Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev
Dipl.-Biol. Sabine Kluge MS
Dr. med. Corinna Doege MHA

Medikamentöse Therapie der Migräne bei Kindern durch Kinderärzte in Deutschland – Welche Rolle spielen Rabattverträge?

Zusammenfassung

Daten über die Nutzung von medikamentösen Migränetherapien bei Kindern im Praxisalltag sind begrenzt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Muster in der Verordnung von akuten Migränetherapien in niedergelassenen Kinderarztpraxen in Deutschland zu analysieren und zu bewerten.

Die retrospektive Querschnittsstudie umfasst Kinder im Alter von 2–12 Jahren mit einer Migränediagnose, die zwischen Januar 2015 und Dezember 2023 von einem der 250 teilnehmenden Kinderärzte diagnostiziert wurden.

10,9% der Kinder im Alter von 2–5 Jahren und 18,3% der Kinder im Alter von 6–12 Jahren erhielten ein Rezept für Migränemedikamente. Der am häufigsten verschriebener Wirkstoff war Ibuprofen (75,4% bzw. 75,9%), der in verschiedenen Darreichungsformen angeboten wird. Unter den Kindern im Alter von 2–5 Jahren, die eine Ibuprofen-Verordnung erhielten, bekamen 68,2% Ibuprofen als Suspension, 16,3% als rektale Zäpfchen und 15,5% als Schmelztabletten. In der Altersgruppe 6–12 Jahre war die Suspension (36,3%) die am häufigsten verschriebene Darreichungsform, gefolgt von Schmelztabletten (31,8%) und festen Tabletten (29,9%).

Der Anteil der Schmelztabletten war bei privatversicherten Patienten deutlich höher als bei gesetzlich versicherten Patienten (53,7% vs. 31,0%) und im Jahr 2015 im Vergleich zu 2024 höher (40,5% vs. 24,8%). Anscheinend sind Schmelztabletten die bevorzugte Darreichungsform für Kinder, aber sie können aufgrund von Rabattverträgen nicht immer verordnet werden.

Schlüsselwörter

Kinder, Pädiater, Migräne, Ibuprofen, Rabattverträge

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2722

Migräne und andere Kopfschmerzen stellen ein erhebliches Gesundheitsproblem bei Kindern und Jugendlichen dar und beeinträchtigen die Lebensqualität. Obwohl sie häufig mit Erwachsenen in Verbindung gebracht werden, beginnen Kopfschmerzerkrankungen wie Migräne und Spannungskopfschmerzen oft bereits in der Kindheit oder Jugend (Blankenburg et al., 2019). Besonders das Krankheitsbild Migräne bei Kindern und Jugendlichen stellt eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dar, da junge Patienten ihre Symptome möglicherweise ungenügend beschreiben oder untypische Symptome zeigen (Silveira Bianchim et al., 2024). Die Leitlinien der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft sowie der Gesellschaft für Neuropädiatrie empfehlen Ibuprofen in einer Einzeldosis von 10 mg/kg Körpergewicht als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung der akuten Kopfschmerzen bei Kindern, die im Rahmen einer Migräne oder des Spannungskopfschmerzes auftreten. Paracetamol in einer Einzeldosis von 15 mg/kg Körpergewicht wird als zweite Wahl empfohlen. Für Migräneanfälle, die nicht auf Analgetika oder nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) ansprechen, sollten Triptane bei Jugendlichen eingesetzt werden (Diener et al., 2019). In seltenen Ausnahmefällen oder bei individuellen Indikationen werden Triptane auch außerhalb der Zulassung bei Kindern unter 12 Jahren angewendet. Acetyl-salicylsäure wird in Deutschland für Kinder unter 12 Jahren aufgrund des Risikos eines Reye-Syndroms generell nicht empfohlen (Mund et al., 2015). Es besteht eine deutliche Forschungslücke in dem Wissen, wie akute Migränetherapien bei Kindern und Jugendlichen tatsächlich verordnet werden.

