

MDR Aktuell – Kekulé's Gesundheits-Kompass

Donnerstag, 25. April 2024

#55 – Migräne – Der Plagegeist im Kopf

Jan Kröger, Moderator

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander S. Kekulé, Experte

Professor für Medizinische Mikrobiologie Virologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie Direktor des Instituts für Biologische Sicherheitsforschung in Halle

Links zur Sendung:

Artikel über Ursachen/ Trigger der Migräne:

<https://www.scinexx.de/news/medizin/ausloeser-fuer-migraene-anfaelle-identifiziert/>

Meta-Analyse zu Migränemedikamenten:

<https://www.bmj.com/content/386/bmj-2024-080107>

Podcast-Tipp: Hormongesteuert:

<https://www.ardaudiothek.de/sendung/hormongesteuert-der-wechseljahre-podcast-mit-dr-katrin-schaudig/94730960/>

MDR aktuell. Kekulé's Gesundheitskompass.

Susann Böttcher

Kopfschmerzen, Lichtempfindlichkeit, Übelkeit. Mehrere Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Migräne. Auch weltweit gilt sie als eine der häufigsten Schmerzerkrankungen. Eine Migräneattacke kann mehrere Stunden, im Extremfall auch mehrere Tage anhalten. Mit einer Kopfschmerztablette ist es dann häufig nicht getan. Jahrelanges Ausprobieren führt für viele Patientinnen und Patienten irgendwann zu Linderung. Doch woher kommt Migräne? Was passiert im Kopf? Und welche Medikamente helfen da wirklich?

Ich bin Susann Böttcher, Redakteurin und Moderatorin bei MDR aktuell. Alle 14 Tage sprechen wir mit dem Arzt und Wissenschaftler Professor Alexander Kekulé, liefern dabei Schwerpunkte zu aktuellen Gesundheitsfragen und gehen auf Ihre Themenwünsche ein. Hallo Herr Kekulé!

Alexander Kekulé

Hallo Frau Böttcher!

Susann Böttcher

Bevor wir auf unser eigentliches Thema, die Migräne, zu sprechen kommen, wünsche ich mir einen kleinen Corona-Kompass zum Auftakt des Herbstes quasi. Man muss ja gar kein Prophet sein, um zu prognostizieren, dass die Atemwegserkrankungen in den kommenden Wochen wieder die eine oder andere Dienstplanänderung bedingen. Aber wie sieht es aus mit Covid-19? Subjektiv aus dem Bekannten- und Freundeskreis gab es wieder gehäuft Infektionen. Aber was sagt der Virologe? Ist es ein Thema aktuell?

Alexander Kekulé

Ja und nein. Also, aus dem Bekannten- und Freundeskreis vernehme ich, dass sich keiner mehr testen lässt. Auch bei uns ist es so, dass die alten Tests verfallen sind und schon stapelweise auf den Schränken liegen für alle Fälle. Man weiß ja nie, wann die nächste Pandemie kommt. Na, Spaß beiseite! Es ist so, die Infektionen nehmen natürlich zu im Herbst. Corona hat sich noch nicht richtig als saisonale Erkrankung etabliert. Aber es gibt natürlich trotzdem immer eine Häufung in den kalten Monaten und zugleich natürlich dann, wenn die Schulferien zu Ende sind. Also das wird auch jetzt schon beobachtet. Das Robert-Koch-Institut berichtet es von der letzten Woche, dass da schon die Atemwegsinfektionen zugenommen haben. Natürlich, wie immer, wenn überall in Deutschland die Schule wieder losgeht. Das sage ich auch deshalb ein bisschen, weil die Schulschließungen nach Corona ja ein umstrittenes Thema wurden. Es ist völlig klar, dass das ganze Drumherum der Schule, also Kinder in die Schule bringen, die Kontakte zu Hause – und was da so alles passiert – natürlich die Infektionszahlen erhöht. Ich sage das mit Blick auf die nächste Pandemie. Nicht, dass die Leute dann sagen, das mit den Schulschließungen war doch schon damals Unsinn. Ja, und was da auch hochgeht, sind im Moment gerade ganz konkret die Anteile der Coronavirus-Infektionen, also SARS-CoV-2, das ist das Pandemievirus. Es ist im Moment so, dass Nummer 1 immer noch die Schnupfenviren sind, die sogenannten Renovieren, und auf Platz 2 gerade am Aufholen sind die Coronaviren. Ob das jetzt eine Riesenwelle gibt mit Corona nochmal, oder ob das irgendwie im Konzert der

Schnupfen- und sonstigen Erkältungsviren irgendwie untergeht, das kann man jetzt noch nicht vorhersagen.

03:00

Susann Böttcher

Wir sind ja nun alle Hobby-Virologen. Welche Variante grassiert denn gerade?

Alexander Kekulé

Oh weh, also nach Robert-Koch-Institut – das muss man ein bisschen einschränken, weil das natürlich nur kleine Datenmengen sind, die die haben, die kriegen inzwischen nur noch wenig Proben geschickt und von denen wird ein kleiner Teil dann auf die Varianten untersucht – soll es so sein, dass KP.311 im Moment die häufigste Variante ist mit etwa 40 Prozent. Das ist auch weltweit, muss man sagen, die dominante Variante, die also im Moment weltweit das Geschehen bestimmt. Jetzt muss man dazusagen, wenn ich jetzt mal versuche zu rekapitulieren: Es gab vorher natürlich KP.3, dann gab es JN.1-11-1 glaube ich. Dann gab es JN.1-11, dann gab's JN.1 und BA.2-86, und weiter weiß ich es nicht...

Susann Böttcher

Nach Omikron hat man sich keine Mühe mehr gegeben mit den Namen, oder? (lacht)

Alexander Kekulé

Genau. Also es ist letztlich doch so: Also das Omikron ist eigentlich ein neues Virus. Ich habe schon oft gesagt, ich hätte das am liebsten Sars-Cov-3 dann genannt, weil es nun wirklich anders ist. Untertypen von Omikron, die verändern sich eben wahnsinnig schnell. Schneller, als man gucken kann, sind dann neue Varianten unterwegs, wie bei allen Erkältungsviren. Also Erkältungsviren verändern sich einfach ständig, das lernt jeder in der Virologie-Grundvorlesung. Hier beobachten wir es eben genau und geben dann quasi jeder Variante einen neuen Namen. Ja, das kennt man aus der Autoindustrie. Wenn die neue Serien von Autos verkaufen wollen, haben die auch gleich wieder einen neuen Namen, dabei ist uns nur sogenannte Facelifts, wie es da bei denen heißt. Also da brauchen wir uns wirklich, zumindest die Laien, brauchen sich dann nicht verrückt zu machen. Aber für die, die da totalen Spaß daran haben, sich aufzuregen über neue Varianten, gibt noch eine neue: Die heißt XEC – die

macht im Moment so ungefähr ein Fünftel in Deutschland aus, sagt das Robert-Koch-Institut, auf Basis seiner sehr bescheidenen Daten. Und XEC nimmt gerade zu, was auch immer das heißt, ob das dann in zwei Wochen immer noch zunimmt oder ganz vom Bildschirm verschwindet, weiß keiner. Das ist eine Variante, die entstanden ist aus zwei anderen, die sich vorher gebildet haben. Und alle miteinander sind Nachfahren, vielleicht für die, die die Anfangszeit von Omikron noch in Erinnerung haben – damals gab es auch BA.1, und dann kam ganz kurz BA.2, und das verschwand gleich wieder. Dann kam BA.4/5, und gegen BA.4/5 wurden dann auch Impfstoffe entwickelt. Und weil BA.2 nur so einen kleinen Auftritt hatte, gibt es jetzt eben die zweite große Show, weil die Immunität gegen BA.2 weltweit nicht so gut war, ist das quasi die Mutter aller Varianten, die jetzt heutzutage zirkulieren oder politisch korrekt: Mutter / Vater aller Varianten. Eltern, halb Eltern! (lacht) Also Elternteil aller Varianten, die jetzt zirkulieren.

