle allerdings offen. Denkbar wäre in der Konsequenz, dass Frauen eine Triptanbehandlung stärker nachfragen könnten als Männer, was auch zu einem höheren Verordnungsvolumen bei Frauen beitragen könnte.

Nicht zuletzt könnte der sehr deutliche Unterschied hinsichtlich der verordneten Tagesdosen an Triptanen zwischen Männern und Frauen auch auf eine mögliche Überversorgung bei Frauen bzw. eine mögliche Unterversorgung bei Männern hindeuten. Nicht auszuschließen ist, dass die Versorgungssituation der einen Gruppe adäquat ist und nur bei der jeweils anderen Gruppe eine Fehlversorgung vorliegt. Ohne genauen Kenntnisstand der individuellen Migräne-Charakteristika bei den Betroffenen kann die Frage der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung nicht abschließend geklärt werden.

Triptane wurden sowohl bei Männern als auch bei Frauen nahezu ausschließlich bei Migräne verordnet (vgl. Abbildung 37). Für diese Auswertung wurden die DAK-Versicherten in vier Gruppen unterteilt:

Der Gruppe „Versicherte ohne AU“ wurden alle DAK-versicherten Erwerbstätigen zugeordnet, für die im Jahr 2005 keine AU-Bescheinigung vorlag. Der Gruppe „Versicherte mit AU“ wurden alle Versicherten zugeordnet, für die mindestens eine AU-Bescheinigung vorlag, allerdings nicht für die Diagnose „Migräne“ (G43) oder für die Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“ (R51). Diese Versicherten wurden den beiden anderen Gruppen zugeordnet: „Versicherte mit AU wegen Migräne“ sowie „Versicherte mit AU wegen Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“.

Möglicherweise bestehen Versorgungsunterschiede zwischen Männern und Frauen

Triptane nahezu ausschließlich eine Migräne-Medikation

Spezielle Auswertung der Triptan-Verordnungsvolumina nach AU-Diagnosen

Abbildung 37

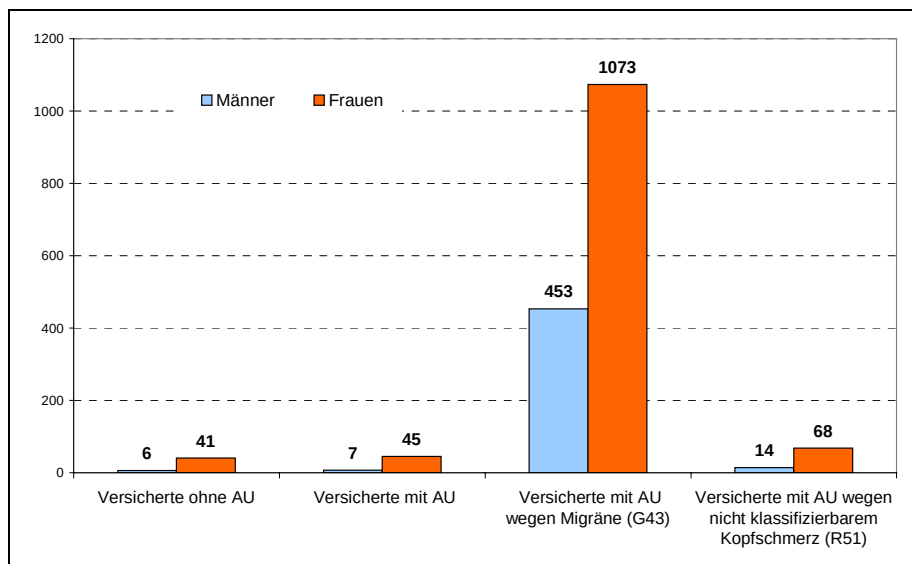


Abb. 37

Triptane DDD-Volumen bei erwerbstätigen DAK-Versicherten mit Krankengeldanspruch, aufgeschlüsselt nach AU-Status

(DDD pro 100 VJ, Werte altersstandardisiert)

Quelle: DAK Arzneimitteldaten 2005

Der Unterschied im Verordnungsvolumen zwischen Männern und Frauen wird allerdings auch hier sehr deutlich: 100 ganzjährig versicherte Frauen mit mindestens einer AU wegen Migräne haben im Jahr 2005 1073 definierte Tagesdosen an Triptanen verordnet bekommen. Jede dieser 100 Frauen hat im Mittel somit 10,7 Tagesdosen erhalten. Bei den Männern waren es entsprechend insgesamt nur 453 bzw. bezogen auf den Einzelnen 4,5 Tagesdosen.

Deutliche Unterschied im Verordnungsvolumen zwischen Männern und Frauen

Auch hier bleibt die Frage einer möglichen Fehlversorgung offen

Auch hier bleibt die Frage der möglichen Fehlversorgung des einen oder des anderen Geschlechts im Raum stehen. Allerdings könnte eine mögliche längere Attackendauer bei Frauen zur Erklärung dieses Unterschieds beitragen, wenngleich ein Blick in die AU-Daten der DAK-versicherten Erwerbstätigen des Jahres 2006 zeigt, dass sich die durchschnittliche Falldauer bei Migräne zwischen Männern und Frauen mit 4,3 bzw. 4,0 Tagen nicht nennenswert unterscheidet.

AU-Daten erlauben keine Rückschlüsse auf Schmerzintensität und Therapiekenntnisstand

Aus den AU-Daten sind allerdings keine Rückschlüsse auf die Schmerzintensität bzw. den Therapiekenntnisstand bei den Betroffenen möglich, beides Faktoren, die – wie bereits diskutiert – ebenfalls Einfluss auf die verordnete Menge an Triptanen haben könnten.

Auch Kontraindikationen für eine Triptantherapie könnten relevant sein

Nicht zuletzt, dies zeigte insbesondere der letztjährige DAK-Gesundheitsreport, bei dem Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen im mittleren Alter besonders im Focus standen, sind Männer deutlich häufiger und im Mittel zehn Jahre früher von kardiovaskulären Erkrankungen bzw. Ereignissen, wie z. B. einem Herzinfarkt, betroffen als Frauen. Da diese Erkrankungsgruppe – wie ebenfalls bereits erwähnt – eine Kontraindikation für den Einsatz von Triptanen darstellt, könnten Unterschiede in den Verordnungsvolumina möglicherweise auch zum Teil darin begründet sein, dass vielleicht schlicht weniger Männer mit Triptanen behandelt werden können.

Wie viele schwere Migräne-Attacken werden mit Triptanen versorgt? – Eine aktuelle Schätzung für die DAK und die GKV

Konservative Abschätzung der anteilig versorgten schweren Migräne-Attacken bei allen DAK- und allen gesetzlich Krankenversicherten

Auf Basis der Verordnungsvolumina (DDD) an Triptanen des Jahres 2005, entnommen aus den DAK-Arzneimitteldaten 2005 und dem Arzneimittelverordnungsreport 2006, wurde eine konservative Abschätzung der anteilig versorgten schweren Migräne-Attacken bei allen DAK- und allen gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherten) vorgenommen (vgl. Tabelle 6 und Abbildung 38). Für die Abschätzung der in der GKV versicherten Anzahl an Personen wurden die aktuellen Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2005 herangezogen, wobei davon ausgegangen wurde, dass 88,4% der Bevölkerung in der GKV versichert sind.³⁵

Wichtig zu beachten ist, dass diese Abschätzung nicht nur für die Erwerbstätigen, sondern für alle DAK-versicherten Mitglieder durchgeführt wurde, entgegen der sonstigen Auswertungen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports bzw. Schwerpunktthemas. Der Hintergrund für diese Vorgehensweise ist, eine gemeinsame Betrachtung mit der GKV zu ermöglichen, für die keine ausschließlich erwerbstätigenbezogenen Daten vorliegen.

³⁵ Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Angabe für das Jahr 2003

Folgende Annahmen wurden für die Abschätzung getroffen:

- Migräne-Prävalenz bei Frauen (Personen über 15 Jahre weiblich) 12%, bei Männern (Personen über 15 Jahre männlich) 6% und bei Kindern bis 15 Jahre 4%³⁶
- konservative Annahme der Anzahl der jährlichen Migräne-Attacken bei den Betroffenen: 14 Attacken³⁷
- Anteil schwerer Migräne-Attacken an allen Attacken: 30%³⁸
- Häufigste Attackendauer: ein Tag³⁷,
Behandlung mit einer Tagesdosis (DDD) eines Triptans

Annahmen, die bei der Abschätzung zu Grunde gelegt wurden

Tabelle 6: Abschätzung der mit Triptanen versorgten schweren Migräne-Attacken

	DAK-Versicherte insgesamt N=6.775.038			GKV-Versicherte insgesamt* N=72.875.192		
	Personen über 15 Jahre weiblich N=3.709.939	Personen über 15 Jahre männlich N=2.147.717	Kinder bis 15 Jahre N=917.382	Personen über 15 Jahre weiblich N=31.955.613	Personen über 15 Jahre männlich N=30.621.156	Kinder bis 15 Jahre N=10.298.423
Anzahl Personen mit Migräne (Prävalenz: weibl. 12%, männl. 6%, Kinder 4%)	445.193	128.863	36.695	3.834.674	1.837.269	411.937
Gesamtzahl an Migräne-Attacken (14 pro Jahr)	6.232.698	1.804.082	513.734	53.685.430	25.721.771	5.767.117
davon Gesamtzahl schwerer Migräne-Attacken (Anteil 30%)	1.869.809	541.225	154.120	16.105.629	7.716.531	1.730.135
Summe Gesamtzahl schwerer Migräne-Attacken	2.565.154			25.552.295		
Verordnete DDD an Triptanen in 2005 insgesamt	1.655.710 (DAK 2005)			13,04 Mio. (AVR 2006)		

Gesamtbevölkerungszahl in Deutschland am 31.12.2005 (Statistisches Bundesamt): 82.438.000, davon 11.649.800 Kinder bis 15 Jahre, verbleiben 70.788.200 Personen über 15 Jahre, davon 51,06 % = 36.148.883 Frauen sowie 48,93 % = 34.639.317 Männer. Zur Abschätzung des Anteils der GKV-Versicherten wurde ein Anteil von 88,4% der jeweiligen Bevölkerungsgruppe (Kinder bis 15 Jahre, Personen über 15 Jahre weiblich, Personen über 15 Jahre männlich) zu Grunde gelegt.

Insgesamt betrug das Verordnungsvolumen an Triptanen bei allen DAK-Versicherten (6,8 Mio.) im Jahr 2005 1,66 Mio. DDD. Damit könnten schätzungsweise 64,5% der schweren Migräne-Attacken bei DAK-Versicherten behandelt werden.

DAK: 64,5% der schweren Migräne-Attacken mit Triptanen behandelt

³⁶ Diener, H.C.: Therapie der Migräneattacke und Migräneprophylaxe – Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG). Kopf schmerz-News, 14. Jahrgang, Nummer 1 (2005).

³⁷ Diemer, W. und Buchert, H.: Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7 (2002). Die Autoren nennen die jährliche durchschnittliche Mindestanzahl an Tagen, an denen das Leben der Betroffenen negativ von Migräne beeinflusst ist. Andere Autoren gehen von durchschnittlich ein bis zwei Attacken pro Monat aus.

³⁸ Göbel, H.: Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2004).