>> Katsuki et al. untersuchten die Migränetherapie bei Kindern und Jugendlichen in Japan und stellten fest, dass 99% der Patienten im Alter von 6–11 Jahren und 91% der Jugendlichen im Alter von 12–17 Jahren NSAR erhielten. Zudem erhielten 9% der Jugendlichen Triptane, entweder als Monotherapie oder zusätzlich zu NSAR (Katsuki et al., 2024). In Deutschland gibt es bisher nur wenige Studien zur Anwendung und Häufigkeit der verschiedenen Migränemedikamente bei Kindern und Jugendlichen. Folglich sind Daten zur tatsächlichen Nutzung dieser Therapien in der Praxis, einschließlich altersabhängiger Unterschiede in den Verordnungsgewohnheiten, rar.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Akuttherapie der Migräne in deutschen pädiatrischen Praxen zu untersuchen, einschließlich der verordneten Medikamente, Dosierungen und Darreichungsformen.

Methoden

Die vorliegende Studie verwendete Daten aus der IQVIA Disease Analyzer-Datenbank. Diese Datenbank wurde bereits in der Literatur beschrieben und als repräsentativ für die Versorgung im niedergelassenen Bereich in Deutschland (deutsche Privatpraxen) eingestuft (Rathmann et al., 2018). Sie enthält Daten aus etwa 3000 allgemein- und fachärztlichen Praxen in Deutschland, darunter grundlegende demografische Informationen, Diagnosen und Verordnungen.

In die Studie wurden Kinder im Alter von 2–12 Jahren eingeschlossen, die zwischen Januar 2015 und Dezember 2024 von einem von 250 niedergelassenen Kinderärzten in Deutschland mit Migräne (ICD-10: G43) diagnostiziert wurden. Der Studienendpunkt war der Anteil der Kinder, die am Tag der Diagnose mindestens eine Verordnung für eine medikamentöse Therapie gegen Migräne erhielten. In die Analyse wurden alle Medikamente einbezogen, die mit einer Migränediagnose verordnet wurden, darunter NSAR, Acetylsalicylsäure, Triptane und Mentha piperita zur topischen Anwendung.

Für NSAR wurden die Anteile der verschiedenen Wirkstoffe (d. h.

Ibuprofen, Metamizol, Paracetamol), Darreichungsformen (d. h. normale Tabletten, Schmelztabletten, Suspensionen und andere) sowie Dosierungen (d. h. <200 mg, 200 mg, 400 mg, >400 mg) weiter untersucht.

Die vorliegende Querschnittsstudie umfasste deskriptive Analysen zur Darstellung der Anteile, ohne Hypothesentests durchzuführen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden zwischen den Jahren 2015 und 2024, 21.315 Kinder (1.539 im Alter von 2–5 Jahren und 19.776 im Alter von 6–12 Jahren) erstmals mit Migräne diagnostiziert.

168 (10,9%) der Kinder im Alter von 2–5 Jahren und 4.620 (18,3%) der Kinder im Alter von 6–12 Jahren erhielten eine Verordnung für Migränemedikamente. Der am häufigsten verschriebene Wirkstoff war Ibuprofen (75,4% in der Altersgruppe 2–5 Jahre und 75,9% in der Altersgruppe 6–12 Jahre), gefolgt von Paracetamol (19,8% in der Altersgruppe 2–5 Jahre und 11,2% in der Altersgruppe 6–12 Jahre). Andere Therapien wurden selten verordnet (Abb. 1).

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Ibuprofen-Dosen. In der Altersgruppe 2–5 Jahre wurden ausschließlich Dosen von von <200 mg (36,0%) und 200 mg (64,0%) verschrieben. Die Dosis von 200 mg war auch in der Altersgruppe 6–12 Jahre am häufigsten (66,7%), gefolgt von 400 mg (20,5%) und <200 mg (9,2%). Höhere Dosen (>400 mg)wurden selten verschrieben (3,6%).

Unter den Kindern im Alter von 2–5 Jahren, die eine Ibuprofen-Verordnung erhielten, bekamen 68,2% Ibuprofen als Suspension, 16,3% als rektale Zäpfchen und 15,5% als Schmelztabletten. In der Altersgruppe 6–12 Jahre war die Suspension (36,3%) die am häufigsten verschriebene Darreichungsform, gefolgt von Schmelztabletten (31,8%) und regulären Tabletten (29,9%) (Abb. 3).

