



# Migräne bei Frauen

Expertenrat von der Pubertät über Schwangerschaft und Stillzeit bis zu den Wechseljahren



# Migräne bei Frauen

Expertenrat von der Pubertät über Schwangerschaft  
und Stillzeit bis zu den Wechseljahren

## Impressum

**Herausgeber:** © MigräneLiga e.V. Deutschland, [www.migraeneliga.de](http://www.migraeneliga.de)  
2. Auflage März 2025

**Autoren:** PD Dr. Charly Gaul, Dr. Astrid Gendolla, Dr. Axel Heinze, Dr. Katja Heinze-Kuhn, Prof. Dr. Peter Kropp, Sabrina Moll (M.Sc.); MigräneLiga: Veronika Bäcker, Lucia Baumann, Annika Sandré, Barbara Schick

Für den Inhalt namentlich gekennzeichnete Beiträge ist der Autor im Sinne des Presserechts verantwortlich. Literatur kann bei den Autoren angefordert werden.

**Redaktion:** Anja Rech, Fachjournalistin; Offenburg

**Layout:** Barbara von Wirth, Text & Bild, Witten

**Druck:** Druckerei & Verlag Steinmeier GmbH & Co. KG; Deiningen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in den Texten der Broschüre häufig die männliche Form. Die Angaben beziehen sich aber selbstverständlich immer auf beide Geschlechter.

**Bildnachweis:** Titel oben links © Drobot Dean, oben rechts © Syda Productions, unten links © denis\_vermenko, unten rechts © contrastwerkstatt. S. 12 © Adam Gregor; S. 19 © Rido; S. 20 © psdesign1 (Fotolia); S. 23 © Ivan (Fotolia); S. 27 © JackF; S. 28 © Photographee.eu; S. 32 © grafikplusfoto; S. 40 © nyul; S. 42 © fizkes; S. 43 © Photographee.eu; S. 46 © Syda Productions; S. 47 © Robert Kneschke; S. 48 © Africa Studio; S. 53 © von Lieres (Fotolia); S. 55 © ty; S. 57 oben © pikovit, unten © Johnstocker; S. 59 © InsideCreativeHouse; S. 61 © Antonioguilem; S. 62 © Antonioguilem; S. 66 © Lightfield Studios; S. 67 © Peter Atkins; S. 69 © W. Heiber Fotostudio; S. 71 © Monkey Business; S. 72 © highwaystarz; S. 75 © Roman; S. 89 © Yaroslav – alle stock.adobe.com

S. 36 © Migräne- und Kopfschmerz-Klinik Königstein

Alle anderen Fotos: privat.

**Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit (finanzielle Förderung) sowie der BAG SELBSTHILFE (Antragsbegleitung, Projektabwicklung) für ihre Unterstützung.**

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Liebe Leserin, lieber Leser!

Immer wieder wenden sich Betroffene mit Fragen an die MigräneLiga. So erkundigte sich eine junge Frau bei mir: „Kann ich es als Migräne-Betroffene wagen, schwanger zu werden, ein Kind zu versorgen?“ Frauen sind gerade im gebärfähigen Alter dreimal so häufig von dieser Krankheit betroffen wie Männer. Doch die Broschüre der MigräneLiga zu diesem Thema war vergriffen. Daher haben wir uns entschlossen, das Thema in einer neuen Broschüre breiter anzugehen und über Migräne im Leben einer Frau – von der Jugend bis zu den Wechseljahren – zu informieren. Im ersten Teil erfahren Sie Grundlegendes über Migräne, wie Sie es schon aus unserer Broschüre „Migräne-Therapie heute“ kennen. Im zweiten Teil gehen unsere Autorinnen auf frauenspezifische Fragen ein.

Wissen über Migräne und die Therapie hilft, die Krankheit in den Griff zu bekommen. Die MigräneLiga steht an Ihrer Seite, mit Broschüren und Veranstaltungen wie Symposien sowie Online-seminaren. Neues erfahren Sie auf [www.migraeneliga.de](http://www.migraeneliga.de) und im **migräne magazin**, das Mitglieder kostenfrei erhalten. Wir informieren auch die Öffentlichkeit, Betroffene und Entscheidungsträger. Es lohnt sich also, Mitglied zu werden!

Das alles geht nur mit einem starken Team. Ich bedanke mich vor allem bei den Kopfschmerzexpertinnen und -experten, die uns ihr Wissen kostenlos als Autoren zur Verfügung gestellt haben. Ich bedanke mich auch bei unserer Redakteurin Anja Rech sowie bei Barbara von Wirth für das ansprechende Layout. Die Umsetzung dieser Broschüre wurde durch eine Projektförderung des Bundesministeriums für Gesundheit möglich. Herzlichen Dank auch hierfür sowie für die Begleitung des Projektantrags durch Herrn Carsten Osterloh von der BAG Selbsthilfe!

Herzlich, Ihre

*Veronika Bäcker*



**Veronika Bäcker**  
Präsidentin der Migräne-  
Liga e.V. Deutschland



**Carsten Osterloh**  
BAG SELBSTHILFE  
Referat Verwaltung und  
Finanzen

## Liebe Leserin, lieber Leser!

**D**ie MigräneLiga e.V. Deutschland steht Betroffenen mit Rat und Tat zur Seite und fördert den Erfahrungsaustausch. Eine wichtige Aufgabe ist die Vermittlung von Informationen über neue Therapien aus Medizin und Naturheilkunde.

Rund 20 Prozent der Frauen sind von Migräne betroffen – insofern kann bei Migräne von einer Volkskrankheit gesprochen werden. Mehrfachbelastung, Stress und Überforderung können sich negativ auf das Krankheitsbild auswirken. Die Belastungen durch die Corona-Pandemie, die Kontaktbeschränkungen haben die Situation vieler Betroffener sicherlich verschärft. Daher ist es in diesen Zeiten umso wichtiger, den Betroffenen Hilfen an die Hand zu geben, wie sie sich vor solchen negativen Kontext- und Umweltfaktoren schützen können.

Wir freuen uns sehr, dass wir die MigräneLiga e.V. Deutschland bei der verwaltungsmäßigen Projektabwicklung unterstützen können und dass das Bundesministerium für Gesundheit diese Broschüre fördert.

Mit besten Grüßen

## Liebe Leserin, lieber Leser!

**M**igräne ist ein Frauenthema! Etwa 20 Prozent der weiblichen Bevölkerung sind von Migräne betroffen, unter den Männern sind es lediglich acht Prozent. Aber nicht nur reine Häufigkeit macht sie zu einem Frauenthema. Eine Migräne sieht bei Frauen häufig anders aus und wird durch andere Faktoren getriggert als bei Männern. Die Attacken sind oft intensiver und länger, nicht selten assoziiert mit der Menstruation. Welches ist die richtige Pille? Was mache ich, wenn ich einen Schwangerschaftswunsch habe? Kann ich bedenkenlos ein Kind bekommen, schaffe ich die Schwangerschaft überhaupt, wenn ich ständig Migräne habe? Was passiert in den Wechseljahren mit meiner Migräne? Das sind Fragen, die Patientinnen in meiner Sprechstunde häufig quälen.

Ich freue mich deswegen, dass die MigräneLiga e.V. Deutschland die Initiative ergriffen hat und mit dieser Broschüre Frauen mit Migräne kompetenten Rat bietet. Für das Projekt konnte sie namhafte Expertinnen und Experten gewinnen, die diese nützlichen Informationen leicht verständlich aufbereitet haben. Und ich freue mich auch, dass Sie diese Broschüre in Händen halten und so auf dem Weg sind, Ihre Krankheit besser zu verstehen. Ich kann Ihnen mit meiner Erfahrung bestätigen: Je mehr Sie über Migräne wissen, umso gelassener können Sie damit umgehen und umso höher ist Ihre Lebensqualität!

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre und alles Gute!

Mit besten Grüßen



**Prof. Dr. med. Dagny Holle-Lee**  
Leiterin des Westdeutschen Kopfschmerzzentrums Essen

### Expertinnen und Experten



#### **Privatdozent Dr. med. Charly Gaul**

**Neurologe und Schmerztherapeut im Kopfschmerzzentrum  
Frankfurt am Main**

Dr. Charly Gaul studierte in München und Heidelberg Medizin. In Erlangen und Halle wurde er zum Facharzt für Neurologie, Spezielle Schmerztherapie und neurologische Intensivmedizin weitergebildet. Er leitete das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum Essen und war seit 2012 Ärztlicher Leiter der Migräne- und Kopfschmerzambulanz in Königstein. 2021 eröffnete er eine Praxis in Frankfurt/Main. Er ist seit 2017 Medizinischer Beirat der MigräneLiga.



#### **Dr. med. Astrid Gendolla**

**Neurologin mit Praxis für Neurologie und Spezielle Schmerztherapie in  
Essen**

Dr. Astrid Gendolla ist Fachärztin für Neurologie mit der Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie und Psychotherapie. Sie studierte in Würzburg Medizin und absolvierte nach Studienaufenthalten in Indien und der Schweiz ihre fachärztliche Ausbildung an der Uniklinik Essen. Sie arbeitete zunächst in der dortigen Kopfschmerzambulanz, dann als Oberärztin und Leiterin des Westdeutschen Kopfschmerzzentrums Essen. Heute leitet sie eine Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt Kopfschmerzen.



#### **Dr. med. Axel Heinze**

**Leitender Oberarzt an der Schmerzambulanz Kiel**

Dr. Axel Heinze studierte in Kiel und Winterthur Medizin. Seine Ausbildung zum Facharzt für Neurologie absolvierte er an der Universität Kiel, der Schmerzambulanz Kiel, am Zentrum für integrative Psychiatrie, Campus Kiel, und im Diakonissenkrankenhaus Flensburg. Er arbeitet als Leitender Oberarzt am Migräne- und Kopfschmerzzentrum der Neurologisch-verhaltensmedizinischen Schmerzambulanz Kiel. Die MigräneLiga begleitet er seit ihrem ersten Symposium regelmäßig als Referent und unterstützt sie als Autor im **migräne magazin** und Broschüren.



**Dr. med. Katja Heinze-Kuhn**  
**Oberärztin an der Schmerzlinik Kiel**

Dr. Katja Heinze-Kuhn studierte in Homburg/Saar, Kiel und Lausanne Medizin. Sie promovierte 1997 an der Universität Kiel. Dort und an der Neurologisch-verhaltensmedizinischen Schmerzlinik Kiel, in Rendsburg sowie in Flensburg wurde sie zur Fachärztin für Neurologie weitergebildet. Heute ist sie Oberärztin am Migräne- und Kopfschmerzzentrum der Schmerzlinik Kiel. Seit 1999 nimmt Dr. Heinze-Kuhn regelmäßig als Referentin an den Symposien der MigräneLiga teil und schreibt für das **migräne magazin** sowie Broschüren der MigräneLiga. Sie ist mit Dr. Axel Heinze verheiratet.



**Prof. Dr. Peter Kropp**  
**Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und  
 Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Rostock**

Prof. Dr. Kropp studierte in Tübingen Psychologie und ist Psychologischer Psychotherapeut mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Er lehrte und forschte am Institut für Medizinische Psychologie in Kiel. Seit 2005 ist er Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Universitätsmedizin Rostock. Er ist federführender Autor der aktuellen Leitlinie „Entspannungsverfahren und verhaltenstherapeutische Interventionen zur Behandlung der Migräne“.



**Sabrina Moll**  
**Psychologin (M. Sc.) mit Praxis in Frankfurt am Main**

Sabrina Moll studierte Psychologie mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie und Klinische Neuropsychologie in Konstanz und schloss mit dem Master of Science (M.Sc.) ab. Sie ist auch Heilpraktikerin für Psychotherapie und bildete sich in Klärungsorientierter Psychotherapie weiter. Nach einigen Jahren in der Median Kinzigtal-Klinik Bad Soden-Salmünster war sie sechs Jahre in der Migräne- und Kopfschmerzlinik Königstein tätig (wo viele sie unter ihrem Geburtsnamen Sabrina Siefert kennengelernt haben). Heute arbeitet sie mit eigener Praxis in Frankfurt am Main.



### Weitere Autorinnen

---



#### Barbara Schick

##### Redaktion migräne magazin, Marketing

Barbara Schick ist seit über zehn Jahren Mitglied im Vorstand der MigräneLiga. Sie arbeitet im Redaktionsteam des **migräne magazins** mit und engagiert sich für den Bereich Marketing. Die diplomierte Betriebswirtin (FH) war fast 30 Jahre selbstständig als Kommunikationsberaterin sowie als Coach für Marketing und Rhetorik. Sie lebt heute im Ruhestand und ist noch ehrenamtlich tätig.



#### Anja Rech

##### Medizinjournalistin

Anja Rech ist Diplom-Biologin und absolvierte nach ihrem Studium eine Weiterbildung zur Fachjournalistin. Seit fast 30 Jahren arbeitet sie als Medizinjournalistin. 2014 wurde sie Chefredakteurin des **migräne magazins**, das die MigräneLiga viermal im Jahr veröffentlicht. Bei Broschüren der MigräneLiga wie dieser übernahm sie die redaktionelle Bearbeitung. Außerdem schreibt sie für verschiedene Publikumszeitschriften über Themen aus den Bereichen Medizin und Natur.

## Teil I: Grundlagen der Migräne

---

<b>Was ist Migräne?</b> Diagnose-Möglichkeiten, Entstehung und Ursachen	12
<b>Migräne-Attacken richtig behandeln</b> Medikamente als Akuthilfe	21
<b>Vorbeugen mit Medikamenten</b> Wann sie nötig sind, wie man sie anwendet	30
<b>Vorbeugen ohne Medikamente</b> Psychologische Verfahren, Entspannung, Sport	39
<b>Von allen Seiten gegen den Schmerz</b> Die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	47

## Teil II: Migräne im Leben der Frau

---

<b>Wenn die Hormone schuld sind</b> Menstruation und Migräne	55
<b>Migräne in Schwangerschaft und Stillzeit</b> Welche Medikamente darf ich nehmen?	60
<b>Migräne in den Wechseljahren und im Alter</b> Nicht immer wird sie mit den Jahren besser	67
<b>„Ich muss doch funktionieren!“</b> Die psychologische Seite der Migräne – eine Fallgeschichte	71

## Teil III: Rat & Hilfe bei Migräne

---

**Migräne machte mein Leben wertvoller** 80  
Rückblick auf über 40 Jahre mit der Krankheit

**Eine starke Migräne-Community – machen Sie mit!** 85  
Aktiv für Betroffene: die MigräneLiga

**Adressen, Literatur & Blogs** 91  
zum Thema Kopfschmerzen und Migräne

**Index** 93

---

### Wichtiger Hinweis

Diese Broschüre enthält Informationen über Methoden der Krankheitserkennung, Gesundheitsvorsorge und Selbsthilfe. Sie beabsichtigt weder, Therapieempfehlungen zu geben, noch zur Selbstmedikation aufzufordern und kann deshalb auch nicht Ersatz für professionelle medizinische Beratung und Behandlung gesundheitlicher Beschwerden sein.

Die im Text genannten Arzneimittel sollen helfen, Krankheiten zu lindern und zu heilen. Ihre Anwendung ersetzt keineswegs die Beratung und Behandlung durch den Arzt, der die Ursache der Beschwerden – insbesondere bei chronischen, ständig und häufig wiederkehrenden Leiden – erkennen und diagnostizieren kann.

Beachten Sie bitte, dass jeder noch so geringfügige Hinweis Ausdruck einer ernsthaften Erkrankung sein kann und eine Selbstbehandlung ohne Hinzuziehung eines Therapeuten immer ein unwägbares, nicht zu unterschätzendes Gesundheitsrisiko bedeuten kann.

## Teil I: Grundlagen der Migräne

- ▶ **Was ist Migräne?** Erfahren Sie von Dr. Axel Heinze mehr über die Grundlagen der Migräne: wie man sie erkennt, wie sie diagnostiziert wird, was im Körper bei einer Attacke genau passiert und welche Rolle die Gene spielen.
- ▶ **Migräneattacken richtig behandeln:** In diesem Kapitel erläutert Dr. Katja Heinze-Kuhn, welche Medikamente eine Migräneattacke lindern können. Davon abweichende Besonderheiten für Schwangerschaft, Stillzeit und Wechseljahre finden Sie im Kapitel ab Seite 60.
- ▶ **Vorbeugen mit Medikamenten:** Wenn Migräne zu häufig ist oder die Patienten stark leiden, bietet sich eine medikamentöse Prophylaxe an. Dr. Axel Heinze beschreibt, welche Medikamente zur Verfügung stehen, was sich damit erreichen lässt und wie man sie anwendet.
- ▶ **Vorbeugen ohne Medikamente:** Neben der Vorbeugung mit Medikamenten ist die nichtmedikamentöse Prophylaxe ein weiteres wichtiges Standbein der Migränetherapie. Sie besteht aus psychologischen und Entspannungsverfahren, die sich in Schwangerschaft und Stillzeit besonders anbieten, wie Prof. Dr. Peter Kropp erklärt.
- ▶ **Von allen Seiten gegen den Schmerz:** Sowohl körperliche als auch seelische und soziale Faktoren spielen bei der Entstehung von Schmerzen eine Rolle. Dies berücksichtigt die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie, über die PD Dr. Charly Gaul hier informiert.

### Diagnose-Möglichkeiten, Entstehung und Ursachen

## Was ist Migräne?

von Dr. Axel Heinze

**H**ildegard von Bingen, Marie Curie, Charles Darwin, Karl Marx und Friedrich Nietzsche litten unter Migräne; auch bei Queen Elizabeth II. war davon zu hören. Ob dies aber ein Trost für die mehr als acht Millionen Deutschen ist, die meist unvorhersehbar von Migräneattacken heimgesucht werden, darf bezweifelt werden. Migräne ist zwar nicht die häufigste Kopfschmerz-Erkrankung, aber kein Kopfschmerz führt mehr Patienten zum Arzt. Schwer verständlich an diesem Krankheitsbild ist für Betroffene wie auch für deren Umgebung, dass sich völliges Wohlbefinden und stärkstes Leiden ständig abwechseln – bei Menschen, die von ihren Ärzten nach sorgfältigen Untersuchungen für vollständig gesund erklärt wurden.

Migräneattacken können bis zu 72 Stunden anhalten. Die Betroffenen suchen Ruhe; wenn möglich, legen sie sich hin.

### Migräne erkennen: die Diagnose

Für Migränepatienten mag die Tatsache, dass alle Untersuchungen ohne erklärenden krankhaften Befund bleiben, kaum nachvollziehbar sein. Für die Ärzte hingegen ist dies sowohl beruhigend als auch erwartet. Die Migräne zählt zu den sogenannten primären Kopfschmerz-Erkrankungen. Bei diesen sind die Kopfschmerzen die eigentliche Erkrankung und nicht das Symptom einer anderen Störung, die man mit den richtigen Untersuchungen aufdecken könnte. Stimmt die Diagnose einer Migräne, dann darf man auch nichts finden!

Die Diagnose der Migräne beruht daher auf der charakteristischen Beschreibung der Beschwerden durch den Patienten. Die Internationale Kopfschmerzgesellschaft IHS hat im Jahr 2018 die 3. Auflage der Internationalen Kopfschmerzklassifikation (ICHD-3) veröffentlicht. Hier finden sich die Kriterien, die auftreten müssen, damit man eine Migräne diagnostizieren kann. Es gibt jeweils



Hauptkriterien, die grundsätzlich erfüllt sein müssen, und Unterkriterien, von denen eine bestimmte Mindestzahl zutreffen muss.

Nachfolgend sind die Kriterien der **Migräne ohne Aura**, der häufigsten Migränevariante, aufgeführt:

## Migräne ohne Aura (Diagnostische Kriterien – ICHD-3)

- A Mindestens fünf Attacken, welche die Kriterien B bis D erfüllen**
- B Kopfschmerzattacken, die (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 4 bis 72 Stunden anhalten**
- C Der Kopfschmerz weist mindestens zwei der folgenden vier Charakteristika auf:**
  1. einseitige Lokalisation
  2. pulsierender Charakter
  3. mittlere oder starke Schmerzintensität
  4. Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten (z.B. Gehen oder Treppensteigen), oder er führt zu deren Vermeidung
- D Während des Kopfschmerzes besteht mindestens eines:**
  1. Übelkeit und/oder Erbrechen
  2. Licht- und Lärmüberempfindlichkeit
- E Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose.**

Ob die Kriterien A bis D erfüllt sind, kann man problemlos anhand der Angaben des Patienten überprüfen. Zusätzliche Untersuchungen, die über eine körperliche und neurologische Untersuchung hinausgehen, sind nicht erforderlich, um die Diagnose der Migräne ohne Aura sicherzustellen.

Die Kriterien C und D spiegeln eine gewisse Individualität der Migränepatienten wieder. Nicht jede Migräneattacke ist einseitig, nicht immer ist ihr Charakter pulsierend. Kommt es begleitend weder zu Übelkeit noch Erbrechen, dann sollte wenigstens Licht- und Lärmüberempfindlichkeit bestehen.

Die zweite Hauptform der Migräne ist die **Migräne mit Aura**. Etwa jeder siebte Migränepatient kennt neurologische Symptome wie Seh- oder Gefühlsstörungen, die meist den Kopfschmerzen für eine begrenzte Zeit vorangehen. Seltener begleiten sie diese auch oder, noch seltener, folgen sie diesen nach. Manchmal treten die Auren aber auch völlig losgelöst von Kopfschmerzen auf.

Jeder siebte Migräne-Betroffene leidet vor der Attacke unter einer Aura.

Diese neurologischen Symptome sind alleine betrachtet nicht spezifisch für eine Migräneaura. So kann eine Gefühlsstörung oder eine Sprachstörung auch Symptom eines Schlaganfalls sein. Auch hier hilft wieder die IHS-Klassifikation, zwischen einem lebensbedrohlichen Symptom und einer zwar störenden, zum Teil auch ängstigenden, letztlich aber harmlosen Aura zu unterscheiden. Entscheidend ist dabei das Kriterium C.

### Migräne mit Aura (Diagnostische Kriterien – ICHD-3)

#### C Mindestens drei der folgenden sechs Merkmale sind erfüllt:

1. Wenigstens ein Aurasymptom entwickelt sich allmählich über mindestens 5 Minuten hinweg.
2. Zwei oder mehr Aurasymptome treten nacheinander auf.
3. Jedes Aurasymptom hält 5 bis 60 Minuten an.
4. Mindestens ein Aurasymptom ist einseitig.
5. Mindestens ein Aurasymptom ist positiv (Erklärung s.u.).
6. Die Aura wird von Kopfschmerz begleitet, oder dieser folgt ihr innerhalb von 60 Minuten.

### Aura-Symptome im Detail

Im Gegensatz zu den schlagartig einsetzenden Beschwerden bei einem Schlaganfall entwickeln sich Auren langsam über mehrere Minuten hinweg. Treten verschiedene Symptome auf, geschieht das nicht gleichzeitig, sondern nacheinander. Typisch wären erst Sehstörungen, dann Gefühlsstörungen und schließlich Sprachstörungen. Jedes einzelne Symptom hält meist 5 bis 60 Minuten an; Kopfschmerzen folgen – wenn sie denn auftreten – innerhalb von einer Stunde. Als „**positive Symptome**“ bezeichnet man zusätzlich auftretende Wahrnehmungen wie ein Flimmern im Gesichtsfeld und kribbelnde Missempfindungen („Ameisenlaufen“). „**Negative Auren**“ sind durch Funktionsausfälle gekennzeichnet. Sie zeigen sich in Form von Lähmungen, Taubheitsgefühlen und Gesichtsfeldausfällen.

90 Prozent der Patienten mit Auren beschreiben Sehstörungen. Typisch sind Fortifikationsspektren, also c-förmig angeordnete schwarz-weiße oder bunte Zick-Zack-Linien, die durch das Gesichtsfeld wandern. Sie nehmen erst an Größe zu, um dann

Die meisten Betroffenen kennen die Aura in Form von Sehstörungen wie Zick-Zack-Linien.

wieder abzunehmen und schließlich zu verschwinden. Kommt dazu, dass der Betroffene in einem Teil des Gesichtsfeldes nicht mehr alles sieht (umschriebener Gesichtsfelddefekt), spricht man von einem Flimmerskotom. Dann wird beispielsweise Autofahren vorübergehend unmöglich.

Das zweithäufigste Symptom sind Gefühlsstörungen. Meist fängt es in den Fingern einer Hand an zu kribbeln. Das Kribbeln breitet sich dann über Hand und Unterarm aus und springt schließlich auf die Gesichts- und/oder Zungenhälfte der gleichen Körperseite über. Nach einigen Minuten klingt es ab. Am gleichen Ort bleibt, ebenfalls wieder für Minuten, ein Taubheitsgefühl zurück. Sprachstörungen, insbesondere Wortfindungsstörungen, schließen sich mitunter als nächstes Aurasymptom an, echte Lähmungen sind hingegen sehr selten.

### Was ist eine Aura?

Unter einer Aura versteht man neurologische Funktionsstörungen, die vor der eigentlichen Migräneattacke auftreten.

Etwa jeder siebte Patient ist davon betroffen. Häufig zeigt sie sich in Form von Sehstörungen. Manche dieser Erscheinungen können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Möglich sind aber auch Gefühlsstörungen, etwa ein Kribbeln, oder Sprachstörungen. Die Phänomene klingen nach einigen Minuten von selbst wieder ab. Innerhalb einer Stunde setzen die typischen Migräne-Kopfschmerzen ein.

### Anzeichen, die eine Attacke ankündigen

Anders als die Auren werden Ankündigungssymptome (Prodromalsymptome) der Migräne, die schon ein bis zwei Tage vor den Kopfschmerzen auftreten, in der Kopfschmerzklassifikation nicht besonders hervorgehoben, obwohl etwa die Hälfte der Migränepatienten sie kennt. Müdigkeit, Gähnen, Konzentrationsstörungen, depressive Stimmung kommen genauso vor wie ein Stimmungshoch, Antriebssteigerung und Heißhunger auf Hochkalorisches. Der ausgiebige Schokoladengenuss vor einer Migräneattacke ist also nicht etwa ein Auslöser der Migräne, sondern der Heißhunger auf die Schokolade ist das erste Anzeichen einer Migräneattacke!

