

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Heidi Reichinnek, Julia-Christina Stange, Nicole Gohlke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke – Drucksache 21/8084 –

Stand der Migränerforschung in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

In Deutschland sind nach Schätzungen fast 40 Prozent aller Migränefälle nicht diagnostiziert (vgl. www.gesundheit-adhoc.de/initiative-fuer-aerzte-attacke-ge-meinsam-gegen-kopfschmerzen-startet-am-weltkopfschmerztag-2019/). Entweder, weil die Patienten selbst keine Ärztinnen und Ärzte aufsuchen oder nach einem ärztlichen Besuch stattdessen Fehldiagnosen wie Spannungskopfschmerzen oder zervinogener Kopfschmerz erhalten. Die Diagnose Migräne wird in vielen Fällen erst spät oder gar nicht gestellt. Auch aus diesem Grund greifen viele Patientinnen und Patienten zur Selbstmedikation mit nichtrezeptpflichtigen Schmerzmitteln. Dies führt oft in einen Teufelskreis der Medikamenten-Übergebrauch-Kopfschmerzen (MÜK). Zudem werden Begleitsymptome wie Nackenschmerzen, Übelkeit oder Sehstörungen (Aura) von Hausärztinnen und Hausärzten oft fehlinterpretiert und eine Migräne entweder nicht erkannt oder stark verharmlost. Während es für andere Krankheitsbilder mit ähnlichem Schweregrad Schulungsprogramme sowie Aufklärungskampagnen gibt, sind Symptome und Ursachen von unsichtbaren Erkrankungen, wie z. B. Migräne, gesellschaftlich noch wenig bekannt bzw. stark vorurteilsbehaftet. Gleichzeitig stuft die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Migräne als eine der am stärksten beeinträchtigenden und einschränkenden Erkrankungen der Menschheit ein. Laut WHO ist die Migräne eine der Hauptursachen für Behinderungen (vgl. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders). Für Menschen unter 50 Jahren ist sie die Erkrankung, die die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit am stärksten einschränkt. Laut WHO ist ein schwerer Migränetag vergleichbar mit dem maximalen Beschwerdegrad, wie man ihn beispielsweise bei einer Querschnittslähmung (Tetraplegie) erlebt. Und trotzdem wird der enorme Leidensdruck, der durch Kopfschmerzerkrankungen entsteht, in der Gesellschaft und auch in der Ärzteschaft oft nicht erkannt. Sie werden nicht als echte organische Krankheiten wahrgenommen, dabei sind sie längst unsichtbare Volkskrankheiten.

1. Plant die Bundesregierung derzeit Aufklärungskampagnen zum Thema Migräne, und wenn ja, welche?
 - a) Welche wurden in den vergangenen zehn Jahren durchgeführt?

- b) Welche finanziellen Mittel wurden für sie jeweils verwendet?

Die Fragen 1 bis 1b werden gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen der Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe wurde im Jahr 2021 eine durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell geförderte Broschüre zum Thema „Migräne bei Frauen – Expertenrat von der Pubertät über Schwangerschaft und Stillzeit bis zu den Wechseljahren“ erstellt, die einen wertvollen Beitrag zur Information und Prävention im Bereich der Kopfschmerzerkrankungen leistet. Die Erstellung der Broschüre wurde mit 7 060 Euro gefördert. Zudem wurde im Jahr 2023 ebenfalls im Rahmen der Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe durch das BMG ein Seminar mit dem Titel „Du und ich – unser Weg in die Zukunft: Stärke deine Möglichkeiten der Migränebewältigung“ mit 20 766 Euro gefördert. Weitere Kampagnen sind derzeit nicht geplant.

2. Wird die Bundesregierung auf die Selbstverwaltung zugehen, um Patientinnen- und Patientenschulungen auch für Migränepatientinnen und Migränepatienten (ähnlich den Schulungen zur Behandlung von Multipler Sklerose, Diabetes oder Asthma) zu etablieren?
 - a) Wenn ja, welche finanziellen Mittel sind dafür im Haushalt 2026 und 2027 eingeplant, und welche Mittel sind für den Rest der Legislatur vorgesehen?
 - b) Wenn nein, wieso wird sie dies nicht tun?

Die Fragen 2 bis 2b werden gemeinsam beantwortet.