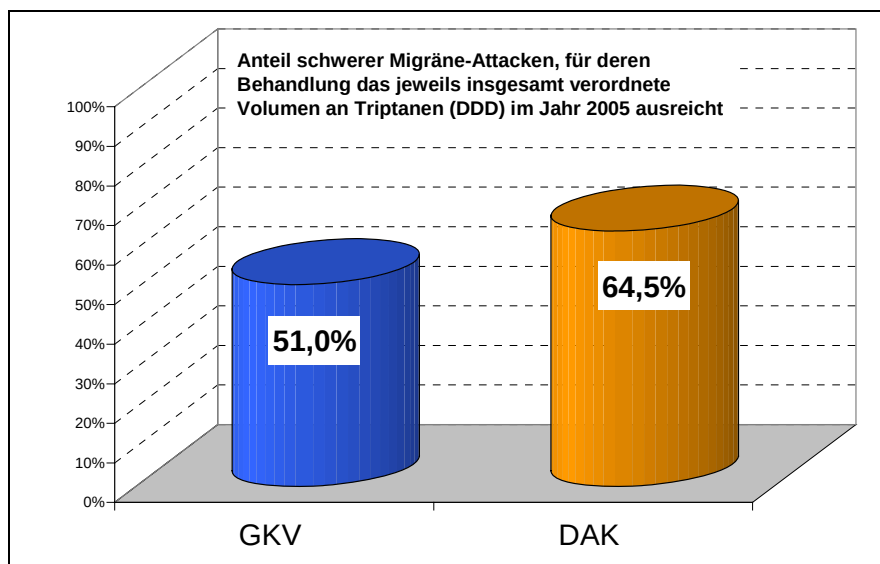
GKV: 51,0% der schweren Migräne-Attacken mit Triptanen behandelt

Das im Rahmen der GKV im Jahr 2005 verordnete Volumen an Triptanen in Höhe von 13,04 Mio. DDD würde wiederum reichen, geschätzte 51,0% der schweren Migräne-Attacken der GKV-Versicherten (88,4% der Gesamt-Bevölkerung) zu therapieren (vgl. Abbildung 38).

Abbildung 38

Abb. 38

Geschätzter Anteil der im Jahr 2005 mit Triptanen versorgten schweren Migräne-Attacken bei allen DAK-Versicherten im Vergleich zur GKV



Quelle: eigene Abschätzung [DAK Arzneimitteldaten 2005, Arzneimittelverordnungsreport 2006 (Daten für 2005), Bevölkerungsstatistik, Statistisches Bundesamt 2005]

DAK-Versicherte scheinen besser versorgt

Einige Aspekte sind jedoch zu berücksichtigen:

Möglicherweise bei Kontraindikationen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen Unterschiede in der Krankheitslast der Versichertenpopulationen

Bei den DAK-Versicherten scheint demzufolge ein höherer Anteil schwerer Migräne-Attacken mit Triptanen versorgt zu sein als bei der GKV-Versichertenschaft insgesamt. Allerdings sollten bei dieser Schlussfolgerung einige Aspekte kritisch in Betracht gezogen werden. Denn, wenngleich diese Abschätzung unter den gleichen Annahmen hinsichtlich der Migräne-Prävalenz, der Attackenfrequenz sowie des Anteils schwerer Migräne-Attacken in den Versichertenpopulationen getroffen wurde, so gibt es dennoch Unterschiede zwischen den beiden Versichertengruppen, die bei dieser Abschätzung nicht berücksichtigt werden konnten:

- Unterschiede in der Krankheitslast wirken sich mit Blick auf Kontraindikationen für die Behandlung mit Triptanen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) möglicherweise auch auf deren Verordnungsvolumen aus bzw. reduzieren die Zahl der tatsächlich mit Triptanen behandelbaren schweren Migräne-Attacken.
- Auch Altersunterschiede könnten hier bedeutsam sein: Ältere Migräne-Kranke können aufgrund von Kontraindikationen möglicherweise seltener mit Triptanen behandelt werden als Jüngere. Außerdem könnten sich speziell mit Blick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterschiedliche Anteile an versicherten Frauen und Männern auswirken.

- In der DAK sind überdurchschnittlich viele Frauen versichert. Mögliche Unterschiede in der Versorgung von Männern und Frauen mit Blick auf die Verordnung von Triptanen – wie im vorangegangenen Abschnitt diskutiert – könnten darüber hinaus ebenfalls Unterschiede im Verordnungsvolumen bedingen.

Versorgungsunterschiede zwischen Männern und Frauen

Der höhere Frauenanteil bei den DAK-Versicherten für sich betrachtet, ist hingegen nicht für Unterschiede zwischen der DAK und der GKV hinsichtlich des Anteils schwerer Migräne-Attacken, für deren Behandlung das Verordnungsvolumen an Triptanen ausreichen würde, ursächlich. Darauf sei in diesem Zusammenhang explizit hingewiesen. Denn, durch die differenzierte Betrachtung von Männern und Frauen bei der Abschätzung wurde der höhere Frauenanteil in der DAK-Versichertenschaft adäquat berücksichtigt bzw. kontrolliert.

Aber: Höherer Frauenanteil in der DAK-Versichertenschaft adäquat berücksichtigt

Inwieweit Frauen, die bei der DAK versichert sind, ein anderes Gesundheitsverhalten aufweisen als Versicherte anderer gesetzlicher Krankenkassen, d. h. zum Beispiel eher zum Arzt gehen, bestimmte Medikamente – wie Triptane – möglicherweise sogar eher nachfragen bzw. einnehmen, bleibt offen.

Trotz der genannten Einschränkungen, spricht dennoch einiges dafür, dass DAK-Versicherte mit schweren Migräne-Attacken tatsächlich besser mit Triptanen versorgt sein könnten als der GKV-Durchschnitt. Denn die Einschränkungen dürften nur zu einem Teil die in Abbildung 44 aufgezeigte Differenz im Verordnungsvolumen von DAK- und GKV-Versicherten erklären.

In der Konsequenz - DAK-Versicherte könnten tatsächlich besser mit Triptanen versorgt sein

Fazit

Die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland weist in einigen Bereichen Defizite auf. Handlungsbedarf besteht aus Expertensicht in einer Erweiterung des Kenntnisstandes auf Seiten der Ärzte hinsichtlich Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzerkrankungen.

Darüber hinaus sollte mehr Aufklärung bei den Betroffenen erfolgen, auch über den vernünftigen Umgang mit Schmerzmitteln. Unkenntnis und Fehlverhalten auf beiden Seiten steigern nicht nur das Risiko einer Chronifizierung des Kopfschmerzes, sondern ebnen auch den Weg in einen Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerz. Vor allem Ärzte, aber auch Apotheken, Medien und Krankenkassen sind hier gefordert.

Neben der Vermittlung von Wissen sollten zudem integrative Therapieansätze gefördert, Interaktionen im ambulanten Versorgungsbereich optimiert und verstärkt leitliniengerecht therapiert werden. Hierzu gehört neben der Behandlung von Migräne-Attacken mit Triptanen, wo möglicherweise eine Fehlversorgung besteht, als Ergänzung bzw. Alternative zur weit verbreiteten Schmerzmitteleinnahme auch der Einsatz wissenschaftlich gesicherter nicht-medikamentöser Therapieverfahren. Letzteren widmet sich das nächste Kapitel.

„Nicht-medikamentöse Therapien werden fast nicht eingesetzt. Dies liegt zum einen daran, dass den meisten Ärzten diese Verfahren nicht bekannt sind, zum anderen an einem eklatanten Mangel an verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Schmerzpsychologen.“

*Prof. Hans-Christoph Diener,
Universitätsklinikum
Essen*

„Viel zu wenig Einsatz psychologischer Methoden: Es gibt kaum Diplom-Psychologen, die sich auf Kopfschmerz spezialisiert haben und Biofeedback, progressive Muskelentspannungsverfahren sowie Verhaltenstherapie für Schmerzpatienten anbieten.“

*Dr. Arne May,
Universitätsklinikum
Hamburg*

„Es bestehen große Defizite in der Wahrnehmung nicht-medikamentöser, leitliniengerechter Behandlungsverfahren. Mittlerweile ist die Wirksamkeit der nicht-medikamentösen Migräne-Prophylaxe der medikamentösen gleichgestellt.“

*PD Dr. Peter Kropp,
Universität Rostock*

3.4 Welche nicht-medikamentösen Therapieverfahren werden in der Behandlung von Kopfschmerz und Migräne als wirksam eingestuft?

In der Behandlung von Kopfschmerzen bzw. Migräne gibt es zahlreiche nicht-medikamentöse Verfahren, deren Wirksamkeit zum Teil kontrovers diskutiert wird. Aufgrund fehlender Studien ist eine Beurteilung allerdings auch nicht immer möglich. Im Folgenden werden nur die Verfahren betrachtet, die auf Basis wissenschaftlicher Evidenz Eingang in die Therapieleitlinien gefunden haben.

Verhaltenstherapien

Patienten, die häufig oder sogar dauerhaft unter Kopfschmerzen bzw. hochfrequent unter Migräne leiden, können alternativ oder unterstützend zu einer medikamentösen Behandlung psychologische Therapien anwenden. Zu den wirksamsten Verfahren gehören:

Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

Bei diesem Verfahren lernen Betroffene, wesentliche Muskelgruppen des Körpers in einer bestimmten Reihenfolge erst an- und dann zu entspannen. Der Wechsel von Anspannung und Lockerung bedingt eine intensive Entspannung des Körpers. Regelmäßig angewandt, können Nervosität und Stresssituationen besser bewältigt werden. Dieses Verfahren hat sich in vielen Untersuchungen bei Migräne und Spannungskopfschmerz bewährt.

Die Biofeedback-Methode

Bei diesem Verfahren wird gerätegestützt zum Beispiel die Kopfmuskelaktivität gemessen. Betroffene lernen die bewusste Wahrnehmung und Steuerung von Körperfunktionen, speziell ihrer Muskulatur. Ziel ist es, sich unbewusste Abläufe bewusst zu machen und willentlich, sei es durch Gedanken oder durch Entspannungstechniken, zu beeinflussen. Besonders wirksam ist dieses Verfahren bei Kopfschmerzformen, die mit Muskelverspannungen einhergehen.

Die Kognitive Verhaltenstherapie

Hauptziel dieses Verfahrens ist es, die eigene Wahrnehmung für den Schmerz zu beeinflussen (Schmerzbewältigungstraining). Die „gefühlte“ Beeinträchtigung durch den Schmerz soll minimiert, die Selbstkontrolle erhöht werden. Die Kognitive Verhaltenstherapie basiert auf der Erkenntnis des Philosophen Epiktet: „Es sind nicht die Dinge, die uns unglücklich machen, es ist unsere Sicht der Dinge“.

Auch das Stressbewältigungstraining enthält Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie. Neben der Beeinflussung der eigenen Wahrnehmung stehen hier die Analyse von Stressfaktoren, die Entwicklung von Vermeidungsstrategien sowie die Stärkung der Selbstsicherheit und sozialen Kompetenz im Vordergrund.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zielen insgesamt darauf ab, die Selbstkontrollkompetenz zu stärken und die Beeinträchtigung durch den Schmerz zu minimieren.

Alternative Therapieformen

Ausdauersport

Joggen, Schwimmen, Radfahren – regelmäßiges Training trägt vor allem zur Vorbeugung von Kopfschmerz- und Migräne-Attacken bei.

Physiotherapeutische Maßnahmen

Aus den Leitlinien zur Migränetherapie geht hervor, dass Physiotherapie allein nicht wirksam ist. Allerdings verbessern physiotherapeutische Maßnahmen die Ansprechbarkeit der Betroffenen auf gleichzeitig eingesetzte verhaltenstherapeutische Verfahren. Betroffene mit chronischem Spannungskopfschmerz scheinen vom Einsatz physiotherapeutischer Maßnahmen, wie Kräftigungstraining, Dehnung und Massage, zu profitieren. Hier bedarf es allerdings noch weiterer Untersuchungen.