### Dritte Form: chronische Migräne

Die dritte Hauptform der Migräne ist die chronische Migräne. Das Adjektiv „chronisch“ beschreibt hier nicht etwa die Dauer der Erkrankung, sondern die Häufigkeit, mit der die Migräne auftritt. Entscheidend ist nicht, dass eine Migräne seit vielen Jahren besteht, sondern dass eine bestimmte Häufigkeit innerhalb eines Monats



überschritten wird. Das wird aus den diagnostischen Kriterien klar:

Für die Diagnose werden also mindestens 15 Kopfschmerztage im Monat gefordert, wobei an acht dieser Tage entweder eine Migräne mit oder ohne Aura besteht oder spezifische Mi-

### Chronische Migräne (Diagnostische Kriterien – ICHD-3)

**A Kopfschmerz (migräneartig oder vom Spannungstyp) an mindestens 15 Tagen pro Monat über mehr als 3 Monate, welcher Kriterium B und C erfüllt**

**B Auftreten bei einem Patienten, der mindestens fünf Attacken gehabt hat, welche die Kriterien für eine Migräne ohne Aura und/oder für eine Migräne mit Aura erfüllen**

**C An mindestens 8 Tagen pro Monat über mehr als 3 Monate ist mindestens einer der folgenden Punkte erfüllt:**

1. Kriterien einer Migräne ohne Aura
2. Kriterien einer Migräne mit Aura
3. Kopfschmerzlinderung durch ein Triptan- oder Ergotamin-Derivat

**D Nicht besser erklärt durch eine andere ICHD-3-Diagnose.**

gräne-Medikamente (Triptane, Ergotamine) wirken. Ein Großteil der Patienten, die diese Kriterien erfüllen, betreibt einen Übergebrauch von Kopfschmerz-Medikamenten, der wiederum Kopfschmerzen hervorruft. Um sicher zwischen einer chronischen Migräne und einem Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch unterscheiden zu können, ist daher eine Medikamentenpause notwendig. Bei der chronischen Migräne wird sich die Migränehäufigkeit nicht wesentlich verbessern. Anders sieht es bei einem Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch aus, der nach einem erfolgreichen Medikamenten-Entzug verschwindet. Zurück bleibt nur die ursprüngliche episodische, d.h. seltenere Migräne mit oder ohne Aura.

Manche chronische Migräne entpuppt sich als Kopfschmerz durch Medikamenten-Übergebrauch.

### Wird Migräne vererbt?

Die ersten Untersuchungen zur Genetik der Migräne stammen aus den 1990er-Jahren. Es konnte gezeigt werden, dass Kinder eines Elternteils mit Migräne ohne Aura ein 1,9-fach erhöhtes Risiko aufweisen, ebenfalls an Migräne zu erkranken. Wenn ein Elternteil eine Migräne mit Aura aufweist, steigt das Risiko sogar um fast das 3,8-Fache!

Bei genetisch identischen eineiigen Zwillingen ist die Wahrscheinlichkeit, dass beide Zwillinge unter einer Migräne ohne Aura leiden, mehr als doppelt so hoch, bei einer Migräne mit Aura fast dreimal so hoch wie bei zweieiigen Zwillingen. Dabei war unerheblich, ob sie zusammen oder getrennt aufgewachsen waren.

Als nächstes richtete sich der Fokus der Forschung auf die familiäre hemiplegische Migräne. Das ist eine seltene Unterform der Migräne mit Aura, bei der Lähmungen im Vordergrund stehen. Hier zeigt der Name schon, dass ein familiär gehäuftes Auftreten typisch ist. Kinder eines betroffenen Elternteils erkranken mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent. 1996 gelang es erstmals, einen einzelnen Gendefekt aufzudecken, der für diese Erkrankung verantwortlich ist. Es handelt sich um ein Gen auf dem Chromosom 19. Ein Defekt dieses Gens kann in bestimmten Situationen zu einer unkontrollierten Freisetzung von erregenden Botenstoffen führen. Das könnte die erhöhte Reizempfindlichkeit der Migränepatienten erklären. Inzwischen wurden zwei weitere Gendefekte identifiziert, die ebenfalls eine familiäre hemiplegische Migräne verursachen können.

### Gene erhöhen die Anfälligkeit für Migräne

In Familien mit einer Häufung von Migräne ohne Aura oder Migräne mit typischer Aura (also ohne motorische Schwäche) ließen sich keine vergleichbaren „großen“ Gendefekte nachweisen. Hier ist die Vererbung deutlich komplexer: Inzwischen sind 47 Genvarianten bekannt, welche die „Anfälligkeit“ für eine Migräne erhöhen können. Bei diesen „kleinen“ Genvarianten führt nicht eine Abweichung allein zur Migräne-Erkrankung, sondern erst die Summe mehrerer Genvarianten. Dies bedeutet, dass eine Therapie auf Gen-Ebene, welche die Ursache direkt behandeln würde, bei den häufigen Migräneformen Wunschdenken bleiben wird.

Migräne ist zweifellos eine Erkrankung mit einer genetischen Komponente, die mal mehr, mal weniger stark ausgeprägt ist. Allerdings scheinen für ihre Ausprägung Umweltfaktoren eine viel größere Rolle zu spielen. Selbst bei den genetisch identischen

Eine Sonderform ist die familiäre hemiplegische Migräne. Sie wird durch einen bestimmten Gendefekt ausgelöst und sehr häufig vererbt.

### Die Rolle der Gene

Oft tritt Migräne in Familien gehäuft auf – dies weist darauf hin, dass Vererbung eine Rolle spielt. Forscher haben inzwischen 47 Gene entdeckt, die bei den Patienten verändert sein können. Sie führen dazu, dass das Nervensystem der Betroffenen leichter erregbar ist. Ausgelöst werden Migräneattacken erst durch Trigger-Faktoren wie zum Beispiel Stress.

Erst wenn zu einer erblichen Veranlagung Umweltfaktoren wie Stress dazukommen, tritt Migräne auf.

Der sogenannte Migränegenerator aktiviert bestimmte Nervenfasern. Diese setzen dann schmerzauslösende Botenstoffe frei.

eineiigen Zwillingen liegt die Übereinstimmungsrate nicht bei 100 Prozent, wie bei einer rein genetisch bestimmten Erkrankung zu erwarten wäre, sondern nur bei 28 bis 34 Prozent. Das heißt: Niemand ist seinen Migräne-Genen hilflos ausgeliefert. Betroffene können die Migräne selbst beeinflussen!

### Migräne verstehen: So entsteht eine Attacke

Die Abläufe im Gehirn vor und während einer Migräneattacke werden durch die im ärztlichen Alltag eingesetzten Untersuchungsverfahren nicht erfasst. In den letzten Jahren konnten Forschergruppen jedoch Licht auf diese Abläufe werfen.

MRT-Untersuchungen konnten zum Verständnis der Migräne wenig beitragen. Sie bestätigten lediglich, dass die mit den Augen sichtbare Struktur des Hirns bei Migränepatienten nicht verändert ist. Echte Fortschritte gab es erst mit der Entwicklung der funktionellen Bildgebung. Damit konnte zuerst gezeigt werden, dass bestimmte Hirnareale in der Migräneattacke eine vermehrte Aktivität aufweisen. Dann fand man heraus, dass andere Hirnabschnitte bereits vor der Attacke auffällig werden. Die erste derartige Studie wies mittels Positronen-Emissions-Tomographie (PET) nach, dass in der Migräneattacke ein Areal im sogenannten Hirnstamm aktiviert wird. Dies hielt auch noch nach erfolgreicher Behandlung der Attacke mit Sumatriptan an. Daraus schlossen die Forscher, dass diese Aktivierung nicht die Folge der Schmerzen sei, sondern dass vielmehr das Hirnstammareal Generator der Schmerzen sei, die Schmerzen also hier ihren Ursprung hätten. Der Migränegenerator war gefunden.

Dieser Generator liegt in der Nähe der Kerngebiete des Trigeminus-Nervs. Das passte gut in ein Erklärungsmodell der Migränekopfschmerzen, bei denen der Trigeminus-Nerv eine wichtige Rolle spielt:

Nach diesem Erklärungsmodell ist die Voraussetzung für eine Migräne eine Überempfindlichkeit des Nervensystems, für welche die Betroffenen eine genetische Veranlagung haben. Ungewöhnliche Reize oder Stressfaktoren, sogenannte Migräne-trigger-Faktoren, sind dafür verantwortlich, dass im Migränegenerator dann vermehrt erregende Nervenbotenstoffe wie Glutamat freigesetzt werden. Der Migränegenerator aktiviert über die Trigeminus-Kerngebiete das sogenannte trigeminovaskuläre System.

In der Folge werden aus Nervenfasern des Trigeminus-Nervs an den Hirnhäuten andere Botenstoffe (Neuropeptide) wie das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) freigesetzt. Dieses führt zu einer Erweiterung der Blutgefäße in der Hirnhaut. Vor allem löst es aber eine örtlich begrenzte neurogene, also vom Nervensystem hervorgerufene Entzündung aus. Die Schmerzrezeptoren in der Hirnhaut werden wie bei jeder Entzündung überempfindlich: Bereits das Pulsieren der Blutgefäße nehmen die Betroffenen dann als hämmernden Migränekopfschmerz wahr.



Trigger wie Stress sorgen dafür, dass bestimmte Botenstoffe freigesetzt werden.

### Die Steuerzentrale Hypothalamus

Unklar war lange, wie Ankündigungs-Phänomene wie Heißhunger, die bereits ein bis zwei Tage vor den Migränekopfschmerzen auftreten, in dieses Modell passen könnten. Aus funktionellen MRT-Untersuchungen weiß man inzwischen, dass in dieser frühen Phase bereits eine Aktivierung im Hypothalamus erfolgt, also in einer höher im Hirn gelegenen Struktur.

Der Hypothalamus ist das wichtigste Steuerzentrum im vegetativen Nervensystem: Hier werden Hunger- und Sättigungsgefühl erzeugt. Der Hypothalamus ist Sitz der inneren Uhr, die alle Tagesrhythmen steuert, und er ist an der Temperaturregulation beteiligt. Störungen in dieser Region können die vielgestaltigen Ankündigungs-Phänomene der Migräne daher gut erklären. Der ursprünglich angenommene Migränegenerator wäre also dem Hypothalamus nachgeschaltet. Damit entstehen die Schmerzen nicht im Migränegenerator, sondern dieser wird aktiv, wenn er entsprechende Signale aus dem Hypothalamus erhalten hat.

### Die CGRP-Geschichte

Zweifelsfrei ist die Migräne damit eine neurologische Erkrankung mit genetischer Grundlage. Umweltfaktoren spielen jedoch eine



Bei der Entstehung einer Migräneattacke werden bestimmte Bereiche im Gehirn der Patienten aktiv (Symbolbild).

entscheidende Rolle für die Ausprägung der Erkrankung. Sie führen zur Übererregung des allerdings auch sehr leicht erregbaren Nervensystems, sodass schließlich die beschriebene Kaskade in Gang kommt. Der vorletzte Schritt ist dann die Freisetzung von Botenstoffen wie des CGRP, das heute durch neue Medikamente, die monoklonalen Antikörper gegen CGRP oder den CGRP-Rezeptor, in aller Munde ist (siehe Seite 37).

Der Nachweis der Freisetzung von CGRP in der Migräneattacke erfolgte bereits vor 30 Jahren. Bereits zum Zeitpunkt der Markteinführung des ersten Triptans 1992/1993, des Sumatriptan, war auch bekannt, dass

diese bahnbrechende neue Substanzklasse genauso wie die alten Ergotamine wirkt, indem sie die Freisetzung von CGRP hemmt. Zehn Jahre später konnte gezeigt werden, dass die intravenöse Gabe von CGRP bei Migränepatienten zuverlässig Migräneattacken auslösen kann. Inzwischen weiß man auch, dass der CGRP-Spiegel im Blut von Patienten mit chronischer Migräne grundsätzlich, also auch zwischen den Migräneattacken, erhöht ist.

Monoklonale Antikörper, die CGRP eliminieren oder den CGRP-Rezeptor blockieren, sind wirksam in der Vorbeugung der Migräne, was das beschriebene Modell untermauert. Unklar ist aber zum heutigen Zeitpunkt, warum Triptane wie das Sumatriptan sc., das man injiziert, bis zu 85 Prozent der Patienten im Migräneanfall zuverlässig helfen, die Antikörper aber nur bei 30 bis 50 Prozent vorbeugend wirksam sind.

## Medikamente als Akuthilfe

## Migräne-Attacken richtig behandeln

von Dr. Katja Heinze-Kuhn

### Wer sollte seine Migräne-Attacke behandeln?

Anders als bei der medikamentösen Vorbeugung (siehe ab Seite 30) erscheint diese Frage unnötig. Wer möchte seine Migräneattacken schon unbehandelt aushalten? Zumindest niemand, der unter stärkeren Kopfschmerzen oder Übelkeit leidet.

Bei einigen Migränepatienten steht jedoch die Migräneaura im Vordergrund. Kopfschmerzen und Begleitsymptome sind entweder nur gering ausgeprägt oder treten überhaupt nicht auf. Für diese Betroffenen gibt es trotz aller Fortschritte in der Migränebehandlung noch immer keine zuverlässige Akutbehandlung – weder Schmerzmittel noch Triptane sind bei Auren wirksam. Die therapeutischen Bemühungen müssen sich in diesen Fällen zwangsläufig auf die Vorbeugung konzentrieren.

Schmerzmittel und Triptane können die Kopfschmerzen sowie Begleitsymptome lindern. Bei einer Aura helfen sie jedoch nicht.

### Die Qual der Wahl: welche Substanz?

Grundsätzlich stehen zur Behandlung von Migräneattacken vier Substanzgruppen zur Verfügung:

- ▶ Mittel gegen Übelkeit,
- ▶ Schmerzmittel,
- ▶ Triptane und
- ▶ Kortisonpräparate.

Sie können entweder einzeln, nacheinander oder auch in Kombination eingesetzt werden. Dem Patienten soll es möglich sein, die Migräneattacken selbstständig wirkungsvoll zu bekämpfen, ohne im Anfall ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen.

### Mittel gegen Übelkeit

Viele Migräne-Betroffene leiden nicht nur unter Kopfschmerzen, sondern zusätzlich unter Übelkeit, oft auch unter Erbrechen. Effektive Wirkstoffe gegen die Übelkeit bei Migräne sind sowohl Metoclopramid und Domperidon als auch Dimenhydrinat. Bei Metoclopramid und Domperidon handelt es sich um Dopamin-Antagonisten, die zusätzlich die in der Migräneattacke gestörte

Magenentleerung normalisieren. Man spricht von einem prokinetischen Effekt. Er verbessert die Aufnahme von Schmerzmitteln und Triptanen, die der Patient als Tablette geschluckt hat, d.h. sie werden schneller in den Dünndarm transportiert, wo sie ins Blut aufgenommen (resorbiert) werden.

Im Gegensatz zu diesen beiden Wirkstoffen macht Dimenhydrinat müde. Das sehen Patienten, die sich bei Migräne hinlegen, jedoch häufig als Vorteil an. Die Substanz ist vielen als Mittel gegen Reisekrankheit bekannt. Sie ist rezeptfrei erhältlich und kann auch bei Kindern eingesetzt werden. Metoclopramid ist nur für Erwachsene, Domperidon ab dem Jugendalter zugelassen. Metoclopramid und Dimenhydrinat stehen auch als Zäpfchen zur Verfügung, was von Nutzen ist, wenn Erbrechen in einem frühen Stadium der Attacke auftritt.

Weniger bekannt ist folgende Wirkung von Domperidon: Nehmen es Patienten ein, wenn sie typische Ankündigungsphänomene der Migräne wie Gähnen, Müdigkeit oder Heißhungerattacken erleben, kann es das Auftreten von Kopfschmerzen am nächsten Tag verhindern.

### Übelkeit stoppen

Ist Migräne-Betroffenen während der Attacke übel, arbeitet der Magen nicht richtig und kann Schmerzmittel nicht optimal aufnehmen. Diese wirken schlechter oder gar nicht. Daher sollte man auch die Übelkeit mit entsprechenden Medikamenten behandeln.

### Schmerzmittel

Da Migräneattacken mit Schmerzen einhergehen und Schmerzmittel (Analgetika) unspezifisch, also gegen jede Form von Schmerzen helfen können, sollte man annehmen, dass sie auch bei Migräne-Kopfschmerzen wirken. Dies ist jedoch nicht ganz richtig: Nur ein Teil der Schmerzmittel ist potenziell wirksam bei Migräne. So gelten Opiode, also alle Substanzen mit dem Wirkmechanismus des Morphins, als grundsätzlich unwirksam. Hingegen können rezeptfrei erhältliche Schmerzmittel wie Acetylsalicylsäure oder Ibuprofen vielen sehr gut helfen, obwohl sie eigentlich als schwächer wirksam eingestuft werden. Entscheidend ist hier der entzündungshemmende Effekt, den diese Schmerzmittel ebenfalls haben, der aber dem Morphin fehlt.

Ein großer Teil der Migränepatienten sucht keine ärztliche Hilfe auf. Häufig wird daraus abgeleitet, diese Patienten seien „unterversorgt“. Man darf jedoch davon ausgehen, dass das in der Mehrzahl der

Schmerzmittel nennt man auch Analgetika. Vor allem solche mit entzündungshemmendem Effekt helfen bei Migräne.

Fälle ganz und gar nicht stimmt. Die Patienten suchen keinen Arzt auf, weil sie ihn gar nicht benötigen – die Apotheke tut es auch! Allerdings garantiert auch die Auswahl des richtigen, entzündungshemmenden Schmerzmittels keinesfalls eine gute Wirkung bei Migräne. Bei schweren Migräneattacken sind Schmerzmittel entweder überhaupt nicht wirksam oder nur, wenn der Arzt sie intravenös verabreicht. Diese Patientengruppe wird heute mit Triptanen behandelt, einer Substanzklasse, die spezifisch zur Behandlung von Migräneattacken entwickelt wurde.



Viele Medikamente gegen Migräne sind ohne Rezept in der Apotheke erhältlich. Man sollte sie möglichst zu Beginn der Attacke nehmen.

### So wirken Schmerzmittel zuverlässiger

Folgende einfache Regeln erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient auf Schmerzmittel anspricht:

- ▶ Medikamente möglichst früh nach Beginn der Attacke einnehmen, ggf. sogar bereits in der Auraphase,
- ▶ eine ausreichende Startdosis einnehmen (in der Regel das Doppelte der höchsten freiverkäuflichen Dosis, z.B. 800 mg Ibuprofen oder 1 000 mg Acetylsalicylsäure),
- ▶ das Schmerzmittel mit Metoclopramid oder Domperidon kombinieren, um seine Aufnahme im Darm zu verbessern,
- ▶ bei ausgeprägter Übelkeit Zäpfchen nutzen, z.B. mit Novaminsulfon oder Paracetamol.

Welche Substanz im Einzelfall das beste Verhältnis aus Wirksamkeit und Verträglichkeit aufweist, kann nicht vorhergesagt werden. Der Patient muss die Substanzen einfach testen. Wenn die Arznei wirkt, dann in der Regel schnell. Daher braucht man nicht länger als eine Stunde nach Einnahme des Schmerzmittels zu warten, um das Medikament für unwirksam zu erklären und eventuell auf ein Triptan zu wechseln.

Interessant ist aber auch folgende Beobachtung: Sind Schmerzmittel in Tablettenform und auch Triptane unwirksam, kann die



## Empfehlungen

Zur Behandlung von Migräne-Attacken werden folgende Wirkstoffe empfohlen:

### A Stark entzündungshemmende Substanzen:

- ▶ Acetylsalicylsäure 1000 mg
- ▶ Ibuprofen 800 mg
- ▶ Diclofenac 25-50 mg
- ▶ Naproxen 500 mg

### B Weniger entzündungshemmende, magenfreundlichere Schmerzmittel:

- ▶ Paracetamol 1000 mg
- ▶ Novaminsulfon/Metamizol 1000 mg
- ▶ Phenazon 1000 mg

Gabe von Lysinacetyl-Salicylat (2 x 500 mg), das der Arzt intravenös verabreicht, immer noch wirksam sein.

## Die wichtigste Regel zur Einnahme

Sowohl spezifische Migränetherapeutika wie Triptane und Ergotamine als auch die gängigen Schmerzmittel können einen Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch hervorrufen. Nimmt man ausschließlich einfache Schmerzmittel mit lediglich einem Einzel-Wirkstoff ein, gilt eine Obergrenze von bis zu 14 Einnahmetagen im Monat. Triptane und Schmerzmittel-Mischpräparate sollte man an höchstens zehn Tagen im Monat anwenden und an den übrigen 20 Tagen dafür gar nichts. Dies bezeichnet man als 10-20-Regel.

## Triptane

Triptane kommen bei Patienten zum Einsatz, bei denen Schmerzmittel unzuverlässig oder gar nicht wirksam sind. Im Gegensatz zu den Schmerzmitteln werden sie als spezifische Migränemedikamente bezeichnet, da sie nicht bei jedem Schmerz wirken, sondern gezielt bei Migräne. Die Wirksamkeit der Triptane erstreckt sich dabei nicht nur auf den Migränekopfschmerz, sondern auch auf die Begleitsymptome Übelkeit, Licht- und Lärmüberempfindlichkeit. Nur Migräne-Auren lassen sich damit nicht beeinflussen.

Die Triptane und ihre Darreichungsformen unterscheiden sich in ihrem Wirkprofil. Damit lässt sich die Therapie an die individuellen Bedürfnisse der Patienten anpassen. In der Praxis ist es ausreichend, die Präparate in drei Gruppen einzuteilen:

### Gruppe 1

**Frovatriptan** und **Naratriptan** bilden die Gruppe der lang wirksamen und sehr gut verträglichen Triptane. Allerdings sind sie im Vergleich zu den anderen Triptanen schwächer wirksam; außerdem setzt ihre Wirkung relativ spät ein. Sie sind nur als Tabletten verfügbar.

Triptane wurden speziell zur Behandlung von Migräne-Attacken entwickelt. Bei anderen Kopfschmerzen wirken sie meist nicht.

## Gruppe 2

Das Gegenmodell sind **Sumatriptan** subkutan (s.c.; wird vom Patienten mit einem Autoinjektor eigenständig unter die Haut gespritzt), **Zolmitriptan nasal** (Nasenspray) und **Rizatriptan** (Tablette). Sie kombinieren eine hohe Wirksamkeit mit einem schnellen Wirkeintritt. Allerdings ist der Preis dafür eine höhere Wahrscheinlichkeit für Wiederkehr-Kopfschmerzen (s.u.) und Nebenwirkungen.

Sumatriptan s.c. gilt dabei als das stärkste und schnellste Migränemedikament, das in einer Studie im direkten Vergleich auch Lysinacetyl-Salicylat i.v. eindeutig überlegen war.

Die Wirkung der Triptane ist sehr unterschiedlich. Hilft eines nicht, lohnt es sich, in Absprache mit dem Arzt ein anderes zu probieren.

## Gruppe 3

**Almotriptan, Eletriptan, Sumatriptan** und **Zolmitriptan** als Tablette sowie Sumatriptan nasal bilden das Mittelfeld. Sie haben ein relativ ausgeglichenes Wirkprofil, d.h. sie wirken stärker und schneller als die Substanzen der Gruppe 1 und gleichzeitig sind sie länger wirksam und besser verträglich als Sumatriptan s.c.

### Darreichungsformen

Alle sieben Triptane sind als Tablette erhältlich. Zusätzlich gibt es Rizatriptan noch als Schmelztablette, Sumatriptan als Nasenspray und Autoinjektor sowie Zolmitriptan als Schmelztablette und Nasenspray.

## Kortisonpräparate

Da die Kopfschmerzen bei Migräne Folge einer Entzündung sind, ist es nachvollziehbar, dass im Anfall nicht nur entzündungshemmende Schmerzmittel, sondern auch Kortisonpräparate wirksam sein können. Im ärztlichen Notdienst macht man sich diesen Effekt schon lange zunutze, indem man Patienten mit einem Status migränosus, einer überlangen Migräneattacke, Kortisonpräparate intravenös gibt. Und auch Medikamentenpausen, mit denen man gegen Kopfschmerzen bei Medikamenten-Übergebrauch vorgeht, lassen sich durch eine Kortisongabe häufig so erleichtern, dass diese zu Hause durchgeführt werden können. Auf der anderen Seite sind die erforderlichen Kortisonmengen bei Migräne so hoch, dass sie nicht regelmäßig angewendet werden können, sondern nur in den genannten Ausnahmesituationen.

## Einnahmeregeln für Triptane – wie vorgehen?

### Der richtige Einnahmezeitpunkt

Wenn auch Triptane noch in einer fortgeschrittenen Attacke Linde-

Sobald Sie spüren, dass es sich um eine Migräne handelt, sollten Sie die Medikamente anwenden.

Kommen sie zu spät, wirken sie schlechter.

bringen können, gilt auch bei ihnen, dass man einen besseren Therapieerfolg erzielt, wenn man sie früh und in ausreichender Dosis anwendet. Im Idealfall erfolgt die Einnahme in dem Moment, in dem ein Kopfschmerz sicher als Migräne zu erkennen ist. Häufig beginnen Migräneattacken mit einem diffusen, beidseitigen Kopfschmerz, der mit einem dumpf-drückenden Charakter eher einem Kopfschmerz vom Spannungstyp ähnelt. Den Übergang zur Migräne erkennt man daran, dass entweder

- ▶ die Kopfschmerzintensität bei Anstrengung oder beim Bücken zunimmt,
- ▶ der Kopfschmerz einen pochend-hämmernden Charakter annimmt,
- ▶ sich der Kopfschmerz auf eine Seite verlagert oder
- ▶ Begleitsymptome wie Übelkeit, Licht- und Lärmempfindlichkeit dazukommen.

