

LEBENSQUALITÄTSSCORES BEI MIGRÄNE

Priv.-Doz. Dr. med. Charly Gaul
Kopfschmerzzentrum Frankfurt

VNR: 1185229 | Gültigkeit: 28.04.2022 – 26.04.2023

1 EINLEITUNG

Migräne ist eine chronische Erkrankung mit wiederholt auftretenden Kopfschmerzattacken, die von vegetativen Symptomen wie Übelkeit sowie Licht- und Geräuschempfindlichkeit begleitet werden. Abhängig von der Häufigkeit des Auftretens der Kopfschmerzattacken werden eine episodische Migräne (≤ 14 Kopfschmerztage pro Monat) und eine chronische Migräne (≥ 15 Kopfschmerztage pro Monat) unterschieden. Migräne kann bei Betroffenen in allen Lebensbereichen zu starken Einschränkungen führen und einen hohen Leidensdruck erzeugen. Ein wesentliches Therapieziel ist daher die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Die Lebensqualität wird im medizinischen Kontext als gesundheitsbezogene Lebensqualität (*Health-related Quality of Life*, HR-QoL) bezeichnet. Die HR-QoL beschreibt die subjektive Empfindung der gesamten gesundheitlichen Lebenssituation des Patienten. Sie ist gemäß der *World Health Organisation* (WHO) definiert als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext von Kultur und Wertesystem des Lebensortes sowie als die individuelle Wahrnehmung bezüglich persönlicher Ziele, Erwartungen und Ängste [WHF 1996]. Die HR-QoL soll unbeeinflusst von der Meinung Beschäftigter im Gesundheitswesen berichtet werden und setzt sich aus folgenden sechs Bereichen zusammen, deren Beurteilung auf der subjektiven Empfindung des Patienten beruht (*Patient Reported*

Outcome, PRO): körperliche Situation, psychische Situation, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt und Glaube/Spiritualität. Diese Bereiche gliedern sich weiterhin in jeweils ein bis acht Unterbereiche auf. Die HR-QoL bezieht sich nicht ausschließlich auf eine spezifische Erkrankung, wie z. B. Migräne, sondern kann auch den Einfluss mehrerer Erkrankungen reflektieren [Keshaviah et al. 2019]. Dabei ist die HR-QoL in dem Maße verringert, in dem das alltägliche Leben in den genannten Aspekten durch Krankheit beeinträchtigt ist. Durch eine objektive Erfassung krankheitsbedingter Beeinträchtigung im Alltag wird schließlich die HR-QoL bestimmt. Zur Erfassung von Einschränkungen, die sich speziell bei einer Migräneerkrankung ergeben, können an das Krankheitsbild adaptierte Messinstrumente genutzt werden.

Im Folgenden wird der Begriff Lebensqualität im Sinne der HR-QoL und der hier gegebenen Definition benutzt. Ziel dieser Fortbildung ist es, den Nutzen der Lebensqualitätsmessung bei Migränepatienten zu erklären und die am häufigsten genutzten Methoden und Fragebögen vorzustellen. Dabei kommen standardisierte Fragebögen zum Einsatz. In der Regel werden die Antworten nach zuvor festgelegten Analyseschemata gewichtet und daraus abschließend ein Gesamtwert errechnet – der Lebensqualitätswert, bzw. -score.

2 EPIDEMIOLOGIE UND SYMPTOMATIK DER MIGRÄNE

Migräne ist eine häufige Erkrankung und übertrifft in der Prävalenz Diabetes, Epilepsie und Asthma zusammengekommen [MacGregor 2016]. In Deutschland beträgt die Ein-Jahres-Prävalenz für Migräne 10,6 % und 4 % der Kopfschmerzpatienten sowie 2,6 % der Allgemeinbevölkerung berichten von chronischen Kopfschmerzen [Radtke und Neuhauser 2009]. Aktuellste Daten einer Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft zeigen eine Sechs-Monats-Prävalenz für Migräne von 7,2 % [Müller et al. 2019]. Die WHO listet Migräne in ihrer Studie zur *Global Burden of Disease* sowohl im Jahr 1990 als auch 2017 unverändert auf Platz zwei der Gründe für gesundheitliche Beeinträchtigung [IHME 2018]. Frauen sind mit einer weltweiten Migräneprävalenz von bis zu 30 % dreimal häufiger betroffen als Männer [Vetvik und MacGregor 2017], auch wenn der Höhepunkt der lebenszeitspezifischen Prävalenz bei Frauen und Männern gleichermaßen zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr liegt [Lipton et al. 2007]. Die stärkste Beeinträchtigung durch Migräne lässt sich zwischen dem 35. und 44. Lebensjahr feststellen [IHME 2015], in einer Zeitspanne, die in der Soziologie oft als Lebensphase mit besonders intensiver beruflicher und privater Aktivität beschrieben wird und für die der Begriff *rush-hour* des Lebens gebräuchlich wurde [Bertram 2017].

SYMPTOMATIK DER MIGRÄNE

Bei der Migräne können gemäß der Internationalen Kopfschmerzklassifikation (ICHD-3) die Migräne mit Aura und die Migräne ohne Aura unterschieden werden. Beide Formen gehen mit erheblichen Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens einher. Eine Migräneattacke kann in verschiedene Abschnitte unterschieden werden, die jedoch nicht alle zwangsläufig durchlaufen werden [Blau 1992]. Vor der krankheitsdefinierenden

Kopfschmerzphase kann es zu Prodromalsymptomen und auch zur Aura kommen. Vorboten können in der Prodromalphase die Migräneattacke ankündigen; bei fast einem Drittel der Migräneattacken treten Prodromalsymptome auf, u. a. Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizempfindlichkeit und ein beeinträchtigtes Sehvermögen [MacGregor 2016]. Darüber hinaus sind auch Heißhunger und intensives Gähnen typische Symptome der Prodromalphase, in der es zu einer veränderten Kopplung der Aktivität von Hypothalamus und Hirnstammarealen kommt [Schulte und May 2016]. Die Patienten sind in ihrem Wohlbefinden gestört und in ihrer Belastungs- und Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Bei der sich ebenfalls fakultativ anschließenden Aura kann es zu Sehstörungen (Flimmerskotom, Gesichtsfeldausfall), einer Sprachstörung sowie halbseitigen Sensibilitätsstörungen oder einer Parese kommen. Jedes dieser Aurasymptome kann bis zu 60 Minuten anhalten. Die Kopfschmerzphase der Migräne wird von Übelkeit und/oder Erbrechen, Licht- und/oder Lärmüberempfindlichkeit begleitet, wobei letztere auch schon vor Einsetzen der Kopfschmerzen bestehen können. Typischerweise besteht ein Ruhe- und Rückzugsbedürfnis und es kommt zur Schmerzzunahme bei körperlicher Aktivität. Hierzu reichen auch Routineaktivitäten wie Treppensteigen aus. Diese Schmerzzunahme bei körperlicher Aktivität ist das charakteristischste Merkmal der Migräne in der Abgrenzung zu anderen Kopfschmerzerkrankungen. Die Betroffenen haben das Bedürfnis, sich an einem ruhigen, abgedunkelten Ort hinzulegen. Die Schmerzen lassen sich häufig durch Schlaf mildern. An das Abklingen der Kopfschmerzphase schließt sich eine Erholungsphase (Postdromalphase) an, in der die Patienten noch durch Müdigkeit und Abgeschlagenheit bis hin zu kognitiven Störungen beeinträchtigt sind, auch ein vermehrter Harndrang wird in der Postdromalphase häufig berichtet [MacGregor 2016].

3 DIAGNOSE UND THERAPIE UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER LEBENSQUALITÄT

Durch eine zügige Diagnosestellung sowie durch eine möglichst optimale Therapie kann die Lebensqualität von Migränapatienten positiv beeinflusst werden. Die Diagnose erfolgt nach den Diagnosekriterien der internationalen Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen (ICHD-3) und stützt sich dabei vor allem auf die Anamnese. Die klinische Untersuchung dient dazu, auffällige neurologische Befunde als Hinweis auf eine andere Kopfschmerzursache auszuschließen [Diener et al. 2018]. Apparative Verfahren (CT, MRT) kommen häufig zusätzlich zum Einsatz, oftmals jedoch ohne die Diagnose oder die Behandlung wesentlich verbessern zu können [DMKG 2019]. Allerdings weckt gerade die apparative Medizin beim Patienten leicht die Erwartung, schnell eine eindeutige Diagnose mit einer anschließenden, erfolgreichen Therapie zu erhalten. Diesem Anspruch muss der behandelnde Arzt begegnen und erläutern, weshalb apparative Diagnostik überwiegend nicht notwendig ist. Dabei kann die Lebensqualitätsbestimmung helfen, einen realistischen Bezug zur eigenen Gesundheit und den Behandlungsmöglichkeiten zu bewahren. Durch Bestimmung der Lebensqualität kann der Fokus auf den Patienten und seine individuelle Situation zurückgelenkt werden und anstelle der Aussicht auf ein „allgemeines Reparaturprogramm“ treten.

Eine standardisierte Abfrage symptombedingter Einschränkungen der Lebensqualität kann helfen, die Schwere der Erkrankung festzustellen und bei der Therapieentscheidung unterstützen.

THERAPIE DER MIGRÄNE

Die Therapie der Migräne umfasst die Behandlung der akuten Kopfschmerzattacke und zusätzlich eine vorbeugende (prophylaktische) Behandlung. Ziele der Akuttherapie sind ein rascher Rückgang der Schmerzen und eine Reduktion der Begleitsymptome. Ziele der Prophylaxe sind eine Reduktion der Kopfschmerzhäufigkeit und -intensität, eine Verkürzung der Attacken sowie eine Reduktion der Begleitsymptome. Die Auswahl der Therapie richtet sich nach der Häufigkeit der Attacken, den zusätzlichen Symptomen und den Begleiterkran-

kungen. Die Therapiewünsche der Patienten müssen erfasst und ein gemeinsames, realistisches Therapieziel formuliert werden. Zur Behandlung der akuten Migräneattacke kommen vornehmlich nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) oder einfache Analgetika zum Einsatz, bei unzureichender Wirksamkeit auch Triptane [Diener et al. 2018]. Während zur Akuttherapie Medikamente an erster Stelle stehen, sind zur Prophylaxe nichtmedikamentöse Verfahren wie Verhaltensänderung, Entspannungsverfahren und Ausdauersport als Basismaßnahme anzusehen. Daneben stehen als weitere Möglichkeiten der Vorbeugung Verfahren der Neuromodulation und Neurostimulation zur Verfügung. Diese Maßnahmen werden häufig im Konzept der multimodalen Schmerztherapie angewendet, die körperliche, psychologische, schulmedizinische und naturheilkundliche Verfahren in die Behandlungsstrategie miteinbezieht. Ein naturheilkundliches Verfahren zur Migräne-Prophylaxe nach Leitlinie ist unter anderem die Akupunktur [Diener et al. 2018], wobei unklar bleibt, inwieweit das Verfahren über einen Placebo-Effekt hinaus wirksam ist [Govind 2019, Steiner et al. 2019]. In diesem Sinne könnte die Lebensqualitätserhebung nicht nur Diagnose und Therapiefindung unterstützen, sondern als geleitete Auseinandersetzung mit den Lebensumständen des Patienten ärztliche Aufmerksamkeit und Fürsorge vermitteln und damit selbst zur Vorbeugung der Migräne beitragen.