Diskussion

Die vorliegende Studie liefert Erkenntnisse zum Versorgungsmanagement der Migräne bei pädiatrischen Patienten

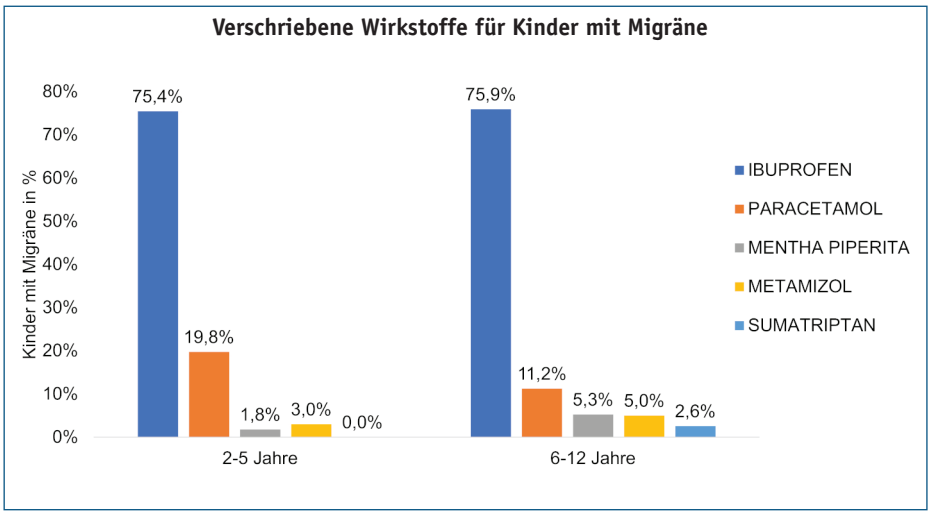


Abb. 1: Von Kinderärzten in Deutschland verschriebene Wirkstoffe für Kinder mit Migräne.

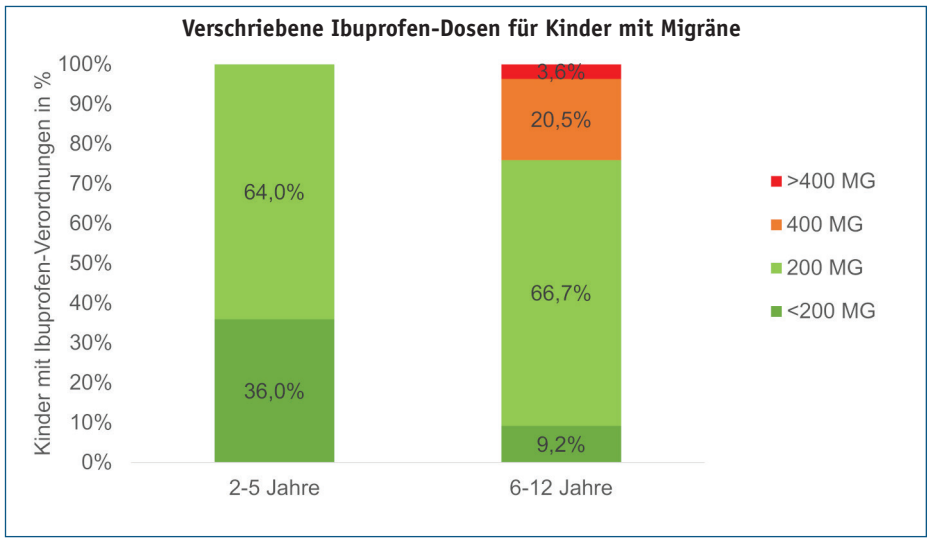


Abb. 2: Von Kinderärzten in Deutschland verschriebene Ibuprofen-Dosen für Kinder mit Migräne.