Man muss mit der Einnahme eines Triptans nicht warten, bis alle diese Punkte erfüllt sind – einer reicht aus. Auf der anderen Seite sollen Triptane erst eingesetzt werden, wenn eine eventuell vorhandene Migräneaura komplett abgeklungen ist. Aus Studien ist bekannt, dass Triptane gegen die Auren nicht wirksam sind. Interessanterweise können sie auch das spätere Auftreten von Kopfschmerzen nicht verhindern, wenn man sie bereits in der Auraphase eingenommen hat.

### Nicht jeder darf Triptane nehmen

Es gibt einige Einschränkungen (Kontraindikationen) für die

Triptantherapie: So dürfen Menschen, die arterielle Durchblutungsstörungen haben, Triptane nicht nutzen. Dazu zählen Durchblutungsstörungen des Kopfes und Herzens genauso wie des übrigen Körpers. Dies betrifft also beispielsweise Patienten, die bereits einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt erlitten haben oder bei denen eine periphere arterielle Verschlusskrankheit in den Beinen vorliegt (PAVK, auch als „Schaufensterkrankheit“ bezeichnet). Eine mögliche Alternative ist dann Lasmiditan (s. S. 29).

### Triptane? Hier nicht!

Eine einfache Regel besagt, dass für einen Patienten, der wegen Durchblutungsstörungen ASS 100 mg einnehmen soll, Triptane nicht geeignet sind.

Nicht erlaubt sind Triptane zudem, wenn Patienten einen unzureichend behandelten Bluthochdruck aufweisen. Das stellt jedoch in der Praxis meist kein großes Problem dar, weil viele Blutdrucksenker gleichzeitig auch vorbeugend gegen Migräne helfen und damit mit doppelter Indikation – als Blutdrucksenker und als Migräne-Prophylaxe – eingesetzt werden können.

Dagegen schränkt eine diagnostizierte tiefe Beinvenenthrombose, also eine venöse Durchblutungsstörung, den Einsatz von Triptanen nicht ein. Venöse Thrombosen werden übrigens auch nicht mit ASS 100 mg behandelt.

### Erfahrungen mit Jugendlichen und Senioren

Alle Triptane sind für den Altersbereich 18 bis 65 Jahre zugelassen, die Nasensprays von Sumatriptan und Zolmitriptan zusätzlich bereits ab dem 12. Lebensjahr. Nur für die schnell wirkenden Nasensprays ließ sich bei Jugendlichen in Studien im Vergleich mit einem Scheinpräparat (Placebo) eine bessere Wirkung demonstrieren. Viele kindliche Migräneattacken klingen spontan bereits nach wenigen Stunden ab und erhöhen so die Placebowirkung.

Die Folge in den Studien war, dass Triptane in Tablettenform, wenn man ihre Wirksamkeit überprüfte, nach zwei beziehungsweise vier Stunden zwar gut wirksam waren – aber das Placebo eben auch. Nasensprays wirken meist schon innerhalb einer Stunde, also bereits zu einem Zeitpunkt, in dem die Migräneattacken noch nicht von allein abgeklungen sind und der Placeboeffekt deswegen noch entsprechend niedrig ist. So ließ sich nachweisen, dass Nasensprays in ihrer Wirkung dem Placebo überlegen sind.

Daraufhin wurde die Zulassung für diese Präparate erweitert; sie sind nun auch für das Jugendalter zugelassen.

Warum sind Triptane aber nicht für Über-65-Jährige zugelassen? Das erklärt sich daraus, dass ältere Migränepatienten von den Zulassungsstudien für Triptane ausgeschlossen waren, und dass damit weder Wirksamkeits- noch Sicherheitsdaten für sie vorliegen. Es sollte daher gut überlegt sein, ob man diese Medikamente jenseits des 65. Lebensjahres nutzt. Außerdem sollte ausgeschlossen sein, dass Durchblutungsstörungen vorliegen (s. S. 69).



Wie man Migräne bei Kindern und Jugendlichen behandeln kann, beschreibt eine spezielle Broschüre, die über [logistik@migraeneliga.de](mailto:logistik@migraeneliga.de) kostenlos erhältlich ist.

### Wiederkehr-Kopfschmerzen: Wenn das Triptan nur kurz wirkt

Migräneattacken können im typischen Fall bis zu 72 Stunden anhalten. Triptane können diese nicht beenden, sondern nur die Symptome unterdrücken. Dazu haben sie nur eine relativ kurze Verweildauer im Körper, bis sie wieder abgebaut werden. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Patienten über Wiederkehr-Kopfschmerzen berichten: Migränebeschwerden werden vorübergehend unterdrückt, nur um nach einigen Stunden oder am nächsten Tag mit unverminderter Härte zurückzukehren, wenn die Triptane aus dem Körper verschwunden sind.

Alle Triptane dürfen daher bei Auftreten von Wiederkehr-Kopfschmerzen am gleichen Tag noch einmal eingenommen werden und das auch drei Tage nacheinander. Setzen Wiederkehr-Kopfschmerzen regelmäßig ein, sollte der Betroffene wenn möglich auf ein Triptan mit einer langen Halbwertszeit wechseln, das also lange wirkt. Dazu eignen sich insbesondere Naratriptan und Frovatriptan. Ist das nicht erfolgreich, kann in Erwägung gezogen werden, ein Triptan mit einem lang wirksamen, entzündungshemmenden Schmerzmittel wie Naproxen zu kombinieren. Dies kann die Wirkdauer eines Triptans deutlich verlängern.

### Kopfschmerzen durch Triptan-Übergebrauch

Wie bei anderen Kopfschmerz-Medikamenten auch gilt für Triptane, dass man sie an höchstens zehn Tagen im Monat einnehmen soll. Keine andere Substanzgruppe führt schneller und häufiger zu Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch! Auf der anderen Seite kann diese Komplikation auch leichter als bei anderen Substanzen durchbrochen werden.

Nimmt die Häufigkeit einer Migräne zu, wenn man Triptane regelmäßig einnimmt,

Triptane dürfen an drei Tagen nacheinander genommen werden, aber nicht häufiger als an zehn Tagen im Monat.



reicht es häufig aus, die nächste Migräneattacke auszuhalten. Dieser „Kurzentzug“ über ein bis drei Tage kann mit bestimmten Medikamenten erträglich gestaltet werden: mit müdemachenden Medikamenten gegen Übelkeit mit dem Wirkstoff Dimenhydrinat, die „schmerzdistanzierend“ wirken, also die Schmerzempfindlichkeit verringern, oder mit Kortisonpräparaten.

Patienten, die allerdings das „Vollbild“ eines Kopfschmerzes bei Triptan-Übergebrauch aufweisen, weil sie über mehrere Monate hinweg an mehr als zehn Tagen pro Monat trotz aller vorbeugender Bemühungen Triptane genommen haben, bleibt eine längere Medikamentenpause über mindestens 14 Tage nicht erspart.

Vorsicht: Triptane führen besonders häufig zu einem Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch.

### Alternative zu Triptanen: Lasmiditan

Seit 2023 steht mit dem Lasmiditan eine Alternative bei schweren Migräne-Attacken zur Verfügung, wenn Triptane kontraindiziert, unverträglich oder unwirksam sind. Lasmiditan wirkt ähnlich stark wie Sumatriptan, ohne Blutgefäße zu verengen. Deshalb eignet es sich auch für Patienten mit Gefäßerkrankungen, etwa nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Diesen positiven Eigenschaften stehen jedoch sehr häufige zentralnervöse Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Schwindel gegenüber. Das Führen von Fahrzeugen ist für acht Stunden nach Einnahme untersagt.

## Wann sie nötig sind, wie man sie anwendet

### Vorbeugen mit Medikamenten

von Dr. Axel Heinze

Eine medikamentöse Prophylaxe kommt für Patienten in Frage, die häufige oder besonders lange Migräneattacken haben.

#### Für wen eignen sich vorbeugende Medikamente?

Das Ziel der medikamentösen Vorbeugung ist es, Migräneattacken seltener, kürzer und leichter zu machen. Bedauerlicherweise findet man nicht immer sofort eine Substanz, die sowohl wirksam als auch verträglich ist. Wenn man aber erst einmal fündig geworden ist, kann sich die Lebensqualität der Betroffenen dramatisch verbessern. Täglich Medikamente einzunehmen ist aber sicherlich nicht für alle Migränepatienten erforderlich. Gute Argumente für eine solche Maßnahme wären beispielsweise:

- ▶ **Häufige Migräneattacken:** Spätestens ab sechs Migränetagen im Monat, die mit einer Einnahme von Schmerzmitteln oder Triptanen verbunden sind, sollte der Patient eine vorbeugende Therapie beginnen. Ziel ist es, unter anderem zu verhindern, dass sich ein Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch entwickelt. Die Migräne soll vor allem seltener werden.
- ▶ **Versagen der Attacken-Behandlung:** Bei einigen Patienten wirken Schmerzmittel und Triptane nicht oder sie vertragen diese nicht. Manch andere dürfen diese aufgrund von Begleiterkrankungen, sogenannten Kontraindikationen, nicht einsetzen. In solchen Fällen empfiehlt sich eine Vorbeugung mit Medikamenten auch dann, wenn die Attacken relativ selten sind. Hier strebt man insbesondere an, dass sich die Migräneattacken abschwächen.
- ▶ **Besonders lange Attacken,** die wiederholt auftreten: Hält eine Migräneattacke länger als drei Tage an, spricht man von einem Status migränosus. Frauen kennen dies nicht selten zum Zeitpunkt der Regel. Hier soll durch die medikamentöse Vorbeugung vor allem erreicht werden, dass sich die Attacke verkürzt.
- ▶ **Ausgeprägte Migräne-Auren:** Haben Migräne-Auren erst einmal begonnen, kann man sie nicht mehr aufhalten. Schmerzmittel und Triptane sind hier wirkungslos. Man muss gezwungenermaßen abwarten, bis sie von allein abgeklungen sind. Treten die Auren besonders lang auf oder in Form von Sprachstörungen oder Lähmungen, können sie die Betroffenen (und ihre Um-

gebung) verständlicherweise stark ängstigen. Hier hofft man, die Auren durch eine medikamentöse Vorbeugung möglichst vollständig zu unterdrücken.

Die medikamentöse Prophylaxe soll dabei nie sinnvolle Verhaltensmaßnahmen ersetzen, sondern diese, falls erforderlich, ergänzen. Das Führen eines Kopfschmerzkalenders, sei es mittels App oder althergebracht auf Papier, hilft bei der Entscheidung, den richtigen Startzeitpunkt zu wählen. Wie so oft im Leben gilt auch hier die Regel, nicht zu spät zu beginnen. Liegt erst einmal eine chronische Migräne mit Medikamenten-Übergebrauch vor, tun sich die vorbeugenden Medikamente natürlich schwerer.

### Die Qual der Wahl: welche Substanz?

Hat man sich zu einer medikamentösen Prophylaxe entschlossen, folgt der schwierigere Schritt, die geeignete Substanz auszuwählen. In Leitlinien zur Migränetherapie werden vorbeugende Medikamente mit hoher wissenschaftlicher Evidenz von solchen mit geringerer Evidenz unterschieden.

#### **Vorbeugende Substanzen mit hoher wissenschaftlicher Evidenz:**

- ▶ Metoprolol, Propranolol, Bisoprolol
- ▶ Amitriptylin
- ▶ Flunarizin
- ▶ Topiramat
- ▶ Onabotulinumtoxin
- ▶ Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab
- ▶ Atogepant

#### **Vorbeugende Substanzen mit geringerer wissenschaftlicher Evidenz:**

- ▶ Opipramol
- ▶ Lisinopril
- ▶ Candesartan
- ▶ Magnesium
- ▶ Vitamin B<sub>2</sub>
- ▶ ASS

Medikamente mit geringerer Evidenz müssen dabei nicht schlechter wirksam sein – nur gibt es nicht viele Studien, die ihre Wirk-

Von einer Evidenzspricht man, wenn die Wirksamkeit in klinischen Studien nachgewiesen werden konnte.





Medikamente mit geringer Evidenz müssen nicht schlechter sein.

samkeit belegen würden. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich zudem kaum direkte Vergleichsstudien, die nahelegen, dass eine Substanz besser wirkt als eine andere.

Bei der Auswahl des vorbeugenden Arzneimittels sollte daher in erster Linie die individuelle Situation des Betroffenen mit seinen

Begleiterkrankungen, Wünschen und Bedürfnissen berücksichtigt werden. Auf der anderen Seite unterliegt der behandelnde Arzt nach dem Sozialgesetzbuch V dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Spritzenbehandlung mit Onabotulinumtoxin ist für Patienten verständlicherweise sehr attraktiv, weil sie gut verträglich ist und mit drei Monaten lange wirkt. Die Zulassung beschränkt die Anwendung dieser Methode jedoch ausschließlich auf Patienten mit chronischer Migräne, bei denen die übrigen – deutlich preiswerteren – vorbeugenden Medikamente, die eine hohe Evidenz haben, unwirksam oder unverträglich waren. Bevor man einen modernen monoklonalen Antikörper nutzen kann (wie Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab oder Galcanezumab; s. S. 37), der nochmals deutlich teurer als Onabotulinumtoxin ist, gilt für Patienten mit einer chronischen Migräne entsprechend, dass vorher neben den anderen vorbeugenden Substanzen mit hoher Evidenz auch Onabotulinumtoxin unwirksam oder unverträglich gewesen sein muss!

### **Auswahlkriterium: der individuelle Leidensdruck**

Bei der Auswahl der Substanzen müssen also individuelle Bedürfnisse des Betroffenen genauso wie Vorgaben der Kostenträger berücksichtigt werden. Hieraus resultiert ein therapeutischer Algorithmus, der zunächst vorsieht, dass man die Patienten hinsichtlich ihres Leidensdruckes unterscheidet. Je höher der Leidensdruck, umso eher ist man bereit, auch unangenehme Nebenwirkungen hinzunehmen. Wer dagegen keinen Leidensdruck hat, wird auch nicht täglich Medikamente einnehmen wollen.

Sind die unter Punkt 1 genannten Substanzen unwirksam oder unverträglich beziehungsweise liegen Gegenanzeigen vor, kann bei einer episodischen Migräne ein monoklonaler Antikörper eingesetzt werden. Bei einer chronischen Migräne muss vor den Antikörpern zusätzlich auch Onabotulinumtoxin erfolglos gewesen sein.

## Zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen

Mit Ausnahme der monoklonalen Antikörper ist keine der aufgeführten Substanzen gezielt zur Vorbeugung der Migräne entwickelt worden. Die Wirkstoffe sind beispielsweise ursprünglich Mittel zur Behandlung von Bluthochdruck, Depressionen oder Epilepsie. Dieses Wissen kann hilfreich sein, wenn man vor der Frage steht, welche der zahlreichen Substanzen man zur Migräneprophylaxe nehmen soll.

Vielleicht kann man ja zwei Gesundheitsstörungen mit einem Medikament behandeln? So drängen sich zum Beispiel die Blutdrucksenker Metoprolol, Propranolol, Lisinopril oder Candesartan geradezu auf, wenn ein Patient gleichzeitig Migräne und Bluthochdruck hat. Es lohnt sich aber auch, auf die möglichen Nebenwirkungen der Medikamente zu achten – Nebenwirkungen müssen keinesfalls immer ungünstig sein: Wer unter Schlafstörungen leidet, wird ein müde machendes Medikament wie Amitriptylin zu schätzen wissen. Auf der anderen Seite gibt es potenzielle Nebenwirkungen, die für Patienten inakzeptabel sind, sodass die entsprechende Substanz gar nicht in Betracht gezogen werden kann.

## Auswahl der medikamentösen Prophylaxe nach individuellem Leidensdruck

### A Kein Leidensdruck: Keine Prophylaxe notwendig

### B Mäßiger Leidensdruck

- ▶ Magnesium
- ▶ Magnesium + Vitamin B<sub>2</sub> + Coenzym Q10

Für diese Medikamente gilt: Sie haben den Vorteil, dass bei der Einnahme keine unangenehmen Nebenwirkungen zu erwarten sind. Nachteil: Die Wirksamkeit ist bei schweren Verläufen häufig nicht ausreichend.

### C Hoher Leidensdruck

1. ▶ Metoprolol/Propranolol
  - ▶ Amitriptylin
  - ▶ Flunarizin
  - ▶ Topiramat
2. ▶ Onabotulinumtoxin bei chronischer Migräne
  - ▶ monoklonaler Antikörper wie Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab oder das Gepant Atogepant

Oft lassen sich mit diesen Arzneimitteln mehrere Gesundheitsstörungen gleichzeitig behandeln.

## Auswahl der Prophylaxe nach Bedürfnissen, Wünschen und Begleiterkrankungen

- ▶ Nahrungsergänzungsmittel bevorzugt:  
Magnesium, Vitamin B<sub>2</sub>
  - ▶ Frauen, die keine sichere Verhütung wie die Pille nutzen\*:  
Magnesium, Amitriptylin, Metoprolol
  - ▶ Begleiterkrankung Bluthochdruck:  
Metoprolol, Propranolol, Bisoprolol, Candesartan, Lisinopril
  - ▶ Begleiterkrankung Depression:  
Amitriptylin, Venlafaxin
  - ▶ Begleiterkrankung Schlafstörung:  
Amitriptylin
  - ▶ Begleiterkrankung Tagesmüdigkeit/Antriebsstörung:  
Venlafaxin
  - ▶ Begleiterkrankung chronischer Spannungskopfschmerz:  
Amitriptylin
  - ▶ Keine Gewichtszunahme gewünscht:  
Topiramate, Candesartan, Magnesium, Vitamin B<sub>2</sub>
  - ▶ Appetitzunahme gewünscht:  
Amitriptylin, Flunarizin
  - ▶ Wirksamkeit besonders gegen Auren erforderlich:  
Flunarizin, Topiramate
- \* Frauen, die planen, schwanger zu werden oder schwanger sind, sollten Topiramate unbedingt meiden.

Die nebenstehende Aufzählung soll Betroffenen helfen, zur vorbeugenden Therapie ein Medikament auszuwählen, das ihre individuellen Begleiterkrankungen, Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt.

## Einnahmeregeln: wie vorgehen?

Für die Durchführung einer medikamentösen Vorbeugung gibt es keine allgemeingültigen Regeln. Vor Beginn der Behandlung lässt sich weder vorhersagen, ob die Substanz bei dem jeweiligen Patienten wirken wird, noch ob er sie gut verträgt. Bei dem einen Patienten muss die Wirkung so schnell wie möglich einsetzen, bei einem anderen hat man nach langjährigem Krankheitsverlauf keine Eile. Ein Betroffener reagiert schon beim Lesen eines

Beipackzettels mit Nebenwirkungen, bei einem anderen wirken Medikamente immer erst beim Doppelten der empfohlenen Dosis. Man kann daher nur generelle Empfehlungen aussprechen, die individuell angepasst werden sollten.

- ▶ **Das Risiko für Nebenwirkungen nimmt typischerweise mit steigender Dosis zu.** Wendet man über längere Zeit konstant die gleiche Dosis an, können sich Nebenwirkungen aber häufig auch wieder zurückbilden. Aus diesem Grund beginnt man mit einer niedrigen Dosis. Erst wenn sich diese als verträglich

erwiesen hat oder anfänglich bestehende Nebenwirkungen abgeklungen sind, steigert man die Dosis. Dies bezeichnet man als „Eindosierung“ oder „Aufdosierung“. So tastet man sich langsam an die angestrebte Zieldosis heran. Dieses vorsichtige Vorgehen hat den zusätzlichen Vorteil, dass man niedrigeren Dosierungen ausreichend Zeit zu wirken gibt. Nicht jeder Patient benötigt unbedingt hohe Dosierungen, um einen vorbeugenden Effekt zu erzielen.

Aufdosieren: Um Nebenwirkungen zu vermeiden, beginnt man mit einer niedrigen Dosis, die sich langsam steigert.

- ▶ **Eine Substanz wird zur Migräne-Prophylaxe nur empfohlen, wenn ihre Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen werden konnte.** Die effektive Dosis in den Studien wird automatisch zur empfohlenen Zieldosis. Die Zieldosis stellt dabei keine Mindestdosis da. Häufig reicht auch bereits eine deutlich kleinere – und damit wahrscheinlich besser verträgliche – Substanzmenge aus. Aber man darf eine Substanz fairerweise nur als unwirksam bezeichnen, wenn man die Zieldosis über einen ausreichend langen Zeitraum erprobt hat.
- ▶ **Ob ein Medikament wirksam ist oder nicht,** beurteilt man bei den meisten Mitteln etwa acht Wochen, nachdem die angestrebte Zieldosis erreicht wurde. Die individuell unterschiedlich lange Eindosierungs-Phase wird nicht mitgezählt. Angestrebt wird bei der episodischen Migräne, die Zahl der Migränetage im Monat zu halbieren. Bei der chronischen Migräne sieht man schon eine Reduktion um 30 Prozent als Erfolg an. Ist nach den acht Wochen keine ausreichende Besserung eingetreten, sollte man die Therapie verändern: Man kann die Dosis erhöhen, ein anderes Medikament ergänzen oder gleich die Substanz wechseln.
- ▶ **Ist eine Prophylaxe wirksam,** stellt sich die Frage, wie lange der Betroffene sie anwenden sollte. Viele Patienten scheuen verständlicherweise ein Absetzen einer Prophylaxe, die wirksam und verträglich ist. Grundsätzlich spricht auch nichts dagegen, die Medikamente dauerhaft einzunehmen. In den ursprünglichen Indikationen wie Bluthochdruck werden die Substanzen in der Regel ja auch nicht abgesetzt. Aber je unangenehmer die Neben-

Erst wenn man die Zieldosis mindestens acht Wochen lang eingenommen hat, lässt sich beurteilen, ob das Mittel wirkt.

wirkungen und je schwächer die Wirkung, umso mehr drängen Patienten darauf, die für sie lästige Vorbeugung zu beenden. Hier lautet die Grundregel, dass man eine Prophylaxe frühestens nach sechs bis zwölf Monaten versuchsweise reduzieren und im Idealfall dann auch ganz absetzen sollte. Kommt es zur Verschlechterung, kann man die Prophylaxe wieder starten oder man gibt einer anderen Substanz eine Chance.

Wer eine medikamentöse Prophylaxe einsetzt, sollte unbedingt einen Kopfschmerzkalender führen. Nur so kann objektiv überprüft werden, ob sich die Migränehäufigkeit und die Menge der eingenommenen Anfallsmedikamente (Schmerzmittel oder Triptane) wirklich verringern.

► **Es gibt keine überzeugenden Studien**, dass es zu einer besseren Wirkung führt, wenn man verschiedene vorbeugende Substanzen kombiniert. In der Praxis können zwei unterschiedliche, niedrig do-

sierte Medikamente aber besser verträglich sein als eine Substanz in der dann erforderlichen hohen Dosierung. Zum Teil heben sich Nebenwirkungen unterschiedlicher Medikamente auch auf. Ein gutes Beispiel wäre die Kombination von Magnesium, das die Darmentleerung beschleunigt, mit einem trizyklischen Antidepressivum wie Amitriptylin, das die Darmbeweglichkeit eher bremst.

Das appetitsteigernde Antidepressivum Amitriptylin eignet sich auch zur Kombination mit Topiramaten, das den Appetit mindert, aber Depressionen fördert. Eine Kombination zweier Substanzen mit ähnlichen Nebenwirkungen sollte hingegen natürlich gemieden werden. Zwei appetitsteigernde Substanzen sollte man nur bei untergewichtigen Patienten in Erwägung ziehen, und zwei potentiell depressionsauslösende Substanzen sollten nur im Ausnahmefall kombiniert werden.

Nutzen Sie einen Schmerzkalender wie diesen von der Migräne- und Kopfschmerzambulanz der MGH Königstein.

### Besondere Substanzen: Onabotulinumtoxin ...

Onabotulinumtoxin ist bereits seit 2011 in Deutschland zur Vorbeugung der chronischen Migräne zugelassen. Die Wirksamkeitsrate liegt bei etwa 50 Prozent, wobei im Einzelfall nicht vorhergesagt werden kann, bei wem es wirkt. Die Behandlung besteht aus 31 bis 39 Injektionen an festgelegten Stellen rund um Kopf und Nacken. Ein positiver Effekt kann rund 14 Tage nach der Injektion erwartet werden, spätestens nach drei Monaten lässt die Wirkung wieder (relativ abrupt) nach. Dann kann die Prozedur wiederholt werden. Auch wenn die meisten Patienten bereits in den ersten drei Monaten eine Besserung erfahren, wird empfohlen, die Behandlung bei fehlendem Effekt dreimal durchzuführen, bevor sie als unwirksam eingestuft wird. Der Grund dafür ist, dass bei einigen wenigen Patienten ein positiver Effekt erst verzögert eintritt. Die Verträglichkeit ist ausgesprochen gut, sieht man von den Schmerzen bei den einzelnen Injektionen ab.

Der Wirkstoff Onabotulinumtoxin ist auch als Anti-Falten-Spritze unter dem Namen „Botox“ bekannt.

### ... und monoklonale Antikörper

Die Einführung von Erenumab, des ersten monoklonalen Antikörpers zur Migräneprophylaxe, wurde von vielen Migränepatienten sehnsüchtig erwartet. Inzwischen sind mit Eptinezumab, Galcanezumab und Fremanezumab weitere Antikörper verfügbar. Erstmals war eine Substanzklasse gezielt zur Migräneprophylaxe entwickelt worden. Schon die Studienphase wurde intensiv von den Medien begleitet. Im Mittelpunkt standen dabei die sogenannten Super-Responder, also Patienten, bei denen die Migräne fast oder tatsächlich komplett verschwand. Auch andere Eigenschaften machen die Antikörper sehr attraktiv: Die Behandlung besteht lediglich aus einer subkutanen Injektion im Monat, die mit einem Autoinjektor selbst verabreicht werden kann. Die Wirkung tritt sehr schnell ein; meist kann bereits nach einem Monat beurteilt werden, ob die Behandlung effektiv ist. Hat sich nach drei Monaten keine Besserung eingestellt, kann die Behandlung beendet werden.