Und ist die Akupunktur eine wirksame Alternative?

Im Rahmen eines großen Modellvorhabens der Ersatzkassen zur Wirksamkeit der Akupunktur bei chronischen Schmerzen, an dem auch die DAK beteiligt war, zeigte sich, dass sowohl Migräne-Patienten als auch Patienten mit Spannungskopfschmerz von der Akupunkturbehandlung profitieren. Allerdings hatte eine Scheinakupunktur dieselbe Wirksamkeit wie die klassische Akupunktur³⁹.

Da keine eindeutige Überlegenheit der klassischen Akupunktur gegenüber der Scheinakupunktur (Placebo) nachgewiesen werden konnte und auch keine Überlegenheit gegenüber der Standardtherapie (medikamentöse Prophylaxe) hinsichtlich der Vorbeugung der Beschwerden bestand, beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss im April 2006, die Akupunktur bei diesen Kopfschmerzformen zukünftig nicht als Kassenleistung anzuerkennen⁴⁰.

Fazit

Für einige nicht-medikamentöse Therapien, speziell Verhaltenstherapiemaßnahmen, besteht eine hinreichende Evidenz, diese Verfahren im Rahmen der Kopfschmerz- und Migränetherapie verstärkt einzusetzen. Besonders die progressive Muskelentspannung nach Jacobson hilft den Betroffenen, den Beschwerden entgegenzuwirken. Strategien zur besseren Schmerz- und Stressbewältigung sind ebenfalls vorteilhaft. Auch Ausdauersport hilft, den Schmerzattacken vorzubeugen. Dies zeigt, dass gerade die Betroffenen selbst durch ihr Verhalten und ihren Lebensstil zu einer Besserung des Erkrankungsgeschehens beitragen können. Doch was können die Betroffenen darüber hinaus noch selbst tun, um ihre Beschwerden zu minimieren? Antworten hierzu liefert das nächste Kapitel.

„Die evidenzbasierten nicht-medikamentösen Therapien, wie Biofeedback, Entspannungsverfahren und Sport werden zu wenig eingesetzt.“

*Prof. Stefan Evers,
Westfälische Wilhelms-Universität Münster*

„Dringlich wäre ein flächendeckendes Angebot an verhaltens- und sporttherapeutischen Maßnahmen! Die Patienten sollten über die Bedeutung dieser Interventionen aufgeklärt werden!“

*Prof. Gunther Haag,
Michael-Balint-Klinik,
Königsfeld*

³⁹ Melchert et al.: Akupunktur bei chronischen Schmerzen – Ergebnisse aus dem Modellvorhaben der Ersatzkassen. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 103, Heft 4 (2006).

⁴⁰ Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. April 2006

3.5 Was können Betroffene selbst tun?

Ein Kopfschmerztagebuch hilft bei der Diagnosestellung

Neben den bereits vorgestellten Verhaltensmaßnahmen, die die Betroffenen erlernen und anwenden können, ist es für Patienten ebenfalls sehr sinnvoll, ein so genanntes Kopfschmerztagebuch zu führen, um die Charakteristika ihres Kopfschmerzes und die möglichen auslösenden Faktoren besser zu erkennen.

Ein „Kopfschmerztagebuch“ oder auch ein „Kopfschmerzkalender“ kann zudem hilfreich für das ärztliche Anamnesegegespräch im Rahmen der Diagnosestellung sein. Betroffene finden ein solches Kopfschmerztagebuch zum Beispiel abgedruckt in der DAK-Broschüre „Kopfschmerz- und Migräne“ sowie zum Ausdrucken auf der Internetseite der DAK (www.dak.de).

Was können Betroffene darüber hinaus noch tun?

Beschwerden ernst nehmen

- Betroffene können „zum Schmerzexperten in eigener Sache“ werden, sich Wissen aneignen, selbst aktiv werden, Verantwortung übernehmen, ihre Beschwerden ernst nehmen.

Ausreichende Entspannungsphasen

- Betroffene sollten auf die „richtige“ Balance in ihrem Leben achten: Familie, Freizeit und Beruf fordern, deshalb ist eine ausreichende Zeit für Entspannungs- und Ruhephasen wichtig.

„Kopfschmerz-Auslöser“ herausfinden

- Betroffene können die Faktoren, die bei ihnen Kopfschmerzen auslösen („Kopfschmerz-Trigger“), selbst herausfinden und dann soweit wie möglich minimieren bzw. meiden. Dies können bestimmte Nahrungsmittel, Stress, Fehlbelastungen, Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus aber auch andere Faktoren sein.

„Vielen Patienten sind nicht-medikamentöse Methoden zur Behandlung von Kopfschmerzen überhaupt nicht bekannt. Die Konditionierung auf Medikamente ist zum Teil extrem.“

*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

Betroffene sollten, sofern sie von Ihrem Arzt Schmerzmittel verordnet bekommen haben, keine weiteren Mittel ohne Wissen Ihres Arztes zusätzlich kaufen bzw. einnehmen. Unzureichende Therapieerfolge sollten besser mit ihrem Arzt besprochen werden. Gegebenenfalls sollte auch ein Schmerzspezialist aufgesucht werden. Die DAK gibt Auskunft, welche Ärzte wohnortnah auf Schmerztherapie spezialisiert sind.

Im Umgang mit rezeptfreien Schmerzmitteln ist es wichtig, dass⁴¹

- nicht sofort zu Schmerzmitteln gegriffen wird, sondern zunächst versucht wird, den Kopfschmerz mit nicht-medikamentösen Methoden zu lindern.
- Schmerzmittel gemäß der Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft nicht dauerhaft angewendet werden, d. h. nicht mehr als an drei Tagen in Folge und nicht mehr als an 10 Tagen im Monat insgesamt.

⁴¹ Empfehlungen der Stiftung Kopfschmerz

- Schmerzmittel nicht unkontrolliert, d. h. zum Beispiel nicht mehrere verschiedene Schmerzmittel in „Eigenregie“ gleichzeitig, eingenommen werden.
- bei Fragen und Zweifeln in Sachen Medikation (Wechselwirkungen, Kontraindikationen bei Vorliegen weiterer Erkrankungen) der Arzt oder auch der Apotheker um Rat gefragt werden und insbesondere ein Arzt aufgesucht wird, wenn starke Kopfschmerzen häufig oder plötzlich „ohne erkennbaren Grund“ auftreten.

Fazit

Betroffene können durch ihr Verhalten selbst dazu beitragen, Kopfschmerz- bzw. Migräne-Attacken vorzubeugen. Ein verantwortungsvoller Umgang mit den Beschwerden bildet hier die entscheidende Voraussetzung. Dies betrifft auch den Bereich der Selbstmedikation. Betroffene sollten sich informieren und sich im Zweifel nicht scheuen, ärztlichen Rat einzuholen.

„Trotz Empfehlung seitens der Apotheken kommt es zu oft bei Kopfschmerzen nicht zum Arzt-Patienten-Kontakt.“

*Dr. Jochen Bommers,
Apotheker, Altenholz*

3.6 Kopfschmerzerkrankungen – Welche Angebote hat die DAK für Betroffene?

Die DAK hält für ihre Versicherten, die unter Migräne oder anderen Kopfschmerzformen leiden, neben umfangreichen Informationen verschiedene Therapie-Angebote bereit, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Nicht-medikamentöse Therapieverfahren zur Behandlung primärer Kopfschmerzerkrankungen

Nicht-medikamentöse Verfahren: Kostenübernahme bei ...

Im Bereich der nicht-medikamentösen Behandlungsverfahren bietet die DAK für ihre Versicherten speziell zwei Verfahren zur Linderung der Beschwerdesymptomatik:

- Die *transkutane Nervenstimulation (TENS)* speziell für Kopfschmerz-Patienten sowie
- eine *Sauerstoffdruckgasversorgung* für Cluster-Kopfschmerz-Patienten.

TENS, speziell bei Migräne

Bei der *transkutanen elektrischen Nervenstimulation* werden elektrische Reize, erzeugt von einem Niederfrequenzgenerator, über die Haut mittels Elektroden verabreicht. Das Verfahren beruht auf dem Prinzip der so genannten Gegenirritation. Dabei wird der Schmerz durch Auslösen eines Gegenreizes unterdrückt. Parallel werden körpereigene schmerzhemmende Stoffe, wie z. B. Endorphine, freigesetzt.

Sauerstoffdruckgasversorgung bei Cluster-Kopfschmerz

Die *Sauerstoffdruckgasversorgung*, d. h. konkret die Inhalation von über 8 Liter 100% Sauerstoff pro Minute bis zu einer Dauer von 20 Minuten in *sitzender vorgebeugter Haltung*, stellt wiederum eine nebenwirkungsfreie und bei frühzeitiger Anwendung effiziente Maßnahme zur Unterdrückung einer Cluster-Kopfschmerz-Attacke dar.⁴²

Die betroffenen Patienten können hier auch tragbare Sauerstoffgeräte verordnet bekommen, die über den Sanitätsfachhandel zu beziehen sind. Allerdings sollte im Vorfeld medizinisch abgeklärt werden, inwieweit diese Therapieform dem Patienten individuell tatsächlich hilft. Die Erfolgsquote scheint dabei vom Cluster-Kopfschmerz-Typ und vom Alter abhängig zu sein und liegt bei etwa 60%. Zur Vorbeugung von Cluster-Kopfschmerz-Attacken ist diese Therapieform nicht geeignet.

⁴² May et al. DMKG-Leitlinien: Therapie und Prophylaxe von Cluster-Kopfschmerzen und anderen Trigemin Autonomen Kopfschmerzen

Kooperationsprojekte im Rahmen einer integrierten Versorgung (IV) für Kopfschmerzerkrankungen

Auf regionaler Ebene unterstützt die DAK zukünftig im Rahmen der integrierten Versorgung interdisziplinäre Behandlungsmodelle für Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und Migräne.

Ziele sind, die Kopfschmerzhäufigkeit und -intensität bei den Betroffenen zu verringern und den Medikamentenkonsum zu senken. Die Patienten sollen lernen, selbstbewusster mit der Kopfschmerzerkrankung umzugehen, körperlich und seelisch leistungsfähiger werden, und letztlich wieder mehr Lebensqualität gewinnen. Bei der Umsetzung dieser Ziele spielt der interdisziplinäre Therapieansatz eine zentrale Rolle. Ein Team aus Ärzten, Psychologen und Krankengymnasten betreut die Betroffenen, um dem Erkrankungsgeschehen auf verschiedenen Ebenen begegnen zu können.

Kopfschmerzpatienten erhalten Leistungen, die von einer ambulanten Diagnostik bis hin zu einer stationären Behandlung reichen. Die Kopfschmerzbehandlung ist individuell zugeschnitten. Dabei werden den Patienten alle modernen, medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieverfahren angeboten, insbesondere auch Entzugsbehandlungen im Falle einer Medikamentenabhängigkeit. Die ambulante Weiterbehandlung übernehmen speziell geschulte Neurologen und Schmerztherapeuten, damit die Patienten auch nach der ersten Therapiephase dauerhaft gut versorgt sind.

Die DAK fördert interdisziplinäre Therapieansätze auch außerhalb der Integrierten Versorgung

Ein langjähriger Vertragspartner der DAK im Bereich der Versorgung von Kopfschmerzpatienten ist die *Deutsche Klinik für Integrative Medizin und Naturheilverfahren* in Bad Elster.

