

## **A15** Migräne ernst nehmen – Forschung, Versorgung und gesellschaftliche Teilhabe verbessern

Gremium: Jusos Unstrut-Hainich-Kreis

Beschlussdatum: 21.08.2026

### **Antragstext**

1 Migräne gehört mit einer 1-Jahres-Prävalenz von 10 bis 15 % zu den häufigsten  
2 neurologischen Erkrankungen in Deutschland. Im Laufe des Lebens erkranken  
3 deutlich mehr Menschen zumindest zeitweise daran. Weltweit litten 2021 laut  
4 “Global Burden of Disease Study” rund 1,2 Milliarden Menschen an Migräne und 2  
5 Milliarden Menschen an Spannungskopfschmerzen.

6 Migräne belegt weltweit den zweiten Platz unter allen menschlichen Erkrankungen  
7 bei den mit Behinderung gelebten Lebensjahren, nach Rückenschmerzen, und  
8 Kopfschmerzerkrankungen insgesamt rangierten 2021 als zweithäufigste Erkrankung  
9 weltweit nach Zahnerkrankungen. Vor allem Frauen zwischen 15 und 49 Jahren  
10 weisen die höchsten Erkrankungsraten auf. Gleichzeitig wird Migräne in  
11 Gesellschaft und Arbeitswelt noch immer häufig bagatellisiert, obwohl sie für  
12 Betroffene mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität sowie hohen  
13 volkswirtschaftlichen Kosten verbunden ist.

14 Trotz dieser hohen Krankheitslast existiert in Deutschland bislang weder eine  
15 nationale Strategie zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migräne  
16 noch eine gezielte, ausreichende Forschungsförderung für primäre  
17 Kopfschmerzerkrankungen.

18 Menschen mit Migräne treffen zudem auf erhebliche Zugangshürden zur  
19 spezialisierten Versorgung. Bundesweit warten gesetzlich Versicherte im Schnitt  
20 42 Tage auf einen Facharzttermin, wobei aktuelle Befragungsdaten im Auftrag des  
21 GKV-Spitzenverbands zeigen, dass ein Viertel der gesetzlich Versicherten sogar  
22 länger als 30 Tage wartet. Das ist deutlich mehr als beim Hausarzt, wo dies nur  
23 für ein Viertel der Befragten bei einer Wartezeit von über 3 Tagen gilt. Für  
24 Neurologie speziell liegen ausgewertete Terminplattform-Daten vor, wonach  
25 Kassenpatient:innen in Berlin im Mittel 62 Tage auf einen Neurologie-Termin  
26 warten. In ländlichen Regionen ist von deutlich längeren Wartezeiten auszugehen,  
27 da das System der vertragsärztlichen Bedarfsplanung spezialisierte  
28 Fachärzt:innen bewusst in größeren Planungsbereichen zusammenfasst. Je  
29 spezialisierter die Fachgruppe, desto größer der Planungsbereich, wodurch  
30 Versicherten bei hochspezialisierten Fachärzt:innen ausdrücklich längere Wege  
31 zugemutet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen weist in eigenen  
32 Analysen auf ein überdurchschnittliches Stadt-Land-Gefälle in der ärztlichen  
33 Versorgung des Landes hin. Dass gerade bei Nervenärzt:innen  
34 (Neurologie/Psychiatrie) erheblicher Nachholbedarf besteht, zeigte sich zuletzt  
35 daran, dass bei einer Neuordnung der Bedarfsplanung in Thüringen unter allen  
36 Facharztgruppen die meisten neu geschaffenen Arztsitze auf Nervenärzt:innen  
37 entfielen (21,5 zusätzliche Sitze). Das ist ein deutliches Indiz für einen  
38 strukturellen Versorgungsengpass gerade in dem Fachgebiet, das für die  
39 Migränebehandlung zentral ist.

40 Moderne Therapieoptionen, etwa die seit einigen Jahren verfügbaren CGRP-  
41 Antikörper, stehen zwar grundsätzlich zur Verfügung, erreichen Betroffene jedoch  
42 nicht überall gleichermaßen. Nur ein kleiner Teil der Menschen mit häufigen  
43 Migränetagen erhält überhaupt eine medikamentöse Prophylaxe.