Bei den Patienten in den Studien, die zugegebenermaßen meist jung und gesund waren, fanden sich kaum Nebenwirkungen. Ein leicht erhöhtes Risiko für eine Verstopfung beim Erenumab dürfte einen Kummer gewöhnten Patienten kaum abschrecken, gleiches gilt für eine mögliche vorübergehende Reaktion am Injektionsort

Seit 2025 ist mit Atogepant das erste Gepant verfügbar. Es wirkt wie Erenumab, ist aber eine Tablette (s.S. 38).

Ein Vorteil der neuen Medikamente: Bisher weisen sie – anders als die herkömmliche Prophylaxe – kaum Nebenwirkungen auf.

mit Rötung, Schwellung, Schmerz oder Jucken bei Galcanezumab oder Fremanezumab. Die Studien zeigten auch, dass eine einmal eingetretene Wirksamkeit über lange Zeit stabil bleibt. Es gibt keine Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, insbesondere nicht mit Triptanen zur Attackenbehandlung. Allerdings handelt es sich um eine vergleichsweise teure Behandlung. Dies führt dazu, dass ein Einsatz auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit erst erfolgen darf, wenn die Standardmedikamente zur Prophylaxe entweder unwirksam oder unverträglich waren oder aufgrund von Gegenanzeigen nicht eingesetzt werden können.

Die Wirksamkeit lässt sich im Einzelfall wie beim Onabotulinumtoxin nicht vorhersagen. In den Studien, in denen Patienten mit mehreren vorangegangenen erfolglosen Prophylaxe-Versuchen behandelt wurden, kam es bei immerhin etwa einem Drittel der Teilnehmer zumindest zu einer Halbierung der Migränetage im Monat. Diese Ansprechraten spiegeln erstaunlich genau das wider, was man auch im klinischen Alltag beobachtet. Mindestens genauso häufig findet man jedoch auch Patienten, die zwar keine Halbierung der Migränetage erreicht haben, bei denen es aber zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität gekommen ist. Die Attacken verlaufen schwächer, die Attacken-Medikation

funktioniert besser oder wird seltener erforderlich. Ausfallzeiten bei der Arbeit, in der Schule und in der Freizeit verringern sich. Zusammengefasst nehmen auch sie wieder mehr am Leben teil.

Bedenkt man, dass es sich um eine Gruppe von schwer betroffenen Migränepatienten handelt, die man vorher als „therapieresistent“ bezeichnet hat, wird deutlich, welchen Fortschritt die monoklonalen Antikörper für die Migränebehandlung wirklich bedeuten.

### Neue Option für die Prophylaxe: Gepante

Eine Alternative zu den zu injizierenden Antikörpern stellen die Gepante dar, die entweder täglich (Atogepant) oder jeden zweiten Tag (Rimegepant; zu Redaktionsschluss noch nicht erhältlich) als Tablette eingenommen werden. Der Wirkmechanismus entspricht dem des Erenumab: Der CGRP-Rezeptor wird blockiert. In der bislang einzigen direkten Vergleichsstudie waren der Antikörper Galcanezumab und Rimegepant gleich wirksam. Die Einnahme als Tablette mag von dem einen als Vorteil, dem anderen als Nachteil angesehen werden. Günstig ist auf jeden Fall, dass bei Auftreten von Nebenwirkungen die Behandlung sofort abgesetzt werden kann. Aufgrund der kurzen Abbauhalbwertszeit von nur wenigen Stunden sollten die Nebenwirkungen dann schnell abklingen. Im Vergleich dazu liegt die Halbwertszeit der Antikörper im Bereich von fast einem Monat.

## Psychologische Verfahren, Entspannung, Sport Vorbeugen ohne Medikamente

von Prof. Dr. Peter Kropp

**A**uch ohne Medikamente kann man effektiv gegen Migräne vorgehen, etwa mit verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden. Diese wurden in einer Leitlinie zusammengestellt und von Experten auf ihre Wirksamkeit hin bewertet. Die Autoren der Leitlinie werteten dafür über 1500 aktuelle Studien aus. In diesem Kapitel werden nur die in der Leitlinie beschriebenen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zur Vorbeugung (Prophylaxe) behandelt, da sie etwas effektiver sind als die nichtmedikamentösen Strategien, die man zur Akutbehandlung nutzen kann.

### Leitlinie als Download

Die Leitlinie „Entspannungsverfahren und verhaltenstherapeutische Interventionen zur Behandlung der Migräne“ der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (2016) kann unter [www.dmkg.de](http://www.dmkg.de) bei „Empfehlungen“ – „Migräne“ heruntergeladen werden.

### Gelassener dank Verhaltenstherapie

Sinn einer nichtmedikamentösen, verhaltenstherapeutischen Prophylaxe ist es, den Patienten zu mehr Ruhe und Gelassenheit zu verhelfen und damit Migräne-Attacken vorzubeugen. Dazu stärken die Methoden die sogenannte „parasympathische Aktivität“ im Gehirn, also die Aktivität des entspannenden Teils des Nervensystems (Parasympathikus). Bewährt haben sich folgende Methoden:

- ▶ Beratung
- ▶ Ausdauersport
- ▶ Entspannungstraining
- ▶ kognitive Verhaltenstherapie
- ▶ Biofeedback

### Warum Beratung hilft

Alleine schon eine Beratung von Migränepatienten kann dazu führen, dass sich die Kopfschmerz-Häufigkeit messbar reduziert. Wie Studien zeigen, funktioniert das auch bei Kindern. Wird der Patient zudem gut über die Anwendung von Akutmedikamenten



informiert, wirken diese besser und die Wahrscheinlichkeit eines Medikamenten-Übergebrauchs verringert sich.

Eine aktuelle Metaanalyse, in der neun Studien mit rund 2400 Patienten ausgewertet wurden, zeigte, dass die therapeutische Patientenberatung hoch wirksam ist. Man rechnet dafür mit einem Zeitaufwand von 30 Minuten bis zu mehreren Stunden. Die Beratung umfasst verschiedene Elemente: die Bibliothherapie, bei welcher der Patient Bücher und Broschüren liest, die über Migräne aufklären. Zum anderen erläutert der Therapeut, wie Betroffene ihre individuellen Kopfschmerzauslöser erkennen können. Er zeigt ihnen körperliche und mentale Übungen, die gegen Migräne wirken können. Dies können Entspannungsübungen sein, aber auch Ausdauersport oder vermehrte kurze Pausen.

Die Wirkung von Pausen wird häufig unterschätzt. Das Prinzip ist einfach: Sie sollten immer schon dann eingelegt werden, wenn

noch keine Notwendigkeit dafür besteht. Dies kann bereits nach 30 bis 45 Minuten Arbeitszeit der Fall sein. Außerdem sind Verhaltensänderungen ratsam. Dazu zählt mehr Sport, aber auch täglich mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit zu trinken oder das Schlafverhalten mit bestimmten Strategien zu verbessern.

Wie sich zeigte, bessert eine solche therapeutische Beratung nicht nur die Häufigkeit der Kopfschmerzen (gemessen in Tagen pro Monat), sondern auch Einschränkungen, welche die Kopfschmerzen begleiten, wie beispielsweise sozialer Rückzug oder Vermeidungsverhalten. Außerdem verzeichneten die Patienten in den Studien eine Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Neue Möglichkeiten für die Beratung bieten die digitalen Medien. Sie wirken noch unmittelbarer und schneller.

Verhaltensänderungen können Migräne bessern. So hilft es, regelmäßig kleine Pausen einzulegen.



Passende Apps sind beispielsweise unter [www.dmkg.de](http://www.dmkg.de) oder [www.schmerzlinik.de](http://www.schmerzlinik.de) zu finden.

## Ausdauersport bessert Migräne

Regelmäßig durchgeführte sportliche Aktivitäten können Migräne bessern. Dazu zählt eine Bewegungstherapie, wie sie im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie erfolgt (siehe ab Seite 47). Aber erfolgreich ist auch Ausdauersport, den Migräne-Betroffene problemlos in ihren Alltag integrieren können. Studien zeigten, dass die Schmerzintensität bei auftretenden Attacken deutlich abnahm, wenn die Betroffenen regelmäßig Ausdauersport machten. Auch die Migränesymptomatik insgesamt, also Anfallshäufigkeit und -dauer, verbesserte sich, wenn auch etwas weniger deutlich.

Hilfreich ist Sport dann, wenn er a) regelmäßig und b) nicht als Leistungssport betrieben wird. Der Migränepatient lernt beispielsweise beim Laufen, sich auch mal von anderen Sportlern überholen zu lassen und sich von seinem eigenen Körpergefühl leiten zu lassen, also etwa rechtzeitig aufzuhören, wenn er erschöpft ist.

## Entspannungstraining: zwei bewährte Methoden

Zwei Verfahren aus dem Bereich des Entspannungstrainings haben sich zur Behandlung der Migräne besonders bewährt: die Progressive Muskelrelaxation nach Edmund Jacobson (PMR) und das Autogene Training (AT) nach Johannes Heinrich Schultz. Bei der PMR werden 16 Muskelgruppen nacheinander zunächst kurz angespannt (ca. 7 Sekunden) und danach bewusst entspannt (ca. 30-40 Sekunden). Dabei ist wichtig, sich auf die wahrgenommenen Unterschiede in der muskulären Anspannung zu konzentrieren.

## Die 5 wichtigsten Tipps

Folgende Themen haben sich in der Beratung von Migränepatienten als besonders wirksam erwiesen:

- 1. Tagesablauf planen.** Dazu zählt, nicht länger als 90 Minuten am Stück zu arbeiten und immer wieder Pausen einzulegen.
- 2. Runter vom Gas.** Migränepatienten sind oft sehr hoch motiviert und arbeiten zu viel. Das Ziel ist, den Arbeitsstil so zu verändern, dass die Betroffenen sich weniger überfordern.
- 3. „Nein“-Sagen lernen.** Migränepatienten fällt es oft schwer, bei Aufgaben „Nein“ zu sagen. Dadurch laden sie sich noch mehr Arbeit auf. Dieses Neinsagen wird so eingeübt, dass es nicht negativ wirkt. Dies reduziert ebenfalls Überforderung.
- 4. Gleichmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus.** Wenn Migränepatienten ihren Schlaf-Wach-Rhythmus ändern, kann dies Anfälle auslösen. Deswegen sollten sie möglichst die üblichen Schlafenszeiten beibehalten.
- 5. Vorboten erkennen.** Es ist hilfreich, wenn Migräne-Patienten individuelle Vorboten einer Migräne erkennen (siehe auch Seite 15). So treten beispielsweise Heißhunger-Attacken oft unmittelbar vor einem Migräneanfall auf. Dann ist es sinnvoll, gleich zu reagieren, um den Anfall abzuwenden, etwa durch bewusstes Entspannen oder Joggen.



Kurse, bei denen man die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson erlernt, bieten etwa Volkshochschulen an.

Weil alle großen Muskelgruppen einbezogen werden, entspannt sich der gesamte Körper.

Menschen, welche die Methode gut beherrschen, empfehlen wir zwei verschiedene Kurzversionen, bei denen bestimmte Muskelgruppen zusammengefasst werden. So reduziert man in einem ersten Schritt die Übung von 16 auf sieben, in einem zweiten Schritt auf vier Muskelgruppen. Schließlich ist es mit der sogenannten „Vergegenwärtigung“ sogar möglich, die Muskeln ohne vorhergehende Anspannung zu lockern: Man kann dann mit einem einzigen Gedanken oder einer kurzen Anspannung den ganzen Körper entspannen.

Auch das Autogene Training hilft, jedoch sind die Effekte nicht so gut wie bei der PMR, weil sehr suggestive Elemente eingesetzt werden, die nicht bei allen Patienten wirken.

Die PMR hat zudem – im Gegensatz zum Autogenen Training – den Vorteil,

dass sie nach dem Erlernen ohne Therapeuten und technische Hilfsmittel beinahe überall und sofort angewendet werden kann. Der Patient sollte das Verfahren nach einer Einführung durch den Therapeuten mit Hilfe einer CD oder einer App täglich für mindestens drei Wochen üben.

### **Kognitive Verhaltenstherapie: Ich kann selbst etwas gegen Migräne tun**

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) umfasst Behandlungsmöglichkeiten, die im Wesentlichen die Überzeugungen der Patienten hinterfragen und gegebenenfalls ändern sollen (s. a. ab Seite 71). Eine Überzeugung kann beispielsweise sein, immer alles gut machen zu müssen. Außerdem wird die Selbstwirksamkeit verbessert. Das bedeutet, die Patienten erfahren, dass sie das

Krankheitsgeschehen selbst beeinflussen können und ihm nicht hilflos ausgeliefert sind. Lässt sich Stress eindeutig als Auslöser festmachen, können die Patienten mit verhaltenstherapeutischen Strategien Techniken lernen, mit denen sie ihren eigenen Umgang mit Stress-Ereignissen analysieren und verbessern können. Zusätzlich können sie damit ihre Erwartungshaltungen verändern, etwa die Erwartung, dass nach einem bestimmten Ereignis eine Migräneattacke droht. Das Ziel dabei: Sinkt der Stress, werden auch Migräneattacken seltener.

Die Maßnahmen der kognitiven Verhaltenstherapie sind Bestandteil gut ausgearbeiteter Programme für Migränepatienten. Sie lassen sich teilweise durch die Kassen finanzieren und können einfach umgesetzt werden. Diese Behandlung kann sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapie erfolgen; beide Arten wirken gleich gut. Sie findet entweder als stationäre Behandlung in Spezialkliniken statt, in Form von tagesklinischen oder sogenannten „schmerzpsychotherapeutischen“ Behandlungen bei speziell dafür weitergebildeten Psychotherapeuten, als Kompakt-Behandlungen („minimal contact“) oder Behandlungen innerhalb der Integrierten Versorgung. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse nach den Möglichkeiten. Im Rahmen der KVT ist oft auch eine Beratung (s.o.) vorgesehen.

Kognitive Behandlungen bieten einen direkten, symptombezogenen Zugang zum Patienten und helfen ihm, flexibler und effektiver mit seinen Schmerzen umzugehen und diese zu bewältigen. Dazu gehört sowohl der Umgang mit negativen Gefühlen (selbstabwertenden Gedanken) als auch der adäquate Umgang mit Leistungssituationen, etwa indem man überfordernde Situationen identifiziert und darauf reagiert.



Eine Kognitive Verhaltenstherapie kann als Einzel- oder Gruppentherapie erfolgen.

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie hilft, die Krankheit zu akzeptieren, ohne zu resignieren.

Eine KVT wirkt sehr gut bei Patienten mit überzogener Leistungsorientierung, die also hohe Ansprüche an sich selbst stellen. KVT-Programme streben in diesem Fall schwerpunktmäßig an, dass die Betroffenen lernen, in Belastungssituationen individuelle Stresssymptome ihres Körpers wie Herzrasen, Muskelverspannungen, aber auch negative Gedanken wahrzunehmen. Sie sollen den Zusammenhang zwischen Gefühlen, Gedanken und Körperprozessen erkennen, beispielsweise wie sich ein Gedanke auf die Herzfrequenz auswirkt. Sie erlernen Verhaltensstrategien, um Körperprozesse zu beeinflussen, etwa sich bei Verspannungen bewusst und effektiv zu entspannen. Außerdem ist das Ziel, ungünstige Einstellungen und Gewohnheiten aktiv zu ändern, zum Beispiel einen regelmäßigen Tag-Wach-Rhythmus einzuhalten.

Eine Erweiterung der kognitiven Therapie stellt eine Methode namens „Akzeptanz- und Commitment-Therapie“ (ACT) dar. Dabei kombiniert man verhaltenstherapeutische Elemente mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Elementen. Der Patient lernt dabei, unwirksame Kontrollversuche (etwa die Kontrolle über Schmerzzustände) abzubauen und damit zunächst die unangenehmen Empfindungen ohne Wertung („achtsam“) zu erleben. Das bedeutet beispielsweise, dass er nicht niedergeschlagen reagiert, auch wenn die Attacke ihm einen lang ersehnten Ausflug verhagelt.

### Mit Biofeedback Kopfschmerzen verhindern

Durch Biofeedbackverfahren lassen sich sogenannte vegetative Funktionen, die gewöhnlich unbewusst ablaufen, bewusst kontrollieren. Dadurch kann man lernen, bestimmte Körperfunktionen willentlich zu steuern. So können Migräne-Patienten gezielt gegen Schmerzen vorgehen.

In der Regel erfasst man dabei ausgewählte Körpersignale mit Sensoren; mit sichtbaren (beispielsweise an einem Monitor) oder hörbaren Signalen werden dem Patienten Veränderungen unmittelbar rückgemeldet. Diese Rückmeldung macht ihm die Veränderungen bewusst und ermöglicht ihm, das Körpersignal willentlich zu beeinflussen.

Bei Migräne werden folgende unterschiedliche Biofeedback-Verfahren eingesetzt:

- ▶ **Vasokonstriktions-Training (BVP)** zur Rückmeldung der Gefäßdurchblutung und des Gefäßdurchmessers.
- ▶ **Temperatur-Biofeedback**, das die Hauttemperatur an den Extremitäten wie den Händen rückmeldet. Dabei gilt, dass eine Migräne wahrscheinlicher ist, wenn die Hände kalt sind, weil sich dann mehr Blutvolumen im Kopfbereich befindet.
- ▶ **Hautleitwert-Biofeedback**, bei dem der Hautleitwert als Zeichen für die Aktivität des sympathischen, also aktivierenden Nervensystems ermittelt wird. Damit wird direkt die körperliche Erregung gemessen, die der Patient oft nicht mehr wahrnehmen kann.
- ▶ **elektromyographisches Biofeedback**, das die Muskelspannung an bestimmten Stellen ermittelt.

Mit dem Vasokonstriktions-Training lassen sich Adern, die bei einem Migräneanfall erweitert sind, anspannen und damit verengen, ähnlich der Wirkung von Triptanen. Damit hilft es, akute Kopfschmerzen zu lindern. Die anderen Verfahren werden dagegen vorbeugend eingesetzt, teilweise auch, um Entspannungsprozesse anstoßen zu können.

Biofeedback hat zwei Wirkmechanismen: Zum einen lassen sich damit wie beschrieben Körperfunktionen gezielt verändern. Zum anderen zeigt dies den Patienten, dass sie ihre Krankheits-Symptome willentlich beeinflussen können (unspezifische Anwendung). Die Verfahren können nur unter Anleitung von geschulten Personen erlernt werden; dies erfordert acht bis zwölf Stunden. Oft können Schmerz-Psychotherapeuten diese Therapiemöglichkeiten vermitteln.

### Wie kommt der Patient an solche Therapien?

Die psychologischen Behandlungsverfahren werden durch psychologische Psychotherapeuten vermittelt. Sie umfassen klassische Psychotherapie-Sitzungen (etwa 10 bis 25 Sitzungen), tagesklinische Verfahren und eine sogenannte „integrierte Versorgung“. Die beiden letzteren werden auch „multimodale Therapieverfahren“ genannt, weil darin neben der nichtmedikamentösen oft eine medikamentöse Therapie einbezogen ist (s. ab Seite 47). Dies hat den Vorteil, dass zum einen kurzfristige schmerzlindernde Effekte durch die Medikamente erreicht werden, zum anderen aber auch langfristige,

Mit Biofeedback können Betroffene beispielsweise lernen, Adern im Gehirn, die sich bei einer Attacke erweitern, wieder zu verengen. Das lindert Schmerz.

Biofeedback ist keine Kassenleistung. Im Einzelfall kann es jedoch im Rahmen einer verordneten Ergotherapie angewendet werden.

nachhaltige psychotherapeutische Effekte. Alle psychologischen Verfahren mit Ausnahme der Biofeedback-Therapie zahlen die Krankenkassen. Eine Überweisung durch einen Neurologen ist zweckmäßig, aber keine notwendige Bedingung.

### Prophylaxe in der Schwangerschaft

Gerade in der Schwangerschaft kommt dieser Behandlung eine besondere Bedeutung zu, weil sie ohne Medikamente wirkt. Hier sind prinzipiell alle Verfahren geeignet, die zu größerer Ruhe und Gelassenheit führen. Neben Entspannungsverfahren eignen sich dafür auch Achtsamkeitsverfahren.

Obwohl im zweiten und dritten Drittel der Schwangerschaft oft eine Abnahme der Migräneaktivität beobachtet wird, sollten diese Ver-

fahren immer angewendet werden, zumal sie ohne Nebenwirkungen, jederzeit und effektiv einsetzbar sind. In Studien konnte gezeigt werden, dass entspannende Verfahren während der Schwangerschaft sehr effektiv wirken.

### Prophylaxe in der Stillzeit

Auch in der Stillzeit sollten Migränemedikamente nur unter Abwägung aller Kriterien eingenommen werden. Deswegen gelten hier die gleichen Prinzipien wie für die Anwendung von Verfahren in der Schwangerschaft. Es sind vor allem Ruhe und Gelassenheit, welche in dieser Phase das Auftreten von Migräneanfällen vermindern. Suchen Sie sich rechtzeitig Unterstützung, bevor Ihr Alltag mit Säugling zu stressig wird.

Wenden Sie Entspannungsübungen weiterhin an, auch wenn die Migräne in der Schwangerschaft seltener wird.



## Die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

### Von allen Seiten gegen den Schmerz

von Privatdozent Dr. Charly Gaul

Die moderne Schmerzmedizin berücksichtigt, dass bei chronischen Schmerzen neben der körperlichen Ursache auch seelische und soziale Faktoren einen Einfluss auf die Erkrankung, die Krankheitsbewältigung sowie die private und berufliche Lebensgestaltung haben. Man spricht daher von einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis, das im Gesamtkonzept der Behandlung berücksichtigt werden sollte.

Zur Behandlung von Migräne und Kopfschmerzen kommen verschiedene, in dieser Broschüre bereits beschriebene Verfahren zum Einsatz. Wendet man nur eines davon an, etwa nur die Behandlung mit Akutmedikamenten, spricht man von einer unimodalen Therapie. In der modernen Schmerzmedizin nutzt man jedoch – vor allem zur Behandlung von chronisch erkrankten Patienten – die interdisziplinäre multimodale Therapie. Sie umfasst mehrere Verfahren (lateinisch: multi = viele; Modi = Verfahren, interdisziplinär heißt, dass mehrere Fachgebiete zusammenarbeiten) und berücksichtigt das biopsychosoziale Konzept. Es ist wissenschaftlich belegt, dass die multimodale Therapie bei chronischen Kopfschmerzen wirkt: Sowohl die Anzahl der Kopfschmerztage als auch die Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen gingen in Studien zurück. Oft kann etwa die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen erhalten werden. Definitionen und Indikationen hat die „Ad-hoc-Kommission Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft erarbeitet (Info: [www.schmerzgesellschaft.de](http://www.schmerzgesellschaft.de)).

Die Therapie-Maßnahmen der multimodalen Therapie werden von einem interdisziplinären Team inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt. Entscheidend ist, dass es sich hierbei nicht



Interdisziplinär heißt, dass verschiedene Fachrichtungen zusammenarbeiten. Neben Ärzten sind dies bei Migräne u.a. Psychologen und Physiotherapeuten.



um eine scheinbar wahllose Zusammenstellung von Therapieverfahren handelt, sondern dass dem Ganzen ein Therapiekonzept zugrunde liegt, das medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse, die konkrete Diagnose und individuelle Therapiebedürfnisse des Patienten berücksichtigt. Eingebunden in eine multimodale Therapie sind Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Entspannungstrainer und bei einem stationären Aufenthalt auch Pflegekräfte.

Ein enger Austausch im Team ist nötig, damit alle Beteiligten „eine Sprache sprechen“. Nichts kann einen Patienten mehr verwirren, als wenn ihm unterschiedliche Behandler verschiedene Krankheitsmodelle und Konzepte vorstellen. Es ist zudem notwendig, dass sich alle Berufsgruppen des Teams ständig weiterbilden, auch über ihr eigenes Fachgebiet hinaus.

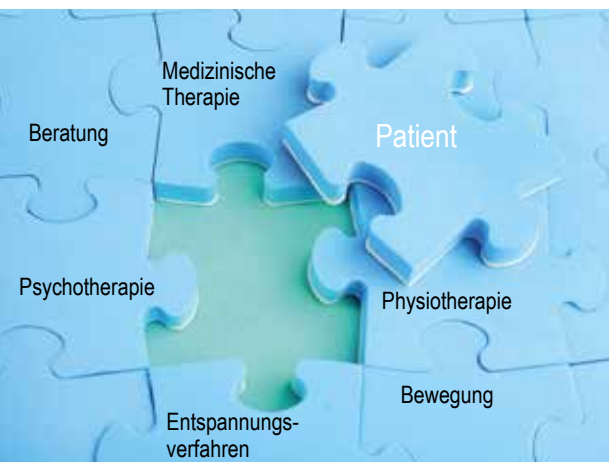
## Für wen die multimodale Schmerztherapie in Frage kommt

Patienten mit folgenden Krankheitsbildern kann der behandelnde Neurologe oder Schmerztherapeut zur multimodalen Schmerztherapie überweisen:

1. wenn der Patient häufig von Migräne und Kopfschmerzen betroffen ist und Risikofaktoren erkennbar sind, die es wahrscheinlich machen, dass die Erkrankung chronisch wird. Dies soll die multimodale Therapie verhindern.
2. Patienten mit chronischen Kopfschmerzen, die also an 15 oder mehr Tagen im Monat an Kopfschmerzen leiden. Häufig betreiben diese bereits einen Medikamentenübergebrauch und leiden unter einem Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch (siehe Seite 24).

Ziel ist es dann, den chronischen in einen episodischen Kopfschmerz zu überführen, die

Wie ein Puzzle greifen die verschiedenen Bausteine der multimodalen Schmerztherapie ineinander.



Häufigkeit der Attacken also zu verringern. Dies bezeichnet man als Dechronifizierung. Häufig weisen diese Patienten zusätzlich eine begleitende psychische Erkrankung wie eine Angststörung oder eine Depression auf, die im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie dann ebenfalls therapiert wird.