Neben dem kontinuierlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient, bei dem das Gespräch im Vordergrund steht, werden den Kopfschmerz-Patienten psychologische Behandlungen, physikalische Therapie sowie naturheilkundliche Verfahren angeboten. Der Patient wird als kompetenter Partner verstanden. Für einen nachhaltigen Therapieerfolg sollen neue Verhaltensweisen erlernt und ein gesundheitsgerechtes Verhalten gestärkt werden.

DAK Gesundheitdirekt

Wie die Expertenbefragung gezeigt hat, ist eine verstärkte Aufklärung der Bevölkerung, speziell der Betroffenen, zu Charakteristika und Therapieverfahren der verschiedenen Kopfschmerzerkrankungen dringend notwendig. Hier sind aus Expertensicht auch die Kassen gefordert.

„Die Umsetzung interdisziplinärer Therapieansätze ist noch unzureichend. Die integrierte Versorgung kann dies teilweise lösen. Der Beitritt von möglichst vielen Krankenkassen zu solchen hochwertigen Angeboten wäre wünschenswert.“

*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

„Krankenkassen sollten unter Nutzung aller Möglichkeiten flächendeckend über Kopfschmerzerkrankungen aufklären.“

*Dr. Volker Pfaffenrath,
Neurologe, München*

**Kooperation mit der
Deutsche Klinik für
Integrative Medizin
und Naturheilverfahren
in Bad Elster**

**Schmerztherapie-
Vereinbarung gilt
auch für DAK-
Versicherte**

Die DAK bietet Ihren Versicherten neben Informationsbroschüren zu Kopfschmerzerkrankungen auch exklusiv eine medizinische Beratung am Telefon an: Hier werden alle Fragen rund um das Thema Schmerz und natürlich auch speziell zu Kopfschmerz von medizinischen Fachkräften und Ärzten beantwortet. Zu erreichen ist die Hotline rund um die Uhr unter 01801/ 325 326 zum Ortstarif.

DAK-versicherte Kopfschmerzpatienten haben außerdem die Möglichkeit, sich im Rahmen der Teilnahme der DAK an der so genannten „**Schmerztherapie-Vereinbarung**“ von entsprechend qualifizierten, niedergelassenen Schmerzspezialisten behandeln zu lassen. Auskunft gibt auch hier die DAK.

Nicht zuletzt können DAK-Versicherte, die unter Kopfschmerzen bzw. Migräne leiden, auch von den allgemeinen Angeboten der DAK im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung profitieren: Hierzu zählen beispielsweise Programme aus den Bereichen Entspannungstraining und Stressbewältigung sowie Bewegung.

Fazit

Die DAK bietet für Versicherte, die unter einer Kopfschmerzerkrankung leiden, neben Informationen und Beratung auch spezielle Therapieangebote an. Integrative Therapieansätze werden dabei im Rahmen der integrierten Versorgung seitens der DAK zukünftig besonders unterstützt.

**Zusammenfassung und Schlussfolgerungen des diesjährigen
Schwerpunktthemas**

Die Zusammenfassung und die Schlussfolgerungen des diesjährigen Schwerpunktthemas „Kopfschmerz und Migräne“ sowie Anknüpfungspunkte für weiterführende Diskussionen sind in die abschließende Gesamtbetrachtung des vorliegenden Gesundheitsreports eingebettet (siehe Kapitel 6, Seite 83).

4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede

Der Krankenstand in Schleswig-Holstein lag 2006 mit 2,9% nah am Niveau des bundesweiten DAK-Krankenstandes von 3,0%. Im Folgenden sollen mögliche bundeslandspezifische Ursachen für den Krankenstand näher analysiert werden.

4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?

Auf der Landkarte der DAK-Krankenstände (Abbildung 5) sind teilweise deutliche regionale Abweichungen zum Bundesdurchschnitt erkennbar: Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern liegen im Jahr 2006 mit einem Krankenstand von 3,7 % deutlich über und Baden-Württemberg mit nur 2,5 % deutlich unter dem DAK-Bundesdurchschnitt.

Bei Vergleichen zwischen einzelnen Bundesländern oder auch zwischen einem Bundesland und dem Bundesdurchschnitt ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zusammensetzung der DAK-Versicherten in einem Bundesland deutlich von der Zusammensetzung der DAK-Versicherten bundesweit abweichen kann. Dies gilt zum einen für die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht. Diese beiden Faktoren werden jedoch in allen DAK-Gesundheitsreports bereits durch ein Standardisierungsverfahren ausgeglichen.

Zum anderen gibt es einen weiteren wichtigeren Faktor, der zu Krankenstandsunterschieden führen kann: Die Wirtschaftsstruktur ist nicht in allen Bundesländern identisch.

Die bundesweiten Zahlen der DAK zeigen, dass Beschäftigte in Wirtschaftszweigen, wie etwa den Öffentlichen Verwaltungen oder dem Gesundheitswesen erheblich höhere Krankenstände haben als Beschäftigte, die beispielsweise bei Banken und Versicherungen oder in der Rechts- und Wirtschaftsberatung arbeiten. Der Gesamt Krankenstand in einem Bundesland hängt aus diesem Grund auch davon ab, wie groß die Anteile von Beschäftigten aus Wirtschaftszweigen mit hohem oder niedrigem Krankenstand an den DAK-Mitgliedern in dem betreffenden Bundesland sind.

In den folgenden Auswertungen wird daher der Einfluss, den die Wirtschaftsstruktur eines Bundeslandes auf den Krankenstand hat, näher beleuchtet.

Regionale Abweichungen der Krankenstände vom Bundesdurchschnitt

Einfluss von Alter und Geschlecht wird ausgeschaltet

Aber: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand

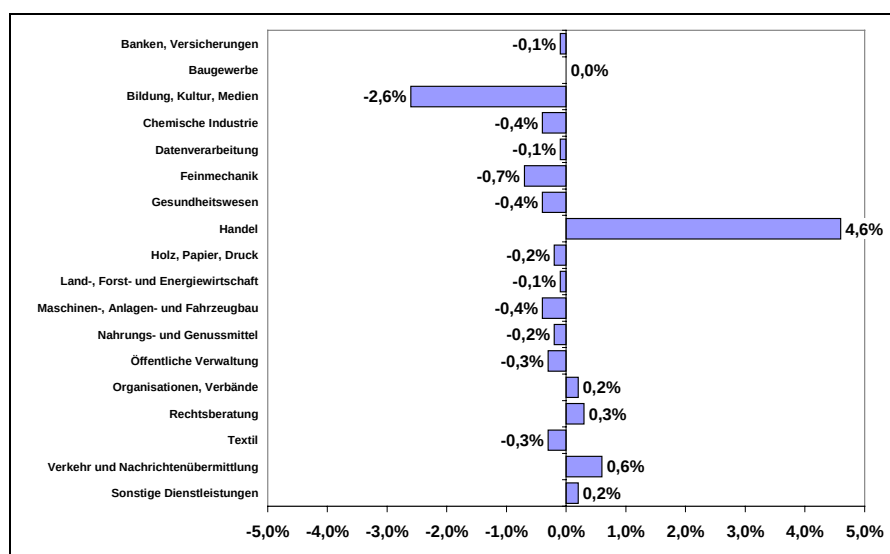
Abweichende Wirtschaftsstruktur kann Auswirkungen auf das Krankenstandsniveau haben

4.2 Die Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Als erstes stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Zusammensetzung der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein nach Wirtschaftsgruppen überhaupt nennenswert vom DAK-Bundesdurchschnitt abweicht. Abbildung 39 zeigt, welche Unterschiede zum Bundesdurchschnitt beim Anteil von Mitgliedern aus unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen bestehen.

Abbildung 39

Abb. 39
Abweichungen in der Verteilung der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein auf Wirtschaftsgruppen 2006 vom DAK-Bundesdurchschnitt



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Die Zusammensetzung der Wirtschaftszweige, in denen die DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein beschäftigt waren, zeigt eine gegenüber der DAK insgesamt deutlich abweichende Struktur. Die DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein waren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weniger häufig in den Wirtschaftsgruppen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Feinmechanik“ beschäftigt. Nennenswert häufiger waren sie demgegenüber in den Wirtschaftsgruppen „Handel“ und „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ tätig.

Angesichts der Vielzahl kleinerer und größerer Abweichungen in der Wirtschaftsstruktur des Bundeslandes Schleswig-Holstein gegenüber dem DAK-Bundesdurchschnitt lässt sich natürlich nicht auf einen Blick erkennen, ob daraus für das Bundesland insgesamt nun eine krankensandserhöhende oder -vermindernde Wirkung resultiert.

4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Schleswig-Holstein

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf die Höhe des Krankenstandes lässt sich berechnen. Das Ergebnis ist: Die Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein wirkte sich geringfügig günstig auf den Krankenstand der DAK-Mitglieder aus.

Abbildung 40

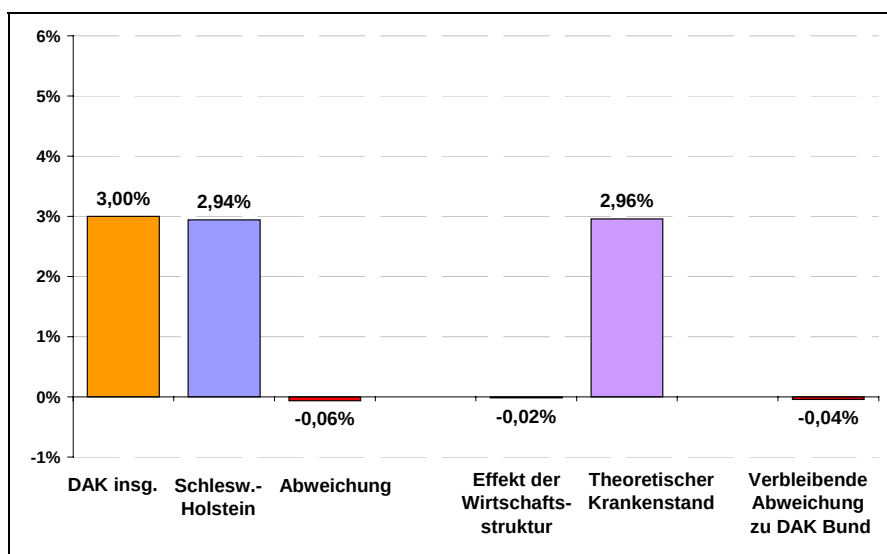


Abb. 40
Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Schleswig-Holstein

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 40 zeigt den Krankenstandsunterschied zwischen Schleswig-Holstein und dem Bund gesamt. Der Krankenstand in Schleswig-Holstein liegt um 0,06 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt. Der Effekt der Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein beträgt 0,02 Prozentpunkte. Das bedeutet, dass ein nicht nennenswerter Anteil, nämlich 0,02 Prozentpunkte des Krankenstandes in Schleswig-Holstein, durch eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt „günstigere“ Wirtschaftsstruktur bedingt ist.

Für einen fairen Vergleich zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt müsste man also den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur in Schleswig-Holstein auf den Krankenstand in Rechnung stellen. Abbildung 40 zeigt den „theoretischen Krankenstand“, der sich ergibt, wenn man den Krankenstandswert um den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur bereinigt. Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wäre theoretisch also ein etwas höherer Krankenstand von 2,96% anzusetzen.

Die verbleibende Abweichung des Krankenstandes zum Bund in Höhe von -0,04 Prozentpunkten ist also nicht auf die Alters- oder Geschlechts- oder Wirtschaftsstruktur zurückzuführen.