Chronisch kranke Versicherte können als „ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ durch eine Verordnung ihres Arztes beziehungsweise ihrer Ärztin Patientenschulungen gemäß § 43 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erhalten. Diese sollen chronisch Kranke und gegebenenfalls deren Angehörige beziehungsweise ständige Betreuungspersonen zu einem besseren Krankheitsselbstmanagement und zur Vermeidung und Reduzierung von Beeinträchtigungen der Teilhabe befähigen. Nähere Ausführungen finden sich in den Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen (Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 2. Dezember 2013, aktualisierte Version vom 16. Juni 2026) des GKV-Spitzenverbands und den Verbänden der Krankenkassen. Die Krankenkasse entscheidet aufgrund der ärztlichen Befürwortung und Begründung über die Leistungserbringung und ihre Durchführung. Die Krankenkasse behält sich vor, die Notwendigkeit der Patientenschulung durch den Medizinischen Dienst beurteilen zu lassen.

3. Plant die Bundesregierung, für Migränepatientinnen und Migränepatienten ein Disease Management Programm (DMP) für Migräne gegebenenfalls durch Gesetzesinitiative beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragen?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat gemäß § 137f Absatz 1 SGB V die Aufgabe, geeignete chronische Krankheiten festzulegen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Bei der Auswahl der Krankheiten hat er unter anderem folgende Kriterien zu berücksichtigen: Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten, Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien, sektorenübergreifender Behandlungsbedarf und Beeinflussbarkeit des

Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten. Eine diesbezügliche Befassung des G-BA kann durch seine Trägerorganisationen, die unparteiischen Vorsitzenden des GBA oder durch die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V angestoßen werden.

4. Plant die Bundesregierung, die durch die GKV-Reform (GKV = gesetzliche Krankenversicherung) entstehenden Mehrkosten für die Zuzahlung zu Medikamenten für chronisch Erkrankte auszugleichen, die aufgrund ihrer dauerhaften gesundheitlichen Probleme körperlich nicht in der Lage sind, diese Mehrkosten durch zusätzliche Erwerbsarbeit selbst zu erwirtschaften, wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?

Die bestehenden Belastungsgrenzen von zwei Prozent bzw. bei chronisch Kranken von einem Prozent des Haushaltseinkommens werden beibehalten, um finanzielle Überforderungen der Versicherten durch Zuzahlungen zu vermeiden. Die insgesamt in einem Kalenderjahr zu leistenden Zuzahlungen bleiben damit unverändert.

Es ist ein Anliegen der Bundesregierung, die Maßnahmen im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz sozial ausgewogen auszugestalten und Belastungen insbesondere für Personen mit geringerem Einkommen zu begrenzen. Vor diesem Hintergrund verteilt das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz die Lasten angemessen auf alle Beteiligten und entlastet die Beitragszahlenden im Jahr 2027 um rund 19 Mrd. Euro. Für das Jahr 2030 entspricht die Entlastung rund 38 Mrd. Euro. Ohne das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz drohte für das Jahr 2027 eine Beitragssatzsteigerung von 0,9 bis 1,0 Prozentpunkten, die die GKV-Mitglieder hälftig hätten tragen müssen. Eine solche zusätzliche Belastung träfe Mitglieder mit geringeren Einkommen tendenziell stärker. Von den mit dem GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz verbundenen Entlastungen profitieren Haushalte mit geringeren Einkommen somit in besonderem Maße. Bei den Anpassungen der Zuzahlungsbeträge und -grenzen wurde dem Gesichtspunkt einer sozial ausgewogenen Belastung ebenfalls Rechnung getragen.

5. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zur Zahl der Menschen mit Migräne in Deutschland vor, insbesondere zur Zahl der Menschen mit chronischer Migräne (bitte nach Geschlecht, Alter und Bundesländern aufschlüsseln), und auf welcher Datengrundlage beruhen diese Angaben?

In der Krankenhausdiagnosestatistik stehen Angaben zu vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Migräne zur Verfügung. Die Tabelle 1 in der beigefügten Anlage 1* enthält die Anzahl der vollstationären Patientinnen und Patienten für die Hauptdiagnose G43 nach Geschlecht, Alter und Land für das Jahr 2024. Bei den Werten handelt es sich jeweils um die Zahl der Behandlungsfälle. Mehrfachzählungen einer Person sind möglich, falls die Patientin oder der Patient im Berichtsjahr aufgrund der gleichen Hauptdiagnose mehrfach stationär behandelt wurde.