Dechronifizierung:  
Die Attacken werden seltener, sodass aus der chronischen wieder eine episodische Migräne wird.

### Vorbereitende Untersuchungen

Idealerweise steht die Kopfschmerz-Diagnose bereits fest, bevor die multimodale Therapie startet. Diese beginnt mit einer Bestandsaufnahme (Assessment): Der Arzt erfasst, welche körperlichen und psychischen Beschwerden der Patient aufweist, in welchen Bereichen des Lebens sich kopfschmerzbezogene Beeinträchtigungen auswirken, welche Begleiterkrankungen vorliegen und welche Medikamente er bereits genommen hat oder derzeit nimmt. Wenn notwendig, werden weitere diagnostische Untersuchungen ergänzt. Zusätzlich sollte der Patient ein Kopfschmerz-Tagebuch oder Aufzeichnungen über die Medikamente vorlegen, die er im Akutfall nimmt. Der Arzt wertet diese Dokumente mit ihm zusammen aus.

Das psychologische Assessment besteht aus einem ausführlichen Erstgespräch. Darin geht es etwa um Auslöser der Kopfschmerzen, um die persönliche Entwicklung der Kopfschmerz-Erkrankung und die aktuelle Lebenssituation. Ergänzend soll der Patient zudem oft Fragebögen ausfüllen, die helfen, psychische Faktoren wie Depressivität und Ängstlichkeit zu erkennen.

Dazu kommt ein physiotherapeutisches Assessment. Dabei untersucht der Physiotherapeut den Patienten, erfragt individuelle Beschwerden und beurteilt seine körperliche Fitness. Außerdem überprüft er den gesamten Bewegungsapparat. Dabei werden Muskelgruppen identifiziert, die zur Kopfschmerz-Erkrankung beitragen oder diese verstärken. Auf diesen Ergebnissen aufbauend entwickelt der Therapeut ein individuelles Programm aus Übungen, das verschiedene Hilfsmittel (z.B. Triggerball, Faszienrolle, Igelball) und Therapiemodule beinhaltet. Im weiteren Verlauf wird die korrekte Ausführung der Übungen überprüft und ergänzt, außerdem wird ein Trainingsplan für körperliches Training erarbeitet. Berücksichtigt werden hierbei der individuelle Trainingszustand, die Vorerfahrungen und auch die Präferenzen des Patienten. Durch den Trainingsplan soll beispielsweise

Zu Beginn werden in einem Assessment der körperliche und psychische Zustand der Patienten erfasst.

Sport ist Bestandteil der Therapie. Ein Trainingsplan berücksichtigt individuelle Voraussetzungen und Vorlieben.

verhindert werden, dass bei Untrainierten eine Überlastung Kopfschmerzen auslöst.

## Ziele der multimodalen Therapie

Auf der Basis dieser Voruntersuchungen erarbeiten die Behandler aus allen beteiligten Berufsgruppen gemeinsam mit dem Patienten die Therapieziele. Während der multimodalen Schmerztherapie finden immer wieder Gespräche zwischen Patienten und Behandler sowie im Therapeutenteam statt, bei denen der Behandlungserfolg überprüft und gegebenenfalls das Behandlungsziel oder der Therapieplan korrigiert werden.

Einen Patienten von chronischen Schmerzen zu heilen, ist auch mit einer multimodalen Therapie nicht möglich. Aber sie versetzt ihn in die Lage, besser mit seiner Schmerz-Erkrankung umzugehen: Er weiß, wie er seine Schmerzmedikamente einsetzen muss und wie er vorbeugende Verfahren – sowohl medikamentös als auch nichtmedikamentös – anwenden sollte. Als Folge sollte er

deutlich weniger Akutmedikamente benötigen, was einem erneuten Medikamenten-Übergebrauch vorbeugt. Ziel der Behandlung ist, die Migräne wieder in einen episodischen Verlauf zurückzuführen, das heißt, dass der Patient an deutlich weniger Tagen Kopfschmerzen hat und es seltener nötig ist, Schmerzmittel oder Triptane einzunehmen. Dabei verringert sich in aller Regel auch die psychische Beeinträchtigung; viele psychische Erkrankungen bessern sich, wenn die Kopfschmerzen seltener auftreten. Im Anschluss an die multimodale Therapie muss aber

## Die interdisziplinäre multimodale Therapie im Einzelnen

Die multimodale Therapie umfasst folgende Bestandteile, die im Rahmen dieser Broschüre bereits erläutert wurden:

- ▶ Beratung über die Kopfschmerz-Erkrankung (Edukation)
- ▶ Versorgung mit Arzneimitteln, sowohl für den Akutfall als auch vorbeugend (Prophylaxe)
- ▶ bei Medikamenten-Übergebrauch: Entzugsbehandlung und Medikamentenpause
- ▶ psychologische Schmerzbewältigung und -therapie
- ▶ Entspannungstraining
- ▶ Konditionstraining (aerober Ausdauersport)
- ▶ Physiotherapie
- ▶ Ergotherapie
- ▶ Neurostimulationsverfahren und Biofeedback

eine regelmäßige ambulante Weiterbehandlung sowohl beim Arzt als auch, wenn notwendig, beim Psychotherapeuten oder Physiotherapeuten sichergestellt sein.

Nach Abschluss der multimodalen Therapie ist eine ambulante Weiterbehandlung ratsam.

### Inhalte der ärztlichen Beratung

Die Edukation, also die Beratung des Patienten (siehe Seite 39), hat einen hohen Stellenwert: Er wird ausführlich über seine Erkrankung und die Behandlung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie informiert. Dies erfolgt häufig mit Patientenvorträgen oder in Kleingruppen. Typische Themen sind:

- ▶ Entstehung der Krankheitsbilder (z.B. Migräne, Kopfschmerz vom Spannungstyp, Kopfschmerz durch Medikamenten-Übergebrauch, Clusterkopfschmerz)
- ▶ Akuttherapie von Kopfschmerzattacken, Anleitung zur Nutzung von Nasenspray und Sumatriptan-Pen
- ▶ medikamentöse Prophylaxe, Anleitung zum Einsatz eines Antikörper-Pen
- ▶ Bedeutung von Entspannungsverfahren und Ausdauertraining
- ▶ Komplikationen einer Erkrankung
- ▶ Risikofaktoren der Chronifizierung erkennen und behandeln
- ▶ Anleitung zu Selbsthilfemaßnahmen.

Bei der ärztlichen Behandlung wird die medikamentöse Therapie der Attacken überprüft: Welche Medikamente haben gewirkt, welche haben nicht gewirkt? Welche Mittel haben zu Nebenwirkungen geführt? Oft ist festzustellen, dass die Dosierungen von Medikamenten zu niedrig oder zu hoch waren. Durch langjährige Erfahrung kann ein spezialisiertes Team die Therapie optimieren. Dabei ist es wichtig, dass man auch die Begleitsymptome wie Übelkeit und Erbrechen ausreichend behandelt. Zum Teil werden dann Medikamente genutzt, deren Einsatz vorbehandelnde Ärzte noch nicht erwogen haben, weil ihnen Erfahrungen mit bestimmten Substanzen fehlen (s.a. Seite 21).

Oft wirken Medikamente nicht optimal, weil sie nicht richtig dosiert waren.

Ein weiterer Therapiebaustein sind die nichtmedikamentösen und die medikamentösen vorbeugenden Verfahren (Prophylaxe). Welche Methoden zum Einsatz kommen, hängt davon ab, wie oft der Patient unter Kopfschmerzen leidet. Eine wichtige Säule der Therapie stellt die Verhaltenspsychologie dar: Hier wird in den

Bei der Verhaltenstherapie lernt man beispielsweise, Trigger nicht einfach zu meiden, sondern besser damit umzugehen.

Gruppentherapien am Umgang mit Stressoren im Alltag oder an der Bewältigung von Triggern gearbeitet. Es geht darum zu lernen, wie man mit Auslösern von Attacken so umgehen kann, dass sie keine Kopfschmerzen hervorrufen. Dazu zählen Stressbewältigungs-Training und Triggermanagement. Individuelle Einflussfaktoren werden in den psychotherapeutischen Einzelgesprächen bearbeitet (s.a. S. 71). Ein Bestandteil der Therapie sind Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelrelaxation (PMR) oder Atementspannung, die der Patient erlernt und übt. Wenn nötig, werden psychische Erkrankungen wie Angst und Depression, die bei Kopfschmerz-Patienten häufig auftreten, gezielt psychotherapeutisch behandelt.

Die Behandlung bei Physiotherapeuten findet sowohl in der Gruppe als auch einzeln statt (beispielsweise Rückentraining). Der Therapeut behandelt dabei nicht nur die akuten Beschwerden, sondern der Patient erlernt auch individuelle Übungen, die er selbstständig ausführen und zu Hause regelmäßig umsetzen kann.

### Wie lange und wo findet die Therapie statt?

Eine multimodale Therapie benötigt Zeit. Deswegen dauert sie meist zwei bis drei Wochen. Dies hängt auch davon ab, wie stark der Patient betroffen ist – ein Patient mit lang andauernden chronischen Kopfschmerzen muss länger behandelt werden als einer, dessen Schmerzen nicht so schwer ausgeprägt sind.

Wissenschaftlich ist allerdings nicht ausreichend untersucht, wie lange eine multimodale Schmerztherapie mindestens dauern muss, um überhaupt eine anhaltende Wirkung zu zeigen. Beispielsweise ist es zeitaufwändig, Verfahren wie ein Entspannungstraining oder Biofeedback zu erlernen und diese so oft zu wiederholen, bis der Patient sie beherrscht. Es kann sich zeigen, dass eine psychotherapeutische Weiterbehandlung ratsam ist, und Behandlungsschwerpunkte können identifiziert werden. Eine psychotherapeutische Behandlung benötigt mehr Zeit und muss daher im Anschluss an

die multimodale Therapie ambulant aufgenommen oder fortgesetzt werden. Zumindest erste Schritte können im Rahmen der multimodalen Therapie erfolgen. Zum Ende einer multimodalen Therapie sollte dann die Umsetzung der neu erlernten Inhalte in den

### Mehr zu Physiotherapie bei Migräne ...

...lesen Sie in dem kostenlosen Ratgeber „Migräne-Therapie heute“ der MigräneLiga. Die Bestelladresse finden Sie auf Seite 86.

Alltag vorbereitet werden. Es gilt, schrittweise konkret zu planen, wie Verhaltensänderung, Ausdauersport oder Entspannungstraining in den Familien- und Berufsalltag integriert werden können und an welcher Stelle dann auch Veränderungen gewohnter Strukturen notwendig werden. Die Unterstützung durch Familienangehörige, einen aufgeschlossenen Arbeitgeber oder eine Selbsthilfegruppe können hier sehr wertvoll sein (s. Seite 85).

Interdisziplinäre multimodale Therapieverfahren können sowohl ambulant als auch tagesklinisch, aber auch stationär entweder im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung oder im Krankenhaus angeboten werden. Allerdings gibt es in Deutschland nur eine begrenzte Anzahl an qualifizierten Therapieplätzen. Es ist zwar auch möglich, ambulante Physiotherapie, Ergotherapie, Entspannungsgruppen oder Rehabilitationssport zu verordnen. Dabei fehlt meist das abgestimmte Vorgehen der verschiedenen Therapeuten – dieser Austausch ist jedoch notwendiger Bestandteil der Therapie. Der Vorteil einer stationären interdisziplinären multimodalen Therapie liegt darin, dass sich das Behandlungsteam in aller Regel gut kennt und eng zusammenarbeitet. Es tauscht sich in wöchentlichen Therapeuten-Konferenzen aus, legt gemeinsam die Therapieziele fest und überwacht den Therapiefortschritt.

Die Krankenkassen tragen die Kosten für eine multimodale Therapie. Überwiesen werden die Patienten vom Haus- oder Facharzt. Gegenüber den Krankenkassen ist der Nachweis zu erbringen, dass ambulante Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wurden, bevor eine stationäre Behandlung erfolgt.



Ausdauersport wie etwa Joggen trägt dazu bei, Migräneattacken vorzubeugen. Dazu sollte er in den Alltag integriert werden.

## Teil II: Migräne im Leben der Frau

- ▶ **Wenn die Hormone schuld sind:** Viele Frauen haben Migräneattacken im Zusammenhang mit ihrer Monatsregel. Dr. Astrid Gendolla erklärt, wie es dazu kommt und welche speziellen Therapien es dafür gibt.
- ▶ **Migräne in Schwangerschaft und Stillzeit:** Prinzipiell wird Migräne bei Frauen und Männern gleich behandelt. Für Schwangerschaft und Stillzeit gelten jedoch manchmal andere Vorgaben, die Dr. Katja Heinze-Kuhn beschreibt.
- ▶ **Migräne in den Wechseljahren und im Alter:** Oft hört man, dass Migräne im Alter von selbst verschwindet. Doch leider trifft das nicht bei allen Patientinnen zu. Dr. Katja Heinze-Kuhn fasst zusammen, was in und nach den Wechseljahren zu beachten ist.
- ▶ **„Ich muss doch funktionieren!“:** Wie kann Psychotherapie bei Migräne helfen? Die Psychologin Sabrina Moll beschreibt anhand einer Fallgeschichte, was sich damit erreichen lässt.

## Menstruation und Migräne Wenn die Hormone schuld sind

von Dr. Astrid Gendolla

**M**igräne ist ein Raubtier – sie raubt einem viele Jahre des Lebens.“ Dieser Ausspruch einer Migräne-Patientin steht für das Leiden vieler Frauen. Zwar stirbt man nicht an Migräne, aber sie bestimmt über das Leben und setzt die Betroffenen tageweise außer Gefecht. In diesem Kapitel möchte ich auf die Besonderheiten im Zusammenspiel von Hormonen und Migräne eingehen.

Frauen sind dreimal so häufig von Migräne betroffen wie Männer. Etwa 19 Prozent der Frauen und sieben Prozent der Männer erleben pro Jahr mindestens einen Migräneanfall. Zusammengefasst trifft es 14 Prozent der Erwachsenen mindestens einmal jährlich. Bei den Kindern und Jugendlichen sind es neun Prozent deutlich weniger, und hier macht es auch keinen Unterschied, ob Mädchen oder Junge. Vor der Pubertät trifft es beide Geschlechter gleich häufig.

Bei Frauen kommen neben verschiedenen anderen Auslösefaktoren auch hormonelle Schwankungen als Trigger hinzu. Bei ihnen besteht dann meist ein Zusammenhang zwischen ihrer Monatsblutung und dem Auftreten der Migräne. Wenn diese Frauen einen regelmäßigen Zyklus haben, können sie oftmals auf den Tag genau sagen, wann die menstruell gebundenen Migräneattacken kommen.

Tritt die Migräne ausschließlich im Zeitraum von zwei Tagen vor oder zwei Tagen nach dem ersten Tag der Monatsblutung auf,

Bei Frauen sind hormonelle Schwankungen ein Migräne-Trigger. Einige haben deswegen jeden Monat zu ihrer Regel eine Attacke.





Sechs bis sieben Prozent aller Patientinnen haben ausschließlich während ihrer Menstruation Migräne.

spricht man von einer menstruellen Migräne. Setzt sie regelmäßig in diesem Zeitraum, aber zusätzlich an weiteren Tagen des Zyklus ein, so wird dies als menstruationsassoziierte Migräne bezeichnet.

### Attacken begleiten jede Periode

Weibliche Sexualhormone spielen wahrscheinlich eine wichtige Rolle bei der Auslösung von Migräneattacken. Tatsächlich erleben viele Frauen einen Zusammenhang zwischen ihrem Zyklus und dem Auftreten von Migräneattacken. Ungefähr sechs bis sieben Prozent aller Migräne-Patientinnen leiden unter einer menstruellen Migräne. Bei ihnen treten die Attacken ausschließlich im Zusammenhang mit ihrer Regelblutung auf. Bei weiteren 50 Prozent setzen sie bevorzugt während der Periode ein, können aber auch an anderen Tagen des Zyklus vorkommen. Dieser Zusammenhang zwischen Monatsblutung und Migräne ist ebenfalls ein Hinweis darauf, dass das ganz normale Auf und Ab der weiblichen Hormone eine wichtige Rolle für das Auftreten der Kopfschmerzen spielt.

### Das Auf und Ab der weiblichen Hormone

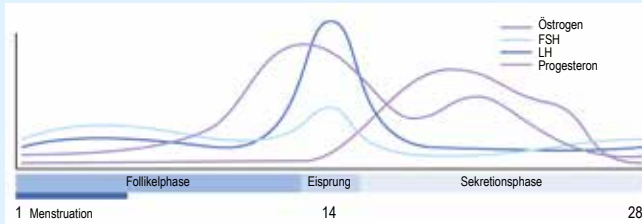
Während der Sexualhormon-Spiegel von Männern relativ konstant ist, zeigt er bei jungen Frauen innerhalb eines Monats starke Schwankungen. Dabei passiert im Körper Folgendes: Bereits in den letzten Tagen der Regel beginnt ein Eibläschen im Eierstock mit der Östrogenproduktion. Der Östrogenspiegel steigt sanft an. Das Östrogen hat die Aufgabe, alles für eine eventuelle Schwangerschaft vorzubereiten. Dazu gehört unter anderem der Aufbau der Gebärmutterschleimhaut.

Ungefähr in der Mitte des Zyklus erreicht der Östrogenspiegel dann seinen Höhepunkt. Jetzt setzt die Hirnanhangdrüse sogenanntes luteinisierendes Hormon (LH) frei. Der steigende LH-Spiegel löst den Eisprung aus, und aus den Resten des Eibläschens entsteht im Eierstock der Gelbkörper. Seine Aufgabe ist die Bildung von Gelbkörperhormon (Gestagen), das die Gebärmutterschleimhaut für die Einnistung einer befruchteten Eizelle vorbereiten soll.

Kommt es jedoch nicht zu einer Befruchtung, gehen sowohl der Östrogen- als auch der Gestagen-Spiegel zurück. Die Gebärmutterschleimhaut wird abgebaut und die nächste Monatsblutung setzt ein.

Im weiblichen Zyklus steigt der Östrogenspiegel erst an und geht dann wieder zurück. Dieser Abfall löst oft Migräne aus.

## Die monatlichen Hormonschwankungen



Die Illustration zeigt die Konzentration der Sexualhormone im Blut. Der Zyklus beginnt mit der Menstruation. Durch den Einfluss des Östrogens baut sich die Gebärmutter Schleimhaut allmählich auf. Kommt es nicht zu einer Schwangerschaft, wird sie mit der nächsten Regel als Blutung wieder abgestoßen.

Bei Frauen, deren Migräne im Zusammenhang mit der Regelblutung auftritt, scheint insbesondere der Rückgang des Östrogens Attacken auslösen zu können. Wie genau das geschieht, ist noch unbekannt. Fest steht aber, dass die Migräne bei diesen Patientinnen häufig durch eine kontinuierliche medikamentöse Gabe von Östrogen unterdrückt werden kann.

### Einfluss der Pille auf die Migräne

Die gute Nachricht ist, dass Sie die Pille nehmen dürfen, auch wenn Sie unter Migräne leiden. Orale Verhütungsmittel greifen jedoch in den hormonalen Zyklus der Frau ein und unterdrücken den Eisprung. Sie können also auch die Migräne beeinflussen. Allerdings ist dieser Einfluss offenbar gering. Bei etwa 50 Prozent der Migräne-Patientinnen, die die Pille einnehmen, ändert das Verhütungsmittel gar

Die passende Pille bringt bei einem Viertel der Frauen mit menstrueller Migräne Besserung.



Ob eine Anti-Baby-Pille hilft, lässt sich nicht voraussagen. Sie müssen es ausprobieren.

nichts. Bei ungefähr einem Viertel bessert sich die Migräne, und bei einem weiteren Viertel verschlechtert sie sich. Die Statistik ist also mehr oder weniger ausgeglichen.

Wenn Sie als Migräne-Patientin vor der Entscheidung stehen, ob Sie die Pille nehmen sollen, hilft Ihnen die Statistik allerdings wenig. Ob Sie zu denjenigen gehören, bei denen sich die Erkrankung dadurch verschlechtert, kann niemand vorhersehen. Hier hilft nur Ausprobieren. Und weil das Gefühl manchmal trügt, ist es am besten, wenn Sie während der ersten Monate ein Migräne-Tagebuch führen. Anhand der Aufzeichnungen können Sie und Ihr Arzt oder Ihre Ärztin erkennen, ob sich durch die Pille etwas verändert hat.

Frauen mit Migräne, vor allem mit Aura, die zusätzliche Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen (etwa Bluthochdruck oder überhöhte Cholesterinwerte) und rauchen, sollten besser auf eine andere Verhütungsmethode als die Pille ausweichen. Bei ihnen besteht ein erhöhtes Schlaganfallrisiko. Falls Sie zu den Frauen gehören, bei denen die normale Pille die Migräne verschlechtert, können Sie es mit einer östrogenfreien Minipille versuchen. Weil diese Variante nur Gestagen und kein Östrogen enthält, hat sie auch keine Auswirkungen auf die Migräne.

### Vorsicht bei Migräne mit Aura!

Östrogenhaltige Pillen gelten als Kontraindikation bei Migräne mit Aura, sollten in diesem Fall also auf keinen Fall angewendet werden. Eine Alternative sind Präparate, die ausschließlich Gestagen enthalten.

### Mit Hormonen Migräne vorbeugen

Hormone können nicht nur eine Migräne auslösen, sondern man kann sie auch dazu nutzen, Attacken zu verhindern. Das geht insbesondere dann, wenn diese ausschließ-

lich im Zusammenhang mit der Monatsblutung und somit zu einem vorhersagbaren Zeitpunkt auftreten.

Wie gesagt, verursachen eigentlich gar nicht die Hormone eine Migräneattacke, sondern deren Fehlen. Insbesondere sinkende Östrogenkonzentrationen im Blut können dafür verantwortlich sein. Um das zu verhindern, kann es sinnvoll sein, bereits einige Tage vor der zu erwartenden Attacke ein Östrogenpräparat anzuwenden (siehe auch Seite 61, Kurzprophylaxe mit Triptanen).

Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Pille drei Monate

lang ohne Pause einzunehmen. Bei diesem sogenannten Tri-cycling bleiben die Östrogenspiegel drei Monate lang relativ konstant, was das Risiko für Migräneattacken während dieser Zeit senkt. Auch die Blutung tritt nur alle drei Monate auf. Idealerweise besprechen Sie solche Möglichkeiten mit Ihrem behandelnden Gynäkologen oder Ihrer Gynäkologin.



Besprechen Sie die Optionen mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt.

---

## Welche Medikamente darf ich nehmen?

### Migräne in Schwangerschaft und Stillzeit

von Dr. Katja Heinze-Kuhn

Migräne muss bei Männern und Frauen nicht unterschiedlich behandelt werden. Ausnahmen gelten für Schwangerschaft und Stillzeit.

**E**pidemiologische Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass Frauen mehr als doppelt so oft von Migräne betroffen sind wie Männer. Im Praxisalltag ist diese Diskrepanz zwischen den Geschlechtern noch eindeutiger: Frauen suchen weitaus häufiger als Männer wegen Migräne einen Arzt auf. Sie erhalten wesentlich öfter Triptane zur Behandlung ihrer Attacken, und auch mit den modernen monoklonalen Antikörpern zur Migräne-Prophylaxe werden sie etwa sechsmal häufiger behandelt. Das erlaubt die Vermutung, dass die Migräne bei Frauen im Mittel nicht nur häufiger auftritt, sondern auch schwerer verläuft. Der höhere Leidensdruck spiegelt sich auch in wissenschaftlichen Studien wider, in denen Frauen regelmäßig 80 bis 90 Prozent der Probanden ausmachen. Das bedeutet jedoch nicht, dass eine Migräne grundsätzlich bei Männern und Frauen unterschiedlich behandelt werden müsste. Allerdings müssen bei Frauen in verschiedenen Lebensphasen einige Besonderheiten beachtet werden.

Im Kindesalter tritt die Migräne bei Mädchen und Jungen fast gleich oft auf. Tendenziell sind Jungen sogar etwas häufiger betroffen. Es gibt keinen Unterschied in der Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung. Während bei einem Teil der Jungen die Migräne jedoch bis zur Pubertät wieder verschwindet, ist ein solch günstiger Verlauf bei Mädchen eher selten.

#### Kostenloser Ratgeber

Unter dem Titel „Migräne und Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen“ hat die MigräneLiga einen kostenlosen Ratgeber herausgegeben. Autoren sind Dr. med. Raymund Pothmann, Leiter des Zentrums für Integrative Kinderschmerztherapie „Delfin-Kids“ in Hamburg, und Diplom-Psychologin Andrea Doil aus Hamburg. Er ist über die Logistik der MigräneLiga erhältlich (siehe Seite 86).

#### Häufig beginnt Migräne bei Frauen mit der Pubertät

Mit dem Beginn der Pubertät steigt unter dem Einfluss der weiblichen Sexualhormone die Migräne-Häufigkeit bei den jungen Frauen rasch an. Nicht selten beginnt die Migräne mit der ersten Monatsblutung (Menstruation) oder sobald junge Frauen eine Pille zur Verhütung einnehmen. Der Abfall der Östrogenspiegel vor der Menstru-

ation gilt dabei als potenter Auslöser von Migräneattacken (siehe Seite 56). Meist handelt es sich dabei um eine Migräne ohne Aura. Da diese Attacken mehr oder weniger zuverlässig vorhersehbar sind, kann man sie gezielt behandeln: Studien zeigten, dass langwirksame Schmerzmittel wie Naproxen oder ebenfalls langwirksame Triptane wie Naratriptan oder Frovatriptan vorbeugend wirken können. Die Einnahme muss nur bereits ein bis zwei Tage vor Einsetzen der erwarteten Migräneattacke begonnen werden. Man nimmt die Medikamente dann fünf bis sieben Tage lang.



Bei menstrueller Migräne können die Betroffenen auch vorbeugend Triptane nehmen.