Der Krankenstand in Schleswig-Holstein wird geringfügig positiv durch die Wirtschaftsstruktur beeinflusst.

Für einen fairen Vergleich muss der bereinigte Krankenstand von 2,96% herangezogen werden.

Gute Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

Welche Faktoren genau den Krankenstand in Schleswig-Holstein beeinflussen, kann den vorliegenden Krankenstandsdaten nicht entnommen werden.

Günstige Krankenstandswerte können zum Beispiel durch gute Arbeitsbedingungen und die damit verbundene hohe Arbeitszufriedenheit und -motivation begründet sein.

Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz sind je nach Wirtschaftszweig sehr unterschiedlich. Dies drückt sich nicht zuletzt in branchenspezifisch sehr unterschiedlichen Krankenständen aus. Im folgenden Kapitel werden daher die Krankenstandswerte in 19 Wirtschaftszweigen in Schleswig-Holstein vergleichend dargestellt.

5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen

Nach den Betrachtungen zur Wirtschaftsstruktur und ihrem Einfluss auf den Krankenstand sollen nun abschließend die Krankenstände der einzelnen Branchen in Schleswig-Holstein dargestellt werden. Abbildung 41 zeigt die Krankenstände der Branchen, in denen DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein wie auch bundesweit besonders stark vertreten sind. Abbildung 42 zeigt die Zahlen für die übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 41

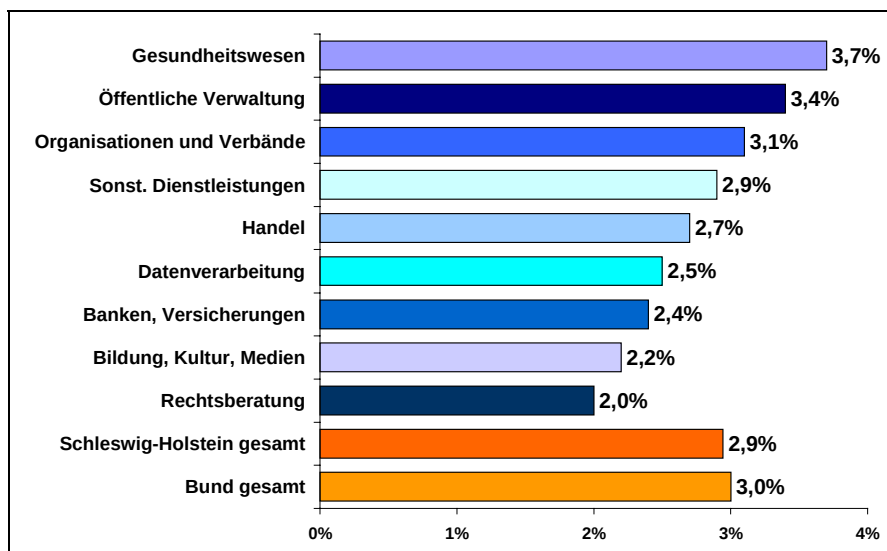


Abb. 41
Krankenstands-
werte 2006 in den
neun Wirtschafts-
gruppen mit be-
sonders hohem
Anteil von DAK-
Mitgliedern in
Schleswig-Holstein

Quelle: DAK AU-Daten 2006

In Schleswig-Holstein wies die Wirtschaftsgruppe „Gesundheitswesen“ mit 3,7% den höchsten Krankenstand unter den wichtigen Branchen auf, gefolgt von „Öffentliche Verwaltung“ mit 3,4%. Beide Krankenstände lagen deutlich über dem Durchschnitt in Schleswig-Holstein.

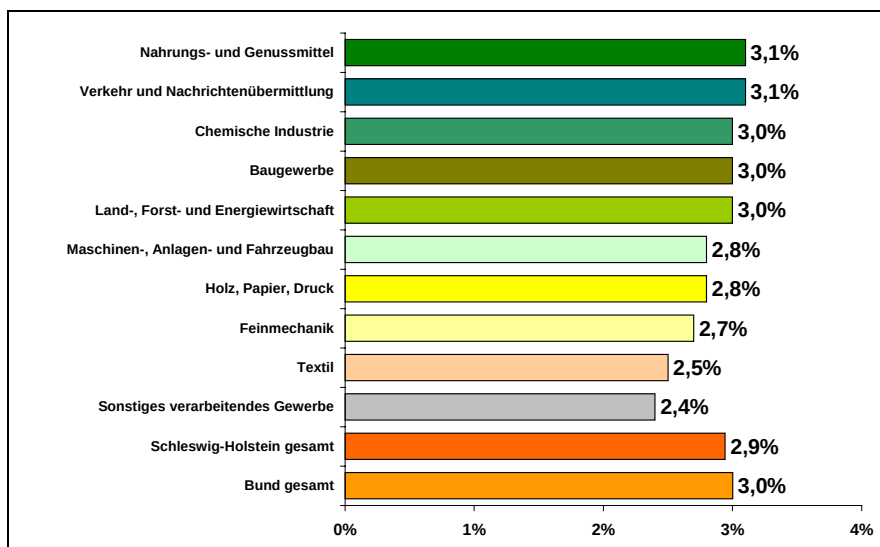
Deutlich unter dem Durchschnitt in Schleswig-Holstein liegen dagegen die Branchen „Rechtsberatung/ Wirtschaftsprüfung“ mit 2,0%, „Bildung, Kultur, Medien“ mit 2,2% sowie „Banken, Versicherungen“ mit 2,4%.

Der hohe Krankenstand in der Branche „Gesundheitswesen“ ist vor allem durch die hohe Fallzahl verursacht; sie beträgt 110 AU-Fälle pro 100 Versicherte, während der Gesamtwert für Schleswig-Holstein bei 98,7 Fällen liegt. Auch die durchschnittliche Falldauer in dieser Wirtschaftsgruppe liegt mit 12,2 Tagen über dem Durchschnitt in Schleswig-Holstein (10,9 Tage).

**Wirtschaftsgruppe
„Gesundheitswe-
sen“ weist in
Schleswig-Holstein
den höchsten
Krankenstand auf**

Abbildung 42

Abb. 42
Krankenstands-
werte 2006 in den
übrigen zehn Wirt-
schaftsgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Bei den übrigen Wirtschaftsgruppen lagen „Nahrungs- und Genussmittel“ und „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ sowie „Chemische Industrie“, „Baugewerbe“ und „Land-, Forst- und Energiewirtschaft“ über dem durchschnittlichen Krankenstand in Schleswig-Holstein. Die Krankenstandswerte der restlichen Branchen befanden sich unter dem Durchschnittswert. Diese zum Teil besonders günstigen Werte sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass DAK-Mitglieder hier überwiegend nicht in gewerblichen, sondern in Verwaltungs- und Büroberufen beschäftigt sind.

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Der Krankenstandswert der DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein liegt mit 2,9% geringfügig unter dem bundesweit von der DAK beobachteten Wert. Bereinigt man diesen Wert um den geringfügig günstigen Effekt der Wirtschaftsstruktur, ergibt sich ein Krankenstand in Höhe von 2,96%. Dies ist der Wert, den man für einen fairen Vergleich mit anderen Bundesländern heranziehen sollte.

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern in Schleswig-Holstein unveränderte Krankenstandsniveau müssen auf der volkswirtschaftlichen wie auch der betrieblichen Ebene gesucht werden. Die jeweiligen Faktoren können sich dabei in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben: In der derzeitigen Situation bleibt abzuwarten, ob die konjunkturellen Belebungen einen krankenstandserhöhenden Effekt haben oder ob die Sorge der Beschäftigten, in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit den Arbeitsplatz zu verlieren, dem tendenziell entgegenwirkt.

Auf der betrieblichen Ebene kommt es durch einen verstärkten Wettbewerb und die Notwendigkeit von Einsparungen zu Arbeitsverdichtungen und Rationalisierungen, die krank machende Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zur Folge haben. Dass diese Entwicklung nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes geführt hat, ist vermutlich auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in den Unternehmen zurückzuführen.

Die Betrachtung des Gesamt Krankenstandes sagt für die Beurteilung der gesundheitlichen Belastung allein allerdings eher wenig aus. Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports für Schleswig-Holstein zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

Auch können je nach Branche konjunkturelle und strukturelle Entwicklungsaspekte für die Krankheitsquote eine große Rolle spielen. So fällt auf, dass der Krankenstand in den Branchen besonders gering ist, in denen kleinbetriebliche Strukturen wie z. B. bei der „Rechtsberatung/ Wirtschaftsprüfung“ vorliegen. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

Die im „DAK Gesundheitsreport 2007“ für das Bundesland Schleswig-Holstein enthaltenen Informationen über das Morbiditätsgeschehen können als Grundlage für gezielte Präventionsmaßnahmen in den Betrieben dienen.

Der für Schleswig-Holstein registrierte Krankenstand liegt mit 2,9% geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt

Krankenstand in Schleswig-Holstein unverändert

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert einen Anstieg des Krankenstandes

Einflussfaktoren auf den betrieblichen Krankenstand

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

**Zusammenfassung und Schlussfolgerungen zum Schwerpunktthema
„Kopfschmerz und Migräne“:****Kopfschmerzen
zählen zu den
häufigsten
gesundheitlichen
Beschwerden**

Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden in der Bevölkerung. Mehr als jeder Zweite ist betroffen, Frauen insgesamt häufiger als Männer, was vor allem auf das häufigere Auftreten von Migräne bei Frauen zurückzuführen ist. Dies zeigte sich auch in den Arbeitsunfähigkeitsdaten, deren Analyse im Einzelnen folgende Ergebnisse erbrachte:

**Frauen weisen
insgesamt mehr
Fehltage wegen
Kopfschmerzen
auf**

- Frauen haben insgesamt mehr Fehltage aufgrund von Kopfschmerzen als Männer, allerdings resultiert dies vornehmlich aus dem dreimal häufigeren Auftreten von Migräne. Dies zeigt sich auch in den AU-Daten: Bei Frauen entfällt bundesweit mit 5,6 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre und entsprechend 53% der höchste Anteil an „Kopfschmerz-Fehltagen“ auf die Diagnose „Migräne“. Bei Männern sind es entsprechend 1,6 AU-Tage bzw. anteilig 29%.

In Schleswig-Holstein entfällt der größte Teil der Fehltage bei Frauen mit 55,8% (entsprechend 5,8 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre) ebenfalls auf die Diagnose „Migräne“. Bei den Männern sind es mit 1,2 Fehltagen nur 28,6%.

**Männer fehlen vor
allem aufgrund von
Kopfschmerz als
allgemeines Sym-
ptom**

- Männer weisen bundesweit die meisten Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb der Gruppe der Kopfschmerzerkrankungen aufgrund von „Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“, d.h. Kopfschmerz als allgemeines Symptom, auf: 2,8 Fehltage pro 100 Versichertenjahre – entsprechend anteilig 51% – entfallen auf diese Diagnose. Bei 100 ganzjährig versicherten Frauen sind es mit 3,6 AU-Tagen absolut betrachtet zwar mehr Fehltage, anteilig sind es aber nur 34%.

Auch in Schleswig-Holstein fehlen Männer bei Kopfschmerzen vornehmlich aufgrund eines „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerzes“: Mit 2,2 Fehltagen pro 100 ganzjährig Versicherte entfallen 52,4% aller „Kopfschmerzfehltage auf diese Diagnose (bei Frauen sind es entsprechend 3,4 Fehltage bzw. anteilig 32,7%).