Zur medikamentösen vorbeugenden Behandlung werden Betablocker, Flunarizin, Topiramat, Amitriptylin, Onabotulinumtoxin A oder CGRP-Antikörper (gegen Ligand oder Rezeptor) eingesetzt, wobei Onabotulinumtoxin A nur zur Therapie der chronischen Migräne indiziert ist. Die CGRP-Antikörper stellen die jüngste Erweiterung der Prophylaxemöglichkeiten dar. Inzwischen sind drei Antikörper, die im CGRP-System (*Calcitonin Gene-Related Peptide*) wirken, auf dem deutschen Markt eingeführt [Diener 2019].

Bei allen Behandlungsmöglichkeiten sollten Lebensqualitätserhebungen zur Bedarfs- und auch zur Erfolgsbewertung herangezogen werden. Der Parameter Lebensqualität hilft dabei, den Nutzen einer Therapie

für den Patienten zu bewerten und diese anzupassen. Die Evaluation des Ansprechens auf eine Therapie anhand definierter Parameter ist ein Hauptnutzen der Lebensqualitätserhebung. Schmerz selbst ist bei der Migräne nicht durch objektiv bestimmbare Parameter messbar. Neben der Beurteilung der Schmerzintensität und -häufigkeiten stellt die Bestimmung der Lebensqualität durch den Patienten selbst daher ein wichtiges Instrument dar, Veränderungen krankheitsbedingter Einschränkungen im Verlauf einer Therapie zu dokumentieren. Migräne lässt sich nicht heilen! Ziel ist es,

die Symptome bestmöglich zu kontrollieren und damit die Einschränkungen des Patienten zu reduzieren. Bei chronischen Schmerzerkrankungen mit stark individueller Ausprägung lässt sich die Schmerzintensität nicht direkt in verringerte Lebensqualität übersetzen, häufig beeinträchtigen psychosoziale Aspekte des Schmerzes die Lebensqualität am stärksten [Vartiainen et al. 2016]. Inwieweit mit dem Erreichen des Behandlungsziels der Schmerzlinderung auch eine verbesserte Lebensqualität der Migränepatienten erreicht wird, lässt sich durch entsprechende Messinstrumente feststellen.

4 BELASTUNG BEI MIGRÄNE UND AUSWIRKUNGEN AUF DIE LEBENSQUALITÄT

Beeinträchtigungen durch Migräneattacken können sich auf alle Lebensbereiche auswirken. Großangelegte Studien zu den Auswirkungen von Migräne auf die persönlichen Lebensbereiche der Betroffenen in Europa (Eurolight [Steiner et al. 2014]) und Nordamerika (CaMEO [Buse et al. 2019]) bestätigen den negativen Einfluss der Erkrankung auf Familie, Beruf, Ausbildung und Freizeit (Abbildung 1).

Speziell im Bereich des Familienlebens wird das Ausmaß der Auswirkungen von Migräne deutlich, da die Erkrankung hier über die unmittelbar Betroffenen hinaus Einfluss auf das Leben von Partnern und Kindern hat. Dies ist für die Erkrankten oft besonders belastend (Abbildung 2).

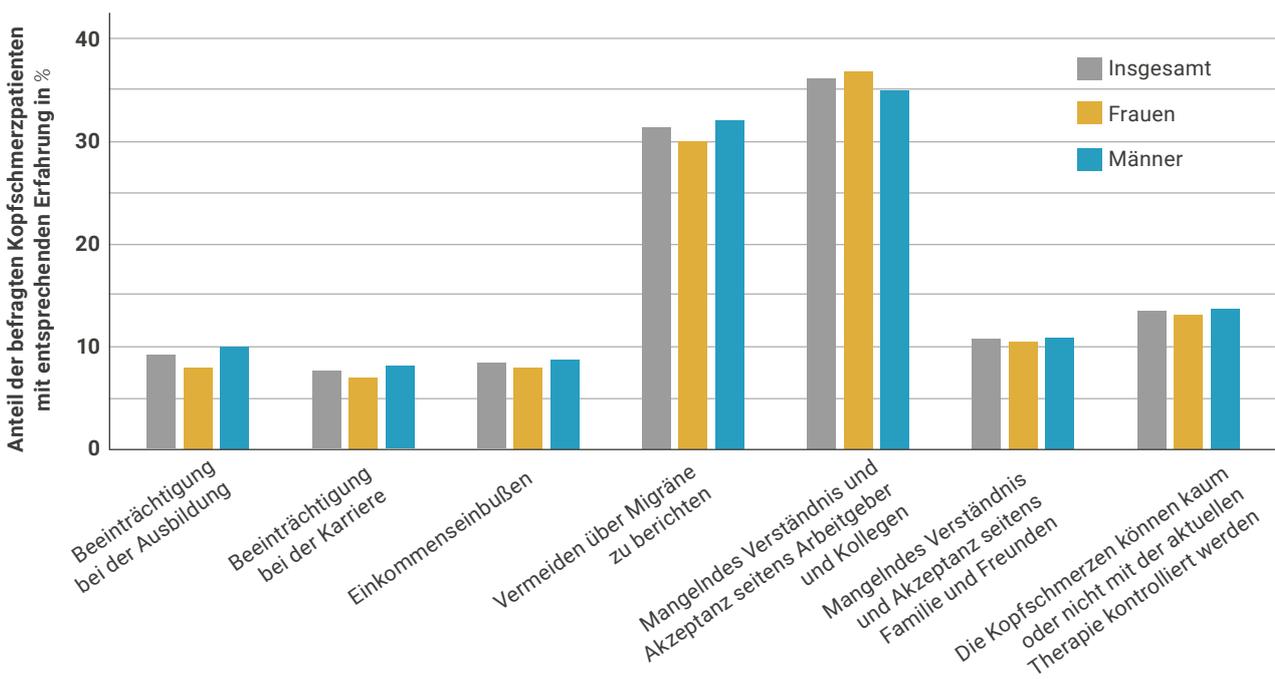


Abb. 1: Einfluss von Kopfschmerzen auf die persönliche Lebenssituation bei Beruf und Freizeit, soweit die Frage individuell zutrifft [modifiziert nach Steiner et al. 2014].

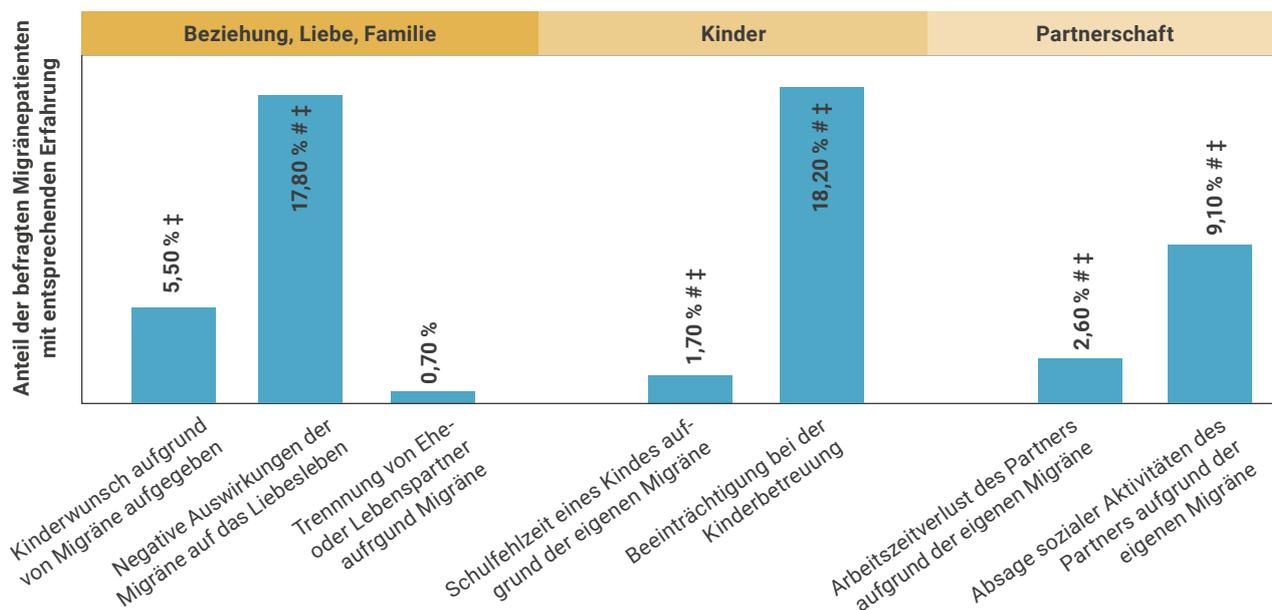


Abb. 2: Einfluss von Migräne auf die persönliche Lebenssituation bei Familie und Partnerschaft; # in den letzten drei Monaten; ‡ wenn Frage zutrifft [modifiziert nach Steiner et al. 2014].