05:46

Susann Böttcher

Wie sieht es denn aus mit den Impfstoffen? Gibt es da eine Weiterentwicklung? Geht's da irgendwie voran? Oder ist „Spritze“ immer noch das Mittel der Wahl?

Alexander Kekulé

Spritze ist das Mittel der Wahl, die sind diesen Herbst auch angepasst worden. Gibt eine angepasste Version der Impfstoffe, wo ich sehr zuversichtlich bin, dass es gegen die zirkulierenden Varianten insofern hilft, als der Anteil schwerer Infektionen deutlich gesenkt wird. Ich sage mal so mindestens 60 Prozent Schutzwirkung bezüglich der schweren Infektionen. Jetzt muss man sagen schwere Infektionen, schwere Verläufe bei Sars-CoV-2-Infektion sind eigentlich eine Rarität inzwischen geworden. Die allermeisten verlaufen ja normal. Man sieht es übrigens auch daran, dass die Zahlen der Intensivstationen und der Aufnahmen im Krankenhaus, die ja weiterhin beobachtet werden, unverändert sind. Also obwohl jetzt das Oktoberfest angefangen hat, obwohl die Kälte eingebrochen ist und diese Viren mehr sind, gibt es keine Zunahme der Sars-Cov-2-Behandlungsfälle in den Krankenhäusern. Das sagt schon fast alles, hätte ich gesagt. Aber ja. Für

diejenigen, die ein hohes Risiko haben, braucht man Impfstoffe, die wahrscheinlich dann jährlich neu angepasst sind. Und der diesjährige Impfstoff, zumindest nach Labordaten, sieht so aus, als würde der wirken.

Susann Böttcher

Und die STIKO sagt, Menschen ab 60, ne?

Alexander Kekulé

Ja, die STIKO ist da natürlich erstmal vorsichtig. Was ich gut finde in Deutschland, wir sind da ja schon seit Jahren eigentlich auf einem Sonderweg gewesen, dass man Kindern keine generelle Impfung mehr empfiehlt. Es ist bekannt, dass ich von Anfang an das kritisch gesehen habe. Und die STIKO ist inzwischen da umgeschwenkt, hat damals viel Kritik aus USA bekommen, aber man muss heute sagen: Weltweit ist eigentlich die Position, dass man erkannt hat, dass die Infektion von Kindern – zumindest mit den jetzt zirkulierenden, ja harmloseren Varianten als Erstinfektion von Sars-CoV-2 – nicht so was Schlimmes ist, dass man deswegen unbedingt jetzt eine Impfung bräuchte.

Natürlich, wenn es so wäre, dass man Impfstoffe hätte, die also ganz einfach zu verabreichen sind, die von den Eltern akzeptiert werden, die man vielleicht in Kombination mit den üblichen Kinder-Krankheiten impfen könnte, dann hätte das den Vorteil, dass die Kinder halt nicht einmal Covid haben oder zwei- oder dreimal und dann so nach und nach immun werden, wie wir es von anderen Erkältungskrankheiten kennen. Sondern, dass man es ein für alle Mal erledigt hätte, das Thema. Und es weiß ja keiner, wie dann wirklich die Langzeiteffekte sind, also das ist so eine der offenen Fragen. Wir machen jetzt eigentlich ein Experiment, indem wir alle Kinder in Deutschland und inzwischen auch in vielen, vielen anderen Ländern der Welt – eigentlich fast weltweit – erstmal immunisieren. Natürlich, also sogenannte natürliche Immunisierung. Das will ich jetzt nicht, meine ich nicht beschönigen als Virologe. Es ist jede Virusinfektion irgendwie un- gut. Aber dann sind die Kinder immunisiert so halbwegs, kriegen es immer wieder, immer weniger Symptome. Es weiß natürlich keiner, ob die dann in 30 Jahren, was weiß ich, weniger fruchtbar sind, weniger intelligent sind,

mehr zu Wutausbrüchen neigen. Keine Ahnung, das sind natürlich Langzeitergebnisse, die man nicht hat. Und deshalb ist es ein Experiment. Man geht davon aus, dass es wohl gut gehen wird. Aber ich muss sagen, in der Vergangenheit mit den ganzen anderen Erkältungskrankheiten oder auch mit den Grippepandemien, die es gab, da hat es ja auch keine Langzeiteffekte gegeben, die jetzt irgendwie aufgefallen wären. Darum würde ich sagen, wird schon gut gehen. Und wir immunisieren im Moment halt die nächsten Generationen natürlich durch, sodass die Frage ist, wie lange man noch die Impfstoffe braucht, die ja für ältere Menschen hauptsächlich sind, die bekanntlich vom Aussterben bedroht sind.

9:29

Susann Böttcher

Soweit unser Mini-Corona-Kompass.

Schauen wir auf das eigentliche Thema, auf das wir heute blicken wollen, nämlich Migräne. Das gilt ja als autonomes Krankheitsbild. Professor Kekulé, wie unterscheidet man aber die Migräne ganz grundsätzlich vom Kopfschmerz? Wegen oder durch die Begleiterscheinungen, die man auch noch hat? Oder wie ist da die Definition in der Medizin?

Alexander Kekulé

Bisschen schwammig. Also Neurologen unterscheiden das natürlich schon. Aber ich sage mal, so ein Allgemeinmediziner, der jetzt nicht speziell Neurologie gemacht hat, kommt da schon ins Schwanken. Und Privatpersonen allemal. Also Migräne ist eine Sonderform von Kopfschmerzen, in gewisser Weise dadurch auch eine Besonderheit in der Medizin, weil wir sonst eigentlich immer ganz genau unterscheiden, differenzieren zwischen Symptomen und Krankheiten. Und hier erklärt man eigentlich ein Symptom unter bestimmten Umständen dann zur Krankheit. Nämlich, wenn es unter bestimmten Bedingungen auftritt.

Also die klassische Migräne, typische Migräne, sind rezidivierende Kopfschmerzattacken, also wiederkehrende Kopfschmerzattacken, die so zwischen sage ich mal vier, fünf Stunden und drei Tagen dauern im schlimmsten Fall. Sie fangen typischerweise einseitig an. Darum heißt es ja so, „hemikrania“, also „hemi“ heißt ja auf Griechisch „halb“, und „kranion“ heißt Schädel,

also der halbe Schädel tut einem sozusagen weh. Das ist das ganz typische. Es ist auch typisch, dass, wenn es dann losgegangen ist, es durch körperliche Aktivität verstärkt wird. Das heißt, die Patienten suchen dann wirklich Ruhe, machen das Fenster zu und dürfen nicht gestört werden, damit es nicht schlimmer wird. Und dann gibt es eben typischerweise auch so Begleiterscheinungen, körperliche Begleiterscheinungen, die man in der Medizin autonome Begleiterscheinungen nennt. Also Übelkeit bis hin zu Erbrechen, Lichtempfindlichkeit, so ein allgemeines Krankheitsgefühl. Manche kriegen auch, werden plötzlich rot im Gesicht, kriegen so eine richtig rote Birne am Anfang und ähnliche Sachen.