Zusätzliche bevölkerungsbezogene Daten wurden in der Krankheitslaststudie BURDEN 2020 am Robert Koch-Institut (RKI) in einer bundesweiten telefonischen Befragung erhoben (Porst et al. 2020). Zwischen Oktober 2019 und März 2020 wurden 5 009 Erwachsene zu Kopfschmerzen befragt. Anhand der diagnostischen Kriterien der International Classification of Headache Disorders

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/8525 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

(ICHD) wurden Häufigkeit, Dauer, Eigenschaften und Begleitscheinungen der Kopfschmerzen erfasst. Bei Erfüllung aller Kriterien für eine Migräne liegt eine gesicherte Migräne im Sinne der ICHD vor. Bei mehr als 14 Kopfschmerztagen pro Monat wird nach der ICHD von chronischer Migräne ausgegangen.

Insgesamt 14,8 Prozent (95-Prozent-Konfidenzintervall (KI): 12,7–17,2 Prozent) der befragten Frauen und 6,0 Prozent (95-Prozent-KI: 4,6–7,8 Prozent) der befragten Männer waren von einer Migräne betroffen, die alle diagnostischen Kriterien erfüllt. Dies entspricht einer Bevölkerungszahl von insgesamt etwa 7,3 Millionen Menschen (etwa 5,3 Millionen Frauen und 2,0 Millionen Männer). Etwa 1,2 Prozent (95-Prozent-KI: 0,7–2,0 Prozent) der erwachsenen Bevölkerung leiden nach Schätzungen der Studie unter einer chronischen Migräne (etwa 800 000 Menschen). Migräne ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern in den jüngeren Altersgruppen häufiger zu beobachten und nimmt mit steigendem Alter ab und wird in der folgenden Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Prävalenz (Anteil mit 95-Prozent Konfidenzintervall – KI) der gesicherten Migräne (alle Kriterien nach ICHD erfüllt):

Altersgruppe	Anteil in Prozent	95-Prozent-KI	95-Prozent-KI	Anteil in Prozent	95-Prozent-KI	95-Prozent-KI
18–29 Jahre	25,9 ^E	18,1	35,7	10,3 ^E	6,4	17,1
30–44 Jahre	21,2	16,6	26,7	8,3 ^E	4,9	13,6
45–64 Jahre	15,4	12,5	18,9	4,8 ^E	3,2	7,1
65+ Jahre	3,1 ^E	1,5	6,3	2,1 ^E	0,9	4,7

Quelle: RKI-Studie zu Kopf-, Rücken und Nackenschmerzen in Deutschland 2019/2020 Legende: E: Schätzung mit hoher Unsicherheit

Die administrative Prävalenz der Migräne (Anteil der gesetzlich Krankenversicherten, bei denen Migräne, das heißt eine Diagnose mit ICD-10-GM G43, im Versorgungssystem dokumentiert ist) wurde für den Altersbereich ab 18 Jahren basierend auf Daten von Betriebskrankenkassen für das Jahr 2016 auf ca. 4,0 Prozent (Frauen: 6,1 Prozent, Männer: 1,6 Prozent) geschätzt (Roessler et al. 2020: doi.org/10.1186/s10194-020-01154-x).

6. Sieht die Bundesregierung in der fehlenden gesonderten Abbildbarkeit chronischer Migräne in der derzeit verwendeten ICD-10-GM (International Classification of Diseases – 10. Revision – German Modification) ein Problem für die Versorgungsforschung, Bedarfsplanung und gesundheitspolitische Steuerung, und welche Maßnahmen plant sie gegebenenfalls zur Verbesserung der Erfassung?

In der derzeit verwendeten Fassung ICD-10-GM sind nicht alle Verlaufsformen der Migräne mit einem eigenen Kode abgebildet. Das Vorhandensein eines eigenen Kodes für alle Verlaufsformen ist jedoch keine notwendige Voraussetzung für Versorgungsforschung, Bedarfsplanung und gesundheitspolitische Steuerung.