Die Migräne hat sozioökonomische Auswirkungen, die sich aus Produktivitätsverlust, Fehlzeiten und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ergeben [Doane et al. 2020]. Migräne kann zur Arbeitsunfähigkeit führen und den Bezug von Erwerbsminderungs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente begründen. Zudem kann bei besonders häufigen Migräneattacken mit Begleitsymptomen eine Schwerbehinderung anerkannt werden, womit Nachteilsausgleiche im Berufs- und Arbeitsleben, wie ein verbesserter Kündigungsschutz oder zusätzliche Urlaubstage verbunden sind. Abhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigung durch die Migräne im täglichen Leben wird nach den Vorgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ein Grad der Behinderung (GdB) ermittelt. Entsprechend der Dauer, der Häufigkeit und der Ausprägung der Begleitsymptome sowie dem Ansprechen auf die Therapie wird der Grad der Behinderung eingeschätzt, ab einem GdB von 50 besteht eine Schwerbehinderung [Soziales 2015]. Der Gesamt-GdB berücksichtigt dabei auch weitere Erkrankungen und die psychische Komorbidität, was die Bedeutung der strukturierten Erfassung von Lebensqualität und Beeinträchtigung unterstreicht.

Im Rahmen einer Migräneerkrankung ergibt sich die Belastung durch die Krankheit aus den vielfältigen Einschränkungen im Alltag [Leonardi et al. 2010]. Neben dem akuten Schmerz der Migräneattacke beeinträchtigt die Erkrankung die Lebensqualität durch weitere

körperliche (vgl. Kapitel 2. Symptome der Migräne) wie auch kognitive Symptome (Beeinträchtigung von Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit, exekutiven Funktionen, verbaler und nicht-verbaler Gedächtnisleistung und Sprachfähigkeit). Klinische Daten deuten darauf hin, dass sich die kognitiven Beeinträchtigungen nicht nur auf die Zeit der eigentlichen Migräneattacke beschränken, sondern auch zwischen den Attacken bestehen bleiben können [Vuralli et al. 2018].

Ebenso beschränkt sich die Beeinträchtigung der Lebensqualität nicht allein auf die akuten Schmerzattacken. Dass die Migräne vielmehr auch in den Phasen zwischen den Attacken die Lebensqualität der Patienten beeinflusst, wird als interiktale Belastung [Brandes 2008, Brandes 2009] beschrieben. Die interiktale Belastung zeichnet sich meist durch Furcht vor der nächsten Schmerzattacke und der Sorge bezüglich der Folgen für geplante Vorhaben und Aktivitäten aus und kann zu Isolation und sozialem Rückzug führen. Die Betroffenen leiden unter der Tatsache, dass sie ihre Aktivitäten und Aufgaben nur unsicher planen können und von ihrem Umfeld als „unzuverlässig“ wahrgenommen werden.

Zwischen den Attacken kann es zu anhaltenden neuronalen Funktionsstörungen kommen, die Teil des Übergangs einer episodischen in eine chronische Migräne sein können und die mit psychischer Beeinträchtigung, gastrointestinalen Beschwerden und Muskelschmer-

zen einhergehen können [Cady et al. 2004]. Neben genetischer Prädisposition und Komorbidität ist der Übergebrauch von Schmerzmitteln oder Triptanen ein wesentlicher Risikofaktor bei der Entstehung einer chronischen Migräne [Diener et al. 2018]. Den Patienten ist zwar häufig bewusst, dass ihre Medikamenteneinnahme Nebenwirkungen haben kann, sie kennen das Risiko der Migränechronifizierung jedoch nicht [DMKG 2019]. Zudem bleibt der Medikamentenübergebrauch vom Arzt oft lange unentdeckt, da häufig auch frei erhältliche Akutmedikation eingesetzt wird und zur Erfassung eine explizite Abfrage nötig ist. Die Beurteilung der Lebensqualität kann eine Kommunikationsgrundlage schaffen, um die individuelle Belastung durch die Erkrankung zu analysieren, ein persönliches Therapiekonzept zu entwickeln und den spezifischen Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden. Speziell bei einer Erkrankung wie der Migräne, die in ihrer Intensität zwischen den Patienten als auch im Verlauf beim einzelnen Patienten stark variieren kann, ist eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient von wesentlicher Bedeutung. Dabei sollte als Leitsatz gelten: je individueller die Therapie, umso notwendiger der gute Arzt-Patienten-Kontakt. Es ist wichtig, die Versorgungssituation von Migränepatienten zu verbessern, die leider auch in wohlhabenden Ländern wie Deutschland nicht optimal ist. So lässt sich aus dem Vergleich der Migräneprävalenz in Deutschland zu Europa schließen, dass etwa bei der Hälfte der Migränepatienten in Deutschland die Diagnose nicht bekannt ist [Müller et al. 2019] und ein Bewusstsein für die Auswirkungen der Migräne bei den Patienten als auch bei vielen Ärzten oft kaum ausgeprägt ist [Radtko und Neuhauser 2012]. Knapp 6 % der Kopfschmerzpatienten berichten die Einnahme von Analgetika an mehr als zehn Tagen pro Monat [Müller et al. 2019]. Ein besseres Verständnis

für das Leiden der Patienten durch eine Ermittlung der Lebensqualität könnte hier Abhilfe schaffen und dazu führen, dass die indizierten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft werden.

Die Beurteilung der Lebensqualität kann dabei helfen, alle Auswirkungen der Migräne zu beleuchten und der Stigmatisierung von Migränepatienten [Young 2018] entgegenzuwirken. Migräne wurde aufgrund der vielen nicht objektiv messbaren Symptome sowie der Tatsache, dass die Prävalenz bei Frauen deutlich höher ist im sozial-historischen Kontext, als „Erkrankung der hysterischen Frau“ oder des übersensiblen Intellektuellen stigmatisiert [Kempner 2014]. Folgen dieser Vorstellungen können auch heute noch bei der Wahrnehmung der Erkrankung und bei der Diagnose mitschwingen. Wissenschaftlich evaluierte Verfahren zur Bestimmung der Lebensqualität können das Leiden und die Erfahrungen der Migränepatienten objektivieren und damit sozusagen legitimieren. Somit können die Verfahren helfen, die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe zu senken und das Bewusstsein bei Ärzten zu schärfen. Möglich ist eine solche destigmatisierende Funktion der Verfahren zur Lebensqualitätsbestimmung, da sie die eingangs beschriebene HR-QoL erfassen, sich also auf die gesundheitsspezifischen Einschränkungen und Belastungen beziehen. HR-QoL-Bestimmungen setzen in ihrer Funktionsweise die Existenz einer ernstzunehmenden Krankheitsbelastung voraus und nehmen dem Patienten sozusagen die Beweislast und den Rechtfertigungsdruck.

Im Folgenden werden die am häufigsten genutzten Kopfschmerz- bzw. Migräne-spezifischen Lebensqualitätsbestimmungsverfahren vorgestellt.

5 METHODEN ZUR BESTIMMUNG DER GESUNDHEITSBEZOGENEN LEBENSQUALITÄT BEI MIGRÄNE

Die Tests zur Messung der HR-QoL werden von Patienten selbst bearbeitet und vom Arzt oder geschultem Personal ausgewertet. Dabei wird das Ergebnis durch einen Zahlenwert ausgedrückt. Dieser Lebensqualitätsscore ist nach Definition des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

wie folgt zu beschreiben: Der Lebensqualitätsscore ist ein „eindimensionaler Ergebniswert, der sich durch die summarische Zusammenfassung verschiedener Dimensionen bei der Erfassung von Lebensqualität ergibt. Die Dimensionen müssen dabei nicht notwendigerweise gleich gewichtet sein“ [IQWiG-Glossar]. In der Praxis

heißt das, dass die Patienten Aspekte ihres alltäglichen Lebens anhand von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten quantifizieren oder bewerten. Den Antwortmöglichkeiten sind Zahlenwerte einer Skala zugeordnet, so dass abschließend ein Gesamtwert berechnet werden kann – der Lebensqualitätsscore. Dieser Lebensqualitätsscore muss verschiedene Anforderungen erfüllen, d. h. er muss präzise, belastbar, aussagekräftig und klinisch relevant sein. Zwar gibt er eine subjektive Einschätzung durch den Patienten wieder, aufgrund der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und aufgrund der festgelegten Gewichtung der Fragen und Antworten sind die Testergebnisse jedoch inter- und intraindividuell vergleichbar. Dazu werden für jedes Testverfahren Score-Änderungen in Punkten ermittelt, die eine relevante Änderung in der Lebensqualität darstellen, wobei zwei Änderungswerte unterschieden werden. Der intrapersönliche *'minimally important change'* (MIC) reflektiert die Relevanz einer Veränderung für den einzelnen Patienten [Smelt et al. 2014]. Er ist die kleinste messbare Score-Änderung von Relevanz für den Patienten und zeigt an, ob sich seine konkrete Situation verbessert oder verschlechtert hat. Der zweite Änderungswert ist der *'minimally important difference'* (MID), der Unterschiede zwischen Patientengruppen wiedergibt. Er wird als der Unterschied bei der mittleren Score-Änderung zwischen zwei Gruppen über die Zeit ermittelt und bezieht sich nicht auf individuelle Veränderungen bei einzelnen Patienten [de Vet et al. 2006]. Damit können Lebensqualitätsscores sowohl zur Auswertung klinischer Studien als auch zur individuellen Verlaufs- und Therapiebewertung eingesetzt werden.

5.1 DAS MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT (MIDAS)

Stewart und Lipton entwickelten 1999 das *Migraine Disability Assessment* (MIDAS), ein Verfahren, das mit sieben Fragen die Beeinträchtigung durch Migräne innerhalb der letzten drei Monate erfasst. Patienten bewerten in fünf Fragen die Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit in den drei Bereichen Arbeitsplatz/Schule, Haushaltstätigkeiten, Familien- und Sozialleben [Stewart et al. 1999] durch Angabe der Anzahl der Tage, an denen sie bei den entsprechenden Aktivitäten oder Tätigkeiten aufgrund der Migräne jeweils vollständig oder teilweise beeinträchtigt waren. Aus der Gesamtzahl der Tage wird ein Score ermittelt, dem einer von vier Schweregraden von

Migräne zugeordnet wird. Diese reichen von Grad I mit „keine oder wenig Beeinträchtigung“ (Score 0 - 5) bis hin zu Grad IV mit „schwerer Beeinträchtigung“ (Score \geq 21) (Tabelle 2). Dabei gilt: je höher die im Test angegebene Zahl der Tage, umso schwerer die Einschränkung. Zusätzlich kann Grad IV zur besseren Charakterisierung der chronischen Migräne in Grad IV-A mit Score 21 – 40 und Grad IV-B bei einem Score von \geq 41 eingeteilt werden [Blumenfeld et al. 2011]. Durch zwei zusätzliche Fragen, die nicht in den Score einfließen, werden Häufigkeit und Intensität der Kopfschmerzattacken bewertet. Das Ergebnis des MIDAS hängt zwar von der Zahl der Kopfschmerztage ab, muss aber nicht zwangsläufig positiv mit dieser korrelieren. Umgekehrt aber hat eine Reduktion der Kopfschmerztage einen niedrigeren MIDAS-Score zur Folge. Ein kritischer Faktor beim MIDAS ist der relativ lange Zeitraum von drei Monaten, der rückblickend abgefragt wird. Um hier valide Aussagen treffen zu können, müssen die Patienten ihre Migräne bereits in anderer Form zeitnah dokumentiert haben. Der MIDAS-Test wurde ursprünglich für Patienten mit Englisch als Muttersprache entwickelt, ist aber inzwischen auch in verschiedenen nicht-englischsprachigen Ländern validiert und liegt ebenfalls in einer ins Deutsche übersetzten und kulturell angepassten Version vor [Benz et al. 2018]. Der Test steht gebührenfrei online zur Verfügung und kann vom Patienten bereits vor dem Arztbesuch ausgefüllt werden.