Dann gibt es einige neurologische Erscheinungen, die vor allem, wenn die Migräneattacke beginnt, typisch sein können. Nicht bei jedem, aber manche haben dann plötzlich so eine Empfindlichkeit am Kopf, dass sie sich nicht mehr bürsten können, oder dass ihnen die Haare zu Berge stehen, wenn man sie auch eine irgendwo am Kopf anfasst, im Gesichtsbe- reich insbesondere. Und manche spüren auch so ein Pumpen im Kopf, so als würde der Blutfluss in den Hirnarterien zunehmen, was neurologisch tatsächlich zutrifft bei der Migräne. Also, das sind so die ganz typischen Migräne-Symptome, die dann meistens auch durch typische Symptome ausgelöst werden, die die Patienten dann nach einer Weile kennen. Der eine weiß, es ist immer bei einem bestimmten Wetterumschwung, Frauen häufig im Zusammenhang mit der monatlichen Regel, manche haben bestimmte Lebensmittel, die sie nicht vertragen. Wenn die Erdnüsse essen, kriegen sie einen Migräneanfall und Ähnliches. Was weiß ich, wenn irgendein Ex-Freund anruft, gibt es das auch als Auslöser, je nachdem.

Und dann, das letzte, was leider nur bei einem Drittel der Patienten auftritt, oder leider für die Mediziner, leider nur bei einem Drittel – ist die sogenannte Aura. Also so eine Vorstimmung, dass die vorher ich sag mal so bis zu einer Stunde bevor es losgeht so neurologische Ausfallerscheinungen haben. Irgendwie so ein Flimmern vor den Augen und ähnlichem, wo sie dann wissen „Au Backe, jetzt geht es wieder los!“. Wenn diese Aura da ist, ist die Diag-

nose „Migräne“ ganz klar. Das ist eine klassische Migräne und Migräne ohne Aura, was eben zwei Drittel der Fälle ist, da ist die Diagnose ein bisschen schwieriger, aber was ich gerade gesagt habe, sind so die typischen Kriterien.

13:04

Susann Böttcher

Da muss man ja unterscheiden zwischen den Triggern, die das quasi auslösen, und den Ursachen von Migräne. Was macht das Hirn da genau? Das ist ja, also das Gehirn ist ja an sich überhaupt nicht schmerzempfindlich. Aber wenn Sie das so beschreiben mit Kopfschmerzen, Übelkeit bis zum Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit – das ist jetzt auch eine der Krankheiten, die man nicht haben möchte!

Alexander Kekulé

Nee! Also ich kenne das auch aus meinem engsten privaten Freundeskreis. Das ist wirklich was, was Sie nicht haben wollen. Und zum Glück, muss ich aber auch dazusagen, ganz viele Menschen, die sagen „Oh, ich habe weder Migräne“ oder die bei Umfragen des Robert-Koch-Instituts vielleicht ankreuzen „Ich hatte im letzten Jahr Migräne“, die hatten gar keine Migräne, sondern das sind dann irgendwelche Spannungskopfschmerzen, wie man das nennt, die dann stressbedingt sind oder andere Auslöser haben. Gibt auch noch andere richtige neurologische Erkrankungen, die der Neurologe dann von der echten Migräne unterscheiden muss. Also diese typische Migräne, kann man sagen, ist zum Glück nicht so häufig, wie man so denkt. Wer die wirklich hat, der hat sozusagen die A-Karte gezogen. Anders kann man das an der Stelle nicht sagen.

Was dahinter steckt, ist ja, Sie haben es schon gesagt, das Gehirn ist ja eigentlich in einer ganz, ganz blöden Situation. Ausgerechnet unser wichtigstes Zentralorgan, was unser Bewusstsein macht, was auch unser Bewusstsein von Schmerzen macht, hat selbst keine Schmerzrezeptoren. Also wenn man früher operiert hat, heute bei manchen Operationen auch noch, macht man gar keine Vollnarkose, sondern man kann da mit irgendwelchen Sonden im Gehirn rummanipulieren. Und der Patient sagt dann „Oh, wie lustig, mein linker Arm

zuckt hier“. Aber, dass da einer in seinem Gehirn irgendwie rumpopelt, das stört ihn überhaupt nicht, wenn man außen natürlich dann die Kopfhaut mit örtlicher Betäubung unempfindlich macht. Das Gehirn selber hat eben absolut kein Schmerzempfinden. Und es gibt aber trotzdem viele Situationen, wo es signalisieren muss, „Hallo, da ist was los mit mir. Ich habe ein Problem“, ja? „Houston, da ist ein Problem“. Wie macht es das, das Gehirn? Über die Hirnhäute. Also die Hirnhaut – die sogenannte harte Hirnhaut, die außendrum ist an der Schädeldkalotte dran – die hat Schmerzrezeptoren, die ist schmerzempfindlich. Und zwar ganz besonders empfindlich. Und wenn man zum Beispiel eine Hirnhautentzündung hat, wenn das Gehirn aufgrund irgendeines Traumas, weil jemand gestürzt ist, anfängt zu schwillen, oder wenn irgendwelche anderen Erkrankungen sind, bis hin zum Tumor, dann merkt man das an Kopfschmerzen. Weil eben diese Hirnhaut, also nicht das Gehirn selber, sondern die Hirnhaut außen rum, den Reiz dann weiterleitet.

Und bei der Migräne ist, das weiß man schon lange, der Plagegeist eine Nervenzellenanhäufung, die an der Basis des Schädels liegt. Und zwar kann man sich das so vorstellen: Zwischen dem Augenwinkel, dem äußeren Augenwinkel und dem Gehörgang, also zwischen dem Augenwinkel und dem Ohr auf halber Strecke, ungefähr an der Stelle im Schädel drinnen, links und rechts gibt es das, ist jeweils das sogenannte Trigemini Ganglion. Also das Ganglion der Nervenhaufen, die Nervenanschwellung heißt es dann eigentlich, die zu dem sogenannten Trigemini-Nerv gehört. Und dieses Ganglion, das heißt „Ganglion Gasseri“ bei den Neurologen, weil ein Wiener Arzt, der Pathologe, der Gasser hieß, nach dem ist das mal benannt worden. Obwohl er das gar nicht entdeckt hat. Und dieses Ganglion Gasseri – das ist sozusagen der Übeltäter bei der Migräne, komischerweise. Weil, was da passiert ist: Schmerzreize, die von der Hirnhaut kommen, die werden zu diesem Ganglion Gasseri weitergeleitet und von dort dann normalerweise weitergeleitet ins Gehirn rein, wo eine zweite Schaltstelle ist, die das dann für uns als Schmerz vermittelt. Und dieser Schmerz, der kann sich aber verselbstständigen. Im Ganglion

Gasseri werden dann unter anderem so Peptide, so Neuropeptide sagen wir, freigesetzt, also so über Signalstoffe letztlich freigesetzt, die dazu führen, dass dieses Ganglion sich selbst Schmerz verstärken kann. Also das setzt was frei als Reaktion auf den Schmerz. Das berühmteste oder zurzeit meistdiskutierte Peptid heißt CGRP. Ich erkläre jetzt nicht, was das für eine Abkürzung ist, aber CGRP ist so ein Beispiel für so ein Peptid, was da freigesetzt wird. Und das, was da freigesetzt wird, das macht selber eine Entzündungsreaktion, erhöht den Blutfluss ganz massiv. Und dadurch wird dann in der Hirnhaut quasi die Entzündung verstärkt oder eine Entzündungsreaktion ausgelöst, der Blutfluss erhöht, was auch die Migränepatienten spüren. Das wird wieder zurückgemeldet. Und dadurch gibt es so einen Teufelskreis, muss man sagen. Das schaukelt sich dann innerhalb von einer Stunde ungefähr hoch, bis es dann so stabil ist als Katastrophenzustand, dass man es eben nicht mehr abschalten kann. Und dann haben die Patienten eben dann ein, zwei Tage damit zu tun.

