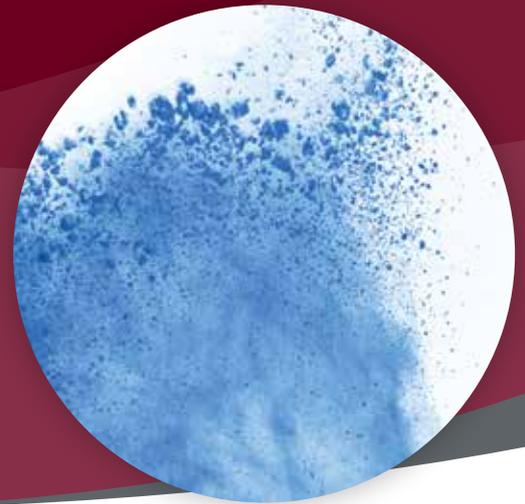


# Migräne am und auf dem (Schreib-)Tisch

von Clara Knauf, Gen Re, Köln



„Das sind doch nur Kopfschmerzen“ – diesen Satz kennen wohl noch immer viele Migräne-Patienten und sehen sich mit dem Problem konfrontiert, dass ihre Erkrankung nicht ernst genommen wird, und das, obwohl viele Betroffene einen enormen Leidensdruck haben und auch die sozioökonomische Belastung nicht zu vernachlässigen ist. Die hohe Prävalenz von 14,6 % bei Frauen und 6,0 % bei Männern<sup>1</sup> führt zu beachtlichen volkswirtschaftlichen Auswirkungen. Diese setzen sich zusammen aus direkten und indirekten Kosten aufgrund von Migräne. Davon belaufen sich die meisten auf indirekte Kosten, d. h. solche, die aufgrund von Fehlzeiten bzw. reduzierter Produktivität am Arbeitsplatz entstehen.<sup>2</sup> Das lässt sich auch darauf zurückführen, dass vor allem Menschen im erwerbsfähigen Alter von Migräne betroffen sind.<sup>3</sup> Migräne hat also eine hohe Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von Betroffenen und sollte auch in der Risikoprüfung nicht unterschätzt werden.

## Das Krankheitsbild Migräne

Migräne gehört zu den primären Kopfschmerzerkrankungen, d. h. es gibt keine andere Ursache für den Kopfschmerz. Sekundäre Kopfschmerzerkrankungen sind zum Beispiel Kopfschmerzen aufgrund einer Kopfverletzung, einer Infektions- oder einer Tumorerkrankung. Laut der dritten Auflage der Internationalen Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen (International Classification of Headache Disorders, ICHD-3) handelt es sich bei Migräne um eine Kopfschmerzerkrankung, die mit begleitender Übelkeit und/oder einer Überempfindlichkeit gegenüber Lärm und Licht einhergeht. Die migränetypischen Kopfschmerzen sind in der Regel mäßig bis stark, treten einseitig auf, sind von pulsierendem Charakter und verstärken sich bei körperlicher Aktivität.<sup>4</sup>

Migräne kann mit oder ohne eine Aura-Symptomatik auftreten. Eine „Aura“ bezeichnet temporäre und komplett reversible Symptome, die das zentrale Nervensystem betreffen, in der Regel dem Migräne-Kopfschmerz vorausgehen und meist maximal eine Stunde andauern. Tatsächlich gibt es jedoch auch Fälle, in der die Aura ohne den migränetypischen Kopfschmerz auftritt. Häufige Aura-Symptome sind visuelle Einschränkungen oder Sensibilitätsstörungen. Neben einer möglichen Aura kann die Migräne mit Prodromie- (Vorbotenphase) und Postdromiesymptomen (Erholungsphase) einhergehen, bei denen z. B. von Heißhunger, Stimmungsschwankungen, Müdigkeit, vermehrtem Gähnen und Nackenschmerzen berichtet wird. Migräne-Betroffene leiden also nicht nur unter den typischen einseitigen Kopfschmerzen, sondern auch an weiteren

### RPaktuell

2024, Nr. 1

### Inhalt

Das Krankheitsbild Migräne	1
Migräne im Vergleich zu anderen Kopfschmerzarten	2
Therapie der Migräne	2
Migräne und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit	3
Einflussfaktoren am Arbeitsplatz auf Migräne	3
Verlauf einer Migräne	3
Bedeutung für die Risikoprüfung	4
Schlussfolgerung	4

### Diversität ist uns wichtig.

Sie ist Bestandteil unserer Unternehmenskultur. Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit verzichten wir in den Beiträgen auf genderspezifische Schreibweisen. Die gewählte männliche Form schließt zugleich weibliche, männliche und diverse Personen ohne Wertung mit ein.

