



**Die DAGST e. V.**

ist eine originäre Schmerzgesellschaft und setzt sich seit ihrer Gründung 2002 ausschließlich für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in ganzheitlicher Schmerztherapie ein.

**Unsere Ziele:**

- Bessere Behandlung von Schmerzpatienten durch ganzheitlichen Ansatz
- Berufsbegleitende qualifizierte Schmerztherapie-Ausbildung mit Zertifikat zum Tätigkeitsschwerpunkt „Ganzheitliche Schmerzbehandlung“
- Interaktive Vorträge mit Beteiligung des Auditoriums und Demonstration von Behandlungsverfahren
- Umsetzung der Ergebnisse aktueller Schmerzforschung in die Ausbildung und Therapie
- Intensiver kollegialer Austausch sowie Bildung von interdisziplinären Netzwerken

**Deutsche Akademie für ganzheitliche Schmerztherapie e. V.**

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Sven Gottschling (Schriftleitung)
2. Vorsitzende: Birgit Scheytt

*Weitere Informationen:*

Fortbildungsbüro DAGST  
 Amperstr. 20A  
 82296 Schöngesing  
 Telefon: 08141 318276-0  
 Fax: 08141 318276-1  
 E-Mail: kontakt@dagst.de

*Redaktion:*

Christine Höppner  
 E-Mail: ch@orgaplanung.de

[www.dagst.de](http://www.dagst.de)

# Spannungskopfschmerz in der Schmerztherapie?

## Prävention statt Chronifizierung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Kopfschmerzen, eines meiner Lieblingsthemen! Und gut, dass Kopfschmerzen auch in der Schmerztherapie immer mehr in den Fokus gerückt werden – nicht zuletzt von der Pharmaindustrie, die durch die Vermarktung der neuen Migränetherapien dazu beiträgt, das allgemeine Bewusstsein für diese Kopfschmerzkrankung zu schärfen.

Doch was ist mit all jenen, die keine Migräne haben, sondern „nur“ einen Spannungskopfschmerz? Wenn ich diese Diagnose übermittle, bemerke ich bei den Patientinnen und Patienten häufig die Enttäuschung und Resignation. Denn die „Allzweckwaffe“ Amitriptylin wurde schon oft probiert, und wir sehen selbstverständlich nur diejenigen, bei denen es nicht wirkt. Und dabei spreche ich nicht von Personen mit gelegentlich auftretenden und selbstlimitierenden Spannungskopfschmerzen. Schließlich muss ein gewisser Leidensdruck vorliegen, wenn jemand wegen Spannungskopfschmerzen ärztlichen Rat sucht.

Gerade bei täglich auftretenden Kopfschmerzen von sehr hoher Intensität ist die diagnostische Abgrenzung zur Migräne schwierig, wenn ansonsten alle Kriterien für Spannungskopfschmerzen sprechen. Als Arzt oder Ärztin kann man es sich natürlich einfach machen und die Existenz von Spannungskopfschmerzen schlichtweg negieren beziehungsweise alles als eine Form der Migräne einstufen. Rein pathophysiologisch könnte man sich bei lange bestehenden Spannungskopfschmerzen eine Sensitivierung mit Übergang in migräneartige Kopfschmerzen schließlich auch gut vorstellen. Aber deshalb gleich die Antikörper zücken?

Tatsächlich ist der Weg über eine verbesserte Akutmedikation oft nicht möglich: Der Kopfschmerzkalender offenbart dasselbe heterogene Bild wie die



*„Wenn ich die Diagnose Spannungskopfschmerz übermittle, bemerke ich bei den Erkrankten häufig die Enttäuschung und Resignation.“*

**Birgit Scheytt**

Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie  
 Spezielle Schmerztherapie,  
 Palliativmedizin, Akupunktur

Anamnese, die Patientinnen und Patienten können nicht unterscheiden, ob es sich um Migräne oder Spannungskopfschmerz handelt, und während der Schmerzspitzen sprechen die Betroffenen auf Triptane und nicht steroidale Antirheumatika gleich gut oder gleich schlecht an.

Vielleicht haben Sie ganz andere Erfahrungen gemacht, ich jedoch erlebe Spannungskopfschmerzen als zunehmend „spannende“ Diagnose. Die hohe Anspannung, die die Patientinnen und Patienten ausstrahlen, nehmen sie selbst oft nicht wahr – das Praxisteam dafür umso mehr, manchmal einschließlich der (unterschweligen) Aggressionen. Der bei den Betroffenen fast immer vorhandene Bruxismus ist sinnbildlich für das „sich die Zähne ausbeißen“ – auf Therapeutenseite.