Susann Böttcher

Das heißt, wenn man zur Migräne recherchiert, sieht man recht häufig als Bilddarstellung so einen Blitz. Ist es ein ganz gutes Bild dafür, weil da wirklich elektronische Prozesse passieren?

Alexander Kekulé

Nee, also der Blitz ist eigentlich, ich muss jetzt zu geben, habe ich jetzt nicht so genau geschaut, das ist ein schlechtes Bild. Weil das wäre eher beim epileptischen Anfall. Es gibt natürlich Migränepatienten, da erinnert es an die Epilepsie. Ist übrigens auch historisch so, es gibt ja viele berühmte Migränepatienten, Künstler, wo man wusste, die hatten Migräne. Also Richard Wagner ist ein berühmtes Beispiel, Gustav Mahler, das hängt aber nicht mit deren lauter Musik zusammen, weil Chopin hatte auch Migräne, also da ging es etwas stiller zu. Oder auch Dali zum Beispiel, Van Gogh hatten Migräne. Da passt irgendwie auch wieder zu den expressionistischen Bildern.

18:52

Susann Böttcher

Also Ohr abschneiden hilft auch nicht? (lacht)

Alexander Kekulé

Ohr abschneiden hilft... ja, wahrscheinlich

hatte er da eine Migräneattacke gehabt, das weiß keiner genau. Der hat ja auch andere psychische Probleme gehabt. Aber es ist so, da hat man dann eben gesagt ja, das hat irgendwie vielleicht auch was mit Kreativität zu tun, dass irgendwie dieses Anfallsleiden auch kreative Menschen kriegen, genauso wie man es bei der Epilepsie immer wieder so ein bisschen in den Raum gestellt hat. Das ist leider nicht so. Also kann ich niemandem empfehlen, da gibt keine wirkliche Korrelation. Aber es ist eben so, dass im Gehirn etwas passiert, was bei manchen Menschen so ähnlich wie die Epilepsie ist. Und das Interessante ist ja eigentlich, ich habe gerade so ein bisschen die Endstrecke erzählt, dieses fürchterliche Ganglion Gasseri – das ist das, was letztlich den Unsinn da macht, was nicht mehr abzuschalten ist. Übrigens, wenn dieser Unsinn eine Weile läuft, ist die zweite Stufe im Gehirn, das ist dann so ein Nervenbündel/Nervenknoten im Gehirn, die ist dann auch überaktiviert und kann sich auch nicht mehr ausschalten.

Also es passiert quasi zweistufig. So eine Stunde lang ist die erste Stufe in Betrieb, und wenn eine Stunde lang das Gehirn gepiesackt wurde, dann hat man eine solche Sensitivierung, wie das heißt, auch auf der zweiten Stufe. Das ist für die Medikation sehr wichtig, weil wenn die zweite Stufe dann aktiviert ist, helfen die Medikamente nicht mehr so recht, weil die Medikamente nur auf die erste Stufe wirken. Ja, und deshalb hat es eigentlich mit diesem Blitz, der da im Gehirn ist, gar nicht mal so viel zu tun. Und die die Frage, die sich natürlich alle stellen, ist – und das habe ich jetzt vorhin gar nicht erklären können, weil es niemand genau weiß – wie kommt es eigentlich zur Auslösung des Ganzen? Also, das können doch nicht die Erdnüsse sein, das kann doch nicht der Anruf des Ex-Freundes tatsächlich sein, ja? Also wie wird es überhaupt ausgelöst? Und da ist das Einzige, was man so ein bisschen weiß, aber das ist sicher nur bei einem Teil der Patienten die Erklärung, dass es vorher bei denen, die so eine Aura haben vorher, also diese neurologischen Vorerscheinungen, dass bei denen messbar ist, eine Welle von Inaktivität im Gehirn. Das heißt, man kann sagen, so eine Art sich lawinenartig ausbreitender Blackout im Gehirn ist die Vorstufe zu dem, was dann die

Aura ist. Oder passiert während der Aura, was wiederum ein Auslöser der Migräne sein kann. Sodass man bei den Patienten, die die Aura haben, annimmt, dass da tatsächlich so ähnlich wie bei der Epilepsie irgendwie... Aber eben nicht der Blitz, sondern „Licht aus“ – genau das Gegenteil sozusagen passiert. Aus irgendeinem Grund wird alles abgeschaltet, und keiner weiß genau warum. Ist es eine Notabschaltung? Wo mit hängt das zusammen, dass das Gehirn sich quasi an der Stelle resettet?

Man muss vielleicht erinnern, was Schmerz überhaupt ist, an der Stelle. Und dann versteht man auch, warum das überhaupt so ein komischer Mechanismus ist. Sonst könnte man sich ja beim lieben Gott beschweren, dass er uns sowas überhaupt da mit in die Wiege gelegt hat. Es ist ja so, dass Schmerz natürlich eine Warnung des Gehirns vor möglicherweise lebensgefährlichen Gefahren ist. Deshalb will eigentlich der Körper nicht, dass wir Schmerz ignorieren. Vielleicht haben Vorfahren von uns irgendwann mal den Schmerz ignoriert, die sind aber ausgestorben, weil sie es eben ignoriert haben. Und außer den Fakiren ist es so, dass der Rest der Welt das eben nicht schafft, den Schmerz zu ignorieren. Und damit man das nicht schafft, gibt es eben diesen Mechanismus, den ich gerade für das Ganglion Gasseri beschrieben habe. Es gibt so eine Selbstverstärkung der Wahrnehmung des Schmerzes. Also wenn Sie einen Kieselstein beim Wandern in den Bergen – war, ja bis vor kurzem noch ganz schönes Wetter dafür – haben, dann könnte man ja sagen ja, vergiss doch den blöden Kieselstein oder die berühmte Prinzessin auf der Erbse im Märchen. Was soll das, ja?

Aber wenn es an einer Stelle kontinuierlich immer drückt und so einen kleinen Schmerzreiz auslöst, und man den ignoriert... weil man weiter wandern will oder Ähnliches oder das nicht zugeben will, dann passiert folgendes: Der Schmerz macht sich sozusagen dann immer lauter bemerkbar. Dann kommt es eben zu dieser Verstärkung, die ich gerade genannt habe. Es werden diese Proteine ausgeschüttet, diese Peptide ausgeschüttet, die dazu führen, dass es eine Rückkopplung gibt und der Schmerz dann ausgeweitet wird. Plötzlich tut dann nicht mehr die eine Stelle weh, sondern der ganze Fuß weh. Und bei Migräne ist es so, das fängt

auf der einen Hälfte des Kopfes an, weitet sich aber dann so aus, dass die zweite Hälfte irgendwann wehtut und irgendwann der ganze Körper wehtut. Und auch die Intensität nimmt zu. Das nennt man Sensitivierung. Also diese Sensitivierung gegenüber dem Schmerz ist ein biologisches Programm, was wir eingebaut haben, weil der Schmerz sagt, „Ich will nicht, dass du mich ignorierst. Du sollst auf mich aufpassen.“. Und das geht eben bei der Migräne dadurch schief, dass im Kopf selber das ist. Und jetzt nicht wie am Fuß quasi nur der Fuß wehtut, und der Kopf sich darüber aufregen kann oder weiter-wandert, je nachdem, sondern dass man wirklich die Situation hat: Im Kopf ist das Schmerzerlebnis, im Kopf ist aber auch die Reaktion darauf, in diesem Ganglion Gasseri.