Symptomen vor, während und nach einer Attacke. Je nach Attackenfrequenz wird dabei zwischen einer episodischen und einer chronischen Migräne unterschieden. Von einer chronischen Migräne spricht man, wenn Betroffene mindestens 15 Kopfschmerztag im Monat haben, von denen mindestens acht Tage die typischen Migräne-Kopfschmerzen umfassen.<sup>4</sup>

## Migräne im Vergleich zu anderen Kopfschmerzarten

Migräne ist nicht die einzige primäre Kopfschmerzart. Neben der Migräne sind Kopfschmerzen vom Spannungstyp oder Cluster-Kopfschmerz weitere bekannte Vertreter. Kopfschmerzen vom Spannungstyp (auch Spannungskopfschmerzen) treten im Gegensatz zu Migräne in der Regel beidseitig auf und sind von drückendem Charakter. Cluster-Kopfschmerzen gehören zu den trigemino-autonomen Kopfschmerzkrankungen (TAK) und gehen mit heftigsten Schmerzen einher, die nur wenige Minuten andauern.<sup>4</sup> Eine Auflistung der charakteristischen Unterschiede findet sich in Tabelle 1.

Eine weitere wichtige und nicht zu vernachlässigende Kopfschmerzart ist der Kopfschmerz, der auf einen Medikamentenübergebrauch zurückzuführen ist (MOH = medication overuse headache). Ein MOH kann durch die Einnahme von zu vielen Schmerzmedikamenten bei vorbestehenden primären Kopfschmerzen wie einer Migräne entstehen. Von einem Übergebrauch spricht man bei der Einnahme von Kopfschmerz-Akutmedikation an mindestens 10 bzw. 15 Tagen (je nach Medikament) pro Monat. Eine Besserung der Kopfschmerzen erfolgt in der Regel durch das Absetzen der übergebrauchten Medikation und dem möglichen Austausch von Akut- zu Präventionsmedikation.<sup>4</sup>

## Therapie der Migräne

Die verbreitetste Therapie der Migräne ist die medikamentöse Therapie. Akut wird eine Migräne-Attacke mit Schmerzmitteln wie Ibuprofen, Acetylsalicylsäure (Aspirin) oder Paracetamol behandelt.<sup>6</sup> Diese Analgetika können einzeln oder auch in Kombinationspräparaten, die oft auch Koffein enthalten, eingenommen werden. Eine andere akute pharmakologische Therapie besteht in der Gabe von Triptanen. Triptane sind spezifische Migräne-Medikamente, die empfohlen werden, wenn eine andere Schmerzmedikation nicht wirksam (genug) ist oder Patienten unter sehr schweren Migräne-Attacken leiden. In der Akutmedikation ist es bedeutend, dass die Medikamente frühzeitig in einer Kopfschmerzphase eingenommen werden, um bestmöglich wirken zu können. Auch kann es empfehlenswert sein, starke Übelkeit und Erbrechen medikamentös zu behandeln (z. B. mit Metoclopramid,

Tab.1: Charakteristika von Migräne, Spannungskopfschmerz und Cluster-Kopfschmerzen