- „Sonstige Kopfschmerzsyndrome“ – hierzu zählen unter anderen auch die häufigste Kopfschmerzform „Spannungskopfschmerz“ sowie der sehr seltene „Cluster-Kopfschmerz“ – weisen sowohl bei Frauen als auch bei Männern innerhalb der Kopfschmerzdiagnosen bundesweit die geringste Bedeutung auf (Frauen: 1,3 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre, Männer: 1,1 Fehltage).

In Schleswig-Holstein steht diese Diagnose sowohl bei Frauen als auch bei Männern an zweiter Stelle hinsichtlich ihres Anteils an den Gesamt-Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzen.

- Auffällig war, dass Kopfschmerzerkrankungen sowohl bundesweit als auch in Schleswig-Holstein gerade bei 15- bis 24-Jährigen häufig auftraten und zu vergleichsweise vielen AU-Tagen führten. Dies ist vor allem bei Männern auf die Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“ zurückzuführen. Bei Frauen hat auch in dieser Altersgruppe bereits die Diagnose „Migräne“ einen vergleichbar hohen Stellenwert, wie die bundesweite Analyse zeigte.
- Eine Auswertung nach Branchen zeigte, dass Fehltage aufgrund von Kopfschmerzen gegenüber dem DAK-Durchschnitt in der „Öffentlichen Verwaltung“, bei den „Organisationen und Verbänden“ und in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ sowie „Datenverarbeitung“ überdurchschnittlich auftraten. Mit Ausnahme der „Datenverarbeitung“ sind diese Branchen sowohl insgesamt als auch speziell bei den „Kopfschmerzdiagnosen“ durch eine überdurchschnittliche Anzahl an „Kurzzeit-Fehlzeiten“ (AU-Fälle bis drei Tage Dauer) gekennzeichnet.
- Insgesamt handelt es sich bei Kopfschmerzerkrankungen mit Blick auf das AU-Geschehen überwiegend um Erkrankungen von vergleichsweise kurzer Dauer: Nahezu 70% der AU-Fälle dauern bundesweit maximal drei Tage (Schleswig-Holstein: 73,1%), ein Zeitraum für den in der Regel noch keine AU-Bescheinigung beim Arbeitgeber vorgelegt werden muss. Die Anzahl der „bekannten“ Fehltage ist demzufolge wahrscheinlich geringer als die tatsächlich auftretenden Fehlzeiten.

Kopfschmerzen sind für die Betroffenen zum Teil mit erheblichen Leistungseinschränkungen verbunden. Die bundesweite DAK-Bevölkerungsbefragung von knapp 3.000 Erwerbstätigen zwischen 18 und 65 Jahren ergab, dass ein Drittel der Migräne-Betroffenen mäßig bis schwer in ihrer Leistungsfähigkeit im beruflichen und privaten Bereich eingeschränkt sind (ermittelt mit dem „Migraine Disability Assessment Questionnaire“ – kurz MIDAS-Fragebogen).

Im Hinblick auf die Arbeitswelt zeigte sich, dass die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz bei vielen Betroffenen, die trotz Migräne zur Arbeit gehen, erheblich eingeschränkt ist. Durch Fehlzeiten und Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz infolge Migräne entstehen jährlich Kosten von rund 2 Mrd. Euro. Migräne ist damit neben den zum Teil erheblichen Beeinträchtigungen auf Seiten der Betroffenen nicht zuletzt – volkswirtschaftlich betrachtet – teuer.

Eine adäquate Therapie bei Kopfschmerzerkrankungen ist insbesondere mit Blick auf das Leid der Betroffenen sehr wichtig. Doch, die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland weist in einigen Bereichen Defizite auf. Handlungsbedarf besteht aus Sicht der Fachleute der DAK-Expertenbefragung vor allem hinsichtlich einer Erweiterung des Kenntnisstandes. Auf Seiten der Ärzte betrifft dies vor allem die Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzerkrankungen.

15- bis 24-Jährige haben besonders viele „Kopfschmerz-Fehltage“

In einigen Branchen ist die Zahl der „Kopfschmerz-Fehltage“ überdurchschnittlich

Kopfschmerzerkrankungen verursachen überwiegend kurze Fehlzeiten

Zum Teil erhebliche Leistungseinschränkungen aufgrund von Kopfschmerzen, insbesondere bei Migräne

... auch am Arbeitsplatz

In einigen Bereichen Verbesserungsbedarf der Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen

Zu wenig Aufklärung hinsichtlich der Risiken der Schmerzmittel-Einnahme

Die DAK-Bevölkerungsbefragung zeigte zudem, dass 40% der Kopfschmerz-Patienten sowie fast ein Viertel der Migräne-Patienten, die ein ärztlich verordnetes Schmerzmittel einnehmen, nach eigener Aussage keine Aufklärung seitens des Arztes hinsichtlich der Folgen eines übermäßigen Schmerzmittelkonsums bzw. des Risikos eines medikamenten-abhängigen Dauerkopfschmerzes erhalten haben. Hier ist mehr Information nötig.

Selbstmedikation weit verbreitet

Vor dem Hintergrund, dass 62% der Kopfschmerz-Betroffenen und 54% Migräne-Betroffenen in Deutschland rezeptfreie Schmerzmittel einnehmen – auch dies zeigte die DAK-Bevölkerungsbefragung –, wird aber auch deutlich, dass hier nicht nur die Ärzte gefordert sind. Aus Sicht der Experten sollte auch in Apotheken, in den Medien und nicht zuletzt durch die Krankenkassen verstärkt über den Fehlgebrauch von Schmerzmitteln aufgeklärt werden. Nicht zuletzt sollte der Kenntnisstand bezüglich Kopfschmerzkrankungen in der Bevölkerung insgesamt verbessert werden.

Leitliniengerechte Therapien zu wenig eingesetzt

Die Fachleute bemängelten zudem mehrheitlich, dass leitliniengerechte Therapieverfahren zu wenig eingesetzt würden. Voraussetzung für eine adäquate Therapie ist jedoch zunächst eine korrekte Diagnosestellung. Ein ausführliches Anamnesegespräch stellt hier eine wichtige Basis dar. Doch, so das Ergebnis der DAK-Bevölkerungsbefragung, bei 20% der Kopfschmerz-Patienten sowie bei 12% der Migränekranken erfolgte nach eigenen Angaben kein ausführliches Gespräch mit dem Arzt vor Beginn der Behandlung. Allerdings mahnten die Experten in diesem Zusammenhang eine unzureichende Honorierung des ärztlichen Gesprächs an.

Eine adäquate Therapie hilft nicht zuletzt, einer Chronifizierung des Leidens vorzubeugen.

In der Akuttherapie schwerer Migräne-Attacken kommt dem Einsatz von Triptanen ein hoher Stellenwert zu. Nach mehrheitlicher Einschätzung der Experten werden diese speziellen Migräne-Medikamente jedoch zu selten eingesetzt. Eine erstmals für diesen Report vorgenommene Auswertung von Arzneimitteldaten der DAK erbrachte, dass DAK-Versicherte im Vergleich zu den GKV-Versicherten insgesamt besser mit diesen spezifischen Medikamenten versorgt sein könnten.

Einsatz von Verhaltenstherapien und Muskelentspannungsverfahren forcieren

Die Experten kritisierten darüber hinaus, dass neben einer medikamentösen Prophylaxe auch wirksame nicht-medikamentöse Therapieverfahren zu selten eingesetzt würden. Hierzu zählen insbesondere Verhaltenstherapien und Muskelentspannungsverfahren.

Betroffene können demzufolge auch selbst aktiv gegen den Schmerz im Kopf vorgehen. Sie sind nicht ausschließlich auf Medikamente angewiesen. Die DAK unterstützt ihre Versicherten hier mit zahlreichen Angeboten: Neben speziellen Behandlungsverfahren, die bereits im Angebot sind, werden DAK-versicherte Patienten zukünftig auch von interdisziplinären Behandlungsmodellen im Rahmen der integrierten Versorgung profitieren können. Bereits jetzt können Patienten einen integrativen Therapieansatz in einer kooperierenden Fachklinik nutzen. Infolge der Teilnahme der DAK an der so genannten „Schmerztherapievereinbarung“ können DAK-versicherte Kopfschmerzpatienten sich zudem von niedergelassenen Schmerzspezialisten behandeln lassen.

Nicht zuletzt möchte die DAK mit dem diesjährigen Schwerpunktthema für Kopfschmerzerkrankungen sensibilisieren und aufklären. Aktuelles Informationsmaterial steht hier zur Verfügung.

Aus Sicht der DAK ergeben sich abschließend aus den Ausführungen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas einige Aspekte bzw. Forderungen, die der weiteren Diskussion bedürfen:

- Kopfschmerzen treten sehr häufig auf, dennoch ist der Kenntnisstand sowohl auf Seiten der Ärzte als auch in der Bevölkerung nicht immer adäquat. Aus- und Fortbildung der Ärzte und die Aufklärung der Bevölkerung gilt es deshalb zu verbessern.
- Dies gilt insbesondere für den Bereich der Selbstmedikation: Das Risiko eines Medikamenten-induzierten Kopfschmerzes bzw. für Folgeschäden an Organen infolge eines Übergebrauchs von Schmerzmitteln muss den Betroffenen bewusst gemacht werden. Gleichwohl müssen Alternativen zur Schmerzmittel-Einnahme angeboten werden. Verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und Muskelentspannungsverfahren kommt hier einen hohen Stellenwert zu. Hier gibt es Verbesserungsbedarf, sowohl auf Seiten des Angebots als auch bei der Inanspruchnahme.
- Integrative Therapiekonzepte sollten gefördert werden, um den Betroffenen eine umfassende Kopfschmerz-Behandlung zu ermöglichen.
- Betroffene, die regelmäßig unter stärkeren Kopfschmerzen leiden, sollten sich nicht scheuen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier gilt es, Vorbehalte – z. B. im Hinblick darauf, dass es keine adäquate Therapie gebe – abzubauen.

Die DAK hat zahlreiche Angebote für ihre von Kopfschmerz bzw. Migräne betroffenen Versicherten

Aspekte und Forderungen für weiterführende Diskussionen

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erwerbstätige DAK-Mitglieder in Schleswig-Holstein 2006

Der Gesundheitsreport berücksichtigt in Schleswig-Holstein lebende Personen, die im Jahr 2006 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten. Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankheit auftritt. Allerdings ist zu beachten, dass nur diejenigen krankheitsbedingten Ausfalltage in die Auswertung einfließen, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Datenbasis:
alle in Schleswig-Holstein lebenden erwerbstätigen Personen, die 2006 Mitglied der DAK waren

Die gesamte Datenbasis für das Bundesland Schleswig-Holstein umfasst rund 113.300 DAK-Mitglieder, die sich zu 62,8% aus Frauen und zu 37,2% aus Männern zusammensetzen. Die DAK versichert auch in Schleswig-Holstein sehr viele weibliche Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, Büros, Verwaltungen). Daher der im Vergleich zu anderen Krankenkassen deutlich höhere Frauenanteil.

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

Nicht alle Mitglieder im Bundesland Schleswig-Holstein waren das ganze Jahr über bei der DAK versichert. Rechnet man die rund 113.300 Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ um, ergeben sich für das Jahr 2006 etwa 100.800 Versichertenjahre. Viele der Auswertungen zeigen die Krankenstandskennwerte „pro 100 Versichertenjahre“. Wir verwenden diese Bezugsgröße anstelle von „pro 100 Mitgliedern“, weil sie zu präziseren Ergebnissen führt.