Und dadurch kommt es zur Erweiterung der Gefäße. Es kommt zu einer verstärkten Durchblutung, die Arterien transportieren mehr Blut. Dadurch steigt der Druck und der Schmerzreiz auf diese Nervenzellen in der harten Hirnhaut, der steigt wiederum an. Und das hat man nur im Kopf, diese bestimmte Rückkopplung. Und deshalb gibt es eben die Migräne, als sag ich mal, „Unfall der Evolution“, weil die Evolution uns leider für die Hirnhaut keine extra Schmerzrezeptoren geschenkt hat, sondern das ist sozusagen das gleiche Modell, was überall im Körper verwendet wird.

24:26

Susann Böttcher

Nun haben Sie zwar zahlreiche Komponisten aufgezählt, Männer, die Migräne hatten. Und trotzdem gilt ja Migräne eher so als „Frauenkrankheit“, wenn man so Studien betrachtet. Wir kommen ja gleich noch auf eine große Medikamentenstudie zurück, wo auch 86 Prozent der Probanden Frauen waren. Warum gilt es als Frauenkrankheit? Weil Männer das irgendwie wegnormieren oder nicht zugeben wollen? Oder gibt es da tatsächlich einen medizinischen Hintergrund?

Alexander Kekulé

Also man geht davon aus, dass erstens die Dunkelziffer bei Männern deutlich höher ist, weil, wie Sie sagen, die wollen das dann ignorieren. Und es ist ja auch so, es gibt natürlich so Übergänge, ja? Es gibt manche Patientinnen

und Patienten, die eben, indem sie ein einfaches Schmerzmittel nehmen, so Ibuprofen, gleich am Anfang des sogenannten Migräneanfalls – da sagen sie, „Ach ich weiß inzwischen, wann ich mein Ibuprofen nehmen muss, und dann kriege ich keine Migräne. Dann lege ich mich ein bisschen hin und dann ist es weg.“. Das sind jetzt nicht die Leute, die der Neurologe als schwerwiegende Migränepatienten einstufen würde, auch wenn die Definition an der Stelle eben so ein bisschen schwammig ist. Das heißt also, es kommt schon drauf an, wie man selber zu der Erkrankung steht, wieviel man aushält. Ich habe ja vorher ja den Fakir als Gegenbeispiel mal genannt.

Auf der anderen Seite ist es so, wir wissen auch, dass ein wichtiger Auslöser hormonelle Schwankungen sind. Da sind Frauen einmal im Monat natürlich besonders betroffen. Es kommt also, wenn die ihre Regel haben, zu massiven Hormonumstellungen, die eben bei vielen Frauen die Migräne auslösen können. Übrigens ein merkwürdiges Phänomen, dass es häufig vorkommt, dass Frauen, die ihre ganze Jugend über Migräne hatten, nach dem ersten Kind keine Migräne mehr haben. Das ist dann manchmal weg. Also nicht als Therapieempfehlung, aber... (lacht)

Susann Böttcher

Ich wollte gerade sagen, hiermit beenden wir diese Ausgabe. Bekommen Sie Kinder – Migräne kein Thema mehr! (lacht)

Alexander Kekulé

Also nicht bei allen, also ich kenne leider tatsächlich einen Fall, wo es nicht so war. Die hat das immer gehofft. Aber nein, es ist nicht so...

Susann Böttcher

Aber sie wollte ohnehin Kinder?

Alexander Kekulé

Sie wollte sowieso Kinder, aber hat natürlich immer gehofft, dass diese Plage, die in dem Fall die Mutter auch schon hatte, weggeht. Weil, bei der Mutter war es so, dass die mit den Kindern keine Migräne mehr hatte, aber bei ihr dann leider nicht. Naja, und das andere ist, es ist natürlich auch eine Entzündungskomponente dabei, also wenn die Hirnhaut so dauergereizt wird, dann kommt es auch zu entzündlichen Veränderungen. Diese Boten-

stoffe, die ich vorhin genannt habe – dieses CGRP ist nur ein Beispiel dafür, man kennt zwei oder drei, und man vermutet, dass da noch ganz viele andere sind – diese Botenstoffe, die also diese chemische Reaktion auf den Schmerz machen, neben der reinen elektrischen, wenn ich mal so sagen darf, gibt es eben auch eine chemische Reaktion, die machen leider zugleich auch Entzündungen. Über Mediatoren zwischendurch, die eben so klassische Entzündungserreger sind, kommt es eben dann, wenn das länger besteht, da reicht eine Stunde, kommt es eben auch zu entzündlichen Erscheinungen. Und dadurch gibt es eben auch diese Rückkopplung. Und da weiß man eben, dass Autoimmunerkrankungen zum Beispiel bei Frauen auch häufiger sind als bei Männern. Und das passt dann in dieses Bild rein, also diese autoimmunologischen Erkrankungen, die chronische Entzündungen machen, wie Neurodermitis ist so ein bekanntes Beispiel. Und in dieser Ecke ist sozusagen auch der Grund zu suchen, dass Frauen das häufiger haben als Männer.

27:50

Susann Böttcher

So, jetzt wollen wir aber eine Lösung, Linderung am besten mit Medikamenten. In diesen Tagen ist eine Studie erschienen, beziehungsweise eine Metastudie. Da wurden 130 Studien ausgewertet, in denen die Wirksamkeit von 17 Migräne-Medikamente untersucht wurde. Ich mache mal einen kleinen Trommelwirbel: Gewonnen haben die Triptane, die wirken am besten. Was ist das? Und warum wirken die so gut, Herr Kekulé?

Alexander Kekulé

Ja, also die... ich habe fast schon die Lösung gesagt gerade eben. Es ist ja so, man hat diese erste Stufe dieses Ganglion Gasseri – das ist der eigentliche Übeltäter, der sich da so aufregt und überhaupt nicht mehr beruhigen kann, und dass er sich selbst die Schmerzen verstärkt, um es mal so ganz trivial zu sagen – und wenn der lang genug aktiv war, dann aktiviert das die zweite Stufe, die im Gehirn ist. Das sind Nervenzellen im Gehirn, die dann als zweite Stufe aktiviert werden, die aber auch dann selbständig, irgendwann nicht mehr zu zur Ruhe kommen. Und was die Triptane ma-

chen, um es einfach zu sagen, ist, die Verbindung zwischen der ersten und der zweiten Stufe hemmen oder unterbrechen. Also dieses Ganglion Gasseri kann dann nicht mehr die nächste Stufe aktivieren, die im Gehirn dann für die Schmerzweiterleitung verantwortlich ist. Die gibt es seit 1990er-Jahren. Man könnte jetzt noch erklären, wie das genau funktioniert. Das hat was mit Serotonin zu tun als Signalübertragungstoff. Aber das Prinzip ist letztlich, dass diese Hysterie, wenn ich mal so sagen darf, des Ganglion Gasseri, nicht weitergeleitet wird ans Gehirn. Sodass es nicht zu dieser zweiten Stufe der Verselbständigung der Migräne kommt.