	Migräne	Kopfschmerz vom Spannungstyp	Cluster-Kopfschmerzen
<b>Lokalisation des Schmerzes</b>	meist einseitig	meist beidseitig	streng einseitig im Bereich des Auges und/oder der Schläfe
<b>Intensität</b>	mäßig bis stark	leicht bis mittelstark	stark bis sehr stark
<b>Dauer</b>	4 bis 72 Stunden	30 Minuten bis 7 Tage	15 bis 180 Minuten
<b>Schmerzcharakteristik</b>	pulsierend	drückend, beengend	bohrend, stechend
<b>Begleiterscheinungen</b>	Übelkeit und/oder Erbrechen, Licht- und Lärmüberempfindlichkeit (Photo- und Phonophobie)	ggf. Licht- oder Geräuschempfindlichkeit; keine Übelkeit oder Erbrechen	Augentränen/-rötung, laufende/verstopfte Nase, geschwollenes Augenlid, Schwitzen, verkleinerte Pupille, hängendes Augenlid
<b>Weitere Merkmale</b>	Verschlechterung durch körperliche Aktivität; kann mit einer Aura einhergehen	keine Verstärkung durch körperliche Aktivität; kann mit erhöhter perikranieller Schmerzempfindlichkeit bei Berührung einhergehen	geht häufig mit körperlicher Unruhe einher; Attacken treten in einer Cluster-episode typischerweise bis zu achtmal am Tag auf

Quelle: nach International Headache Society, 2021<sup>5</sup> & Steiner et al. 2007<sup>6</sup>

Domperidon). Sollte die medikamentöse Akuttherapie nicht ausreichen, gibt es verschiedene pharmakologische Präventivtherapien, u. a. die Behandlung mit Betablockern, Antikonvulsiva, Antidepressiva und Botox-Injektionen.<sup>6</sup> Seit einigen Jahren werden außerdem monoklonale Antikörper zur Migräne-Prophylaxe verwendet (z. B. Erenumab, Eptinezumab).<sup>6,7</sup> Diese werden in der Regel in einem Abstand von mehreren Wochen als Injektion verabreicht und richten sich gegen CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide) bzw. den CGRP-Rezeptor. CGRP spielt in der Pathophysiologie der Migräne eine wichtige Rolle, da davon ausgegangen wird, dass – vereinfacht gesagt – bei einer Migräne vermehrt CGRP ausgeschüttet und so unter anderem eine entzündliche Reaktion ausgelöst wird. Von einem Therapieerfolg spricht

man, wenn die durchschnittlichen Migräne-Tage pro Monat um 50 % reduziert werden können.<sup>6</sup>

Neben der medikamentösen Akut- und Präventivmedikation kommen auch nicht medikamentöse Therapien zur Anwendung. Nennenswert sind hier u. a. verschiedene Entspannungsverfahren, wie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Biofeedback-Therapien und regelmäßiger Ausdauersport.<sup>6</sup> Auch gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit von Akupunktur während einer Migräne-Attacke sowie einer transkutanen Stimulation des Nervus trigeminus mit Reizelektroden, die oberhalb des Auges angebracht werden.<sup>6</sup>

Zuletzt ist Selbstmanagement der Betroffenen für die Behandlung der Migräne entscheidend.<sup>8</sup>

Selbstmanagement umfasst den adäquaten Umgang mit den Folgen und Veränderungen des Lebens durch eine chronische Erkrankung und die Lebensstilanpassung, die dadurch nötig wird.<sup>9</sup> Bei Migräne umfasst das unter anderem die Vermeidung bzw. Reduzierung von Triggern, also Faktoren, die Migräne-Attacken auslösen können. Prominente Migräne-Trigger sind zum Beispiel Stress, physikalische Reize wie Lärm oder starke Gerüche, Hunger und unerholsamer Schlaf.<sup>10</sup>

## Migräne und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Die sozioökonomischen Kosten aufgrund von Migräne sind nicht zu unterschätzen. Das liegt daran, dass die Arbeitsfähigkeit bei Migräne-Betroffenen stark eingeschränkt sein kann. Durchschnittlich fehlen Migräne-Patienten im Jahr 4,4 Tage aufgrund von Migräne. Weitere 11,4 Tage arbeiten sie mit stark reduzierter Produktivität (<50 % der sonstigen Produktivität).<sup>11</sup>

Insbesondere Menschen mit chronischer Migräne (also mindestens 15 Kopfschmerztage pro Monat) sind stark in ihrem Arbeitsleben eingeschränkt. So verdienen diese in der Regel weniger, sind eher teilzeitbeschäftigt und häufiger arbeitsunfähig.<sup>12,13,14</sup> Außerdem gaben mehr als ein Drittel der Migräne-Patienten mit chronischer Migräne an, gewisse Karriereschritte aufgrund ihrer Migräne nicht gemacht zu haben.<sup>15</sup>