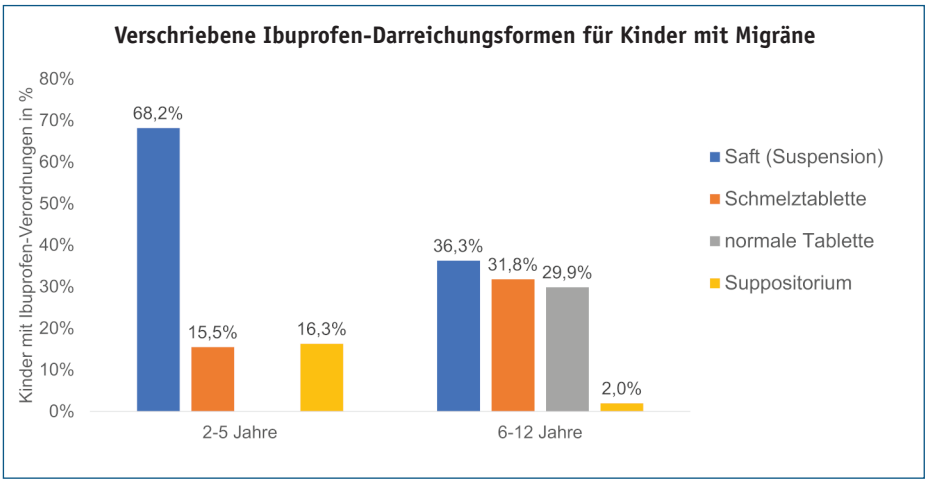


Abb. 3: Von Kinderärzten in Deutschland verschriebene Ibuprofen-Darreichungsformen für Kinder mit Migräne.

in Deutschland auf Basis von Real-World-Daten, die zwischen 2019 und 2023 erhoben wurden. Das Behandlungskonzept für akute Migräneattacken bei Kindern umfasst allgemeine Maßnahmen wie lokale Kühlung, Ruhe, Abschirmung von Reizen und, wenn möglich, Schlaf. Diese Maßnahmen sind oft ausreichend, sodass eine medikamentöse Therapie gar nicht erforderlich wird (Baglioni et al., 2024). Dieses Konzept der nicht-pharmakologischen Behandlung konnte in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt werden, da diese sich auf die Pharmakotherapie konzentriert.

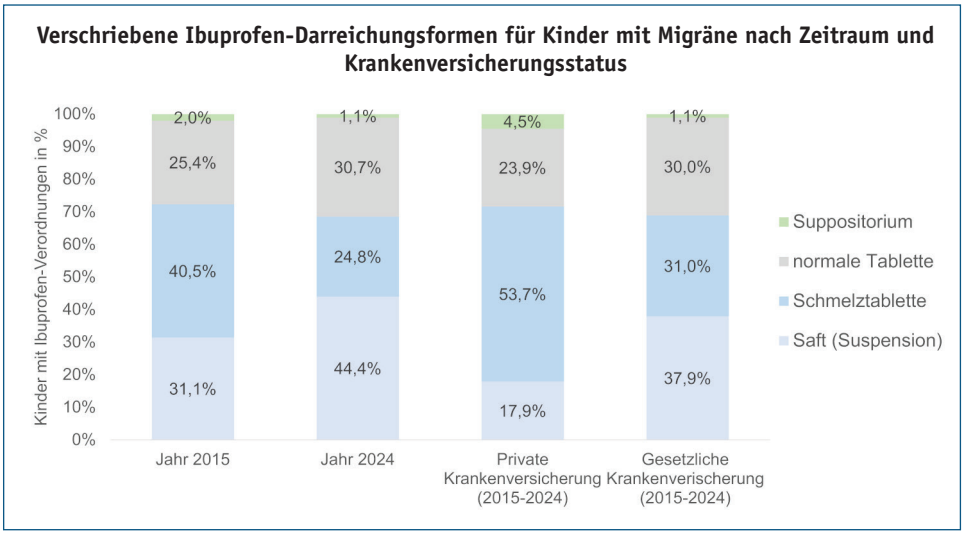


Abb. 4: Von Kinderärzten in Deutschland verschriebene Ibuprofen-Darreichungsformen für Kinder mit Migräne nach Zeitraum und Krankenversicherungsstatus.

Pharmakologische Therapien wurden häufiger bei älteren Kindern im Alter von 6–12 Jahren verschrieben als bei jungen Kindern im Alter von 2–5 Jahren. Diese Diskrepanz könnte die Zurückhaltung von Kinderärzten widerspiegeln, sehr jungen Kindern Medikamente zu verschreiben. Zudem sind die Schmerzattacken in dieser Altersgruppe oft kürzer und können häufig durch elterliche Fürsorge sowie die oben genannten, allgemeinen Maßnahmen kontrolliert werden.

Unter den verordneten Wirkstoffen war Ibuprofen in beiden Altersgruppen die am häufigsten eingesetzte Therapie, gefolgt von Paracetamol. Dies entspricht den aktuellen deutschen Leitlinien.

