

Kopfschmerz in der Notaufnahme – „Red Flags“ zuverlässig erkennen

Alexandra Ramshorn-Zimmer, Charlotte Huber, Dominik Michalski



Kopfschmerzen gehören zu den häufigen Vorstellungsgründen in Notaufnahmen. Im Notfall muss eine effektive und sichere Schmerztherapie erfolgen und ein potenziell lebensbedrohlicher sekundärer Kopfschmerz erkannt werden. Dieser Beitrag vermittelt Grundlagen zur fokussierten Anamnese, klinischen Untersuchung und gezielt einzusetzenden apparativen Zusatzdiagnostik und ist eine Hilfestellung für das praktische Vorgehen bei der Erkennung bedrohlicher Kopfschmerzen in der Notaufnahme.

Hinweis der Autoren: Die Autoren verwenden im Folgenden das generische Maskulinum, betonen jedoch – sofern nicht explizit beschrieben –, alle Personen unabhängig ihrer Geschlechtsidentität zu umfassen.

Einleitung

Kopfschmerzen und damit assoziierte Symptome führen regelmäßig zur Inanspruchnahme notfallmedizinischer Versorgungsstrukturen. So berichten bis zu 4% der in Notaufnahmen vorstelligen Patienten über Kopfschmerzen [1, 2, 3]. Innerhalb des Patientenkollektivs, welches sich mit neurologischen Symptomen vorstellte, ergab eine repräsentative Untersuchung einer deutschen Universitätsklinik einen Anteil von 9,1% mit dem Leitsymptom Kopfschmerz [4]. Die Erwartungen der Betroffenen variieren dabei stark und reichen vom Abklärungswunsch der zumeist akut aufgetretenen Symptomatik über die Schmerztherapie bei bereits länger bestehenden und mitunter therapierefraktären Beschwerden. Gelegentlich äußern Patienten auch den konkreten Wunsch der Durchführung einer bisher aus verschiedenen Gründen im ambulanten Bereich nicht realisierten zerebralen Bildgebung.

Bei 4% aller und bei bis zu 16% der Betroffenen mit plötzlich einsetzenden stärksten Kopfschmerzen liegen Ursachen vor, die potenziell lebensbedrohlich sein können [5, 6]. Für die notfallmedizinische Versorgungsstruktur ergibt sich somit die Herausforderung, vital bedrohliche Zustände von nicht kritischen Krankheitsbildern, bei denen eine rein symptomatische Therapie im Vordergrund steht, zu differenzieren. Der Schlüssel zum diagnostischen Erfolg ist die fokussierte und strukturierte Anamnese sowie klinische Untersuchung mit frühzeitigem Erkennen von Warnhinweisen, sog. „Red Flags“. Weil der Leidensdruck der Betroffenen oft gewaltig ist, kommt der möglichst raschen Einleitung

einer spezifischen (Schmerz-)Therapie zudem eine nicht unwesentliche Bedeutung zu.

Die aktuelle Klassifikation der International Headache Society sieht mehr als 240 verschiedene Kopfschmerzformen vor [7]. Unter den Bedingungen der Notaufnahme erscheint eine genaue Diskriminierung vor dem Hintergrund begrenzter zeitlicher und struktureller Ressourcen nicht sinnvoll, zumal diese der primären Intention, d. h. dem Erkennen und unmittelbaren Behandeln vital bedrohlicher Zustände, nicht gerecht werden würde. Eine praktikable Einteilung von Kopfschmerzen, aus der sich gleichsam Implikationen für die Akutbehandlung ergeben, ist die übergeordnete Kategorisierung in primäre und sekundäre Kopfschmerzen:

- **Primäre Kopfschmerzen** machen 90–95% in der Allgemeinbevölkerung und ca. 60% der Kopfschmerzdiagnosen bei Patienten, die aufgrund von Kopfschmerzen in Notaufnahmen vorstellig werden, aus [8]. Hierzu zählen im Wesentlichen die Migräne, der Spannungskopfschmerz sowie trigeminoautonome Kopfschmerzsyndrome wie der episodische Clusterkopfschmerz. Bei diesem Kollektiv stellen die

ABKÜRZUNGEN

CO	Kohlenmonoxid
CT	Computertomografie
FLAIR	Fluid attenuated Inversion Recovery
GCS	Glasgow Coma Scale
ICP	intrakranieller Druck
MAP	mittlerer arterieller Blutdruck
MRT	Magnetresonanztomografie
NSAR	nicht steroidale Antirheumatika
POCT	Point-of-Care-Testing
PRES	posteriores reversibles Enzephalopathiesyndrom
SAB	Subarachnoidalblutung
WFNS	World Federation of Neurosurgical Societies