Migräne-Patienten fällt es häufig schwer, Aktivitäten wie Lesen, Schreiben oder Sprechen während einer Migräne-Attacke adäquat am Arbeitsplatz durchzuführen.<sup>16</sup> Auch können Schwierigkeiten beim Problemlösen oder Autofahren auftreten<sup>17</sup> – Aufgaben, die häufig im Arbeitsleben relevant sind. Nicht zuletzt erhalten stark betroffene Migräne-Patienten nicht selten aufgrund ihrer immensen Beeinträchtigung durch ihre Erkrankung einen Grad der Behinderung (GdB).<sup>18</sup>

## Einflussfaktoren am Arbeitsplatz auf Migräne

Um die Arbeitsfähigkeit von Migräne-Patienten zu verbessern, ist es sinnvoll, einen möglichst migränefreundlichen Arbeitsplatz zu schaffen. In einer großen europäischen Umfrage wurden unter anderem Migräne-Betroffene gefragt, was ihre Arbeitgeber tun könnten, damit Migräne-Patienten besser am Arbeitsplatz mit ihrer Erkrankung zurechtkommen. Die Befragten wünschten sich unter anderem mehr Möglichkeiten, von zu Hause zu arbeiten, mehr Privatsphäre am Arbeitsplatz zu haben sowie weniger soziale Interaktion und mehr Verständnis von Vorgesetzten zu bekommen.<sup>19</sup>

Eine Stigmatisierung von Migräne am Arbeitsplatz kann dazu führen, dass Betroffene ihre Symptome am Arbeitsplatz verstecken,<sup>20</sup> was wiederum zu einem erhöhten Stresslevel und einer höheren Migräne-Frequenz führen kann. Eine Entstigmatisierung der Migräne als ernst zu nehmende neurologische Erkrankung kann also dabei helfen, sich als Betroffener zu öffnen und ein Umfeld mit nachhaltigen Ressourcen aufzubauen.

## Verlauf einer Migräne

Migräne ist eine chronische Erkrankung, für die es bisher keine evidenzbasierte Heilung gibt. Eine Migräne kann jedoch spontan sistieren oder sich im Laufe des Lebens in ihrer Symptomatik und Frequenz verbessern bzw. verändern. Insgesamt ist die Prognose individuell sehr unterschiedlich und kann von einer Remission der Migräne bis zu einer Verschlechterung der Symptomatik reichen. Eine schlechtere Prognose scheint mit einer anfänglich hohen Migräne-Frequenz und einem jungen Alter bei Diagnosestellung assoziiert zu sein.<sup>21</sup>

Auch das Vorliegen von Komorbiditäten kann die Prognose und die Kopfschmerzfrequenz bei Migräne bestimmen. So gibt es Evidenz dafür, dass unter anderem eine komorbide Depression oder Angststörung sowie entzündliche Erkrankungen wie Psoriasis oder Allergien die Migräne-Prognose ungünstig beeinflussen können.<sup>15,22</sup> Weitere negative prognostische Faktoren bei Migräne sind ein Medikamentenübergebrauch, Adipositas, körperliche Inaktivität und Nikotinkonsum.<sup>23,24</sup>

Die zuletzt genannten sind modifizierbare Faktoren. Es kann also möglich sein, mit einem effektivem Selbstmanagement und einer adäquaten Therapie langfristig gut mit einer Migräne zurechtkommen.

## Bedeutung für die Risikoprüfung

Für die Risikoprüfung bezüglich der Versicherbarkeit von Migräne-Betroffenen, insbesondere in Hinsicht auf eine Berufsunfähigkeit, sollten verschiedene Aspekte beachtet werden. Entscheidend ist unter anderem, Informationen bezüglich der Frequenz der Migräne und dadurch ausgelöste Fehltag bei der Arbeit einzuholen. Des Weiteren sollte auf einen möglichen Medikamentenübergebrauch bzw. -missbrauch sowie Komorbiditäten (wie depressive Episoden, Angststörungen, Adipositas) geschaut werden. Auch können vergangene oder geplante Rehabilitationsmaßnahmen sowie bereits gestellte Anträge auf einen Grad der Behinderung (GdB) oder eine Erwerbsminderungsrente auf einen ungünstigen Migräne-Verlauf hinweisen.