Mit der Bedarfsplanung wird ein bundeseinheitlicher Rahmen zur Bestimmung der Arztzahlen, die für eine bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung benötigt werden, definiert. Die Konkretisierung der Bedarfsplanung erfolgt durch den G-BA in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL). Der G-BA hat dabei unter anderem die Aufgabe, die zu beplanenden Arztgruppen und die jeweiligen Planungsbereiche zu bestimmen sowie einheitliche Verhältniszahlen (Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner je Ärztin/Arzt) für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung festzulegen. Die vom G-BA festgelegten Verhältniszahlen und der sich daraus ableitende Versorgungsgrad im jeweiligen Planungsbereich sind Grundlage für

die Festlegung von Unter- und Überversorgung und die Berechnung der vorhandenen Zulassungsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Bedarfsplanung erfolgt bezogen auf Arztgruppen, konkrete Diagnosen werden nicht beplant. Die BPL-RL des G-BA sieht demgemäß keine gesonderte Planung für den Bereich der Schmerzmedizin vor. Nach § 13 Absatz 5 BPL-RL soll der Zulassungsausschuss jedoch bei der Nachbesetzung von Arztsitzen für Anästhesie darauf hinwirken, dass Bewerberinnen und Bewerber Berücksichtigung finden, deren Versorgungsschwerpunkte in Schmerzmedizin oder Palliativmedizin liegen. Änderungen an den rechtlichen Rahmenbedingungen für die Bedarfsplanung sind seitens der Bundesregierung nicht beabsichtigt.

7. Für wann rechnet die Bundesregierung mit der Implementierung des ICD-11 in Deutschland, und welche Schritte, Hemmnisse und Initiativen der Bundesregierung gibt es derzeit, um zu einer zeitnahen Umsetzung zu kommen?

Derzeit ist noch keine Entscheidung über die Einführung der ICD-11 (elfte Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) in Deutschland getroffen worden. Dem BMG ist bewusst, dass der Umstellung eine hohe Bedeutung zukommt und sie perspektivisch einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens leisten kann.

8. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie viele Menschen mit Migräne ausschließlich hausärztlich, fachneurologisch, schmerzmedizinisch bzw. in spezialisierten Kopfschmerzambulanzen behandelt werden, wie viele Betroffene trotz behandlungsbedürftiger Migräne keine fachärztliche Versorgung erhalten, und welche regionalen Unterschiede stellt die Bundesregierung hierbei fest?

Der Bundesregierung liegen dazu keine Erkenntnisse vor.

9. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zu den Wartezeiten für Termine bei neurologischen bzw. schmerzmedizinischen Fachärztinnen und Fachärzten sowie in spezialisierten Kopfschmerzambulanzen vor, und wie unterscheiden sich diese regional?

Der Bundesregierung liegen keine differenzierten, validen Daten zur Entwicklung von Wartezeiten in den erfragten Bereichen vor.

10. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Zahl der Patientinnen und Patienten mit therapieresistenter bzw. refraktärer Migräne, bei denen mehrere leitliniengerechte prophylaktische Therapien einschließlich moderner Migränetherapeutika erfolglos waren, nicht vertragen wurden oder kontraindiziert sind, und welche Versorgungsangebote stehen dieser Patientengruppe nach Kenntnis der Bundesregierung zur Verfügung?

Der Bundesregierung liegen zur Zahl der Patientinnen und Patienten mit therapieresistenter beziehungsweise refraktärer Migräne keine Erkenntnisse vor. Detaillierte Fragen zur Anzahl und Art der Therapien von Migränapatientinnen und -patienten könnten mit den Daten im FDZ Gesundheit auf Antrag bearbeitet werden.

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen mehrere leitliniengerechte prophylaktische Therapien einschließlich moderner Migränetherapeutika erfolglos waren, nicht vertragen wurden oder kontraindiziert sind, besteht gegebenenfalls die Möglichkeit, ein Arzneimittel anzuwenden, das in der Indikation Migräne nicht zugelassen ist (sogenannter Off-Label-Use). Mit dem Begriff Off-Label-Use bezeichnet man den Einsatz eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von den Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete, Altersgruppen oder Dosierungen. Die Entscheidung darüber, ob ein Arzneimittel im Einzelfall auch in einer Indikation oder bei einer Patientengruppe angewendet werden soll, für die es nicht zugelassen ist, obliegt der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt im Rahmen ihrer oder seiner Therapiefreiheit. Der Einsatz eines Medikaments im Wege des Off-Label-Use erfolgt nach ordnungsgemäßer Aufklärung und Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Die Patientin oder der Patient ist dabei auch darüber aufzuklären, dass der Einsatz des Medikaments im Off-Label-Use erfolgt. Grundsätzlich ist die im individuellen Fall bestmögliche Therapie mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt abzustimmen.