Es ist durchaus gerechtfertigt, die gesamte „Migränepalette“, einschließlich Akuttherapeutika und Prophylaktika, durchzuspielen. Denn auch bei einer klaren Migränediagnose findet sich oft ein früherer Spannungskopfschmerz in der Anamnese, was unterstreicht, dass Übergänge existieren. Gerade Personen mit chronischen Spannungskopfschmerzen sind zum Zeitpunkt der Dia-

gnose oft noch im jungen Erwachsenenalter – eine Migräne kann sich also noch entwickeln.

Trotzdem ist die ärztliche Begleitung häufig langwierig, zäh und nicht von medikamentös-therapeutischen Erfolgen gekrönt – kurz: Sie ist frustrierend für beide Seiten. Die psychosomatische Behandlung steht oft als „letzte Option“ im Raum. Die Zustimmung seitens der Erkrankten erlebe ich meist als schwach. Auch wenn wir uns von Anfang an bemühen, das biopsychosoziale Schmerzmodell zu vermitteln, ist das Verständnis häufig begrenzt, was angesichts der fehlenden Wahrnehmung für emotionale Einflussfaktoren, die bei Spannungskopfschmerzen oft zu beobachten ist, nicht verwundert.

### Vorbeugung im Kindesalter

Hinzu kommt, dass die Therapieplätze rar sind, in der Schmerztherapie fehlt der Nachwuchs. Daher glaube ich, dass die Therapiebemühungen früher beginnen sollten. Gerade weil Kopfschmerzen immer häufiger bereits im Kindesalter festgestellt werden, braucht es eine bessere Prävention. Dass die Beweglichkeit und das Körpergefühl bei Kindern in den letzten Jahrzehnten drastisch abgenommen haben, ist bekannt – dabei ist moderater Ausdauersport eine der wichtigsten nicht medikamentösen Kopfschmerzprophylaxen! Dass die Pandemiejahre die emotionale Entwicklung nicht verbessert haben, ist ebenfalls kein Geheimnis – der Ausdruck von Emotionen über Emojis ist zwar immerhin ein Ausdruck, beinhaltet aber auch eine gewisse Distanz zum eigentlichen Gefühl.

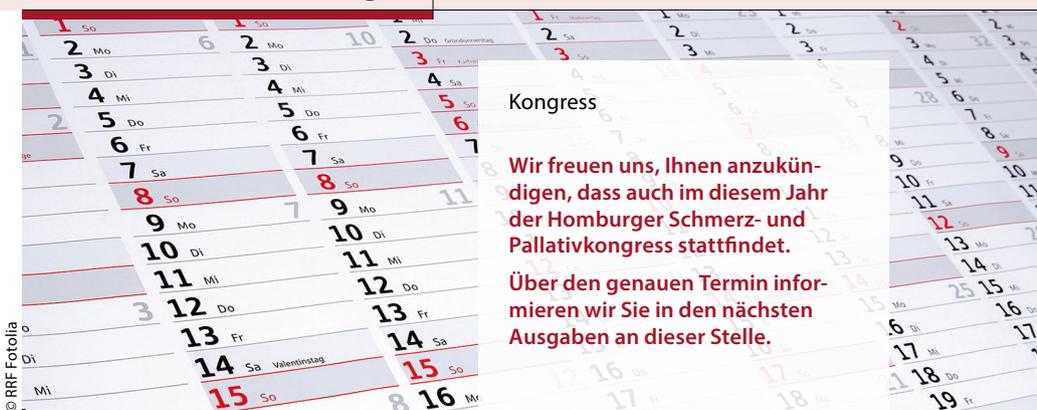
Ansätze, mehr Bewegung und einen adäquaten Umgang mit Emotionen bereits im Kindergarten zu implementieren, gibt es bereits – in Anbetracht des Personalmangels und der steigenden Gruppengrößen dürfte die Umsetzung jedoch schwierig werden.

Vielleicht findet jeder oder jede von Ihnen in seinem Umfeld Möglichkeiten, Kinder zu stärken, Eltern zu schulen, Informationen zu verbreiten und somit einen kleinen Beitrag zur Prävention von (Kopf-)Schmerzen zu leisten.