Neben den Migräne-Charakteristika empfiehlt es sich, den Beruf des Antragstellers im Blick zu haben, insbesondere hinsichtlich möglicher Migräne-Trigger am Arbeitsplatz. So können beispielsweise unregelmäßige Arbeitszeiten durch Schichtdienst ein typischer Migräne-Auslöser sein.

In Tabelle 2 findet sich eine Zusammenfassung der Fragen, die Risikoprüfende stellen sollten, wenn Migräne in einem Antrag für eine Berufsunfähigkeitsversicherung auftaucht.

Tab. 2: Diese Fragen sollten Risikoprüfende bei Migräne stellen.

### Migräne in der Risikoprüfung:

- An wie vielen Tagen leidet der Betroffene unter Kopfschmerzen pro Monat? (Hier sollte nicht nur auf Migräne-Kopfschmerz, sondern auch auf andere Kopfschmerzen geachtet werden.)
- Welche Medikamente nimmt der Betroffene aufgrund der Migräne ein und wie häufig erfolgt die Einnahme? Gibt es Hinweise, dass der Kopfschmerz auf Medikamentenübergebrauch zurückzuführen ist?
- Hat der Betroffene Komorbiditäten, die gemeinsam mit der Migräne zu einer ungünstigen Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit führen können?
- War der Betroffene aufgrund der Migräne schon häufiger arbeitsunfähig?
- Wie ist der Beruf des Betroffenen mit der Migräne vereinbar? Ist der Betroffene vielen Migräne-Trigger am Arbeitsplatz ausgesetzt? (z. B. hohes Stresslevel, unregelmäßige Arbeitszeiten, geringe Flexibilität, viele Reize wie Lärm oder Gerüche)
- Hat der Betroffene in der Vergangenheit bereits eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der Migräne besucht oder ist diese geplant?
- Hat der Betroffene bereits einen Antrag auf einen Grad der Behinderung (GdB) oder eine Erwerbsminderungsrente gestellt?

## Schlussfolgerung

Insgesamt zeigt sich deutlich, dass Migräne nicht „nur Kopfschmerz“ ist, sondern es sich bei Migräne um eine neurologische Erkrankung mit unterschiedlichen Symptomen handelt, die einen hohen Leidensdruck für die Betroffenen und ihr (Arbeits-)Umfeld darstellen kann. Migräne ist dementsprechend eine ernst zu nehmende Erkrankung, die auch in der Risikoprüfung nicht übersehen werden sollte.

### Über die Autorin

Clara Knauf trägt als Ärztin im Team von Underwriting Research zur (Weiter-)Entwicklung der Einschätzungsmanuale der Gen Re bei, insbesondere in Bezug auf medizinische Risiken. Darüber hinaus bietet sie den Kunden der Gen Re Unterstützung durch persönliche Beratung, Vortragstätigkeiten und Publikationen. Schwerpunkt ihrer Arbeit ist das Thema neurologische Erkrankungen. Sie erreichen Clara Knauf unter [clara.knauf@genre.com](mailto:clara.knauf@genre.com) oder telefonisch unter +49 221 9738 355.