Viele Kennwerte werden „pro 100 Versichertenjahre“ angegeben

Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.

Krankenstand

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365⁴³, so erhält man den Krankenstandswert.

Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre

⁴³ In Schaltjahren beziehen sich die Berechnungen entsprechend auf 366 Kalendertage.

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit

Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsreport finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versichertenjahre.

Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.

Durchschnittliche Falldauer

Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.

Betroffenenquote

Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren - es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Lösung für zusammenfassende Vergleiche:**standardisierte Kennzahlen**

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, berechnet man so genannte standardisierte Kennzahlen. Durch die Standardisierung werden Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet.

Dies geschieht, indem beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsreporten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird gemäß der „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V“ der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.

**Standardisierung
nach Geschlecht
und Alter auf die
Erwerbsbevölke-
rung der Bundes-
republik**

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der nicht auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

**Was die standardi-
sierten Kennzahlen
zeigen**

Korrektur um den Einfluss der Wirtschaftsstruktur

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur wurde folgendermaßen korrigiert: Für den Krankenstand eines Bundeslandes werden durch indirekte Standardisierung auf die Referenzpopulation der DAK-Mitglieder insgesamt (bundesweit) zwei Erwartungswerte berechnet: EW_1 indirekt standardisiert nach Alter und Geschlecht, EW_2 indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht und Wirtschaftsstruktur. Der Quotient aus EW_1 und EW_2 ergibt einen Korrekturfaktor, mit dem die direkt standardisierten Krankenstandswerte multipliziert werden.

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für das Bundesland Schleswig-Holstein für die Berichtsjahre 2005 und 2006 analysierten AU-Daten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Die wichtigsten Krankheitsarten 2006: DAK-Bund und Schleswig-Holstein.....	93
Tabelle A2:	Die wichtigsten Krankheitsarten 2005: DAK-Bund und Schleswig-Holstein.....	94
Tabelle A3:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2006: DAK-Bund und Schleswig-Holstein.....	95
Tabelle A4:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2005: DAK-Bund und Schleswig-Holstein.....	96

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2006:
DAK bundesweit und Schleswig-Holstein

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	DAK Bund	45,6	8,1	5,7	4,2%
		Schlesw.- Holstein	53,7	9,9	5,4	5,0%
C00- D48	Neubildungen	DAK Bund	44,8	1,3	34,5	4,1%
		Schlesw.- Holstein	43,8	1,2	37,4	4,1%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	DAK Bund	109,8	4,0	27,3	10,0%
		Schlesw.- Holstein	120,6	4,4	27,2	11,2%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK Bund	48,4	4,7	10,4	4,4%
		Schlesw.- Holstein	47,5	4,3	10,9	4,4%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK Bund	54,4	3,1	17,5	5,0%
		Schlesw.- Holstein	50,3	2,8	17,7	4,7%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK Bund	171,7	27,4	6,3	15,7%
		Schlesw.- Holstein	147,6	25,7	5,7	13,7%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	DAK Bund	79,2	13,4	5,9	7,2%
		Schlesw.- Holstein	73,3	13,2	5,6	6,8%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	DAK Bund	241,3	14,8	16,4	22,0%
		Schlesw.- Holstein	252,1	15,3	16,5	23,5%
N00- N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK Bund	25,1	2,5	9,9	2,3%
		Schlesw.- Holstein	23,7	2,3	10,2	2,2%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK Bund	48,9	5,5	8,9	4,5%
		Schlesw.- Holstein	48,2	5,7	8,5	4,5%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK Bund	165,6	9,9	16,8	15,1%
		Schlesw.- Holstein	153,7	9,6	16,0	14,3%
A00- Z99	Gesamt	DAK Bund	1.095,3	98,9	11,1	100,0%
		Schlesw.- Holstein	1.074,4	98,7	10,9	100,0%

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2005:
DAK bundesweit und Schleswig-Holstein

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	DAK Bund	47,3	8,0	5,9	4,2%
		Schlesw.- Holstein	52,3	9,8	5,4	4,9%
C00- D48	Neubildungen	DAK Bund	46,6	1,3	35,6	4,1%
		Schlesw.- Holstein	37,3	1,1	33,4	3,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	DAK Bund	112,4	3,9	28,5	10,0%
		Schlesw.- Holstein	113,0	4,3	26,4	10,5%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK Bund	47,5	4,4	10,8	4,2%
		Schlesw.- Holstein	45,6	4,3	10,5	4,3%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK Bund	57,6	3,0	19,1	5,1%
		Schlesw.- Holstein	49,9	2,7	18,4	4,7%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK Bund	202,7	31,6	6,4	18,0%
		Schlesw.- Holstein	170,0	28,5	6,0	15,9%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	DAK Bund	76,1	12,3	6,2	6,7%
		Schlesw.- Holstein	68,7	11,9	5,8	6,4%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	DAK Bund	241,5	14,3	16,9	21,4%
		Schlesw.- Holstein	254,8	14,6	17,4	23,8%
N00- N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK Bund	25,7	2,6	10,1	2,3%
		Schlesw.- Holstein	22,3	2,3	9,8	2,1%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK Bund	47,3	5,2	9,1	4,2%
		Schlesw.- Holstein	47,5	5,1	9,2	4,4%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK Bund	162,4	9,3	17,4	14,4%
		Schlesw.- Holstein	151,5	9,3	16,2	14,1%
A00- Z99	Gesamt	DAK Bund	1.127,6	100,1	11,3	100,0%
		Schlesw.- Holstein	1.071,9	97,8	11,0	100,0%

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2006:
DAK bundesweit und Schleswig-Holstein

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK Bund	894,4	91,4	9,8	2,5%
	Schlesw.-Holstein	870,0	92,1	9,5	2,4%
Baugewerbe (45)	DAK Bund	1.121,1	96,4	11,6	3,1%
	Schlesw.-Holstein	1.090,6	104,1	10,5	3,0%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK Bund	954,7	101,6	9,4	2,6%
	Schlesw.-Holstein	814,0	83,2	9,8	2,2%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK Bund	1.049,0	101,9	10,3	2,9%
	Schlesw.-Holstein	1.077,5	107,9	10,0	3,0%
Datenverarbeitung (72)	DAK Bund	767,7	84,1	9,1	2,1%
	Schlesw.-Holstein	921,1	86,2	10,7	2,5%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK Bund	941,3	95,4	9,9	2,6%
	Schlesw.-Holstein	991,2	95,6	10,4	2,7%
Gesundheitswesen (85)	DAK Bund	1.262,6	104,6	12,1	3,5%
	Schlesw.-Holstein	1.346,8	110,2	12,2	3,7%
Handel (50 – 52)	DAK Bund	990,3	86,4	11,5	2,7%
	Schlesw.-Holstein	987,4	88,8	11,1	2,7%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK Bund	971,3	93,0	10,4	2,7%
	Schlesw.-Holstein	1.031,0	92,2	11,2	2,8%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	DAK Bund	1.169,3	101,8	11,5	3,2%
	Schlesw.-Holstein	1.090,0	100,5	10,8	3,0%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (29, 34, 35)	DAK Bund	1.011,7	100,3	10,1	2,8%
	Schlesw.-Holstein	1.010,1	101,4	10,0	2,8%
Nahrungs- und Genussmittel (15 - 16)	DAK Bund	1.169,7	94,3	12,4	3,2%
	Schlesw.-Holstein	1.128,9	98,3	11,5	3,1%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK Bund	1.219,7	108,0	11,3	3,3%
	Schlesw.-Holstein	1.229,7	108,4	11,3	3,4%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	DAK Bund	1.180,4	123,4	9,6	3,2%
	Schlesw.-Holstein	1.141,4	114,7	9,9	3,1%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK Bund	758,2	80,7	9,4	2,1%
	Schlesw.-Holstein	740,4	82,8	8,9	2,0%
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	DAK Bund	1.087,6	97,0	11,2	3,0%
	Schlesw.-Holstein	1.076,5	93,6	11,5	2,9%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK Bund	1.059,7	100,3	10,6	2,9%
	Schlesw.-Holstein	884,7	108,1	8,2	2,4%
Textil (17 - 19)	DAK Bund	917,9	91,3	10,1	2,5%
	Schlesw.-Holstein	898,8	92,0	9,8	2,5%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK Bund	1.158,3	95,9	12,1	3,2%
	Schlesw.-Holstein	1.123,2	96,6	11,6	3,1%

(*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2005:
DAK bundesweit und Schleswig-Holstein

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK Bund	946,9	96,7	9,8	2,6%
	Schlesw.-Holstein	896,9	95,1	9,4	2,5%
Baugewerbe (45)	DAK Bund	1.158,3	93,8	12,3	3,2%
	Schlesw.-Holstein	1.158,8	95,4	12,1	3,2%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK Bund	1.009,1	106,8	9,4	2,8%
	Schlesw.-Holstein	793,4	88,4	9,0	2,2%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK Bund	1.080,9	106,2	10,2	3,0%
	Schlesw.-Holstein	1.046,9	108,5	9,6	2,9%
Datenverarbeitung (72)	DAK Bund	792,2	83,9	9,4	2,2%
	Schlesw.-Holstein	771,3	78,8	9,8	2,1%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK Bund	998,9	98,4	10,2	2,7%
	Schlesw.-Holstein	892,6	95,4	9,4	2,4%
Gesundheitswesen (85)	DAK Bund	1.319,1	107,3	12,3	3,6%
	Schlesw.-Holstein	1.388,9	111,1	12,5	3,8%
Handel (50 - 52)	DAK Bund	1.021,6	86,4	11,8	2,8%
	Schlesw.-Holstein	996,7	87,9	11,3	2,7%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK Bund	999,5	93,5	10,7	2,7%
	Schlesw.-Holstein	1.094,5	92,0	11,9	3,0%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	DAK Bund	1.166,5	103,6	11,3	3,2%
	Schlesw.-Holstein	1.264,3	100,9	12,5	3,5%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (29, 34, 35)	DAK Bund	1.056,7	103,6	10,2	2,9%
	Schlesw.-Holstein	1.058,9	107,0	9,9	2,9%
Nahrungs- und Genussmittel (15 - 16)	DAK Bund	1.183,5	94,6	12,5	3,2%
	Schlesw.-Holstein	1.057,3	94,8	11,2	2,9%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK Bund	1.290,7	113,8	11,3	3,5%
	Schlesw.-Holstein	1.309,1	113,2	11,6	3,6%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	DAK Bund	1.203,8	126,6	9,5	3,3%
	Schlesw.-Holstein	1.120,5	121,5	9,2	3,1%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK Bund	727,7	77,2	9,4	2,0%
	Schlesw.-Holstein	811,5	79,0	10,3	2,2%
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	DAK Bund	1.081,6	93,2	11,6	3,0%
	Schlesw.-Holstein	1.008,2	89,3	11,3	2,8%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK Bund	1.092,1	102,8	10,6	3,0%
	Schlesw.-Holstein	1.113,9	102,7	10,8	3,1%
Textil (17 - 19)	DAK Bund	1.035,6	95,8	10,8	2,8%
	Schlesw.-Holstein	908,0	89,5	10,1	2,5%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK Bund	1.191,3	97,3	12,2	3,3%
	Schlesw.-Holstein	1.080,6	95,6	11,3	3,0%

(*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Anhang III: Erläuterungen zu den Datenquellen, die im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas genutzt wurden

Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten)

Datenbasis:
Alle in 2006 Erwerbs-
tätigen
mit Krankengeld-
anspruch

Die Auswertungen bezüglich der Arbeitsunfähigkeitsdaten im Rahmen des Schwerpunktthemas beziehen sich ebenfalls auf alle im Jahr 2006 aktiv erwerbstätigen Personen mit Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK, die mindestens einen Tag lang DAK-Mitglied waren.