44 Besonders problematisch ist, dass Frauen deutlich häufiger betroffen sind als  
45 Männer. In der bevölkerungsrepräsentativen "BURDEN-2020-Studie" des Robert Koch-  
46 Instituts erfüllten 14,8 Prozent der Frauen, aber nur 6,0 Prozent der Männer die  
47 vollständigen Migränekriterien. Geschlechtsspezifische Aspekte, etwa hormonelle  
48 Einflüsse während Menstruationszyklus, Schwangerschaft oder Menopause, sind  
49 wissenschaftlich gut belegt, finden jedoch in Forschung und Versorgung noch  
50 nicht die notwendige Berücksichtigung. So sind in der aktuellen deutschen  
51 Leitlinie zur Migränetherapie zwar eigene Kapitel zu Schwangerschaft, Stillzeit  
52 und menstrueller Migräne enthalten, hormonelle Einflüsse der Menopause auf  
53 Migräneverlauf und -behandlung werden dagegen kaum eigenständig adressiert.  
54 Zudem wird wiederholt auf fehlende Studiendaten für bestimmte Medikamente in  
55 diesen Lebensphasen hingewiesen. Die unzureichende Versorgung von  
56 Migränepatient:innen ist daher auch eine Frage geschlechtersensibler  
57 Gesundheitsversorgung.

58 Deshalb fordern wir:

- 59 1. Ein bundesweites Förderprogramm für primäre Kopfschmerzserkrankungen, das  
60 Grundlagenforschung, klinische Forschung und insbesondere  
61 Versorgungsforschung gezielt unterstützt. Im Bereich der  
62 Versorgungsforschung sollen dabei insbesondere Diagnosewege, Wartezeiten,  
63 regionale Unterschiede, soziale Ungleichheiten sowie der Zugang zu  
64 modernen Therapieformen untersucht werden. Die Ergebnisse sollen  
65 regelmäßig veröffentlicht werden und als Grundlage gesundheitspolitischer  
66 Entscheidungen dienen.
- 67 2. Den bedarfsgerechten Ausbau des bereits bestehenden Kopfschmerzregisters  
68 der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) zu einer  
69 flächendeckenden, repräsentativen bundesweiten Datengrundlage. Das  
70 Register liefert bereits heute wertvolle Daten wie etwa zur Wirksamkeit  
71 von Akutmedikation bei Migräne aus mehreren Tausend ausgewerteten  
72 Behandlungsfällen, stützt sich bislang jedoch überwiegend auf Daten aus  
73 spezialisierten Zentren und Praxen. Um Versorgungslücken zwischen Stadt  
74 und Land sowie zwischen spezialisierter und hausärztlicher Versorgung  
75 sichtbar zu machen, braucht es eine gezielte öffentliche Förderung, die  
76 eine breitere Anbindung niedergelassener Hausärzt:innen und eine bessere  
77 Bekanntmachung des Registers bei Betroffenen ermöglicht, ähnlich wie es  
78 bereits für andere chronische Erkrankungen (z. B. Krebsregister) etabliert  
79 ist. Dabei sind höchste Standards des Datenschutzes einzuhalten.
- 80 3. Die Entwicklung einer nationalen Migräne-Strategie, die gemeinsam mit  
81 wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Patient:innenvertretungen,  
82 Krankenkassen und den Ländern erarbeitet wird. Ziel muss eine  
83 flächendeckend hochwertige, leitliniengerechte Versorgung sein.
- 84 4. Die Stärkung geschlechtersensibler Forschung und Versorgung.  
85 Förderprogramme des Bundes sollen geschlechtsspezifische Fragestellungen  
86 sowie hormonelle Einflüsse auf die Entstehung und Behandlung der Migräne –

87 einschließlich der bislang unzureichend untersuchten Lebensphase der  
88 Menopause – ausdrücklich berücksichtigen.

89 5. Die Verbesserung der ambulanten Versorgung, insbesondere durch den Ausbau  
90 spezialisierter Kopfschmerzambulanzen, telemedizinischer Angebote und  
91 stärkere Fortbildung von Hausärzt:innen im Bereich primärer  
92 Kopfschmerzkrankungen. Dabei ist besonderes Augenmerk auf  
93 strukturschwache und ländliche Regionen zu legen, in denen die  
94 Bedarfsplanung spezialisierte fachärztliche Versorgung auf größere  
95 Planungsräume verteilt und damit längere Wege und Wartezeiten für  
96 Betroffene in Kauf nimmt.

97 6. Bundesweite Informations- und Aufklärungskampagnen, um die  
98 gesellschaftliche Stigmatisierung von Migräne abzubauen und die  
99 Bevölkerung über Symptome, Behandlungsmöglichkeiten und die tatsächliche  
100 Krankheitslast aufzuklären.

101 Migräne darf nicht länger als bloßes individuelles Gesundheitsproblem betrachtet  
102 werden. Angesichts ihrer hohen Prävalenz, der erheblichen Einschränkungen für  
103 Betroffene sowie ihrer gesellschaftlichen Bedeutung ist sie als  
104 gesundheitspolitische Herausforderung zu behandeln.

## Begründung

Erfolgt mündlich.