5.2 DER HEADACHE IMPACT TEST (HIT-6)

Ein weiteres umfassend validiertes Instrument, um die funktionelle Beeinträchtigung von Migräne-Patienten zu messen, ist der aus sechs Fragen bestehende *Headache Impact Test* (HIT-6). Der HIT-6 wurde basierend auf dem allgemeinen Gesundheitsfragebogen *Short-form 36* (SF-36) entwickelt. Zusätzlich zu Fragen nach der Beeinträchtigung bei alltäglichen Aktivitäten und Verpflichtungen (Arbeit, Schule, Haushalt) durch Verhinderung bzw. Abwesenheit, fragt der HIT-6 auch nach Konzentrationsproblemen, Abgeschlagenheit, Reizbarkeit und dem Wunsch sich hinzulegen [Kosinski et al. 2003]. Damit geht der HIT-6 zusätzlich auf die emotionale Belastung der Patienten ein. Die Fragen werden nicht mit absoluten Zahlen (bzw. Anzahl der betroffenen Tage) beantwortet, sondern es wird die Frequenz der Migränebedingten Beeinträchtigung in mehreren Stufen von „nie“

über „selten“, „manchmal“, „sehr oft“ bis hin zu „immer“ angegeben (Text-Box 1), woraus ein Score zwischen 36 und 78 errechnet wird [Peng und Wang 2012]. Es sind vier Score-Bereiche definiert, denen jeweils ein Schweregrad der Beeinträchtigung zugeordnet ist: Grad 1 = keine oder wenig Auswirkung der Migräne (Score 36 – 49), Grad 2 = moderate Auswirkungen (Score 50 – 55), Grad 3 = erhebliche Auswirkungen (56 – 59), Grad 4 = starke Auswirkungen der Migräne (Score 60 – 78) [Lipton et al. 2011]. Eine Abnahme des HIT-6-Scores um 2,3 Punkte bedeutet bei Patienten mit chronischen täglichen Kopfschmerzen eine signifikante klinische Verbesserung [Coeytaux et al. 2006]. Bei Migränepatienten entspricht der MIC einer Punktzahlabnahme von 2,5 – 5,5 beim HIT-6-Score und der MID einer Verringerung um 1,5 Punkte [Smelt et al. 2014]. Bei der Anwendung von CGRP-(Rezeptor-) Antikörpern zur Migräneprophylaxe sollte sich für einen messbaren Erfolg der Score nach drei Monaten um mindestens fünf Punkte reduziert haben [Diener 2019]. Der HIT-6 liegt in deutscher, validierter Übersetzung nach Gandek et al. [Gandek et al. 2003] vor.

5.3 MIGRAINE PHYSICAL FUNCTION IMPACT DIARY

Das Tagebuch zur physischen Funktionseinschränkung durch Migräne, das *Migraine Physical Function Impact Diary* (MPFID) ist ein psychometrisch evaluiertes Instrument zur Messung der funktionellen Beeinträchtigung bei Patienten mit episodischer oder chronischer Migräne. Anders als bei MIDAS und HIT-6 wird hier neben den Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten abgefragt, wie sich die Migräne auf bestimmte körperliche Funktionen auswirkt, z. B. das Drehen des Kopfes oder das Aufrichten aus dem Liegen [Kawata et al. 2017]. Durch die tägliche Dokumentation können Schwankungen in der Krankheitsintensität von Tag zu Tag nachvollzogen werden [Kawata et al. 2019]. Dabei kann das MPFID auch dazu genutzt werden, die Auswirkungen der Erkrankung zwischen den Attacken zu bestimmen [Hareendran et al. 2017].

Das MPFID wurde zur Nutzung in klinischen Studien entwickelt, mit dem Ziel, die Perspektive des Patienten

	Nie	Selten	Manchmal	Sehr oft	immer
1. Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft sind die Schmerzen stark?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie oft beeinträchtigen Sie Kopfschmerzen im Alltag bzgl. Haushalt/Arbeit/Schule oder bei Kontakten/Aktivitäten mit anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>				
3. Wenn Sie Kopfschmerzen haben wie oft wünschen Sie sich, dass Sie sich hinlegen könnten?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen zu müde zum Arbeiten oder für tägliche Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen gereizt oder hatten alles satt?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie oft haben Kopfschmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Fähigkeit eingeschränkt, sich auf die Arbeit/tägliche Aktivitäten zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
Punktzahl	<input type="checkbox"/>				
Gesamtpunktzahl	<input type="checkbox"/>				

Text-Box 1: Der HIT-6TM-Fragebogen.

ten und die subjektive Erfahrung migränebedingter körperlicher Einschränkungen zu dokumentieren. Zurzeit kommt das MPFID bei klinischen Studien zur Migräneprophylaxe zum Einsatz. Zur Auswertung des MPFID wurde ein Bewertungsalgorithmus entwickelt, mit Hilfe dessen ein Score ermittelt wird. Je höher dieser Score ausfällt, umso stärker sind die Auswirkungen der Migräne auf den betroffenen Patienten. Die untersuchten Parameter werden jeweils mit einer fünfstufigen Antwort-Skala für die zurückliegenden 24 Stunden abgefragt. Insgesamt werden 13 Aspekte untersucht (Tabelle 1), davon fallen sieben in die Domäne „Einfluss auf alltägliche Aktivitäten“, fünf in die Domäne „körperliche Einschränkungen“ und eine Frage beschäftigt sich mit der allgemeinen Einschränkung alltäglicher Aktivitäten insgesamt. Zur Auswertung des MPFID nimmt der Patient je Aspekt eine Einstufung von „ohne Schwierigkeiten“ bis „nicht dazu in der Lage“ oder von „nie“ bis „immer“ vor, wobei Punkte von eins (geringste Beeinträchtigung) bis fünf (größte Beeinträchtigung) vergeben werden. Die Punkte werden pro Domäne aufaddiert sowie für die Einzelfrage bestimmt und jeweils auf eine Skala von 0 bis 100 transponiert. Eine Verringerung des Scores in einer der beiden Domänen um drei bis fünf Punkte wird als Therapieansprechen gewertet [Kawata 2016]. Ein Abgleich von MPFID-Scores mit der Anzahl von Kopfschmerztage zeigt sowohl für beide Domänen als auch für den Einzelwert eine gute Übereinstim-

Tabelle 1: 13 Aspekte in den Rubriken „Auswirkungen auf alltägliche Aktivitäten“ und „Körperliche Einschränkungen“, die im MPFID bewertet werden [modifiziert nach Kawata et al. 2017].

Auswirkungen auf alltägliche Aktivitäten	Hausarbeit
	Aktivitäten außer Haus
	Alltägliche Routine
	Konzentration
	Start in den Tag
	Vermeidung von Interaktionen
	Erholungsphasen
Allgemeine Schwierigkeiten mit gewöhnlichen Aktivitäten	
Körperliche Einschränkungen	Schwierigkeiten den Kopf zu bewegen
	Schwierigkeiten bei Bewegung allgemein
	Aufstehen / aus dem Bett kommen
	Nach vorne beugen
	Aktivitäten, die körperliche Anstrengung erfordern

mung, d.h. je höher die Zahl der Kopfschmerztage pro Monat war, umso höher fiel auch der MPFID-Score aus [Kawata et al. 2017]. Entsprechend besteht eine gute Vergleichbarkeit von MPFID- und HIT-6-Score.

5.4 MIGRAINE SPECIFIC QUALITY OF LIFE

Der *Migraine-Specific Quality of Life* (MSQoL)-Fragebogen wurde in seiner ursprünglichen Version (MSQ v1.0) 1992 durch Glaxo Wellcome Inc. entwickelt, basierend auf einer Kombination aus Literaturrecherche, Meinungsbefragung von Migränespezialisten und Patienteninterviews [Speck et al. 2019]. Der MSQoL ist eines der am häufigsten genutzten Instrumente zum Messen der Lebensqualität im Rahmen wissenschaftlicher Studien [Cole et al. 2009] und kann sowohl bei episodischer als auch chronischer Migräne verlässlich eingesetzt werden [Bagley et al. 2012]. Inzwischen liegen die 14 Punkte umfassende, überarbeitete und validierte Version MSQoL v2.1 vor [Martin et al. 2000] sowie eine elektronische Form als MSQoL v2.1 ePRO [Speck et al. 2019]. Der MSQoL deckt drei Domänen ab, die die folgenden Aspekte umfassen: Einschränkung alltäglicher Aktivitäten aufgrund von Migräne (*Role Function-Restrictive*, RFR), Verhinderung alltäglicher Aktivitäten aufgrund von Migräne (*Role Function-Preventive*, RFP) und die emotionale Belastung durch Migräne (*Emotional Function*, EF) (Textbox 2). Die Domäne RFR beinhaltet mit sieben Fragen die meisten Items und misst den Einfluss von Migräne auf Beziehungen im Freundes- und Familienkreis, auf Freizeit, Arbeit und alltägliche Aktivitäten, sowie auf Produktivität, Konzentration, Müdigkeit und Energie. Der Patient beantwortet Fragen zu den jeweiligen Domänen rückblickend für die letzten vier Wochen anhand einer sechsteiligen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten: nie, selten, manchmal, oft, sehr oft, oder immer. Für die Domänen wird anschließend unabhängig voneinander ein Score zwischen Null und 100 gemäß Analysehandbuch ermittelt. Ein höherer Score entspricht dabei einer besseren Lebensqualität. Relevante Änderungen innerhalb einer Patienten- bzw. Behandlungsgruppe über die Zeit sind für die einzelnen Bereiche jeweils ab einer Score-Änderung von fünf Punkten für RFR, 5 – 8 Punkten für RPR und 8 – 10 Punkten für EF gegeben [Cole et al. 2009]. Änderungen um die genannten Punktzahlen

beziehen sich jeweils auf den MID und gelten nicht für den individuellen Verlauf. Da der Test bisher vornehmlich zur Bewertung wissenschaftlicher Studien eingesetzt wird, liegen keine Angaben zu relevanten

