

## Migränepatienten in der Hausarztpraxis

Mehr als 8 Millionen Menschen in Deutschland leiden Schätzungen zufolge an Migräne. Erste und wichtigste Anlaufstelle der Patienten sind Sie als Hausarzt. Sie können bereits über die ersten Schritte in der Akuttherapie und Prophylaxe entscheiden und planen, wann eine Überweisung zum Facharzt notwendig ist. Die individuelle Beratung und Behandlung von Migränepatienten sollten sich an der Schwere der Erkrankung ausrichten. Es ist wichtig, eine gute Basisversorgung von Migränepatienten schon in der hausärztlichen Praxis anzubieten.

In der Migräneprophylaxe und -therapie hat sich viel getan. Die DMKG will Sie mit dieser Broschüre und einer kurzen Übersicht über die aktuellen Therapieempfehlungen (Stand 9/2020) bei der Versorgung Ihrer Patienten unterstützen.



i

Weitere fortlaufend aktualisierte Informationen finden Sie online unter

[www.angriff-kopfschmerzen.de/kopfschmerzwissen](http://www.angriff-kopfschmerzen.de/kopfschmerzwissen) und auf der Website der DMKG unter [www.dmk.de/therapie-empfehlungen/migraene](http://www.dmk.de/therapie-empfehlungen/migraene) sowie in der aktuellen Migräne-Leitlinie unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org).

Zusätzliche Informationsmaterialien zur Weitergabe an Ihre Patienten rund um das Thema Migräne und Kopfschmerz finden Sie unter [www.angriff-kopfschmerzen.de](http://www.angriff-kopfschmerzen.de).

### Kontakt Initiativenbüro

c/o albertZWEI media GmbH  
Oettingenstr. 25  
80538 München

[kontakt@angriff-kopfschmerzen.de](mailto:kontakt@angriff-kopfschmerzen.de)  
Tel. 089 461486-29  
[www.angriff-kopfschmerzen.de](http://www.angriff-kopfschmerzen.de)

### Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

c/o Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein  
Ölmühlweg 31  
61462 Königstein im Taunus

[info@dmkg.de](mailto:info@dmkg.de)  
[www.dmk.de](http://www.dmk.de)

**DMKG** Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Mit freundlicher Unterstützung von



## Aktuelle Empfehlungen der DMKG für Akut- therapie und Prophylaxe bei Erwachsenen

Eine Initiative der

**DMKG**

Deutsche Migräne- und  
Kopfschmerzgesellschaft e.V.

## Akuttherapie von Migräneattacken

Substanzen der 1. Wahl in der **unspezifischen Basistherapie** sind:

Prokinetikum		Analgetikum/NSAR	Besonderheit
Metoclopramid 10 – 20 mg p.o./Supp oder Domperidon 10 – 20 mg p.o./Supp	Kombiniert mit	Acetylsalicylsäure 1000 – 1500 mg	Nicht bei Antikoagulation
		Ibuprofen 600 – 800 mg	bei Hypertonus und Niereninsuffizienz vermeiden
		Naproxen 500 – 1000 mg p.o.	lange Halbwertszeit
		Metamizol 1000 – 1500 mg p.o.	keine gastrointestinalen Nebenwirkungen, bei Niereninsuffizienz möglich
		Diclofenac 50 – 75 mg p.o.	bei Niereninsuffizienz und Hypertonus vermeiden
		Paracetamol 1000 – 1500 mg p.o./Supp	auch in der Schwangerschaft

Empfehlung: Verbesserte Wirkung durch Kombination mit Prokinetikum! Dosierungen beachten!

Bei unzureichendem Ansprechen auf die genannten Substanzen ist die **spezifische Therapie** mit einem Triptan evtl. in Kombination mit einem Prokinetikum angezeigt.

Als besonders schnell wirksam gelten	Als eher langsam wirksam, aber besonders gut verträglich gelten	Gut wirksam und hinsichtlich Wirkbeginn und Wirkdauer ausgewogen sind
Sumatriptan 6 mg s.c.	Naratriptan 2,5 mg p.o.	Sumatriptan 50 – 100 mg p.o.
Sumatriptan 20 mg nasal	Frovatriptan 2,5 mg p.o.	Eletriptan 40 – 80 mg p.o.
Zolmitriptan 5 mg nasal		Almotriptan 12,5 mg p.o.
Rizatriptan 10 mg p.o. (bei Co-Medikation Propranolol nur 5 mg)		

### Praxistipp:

- Bei besonders lang anhaltenden Attacken und Wiederkehrkopfschmerzen bei zunächst gutem Ansprechen auf die Akutmedikation: Kombination eines Triptans mit 500 – 1000 mg Naproxen.
- Beginn der Akuttherapie: früh, gleich zu Beginn der Attacke
- Akutmedikation höchstens an 9 d/Monat, sonst Gefahr der Kopfschmerzchronifizierung

## Prophylaxe der Migräne

### ● Nicht medikamentöse Prophylaxe

**Basis:** Muskelrelaxation nach Jacobson (mehrmals pro Woche), Ausdauersport (3x pro Woche mind. 30 min), kognitive Verhaltenstherapie, autogenes Training, Atementspannung.