Die Präferenz für Ibuprofen in unserer Studie stimmt mit dessen etablierter Wirksamkeit und Sicherheitsprofil in der pädiatrischen Migränebehandlung überein (Jeric et al., 2018).

In beiden Altersgruppen wurde die 200-mg-Dosis am häufigsten verschrieben. Höhere Dosierungen (400 mg) wurden häufiger bei älteren Kindern verordnet, was wahrscheinlich Unterschiede im Körpergewicht und in der Verträglichkeit widerspiegelt. Wichtig ist, dass Dosierungen über 400 mg selten verschrieben wurden, was mit den Leitlinien übereinstimmt, die eine vorsichtige Dosierung in pädiatrischen Populationen empfehlen, um Nebenwirkungen zu minimieren.

Hinsichtlich der Darreichungsformen wurden Suspensionen am häufigsten für jüngere Kinder verschrieben, vermutlich aufgrund der einfacheren Verabreichung in dieser Altersgruppe. Im Gegensatz dazu erhielten Kinder im Alter von 6–12 Jahren häufiger Schmelztabletten, aber auch normale Tabletten, was ihre größere Fähigkeit zur Einnahme fester Darreichungsformen widerspiegelt. Schmelztabletten bieten mehrere Vorteile für Kinder, insbesondere bei der Behandlung von Erkrankungen wie Migräne. Sie lösen sich schnell auf der Zunge auf, ohne dass Wasser erforderlich ist, was sie ideal für Kinder macht, die Schwierigkeiten beim Schlucken traditioneller Tabletten oder Kapseln haben oder auch Medikamente nur sehr ungern einnehmen. Diese Form ist besonders vorteilhaft in Situationen, in denen Wasser nicht leicht verfügbar ist. Aufgrund ihrer einfachen Anwendung und ihres oft angenehmen Geschmacks sind sie allgemein eine beliebte Darreichungsform in der Kindermedizin. Das Schlucken großer Tabletten entfällt und es können Ängste reduziert werden, wodurch auch die Therapietreue verbessert wird.

Zudem sind Schmelztabletten aufgrund ihrer kompakten Form leicht zu transportieren und in verschiedenen Umgebungen – wie in der Schule, auf Reisen oder bei Aktivitäten im Freien – einfach zu verabreichen. Für jüngere Kinder oder solche Kinder mit Schluckbeschwerden eliminieren Schmelztabletten das Risiko des Verschluckens oder Aspirierens, das mit dem Schlucken ganzer Tabletten oder Kapseln verbunden ist. Häufig werden zudem Geschmacksmaskierungstechnologien eingesetzt, um den bitteren Geschmack von Wirkstoffen wie Ibuprofen angenehmer zu gestalten. Indem sie häufige Herausforderungen bei der Medikamentengabe im Kindesalter adressieren, verbessern Schmelztabletten das Gesamterlebnis für Kinder und Betreuer und fördern eine effektive und konsequente Therapieadhärenz (Preis 2015; Alyami et al., 2018; Comoglu & Dilek Ozyilmaz, 2019; Chinwala, 2020).

Viele Kinder im Alter von 6–12 Jahren erhielten in der vorliegenden Studie Ibuprofen als orale Suspension. Das kann mit einigen Herausforderungen verbunden sein. Beispielsweise kann es für Eltern schwierig sein, die genaue Dosis mit einem Dosierbecher abzumessen. Die Dosierung basiert oft auf dem Gewicht und Alter des Kindes, was zu Unsicherheiten führen kann, wenn diese Faktoren nicht genau berücksichtigt werden. Einige Kinder mögen den Geschmack der Ibuprofen-Suspension nicht, was zu Widerstand oder Verweigerung der Medikamenteneinnahme führen kann. Ältere Kinder müssen eine größere Menge der Suspension einnehmen, was insbesondere bei migränebedingter Übelkeit unangenehm sein kann (Yin et al., 2014; Barnett & Bhatt, 2020). Schließlich besteht ein Risiko für Würgereiz oder Verschlucken, wenn das Medikament zu schnell verabreicht wird, insbesondere bei Säuglingen oder Kleinkindern. Bei diesen Kindern stellen Zäpfchen eine geeignete Alternative dar.