Da versteht man dann auch sofort, wann man die nehmen muss, nämlich, bevor es richtig schlimm los geht. Also am Anfang, innerhalb der ersten halben Stunde, am besten, wenn die Schmerzen begonnen haben. Die Neurologen sagen, man soll es nicht schon während der Aura nehmen. Also wenn man zu dem einen Drittel der Patienten gehört, die so eine echte Aura vorher haben, so neurologische Erscheinungen, soll man da noch nix nehmen, sondern wirklich warten, bis dann der Moment anfängt, wo die Schmerzen sind. Und da soll man dann ein Triptan nehmen. Da gibt es ja ganz verschiedene, die inzwischen auch rezeptfrei sind. Und wenn man dann ein bisschen Glück hat und sich schont, und das Licht ausmacht und so weiter, hat man eine Chance, dass es nicht zum vollen Anfall kommt.

Susann Böttcher

Das heißt, die zweite Stufe wird dadurch verhindert.

Alexander Kekulé

Genau, es wird die zweite Stufe verhindert. Und das ist eben auch ein Teil für die Migränpatienten, die ja wahnsinnig gut aufgeklärt sind, kann ich das Detail erklären. Das ist ein Punkt, der der bisschen auch eine Schwäche dieser Triptane ist. Also es gibt erstens die Schwäche, das ungefähr 30 Prozent der Patienten nicht drauf reagieren, wahrscheinlich, weil da die Krankheit irgendwie im Detail andere Ursachen hat. Aber es gibt auch die Schwäche, dass es so eine Art Wiederkehr der Migräne gibt. Und zwar, die Triptane hören irgendwann auf zu wirken. Und wenn jetzt die erste Stufe

dieses Ganglion Gasseri – was da zwischen dem Ohr und dem Auge irgendwo innen im Schädel liegt – wenn das immer noch verrücktspielt, weil da die Entzündungsreaktion noch im Gange ist, weil der Druck vielleicht noch hoch ist, weil man sich vielleicht auch als Patient – weil man die Tabletten ja genommen hat und die Schmerzen weg waren, dann nicht geschont hat, sondern was weiß ich Sport gemacht hat, irgendeinen Stress hinter sich gebracht hat – dann ist die erste Stufe noch aktiv, wenn diese Lähmung der Verbindungsleitung quasi aufhört. Und dann kann es eine verzögerte Migräne geben.

Die ist meistens nicht so schlimm wie das, was man mit dem Medikament verhindert hat. Aber es ist natürlich wahnsinnig ärgerlich, wenn sie dann nach einem Tag denken okay, jetzt ist es vorbei. Und dann kriegen Sie einen Tag, nachdem die Migräneattacke angefangen hat, plötzlich dann so eine Art Nachwehe und dann doch noch einen Migräneanfall. Dann können Sie nochmal Triptane nehmen. Aber da wirkt es dann nicht mehr so gut und es gibt verschiedene Gründe, warum die Patienten dann unter diesen Umständen, sage ich mal, unzufrieden mit der Therapie sind.

Susann Böttcher

Neben den Triptanen wurden auch Gepante untersucht. Was... wie unterscheiden die sich denn zu den Triptanen?

Alexander Kekulé

Also, Triptane, Ditane und Gepante – so heißen sozusagen die drei großen Gruppen. Also, es ist klar, man hat die Triptane seit den 1990er-Jahren. Ich glaube, 1992 ist das erste auf den Markt gekommen. Imigran hieß das damals, das kannten eigentlich alle Migränepatienten. Und zwischen gibt es ganz viele andere Markennamen. Und es ist inzwischen klar, dass die mehrere Schwächen haben. Ich habe schon gesagt, bei einem Drittel der Patienten wirken sie nicht so recht. Dann gibt es dieses Phänomen der Wiederkehr am Schluss. Dann ist es so, dass man mit den Triptanen keine Prophylaxe machen kann. Also es gibt Patienten, da ist das Ganze so schlimm, die haben so oft Anfälle, dass sie kontinuierlich ein Medikament brauchen, um eine Anfallsvermeidung zu machen.

Anfallsprophylaxe, so ähnlich wie beim Epileptiker. Übrigens werden dann zum Teil auch so ähnliche Medikamente verschrieben wie bei Epileptikern. Es ist interessant, dass die da überhaupt wirken. Und deshalb gibt es da Schwachstellen bei den Triptanen. Ein anderer ist, der vor allem in der Vergangenheit sehr intensiv immer diskutiert wurde, dass es Nebenwirkungen gibt, insbesondere dass der Blutdruck bei den Triptanen manchmal hochgeht. Und da kann man sich vorstellen, was sie haben, ist ja eine Gefäßerweiterung erstmal durch diese Schmerzreaktion, insbesondere auch durch dieses CGRP. Das macht eine ganz starke Erweiterung der Blutgefäße. Hängt eben mit dieser Stressreaktion zusammen, macht eben auch eine Erhöhung der Herzfrequenz und solche Sachen.

Und das wird dann alles quasi zurückgedreht, wenn Sie Triptane nehmen. Da kriegen Sie dann eine Engstellung der Gefäße, dadurch wird der Blutdruck erhöht. Und da gab es eben am Anfang vor allem, als die neu waren Berichte, dass Leute, die eine Angina Pectoris hatten, zum Beispiel so eine Herzenge hatten, dass da es dann zur Verstärkung gekommen ist. Es gab einzelne Berichte von Menschen, die sogar Herzinfarkte haben unter der Triptan-Therapie und noch ein paar andere Nebenwirkungen, die unerwünscht sind. Und deshalb sucht man so ein bisschen nach Alternativen, die weniger Nebenwirkungen haben, die ein bisschen selektiver wirken. Und die erste Stufe ist ein Medikament, das heißt Lasmiditan, also ein sogenanntes Ditan, hat der Hersteller gesagt, hat das einfach mal so genannt, Lasmiditan – das ist ein neuer Wirkstoff, der, so wie die Daten aussehen, weniger Nebenwirkungen hat, um es kurz zu machen, weil er ein bisschen anders funktioniert. Und aber auch deutlich weniger stark wirkt.

Also bei den Triptanen ist es so, dass – die ganzen Migräniker wissen das schon – dass man das Eletriptan als Tablette nehmen kann. Das wirkt am stärksten. Dass man Sumatriptan, das ist dieser Klassiker, den es eben schon ewig gibt, als Injektion in die Haut geben kann, wenn man also ganz schnell einen Effekt haben will. Und ein paar andere Spezialitäten, die die Patienten eigentlich kennen oder mit ihrem

Arzt zusammen ausprobiert haben. Und deshalb muss man wissen, dass die neue Gruppe, die angeblich weniger Nebenwirkungen hat – oder es sieht so aus, als hätte sie weniger Nebenwirkungen – dass die leider auch schwächer wirkt. Sodass man immer überlegen muss, welchen Patient hat man. Wenn man jetzt jemanden hat, der wirklich eine Angina Pectoris hat und Sorge hat, dass es durch die Triptan-Therapie schlimmer werden könnte, dann wird man vielleicht auf dieses neue sogenannte Ditan umsteigen.