Score-Änderungen beim MIC vor. Darüber hinaus aber zeigt der Test eine gute Korrelation mit HIT-6 und MIDAS und ist ein geeignetes Instrument zur Bestimmung von Therapieansprechen, das über die

In den letzten vier Wochen: wie häufig ...	Nie	Selten	Manchmal	Sehr oft	Immer
RFR					
1. ... hat Migräne Ihren Umgang mit Familie, Freunden und anderen nahestehenden Personen beeinflusst?	<input type="checkbox"/>				
2. ... hat Migräne Freizeitaktivitäten wie Lesen oder Sport treiben beeinflusst?	<input type="checkbox"/>				
3. ... hatten Sie Schwierigkeiten bei der Ausübung von beruflichen oder alltäglichen Aktivitäten aufgrund von Migräne	<input type="checkbox"/>				
4. ... hat Migräne ihr Arbeitspensum bei der Arbeit oder zu Hause beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>				
5. ... hat Migräne Ihre Konzentrationsfähigkeit bei der Arbeit oder tägliche Aktivitäten vermindert?	<input type="checkbox"/>				
6. ... waren Sie aufgrund der Migräne zu müde um zu arbeiten oder alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?	<input type="checkbox"/>				
7. ... hat Migräne zu Tagen geführt an denen Sie sich antriebslos und schwach gefühlt haben?	<input type="checkbox"/>				
RFR					
1. ... mussten Sie sich bei der Arbeit krank melden oder alltägliche Aktivitäten absagen?	<input type="checkbox"/>				
2. ... mussten Sie bei alltäglichen und Haushaltsaktivitäten (Einkäufe, Pflege von Kindern und Angehörigen) Hilfe in Anspruch nehmen, weil Sie Migräne hatten?	<input type="checkbox"/>				
3. ... mussten Sie Ihre Arbeit oder alltägliche Aktivitäten vorzeitig beenden, weil Sie Migräne hatten?	<input type="checkbox"/>				
4. ... haben Sie private Veranstaltungen wie Treffen mit Freunden/Parties aufgrund von Migräne abgesagt?	<input type="checkbox"/>				
EF					
1. ... haben Sie sich frustriert und entnervt aufgrund Ihrer Migräne gefühlt	<input type="checkbox"/>				
2. ... hatten Sie das Gefühl für andere aufgrund Ihrer Migräne eine Last zu sein?	<input type="checkbox"/>				
3. ... hatten Sie Angst andere aufgrund Ihrer Migräne im Stich lassen zu müssen	<input type="checkbox"/>				

Text-Box 2: Der MSQoL-Fragebogen. Modifiziert nach [Bagley et al 2012]. Die ist eine beispielhafte Wiedergabe des Fragebogens zur Verdeutlichung und keine validierte Übersetzung.

Zahl an Kopfschmerztagen hinaus multidimensionale Aspekte der Migräne einbezieht. Der MSQoL liegt u. a. als deutschsprachige und kulturell angepasste Übersetzung vor und ist von Glaxo Wellcome, Inc. durch

die *United States Library of Congress* urheberrechtliche geschützt. Zur Nutzung muss eine schriftliche Erlaubnis durch den *Medical Outcomes Trust* eingeholt werden [MOT 2000].

6 WEITERE SCORING-, TEST- UND DOKUMENTATIONSVERFAHREN BEI MIGRÄNE

Neben den vorgestellten Instrumenten zur Messung der Beeinträchtigung durch Migräne können weitere Verfahren angewendet werden und hilfreich bei Therapieentscheidungen und Evaluation sein. Dazu gehören krankheitsübergreifende Messinstrumente zur Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit sowie psychologische Fragebögen und die Dokumentation in Form von Tagebüchern.

6.1 WORK PRODUCTIVITY AND ACTIVITY IMPAIRMENT: GENERAL HEALTH

Der *Work Productivity and Activity Impairment: General Health* (WPAI:GH)-Fragebogen misst die Beeinträchtigung bei bezahlter sowie unbezahlter Arbeit in Bezug zum Gesundheitsstatus. Der Test ermittelt in sechs Fragen rückblickend für die letzten sieben Tage die Tage und Stunden, an denen Betroffene gearbeitet haben, gefehlt haben, Schwierigkeiten hatten zu arbeiten oder bei der Arbeit beeinträchtigt waren. In der finalen Auswertung ergibt der Test einen allgemeinen Produktivitätsscore (*overall work productivity score* [OWP]) in Prozent, der sich aus dem Anteil der geleisteten Arbeitszeit und der dabei erzielten Produktivität zusammensetzt [Reilly et al. 1993]. Der Test ist für verschiedene chronische Erkrankungen, wie z. B. Asthma, Psoriasis oder Morbus Crohn validiert [Zhang et al. 2010] und wird von der Autorin Margaret C. Reilly auch in einer migränespezifischen Version angeboten. Der WPAIGH wird u. a. in klinischen Studien eingesetzt, um Behandlungsgruppen oder Patienten mit unterschiedlicher Erkrankungsschwere zu vergleichen [Revicki et al. 2007].

6.2 SF-12

Der SF-12-Fragebogen (Short Form 12) ist ein krankheitsübergreifendes Instrument zur Messung der Lebensqualität, das 12 Fragen umfasst. Der Test wurde als verkürzte Version aus dem 36 Fragen umfassenden SF-36 abgeleitet, der im Rahmen der *Medical Outcome Study* (MOS) in den USA entwickelt wurde und für den anschließend eine deutsche, validierte Fassung erarbeitet wurde [Bullinger 1995, Ware und Sherbourne 1992]. Mittlerweile liegt der Test in einer neueren Version als SF-12v2 vor. Der Test wird bei einem umfangreichen Spektrum von Erkrankungen und Behandlungsmethoden zur Therapiebeurteilung angewendet, so z. B. in der orthopädischen Chirurgie, bei Diabetes, Psoriasis oder Rheumatoider Arthritis [Hurst et al. 1998, Sampogna et al. 2019, Wukich et al. 2016, Young et al. 2013], aber auch in Studien zu Migräne [Cevoli et al. 2009, Young et al. 2013]. Die Fragen des SF-12 verteilen sich auf acht Domänen, die wiederum den Skalenbereichen „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ zugeordnet werden (Tabelle 2) [Gandek et al. 1998]. Dabei korrelieren sowohl der physische als auch der psychische SF-12-Score bei episodischer Migräne gut mit der Anzahl der Kopfschmerztage [Ruscheweyh et al. 2014]. Ab einer Kopfschmerzfrequenz von etwa 15 Tagen pro Monat wird bei beiden Domänen des SF-12 ein Plateau ohne weitere Steigerung der Beeinträchtigung trotz Zunahme an Kopfschmerztagen erreicht. Diese Frequenz definiert die chronische Migräne, sodass es ab Vorliegen der chronischen Migräne zu maximaler Beeinträchtigung kommt, unabhängig davon wie weit sich die Kopfschmerzfrequenz über 15 Tage pro Monat hinaus erhöht [Ruscheweyh et al. 2014].

Tabelle 2: Domänen des SF-12 [modifiziert nach Gandek et al 1998].

Domäne	
Körperliche Gesundheit	Hausarbeit
	Aktivitäten außer Haus
	Alltägliche Routine
	Konzentration
	Start in den Tag
	Vermeidung von Interaktionen
	Erholungsphasen
Psychische Gesundheit	Vitalität
	Soziale Funktionsfähigkeit
	Emotionale Rollenfunktion
	Psychisches Wohlbefinden

Zur Datenerhebung beantworten Patienten die Fragen jeweils durch Auswahl der zutreffenden Aussage aus Likert-Skalen mit fünf Kategorien von „ausgezeichnet“ bis „schlecht“, drei Kategorien von „Ja, stark“ bis „Nein, überhaupt nicht“ oder fünf Kategorien von „immer“ bis „nie“. Den Antworten werden Zahlenwerte zugeordnet, die zu den Skalenrohwerten aufaddiert werden und dann auf eine Skala von Null bis 100 transformiert werden. Die abschließende Auswertung erfolgt gemäß Benutzerhandbuch unter Zuhilfenahme eines computergestützten Auswertungsprogramms, das bei lizenzierter Nutzung erhältlich ist.

6.3 WEITERE PSYCHOMETRISCHE TESTVERFAHREN

Psychische Begleiterkrankungen bei Migräne werden häufig berichtet, können die Lebensqualität zusätzlich beeinträchtigen [Wang et al. 2001] und sind oftmals sogar der bestimmende Parameter der Lebensqualität. Dazu gehören Depressionen, Angstzustände, Panikattacken und Zwangsstörungen. Psychopathologische Prozesse bei Kopfschmerzerkrankungen können dabei durch gemeinsame Risikofaktoren oder gemeinsame Krankheitsmechanismen sowie durch die Krankheitsbelastung der Migräne selbst bedingt sein [Beghi et al. 2010]. Um die Lebensqualität von Migränepatienten zu verbessern, sollten daher psychische Erkrankungen bei der Therapieauswahl berücksichtigt werden und gegebenenfalls auch eine psychotherapeutische Behandlung in Betracht gezogen werden. Als spezifische

Testverfahren sollen hier die *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) und die *Depressions-Angst-Stress-Skala* (DASS) vorgestellt werden. Beide Tests sind Selbstbeurteilungsskalen, die als Screeninginstrumente eingesetzt werden können. Auch wenn die Testergebnisse selbst keine Diagnose ermöglichen, können sie wertvolle Hinweise auf das Vorliegen begleitender psychischer Erkrankungen geben und ein Anhaltspunkt für eine weiterführende psychologische Diagnostik sein. Insbesondere Angsterkrankungen erschließen sich häufig nicht auf den ersten Blick und sind für Ärzte nicht immer einfach zu erkennen. HADS ist ein Fragebogen zur Selbstbewertung der emotionalen Verfassung des Patienten [Zigmond und Snaith 1983]. Der Fragebogen umfasst sieben Fragen zu Depressivität und sieben Fragen zu Angst und konzentriert sich ausschließlich auf kognitive/affektive Symptome. Da somatische Symptome nicht abgefragt werden, hat der HADS-Fragebogen eine hohe Sensitivität und Spezifität bei der Messung psychiatrischer Störungen bei physisch erkrankten Patienten [Wang et al. 2001]. In Zusammenhang mit episodischer Migräne korreliert der HADS sehr gut mit der Frequenz der Kopfschmerz-tage. Depression und Angst nehmen mit der Anzahl der Kopfschmerz-tage pro Monat zu, wobei es bei beiden besonders im Bereich zwischen 12,5 und 15 Tagen pro Monat zu einer Steigerung kommt [Ruscheweyh et al. 2014]. Ab 15 Tagen im Monat und damit ab der chronischen Form von Migräne nehmen Depression und auch Angst nicht weiter zu und sind, wie auch der SF-12-Score, unabhängig von einer weiteren Zunahme an Kopfschmerz-tagen.