Herzliche Grüße

**Birgit Scheytt**

## DAGST-Veranstaltungen



### Kongress

**Wir freuen uns, Ihnen anzukündigen, dass auch im diesem Jahr der Homburger Schmerz- und Palliativkongress stattfindet.**

**Über den genauen Termin informieren wir Sie in den nächsten Ausgaben an dieser Stelle.**

© RRF Fotolia

## Kursvorschau

Datum	Kursort	Weiterbildung
13.05.2023	Ludwigsburg	TENS – Theorie und Praxis mit praktischen Übungen Leitung: Alexander Philipp
24.06.2023	Straßberg	Einsatzmöglichkeiten der RAC-Pulstasttechnik in der ganzheitlichen Schmerztherapie Leitung: Hardy Gaus
09.09.2023	Straßberg	Akupunktur statt NSAR? Französische Ohrakupunktur als nebenwirkungsfreie Alternative bei Schmerzen Leitung: Hardy Gaus

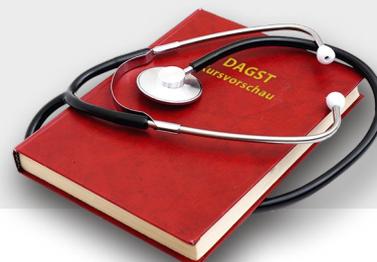
Gerne stehen wir Ihnen weiterhin zum persönlichen Austausch im Videochat zur Verfügung, zu folgenden Themen oder anderen Fragen aus Ihrer Praxis an unsere Experten.

Wir bitten um Anmeldung per E-Mail ([kontakt@dagst.de](mailto:kontakt@dagst.de)), damit wir Ihnen den Zugangslink zusenden können.

### Termine

- 31.03.2023, 09:00–10:00 Uhr: Hardy Gaus: Ganzheitliche Zahnmedizin bei chronischen Zahn- und Gesichtsschmerzen
- 26.04.2023, 15:00–16:00 Uhr: Alexander Philipp: Neuropathischer Schmerz – die Königsdisziplin
- 09.05.2023; 16:00–17:00 Uhr: Prof. Dr. Sven Gottschling: Altersübergreifende Palliativmedizin; differenzierte Cannabinoidtherapie
- 24.05.2023, 15:00–16:00 Uhr: Birgit Scheytt: Differenzialdiagnosen bei Kopfschmerzen

Bitte verfolgen Sie die aktuellen Kursangebote auch auf unserer Webseite. Alle Kurse können Sie auch bequem online buchen unter: [www.dagst.de](http://www.dagst.de). Programmänderung vorbehalten.



© [M] Nata-Lia / Shutterstock.com

# Was Störherde bewirken können

## Ungewöhnlicher Fall einer jungen Kopfschmerzpatientin

Alexander Philipp

Seit Jahren leidet eine junge Frau unter vielfältigen Beschwerden, von denen sie vor allem die wöchentlich auftretenden Migräneattacken stark beeinträchtigen. Nach einer Reihe nicht zufriedenstellender Therapiemaßnahmen gerät der Gastrointestinaltrakt in den Fokus.

Die Patientin wurde im Alter von 28 Jahren erstmals in der Praxis vorgestellt. Sie berichtete von Kopfschmerzen, die seit vielen Jahren gehäuft auftreten würden und von unterschiedlicher Ausprägung seien, darunter auch eine Migräne ohne Aura. Im letzten Jahr vor der Erstvorstellung habe sich die Symptomatik massiv verstärkt, neben einem Dauerkopfschmerz von dumpf-drückendem Charakter, trete etwa zweimal wöchentlich eine Migräneattacke mit einer Dauer von zwei bis drei Tagen auf. Da die Migräneattacke sie völlig außer Gefecht setze, sei der Leidensdruck entsprechend hoch.

Auf Nachfrage berichtete die Patientin, dass die Attacken häufig nachts auftreten und dabei gelegentlich von Diarrhö mit hellem Stuhl begleitet werden. Außerdem leide sie seit etwa einem Jahr an einem Tinnitus. Anamnese und Untersuchung führten zu den folgenden Diagnosen:

- Kombinationskopfschmerz: Migräne mit Aura, Gallenmigräne, zervikogener Kopfschmerz sowie chronischer Spannungskopfschmerz
- Craniomandibuläre Dysfunktion
- Generalisiertes Zervikalsyndrom
- Tinnitus
- rezidivierende Wirbelsäulenblockierungen
- Myofaszielles Schmerzsyndrom
- Allergische Diathese

Zu den vorangegangenen Therapiemaßnahmen, durch die jedoch nur ein vorübergehender und teilweiser Erfolg erzielt wurde, zählte die Einnahme diverser nicht steroidal-er Antirheumatika,

Betablocker und Ergotamine, ebenso wie homöopathische Maßnahmen.