**Bei höherer psychosozialer Belastung:** Stressbewältigungstraining, psychologische Schmerztherapie, kognitive Verhaltenstherapie, autogenes Training, Atementspannung.

### ● Medikamentöse Prophylaxe

#### Indikationen:

- Attackenfrequenz  $\geq 3$  und mehr/Monat, die die Lebensqualität einschränken
- schwer behandelbare Attacken
- regelhaft lang anhaltende Attacken
- schwere, lang anhaltende Auren
- Risiko eines Medikamentenübergebrauchs (spätestens bei  $\geq 8$  d/Monat mit Einnahme von Akutmedikation)

Die Auswahl des Migräneprophylaktikums richtet sich nach dem Migräneverlauf, den Begleiterkrankungen und individuellen Bedürfnissen des Patienten.

Substanzen zur Migräneprophylaxe mit unspezifischem Wirkmechanismus

	besonders geeignet	ungünstig/Achtung
Betablocker (Metoprolol bis 200 mg/d, Propranolol bis 240 mg/d, Bisoprolol bis 20 mg/d)	vor allem bei Hypertonie, Tachykardie, Tremor	Cave bei Bradycardie, Asthma bronchiale
Flunarizin 5 – 10 mg/d	bei Anorexie, gewünschter Einmalgabe/Tag	Cave bei vorbestehender Depression/Adipositas/M. Parkinson
Topiramat 25 – 100 mg/d	vor allem bei hochfrequenten episod./chron. Migräne	Cave bei Anorexie, Depression, vorbestehenden kognitiven Störungen; bei Nierensteinen kontraindiziert
Amitriptylin 50 – 75 mg/d	bei begleitenden Depressionen, Ängsten, Schlafstörungen	Cave bei Adipositas, Glaukom, kognitiven Störungen
Onabotulinumtoxin (nur chron. Migräne) 155 – 195 Units	nur chron. Migräne ( $\geq 15$ Kopfschmerztage/Monat davon 8 Migränetage) Besonderheit: Erfahrung in der Anwendung von Botox erforderlich	

### Praxistipp zur Verbesserung der Compliance:

- Begründung der Prophylaxe:
  - Verbesserung der Lebensqualität
  - Vermeiden eines Analgetika-Übergebrauchs
  - Verbessertes Ansprechen auf Akutmedikation
- Aufklärung über
  - Wirkeintritt nach frühestens 6 – 8 Wochen
  - potenzielle Nebenwirkungen
  - zeitlich begrenzte Therapiedauer von zunächst 9 – 12 Monaten
- Beurteilung der Wirksamkeit 8 – 12 Wochen nach Erreichen der Zioldosis
- Mitbehandlung von Komorbiditäten bei geschickter Auswahl der Substanz

Neue Substanzen zur Migräneprophylaxe mit spezifischem Wirkmechanismus

### CGRP-Rezeptor-/Liganden-Antikörper

- **Erenumab** 70/140 mg alle 4 Wochen
- **Fremanezumab** 225 mg 1x/Monat oder 675 mg alle 3 Monate
- **Galcanezumab** Anfangsdosis 240 mg, dann 120 mg 1x/Monat

### Besonderheiten:

- Zulassung ab 4 Migränetagen/Monat bei episodischer und chronischer Migräne
- Migränespezifischer Wirkeffekt durch Einfluss auf das CGRP-System
- Wirkeintritt innerhalb von 4 – 8 Wochen
- geringe Nebenwirkungsrate
- hohe Therapiekosten. Kostenerstattung durch GKV nur bei nachgewiesenem Therapieversagen/Kontraindikationen/Unverträglichkeiten der herkömmlichen, prophylaktisch wirksamen Substanzen (Dokumentation!)

### Überweisung zum Facharzt bei:

- Erstdiagnose hochfrequenter Migräne ( $> 8$  Kopfschmerztage/Monat)
- chronischer Migräne über mindestens 3 Monate  $\geq 15$  Kopfschmerztage/Monat davon 8 Migränetage (hier ist immer eine multimodale Therapie sinnvoll)
- Versagen von Akuttherapie u./o. Prophylaxe
- relevante psychische Komorbiditäten
- Medikamentenübergebrauch