Arzneimitteldaten

Arzneimitteldaten des
Jahres 2005 von Er-
werbs-tätigen mit
Krankengeldanspruch
sowie von allen DAK-
Mitgliedern ausgewer-
tet

Erstmals wurden für das diesjährige Schwerpunktthema auch Arzneimitteldaten der DAK-Mitglieder ausgewertet. Im Gegensatz zu den AU-Analysen wurden dabei aber nicht die Daten des Jahres 2006, sondern die Daten des Jahres 2005 zu Grunde gelegt. Zudem wurden zwei Versichertenpopulationen betrachtet: Neben den im Jahr 2005 aktiv erwerbstätigen Personen mit Krankengeldanspruch wurden für eine spezifische Fragestellung – die Abschätzung der mit Triptanen versorgten schweren Migräne-Attacken der Versicherten – alle DAK-Mitglieder einschließlich Kindern und Personen über 65 Jahre berücksichtigt.

Analysen für die
Gruppe der Triptane
vorgenommen

Die Auswertung der Arzneiverordnungen erfolgte ausschließlich für die Gruppe der Triptane – spezifische Migränemittel aus der Gruppe der 5-HAT1B/1D-Rezeptoragonisten – unter Zuhilfenahme des Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystems (ATC), welches Arzneimittel in hierarchischer Form nach therapeutischen und chemischen Kriterien gliedert. Es wurden alle im Jahr 2005 erhältlichen Triptane in die Auswertung einbezogen (Nennung in alphabetischer Reihenfolge): Almotriptan, Eletriptan, Frovatriptan, Naratriptan, Rizatriptan, Sumatriptan, Zolmitriptan.

Auswertung der DDD
pro 100 Versicher-
tenjahre

Ausgewertet wurde die Zahl der verordneten „Defined Daily Doses“ (DDD) pro 100 Versichertenjahre. Eine definierte Tagesdosis ist dabei die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen.

Bevölkerungsbefragung

Repräsentative Befra-
gung von knapp 3.000
Erwerbstätigen

Für die im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas durchgeführte telefonische Bevölkerungsbefragung wurden zunächst insgesamt knapp 3.000 erwerbstätige Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren befragt, ob sie in den vorangegangenen sechs Monaten unter Kopfschmerzen gelitten haben. Insgesamt 1.566 Befragte bejahten diese Frage.

Diese Personen wurden in einer zweiten Frage gefragt, ob es sich bei ihren Kopfschmerzen um eine Migräne handle. Allen, die auch diese Frage bejahten – insgesamt 326 Personen – wurden weitere Fragen zum Thema Migräne gestellt. Von denjenigen, die angaben, zwar unter Kopfschmerzen, nach eigener Einschätzung aber nicht unter Migräne zu leiden, wurde jeder Dritte per Zufall ausgewählt und zum Thema Kopfschmerz weiter befragt. Letztlich waren dies insgesamt 386 Personen.

Ein so genanntes „Oversampling“ von Migräne-Betroffenen – so nennt man dieses spezielle Verfahren bei der Stichprobenziehung, bei dem eine Gruppe gezielt überrepräsentiert sein soll – wurde vorgenommen, um in der vollständig Befragung eine ausreichende Anzahl an Migräne-Betroffenen sicher zu stellen. Um des Weiteren eine im Stichprobenumfang vergleichbare Anzahl an Kopfschmerz-Betroffenen vollständig zu befragen, wurde in dieser Gruppe nur jeder dritte Betroffene zufällig ausgewählt und weiter befragt.

Hintergrund für diese besondere Vorgehensweise war, dass zwar bis zu 64% der Frauen und bis zu 44% der Männer in einem Zeitraum von sechs Monaten an Kopfschmerzen leiden⁴⁴, von Migräne bezogen auf die Gesamtpopulation aber insgesamt nur ungefähr 14% der Frauen und bis zu 6% der Männer betroffen sind⁴⁵.

Der Fragenkatalog, der im Rahmen der Bevölkerungsbefragung eingesetzt wurde, beinhaltete die Fragen aus zwei eigenständigen, etablierten Fragebögen:

- MIDAS-Fragebogen (Migraine Disability Assessment Questionnaire) zur Ermittlung des Grades der Beeinträchtigung aufgrund von Kopfschmerzen bzw. speziell Migräne, der den Zeitraum der zurückliegenden drei Monate vor der Befragung berücksichtigt.
- Migraine-ACT Fragebogen (Migraine Assessment of Current Therapy Questionnaire) zur Ermittlung der Wirksamkeit der Migräne-Therapie (diese Fragen wurden nur an Migräne-Betroffene gerichtet).

In der Darstellung der Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung sind diese Fragenkomplexe speziell benannt bzw. im Hinblick auf ihre Interpretation erläutert.

Expertenbefragung

Im Rahmen der Expertenbefragung wurden insgesamt 20 Wissenschaftler und erfahrene Praktiker um eine Teilnahme an der Befragung zur (Versorgungs-)Situation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland gebeten.

Jeder – nach eigenen Angaben – Migräne-Betroffene und ein Drittel der Kopfschmerz-Betroffenen wurden vollständig befragt

**Besonderheit:
„Oversampling“ von Migräne-Betroffenen**

Fragenkatalog der Bevölkerungsbefragung beinhaltete Fragen aus dem MIDAS-Fragebogen und dem Migraine-ACT-Fragebogen

Expertenbefragung zu Kopfschmerz und Migräne

⁴⁴ Ergebnisse der epidemiologischen Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) (2005).

⁴⁵ Diener, H.C.: Therapie der Migräneattacke und Migräneprophylaxe – Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG). Kopf schmerz-News, 14. Jahrgang, Nummer 1 (2005).

Rücklaufquote Expertenbefragung 65 %

13 dieser Fachleute haben den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 65%. Der für diesen Zweck entwickelte Fragebogen enthält ausschließlich offene Fragen.

Fragebogen nachfolgend abgedruckt

Der Fragebogen ist im Folgenden abgedruckt. Die Liste der Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, finden Sie auf Seite 105.

Expertenbefragung: Kopfschmerz und Migräne

A Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten Schmerzsyndromen und Gesundheitsstörungen in der Bevölkerung. Viele Betroffene helfen sich zunächst oder dauerhaft mit freiverkäuflichen Schmerzmitteln.

A1 Sind Sie der Meinung, dass in Deutschland im Zusammenhang mit der (Selbst-)Behandlung von Kopfschmerzen von einem Schmerzmittelmissbrauch gesprochen werden kann?

Sofern ja –

(2) Was müsste getan werden, um diese Situation zu ändern?

A2 Ein hoher Schmerzmittelkonsum kann unter anderem zu einem Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerz führen.

Ist dieses Risiko Ihrer Auffassung nach in der Bevölkerung hinreichend bekannt ?

Sofern nicht –

Sollte Ihrer Meinung nach hier mehr Aufklärung stattfinden?

Sofern ja –

(3) Durch wen sollte diese Aufklärung erfolgen?

Weiterer Antwortbereich zu Frage A2

A3 Welche Bedeutung kommt psychischen Erkrankungen, wie Angststörungen und Depressionen, im Zusammenhang mit dem (1) Auftreten und der (2) (Selbst-)Behandlung von Kopfschmerzen zu?

B Die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und insbesondere Migräne-Patienten wird von Experten und Fachgesellschaften immer wieder als unzureichend bezeichnet. Nachfolgend sind verschiedene Bereiche der medizinischen Versorgung aufgeführt:

- Bestehen hier Ihrer Einschätzung nach Defizite oder Hindernisse in Deutschland?
- Wo sehen Sie einen dringlichen Handlungsbedarf?

B1 Frühzeitiges Erkennen der Kopfschmerz-Form mit besonderem Blick auf:

- Patienten-Arzt-Kontakt
- Diagnostische Methoden, speziell die ärztliche Anamnese

Bestehende Defizite/ Hindernisse:

Dringlicher Handlungsbedarf:

B2 Schnittstelle Hausarzt – Facharzt mit besonderem Blick auf:

- Überweisungspraxis
- Zusammenarbeit

Bestehende Defizite/ Hindernisse:

Dringlicher Handlungsbedarf:

B3 Einsatz medikamentöser Therapien mit besonderem Blick auf:

- Zeitpunkt des Therapiebeginns und Therapieverlauf
- verordnete Medikamente, speziell Triptane bei Migräne-Patienten leitliniengerecht bzw. gemäß Empfehlungen

Bestehende Defizite / Hindernisse:

Dringlicher Handlungsbedarf:

B4 Einsatz nicht-medikamentöser Therapien unter folgenden Gesichtspunkten:

- Häufigkeit (zu häufig oder zu selten)
- Wirksamkeit (Einsatz auf Grundlage bestehender Evidenz bzw. gemäß Leitlinien)

Bestehende Defizite/ Hindernisse:

Dringlicher Handlungsbedarf:

B5 Umsetzung interdisziplinärer Therapie-Ansätze (Neurologen, Psychologen, Physiotherapeuten) in der Kopfschmerz-Behandlung: Gibt es hier ein hinreichendes Angebot?

Bestehende Defizite/ Hindernisse:

Dringlicher Handlungsbedarf:

B6 Bestehen aus Ihrer Sicht in weiteren Bereichen Defizite bzw. liegt ein besonderer Handlungsbedarf vor (bitte eintragen)?

Bestehende Defizite/ Hindernisse:

Dringlicher Handlungsbedarf:

C Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit bzw. Eignung folgender Maßnahmen, um eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Kopfschmerzen bzw. Migräne zu erreichen? Bitte kommentieren Sie die folgenden Ansätze:
C1 Aufklärung der Bevölkerung hinsichtlich der Existenz wirksamer Therapieformen unter ärztlicher Begleitung
C2 Erweiterung des Kenntnisstandes auf Seiten der Ärzte bezüglich Schmerztherapie
C3 Ausbau von Kopfschmerzbehandlungszentren mit interdisziplinären Therapie-Ansätzen
C4 Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Maßnahmen (bitte eintragen)?
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Liste der befragten Experten

Dr. Jochen Bommers

Die Wohld-Apotheke, Altenholz

Univ.-Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Universitätsklinikum Essen,
Klinik und Poliklinik für Neurologie

Prof. Dr. Dr. Stefan Evers

Westfälische Wilhelms-Universität Münster,
Klinik und Poliklinik für Neurologie

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik,
Leiter der Arbeitsgruppe „Arzneimittelanwendungsforschung“

Prof. Dr. Hartmut Göbel

Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzklinik Kiel

Prof. Dr. Gunther Haag

Michael-Balint-Klinik, Königsfeld

PD Dr. Peter Kropp

Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Zentrum für Nervenheilkunde,
Institut für Medizinische Psychologie

Dr. Arne May

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Institut für Systemische Neurowissenschaften

Dr. Andreas Peikert

Niedergelassener Facharzt für Neurologie,
spezielle Schmerztherapie, Bremen

Dr. Volker Pfaffenrath

Niedergelassener Facharzt für Neurologie, München

PD Dr. Uwe Reuter

Charité Berlin, Campus Mitte, Neurologische Klinik und Poliklinik

Prof. Dr. Andreas Straube

Ludwig-Maximilians-Universität München,
Klinikum Großhadern, Neurologische Klinik

PD Dr. Thomas-Martin Wallasch

Sankt-Gertrauden Krankenhaus, Kopfschmerzzentrum und Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie, Berlin