Und die Gepante, die dritte Gruppe, nach der Sie gefragt haben, da ist das Besondere, das man die auch prophylaktisch nehmen kann. Die wirken im akuten Anfall auch schwächer als die Triptane. Also da gibt es leider jetzt keine Alternative aktuell. Aber bei den Patienten, die eine Prophylaxe brauchen, wo man regelmäßig was einnehmen muss, ist die Hoffnung, dass man zum Beispiel mit den Gepanten – es gibt noch ein paar andere Sachen im Köcher – aber bei den Gepanten hofft man, dass man da eine echte Prophylaxe macht. Das heißt, die Patienten sollen es regelmäßig nehmen, und die Anfallshäufigkeit soll da herabgesetzt werden. Zwei Substanzen sind in Deutschland zugelassen, Rimegepant und Atogepant. Bei dem Atogepant weiß ich gar nicht, ob es das schon in der Apotheke gibt. Da gab es Diskussionen, ob das überhaupt noch verfügbar wird dieses Jahr. Das müsste man jetzt mal nachfragen, aber... Es ist so, da geht es eben hauptsächlich um die Prophylaxe von Anfällen. Zum Preis dafür, dass es im akuten Anfall deutlich weniger stark wirkt.

36:28

Susann Böttcher

Dieser ganze Abschnitt „Behandlung“ klingt für mich superkompliziert, also da braucht wahrscheinlich jeder Patient, jede Patientin, ganz viel Körperbewusstsein, ganz viel Achtsamkeit und vor allem ganz viel Erfahrung. Das geht ja wahrscheinlich dann schon los bei den Triggern, die Migräne auslösen. Abseits dessen diese Trigger vielleicht zu vermeiden – nun kann man nicht alle vermeiden, aber wenn man vielleicht auf bestimmte Lebensmittel reagiert oder auf Schlafmangel – gibt es abseits dessen auch noch Wege zur Prävention von Migräne?

Alexander Kekulé

Ja, ich glaube, wenn jemand den Verdacht hat, dass er Migräne hat, da ist meine Empfehlung als ersten Schritt... Sie haben gesagt, es ist kompliziert für die Patienten. Eigentlich sollte es kompliziert für den Neurologen sein. Und für die war das, was wir jetzt besprochen haben, absolut Pipifax. Also es ist noch viel komplizierter. Es gibt noch vielmehr Ebenen, auf die man runtersteigen könnte. Aber wir machen ja hier auch keine Vorlesung. Aber das eine will ich sagen, ich empfehle keinem Laien, sich da verrückt zu machen durch Internetrecherchen und Ähnliches, sondern gehen Sie zu einem Neurologen, gehen Sie eine spezialisierte Schmerzambulanz. Wenn Sie das Gefühl haben, es könnte eine echte Migräne sein und dass der wichtigste Hinweis ist, dass es einfach regelmäßig ist und das Gefühl hat, dass die Auslöser sich irgendwie ähneln. Und dass der Ablauf der Erkrankung irgendwie sehr stereotyp- und immer gleich ist – dann riecht es nach Migräne.

Es gibt ganz viele Fälle, wo dann rauskommt: Da war nur im Gebiss irgendwie eine Fehlstellung, und die hat zu regelmäßigen Spannungskopfschmerzen geführt. Oder es ist eine andere neurologische Erkrankung, die gar keine Migräne im engeren Sinne ist. Das heißt ich empfehle, das mit dem Arzt zusammen zu machen. Wenn man mit dem Arzt zusammen – und da kommt es dann doch auf die Achtsamkeit auch dem eigenen Körper gegenüber an – da muss man halt Geduld haben so ein bisschen. Man probiert was aus. Man muss gucken: Wirkt das? Kann ich durch mein Verhalten vielleicht das irgendwie steuern? Dass es zumindest an Tagen dann die Anfälle gibt, wo es nicht so schlimm ist für mich, oder dass sie kürzer sind? Oder zu welchem Zeitpunkt muss ich es einnehmen? Reicht es, wenn ich ganz klassische Schmerzmittel nehme, Ibuprofen und ähnliches? Oder brauche ich die Triptane? Und wenn es ganz schlimm ist, wird der Neurologe sowieso dann sagen, dass man vielleicht andere Medikamente verschreibt, die da auch noch hintendran stehen. Wenn man in der glücklichen Lage ist, dass man nicht zum Tablettenjunkie wird – Tabletten- oder Spritzenjunkie – was leider häufig ist bei Migränepatienten. Die sind häufig dann auch am Schluss

schon fast pathologisch medikamentenabhängig, was dann auch wieder Nebenwirkungen haben kann. Viele nehmen so viel Schmerzmittel, dass sie davon wieder Kopfschmerzattacken bekommen. Das gibt es auch. Wenn man also zu denen gehört, die also das Glück haben, das jetzt nicht dauernd ständig nur mit den Medikamenten das behandeln können, dann muss man halt gucken, ob es andere Dinge gibt. Eben bestimmte Lebensmittel, die sowas wie eine leichte Allergie machen und vielleicht bei der Auslösung eine Rolle spielen können. Luftveränderungen, regelmäßige körperliche Bewegung, alles, was auch bei allergischen Erkrankungen was bringen kann. Kontrolle des Blutdrucks und solche Sachen.

Da gibt es viele Komponenten, bis hin zu Dingen, die Frauen dann mit ihrem Gynäkologen besprechen können. Bei manchen ist es so, wenn Sie die Antibabypille nehmen, dass es dann besser wird und ähnliches. Da muss man sich so ein bisschen ran arbeiten manchmal. Es gibt auch tatsächlich ernsthafte Berichte, die sagen, „Seit ich Magnesium nehme regelmäßig, habe ich keine Migräne mehr“. Das sage ich jetzt im Sinne der heutigen Definition: Dann war es keine echte Migräne. Aber auch gut, wenn Sie es durch Magnesium wegstreichen oder durch Vitamin B2, oder was auch immer die Leute da so nehmen, dann ist es auch in Ordnung. Es gibt übrigens sogar eine Therapie – damit man sieht, wie breit dieses Spektrum ist – es gibt, tatsächlich therapeutisch manchmal empfohlen, Botox zu spritzen. Das ist ja eigentlich eher so eine Schönheitsthema, dass die Falten im Gesicht weggehen...

40:35

Susann Böttcher

Keine Ahnung, Herr Kekulé! (lacht)

Alexander Kekulé

Kennen Sie natürlich gar nicht, ja. (lacht) Also sonst würde ich sagen, lächeln Sie mal, wenn sich auf der Stirn nichts runzelt, dann ist es ver-dächtig!

Susann Böttcher

Das geht, funktioniert alles!

Alexander Kekulé

Also es ist so, da haben natürlich Radiomode-

ratoren, haben natürlich einen gewissen Vorteil den Fernsehleuten gegenüber. Aber es ist so, es gibt Leute, die sagen „Da ist meine Migräne von weggegangen.“. Also nicht nur, weil sie wollten, dass die Schönheitsbehandlung von der Kasse bezahlt wird, sondern weil es dann vielleicht auch wirklich so war. Dann war es aber eben auch keine klassische Migräne, ja, sondern dann hat man irgendeinen Spannungskopfschmerz gehabt, der ausgelöst wurde durch irgendwelche Muskulatur im Gesicht. Und typischerweise ist das alleine noch keine Migräne. Aber man kann die Auslöser identifizieren. Man kann rauskriegen, in welchen Situationen passiert das bei mir? Was hilft mir? Zu welchem Zeitpunkt ist es gut, mich dann hinzulegen? Und ich finde, da muss – vielleicht so ein Appell an die Umwelt von solchen Menschen – man muss wirklich dann auch Rücksicht nehmen! Ja, also wenn jemand sich den Fuß gebrochen hat, dann verlangen wir von dem ja auch nicht, dass er wie ein Wie-sel die Treppe raufläuft und...

