

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 Kopfschmerzerkrankungen. 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.

Antragsbegründung

Erfolgt mündlich.