### Eingeleitete Therapien

Die anschließend eingeleitete medikamentöse Therapie umfasste die Einnahme eines trizyklischen Antidepressivums zur Schmerzdistanzierung, erst Amitriptylin, später Doxepin, sowie des Triptans Rizatriptan. Die Patientin erhielt Infiltrationen mit Lokalanästhetika, einschließlich mehrerer therapeutischer Blockaden des Ganglions pterygopalatinum, sowie Infusionen mit den Vitaminen B1, B6 und B12 in hoher Dosierung, dazu Magnesium und Lidocain (1–2 mg/kg Körpergewicht).

Zudem wurde eine Ohrakupunktur durchgeführt – zunächst zur Diagnostik, anschließend zur Behandlung der chronischen Blockierungen und der myofaszialen Schmerzen sowie zur energetischen Stabilisierung und Therapie der Störfelder.

Durch die manuelle Therapie sollten darüber hinaus die akuten Blockierungen gelöst, der Muskeltonus gesenkt sowie die trigeminale Überaktivität reduziert werden. So liegt der Trigeminuskern topografisch in der Nähe des „Migränegenerators“, einem Areal im Hirnstamm, das bei einer Migräneattacke vermehrt aktiv ist. Durch die ständige Überaktivität im Trigeminuskern kann die Erregung auf den Bereich des Migränegenerators überspringen und eine Migräneattacke auslösen.

Weiterhin sollten durch die Eingliederung einer Aufbisschiene Kiefer und Kaumuskelatur entlastet werden.

Als temporär effektiv erwies sich die Injektion von Botulinumtoxin A, dessen Wirksamkeit über drei Monate anhielt. Wegen der damals noch fehlenden Kostenübernahme durch die Krankenkasse konnte diese Maßnahme von der Patientin aber nicht dauerhaft geleistet werden.

### Störfelddiagnostik

Im Rahmen der Störfelddiagnostik, bei der nach andauernden Störungen im Organismus gesucht wird, welche die kybernetischen Regelkreise destabilisieren können, trat wiederholt eine Störung des Funktionskreises Leber-Galle zu Tage. Die Diagnostik erfolgte einerseits über die RAC(aurikulo-kardialer Reflex)-Methode, einer für die französische Ohrakupunktur typischen Pulstastung: Nimmt der Untersucher bei Reizung bestimmter Akupunkturpunkte der Ohrmuschel geringe Pulsveränderungen wahr, kann dies auf eine Funktionsstörung des zugehörigen Organs hindeuten.

Weitere Hinweise gab die Auswertung des stundengenauen Schmerzkaltenders, durch die sich eine nächtliche Häufung der Symptome im Zeitraum zwischen 23 und 3 Uhr zeigte (**Abb. 1**). Der chinesischen Organuhr zufolge entspricht die Zeit zwischen 23 und 1 Uhr der Galle sowie die Zeit zwischen 1 und 3 Uhr der Leber, woraus auf eine Störung des Funktionskreises Leber-Galle geschlossen wurde. Hinzu kam, dass zeitgleich mit den nächtlichen Attacken gehäuft Diarrhöen mit hellem Stuhl auftraten.

Die Angaben der Patientin zur Schmerzausbreitung erhärteten die Annahme einer Funktionsstörung des Funktionskreises Leber-Galle. Am Körperschema waren neben den typischen Schmerzlokalisationen für eine beidseitige Cervicobrachialgie auch die korrespondierenden Enden der Wirbelsäule erkennbar, der Beckenebene, vertreten durch die Iliosakralgelenke sowie der

**SCHMERZKALENDER** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 - Analoge Schmerzskala von 0 bis 10 -

Keine Schmerzen = 0 Bitte tragen Sie in JEDES Kästchen einen Wert ein!  
 Stärkste Schmerzen = 10 Schlafen =  Vielen Dank!