Susann Böttcher

Ist aber eben eine sichtbare Krankheit, ne? Im Vergleich zur Migräne, ja.

Alexander Kekulé

Ja eben! Genau, das sieht man eben. Das sieht man. Der Gips ist zumindest relativ offensichtlich. Und bei der Migräne muss man eben dann auch sagen, wenn es jemandem so schlecht geht, und der/die eine echte Migräneattacke hat, da bin ich absolut dafür, dass man die dann auch freistellt, dass in der Familie dann die anderen Familienangehörigen sich um die Kinder und so weiter kümmern, um den Einkauf oder was auch immer der Migränepatient oder die Migränepatientin sonst so um die Ohren hatte. Bis hin zu der Frage, ob es nicht hilft, mal in den Urlaub zu fahren und ähnliches.

Also das ist wirklich etwas, wo man eine Sensibilität der Umwelt braucht. Und wenn jetzt eine Migränepatientin sagt, „Einmal im Monat habe ich einfach im Zusammenhang mit meiner Regel immer Migräne“ – das gibt es leider – dann muss eben der Arbeitgeber sagen okay, du hast eben zwei Tage im Monat frei deswegen. Und das ist dann halt einfach so. Wir alle

sind ja nicht 100 Prozent leistungsfähig ständig. Und da muss man dann glaube ich bei solchen Patienten auch eine Toleranz haben.

Susann Böttcher

Professor Kekulé sorgt schon für Schnappatmungen bei den Arbeitgebern! Abschließend würde ich gerne noch mal ihre Einschätzung wissen: Wie ist denn da die Forschungsintensität, was Migräne-Medikamente angeht, was vielleicht sogar eine Heilung angeht? Weil nun haben wir erfahren, dass sehr, sehr viele Menschen davon betroffen sind. Da ist natürlich auch Geld mit zumachen...

Alexander Kekulé

Ja, da ist Geld mit zu machen. Wenn man so Berichte darüber liest, wird immer geschimpft, dass zu wenig da geforscht würde. Also mein Eindruck ist, dass da ziemlich viel daran geforscht wird. Aus zwei Gründen: Der eine ist, weil es neurologisch superinteressant ist. Wir haben gerade nur wirklich die Oberfläche besprochen. Das ist neurologisch wirklich ein ganz spannendes Thema, auch um das Gehirn zu verstehen, um Schmerz insgesamt zu verstehen und so weiter. Deshalb gibt es viele Neurowissenschaftler, die daran arbeiten. Das zweite ist, Sie haben schon gesagt, die pharmazeutische Industrie, die haben natürlich Dollarzeichen in den Augen. Ja, das ist einfach ihr Auftrag heutzutage, meistens sind es ja Aktien-Unternehmen. Und wegen der vielen Patienten und wegen der langanhaltenden Behandlung – das sind ja nicht einmalige Geschichten, sondern chronische Erkrankungen – ist da echt viel Geld drinnen. Und darum wird da auch wirklich, wirklich viel geforscht. Und es gibt auch immer wieder neue Entwicklungen. So ist es ja nicht.

Also diese Ditane zum Beispiel sind ganz neu. Es gibt jetzt weitere Entwicklungen ganz aktuell, haben wir gar nicht drüber gesprochen. Diese Peptide, die da den Unsinn machen, diese Rückkopplung machen... CGRP war eins von denen, wer Lust hat, das zu Googlen. Es ist so, da gibt es inzwischen Antikörper dagegen. Also es gibt Antikörper sowohl gegen dieses Protein als auch gegen den Rezeptor, wo das andockt. Und die funktionieren auch ganz gut als Schmerzmittel, werden auch bei der Migräne erprobt und werden demnächst auch auf

den Markt kommen. Ich glaube, es gibt es sogar schon eine Zulassung in Europa. Da bin ich jetzt nicht ganz informiert. Aber die Markteinführung steht unmittelbar bevor. Das heißt, es wird viel gemacht. Die Forschung ist intensiv. Das Problem ist einfach, dass die Aufgabe so kompliziert ist, dass man jetzt nicht davon erwarten kann, dass es eine Pille geben wird oder ein Medikament gibt, was allen hilft.

Aus meiner Sicht ist es so, dass die echte Migräne im engsten Sinn schon allein mehrere Erkrankungen sind offensichtlich. Auf jeden Fall diese typische Migräne, die mit so einer Aura anfängt, eher so Richtung Anfallsleiden / Epilepsie geht und echt neurologisch ausgelöst wird. Andere werden wahrscheinlich eher immunologisch oder vielleicht sogar durch Blutdruckschwankungen, Hormonschwankungen, Blutzuckerschwankungen und ähnliches ausgelöst, sodass man wirklich gucken muss wo sind die Auslöser? Kann man das genauer untersuchen? Und ein großer Teil dieser sogenannten Migräne-Patienten haben im Grunde genommen eine Zivilisationskrankheit. Ja, das hat eben im Stoffwechsel zu tun, mit dem Stress zu tun, dem Bewegungsmangel zu tun. Und wenn man das... dieses riesige Gebiet so ein bisschen aufdröselnd und sagt okay, einem Teil der Patienten kann man helfen, indem sie Verhaltensänderungen machen. Und noch einem kleinen Teil muss man dann Medikamente verschreiben, dann ist ja schon viel gewonnen.

Susann Böttcher

Damit sind wir am Ende dieser Ausgabe „Kekulé's Gesundheitskompass“. Wenn Sie ein Thema haben, über das Sie gern mehr erfahren möchten, oder eine Frage, dann schreiben Sie uns eine E-Mail an:

gesundheitskompass@mdraktuell.de.

In zwei Wochen gibt es dann die nächste Ausgabe mit Jan Kröger an meiner Stelle. Und wir, Professor Kekulé, hören uns dann in vier Wochen wieder! Bis dahin eine gute Zeit!

Alexander Kekulé

Gerne. Wünsche ich Ihnen auch, Frau Böttcher!

Susann Böttcher

Und wer das eine oder andere Thema noch einmal vertiefen möchte: Alle wichtigen Links

zur Sendung und die heutige Folge zum Nachlesen finden Sie unter „Audio und Radio“ auf www.mdr.de. Und wenn Ihnen dieser Podcast gefällt, dann empfehlen Sie uns gerne weiter – an dieser Stelle noch eine Empfehlung, vor allem für Frauen, aber auch für Männer interessant:

Hormongesteuert. Der Wechseljahre-Podcast mit Doktor Katrin Schaudig.

Aktuell sind 9 Millionen Frauen in Deutschland in den Wechseljahren. Und doch ist das Thema Menopause relativ unsexy und schambehaftet. Wohl deshalb wurde bislang darüber am liebsten geschwiegen. Das hat sich geändert. Im neuen Podcast von MDR aktuell „Hormongesteuert“. Und in Ausgabe zehn, geht es noch einmal konkret um Stimmungsschwankungen und Migräneattacken. Und den Podcast „Hormongesteuert“ finden Sie in der App der ARD-Audiothek und überall sonst, wo es Podcasts gibt.

MDR aktuell. Kekulés Gesundheitskompass.

Diese Transkription ist ein Service der MDR Redaktion Barrierefreiheit. Mehr barrierefreie Angebote finden Sie hier: <https://www.mdr.de/barrierefreiheit/index.html>