Beim Vergleich der Verschreibungshäufigkeit von Ibuprofen-Suspension und Schmelztabletten ist es wichtig, die gesundheitspolitische Situation zu berücksichtigen. In Deutschland sind Rabatte von Pharmaunternehmen an die gesetzlichen Krankenkassen (Rabattverträge) eine gängige Strategie zur Kontrolle der Arzneimittelausgaben. Diese Verträge dienen als ergänzende Maßnahme zur Preisregulierung, insbesondere wenn letztere die Arzneimittelko-

sten nicht ausreichend senkt (Vogler et al., 2012; Rodwin, 2021).

In unserer Studie wurde beobachtet, dass die Ibuprofen-Suspension häufiger verschrieben wurde als die Schmelztablette. Ein wesentlicher Faktor hinter diesem Verschreibungstrend könnte das Vorhandensein von Rabattverträgen sein, zumal die Hersteller der Ibuprofen-Suspensionen in Rabattverträgen stehen und Ärzte sowie Apotheker aufgrund der allgemeinen, angespannten Wirtschaftslage des Gesundheitssystems dazu angehalten sind, günstigere Präparate zu verordnen und abzugeben. Der häufige Einsatz von Suspensionen könnte damit in der Kosteneffizienz begründet sein. Dies verdeutlicht, wie finanzielle Anreize und Vereinbarungen zwischen Herstellern und Kostenträgern das Verschreibungsverhalten beeinflussen können.

Ein Beleg für diese Hypothese ist weiterhin die Tatsache, dass im Jahr 2015, Schmelztabletten die am häufigsten verschriebene Form zur Behandlung der Kindermigräne waren obgleich auch zu diesem Zeitpunkt Suspensionen verfügbar waren. Zudem sind Schmelztabletten bei privatversicherten Patienten auch im Jahr 2024 weiterhin die häufigste Ibuprofen-Form. Der Grund dafür könnte sein, dass sowohl Ärzte als auch Eltern die Schmelztabletten bevorzugen, wenn sie ohne Einfluss von Rabattverträgen entscheiden können.

Orale Suspensionen sind für Kinder unter 5 Jahren besser geeignet, da die 200-mg-Schmelztabletten nicht in äquivalente Dosen geteilt werden können und kleinere Kinder sonst die gewichtsbasierte Ibuprofen-Dosis von 10 mg/kg überschreiten würden. Außerdem sind für kleine Kinder Paracetamol und Ibuprofen als rektale Zäpfchen erhältlich und werden in dieser Altersgruppe häufig verwendet.

Obwohl sowohl Paracetamol als auch Ibuprofen wirksame und gut verträgliche Therapieoptionen sind (Pavithra et al., 2020), wurde Ibuprofen manchmal als insgesamt bessere Alternative zur Schmerzlinderung bei Migräne angesehen (Teleanu et al., 2016). Bei der Entscheidung von Ärzten, Paracetamol oder Ibuprofen zu verschreiben, könnte deren berufliche Erfahrung eine wichtige Rolle spielen.

Hinsichtlich anderer in der vorliegenden Studie beobachteter Therapien deuten die niedrigen Verschreibungsraten von Metamizol und Mentha piperita darauf hin, dass deren Anwendung weiterhin begrenzt ist – möglicherweise aufgrund regulatorischer oder praktischer Einschränkungen sowie begrenzter Evidenz in der pädiatrischen Population (Ruiz et al., 2007; Murtey et al., 2024).

Zu den Stärken dieser Studie gehören die große Stichprobengröße und die umfassende Datenbank. Diese Ergebnisse könnten erhebliche Implikationen für die klinische Praxis und die Forschung haben.

Jedoch müssen einige Limitationen berücksichtigt werden. Erstens berücksichtigt die Studie nicht die nicht-pharmakologischen Behandlungsansätze, die eine wesentliche Rolle im Management der pädiatrischen Migräne spielen. Zweitens schränkt das Fehlen von Daten zur Schwere und den Auswirkungen der Migräne die Möglichkeit ein, Therapieentscheidungen vollständig zu kontextualisieren. Drittens lagen keine Informationen zu den Diagnosemethoden der Migräne vor, sodass es möglich ist, dass die von den Kinderärzten dokumentierten Diagnosen bereits von einem Spezialisten gestellt wurden, ohne dass der Kinderarzt am diagnostischen Prozess beteiligt war. Schließlich wurden andere Kopfschmerzarten wie Spannungskopfschmerzen in dieser Studie nicht untersucht.