Bei chronischer Migräne korreliert die Zahl der Kopfschmerz-tage nicht direkt mit dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden der Patienten, wie die Testinstrumente deutlich machen. Um die Lebensqualität dieser Patienten merklich zu steigern, muss die Migräne soweit reduziert werden, dass die Schmerz-frequenz einer episodischen Migräne erreicht wird.

DASS ist ein lizenzfreies Verfahren zum Depressions-screening bei Schmerzpatienten und kann die Belastung durch die Erkrankung anhand der Merkmale von Depression, Angst und Stress erfassen [Nilges 2015]. Der Fragebogen liegt in einer Kurzfassung mit 21 Fragen und einer Langfassung mit 42 Fragen vor. Die deutschsprachige Kurzfassung ist unter der folgenden

Adresse online veröffentlicht <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/translations.htm>. Die Langfassung wird in Studien mit entwicklungspsychologischen und pädagogischen Fragestellungen eingesetzt [Nilges 2015]. Ebenso wie beim HADS werden auch mittels DASS keine somatischen Symptome erfasst und der Test hat eine hohe Sensitivität und Spezifität.

6.2 SCHMERZDOKUMENTATION BEI MIGRÄNE

Zusätzlich zu den evaluierten Testverfahren, die besonders für den Vergleich von Therapien und Patientengruppen unerlässlich sind, können vielfältige und auch nicht-standardisierte Methoden zur individuellen Krankheitsbeobachtung hilfreich sein. Diese können z. B. das Triggermanagement unterstützen und krankheitsbeeinflussende Situationen aufzeigen sowie die Medikamenteneinnahme dokumentieren. Gerade der Aspekt der Medikations-Dokumentation ist therapeutisch außerordentlich wichtig, um einen Medikamentenübergebrauch zu erkennen oder zu verhindern. Als Beispiel für übliche Dokumentationsmethoden sind hier Kopfschmerztagebücher oder -kalender zu nennen. Dabei werden die Kopfschmerztage in Monatstabellen eingetragen und z. B. zu folgenden Details Angaben gemacht: Schmerzcharakter (pulsierend/pochend oder dumpf/drückend), Kopfseite (ein- oder beidseitig), Begleiterscheinungen (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit, Lärmempfindlichkeit, Sehstörungen), vermutete Auslöser (z. B. Stress, Essen, Schlaf etc.), Medikamente (Präparat/Dosis), Medikamentenwirkung (gut, mittel, schlecht). Dabei ist zwischen dem diagnostischen Tagebuch und dem Verlaufstagebuch zu unterscheiden. Die ausführliche Dokumentation über mehrere Wochen kann zur Diagnosestellung sehr hilfreich sein. Im Anschluss an die Diagnose reicht zur Beurteilung eines Therapieerfolgs im Verlauf in der Regel eine weniger detaillierte Dokumentation aus. Im Verlaufstagebuch werden dann die Kopfschmerztage pro Monat und die Einnahme von Akutmedikation aufgezeichnet.

Schmerztagebücher sind zwar eine hilfreiche Unterstützung, haben aber einen wesentlichen Kritikpunkt. Sie lenken den Fokus des Patienten auf seinen Schmerz und können sich so nachteilig auf die Schmerzbehand-

lung auswirken. Um dieser potenziellen Schwäche zu begegnen, können statt Schmerztagebüchern Aktivitätentagebücher geführt werden, bei denen die Allgemeinsituation und nicht der Schmerz bei der Dokumentation im Vordergrund steht. Der protokollierte Hauptaspekt ist hier die Schmerzfreiheit im Tagesverlauf und bei Aktivitäten. Zusätzlich ist eine positive Formulierung der zu bewertenden Aspekte zu bevorzugen, so kann z. B. nach dem Zutreffen der Aussage „ich habe eine erholsame Nachtruhe“ gefragt werden anstatt „ich habe Probleme zu schlafen“. Ob ein Schmerz- oder aber ein Aktivitätentagebuch vorteilhaft ist, ist vom jeweiligen Patienten abhängig. Beide Formen können Patienten helfen, ihre Erkrankung besser zu verstehen und mit ihr umzugehen. Das kann auch dabei helfen, Ausfallzeiten am Arbeitsplatz als legitim zu akzeptieren und einen falsch verstandenen Durchhaltewillen zu entlarven. Häufig führt der Stress eines unbedingten „funktionieren Müssens“ zur nächsten Attacke. Ein Aufzeigen von Krankheitsmustern mithilfe unterschiedlicher Dokumentationstechniken kann sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken.

Eine weitere Form der Dokumentation in Zusammenhang mit sozialmedizinischen und versorgungsrechtlichen Aspekten ist die Erfassung der Fehltage am Arbeitsplatz über einen Zeitraum von drei oder sechs Monaten. Diese Dokumentation ist gegenüber Kostenträgern wie den Krankenkassen und der Rentenversicherung anzugeben und unterstützt die Antragsstellung bei Reha, Erwerbsminderungsrente und Anerkennung einer Schwerbehinderung.

Zur einfachen, mobilen Dokumentation stehen neben der klassischen Papierform inzwischen auch zahlreiche Handy-Apps zur Verfügung. Diese können insbesondere das ordnungsgemäße Tagebuchführen über Monate hinweg fördern [Dahlem et al. 2018]. Auch wenn erste Studien Hinweise liefern, dass Apps und internetbasierte Technologien Therapieergebnisse verbessern und eine Schmerzmitteleinnahme verringern können, liegen bislang noch nicht genügend Untersuchungen dazu vor [Eckard et al. 2016]. Zudem können Apps nicht den Arzt ersetzen, sondern haben allein unterstützende Funktion. Bei der Nutzung von Apps sollten Patient und Arzt darauf achten, dass es zwei Kategorien von Apps gibt mit unterschiedlichen rechtlichen, Datenschutz- und Haftungs-Kriterien [Dahlem et al. 2018].

Gesundheits-Apps benötigen keine Zertifizierung und können von jedem entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. Sie dürfen primär informieren und sind daher mit Ratgeberbüchern zu vergleichen. Medizinische Apps dagegen tragen eine CE-Kennzeichnung und verarbeiten vom Patienten eingegebene Daten, die der Arzt bei Diagnose oder Therapie zu Rate ziehen kann. Im Falle einer fehlerhaften Datenverarbeitung

durch die App haftet hierbei der Hersteller. Eine Stärke dieser Apps ist, dass Kopfschmerztagebucheinträge mit verschiedenen weiteren erfassten Daten automatisch zusammengeführt werden können, so z. B. mit Tageszeit und Wetter-Angaben oder den Daten von Fitnesstracker-Funktionen. Migräne-Apps haben vielfältiges Potential, benötigen aber noch wissenschaftliche Evaluationen und einheitliche Qualitätsstandards.

7 FAZIT

Migräne schränkt die Lebensqualität in fast allen Lebensbereichen stark ein. Dabei ist die empfundene Beeinträchtigung zwar von individuellen Parametern abhängig, das Ausmaß der Einschränkung kann aber durch standardisierte und validierte Werkzeuge objektiviert werden. Die Erfassung der Lebensqualität hat einen hohen Stellenwert bei der Bewertung von Therapieerfolg und Krankheitsentwicklung und kann zur Optimierung der Therapie verhelfen. Außerdem wirkt sie einer Stigmatisierung Betroffener entgegen und kann die Inanspruchnahme angemessener, medizinischer Hilfe fördern. Das meistgenutzte Instrument zur Bestimmung der Lebensqualität bei Migräne ist der MIDAS-Test, der mit drei Monaten eine lange Zeitspanne rückwirkend abfragt, was ein Risiko für die Aussagekraft ist. Im Unterschied zu anderen Verfahren bewertet der MIDAS die Lebensqualität außerdem nur nach der Anzahl betroffener Tage. Daneben findet

der HIT-6 häufig Anwendung und MPFID und MSQoL kommen in klinischen Studien zum Einsatz. Bei diesen Testverfahren bewerten die Patienten unterschiedliche psychische und physische Parameter anhand von Likert-Skalen. Zusätzlich zu den spezifisch für die Migräne validierten Verfahren zur Bestimmung der Lebensqualität können krankheitsübergreifende Instrumente wie der WPAI:GH oder SF-12 bei Migräne genutzt werden. Darüber hinaus können psychometrische Fragebögen wie HADS und DASS und Tagebücher Aufschluss über die Situation des Patienten geben. HADS und DASS sind Fragebögen zur Bestimmung von Depressionen und Angst, die keine somatischen Symptome erfassen. Die Dokumentation in Tagebuchform gliedert sich auf in diagnostische und Verlaufstagebücher, sowie in Schmerz- und Aktivitätstagebücher. Zukünftig werden auch validierte elektronische Dokumentationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