Weil eine mehrtägige Einnahme notwendig ist, gerät diese Therapiemöglichkeit schnell an ihre Grenzen: Leidet die betroffene Patientin an zusätzlichen Migräneattacken außerhalb der Menstruation, ist schnell die Höchstgrenze für die Einnahme von Kopfschmerzmitteln von maximal zehn Tagen im Monat erreicht. Es droht dann ein Kopfschmerz bei Medikamenten-Übergebrauch. Praktikabler und meist auch wirksamer ist ein anderes Vorgehen: Wird sowieso eine östrogenhaltige Pille zur Verhütung eingesetzt, kann die Einnahme auf einen Langzyklus umgestellt werden. Die Behandlung wird dann nicht wie üblich nach 21 Tagen unterbrochen, sondern über drei- oder sechsmal 21 Tage fortgeführt. Im Idealfall sinkt dadurch nicht nur die Anzahl der Monatsblutungen, sondern auch der Migräneattacken.

### Keine Östrogene bei Migräne mit Aura!

Treten bei einer jungen Frau Migräneattacken mit Auren auf, hat das wichtige Konsequenzen. Eine Migräne mit Aura zu haben, bedeutet ein erhöhtes Risiko, einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt zu erleiden. Die Gefahr ist für sich gesehen zwar nur sehr niedrig, steigt aber an, wenn andere Risikofaktoren wie Rauchen oder die Einnahme einer östrogenhaltigen Pille hinzukommen.

Aus diesem Grund gilt das Vorliegen einer Migräne mit Aura als absolute Kontraindikation für den Einsatz einer östrogenhaltigen Pille zur Verhütung. Das heißt: Diese sollte auf keinen Fall angewendet werden. Möglich ist hingegen die Einnahme eines reinen Gestagen-Präparates mit dem Inhaltsstoff Desogestrel.

### Schwangerschaft: Oft wird die Migräne besser

Viele Frauen bemerken, dass eine Schwangerschaft den Verlauf ihrer Migräne positiv beeinflusst. Spätestens ab dem zweiten Drittel der Schwangerschaft werden bei rund 80 Prozent der Migräne-Patientinnen die Attacken leichter und seltener oder verschwinden sogar komplett. Dies gilt vor allem bei Frauen, die unter einer Migräne ohne Aura leiden und bei denen die Attacken verstärkt im Zusammenhang mit der Regelblutung einsetzen. Bei einer Migräne mit Aura bleibt die Attacken-Häufigkeit hingegen nicht selten über die gesamte Schwangerschaft konstant, bei einem Teil der Patientinnen nimmt sie sogar zu. Treten bei einer Frau während einer Schwangerschaft erstmalig Migräneattacken



Ab dem zweiten Drittel der Schwangerschaft werden die Attacken meist leichter oder seltener.

auf, handelt es sich häufig um eine Migräne mit Aura.

Aus Angst, möglicherweise ihrem Kind zu schaden, verzichten viele Frauen während der Schwangerschaft grundsätzlich auf den Einsatz von Medikamenten. Aufgrund des günstigen Spontanverlaufs der Migräne während der Schwangerschaft ist dies auch häufig möglich. Großzügige Krankschreibungen oder gegebenenfalls ein Beschäftigungsverbot können sie auf diesem Weg noch unterstützen. Allerdings ist ein dogmatischer Verzicht auf Medikamente auch nicht sinnvoll: Schwere Migräneattacken bedeuten nicht nur eine – möglicherweise unnötige – Quälerei für die Schwangere. Im Falle anhaltenden Erbrechens können sie zusätzlich auch für das Kind gefährlich werden.

## Welche Akut-Medikamente sind erlaubt?

Zur medikamentösen Behandlung eines Anfalls in der Schwangerschaft wird seit Jahrzehnten Paracetamol als Schmerzmittel der Wahl empfohlen – und das zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft. Es gibt inzwischen jedoch Berichte über mögliche Folgeschäden wie ADHS, Autismus, geistige Behinderung oder Hodenhochstand beim Kind. Paracetamol kann daher nicht mehr als sicher unbedenklich eingestuft werden und sollte von Schwangeren nicht unkritisch eingenommen werden. Die Therapieleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie empfehlen daher die Einnahme nur mit klarer Indikation und möglichst selten. Da die Wirkung bei stärkerer Migräne sowieso in der Regel nicht ausreichend ist, kann aber wahrscheinlich auch ganz darauf verzichtet werden.

Aus der Klasse der Schmerzmittel ist bis zur 28. Schwangerschaftswoche Ibuprofen eine Alternative, allerdings auch nur bei vorübergehender Einnahme. Im letzten Drittel darf es dann nicht mehr eingesetzt werden. Es kann zu einem vorzeitigen Verschluss des Ductus Botalli am Herzen kommen, der Herzprobleme hervorrufen könnte. Außerdem ist eine Nierenschädigung beim Kind möglich.

Zum jetzigen Zeitpunkt am wenigsten bedenklich ist aber gerade eine Substanz, an welche die meisten Patientinnen zuletzt denken dürften: Sumatriptan. In den Anfangsjahren, als Triptane auf den Markt gekommen waren, riet man Schwangeren und Stillenden grundsätzlich davon ab, Triptane zu nutzen. Der Grund: Wie bei jeder neuen Substanzklasse mangelte es an Erfahrungen mit diesen Medikamenten. Inzwischen werden Triptane seit mehr als 25 Jahren eingesetzt. Schwangerschaftsregister, an die Probleme während einer Schwangerschaft gemeldet werden können, haben in dieser Zeit keine besonderen Risiken für die ungeborenen Kinder erfasst, selbst wenn die werdende Mutter die Medikamente in den problematischen ersten Schwangerschaftswochen und -monaten einnahm.

Besonders umfangreich ist das Register für Sumatriptan, das älteste der Triptane, das inzwischen bei mehr als 4 000 Schwangerschaften beobachtet wurde. Bei den

Paracetamol wurde lange empfohlen, kann aber nach heutigem Wissen nicht als unbedenklich eingestuft werden.

## Expertenrat zu Medikamenten in der Schwangerschaft

Embryotox ist ein Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonal-Toxikologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin, beobachtet also schädigende Wirkungen auf das Ungeborene. Auf der Internetseite des Zentrums [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de) lassen sich umfangreiche Informationen zur Verträglichkeit von Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit finden. Außerdem bieten die Experten eine kostenlose Beratung an.



Zu Triptanen in der Schwangerschaft wurden bereits viele Daten gesammelt.

anderen Triptanen ist die Zahl der beobachteten Schwangerschaften deutlich niedriger, so dass hier keine Empfehlung ausgesprochen werden kann. Ist eine Frau in der Schwangerschaft weiterhin auf ein Triptan angewiesen, würde man ihr deswegen einen Wechsel auf Sumatriptan nahelegen. Es steht unter anderem auch als Nasenspray oder zur subkutanen Anwendung mit einem Autoinjektor, einer Art Spritze, zur Verfügung. Es eignet sich daher insbesondere bei Attacken mit starker Übelkeit oder Erbrechen, wenn eine Tabletteneinnahme sinnlos ist.

## Zulässige Mittel zur Vorbeugung

Eine medikamentöse Prophylaxe, die über die Einnahme von Magnesium hinausgeht, wird in der Schwangerschaft nur selten erforderlich. Der Einsatz von Betablockern wie Metoprolol oder Propranolol ist grundsätzlich möglich. Das Risiko von Frühgeburten steigt jedoch und das Geburtsgewicht des Kindes kann verringert sein. Ärzte halten es in der Schwangerschaft meist nur dann für nötig, wenn bei der Patientin eine Kombination aus Migräne und Bluthochdruck besteht und nicht eine Migräne allein. Ähnlich sieht es beim Amitriptylin aus. Auch hier erfolgt der Einsatz häufig mit einer Doppelindikation, also wenn es zwei Gründe dafür gibt. Als Antidepressivum wird Amitriptylin bevorzugt genutzt, wenn eine Migräne zusammen mit einer behandlungsbedürftigen Depression auftritt.

Alle anderen hochwirksamen Substanzen zur Migräneprophylaxe sollten gemieden werden, da entweder ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko besteht (z.B. Topiramate) oder die Unbedenklichkeit nicht nachgewiesen ist (z.B. Flunarizin und monoklonale CGRP-Antikörper). Diese Substanzen werden idealerweise schon in der Planungsphase einer Schwangerschaft abgesetzt.

## Wann sind Kopfschmerzen in der Schwangerschaft gefährlich?

Im Laufe der Schwangerschaft nehmen bei Patientinnen mit einer Migräne mit Aura nicht selten die Auren an Häufigkeit, Intensität und Dauer zu. Das ist zwar unangenehm, aber nicht grundsätzlich

## Geeignete Medikamente gegen Übelkeit

Will man nur die Übelkeit bei Migräne behandeln, empfiehlt sich der kurzfristige Einsatz von Metoclopramid als Tablette, Tropfen oder Zäpfchen. Dimenhydrinat ist eine rezeptfreie Alternative für die ersten beiden Drittel der Schwangerschaft. Im letzten Drittel sollten Schwangere es meiden, da es die Wehentätigkeit fördert.

gefährlich. Allerdings steigt im Laufe der Schwangerschaft auch das Risiko von Thrombosen an. Thrombosen in Hirnvenen nach einer Corona-Impfung, die Sinusvenen-Thrombosen, sind heute in aller Munde – in Schwangerschaften waren sie schon immer gefürchtet. Sie gehen nicht nur mit epileptischen Anfällen, sondern gerade auch mit Kopfschmerzen und neurologischen Symptomen einher.

Es ist also wichtig, die ungefährliche Migräne mit Aura von der potenziell lebensbedrohlichen Sinusvenen-Thrombose zu unterscheiden: Immer dann, wenn ein Kopfschmerz sich vom üblichen Migränekopfschmerz unterscheidet und wenn neurologische Symptome auftreten, die anders sind als die normale Migräne-Aura, sollte man sich in ärztliche Behandlung begeben und dort auch klar machen, dass es sich nicht um die bekannte Migräne mit Aura handelt. Laboruntersuchungen und schließlich ein MRT des Kopfes mit Darstellung der Venen erlauben die sichere Differenzierung, ohne Mutter und Kind zu gefährden.

## Kopfschmerzen bei Schwangerschafts-Vergiftung

Eine weitere gefährliche Gesundheitsstörung in der Schwangerschaft, die mit Kopfschmerzen einhergeht, ist die Präeklampsie, früher auch als Schwangerschaftsvergiftung bezeichnet. Erste Zeichen sind Wassereinlagerungen, eine vom Arzt festgestellte Erhöhung des Blutdrucks und eine vermehrte Eiweißausschüttung über die Niere. Im Verlauf kommen neurologische Symptome wie Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit und Sehstörungen hinzu.

Setzen epileptische Anfälle ein, spricht man von einer Eklampsie. Jede Schwangerschaftsuntersuchung umfasst wegen dieses Krankheitsbildes auch eine Messung des Blutdrucks und eine Urinuntersuchung auf Eiweiß.

## Besonderheiten in der Stillzeit

In der Stillzeit stellt sich die Situation etwas anders dar. Die Mehrzahl der jungen Mütter wünscht sicherlich zu stillen. Zu eindeutig überwiegen die Vorteile für Mutter und Kind. Wenn die Mutter allerdings auf die Einnahme bestimmter Medikamente angewiesen ist, die in die Muttermilch übergehen und problematisch für das Kind wären, besteht immerhin die Möglichkeit, abzustillen. Zum

Unterscheiden sich Kopfschmerzen stark von der gewohnten Migräne, sollte man zum Arzt gehen.

Erste Anzeichen für eine Schwangerschafts-Vergiftung sind Schwellungen im Gesicht, an Händen und Füßen.



Einige Medikamente dürfen auch in der Stillzeit unbesorgt genommen werden.

---

Glück stellt sich diese Frage bei den meisten Migräne-Patientinnen in der Stillzeit nicht, denn viele Frauen, die in der Schwangerschaft weniger Migräneattacken hatten, profitieren auch noch von der Stillzeit. Das gilt zumindest, solange sie voll stillen.

Wird in der Stillzeit eine Medikamenten-Einnahme erforderlich, kommen in der Regel die gleichen Medika-

mente wie in der Schwangerschaft zum Einsatz. Zur Vorbeugung der Migräne sind dies Metoprolol und Amitriptylin, als Mittel gegen Übelkeit Metoclopramid und zur Akutbehandlung Ibuprofen, Paracetamol und Sumatriptan.

Beim Sumatriptan empfiehlt die Fachinformation, nach der Anwendung für zwölf Stunden die Muttermilch abzupumpen und zu verwerfen. Ein Stillen wäre während dieser Zeit damit nicht möglich. Embryotox weist jedoch darauf hin, dass der Übergang von Sumatriptan in die Muttermilch nur sehr gering ist und die Bioverfügbarkeit beim Kind so niedrig ist, dass Unverträglichkeiten beim gestillten Kind aufgrund der üblichen Einzeldosen kaum zu erwarten sind.

Nicht immer wird sie mit den Jahren besser

## Migräne in den Wechseljahren und im Alter

von Dr. Katja Heinze-Kuhn

Vielen Frauen wurde in ihrer Jugend vermittelt, dass die Migräne mit den Wechseljahren verschwinden würde. Unabhängig davon, ob diese Aussage damals tröstlich gewesen war, weil bis dahin noch viele schmerzreiche Jahre vor ihnen liegen, erweist sie sich auch noch in den meisten Fällen als falsch.

In den Wechseljahren wird vor allem die menstruationsassoziierte Migräne (s.S. 56) beeinflusst. Da die erste Phase der Wechseljahre jedoch meistens von einem verkürzten Zyklus geprägt ist, häufen sich hormonell getriggerte Attacken zunächst sogar. Daran schließt sich dann eine Phase an, in der die Regel in zunehmend größeren Abständen und unregelmäßig auftritt. Entsprechend seltener setzen jetzt menstruationsassoziierte Attacken ein. Was davon unbeeinflusst bleibt, sind Attacken, die entweder spontan auftreten oder durch andere Auslösefaktoren provoziert werden.

In den Wechseljahren stellt sich für Frauen die generelle Frage nach einer Hormonersatz-Therapie. Mit einer solchen Behandlung ist die Hoffnung verbunden, Wechseljahrsbeschwerden zu minimieren und unter anderem Osteoporose vorzubeugen. Eine Studie konnte jedoch zeigen, dass eine Hormongabe bei Frauen nach der Menopause, also nach der letzten Regel, die Attackenhäufigkeit verdoppelte. Eine Besserung der Wechseljahrsbeschwerden würde damit teuer erkauft. Im Einzelfall bleibt nur, es mit der Hormonersatz-Therapie zu versuchen und sie gegebenenfalls abzubrechen.



Wer immer zur Regel Migräne hat, leidet weniger, wenn die Blutung in den Wechseljahren seltener wird.

Bei manchen verschwindet der Kopfschmerz mit den Jahren und es bleibt nur die Aura zurück.

---

## Im Alter oft weniger Attacken

Viele Patienten machen die Erfahrung, dass sich die Migräne mit Fortschreiten des Lebensalters zurückzieht. Die Attacken werden kürzer, schwächer und seltener. Eine Gewähr dafür, dass die Migräne komplett verschwindet, gibt es allerdings nicht.

Alte epidemiologische Studien aus den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zeigten einen Gipfel der Migränehäufigkeit um das 40. Lebensjahr und einen deutlichen Abfall um das 55. Lebensjahr. In aktuellen Untersuchungen hat sich der Zeitpunkt der Besserung um etwa zehn Jahre nach hinten verschoben. Das heißt, die Migräne klingt heute häufig erst bei den „jungen Alten“ ab. Manchmal bleibt nur die Aura. Aber selbst darauf kann sich der Einzelne nicht verlassen. Ein Teil der Patienten erreicht das Alter der Hochbetagten und hat noch weiter Migräne! Bei diesen beobachtet man dafür ganz häufig, dass unabhängig vom möglichen Auftreten körperlicher Altersgebrechen die Leistungsfähigkeit des Gehirns in der Regel ungetrübt ist.

Dass eine Migräne jenseits des 65. Lebensjahres neu auftritt, ist dagegen eine Rarität. In der Regel besteht einfach eine Migräne fort, die schon in jungen Jahren begonnen hat. Sie kann sich aber verändern: Mit zunehmendem Alter werden die Attacken häufig kürzer und seltener. Außerdem schwächen sich die Begleitsymptome ab. Zum Teil verschwinden die Kopfschmerzen und Begleitsymptome aber auch gänzlich, und zurück bleiben isolierte Migräne-Auren ohne Kopfschmerz.

Hier kann es manchmal durchaus schwierig werden, eine Migräne-Aura von einer vorübergehenden Durchblutungsstörung des Gehirns, also einer Vorstufe eines Schlaganfalls, zu unterscheiden, die ja typischerweise eine Erkrankung des fortgeschrittenen Lebensalters ist. Technische Untersuchungen wie Ultraschall von Halsschlagader und Herz sowie MRT des Kopfes können erforderlich werden.

## Im Alter können Nebenwirkungen zunehmen

Das Alter eines Patienten beeinflusst die medikamentöse Behandlung der Migräne deutlich mehr als die nichtmedikamentösen Therapieoptionen. Empfehlungen wie gemäßigter Ausdauersport, Entspannungsverfahren oder regelmäßiges Essen und

Nimmt man wegen anderer Krankheiten zusätzliche Arzneimittel ein, kann es zu Wechselwirkungen kommen.

---

Trinken (siehe ab Seite 39) können in jeder Lebensphase umgesetzt werden.

Bei der medikamentösen Behandlung spielt das Geschlecht keine Rolle. Entscheidend ist, ob Begleiterkrankungen vorliegen, die die Behandlungs-Möglichkeiten verringern. Bei der Wahl von Medikamenten müssen daher im Alter bestimmte Besonderheiten beachtet werden:

▶ **verzögerter Abbau von Medikamenten bei Störungen der**

- Nierenfunktion
- Leberfunktion

▶ **empfindlichere Nervenzellen im Gehirn und Herz. Die Folgen:**

- schneller Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Schwindel und Benommenheit
- Herzrhythmusstörungen

▶ **fehlende Möglichkeiten, Blutdruckschwankungen auszugleichen. Die Folgen:**

- Schwindel
- Stürze

Bei Einnahme vieler verschiedener Medikamente (65-Jährige: durchschnittlich 2–3 Substanzen, 80-Jährige: 4–5 Substanzen pro Tag):

▶ **Wechselwirkungen zwischen den Substanzen!**

### Einschränkungen bei Triptanen

Ältere Migränepatienten waren von den Zulassungsstudien für Triptane ausgeschlossen, sodass weder Wirksamkeits- noch Sicherheitsdaten für sie vorliegen. Diese Medikamente sind daher konsequenterweise auch nur bis zum 65. Lebensjahr zugelassen. Entscheidet man sich dafür, sie jenseits des 65. Lebensjahres zu nutzen, sollte der Arzt ausschließen, dass Gegenanzeigen



Regelmäßig etwas zu essen wirkt vorbeugend. Solche Tipps zur Lebensführung gelten auch im höheren Alter noch.

Bei Menschen über 65 Jahren mit Herz-Kreislauf-Leiden wie unbehandeltem Bluthochdruck sind Triptane nicht ratsam.

---

wie Durchblutungsstörungen oder ein unzureichend behandelter Bluthochdruck vorliegen. In diesen Fällen ist von der Einnahme von Triptanen abzuraten (s. Seite 27).

Aber auch Schmerzmittel wie Ibuprofen sind nicht unproblematisch. Die Fachinformationen warnen davor, dass es bei älteren Patienten häufiger zu Komplikationen wie Blutungen im Magen-Darm-Trakt kommt, zum Teil mit tödlichem Ausgang. Auch bei Herzerkrankungen, Bluthochdruck und jeglichen Durchblutungsstörungen wird vom Einsatz insbesondere von höheren Dosierungen abgeraten. Häufig bleibt dann nur die Empfehlung, allenfalls Metamizol/Novaminsulfon oder das relativ schwache Paracetamol einzusetzen.

## Möglichkeiten zur Vorbeugung

Bei den vorbeugenden Medikamenten gilt Amitriptylin im Alter als problematisch. Es kann Herzrhythmusstörungen ebenso verschlechtern wie schon bestehende kognitive Beeinträchtigungen, also Probleme mit dem Gedächtnis oder der Denkfähigkeit. Blasenentleerungsstörungen treten unter diesem Antidepressivum zwar häufiger bei Männern auf, aber auch nicht ausschließlich. Betablocker können wiederum bei Vorliegen einer Herzschwäche ungünstig sein.

Für die monoklonalen Antikörper zur Migräne-Vorbeugung (Erenumab, Galcanezumab, Fremanezumab und Eptinezumab) sowie die Gepante (Rimegepant und Atogepant) gibt es keine Zulassungsbeschränkung im Alter. In den Therapie-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wird jedoch wie bei den Triptanen von ihrem Einsatz abgeraten, wenn bei den Patienten Durchblutungsstörungen bekannt sind.

Die neuen monoklonalen Antikörper sind auch uneingeschränkt für Senioren zugelassen.

---

## Die psychologische Seite der Migräne „Ich muss doch funktionieren!“

von Sabrina Moll

**D**ie Rolle psychosozialer Faktoren bei Migräne zeigt diese Fallgeschichte. Meine Klientin ist eine 48-jährige Frau mit Belastungen, die viele Migräne-Betroffene kennen: Familie, Beruf, ein fordernder Alltag – und über 15 Migräne-Tage im Monat. Doch im Laufe eines Jahres deckt sie Hintergründe für ihre Krankheit auf und lernt Schritt für Schritt, besser damit zurechtzukommen. Mit dem Effekt, dass die Attacken seltener werden.



### Migräne sieht man von außen nicht

„Wie soll ich denn nicht funktionieren? Es kann ja keiner sehen, dass ich eigentlich nicht mehr kann. Alle erwarten von mir, dass ich funktioniere!“ Eine gepflegte, adrette, gut frisierte Klientin sitzt kerzengerade vor mir. Eine Frau, der auf den ersten Blick alles spielend gelingt.

Wenn man genau hinsieht, dann lässt sich anderes erahnen: Sie wirkt angespannt, spricht rasch, als sei sie auf dem Sprung. Sie ist 48 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder. Seit vielen Jahren hat sie mehr als fünfzehn Tage im Monat Migräne. Sie ist erschöpft, erschöpft vom Funktionieren im Alltag, Terminen, dem Druck am Arbeitsplatz. Ausfallzeiten hat sie fast keine. Doch! Letztes Jahr sei sie zehn Tage wegen einer Grippe krankgeschrieben gewesen, nach vier Tagen aber wieder arbeiten gegangen. Sie halte das schlechte Gewissen nicht gut aus; die Kollegen würden es ohne sie nicht schaffen, alle seien überlastet, erzählt sie. Im Job schätzt man sie aufgrund ihrer hohen

Viele Frauen jonglieren zwischen Familie, Haushalt und Beruf. Fallen sie wegen Migräne aus, plagt sie das Gewissen.





Nach Feierabend noch einen Kuchen für das Schulfest backen? Wer stets hilfsbereit ist, schiebt auch das noch ein.

Leistungsfähigkeit, ihres Engagements, ihrer Teamfähigkeit. Sie selbst habe das Gefühl, es sei nie genug: „Irgendwann fliegt der ‚Schwindel‘ auf und alle merken, dass ich nicht gut genug bin“, ist sie überzeugt.

### An den schmerzfreien Tagen alles nachholen wollen

Nach außen hin hat sie das perfekte Leben. Neben der Karriere, die sie gemacht hat, engagiert sie sich in der Schule der Kinder im Elternbeirat, backt Kuchen für Feiern im Bekanntenkreis und hat immer ein offenes Ohr für Freunde und Bekannte. „Nein sagen“ fällt ihr sehr schwer, sie hat Angst davor, andere zu enttäuschen. In den letzten Jahren habe sich dann die Migräne sehr gehäuft. „Meist nehme ich Medikamente und versuche so, weiter im Alltag zu funktionieren.“ An den schmerzfreien Tagen habe sie das Gefühl, alles nachholen zu müssen,

was sie unter den Schmerzen nicht in ihrem gewohnten Tempo schaffen. Das überfordere sie jedoch oft, die nächste Attacke sei die Konsequenz. Früher sei ihr alles viel leichter gefallen – jetzt löse bereits der Gedanke an den Alltag Stress und Anspannung in ihr aus. Sie vermutet, dass dieser Zustand ihren Stresspegel dauerhaft hochhält und dass sich dies stark auf die Migräne auswirkt. Dennoch schaffe sie es nicht, die eigenen Ansprüche an sich zu senken. Zu groß sei die Angst, sich selbst und andere zu enttäuschen.

### Ein Teufelskreis, der zu Erschöpfung führt

Ich kann ihre Anspannung spüren, aber meine Klientin bleibt gefasst und lächelt während ihrer Erzählung charmant über alles hinweg. Sie lehnt sich nicht zurück, bleibt die komplette Stunde gerade sitzen. „Eigentlich habe ich gedacht, alles alleine zu schaffen, aber mein Mann hat mir nun mehrfach nahegelegt, mir Hilfe zu holen“, erklärt sie. Eine Freundin sei mit ihrer Migräne bei mir in

Behandlung gewesen und habe ihr die Nummer gegeben. „Ich habe mich erst davor gescheut, eine Therapie zu machen, aber ich will es zumindest einmal versuchen“, sagt sie entschlossen.

So wie ihr geht es vielen meiner Klientinnen. Ein bekannter Teufelskreis, bei dem sich die Migräne, Alltag, Familie, Beruf und all die eigenen Ansprüche wechselseitig ungünstig beeinflussen. Das Resultat ist oft eine ausgeprägte Erschöpfung.

### Der erste Schritt: mehr über Migräne wissen

Schauen wir uns den Verlauf der Therapie meiner Klientin genauer an: Die ersten Sitzungen drehen sich überwiegend um die Aufklärung über Migräne. Wissen über die Erkrankung kann Betroffenen helfen, sich selbst zu helfen, und lässt sie Selbstwirksamkeit erleben. Das bedeutet, sie spüren, dass sie selbst auf ihre Krankheit einwirken können.