Literatur

Alyami H, Koner J, Huynh C, Terry D, Mohammed AR. Current opinions and recommendations of paediat-ric healthcare professionals - The importance of tablets: Emerging orally disintegrating versus traditional tab-lets. PLoS One. 2018 Feb 28;13(2):e0193292. doi: 10.1371/journal.pone.0193292

Baglioni V, Bozza F, Beatrice A, Cameli N, Colacino Cinnante EM, Lentini G, Faedda N, Natalucci G, Guidetti V. Non-Pharmacological Treatments in Paediatric Migraine. J Clin Med. 2024 Feb 23;13(5):1278. doi: 10.3390/jcm13051278

Barnett S, Bhatt A. A chewable pediatric preparation of ibuprofen is palatable and acceptable to children. Paediatr Neonatal Pain. 2020 Feb 10;2(1):2-6. doi: 10.1002/pne2.12013

Blankenburg M, Schroth M, Braun S. Chronische Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen [Chronic Headache in Children and Adolescents]. Klin Padiatr. 2019 Jan;231(1):14-20. German. doi: 10.1055/a-0710-5014

Chinwala M. Recent Formulation Advances and Therapeutic Usefulness of Orally Disintegrating Tablets (ODTs). Pharmacy (Basel). 2020 Oct 10;8(4):186. doi: 10.3390/pharmacy8040186

Comoglu T, Dilek Ozyilmaz E. Orally disintegrating tablets and orally disintegrating mini tablets - novel dosage forms for pediatric use. Pharm Dev Technol. 2019 Sep;24(7):902-914. doi: 10.1080/10837450.2019.1615090

Jeric M, Surjan N, Jelicic Kadic A, Riva N, Puljak L. Treatment of acute migraine attacks in children with analgesics on the World Health Organization Essential Medicines List: A systematic review and GRADE evidence synthesis. Cephalalgia. 2018 Aug;38(9):1592-1607. doi: 10.1177/0333102417736902

Katsuki M, Matsumori Y, Ichihara T, Yamada Y, Kawamura S, Kashiwagi K, Koh A, Goto T, Kaneko K, Wada N, Yamagishi F. Treatment Patterns for and Characteristics of Headache in Children and Adolescents Aged 6-17 Years in Japan: A Retrospective Cross-Sectional and Longitudinal Analysis of Health Insurance Claims Data. Life (Basel). 2024 Jan 8;14(1):96. doi: 10.3390/life14010096

Mund ME, Gyo C, Brüggmann D, Quarcoo D, Groneberg DA. Acetylsalicylic acid as a potential pediatric health hazard: legislative aspects concerning accidental intoxications in the European Union. J Occup Med Toxicol. 2016 Jul 13;11:32. doi: 10.1186/s12995-016-0118-5

Murtey P, Noor NM, Ishak A, Idris NS. Essential Oils as an Alternative Treatment for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. Korean J Fam Med. 2024 Jan;45(1):18-26. doi: 10.4082/kjfm.23.0106

Pavithra V, Mishra D, Behera S, Juneja M. Paracetamol versus Ibuprofen for the Acute Treatment of Mi-graine Headache in Children: A Blinded Randomized Controlled Trial. Indian J Pediatr. 2020 Oct;87(10):781-786. doi: 10.1007/s12098-020-03315-x

Preis M. Orally disintegrating films and mini-tablets-innovative dosage forms of choice for pediatric use. AAPS PharmSciTech. 2015 Apr;16(2):234-41. doi: 10.1208/s12249-015-0313-1

Rathmann W, Bongaerts B, Carius H-J, Kruppert S, Kostev K. Basic characteristics andrepresentativeness of the German Disease Analyzer database. Int J Clin Pharmacol Ther 2018;56:459–66. doi: 10.5414/CP203320 .

Rodwin MA. Common Pharmaceutical Price and Cost Controls in the United Kingdom, France, and Ger-many: Lessons for the United States. Int J Health Serv. 2021 Jul;51(3):379-391. doi: 10.1177/0020731421996168.