NAME, Vorname: Galle! Schmerzlokalisierung: 12/11 Monat / Jahr: 12/11

DATUM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Medikamente	Beobachtungen		
1.																												
2.																												
3.																												
4.																												
5.																												
6.																												
7.																												
8.																												
9.	4	x	x	x	x	x	x	6	3			3	4	6	6		3	4		4	x	x				Lidialverken		
10.	x	x	x	x	x	x	x	2	2								6*	4		3	2	x				Schmerzen Kell., blutige Stuhl bei Finger!		
11.																												
12.	x	x	x	x	x	6		6	6			5					4		2	2	x	x	x				Shin, Auge, Ohren, Gürtel.	
13.	x	x	x	x	x																	x	x	x				
14.	x	x	x	x	6	x	8	8*																			*Ibuprophen	Shin, Augen, Ohren, Gürtel.
15.	x																											
16.	x																											
17.	x																											
18.	x	x	x	x	x	7	7		7	7			7*					3		5	4	x	x				*Ibuprophen	Lidialverken → Galle
19.	x	x	x	x	x																	x	x	x				
20.	x	x	x	x	x	6	6	7*		3			2	2	2						2			x			*Ibuprophen	Lidialverken → Galle
21.	x	x	x	x	x	2	2	2																				
22.																												
23.																												
24.																												
25.																												
26.																												
27.																												
28.																												
29.																												
30.																												
31.																												

*Unlauf* (Pfeil auf Zeile 22)

Abb. 1: Ab dem Verzicht auf Gluten (Pfeil) zeigte sich ein sofortiger Stop der Kopfschmerzen.

Okklusionsebene, entsprechend der craniomandibulären Dysfunktion. Auch der angegebene Schmerzverlauf im Gesicht entsprach einem Teil des Gallenmeridians im Kopfbereich.

**Stuhlanalyse**

Die anschließende Stuhlanalyse ergab eine leicht erhöhte Keimzahl an Escherichia coli (1 x 1010 Kbe/g Stuhl), eine deutlich erhöhte Keimzahl an Enterococcus sp. (4 x 104 Kbe/g Stuhl) sowie eine leicht erniedrigte Zahl an Lactobacillus sp. (8 x 104 Kbe/g Stuhl). Der Stuhl-pH-Wert von 8,0 unterstrich den Verdacht einer intestinalen Dysbiose.

Zur Milieustabilisierung erfolgte die Gabe eines Probiotikums, das neben Biotin Lactobazillen und Bifidobakterien in hochdosierter Form enthält. Innerhalb einer Woche stellte sich eine erhebliche Besserung der Kopfschmerzen und der Allergien ein. Bezüglich der Kopfschmerzen blieb der Verlauf dennoch wechselhaft, was für die Patientin nicht akzeptabel war.

Da die Störung im Funktionskreis Leber-Galle weiterhin bestand, erfolgte ein Jahr später erneut eine umfangreichere Stuhluntersuchung. Die erweiterte Diagnostik ergab einen leicht erhöhten Antikörpertiter gegen Gluten (150 mU/g Anti-Gliadin slgA) – der zwar nicht ausreichte, um die bei einer Zöliakie typischen blutigen Stühle hervorzurufen, wohl aber um den Kombinationskopfschmerz zu unterhalten.

Die Patientin verzichtete darauf, die Diagnose der Zöliakie durch einer Biopsie abzusichern und begann, neben der Einnahme des Probiotikums, eine glutenfreie Diät. Dadurch sank innerhalb weniger Tage die Migräne- und Kopfschmerzhäufigkeit von drei Tagen pro Woche auf drei Anfälle jährlich.

Der Dauerkopfschmerz ist völlig verschwunden, ohne dass eine weitere medikamentöse Therapie notwendig war – lediglich durch eine Ausschaltung des Darmstörfeldes beziehungsweise der Stabilisierung des Funktionskreises Leber-Galle.

**Fazit**

Im beschriebenen Fall bestand die Herausforderung bei der Diagnosestellung der Zöliakie vor allem darin, dass die Symptomatik von der Menge des verzehrten Glutens abhängig war und zudem mit einer Verzögerung von etwa fünf Tagen eintrat.

Durch eine konsequente Verfolgung der Symptomatik und einer entsprechenden Diagnostik sowie Therapie über insgesamt zwei Jahre konnte der Patientin langfristig sehr gut geholfen werden. Außer der Glutenkarenz ist keine Dauertherapie mehr nötig, die bedarfsweise Einnahme von Triptanen bei den sehr selten gewordenen Migräneattacken ist völlig zufriedenstellend.



**Alexander Philipp**  
 Regionales Schmerzzentrum Ludwigsburg  
 Asperger Str. 16  
 71634 Ludwigsburg  
 A.PHILIPP@Schmerz-Arzt.de