Meine Klientin stellt fest, dass ihre eigene Schmerzschwelle von psychischen Faktoren beeinflusst werden kann. Zum Beispiel ist die grundsätzliche Befindlichkeit wesentlich mitverantwortlich für die Schmerzschwelle, also den Punkt, an dem eine Migräne ausgelöst wird: Ist der Stress- oder Belastungslevel anhaltend hoch, verschlechtert dies die Grundbefindlichkeit und erhöht damit die Anfälligkeit für eine Migräne. Das wiederum führt zur Zunahme von Attacken.

Meiner Klientin sind ihre anhaltende Anspannung und ihr hoher innerer Stresslevel lange Zeit nicht bewusst gewesen. Sie hatte bis dahin nicht verstanden, dass nicht „der eine“ Faktor eine Attacke auslöst, sondern dass unterschwelliger Stress, neben anderen Einflüssen, die Attackenhäufigkeit kontinuierlich erhöhen kann.

Aber was löst den unterschwiligen Stress bei meiner Klientin eigentlich aus? In den Gesprächen erkennt sie, dass nicht nur äußere Belastungen und Anforderungen dazu führen müssen. Ihre eigenen Ansprüche und (vermeintliche) Erwartungen von außen sind es, die einen hohen Energieverlust und am Ende eine immense Erschöpfung bedingen. In den Gesprächen wird ihr bewusst, dass andere gar nicht so viel fordern. Es ist die Angst, nicht zu genügen, die ihre eigenen hohen Standards produziert. Ein schier nicht endender Perfektionismus, der dennoch nicht dazu führt, dass die Angst nachlässt. Hinter der Angst

Manchmal merken die Angehörigen als Erste, dass es Zeit wird, Hilfe zu suchen.

Manche müssen erst lernen zu spüren, wie hoch der eigene Stresslevel wirklich ist.

Muss ich wirklich immer perfekt sein? Oft steckt der Wunsch nach Anerkennung hinter einer solchen Leistungsbereitschaft.

---

steht seelischer Schmerz, dahinter der sehnliche Wunsch nach Anerkennung, Anerkennung der eigenen Person, der Wertigkeit. Die organisierte Karrierefrau, eine gute Mutter, die smarte Ehefrau, die warmherzige Freundin, jedermanns Unterstützerin ...: Angetrieben davon, diese Rollen perfekt zu erfüllen, weiß sie nicht mehr, wer sie eigentlich ist und was sie tatsächlich möchte. Alles ist überdeckt von dem Wunsch, niemanden zu enttäuschen.

Niemanden enttäuschen – das ist ein Selbstwertthema, das nicht selten hinter den hohen Selbstansprüchen meiner Klientinnen auftaucht. Ein Thema, das die „eigenen Antreiber“ prägt, mit denen wir uns selbst durch den Alltag scheuchen. Wenn wir voraussetzen, dass für einen guten Umgang mit der Migräne Balance und Entspannung im Alltag nötig sind und dass diese Ansprüche an uns selbst dem entgegenstehen, dann ergibt sich hier ein therapeutischer Ansatz.

Gehen wir davon aus, dass zum Beispiel die Angst, nicht zu genügen, zu solch hohen Anforderungen an sich selbst führt. Das wiederum erhöht das Streben nach Leistung und Funktionieren. Am Ende bleibt die Erschöpfung, und die Grundbefindlichkeit verschlechtert sich immens. Und wie wir inzwischen wissen, besteht hierbei ein starker Zusammenhang mit der individuellen Schmerzschwelle und auch der Attackenhäufigkeit. So macht es therapeutisch Sinn, die Angst zu bearbeiten und die Selbstwert-Überzeugungen zu verändern, um im Alltag die eigenen Leistungsansprüche zu senken und alternative Verhaltensweisen zu entwickeln.

### Die eigenen Bedürfnisse aufspüren

In weiteren Gesprächen arbeitet meine Klientin daran, hinter ihre übergeordneten „Antreiber“ zu schauen und die darunterliegenden Bedürfnisse zu spüren. Wir sammeln Ideen, kleine Bedürfnisimpulse in den Alltag zu integrieren: Mal spontan fünf Minuten extra Pause machen, um sich ein Eis am Kiosk gegenüber des Büros zu gönnen. Oder mal zwei Maschinen Wäsche liegen lassen, um mit einer Freundin einen Kaffee zu trinken. Vielleicht sogar einmal eine Anfrage ablehnen, ohne sich dafür zu rechtfertigen...

Doch wir stellen fest, dass schon die kurze Mittagspause ausreicht, um das schlechte Gewissen, ein Gefühl von Unzulänglichkeit

Wir haben unsere eigenen inneren „Antreiber“, mit denen wir uns selbst durch den Alltag scheuchen.

---

zu wecken. In unseren Gesprächen arbeiten wir daran, die Angst und den Schmerz dahinter zu erkennen und mit ähnlichen Gefühlen und auslösenden Situationen in der Kindheit in Verbindung zu bringen. Wir arbeiten heraus, dass ein sehr leistungsorientiertes Feedback der Eltern in der Kindheit ihren Alltag geprägt hat. Meine Klientin erkennt, dass die kindliche Angst, die elterliche Zuneigung zu verlieren, ein ständiger Antrieber gewesen ist. So hat sie mehr und mehr versucht, die Standards der Eltern zu erfüllen, „brav“, „perfekt“ zu sein. Nur mit Leistung und Anpassung konnte sie Anerkennung und Aufmerksamkeit der Eltern erhalten.

Nun ist sie erwachsen. Der Antrieber ist geblieben, hat sich sogar verstärkt. Sie begreift aber auch, dass sie inzwischen vielfältige Fähigkeiten besitzt und andere Wege kennt, diese Bedürfnisse zu erfüllen. Meine Klientin übt sich nun also darin, die kleinen Veränderungen wie Pausen in den Alltag zu integrieren und die aufkommende Anspannung auszuhalten. Sie kann diese Anspannung nun dem eigentlichen Problem in der Vergangenheit zuordnen und sich so besser von alltäglichen Situationen und dem daraus resultierenden schlechten Gewissen distanzieren. In ihren Beziehungen lernt sie, ihre überstarke Hilfsbereitschaft zu hinterfragen und erste kleine Grenzen zu setzen. Auch fällt es ihr zunehmend leichter, über Belastung zu sprechen und sich dabei nicht als „schwach“ zu erleben.

Es gibt Tage, da gelingt es ihr recht leicht, das Erlernte umzusetzen, und sie erlebt positive Momente und Erfolge. An anderen Tagen fällt sie automatisiert in alte Verhaltensweisen zurück. Dann fällt ihr die Umsetzung schwer und sie ist manchmal frustriert darüber. Doch sie weiß, dass das dazugehört, dass es sein darf und dass es



Stets brav sein wollen, die vorgelebten Standards erfüllen: Viele Verhaltensweisen stammen aus der Kindheit.

Mit Migräne funktioniert man im Alltag plötzlich nicht mehr. Dieser Kontrollverlust macht vielen Angst.

dabei hilft, neue Verhaltensweisen noch einmal zu überprüfen und gegebenenfalls erneut an ihre eigentlichen Bedürfnisse anzupassen.

### Und was hat das mit der Migräne zu tun?

Im nächsten Schritt arbeitet meine Klientin daran, diese Themen auch mit ihrer Migräne in Verbindung zu bringen. Sie versteht, dass ihre Anspannung einen großen Einfluss auf die Attackenhäufigkeit hat und dass zudem jede Attacke das Funktionieren im Alltag verhindert. Sie begreift, dass die Migräne damit nicht nur furchtbare Schmerzen verursacht, sondern auch eine große Hilflosigkeit auslöst und dass sie dadurch einen Kontrollverlust erlebt. Hinter der Hilflosigkeit steht erneut die Angst. Die Angst, nicht genug zu leisten, gar zu versagen, abgelehnt zu werden. So wird der Schmerz überdies auch zur Bedrohung, denn er ruft ein Gefühl von mangelndem Selbstwert hervor. Die Angst vor eben dieser Hilflosigkeit ist über die Jahre gewachsen – und mit ihr die Angst vor einer Attacke. Wir arbeiten heraus, dass schon die ersten Gedanken an eine mögliche Attacke Stress bei meiner Klientin verursachen. Eine Anspannung, die den Körper aktiviert. Eine Aktivierung, die wiederum die Schmerzschwelle beeinflusst und letztendlich zum eigentlichen Auslöser der nächsten Attacke wird. Kurz: eine „sich selbst erfüllende Prophezeiung“.

Als nächstes arbeiten wir daran, die ängstlichen Gedanken zu verändern, alltägliche Situationen und die Migräne umzubewerten. Meine Klientin erkennt ihre Möglichkeiten, auf die eigene Wahrnehmung einzuwirken und alternative Gedanken und Bewertungen zu entwickeln, etwa sich zu sagen: „Ich bin vollkommen o.k., auch wenn ich mal nicht perfekt funktioniere.“ In der Folge erlebt sie mögliche Attacken als weniger bedrohlich und kann von ersten positiven Effekten berichten. Die Migräne ist nun nicht mehr die feindliche Bedrohung, sondern eine Möglichkeit, eigene Grenzen besser zu spüren und sich weniger zu überfordern.

### Die Krankheit akzeptieren

An diesem Punkt versteht meine Klientin, dass sie ihre Erkrankung bisher nicht wirklich akzeptiert hat. Ein ständiger Kampf dagegen, ein Damit-Hadern, Frustration. Viel Energie hat sie darin investiert. Nie gesehen, dass die Migräne auch eine Art Schutzmechanismus

darstellen kann. Etwas, das sie schmerzhaft an ihre Grenzen erinnert und dabei unterstützen möchte, die Balance im Alltag herzustellen. Die Energie in eine andere Richtung zu lenken. Nicht über jede Grenze hinaus zu funktionieren. Bisher hat sie die Migräne nur als eine Bedrohung für ihre eigene Wertigkeit und ihre Leistungsfähigkeit erlebt.

Mit dieser Erkenntnis fällt es meiner Klientin in den folgenden Gesprächen leichter, eine neue Haltung der Erkrankung gegenüber zu entwickeln und rascher auf Signale ihres Körpers zu hören. Sie stellt fest, dass sie einige Attacken durch rechtzeitige Ruhe und Entspannung vermeiden konnte.

Um gezielt Entspannung in den Alltag einzubauen, üben wir verschiedene Verfahren. Sie trainiert die Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training und die eine oder andere Imaginationstechnik. Es fällt ihr noch schwer, gedanklich abzuschalten. Mit der Progressiven Muskelentspannung gelingt es ihr am besten. Der Wechsel zwischen An- und Entspannung der verschiedenen Muskelgruppen fühlt sich für sie aktiver an; das liegt ihr mehr. Das Autogene Training ist ihr dagegen zu passiv, das sortieren wir wieder aus.

## Spürbare Veränderungen

Nach und nach verändert sich meine Klientin. Sie wirkt weniger angespannt, lehnt sich in unseren Gesprächen entspannt im Sessel zurück. Oft lachen wir miteinander, sie wirkt gelöster. Ein Jahr kommt sie bereits zu mir in die Therapie. Ihre Anstellung hat sie um ein paar Stunden reduziert. Sie nimmt sich mehr Zeit für sich. So hat sie die Entspannungsübungen fest in ihren Tagesablauf integriert. Außerdem hat sie herausgefunden, dass sie große Freude am Malen entwickelt, einfach so, nur für sich. Ohne ein bestimmtes Ziel damit erreichen zu wollen. Ihre Attacken treten deutlich seltener auf, sie kann freie Zeit inzwischen wieder etwas besser genießen. Die Migräne erlebt sie nicht mehr in dem Maße als eine Bedrohung. Sie hat für sich akzeptiert, damit zu leben, auch mit den Einschränkungen, die die Krankheit mit sich bringt. Sie hat aber auch gelernt, dass sich dahinter eine Chance verbirgt. Eine Chance, die Migräne als Schutzmechanismus zu begreifen und für sich selbst zu handeln, etwas für sich selbst zu tun.

Wer ständig gegen seine Krankheit ankämpft, steckt Energie hinein, die man auch umlenken und positiv nutzen könnte.

## Hilfreiche Adressen

### **Bundes-Psychotherapeutenkammer (BPTK):**

▶ [www.bptk.de/service/therapeutensuche.html](http://www.bptk.de/service/therapeutensuche.html)

### **Kassenärztliche Vereinigungen der Bundesländer. Beispiele:**

▶ <https://arztsuche.hessen.de/>

▶ [www.praxisfinder-rlp.de](http://www.praxisfinder-rlp.de)

### **Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF):**

▶ [www.schmerzpsychotherapie.de](http://www.schmerzpsychotherapie.de) => unter „Therapeut:innen“:  
Liste „Spezielle Schmerzpsychotherapeut\_innen“

Manchmal meldet sich noch das schlechte Gewissen und die Anspannung steigt. Dann weiß sie, dass dies ein Signal ist. Ein Signal, wieder mehr auf sich zu achten. Sie kann das schlechte Gewissen nun besser zuordnen. Weiß, dass es selten tatsächlich etwas mit der Gegenwart zu tun hat. Es sind alte Gefühle. Wir haben vereinbart, dass sie in diesen Momenten besonders

selbstfürsorglich und gut zu sich sein sollte – das Gegenteil von dem, was sie sonst damit getan hat. Sie spürt dann die Sehnsucht nach Anerkennung und Zuwendung und übt sich darin, sie sich selbst zu schenken. Oder sie bittet ihren Mann, sie in so einem Moment einfach einmal in den Arm zu nehmen. Sie spürt sich nun besser und hat einen Zugang zu ihren Bedürfnissen und Wünschen gefunden. Je häufiger es ihr gelingt, danach zu handeln, desto zufriedener und entspannter fühlt sie sich. Eine Zeit lang werden wir uns noch sehen. Bald wird sie nicht mehr kommen, denn sie hat sich verändert und es geht ihr häufig einfach gut.

## Teil III: Rat und Hilfe bei Migräne

- ▶ **Erfahrungsbericht:** Schon als Kind litt Barbara Schick unter Kopfschmerz-Anfällen, die erst Jahrzehnte später als Migräne diagnostiziert wurden und ihr ganzes Leben prägen sollten. In diesem Kapitel blickt sie ohne Groll zurück – und macht anderen Frauen damit Mut.
- ▶ **MigräneLiga und Selbsthilfegruppen:** Seit fast 30 Jahren setzt sich die MigräneLiga e.V. Deutschland in der Öffentlichkeit, bei Medizinern und Therapeuten sowie in der Politik für eine bessere Versorgung von Migräne-Betroffenen ein. Nur mit Unterstützung ihrer Mitglieder kann sie überzeugen. Hier erfahren Sie mehr über die MigräneLiga und lernen die Vorteile kennen, die unsere Mitglieder haben.
- ▶ **Adressen, Literatur & Blogs:** In unserem Anhang finden Sie Internetseiten und Bücher, die fundiert über Migräne und Kopfschmerzen informieren, sowie einen Verweis auf Adressen von spezialisierten Ärzten und Kliniken. Außerdem nennen wir Instagram-Accounts von Menschen, die seriös zu Migräne posten.



### Rückblick auf über 40 Jahre mit der Krankheit Migräne machte mein Leben wertvoller

von Barbara Schick



Autorin  
Barbara Schick  
mit ihrem  
Riesenschnauzer Jeanie

Ich kann mich noch genau an meinen ersten Schultag erinnern; ich war gerade sechs Jahre alt: Neben all den anderen Jungen und Mädchen harrete ich aufgeregt und erwartungsvoll mit meiner großen Schultüte im Arm der Dinge, die dieser besondere Tag bringen sollte. Ich hatte mich sehr darauf gefreut und konnte schon ein paar Nächte davor nicht mehr richtig schlafen. Es war fast so wie an Weihnachten vor der Bescherung. Als wir dann mit unserer Lehrerin den Klassenraum betraten und unsere

Plätze zugewiesen bekamen, wurde mir mal wieder übel, wie schon öfter in der letzten Zeit. Die Lehrerin brachte mich in einen Raum mit einer Liege, auf die ich mich legen sollte. Meine Mutter, die mit den anderen Müttern draußen gewartet hatte, wurde gerufen, und mein erster Schultag war zu Ende, bevor er begonnen hatte. Ich war fortan die in der Klasse, die öfter krank war. Und es lief immer nach demselben Schema ab: Mir wurde übel, ich bekam starke Kopfschmerzen, musste mich hinlegen, bekam eine Tablette und nach ein paar Stunden war alles wieder gut. Der Arzt wusste auch nicht richtig, woran das lag.

#### Sogar mein erstes Rendezvous fiel deswegen aus

Ich hatte mich damit arrangiert, obwohl ich schon sauer darüber war, wenn ich mal wieder einen Kindergeburtstag, ein Sportfest oder eine andere schöne Veranstaltung wegen starker Kopfschmerzen versäumte. Richtig erbost war ich aber bei meinem ersten Rendezvous. Ich war 17 Jahre alt und hatte mich unsterblich in einen Jungen verliebt, der eine Klasse über mir war. Wir hatten uns für einen Kinobesuch verabredet. Kurz davor bekam ich plötzlich

wieder einen starken Kopfschmerzanfall mit großer Übelkeit. Da wir noch kein Telefon hatten, konnte ich die Verabredung nicht einmal absagen. Als ich den Jungen am nächsten Tag in der Schule traf, schaute er mich nicht mehr an, geschweige denn, dass ich ihm erklären konnte, warum ich ihn versetzt hatte.

Mit der Zeit lernte ich immer besser, mich mit meinen Kopfschmerzen zu arrangieren, aber die Angst, vor einem wichtigen Ereignis in letzter Sekunde eine Schmerzattacke zu bekommen, war schrecklich. Gott sei Dank war ich an meinem Tanz-Abschlussball schmerzfrei und konnte den Abend voll genießen.

### Keiner verstand mich so richtig

Mit 23 Jahren, als mein Freund von Hochzeit und Kindern sprach, habe ich mich zum ersten Mal richtig mit meinen wiederkehrenden Kopfschmerzen auseinandergesetzt. Statt mich zu freuen, fiel ich erst in ein tiefes Loch. Ich machte mir Gedanken, ob ich überhaupt die Verantwortung für eine Familie übernehmen konnte, denn inzwischen bekam ich jede Woche eine Attacke, die mit Tabletten nach ein paar Stunden wieder wegging. Doch in dieser Zeit war ich ausgeknockt. Ich hatte Angst: Angst vor der Hochzeit, Angst vor einer Schwangerschaft, Angst davor, ein Kind großzuziehen. Ich habe damals mit meinem Freund ausführlich darüber gesprochen. Er schien verständnisvoll, konnte aber dennoch meine Bedenken nicht richtig nachvollziehen. „Du schaffst das schon“, war seine Antwort, wann immer ich auf das Thema zu sprechen kam. „Und außerdem bin ich ja auch noch da.“ Mit meinen Eltern und meiner Freundin konnte ich auch nicht darüber sprechen. Alle nahmen meine Bedenken nicht richtig ernst – sie sahen in meinen Schmerzattacken nur eine Unpässlichkeit, die jeden mal ereilt.

Allein eine Schwangerschaft schien für mich ein fast unlösbares Problem zu sein. Würde ich diese ohne Schmerzmittel neun Monate lang durchstehen? Und wie würde ich mit einem Säugling und später mit einem Kleinkind zurechtkommen, wenn ich immer wieder wegen Kopfschmerzen eine Auszeit nehmen müsste? Ginge das überhaupt, und wäre das zu verantworten? Ich wälzte meine Gedanken hin und her, erwog das Für und Wider und kam zu keinem Ergebnis.

„Als mein Freund von Hochzeit und Kindern sprach, habe ich mich zum ersten Mal bewusst mit meinen Kopfschmerzen auseinandergesetzt.“

Die Psychologin riet:  
„Suchen Sie sich Menschen, die Ihnen helfen, wenn Sie ausfallen.“

Ich kannte aus einem gemeinsamen Erfahrungskurs eine Psychologin, die ich letztendlich um einen Termin bat. Aus dem Gespräch mit ihr ging ich sehr gestärkt und um eine Erfahrung reicher heraus: Wenn man alleine nicht mehr weiterkommt, muss man sich kompetenten Rat holen. Sie sagte mir damals: „Sie machen sich zu viele Gedanken, ohne den Kern des Problems zu treffen. Finden Sie erst einmal heraus, was Sie wirklich wollen: Wollen Sie Familie, wollen Sie Kinder? Bejahen Sie dieses, dann finden Sie auch einen Weg, mit Ihren Kopfschmerz-Attacken umzugehen.“ Die Psychologin riet mir: „Lassen Sie sich von einer Gynäkologin beraten, wie Sie sich in der Schwangerschaft im Hinblick auf Ihre Kopfschmerzen am besten verhalten, ohne dem Kind zu schaden und ohne sich selbst zu sehr zu verausgaben. Informieren Sie sich über Medikamente, die eine Schwangere gegen Kopfschmerzen ohne Risiko nehmen kann. Dann bauen Sie um sich herum ein Netzwerk von Menschen auf, die Ihnen helfen, wenn Sie mal ausfallen müssen. Sei es, dass diese Ihre Kinder zum Kindergarten fahren oder Sie ein paar Stunden entlasten. Bei Ereignissen wie Einladungen oder Veranstaltungen sollten Sie immer einen ‚Plan B‘ haben, der es Ihnen ermöglicht, sich zurückzuziehen.“ Es war ein langes Gespräch, bei dem mir die Psychologin noch viele weitere Ratschläge gab. Nach ein paar Tagen hatte ich mich dann für eine Familie entschieden. Und das war gut so! Ich habe die Entscheidung nie bereut, im Gegenteil, sie hat mein Leben stark bereichert.

### Keine Probleme in der Schwangerschaft

Ich habe zwei Jahre später geheiratet, bin mit meinem Mann nach Frankreich gezogen und habe dort zwei Kinder bekommen. Meine Angst vor einer Schwangerschaft war unberechtigt, denn ich bekam keine Schmerzattacke während der jeweiligen neun Monate. Nach der Geburt meiner Kinder trat die Migräne zwar wieder auf, doch ich hatte mich gut organisiert: Die Kinder kamen für zwei, drei Stunden pro Tag in eine Babykrippe, wo sie gut versorgt wurden. Andere Mütter nahmen diese Möglichkeit wahr, um zum Friseur oder shoppen zu gehen. Ich brachte meine Kinder dorthin, wenn meine Kopfschmerzen mich zwangen, mich hinzulegen. Als die Kinder dann zur Schule gingen – wir lebten zu der Zeit wieder in Deutschland – waren wir eine Gruppe von Müttern, die sich gegen-

„Andere Mütter nutzten die Krippe, um shoppen zu gehen. Ich brachte meine Kinder hin, wenn ich Kopfschmerzen hatte.“

seitig helfen, ob Kinder zur Schule gefahren werden mussten, zum Mittagessen kamen oder den Nachmittag miteinander verbrachten. Unter den Müttern waren auch einige mit starken Kopfschmerzen, mit denen ich mich immer mal wieder über unser gemeinsames Leiden austauschen konnte.

Es lief also gut. Ich hatte mich in meinem Leben so eingerichtet, dass ich trotz der Kopfschmerz-Attacken ein gutes Familienleben führen konnte. Auch mein Berufsleben hatte ich so organisiert, dass ich durch meine Selbstständigkeit als Marketing-Beraterin immer genügend Puffer hatte, um eine erzwungene Auszeit nehmen zu können.

### Erst jetzt erfuhr ich, dass ich an Migräne leide

Mit Mitte vierzig trat eine große Erleichterung in mein Leben ein, als ich mich nach einer lang anhaltenden Kopfschmerzphase durchgerungen hatte, in eine Schmerzklinik zu gehen. Dort wurde festgestellt, dass ich an Migräne litt. Allein zu wissen, dass mein Leiden eine Krankheit ist und einen Namen hat, erfüllte mich mit Genugtuung. In der Klinik bekam ich zum ersten Mal Triptane, Medikamente, die meine Schmerz-Attacke in kurzer Zeit stoppten. Ich lernte Methoden der Entspannung kennen, mit denen ich meinen Alltags- und Berufsstress in Grenzen halten konnte. Ich erfuhr viel über gesunde Ernährung und fühlte mich einfach insgesamt besser. Durch eine medikamentöse Prophylaxe wurden meine Attacken seltener und weniger intensiv. In der Klinik hörte ich auch von der MigräneLiga, einer Patientenorganisation für Migräne-Betroffene, die deren Anliegen in der Öffentlichkeit vertritt. Ich wurde dort Mitglied, lernte meine Migräne durch viele Informationen besser kennen und bekam Tipps, worauf ich mit meiner Lebensführung achten sollte, um die Migräne besser in den Griff zu bekommen. Ich erfuhr, dass Migräne nicht eine typische Frauenkrankheit ist, sondern auch viele Männer davon betroffen sind, von denen sich nur wenige outen. Meine Lebensqualität verbesserte sich stark und meine Migräne trat immer mehr in den Hintergrund, machte mich freier in meinen Planungen. Das Damoklesschwert über meinem Kopf war verschwunden. Eine neue Phase hatte begonnen.

Mit etwa 50 Jahren fing mein Klimakterium an. Diese Zeit war weniger geprägt durch Kopfschmerzen als vielmehr durch Hitze-

„Zu wissen, dass mein Leiden eine Krankheit ist und einen Namen hat, erfüllte mich mit Genugtuung.“

„Als ich begriff, wie ich besser mit meiner Migräne umgehe, verschwand das Damoklesschwert.“

---

wallungen, Gefühlsschwankungen und andere Unpässlichkeiten. Durch die Hormonumstellungen und meine veränderte Lebensweise wurden meine Migräne-Anfälle immer weniger, so dass sie nur noch vereinzelt im Jahr auftraten.