Ruiz FB Jr, Santos MS, Siqueira HS, Cotta UC. Clinical features, diagnosis and treatment of acute primary headaches at an emergency center: why are we still neglecting the evidence? Arq Neuropsiquiatr. 2007 Dec;65(4B):1130-3. doi: 10.1590/s0004-282x2007000700007

Silveira Bianchim M, Caes L, Forbat L, Jordan A, Noyes J, Thomson K, Turley R, Uny I, France EF. Under-standing how children and young people with chronic non-cancer pain and their families experience living with pain, pain management and services: a meta-ethnography. Health Soc Care Deliv Res. 2024 Jul;12(17):1-218. doi: 10.3310/UTPM7986

Teleanu RI, Vladacenco O, Teleanu DM, Epure DA. Treatment of Pediatric Migraine: a Review. Maedica (Bucur). 2016 Jun;11(2):136-143

Yin HS, Dreyer BP, Moreira HA, van Schaick L, Rodriguez L, Boettger S, Mendelsohn AL. Liquid medica-tion dosing errors in children: role of provider counseling strategies. Acad Pediatr. 2014 May-Jun;14(3):262-70. doi: 10.1016/j.acap.2014.01.003

Vogler S, Zimmermann N, Habl C, Piessnegger J, Bucsics A. Discounts and rebates granted to public payers for medicines in European countries. South Med Rev. 2012 Jul;5(1):38-46

Fazit

Anscheinend sind Schmelztabletten die bevorzugte Darreichungsform für Kinder, aber sie können aufgrund von Rabattverträgen nicht immer verordnet werden. Studienergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit zur Entwicklung altersgerechter therapeutischer Strategien zur Verbesserung der Migräneversorgung in der pädiatrischen Population. <<

Drug treatment of migraine in children by pediatricians in Germany - What role do rebate contracts play?

Data on the real-world utilization of migraine therapies in children are limited. The aim of the present study is to evaluate the real-world patterns of acute migraine therapy in office-based pediatricians in Germany. The retrospective cross-sectional study included children aged 2-12 years with a migraine diagnosis made by one of 258 pediatricians between January 2015 and December 2023. 10.9% of children aged 2-5 years and 18.3% of children aged 6-12 years received a prescription for migraine medication.

The most frequently prescribed medication was ibuprofen (75.4% and 75.9%). Among children aged 2-5 years who received an ibuprofen prescription, 68.2% received ibuprofen as a suspension, 16.3% as rectal suppositories, and 15.5% as melting tablets. In the age group 6-12 years, the suspension (36.3%) was the most frequently prescribed dosage form, followed by melting tablets (31.8%) and regular tablets (29.9%).

The proportion of melting tablets was significantly higher in privately insured patients compared to statutory insured patients (53.7% vs. 31.0%) and higher in 2015 compared to 2024 (40.5% vs. 24.8%). Apparently, melting tablets are the preferred dosage form for children, but they cannot always be used due to rebate contracts.

Keywords

children, pediatricians, migraine, ibuprofen, rebate contracts

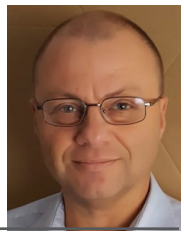
Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Kostev, K., Kluge, S., Doege, C.: „Medikamentöse Therapie der Migräne bei Kindern durch Kinderärzte in Deutschland – Welche Rolle spielen Rabattverträge?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (Online First zu MVF 03/25), S. 49–53. http://doi.org/10.24945/MVF.03.25.1866-0533.2722

Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev ORCID: 0000-0002-2124-7227
ist Senior Scientific Principal bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Universität Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.
Kontakt: Karel.Kostev@iqvia.com



Dipl.-Biol. Sabine Kluge MS ORCID: 0009-0009-6183-7457
ist Pressesprecherin von IQVIA in Frankfurt. Sie hat in Tübingen und Berlin Biologie und Wissenschaftskommunikation studiert und an Hochschulen und Forschungsorganisationen in der Kommunikationsarbeit die Schwerpunkte Naturwissenschaften, Medizin und Technik vertreten.
Kontakt: Sabine.Kluge@iqvia.com



Dr. med. Corinna Doege MHA ORCID: 0000-0001-6495-1938
studierte Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und absolvierte die Facharztausbildung für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Heidelberg. Anschließend war sie im Norddeutschen Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche in Raisdorf-Schwentinental bei Kiel tätig. Sie ist Oberärztin am Eltern-Kind-Zentrum Prof. Hess der Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen.
Kontakt: Corinna.Doege@gesundheitnord.de

