

Patient Herr/Frau _____ geb. _____;
Diagnose: Episodischer/chronischer*) Cluster-Kopfschmerz
Verordnung von Sauerstoff zur Attackencouplung bei Cluster-Kopfschmerz

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Anlage finden Sie ein Rezept über die Verordnung von min. 7l/min 100%-Sauerstoff zur Inhalation über Maske für meinen Patienten Herr/Frau _____ geb. _____ zur Couplung der Kopfschmerz-Attacken bei episodischen/chronischem*) Cluster-Kopfschmerz.

Cluster-Kopfschmerz ist eine primäre Kopfschmerzform, die sich klinisch in heftigsten, attackenförmig auftretenden, einseitigen Kopfschmerzen äußert. Begleitend sind autonome Erscheinungen wie hängendes Augenlid, Verkleinerung der Pupille, Tränenfluss, Überwärmung und Nasenlaufen auf der betroffenen Seite, weshalb der Kopfschmerz in die Gruppe der sogenannten „trigemino-autonomen“ Kopfschmerzen eingeordnet wird. Während der akuten Attacke sind die Patienten ruhelos, was in der Literatur als „pacing around“ bezeichnet wird. Unbehandelt dauert eine Kopfschmerzattacke typischerweise zwischen 15 und 180 min und tritt bis zu 8x täglich, gehäuft nachts, auf. Therapeutisch greift man hier zum einen durch vorbeugende Medikamente (z.B. Verapamil, Lithium oder Methysergid) ein, damit die Attacken seltener werden bzw. nicht mehr auftreten und durch Akuttherapie der einzelnen Attacken ein.

Mittel der ersten Wahl nach den Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und der internationalen Literatur zur Couplung der Cluster-Attacke ist die Inhalation von min. 7l 100% Sauerstoff über Maske für die Dauer von 15min in sitzender vorne überbeugter Haltung. Alternative medikamentöse Therapie ist die Verabreichung von 6mg Sumatriptan s.c. (Imigran-Spritzen), was jedoch die unter Umständen nebenwirkungsreichere Alternative darstellt, zudem sie nicht beliebig oft eingesetzt werden kann und zum Teil auch mit vorbeugenden Medikamenten (Methysergid, Lithium) interagieren kann.

Die Verabreichung von Sauerstoff ist bei 70% der Patienten wirksam. Bei Herrn/Frau _____ wurde die erfolgreiche Couplung der Cluster-Attacke durch die Inhalation von Sauerstoff in unserer/meiner Klinik/Praxis*) bereits überprüft.

Da Herr/Frau _____ unter einem episodischen/chronischen*) Cluster-Kopfschmerz seit _____ mit einer Episodenfrequenz von ____/Jahr und einer Dauer von _____ Monaten ist aus jetziger Sicht davon auszugehen, dass Herr/Frau _____ auf längere Dauer auf die Therapie mit Sauerstoff angewiesen ist. Parallel zur Akuttherapie wurde zur prophylaktischen Behandlung _____ bereits eingeleitet.

Ich/wir bitte/n um Genehmigung der Verordnung für ein Sauerstoffgerät und Kostenübernahme. Sollten sie bezüglich des weiteren Procederes oder der Auswahl der Lieferanten oder Geräte irgendwelche Vorgaben haben, bitte/n ich/wir um umgehende entsprechende Mitteilung.

Wir danken Ihnen bereits vorab für Ihre Bemühungen und verbleiben mit freundlichen Grüßen

.....
(Ort, Datum, Unterschrift des verordnenden Arztes)

.....
(Stempel des Arztes)

Dieses Schreiben basiert auf einer Empfehlung der Deutschen Migräne- und Kopfschmerz Gesellschaft

*) Nichtzutreffendes streichen