8 LITERATUR:

- Bagley** CL, Rendas-Baum R, Maglante GA, et al. Validating Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire v2.1 in episodic and chronic migraine. *Headache* 2012;52(3):409-21
- Beghi** E, Bussone G, D'Amico D, et al. Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *J Headache Pain* 2010;11(2):141-50
- Benz** T, Lehmann S, Gantenbein AR, et al. Translation, cross-cultural adaptation and reliability of the German version of the migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2018;16(1):42
- Bertram** H. 2017. „Die Zweiverdiener-Familie: Ein europäischer Vergleich.“ Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. 2017, Sankt Augustin/Berlin
- Blau** JN. Migraine: theories of pathogenesis. *Lancet* 1992;339(8803):1202-7
- Blumenfeld** AM, Varon SF, Wilcox TK, et al. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Cephalalgia* 2011;31(3):301-15
- Brandes** JL. The migraine cycle: patient burden of migraine during and between migraine attacks. *Headache* 2008;48(3):430-41
- Brandes** JL. Migraine and functional impairment. *CNS Drugs* 2009;23(12):1039-45
- Bullinger** M. German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: preliminary results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Soc Sci Med* 1995;41(10):1359-66
- Buse** DC, Fanning KM, Reed ML, et al. Life With Migraine: Effects on Relationships, Career, and Finances From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache* 2019;59(8):1286-99
- Cady** RK, Schreiber CP, Farmer KU. Understanding the patient with migraine: the evolution from episodic headache to chronic neurologic disease. A proposed classification of patients with headache. *Headache* 2004;44(5):426-35
- Cevoli** S, D'Amico D, Martelletti P, et al. Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centres. *Cephalalgia* 2009;29(12):1285-93
- Coeytaux** RR, Kaufman JS, Chao R, et al. Four methods of estimating the minimal important difference score were compared to establish a clinically significant change in Headache Impact Test. *J Clin Epidemiol* 2006;59(4):374-80
- Cole** JC, Lin P, Rupnow MF. Minimal important differences in the Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire (MSQ) version. *Cephalalgia* 2009;29(11):1180-7
- Dahlem** MA, Roesch A, Neeb L, et al. Was leisten Migräne-Apps? *MMW - Fortschritte der Medizin* 2018;160(2):51-4
- de Vet** HCW, Beckerman H, Terwee CB, et al. Definition of clinical differences. *The Journal of rheumatology* 2006;33(2):434; author reply 5
- Diener** HC, Gaul C, Kropp P, et al. Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie. 2018. www.dgn.org/leitlinien, abgerufen am:
- Diener** HC. 2019. „Prophylaxe der Migräne mit monoklonalen Antikörpern gegen CGRP oder den CGRP-Rezeptor.“ *In Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*
- Diener** HC, Holle D, Dresler T, et al. Chronic Headache Due to Overuse of Analgesics and Anti-Migraine Agents. *Dtsch Arztebl Int* 2018;115(22):365-70
- DMKG**. PM_DMKG_Studie_Migraene.pdf. 2019. http://www.dmkg.de/files/dmkg.de/Presse/18.11.2019_PM_DMKG_Studie_Migraene.pdf, abgerufen am: 03.08.20
- Doane** MJ, Gupta S, Fang J, et al. The Humanistic and Economic Burden of Migraine in Europe: A Cross-Sectional Survey in Five Countries. *Neurology and Therapy* 2020; 10.1007/s40120-020-00196-2
- Eckard** C, Asbury C, Bolduc B, et al. The Integration of Technology into Treatment Programs to Aid in the Reduction of Chronic Pain. *J Pain Manag Med* 2016;2(3)
- Gandek** B, Alacoque J, Uzun V, et al. Translating the Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) in 27 countries: methodological and conceptual issues. *Qual Life Res* 2003;12(8):975-9
- Gandek** B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998;51(11):1171-8
- Govind** N. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *Res Nurs Health* 2019;42(1):87-8
- Hareendran** A, Mannix S, Skalicky A, et al. Development and exploration of the content validity of a patient-reported outcome measure to evaluate the impact of migraine- the migraine physical function impact diary (MPFID). *Health Qual Life Outcomes* 2017;15(1):224
- Hurst** NP, Ruta DA, Kind P. Comparison of the MOS short form-12 (SF12) health status questionnaire with the SF36 in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1998;37(8):862-9
- IHME**. 2015. „GBD Compare.“ In. Seattle, WA: IHME, University of Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- IHME**. 2018. „Findings from the Global Burden of Disease Study 2017.“ In. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- IQWiG-Glossar**. Glossar. <https://www.gesundheitsinformation.de/Lebensqualitaetsscore.2040.de.html?page=2&term=848>, abgerufen am: 03.08.2020
- Kawata** AK. Development of a Responder Definition for the Migraine Physical Function Impact Diary (MPFID). 2016.
- Kawata** AK, Hareendran A, Shaffer S, et al. Evaluating the Psychometric Properties of the Migraine Functional Impact Questionnaire (MFIQ). *Headache* 2019;59(8):1253-69
- Kawata** AK, Hsieh R, Bender R, et al. Psychometric Evaluation of a Novel Instrument Assessing the Impact of Migraine on Physical Functioning: The Migraine Physical Function Impact Diary. *Headache* 2017;57(9):1385-98
- Kempner** J. Not Tonight - Migraine and the Politics of Gender and Health. The University of Chicago Press Books, 2014
- Keshaviah** A., Gehrke A, Clusen N. The Importance of Quality-of-Life Measures for People with Chronic Conditions. *HCSDB Issue Brief* 2019
- Kosinski** M, Bayliss MS, Bjorner JB, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res* 2003;12(8):963-74
- Leonardi** M, Raggi A, Ajovalasit D, et al. Functioning and disability in migraine. *Disabil Rehabil* 2010;32 Suppl 1:S23-32
- Lipton** RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007;68(5):343-9
- Lipton** RB, Varon SF, Grosberg B, et al. Onabotulinumtoxin A improves quality of life and reduces impact of chronic migraine. *Neurology* 2011;77(15):1465-72
- MacGregor** EA. Diagnosing migraine. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2016;42(4):280-6
- Martin** BC, Pathak DS, Sharfman MI, et al. Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1). *Headache* 2000;40(3):204-15
- MOT**. 2000. „Medical Trust Catalog.“ In. 15 Court Square, Suite 400 Boston, MA 02108.

- Müller B**, Dresler T, Gaul C, et al. More Attacks and Analgesic Use in Old Age: Self-Reported Headache Across the Lifespan in a German Sample. *Front Neurol* 2019;10:1000
- Nilges P**. Die Depressions-Angst-Stress-Skalen: Der DASS – ein Screening-verfahren nicht nur für Schmerzpatienten. *Schmerz* 2015; DOI 10.1007/s00482-015-0019-z
- Peng KP**, Wang SJ. Migraine diagnosis: screening items, instruments, and scales. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2012;50(2):69-73
- Radtke A**, Neuhauser H. Prevalence and burden of headache and migraine in Germany. *Headache* 2009;49(1):79-89
- Radtke A**, Neuhauser H. Low rate of self-awareness and medical recognition of migraine in Germany. *Cephalalgia* 2012;32(14):1023-30
- Reilly MC**, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics* 1993;4(5):353-65
- Revicki DA**, Willian MK, Menter A, et al. Impact of adalimumab treatment on patient-reported outcomes: results from a Phase III clinical trial in patients with moderate to severe plaque psoriasis. *J Dermatolog Treat* 2007;18(6):341-50
- Ruscheweyh R**, Müller M, Blum B, et al. Correlation of headache frequency and psychosocial impairment in migraine: a cross-sectional study. *Headache* 2014;54(5):861-71
- Sampogna F**, Mastroeni S, Pallotta S, et al. Use of the SF-12 questionnaire to assess physical and mental health status in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2019;46(12):1153-9
- Schulte LH**, May A. The migraine generator revisited: continuous scanning of the migraine cycle over 30 days and three spontaneous attacks. *Brain* 2016;139(Pt 7):1987-93
- Smelt AF**, Assendelft WJ, Terwee CB, et al. What is a clinically relevant change on the HIT-6 questionnaire? An estimation in a primary-care population of migraine patients. *Cephalalgia* 2014;34(1):29-36
- Soziales BfAu**. Versorgungsmedizinische Grundsätze. 2015. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/k710-versorgungsmed-verordnung.pdf;jsessionid=2AFE43DF0CB7B7E962AF03FF905ED7ED.delivery2-replication?__blob=publicationFile&v=1,abgerufen am: 10.09.2020
- Speck RM**, Shalhoub H, Wyrwich KW, et al. Psychometric Validation of the Role Function Restrictive Domain of the Migraine Specific Quality-of-Life Questionnaire Version 2.1 Electronic Patient-Reported Outcome in Patients With Episodic and Chronic Migraine. *Headache* 2019;59(5):756-74
- Steiner TJ**, Jensen R, Katsarava Z, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition) : on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. *J Headache Pain* 2019;20(1):57
- Steiner TJ**, Stovner LJ, Katsarava Z, et al. The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *J Headache Pain* 2014;15:31
- Stewart WF**, Lipton RB, Whyte J, et al. An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology* 1999;53(5):988-94
- Vartiainen P**, Heiskanen T, Sintonen H, et al. Health-related quality of life and burden of disease in chronic pain measured with the 15D instrument. *Pain* 2016;157(10):2269-76
- Vetvik KG**, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol* 2017;16(1):76-87
- Vurali D**, Ayata C, Bolay H. Cognitive dysfunction and migraine. *J Headache Pain* 2018;19(1):109
- Wang SJ**, Fuh JL, Lu SR, et al. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain* 2001;89(2-3):285-92
- Ware JE, Jr.**, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83
- WHF**. 1996.
- Wuklich DK**, Sambenedetto TL, Mota NM, et al. Correlation of SF-36 and SF-12 Component Scores in Patients With Diabetic Foot Disease. *J Foot Ankle Surg* 2016;55(4):693-6
- Young WB**. De-Stigmatizing Migraine - With Words. *Headache* 2018;58(2):319-21
- Young WB**, Park JE, Tian IX, et al. The stigma of migraine. *PLoS One* 2013;8(1):e54074
- Zhang W**, Bansback N, Boonen A, et al. Validity of the work productivity and activity impairment questionnaire--general health version in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2010;12(5):R177
- Zigmond AS**, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70



Die Lernkontrollfragen lassen sich online unter <https://cmemedipoint.de/neurologie/lebensqualitaetswert-migraene/>

LERNKONTROLLFRAGEN

Bitte kreuzen Sie jeweils nur **eine** Antwort an.