## Endnoten

- 1 Porst, M., Wengler, A., Leddin, J., Neuhauser, H., Katsarava, Z. et al. (2020), Migräne und Spannungskopfschmerz in Deutschland, Prävalenz und Erkrankungsschwere im Rahmen der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020, *Journal of Health Monitoring* 5 (S6), 2-26. DOI 10.25646/6988.2
- 2 Linde, M., Gustavsson, A., Stovner, L. J., Steiner, T. J., Barré, J., Katsarava, Z., Lainez, J. M., Lampl, C., Lanteri-Minet, M., Rastenyte, D., Ruiz de la Torre, E., Tassorelli, C., & Andrée, C. (2012), The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *European journal of neurology*: 19(5), 703-711. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x> (abgerufen am 16.04.2024).
- 3 Migraine and other headache disorders. World Health Organization (2024), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders> (abgerufen am 03.04.2024).
- 4 Die Internationale Klassifikation von Kopfschmerzkrankungen, 3. Auflage – ICHD-3. International Headache Society (2021), <https://ichd-3.org/de/>. (abgerufen am 04.04.2024).
- 5 Steiner, T. J., & Martelletti, P. (2007), Aids for management of common headache disorders in primary care, *The journal of headache and pain*, 8 Suppl 1, S2.
- 6 Diener, H.-C., Förderreuther, S., Kropp, P. et al. (2022), Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, DGN und DMKG, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien). (abgerufen am 04.04.2024).
- 7 Sacco, S., Amin, F. M., Ashina, M., Bendtsen, L., Deligianni, C. I., Gil-Gouveia, R., Katsarava, Z., MaassenVanDenBrink, A., Martelletti, P., Mitsikostas, D. D., Ornello, R., Reuter, U., Sanchez-Del-Rio, M., Sinclair, A. J., Terwindt, G., Uluduz, D., Versijpt, J., & Lampl, C. (2022), European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene related peptide pathway for migraine prevention - 2022 update, *The journal of headache and pain*: 23(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01431-x> (abgerufen am 16.04.2024).
- 8 Knauf, C., Heinrichs, K., Süllwold, R., Icks, A., & Loerbroks, A. (2024). Migraine self-management at work: a qualitative study. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*, 19(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12995-024-00421-w> (abgerufen am 19.06.2024).
- 9 Ambrosio, L., Senosiain Garcia, J. M., Riverol Fernández, M., Anaut Bravo, S., Diaz De Cerio Ayesa, S., Ursúa Sesma, M. E., Caparrós, N., & Portillo, M. C. (2015), Living with chronic illness in adults: a concept analysis, *Journal of clinical nursing*: 24(17-18), 2357-2367. <https://doi.org/10.1111/jocn.12827> (abgerufen am 16.04.2024).
- 10 Martin, P. R., & MacLeod, C. (2009), Behavioral management of headache triggers: Avoidance of triggers is an inadequate strategy, *Clinical psychology review*: 29(6), 483-495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.002> (abgerufen am 16.04.2024).
- 11 Leonardi, M., & Raggi, A. (2019), A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people's life, *The journal of headache and pain*: 20(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s10194-019-0993-0> (abgerufen am 16.04.2024).
- 12 Schwedt T. J. (2014), Chronic migraine, *BMJ (Clinical research ed.)*, 348, g1416. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1416> (abgerufen am 16.04.2024).
- 13 Stewart, W. F., Wood, G. C., Manack, A., Varon, S. F., Buse, D. C., & Lipton, R. B. (2010), Employment and work impact of chronic migraine and episodic migraine, *Journal of occupational and environmental medicine*: 52(1), 8-14. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181c1dc56> (abgerufen am 16.04.2024).
- 14 Shapiro, R. E., Martin, A. A., Bhardwaj, S., Thomson, H., Maculaitis, M. C., Anderson, C., & Kymes, S. M. (2023), Relationships between headache frequency, disability, and disability-related unemployment among adults with migraine, *Journal of managed care & specialty pharmacy*: 29(2), 197-209. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2023.29.2.197> (abgerufen am 16.04.2024).
- 15 Buse, D. C., Greisman, J. D., Baigi, K., & Lipton, R. B. (2019), Migraine Progression: A Systematic Review, *Headache*: 59(3), 306-338. <https://doi.org/10.1111/head.13459> (abgerufen am 16.04.2024).