### Ich lebte bewusster

Wenn ich so zurückblicke auf die vielen Jahre mit starken Migräne-Anfällen, komme ich immer wieder zu der Überzeugung, dass ich ohne Kopfschmerzen kein befriedigenderes Leben geführt hätte. Klar musste ich auf Vieles verzichten, musste mich gut organisieren, musste Grenzen einfordern. Auf der anderen Seite lebte ich bewusster, erlebte vieles intensiver und war kompromissbereiter. Ich legte großen Wert auf Freundschaften und lernte durch meine Krankheit andere Betroffene kennen, weil mir immer bewusst war, wie schnell mein Wohlbefinden in starke Schmerzen umschlagen konnte. Ich lernte, mich mit mir selbst auseinanderzusetzen, zu unterscheiden, was wirklich wichtig ist, wusste meine Kräfte einzuteilen, wurde verständnisvoller mit mir und dadurch auch mit anderen. Ich nahm nichts als selbstverständlich hin, wurde dankbar auch für Kleinigkeiten, lernte agieren statt zu reagieren. Verzicht zu üben, fiel mir leichter, wodurch ich mich freier fühlte. Mein Leben mit Migräne war zwar schwieriger, aber auch wertvoller. Ich bin dankbar, dass alles so gekommen ist, wie es ist.

„Ich wurde verständnisvoller mit mir und dadurch auch mit anderen.“

---

## Aktiv für Betroffene: die MigräneLiga Eine starke Community – machen Sie mit!

### ► Wer wir sind ...

... Wir sind das Sprachrohr für Migräne-Betroffene – eine Patientenorganisation. Viele unter Ihnen leiden noch immer an Migräne still vor sich hin. Ihnen allen wollen wir eine Stimme geben, Ihnen Gehör verschaffen in der breiten Öffentlichkeit, in den Medien, bei Politikern, in Gremien des Gesundheitswesens, bei Vertretern der Wirtschaft, bei Arbeitgebern. An unserer Seite haben wir erfahrene und kompetente Kopfschmerz-Spezialisten, Ärzte, Psychologen und Therapeuten. Wir sind gut vernetzt mit nationalen und internationalen Kopfschmerz-Gremien und erhalten neue Forschungsergebnisse aus erster Hand.

### ► Was wir bieten ...

... Sie erhalten umfassende, aktuelle Informationen rund um die Migräne und ihre Therapiemöglichkeiten. Doch nicht nur das: Bei uns finden Sie auch emotionalen Rückhalt, können sich mit Gleichgesinnten austauschen, etwa in unseren Selbsthilfegruppen, und können sich persönlich beraten lassen. Im Folgenden stellen wir Ihnen die Angebote der MigräneLiga im Einzelnen vor.



### Porträt: die MigräneLiga

Die Patientenorganisation MigräneLiga e.V. Deutschland wurde 1993 gegründet und wird von einem Team aus Vorstandsmitgliedern und weiteren Aktiven geführt. Die MigräneLiga

- organisiert regelmäßig Informationsveranstaltungen,
- veröffentlicht Broschüren,
- bietet auf [www.migraeneliga.de](http://www.migraeneliga.de) stets aktuelle Informationen
- hat rund 100 Selbsthilfegruppen in Deutschland - in Präsenz und online.

„Als Präsidentin vertrete ich die Interessen nicht nur der Mitglieder der MigräneLiga, sondern aller Migräne-Patientinnen und -Patienten. Als ebenfalls Betroffene kenne ich die Lebenswirklichkeit von Menschen, die an Migräne leiden. Im Gemeinsamen Bundesausschuss, im Gespräch mit Politikern, in Gremien mache ich auf unsere Bedürfnisse aufmerksam und kämpfe gegen Vorurteile an.“

**Veronika Bäcker,  
Präsidentin der MigräneLiga**

**Die MigräneLiga:** Vielfältig vernetzt, auch international, ist sie beispielsweise Mitglied in der BAG Selbsthilfe (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.), dem Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit sowie auf europäischer Ebene in der European Migraine and Headache Alliance (EMHA), die Betroffene unter anderem im Europaparlament vertritt. Mit Medizinern arbeitet sie in der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) sowie der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. zusammen. Als „Themenbezogene Patientenvertreterin“ kann die Präsidentin im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei Zulassungsverfahren für Medikamente Stellung beziehen.

„Themenbezogene Patientenvertreterin“ kann die Präsidentin im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei Zulassungsverfahren für Medikamente Stellung beziehen.



**Flyer und Broschüren der MigräneLiga:** Einen Überblick erhalten Sie auf [www.migraeneliga.de](http://www.migraeneliga.de). Neben der vorliegenden Broschüre „Migräne bei Frauen“ finden Sie dort die Broschüre „Migräne-Therapie heute“, „Migräne im Job“ und „Migräne und Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen“ sowie weitere Veröffentlichungen. Alle Materialien können Sie kostenlos auch in größeren Mengen bei [logistik@migraeneliga.de](mailto:logistik@migraeneliga.de) anfordern. Viele stehen zudem als kostenloser Download zur Verfügung.

„Wissen über Entstehung, Vorbeugung und Therapie der Kopfschmerzen ist ein wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Migräne-Therapie. Deswegen gebe ich Broschüren und Flyer der MigräneLiga und auch das migräne magazin in meiner Praxis gerne an Betroffene weiter. Ich weiß, dass hier vertrauenswürdige, fundierte Informationen in hoher Qualität geboten werden. Dies unterstützt meine Aufklärungsarbeit.“

**Dr. Zoltan Medgyessy, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin,  
Medicum Detmold, [www.rehaarzt.de](http://www.rehaarzt.de)**

**Das migräne magazin:** Viermal im Jahr erhalten die Mitglieder der MigräneLiga diese Zeitschrift voller Informationen speziell für Migräne-Betroffene. Namhafte Experten schreiben über neue Therapien, erklären Studienergebnisse in verständlicher Form, geben wichtige Hinweise zur Behandlung und Vorbeugung sowie zu psychologischen Aspekten. Wir berichten über sozialrechtliche Belange und nennen Tipps für eine bessere Lebensqualität. Sie können bei Erfahrungsberichten von anderen Betroffenen mitfühlen und erhalten einen Eindruck, was die Migränecommunity, den Vorstand der MigräneLiga und die Selbsthilfegruppen bewegt. Auf [www.migraeneliga.de/shop](http://www.migraeneliga.de/shop) lassen sich auch einzelne Magazine bestellen oder digital kaufen.



„Im migräne magazin las ich, dass man für Migräne einen Grad der Behinderung (GdB) erhalten kann, sah aber keine Notwendigkeit für mich. Diese entstand erst, als sich eine Kollegin bei mir über meine Krankmeldung wegen nächtlicher Migräne ‚beschwerte‘. Ich erkannte, dass ich künftig offensiv mit meiner Erkrankung umgehen möchte und dass ein GdB dabei hilfreich wäre. Inzwischen habe ich einen GdB von 30 Prozent.“

Danke an die MigräneLiga für die Bestärkung, sich mit dieser chronischen Krankheit nicht zu verstecken, sondern ‚stolz‘ dazu zu bekennen!“

**Katrin Mohrdieck-Fedderm, Lüneburg**

**www.migraeneliga.de:** Unsere Website ist stets aktuell und eng auf die Bedürfnisse der Migräne-Betroffenen zugeschnitten. Ob Sie spezielle Informationen per Schlagwort mit unserer Suchfunktion ausfindig machen, sich über Therapien informieren wollen, Adressen rund um das Thema Migräne benötigen, sich zu einem Seminar oder einer Veranstaltung anmelden möchten, unsere Fachzeitschrift **migräne magazin** bestellen wollen oder nur einen Artikel daraus



„Die Website der Migräneliga finde ich gut strukturiert, alle relevanten Themen sind gut zugeordnet, sodass man leicht zurechtkommt. Besonders hilfreich ist, dass man Veranstaltungen oder Vorträge zu einem späteren Zeitpunkt noch ansehen kann, leicht zu entdecken unter ‚Aktuelles/Veranstaltungen‘. Insgesamt top!“

**Lisa Kohler**



lesen: Besuchen Sie unsere Website, die ständig aktualisiert wird. Es lohnt sich immer!

„Für schnelle Infos nutze ich die digitalen Kanäle der MigräneLiga. Eine prima Ergänzung zum migräne magazin und zur Webseite.“

Anneke M.

**Informationen zu Migräne im Job:** Migräne tritt vor allem in dem Alter auf, in dem die Betroffenen erwerbstätig sind. Welche Faktoren am Arbeitsplatz fördern Attacken? Wie lässt sich der Arbeitsplatz migränefreundlich gestalten? Wo finden Arbeitnehmende Hilfen? Solche Fragen beantwortet die Website [www.migraene-am-arbeitsplatz.de](http://www.migraene-am-arbeitsplatz.de). Auch Arbeitgebende finden hier Informationen, etwa Tipps zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) und zu finanziellen Unterstützungs-Möglichkeiten zu Teilhabe.

**Auf Facebook, Instagram und LinkedIn:** Dort stellt die MigräneLiga regelmäßig und informativ vor, was gerade ansteht. Zum Beispiel kündigen wir dort die Online-Seminare oder das Symposium an. Und die User erhalten Hinweise zu Themen und Artikeln aus dem aktuellen **migräne magazin**.

**Migräne-Symposien:** Mit diesen Veranstaltungen, ob vor Ort oder online, informieren wir Betroffene sowie die Öffentlichkeit über Aktuelles in der Migräne-Therapie. Bei uns sprechen die Top-Experten über wissenschaftliche Erkenntnisse und bewährte Behandlungsmöglichkeiten. Dabei kommen Patienten untereinander und mit den Experten ins Gespräch – eine Gelegenheit, die man nicht oft hat. Informieren Sie sich auf [www.migraene-symposium.de](http://www.migraene-symposium.de).

„Ich war 2018 dabei, als die MigräneLiga ihr 25-jähriges Jubiläum in Kassel feierte. Das war ein schönes Erlebnis für mich, denn es war ein Zeichen von großer, aktiver Selbsthilfgruppen-Arbeit. Das Wichtigste dabei: dass wir den Mut behalten, die Liebe zum Leben und die Zuversicht. Dass wir stark genug sind, dieses Leben zu leben und etwas Gutes daraus zu machen.“

Franz Müntefering, Vorsitzender der BAGSO  
(Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen),  
Auszug aus dem Grußwort zum Migräne-Online-Symposium 2020

**Online-Seminare:** Egal ob per Computer, Tablet oder Smartphone – damit sind Sie live dabei! Ein fundiertes Wissen über Migräne hilft Ihnen, besser mit der Krankheit umzugehen. Die MigräneLiga unterstützt Sie mit ihren Online-Seminaren durch Vorträge unserer erfahrenen Kopfschmerz-Experten. Parallel zur Veranstaltung im Chat und im Anschluss an den Vortrag laden wir Sie ein, Ihre Fragen an den Referenten zu stellen. Und das Beste: Die Seminare stehen im Nachhinein allen Betroffenen kostenlos auf unserer Internetseite zu Verfügung. Schauen Sie auf [www.migraeneliga.de/online-seminare](http://www.migraeneliga.de/online-seminare).



**Unsere Selbsthilfegruppen:** Sie sind ein wichtiges Standbein der Arbeit der MigräneLiga. Rund 100 Gruppen gibt es über Deutschland verteilt. Seit der Corona-Pandemie kamen einige Online-Gruppen dazu. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer schätzen den Erfahrungsaustausch, reden über Ärzte, Therapiemöglichkeiten oder Klinikaufenthalte. Dabei tut es ihnen gut, dass sie in dieser Runde auf Menschen treffen, denen es genauso geht wie ihnen selbst. Oft organisieren die Leiter auch Vorträge, Workshops oder Ausflüge. Die MigräneLiga gibt neuen Gruppen „Starthilfe“, indem die Selbsthilfegruppen-Koordinatorin hilft, die ersten Treffen zu organisieren, einen Raum zu finden und die Gruppenleiter bei der Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. Sie begleitet die ersten Treffen und ist Ansprechpartnerin für Fragen oder Probleme.

„Liebe Veronika Bäcker, ich finde es toll, dass die MigräneLiga keine Mittel und Wege scheut, Betroffene zu erreichen. Ich finde **etwa Online-Seminare ein gelungenes neues Format**. Meinen Dank für Ihr Engagement!!!“

**Martina Fischer**

„Die MigräneLiga ist mir so wichtig, weil ich in den Gruppen ich selbst sein kann und mich verstanden fühle.“

**Marie Eggle,  
Leiterin der Jungen-Online-SHG**

**Weiterbildungen der Migräne-Liga:** Die Selbsthilfegruppen-Koordinatorin organisiert **ein- bis zweimal pro Jahr** eine Weiterbildung für Selbsthilfegruppen-Leiterinnen und -Leiter. Die Veranstaltung findet in einer Klinik statt, deren Experten die Teilnehmer über Aktuelles zum Thema Migräne informieren. Außerdem ist Zeit für Austausch untereinander. Die Veranstaltung ist kostenlos, für Anreise

„Unsere Selbsthilfegruppe besteht seit 23 Jahren, seit zehn Jahren leite ich sie. Für meine Arbeit als Leiterin sind die regelmäßigen Weiterbildungen der Migräne-Liga sehr hilfreich. So kann ich meine Mitglieder über die neuesten Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung informieren. Bei unseren Zusammenkünften tauschen wir uns über die interessanten und lehrreichen Artikel des migräne magazins aus.“

**Gertraude Kother, Leiterin der SHG Bautzen**

„Frau Bäcker von der MigräneLiga war für mich die erste Anlaufstelle bei meinem Anliegen, einen Antrag auf Schwerbehinderung zu stellen. Sie hat meine Fragen kompetent und mitfühlend beantwortet, so dass ich Klarheit über die notwendigen Schritte hatte. Wir sind bis heute in Kontakt und tauschen uns weiterhin aus.“

**Astrid S., Mitglied der MigräneLiga**

und Übernachtung kommt entweder ein Sponsor auf oder es kann eine Förderung beantragt werden.

**Persönliche Beratung:** Ob Fragen zum Schwerbehindertenausweis, zu Erwerbsminderungsrente, Reha in einer Kopfschmerzklinik oder die Suche

nach einem Kopfschmerzexperten – wir unterstützen unsere Mitglieder und beraten sie persönlich und kompetent.

Sie erreichen uns telefonisch in der Bundesgeschäftsstelle in Landau 063 41-67 32 456, über das Kontaktformular auf der Internetseite [www.migraeneliga.de](http://www.migraeneliga.de) oder per Mail an [geschaeftsstelle@migraeneliga.de](mailto:geschaeftsstelle@migraeneliga.de).

**Autorinnen dieses Kapitels:** Veronika Bäcker, Lucia Baumann, Anja Rech, Annika Sandré, Barbara Schick

## Werden Sie Mitglied!

Profitieren Sie von der Erfahrung und vom Service der MigräneLiga, in der sich Migräne-Betroffene dafür einsetzen, anderen zu helfen und ihnen in Politik und Gesellschaft eine Stimme zu verleihen. Je größer die Organisation, umso besser kann es gelingen, dass Migräne in der Öffentlichkeit den Stellenwert erhält, der ihr zusteht. Für 49 bzw. 39\* Euro im Jahr (ermäßigt 33 bzw. 23\* Euro) sind Sie dabei. Sie erhalten einen Migräne-Pass, viermal jährlich das migräne magazin, haben Zugang zu allen Informationen auf [www.migraeneliga.de](http://www.migraeneliga.de) und werden auf Veranstaltungen und in Publikationen kostenlos über Aktuelles rund um Migräne und Kopfschmerzen informiert.

**\*10 Euro Nachlass bei Einzugsermächtigung**

## Adressen, Literatur & Blogs

### ► Nützliche Adressen

- ▶ **www.migraeneliga.de:** MigräneLiga e.V. Deutschland (siehe Seite 87). Folgen Sie uns auch auf Instagram, Facebook und LinkedIn!
- ▶ **www.migraene-am-arbeitsplatz.de:** Website der Migräne-Liga mit Tipps für Arbeitnehmende und Arbeitgebende
- ▶ **www.dmkg.de:** Deutsche Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft e.V. (u.a. Behandlungsleitlinie, Liste von Kopfschmerz-Experten, Kliniken und Ambulanzen)
- ▶ **www.schmerzgesellschaft.de:** Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- ▶ **www.kopfschmerz-radar.de:** Projekt des Instituts für Informationssysteme der Hochschule Hof
- ▶ **www.nakos.de:** Unterstützung für die Selbsthilfearbeit
- ▶ **www.emhalliance.org:** Europäische Dachorganisation für Selbsthilfe bei Kopfschmerzen

### ► Weiterführende Literatur

- ▶ **Broschüren und Flyer der MigräneLiga** siehe Seite 86
- ▶ Charly Gaul, Andreas Totzeck, Anna-Lena Guth: **Patientenratgeber Kopfschmerzen und Migräne.** ABW Wissenschaftsverlag 2020
- ▶ Hartmut Göbel: **Erfolgreich gegen Kopfschmerzen und Migräne.** Springer-Verlag 2020

- ▶ Hans-Günter Nobis, Roman Rolke, Toni Graf-Baumann: **Schmerz – eine Herausforderung**. Springer-Verlag 2020
- ▶ Bettina Rubow: **Der Migräne-Kompass**. Heyne-Verlag 2021
- ▶ Dagny Holle-Lee: **Die Kopfschmerz-Ambulanz**. Herbig-Verlag 2021
  
- ▶ Benjamin Schäfer: **Kopfschmerzen und Migräne – Das Übungsbuch**. Trias-Verlag 2025
  
- ▶ **Kopfschmerzen und Migräne auf Instagram**  
(Aus der Vielzahl an Möglichkeiten hat die Redaktion einige Blogs ausgewählt, von denen sie weiß, dass die Autorinnen fundiert arbeiten)
  - ▶ Marion Deike: **@mariondeike**
  - ▶ Prof. Dagny Holle-Lee: **@migraene\_doc**
  - ▶ Bianca Leppert: **@migraene\_superhelden**
  - ▶ Svenja Platz: **@migraene.begleiten**
  - ▶ Sabrina Wolf: **@unwetterimkopf**

## Index von A-Z

## A

Acetylsalicylsäure (ASS)	22ff
Achtsamkeit	44, 46
Akutbehandlung	21ff, 39f, 45, 47ff, 63ff
Akzeptanz	44
Almotriptan	25
Alter	27f, 67ff
Amitriptylin	31ff, 64ff, 70
Analgetika s. Schmerzmittel	
Angst	49ff, 72ff, 81ff
Ankündigungssymptome	15, 19, 22
Antidepressiva (s.a. Amitriptylin)	36, 64
Antikörper	20, 32f, 37f, 51, 60, 64
Atogepant	31, 33, 38, 70
Aura	14f, 17, 21ff, 58, 61f, 65, 68
Ausdauersport	39ff, 50ff, 69
Autogenes Training	41f, 77
Autoinjektor s. Fertipen	

## B

Begleitsymptome	13f, 21ff, 51, 68
Begleiterkrankungen	30ff, 49, 69
Beratung	39ff, 48ff, 63
Betablocker	64, 70
Bewegung s.a. Sport	38ff, 48ff
Biofeedback	39ff 50ff
biopsychosoziales Modell	47, 71
Bisoprolol	31, 34
Bluthochdruck	26, 33ff, 58, 64ff, 69f
„Botox“ s. Onabotulinumtoxin	

## C

Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) (s.a. Antikörper)	19f, 64f
Candesartan	31ff
Chronische Migräne	15ff, 31ff, 47ff

## D

Depressionen	15, 33ff, 49ff, 64
Diagnose	12ff, 48ff
Diclofenac	24
Dimenhydrinat	21ff, 64
Domperidon	21ff

## E

Eduktion s. Beratung	
Eindosierung	35
Eletriptan	25
Entspannungstraining	39ff, 48ff, 69, 74f
Entzug	16, 29, 50
Epilepsie	33, 65
Erbrechen	13, 21f, 51, 63f
Erenumab	31ff, 70
Ergotamine	16, 20, 24
Ergotherapie	45, 50, 53

## F

familiäre hemiplegische Migräne	17
Fertipen/-spritze	25, 37, 64
Flunarizin	31ff, 64
Förderung	89
Fremanezumab	31ff, 70
Frovatriptan	24ff, 61

## G

Galcanezumab	31ff, 70
Gefühlsstörungen	13ff
Gegenanzeigen s. Kontraindikationen	
Gehirn	18ff, 39, 45, 68f
Gene	16ff
Gestagen	56ff, 62
Geräuschempfindlichkeit	13, 24ff

## H

Heißhunger	15, 19, 22, 41
Hormone	55ff, 60, 67
Hormonersatztherapie	67
Hypothalamus	19f

## I

Ibuprofen	22ff, 63, 66, 70
interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	41, 45, 47ff
internationale Kopfschmerzklassifikation	12ff
intravenös	20, 23ff

## J

Jacobson	41f
Jugendliche	22, 27, 55, 60

## K

Kinder	16f, 22, 27, 39, 55, 60, 62ff
kognitive Verhaltenstherapie	39, 42ff
Kombination von Medikamenten	21ff, 36ff
Kontraindikationen	26, 30ff, 58, 62, 70
Kopfschmerz-Kalender/ Kopfschmerz-Tagebuch	31, 36, 49, 58
Kortison	21, 25, 29

## L

Lähmungen	14f, 17, 31
Lärmempfindlichkeit	13, 24ff
Lasmiditan	29
Leitlinie	31, 39, 70, 91
Lichtempfindlichkeit	13, 24, 26
Lisinopril	31, 33f
Lysinacetylsalicylat	24f

## M

Magnesium	31ff, 64
Medikamenten-Entzug	16, 29, 50
Medikamentenpause	16, 25, 29, 50
Medikamenten-Übergebrauch	16, 24f, 29, 30f, 40, 48ff, 61
Menopause	67
menstruelle Migräne	55ff, 60f, 67
Metamizol	24, 70
Metoclopramid	21ff, 64, 66
Metoprolol	31ff, 64, 66
Mischpräparate	24
Missemphindungen	14
Monatsregel	30, 55ff, 62, 67
monoklonale Antikörper	20, 32f, 37f, 51, 60, 64
MRT-Untersuchung	18, 19, 65, 68
multimodal	41, 45, 47ff
Müdigkeit	15, 22, 29, 33f, 69
Muskelrelaxation	41f, 52
Muskelferspannungen	44

## N

Naproxen	24, 28, 61
Naratriptan	24, 28, 61
Nasenspray	25, 27, 51, 64
Nebenwirkungen	25, 33ff, 51, 68f
Neurologe	13, 46, 48
neurologische Symptome	14f, 65
nichtmedikamentöse Vorbeugung	39ff, 50f, 68
Novaminsulfon	23f, 70

## O

Östrogen	56ff, 61f
Onabotulinumtoxin	31ff



Opioide 22  
 Opipramol 31

## P

Paracetamol 23f, 63, 66, 70  
 Phenazon 24  
 „Pille“ s. Verhütungsmittel  
 Prodromalsymptome 15, 19, 22  
 Progressive Muskelrelaxation 41f, 52  
 Prophylaxe 26, 30ff, 39ff, 50ff, 60, 64, 83  
 Propranolol 31ff, 64  
 Psychologische Verfahren 39ff, 47ff, 71ff, 82  
 Psychotherapie 43ff, 48ff, 78  
 Physiotherapie 47ff

## R

Regel s. Monatsregel  
 Regeln 23f, 26, 31, 34  
 Rezeptor 19f  
 Rizatriptan 25

## S

Schlaf 33f, 40f  
 Schlaganfall 14, 27, 58, 61, 68  
 Schmerzmittel 21ff, 30ff, 50, 61ff, 70  
 Schwangerschaft 34, 46, 56f, 60ff, 81f  
 Schwindel 65, 69  
 Sehstörungen 14f, 65  
 Selbsthilfe 51, 53, 85ff  
 Selbstwirksamkeit 42, 73  
 Senioren 27f, 67f  
 Spannungskopfschmerz 16, 26, 34, 51  
 Sprachstörungen 14f, 31  
 Status migränosus 25, 30  
 Stillzeit 46, 60ff  
 Sport 39ff, 50ff, 69

Spritze 25, 32, 37, 64  
 Stress 17ff, 43ff, 52, 72ff, 83  
 Stressbewältigung 52  
 Sumatriptan 18, 20, 25ff, 51, 63ff

## T

Taubheitsgefühle 14f  
 Thrombose 27, 65  
 Topiramate 31ff, 64  
 Trigeminusnerv 18f  
 Trigger 17, 19, 52f, 55f, 67  
 Triptane 16ff, 21ff, 30ff, 50f, 60ff, 69f

## U

Übelkeit 13, 21ff, 51, 64ff, 81  
 Übergebrauch 16, 24f, 29, 30f, 40, 48ff, 61  
 Untersuchung 12ff, 49ff, 65f, 68

## V

Venlafaxin 34  
 Vererbung 16ff  
 Verhaltenstherapie 39, 42ff, 52

Verhütungsmittel 34, 57ff, 61f  
 Verspannungen 44  
 Vitamin B<sub>2</sub> 31ff  
 Vorbeugung s. Prophylaxe

## W

Wechseljahre 67ff  
 Wechselwirkungen 38, 68f  
 Wiederkehr-Kopfschmerzen 25, 28

## Z

Zolmitriptan 25, 27  
 Zyklus 55ff, 61, 67

**Frauen leiden mehr als doppelt** so oft unter Migräne wie Männer und nehmen deutlich häufiger Medikamente dagegen ein. Grundsätzlich gibt es bei der Behandlung beider Geschlechter keine Unterschiede. Allerdings müssen bei Frauen in verschiedenen Lebensphasen einige Besonderheiten beachtet werden. Das gilt insbesondere für Schwangerschaft und Stillzeit, aber auch bei menstrueller Migräne oder in den Wechseljahren.

**In dieser Broschüre** beschreiben sechs renommierte Migräne-Expertinnen und -Experten leicht verständlich die Erkrankung und erläutern Diagnose- sowie Therapie-Möglichkeiten – immer im Hinblick auf spezielle Erfordernisse bei Frauen. Ein Kapitel erläutert, wie die Psychologie mit nützlichen Strategien wie Stress-Management helfen kann. Ergänzt sind Tipps aus der Praxis, der Erfahrungsbericht einer Migräne-Betroffenen sowie weiterführende Adressen und Literatur.