1. Welche Aussage zur Migräne-Prävalenz ist falsch?

- A) Migräne ist eine häufige Erkrankung, liegt in der Prävalenz aber unter der von Diabetes, Epilepsie und Asthma zusammengenommen.
- B) In Deutschland beträgt die Ein-Jahres-Prävalenz für Migräne 10,6 %.
- C) Die Sechs-Monats-Prävalenz für Migräne beträgt 7,2 %.
- D) Frauen sind mit einer weltweiten Migräneprävalenz von bis zu 30 % dreimal häufiger betroffen als Männer.
- E) Der Höhepunkt der lebenszeitspezifischen Prävalenz liegt bei Frauen und Männern gleichermaßen zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr.

2. Was sind keine Symptome bei Migräne?

- A) Das Auftreten einer Aura
- B) Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizempfindlichkeit und beeinträchtigt Sehvermögen
- C) Starkes Jucken der Kopfhaut und Schuppenbildung
- D) Gestörtes Wohlbefinden und verminderte Belastungs- und Leistungsfähigkeit
- E) Übelkeit und/oder Erbrechen, Licht- und/oder Lärmüberempfindlichkeit

3. Welche Aussage zur Therapie von Migräne ist richtig?

- A) Bei einer wirksamen Akuttherapie sind ein rascher Rückgang der Schmerzen und eine Reduktion der Begleitsymptome zu erwarten.
- B) Eine Reduktion der Kopfschmerzhäufigkeit und -intensität sowie eine Verkürzung der Attacken kann durch eine Prophylaxetherapie nicht erreicht werden.
- C) Zur prophylaktischen Behandlung der Migräne kommen vornehmlich nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) oder einfache Analgetika zum Einsatz.
- D) Nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Verhaltensänderung, Entspannungsverfahren und Ausdauersport können nicht als Prophylaxestrategien betrachtet werden.
- E) Zur medikamentösen Akutbehandlung können als Therapie der ersten Wahl z. B. Betablocker oder *Calcitonin-Gene-Related-Peptide*-(CGRP-) Antikörper (gegen Ligand oder Rezeptor) eingesetzt werden.

4. Welche Aussage zur Beeinflussung der Lebensqualität durch Migräne trifft **nicht** zu?

- A)** Das Familienleben wird durch die Erkrankung über die unmittelbar Betroffenen hinaus beeinflusst, so dass auch das Leben von Partnern und Kindern beeinträchtigt ist.
- B)** Die Migräne hat sozioökonomische Auswirkungen, die sich aus Produktivitätsverlust, Fehlzeiten und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen des Betroffenen ergeben.
- C)** Die Lebensqualität kann durch kognitive Beeinträchtigung, wie z. B. gestörte verbale und nicht-verbale Gedächtnisleistung und Sprachfähigkeit, stark beeinflusst sein.
- D)** In den Phasen zwischen den Attacken ist die Lebensqualität der Patienten nicht beeinflusst und ihr Sozialleben zu diesen Zeiten unbeeinträchtigt.
- E)** Die Betroffenen leiden unter der Tatsache, dass sie ihre Aktivitäten und Aufgaben nur unsicher planen können und von ihrem Umfeld als „unzuverlässig“ wahrgenommen werden.

5. Welche Aussage zum Arzt-Patienten-Verhältnis/ zur Kommunikation ist **richtig**?

- A)** Der Medikamentenübergebrauch wird schnell von Ärzten aufgedeckt, da es sich häufig um verschreibungspflichtige Medikamente handelt, die vom Arzt erfasst werden.
- B)** Je individueller die Therapie, umso unwichtiger ist der gute Arzt-Patienten-Kontakt.
- C)** Das Bewusstsein für die Auswirkungen der Migräne ist bei den Patienten als auch bei vielen Ärzten sehr gut ausgeprägt.
- D)** Die Ermittlung der Lebensqualität kann nicht dazu beitragen Behandlungsmöglichkeiten besser auszuschöpfen.
- E)** Wissenschaftlich evaluierte Verfahren zur Bestimmung der Lebensqualität können die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe senken.

6. Welche Aussage zu Lebensqualitätsmessung ist **richtig**?

- A)** Die Tests zur Messung der *Health-Related Quality of Life* (HR-QoL) werden vom Arzt oder geschultem Personal bearbeitet und ausgewertet.
- B)** Der Lebensqualitätsscore ist ein eindimensionaler Ergebniswert, der sich durch die summarische Zusammenfassung verschiedener Dimensionen bei der Erfassung von Lebensqualität ergibt.
- C)** Der intrapersonliche *Minimally Important Difference* (MID) ist die kleinste messbare Score-Änderung von Relevanz für den Patienten und zeigt an, ob sich seine konkrete Situation verbessert oder verschlechtert hat.
- D)** Der *Minimally-Important-Change*-(MIC-)Änderungswert wird als der Unterschied bei der mittleren Score-Änderung zwischen zwei Gruppen über die Zeit beschrieben und bezieht sich nicht auf individuelle Veränderungen bei einzelnen Patienten.
- E)** Lebensqualitätsscores können allgemein nur zur Auswertung klinischer Studien eingesetzt werden und finden keine Anwendung zur individuellen Verlaufs- und Therapiebewertung.

7. Welche Aussage zum *Migraine Disability Assessment* (MIDAS) ist **falsch**?

- A)** Die Beeinträchtigung durch Migräne innerhalb der letzten drei Monate wird mit sieben Fragen erfasst.
- B)** Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit in den drei Bereichen Arbeitsplatz/Schule, Haushaltstätigkeiten sowie Familien- und Sozialleben wird erfasst.
- C)** Dem Score wird einer von vier Schweregraden von Migräne zugeordnet, diese reichen von Grad I (Score 0 – 5) bis hin zu Grad IV (Score \geq 21).
- D)** Bei chronischer Migräne kann eine Grad-IV-Beeinträchtigung in Grad IV-A mit einem Score von 21 – 40 und Grad IV-B bei einem Score von \geq 41 zusätzlich unterteilt werden.
- E)** Das Ergebnis des MIDAS hängt nicht von der Zahl der Kopfschmerztage ab und kann deshalb nicht positiv mit dieser korrelieren.

8. Welche Angabe zum *Migraine Physical Function Impact Diary* (MPFID) ist falsch?

- A)** Das MPFID ist ein psychometrisch evaluiertes Instrument zur Messung der funktionellen Beeinträchtigung bei Patienten mit episodischer oder chronischer Migräne.
- B)** Es werden die Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten abgefragt, z. B. das Drehen des Kopfes oder das Aufrichten aus dem Liegen.
- C)** Das MPFID wurde für die Nutzung in der ärztlichen Praxis entwickelt, mit dem Ziel, migränebedingte körperliche Einschränkungen objektiv aus medizinischer Perspektive zu dokumentieren.
- D)** Insgesamt werden 13 Aspekte aus den Domänen „Einfluss auf alltägliche Aktivitäten“, „körperliche Einschränkungen“ und „allgemeine Einschränkung bei alltäglicher Aktivität“ untersucht.
- E)** Ein Abgleich von MPFID-Scores mit der Anzahl von Kopfschmerztagen zeigt eine gute Übereinstimmung, d. h. je höher die Zahl der Kopfschmerztage pro Monat war, umso höher fiel auch der MPFID-Score aus.

9. Welche Aussage zu WPAI:GH und SF-12 (Short Form 12) ist richtig?

- A)** Der WPAI:GH-Fragebogen misst die Beeinträchtigung der allgemeinen Lebensqualität und des Familien- und Soziallebens.
- B)** Der WPAI:GH-Fragebogen ist für verschiedene chronische Erkrankungen, wie z. B. Asthma, Psoriasis oder Morbus Crohn, validiert und wird auch in einer migränespezifischen Version angeboten.
- C)** Der SF-12-Fragebogen ist ein Instrument zur Messung der Lebensqualität, das 36 Fragen umfasst.
- D)** Der SF-12-Test wird ausschließlich bei Migräne angewendet.
- E)** Sowohl der physische als auch der psychische SF-12-Score zeigen keine Korrelation mit der Anzahl der Kopfschmerztage bei episodischer Migräne.

10. Welche Aussage zu psychometrischen Testverfahren ist falsch?

- A)** In Zusammenhang mit episodischer Migräne korreliert die *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) sehr gut mit der Frequenz der Kopfschmerztage, wobei Depression und Angst mit der Anzahl der Kopfschmerztage pro Monat zunehmen.
- B)** Die HADS und die Depression-Angst-Stress-Skala (DASS) können wertvolle Hinweise auf das Vorliegen begleitender psychischer Erkrankungen geben und ein Anhaltspunkt für eine weiterführende psychologische Diagnostik bei Migränepatienten sein.
- C)** HADS ist ein Fragebogen zur Selbstbewertung der emotionalen Verfassung des Patienten und umfasst Fragen zu Depressivität wie auch zu Angst.
- D)** Der HADS- und DASS-Fragebogen hat eine hohe Sensitivität und Spezifität bei der Messung von somatischen Symptomen erkrankter Patienten.
- E)** DASS ist ein Verfahren bei Schmerzpatienten, um die Belastung durch die Erkrankung anhand der Merkmale von Depression, Angst und Stress zu erfassen.

IMPRESSUM

AUTOR

Priv.-Doz. Dr. med. Charly Gaul

Kopfschmerzzentrum Frankfurt

Dalbergstr. 2A

65929 Frankfurt

INTERESSENKONFLIKTE DES AUTORS

Dr. Charly Gaul erhielt in den vergangenen 3 Jahren Referenten oder Beratungshonorare von Allergan Pharma, TEVA, Lilly, Novartis Pharma, Hormosan Pharma, Gruenthal und Sanofi-Aventis. Er besitzt keine Anteile oder Aktien pharmazeutischer Unternehmen.

REDAKTION & LAYOUT

Dr. Silke Jennrich & Cristina Garrido

KW MEDIPOINT, Bonn

Die Zertifizierung dieser Fortbildung durch die Bayrische Landesärztekammer wurde von CME MEDIPOINT, Neusäß organisiert.

Diese Fortbildung wurde von Novartis mit insgesamt 4.099,- € finanziert, davon entfallen 450,- € auf das Autorenhonorar.

Die Ausarbeitung der Inhalte der Fortbildung werden dadurch nicht beeinflusst.

BEGUTACHTUNG

Diese Fortbildung wurde von zwei unabhängigen Gutachtern auf wissenschaftliche Aktualität, inhaltliche Richtigkeit und Produktneutralität geprüft. Jeder Gutachter unterzeichnet eine Konformitätserklärung.

Diese Fortbildung ist auf www.cmemedipoint.de online verfügbar.