- 16 Raggi, A., Covelli, V., Guastafierro, E., Leonardi, M., Scaratti, C., Grazi, L., Bartolini, M., Viticchi, G., Cevoli, S., Pierangeli, G., Tedeschi, G., Russo, A., Barbanti, P., Aurilia, C., Lovati, C., Giani, L., Frediani, F., Di Fiore, P., Bono, F., Rapisarda, L., D'Amico, D. (2018), Validation of a self-reported instrument to assess work-related difficulties in patients with migraine: the HEADWORK questionnaire, *The journal of headache and pain*: 19(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0914-7> (abgerufen am 16.04.2024).
- 17 Raggi, A., Covelli, V., Leonardi, M., Grazi, L., Curone, M., & D'Amico, D. (2014), Difficulties in work-related activities among migraineurs are scarcely collected: results from a literature review, *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*: 35 Suppl 1, 23-26. <https://doi.org/10.1007/s10072-014-1736-2> (abgerufen am 16.04.2024).
- 18 Evers, S., May, A., Heuft, G., Husstedt, W. I., Keidel, M., Malzacher, V., Straube, A., Widders, B. (2010), Die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen – Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. *Nervenheilkunde* 2010: 29(04), 229-241. DOI: 10.1055/s-0038-1628746.
- 19 European Federation of Neurological Associations (EFNA) (2020), Survey on stigma and neurological disorder, Results. <https://www.efna.net/survey2020/>. (abgerufen am 04.04.2024).
- 20 Palacios-Ceña, D., Neira-Martín, B., Silva-Hernández, L., Mayo-Canalejo, D., Florencio, L. L., Fernández-de-Las-Peñas, C., García-Moreno, H., García-Azorín, D., & Cuadrado, M. L. (2017), Living with chronic migraine: a qualitative study on female patients' perspectives from a specialised headache clinic in Spain, *BMJ open*: 7(8), e017851. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017851> (abgerufen am 16.04.2024).
- 21 Lyngberg, A. C., Rasmussen, B. K., Jørgensen, T., & Jensen, R. (2005), Prognosis of migraine and tension-type headache: a population-based follow-up study, *Neurology*: 65(4), 580-585. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.000172918.74999.8a> (abgerufen am 16.04.2024).
- 22 Buse, D. C., Reed, M. L., Fanning, K. M., Bostic, R., Dodick, D. W., Schwedt, T. J., Munjal, S., Singh, P., & Lipton, R. B. (2020), Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: results of the migraine in America symptoms and treatment (MAST) study, *The journal of headache and pain*: 21(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s10194-020-1084-y> (abgerufen am 16.04.2024).
- 23 Rattanawong, W., Rapoport, A., Srikiatkachorn, A. (2022), Neurobiology of migraine progression, *Neurobiology of pain (Cambridge, Mass.)*, 12, 100094. <https://doi.org/10.1016/j.jnpai.2022.100094> (abgerufen am 16.04.2024).
- 24 Lipton, R. B., Buse, D. C., Nahas, S. J., Tietjen, G. E., Martin, V. T., Löff, E., Brevig, T., Cady, R., & Diener, H. C. (2023), Risk factors for migraine disease progression: a narrative review for a patient-centered approach, *Journal of neurology*: 270(12), 5692-5710. <https://doi.org/10.1007/s00415-023-11880-2> (abgerufen am 16.04.2024).

#### Herausgeber

General Reinsurance AG  
Theodor-Heuss-Ring 11  
50668 Köln  
Tel. +49 221 9738 0

#### Redaktion

Mirko von Haxthausen (verantwortlich),  
Annika Schilling, Holger Schmarowski,  
Sarah-Marie Schäfer  
Tel. +49 221 9738 156  
mirko.vonhaxthausen@ggenre.com

#### Bildnachweis:

Titel Basis: © lortie - gettyimages.com  
Seite 2: © kitsana pankhuanoi - gettyimages.com  
Seite 3: © kitsana pankhuanoi - gettyimages.com  
Seite 4/5: © merovingian - gettyimages.com

*Die veröffentlichten Beiträge genießen urheberrechtlichen Schutz, solche mit Angaben des Verfassers stellen nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion dar. Alle hier enthaltenen Informationen sind mit großer Sorgfalt recherchiert und nach bestem Gewissen zusammengestellt. Dennoch wird für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität keine Gewähr übernommen. Insbesondere stellen diese Informationen keine Rechtsberatung dar und können diese nicht ersetzen. Eine Vervielfältigung oder Weiterleitung ist nur mit vorheriger Zustimmung der General Reinsurance AG gestattet.*

genre.com