11. Wie viele gesetzlich Versicherte mit Migräne erhielten in den Jahren von 2021 bis 2025 eine Behandlung mit CGRP-(Rezeptor-)Antikörpern, Gepanten bzw. Onabotulinumtoxin A, welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zu regionalen Unterschieden, Ablehnungen durch Krankenkassen oder Therapieabbrüchen aus Kostengründen vor, und wie will die Bundesregierung verhindern, dass ökonomisch motivierte Rabattverträge zu medizinisch nicht gebotenen Präparatewechseln bei gut eingestellten Migrä nepatientinnen und Migrä nepatienten führen?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zur Anzahl der gesetzlich Versicherten mit Migräne vor, die mit bestimmten Arzneimitteln behandelt wurden. Detaillierte Fragen zur Behandlung von GKV-Versicherten und zu regionalen Unterschieden könnten auf Antrag mit den Daten im FDZ Gesundheit bearbeitet werden.

Daten zur Anzahl an Verordnungen für bestimmte Wirkstoffe können unter arzneimittel.wido.de/PharMaAnalyst/?1 recherchiert werden. Versicherte der GKV haben grundsätzlich Anspruch auf eine zweckmäßige, wirtschaftliche und ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln. Gründe für einen Therapieabbruch sind in der Regel medizinisch begründet. Krankenkassen dürfen ihren Versicherten nicht aus Kostengründen eine vom Leistungsanspruch des SGB V umfasste zweckmäßige Therapie versagen.

Arzneimittel für Patientinnen und Patienten mit Migräne sind grundsätzlich von der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz neu eingeführten Regelung zur Steigerung des Wettbewerbs für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung gemäß § 130e SGB V umfasst. Dies betrifft insbesondere Arzneimittel aus der Gruppe der Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten. In Therapiegebieten, in denen es mehrere vergleichbare, patentgeschützte Arzneimittel gibt, sollen Anbieter in den Wettbewerb um Marktanteile treten und hierfür vertrauliche Preisnachlässe anbieten. Die dadurch erzielbaren Einsparungen leisten einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Stabilität der GKV und kommen damit letztlich allen gesetzlich Versicherten zugute. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass die medizinische Entscheidung im Einzelfall weiterhin möglich bleibt. Ärztinnen und Ärzte können im Einzelfall aus medizinischen Gründen von einem vereinbarten Rabattarzneimittel abweichen und ein anderes Arzneimittel verordnen.

12. Wie viele Behandlungsstandorte bieten nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit stationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie für Menschen mit schweren Kopfschmerzerkrankungen an?
 - a) Welche Auswirkungen erwartet die Bundesregierung auf die Zahl und regionale Verteilung dieser Angebote durch die Krankenhausreform?
 - b) Plant die Bundesregierung eine eigenständige Leistungsgruppe „Spezielle Schmerztherapie“?

Die Fragen 12 bis 12b werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine eigenen Erkenntnisse zur Anzahl der Behandlungsstandorte zur „stationären interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie für Menschen mit schweren Kopfschmerzerkrankungen“ und zu den diesbezüglichen Auswirkungen der Umsetzung der Krankenhausreform durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden vor.

Die Bundesregierung plant derzeit keine eigenständige Leistungsgruppe „Spezielle Schmerztherapie“. Die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und ihrer Qualitätskriterien orientiert sich an Empfehlungen des Ausschusses nach § 135e Absatz 3 SGB V (Leistungsgruppen-Ausschuss). Eine Empfehlung für die Einrichtung einer neuen Leistungsgruppe Schmerzmedizin hat der Ausschuss bislang nicht abgegeben.

13. Hat die Bundesregierung die Auswirkungen einer verpflichtenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Krankheitstag auf Menschen mit chronischen bzw. anfallsartig verlaufenden Erkrankungen wie Migräne untersucht, insbesondere wenn Betroffene aufgrund der Schwere einer akuten Attacke nicht in der Lage sind, am ersten Krankheitstag eine Arztpraxis aufzusuchen?
 - a) Wie will die Bundesregierung verhindern, dass den Betroffenen durch diese neue Regelung Nachteile bei Entgeltfortzahlung oder Krankengeld entstehen?
 - b) Hat die Bundesregierung die Auswirkungen der Abschaffung der telefonischen Krankschreibung in Bezug auf o. g. Betroffene untersucht, bevor die Maßnahme beschlossen wurde?

Die Fragen 13 bis 13b werden gemeinsam beantwortet.

Der Koalitionsausschuss hat am 1. Juli 2026 unter anderem beschlossen, die Vorlagepflicht der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Krankheitstag einzuführen und die telefonische Krankschreibung abzuschaffen. Wie die Beschlüsse des Koalitionsausschusses umgesetzt werden können, wird derzeit regierungsintern geprüft. Diese Prüfung dauert noch an. Die Auswirkungen der Regelungen hängen von der konkreten Ausgestaltung ab.

14. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung zu den jährlichen direkten Gesundheitskosten sowie zu Arbeitsunfähigkeitstagen, Krankengeldzahlungen, Erwerbsminderung und sonstigen volkswirtschaftlichen Folgekosten von Migräne in Deutschland vor?

Tabelle 3: Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle (AU-Tage und AU-Fälle) für die ICD-Krankheitskategorie Migräne (G.43) für das Jahr 2024:

ICD-Krankheits-kategorie	Fälle männlich	Fälle weiblich	Tage männlich	Tage weiblich	Fälle Gesamtwert	Tage Gesamtwert
G43 – Migräne	317 724	710 284	990 100	2 407 037	1 028 008	3 397 137

Quelle: GKV Statistik KG8 (2024)

Es handelt sich hierbei ausschließlich um gemeldete AU-Fälle. Von den rund 1 Millionen Fällen entfallen rund 94 Prozent auf AU-Fälle mit bis zu sieben Tagen. Fälle mit mehr als sieben Tagen stellen lediglich 6 Prozent der gesamten Fälle dar.

Informationen zu den jährlichen direkten Gesundheitskosten sowie den Ausgaben für zu Krankengeldzahlungen oder Erwerbsminderung und sonstigen volkswirtschaftlichen Folgekosten von Migräne liegen der Bundesregierung nicht vor.

15. Sind der Bundesregierung aktuelle Studien bekannt, die den gesamtwirtschaftlichen Schaden von Migräneerkrankungen erforschen oder bereits erforscht haben?
 - a) Wenn nein, plant die Bundesregierung, selbst eine solche Studie in Auftrag zu geben?
 - b) Wenn nein, wieso nicht?

Die Fragen 15 bis 15b werden gemeinsam beantwortet.

Die Krankheitslaststudie BURDEN 2020 am RKI weist Kopfschmerzerkrankungen als eine der Hauptursachen der Krankheitslast in der Bevölkerung aus (Porst et al. 2022: doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0314). Zu den ökonomischen Folgen von Migräne liegen sowohl amtliche Krankheitskostenrechnungen als auch wissenschaftliche Modellierungen vor, z. B. in Form der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes, abrufbar unter genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23631/table/23631-0001. Erfasst wird hierbei der unmittelbar mit medizinischer Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Pflege verbundene Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen.

Eine Modellierung der gesamten sozioökonomischen Verluste durch Migräne für Deutschland im Jahr 2017 wurde von der International Headache Society vorgenommen (Sedik et al. 2020: doi.org/10.1177/0333102420944842).

Die Beauftragung einer Studie zum gesamtwirtschaftlichen Kosten der Migräne durch die Bundesregierung ist derzeit nicht geplant.

16. Wie viele Anträge auf Erwerbsminderungsrente wurden in den Jahren von 2019 bis 2025 von Menschen gestellt, bei denen Migräne (G43) als Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert war, wie viele davon wurden bewilligt bzw. abgelehnt, und wie lange dauerten die Verfahren durchschnittlich?
 - a) Wie häufig wurde vor einer Entscheidung eine medizinische Rehabilitation verlangt?
 - b) Wie häufig wurden Betroffene anschließend als nicht rehafähig eingestuft?

Die Fragen 16 bis 16b werden gemeinsam beantwortet.

In der Statistik der Deutschen Rentenversicherung werden Aufwendungen, z. B. für Renten wegen Erwerbsminderung, grundsätzlich nicht nach Diagnosen erfasst. Mit der Antrags- und Erledigungsstatistik der Deutschen Rentenver-

sicherung werden Arbeitsergebnisse eines Kalenderjahres sowie die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Rentenanträgen und deren Erledigungsart dargestellt. Es werden weder Gründe für die Antragsstellung noch Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung erfasst. Informationen über die Diagnosen können den Leistungsstatistiken entnommen werden. Zur Verschlüsselung der Diagnosen wird der einheitliche Diagnoseschlüssel ICD-10-GM eingesetzt. Die zugegangenen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach der Diagnose G43 Migräne in den Berichtsjahren 2019 bis 2025 sind der folgenden Tabelle 4 zu entnehmen. Darüber hinaus liegen der Bundesregierung keine belastbaren Erkenntnisse vor.

Tabelle 4: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach der Diagnose G43 Migräne:

Berichtsjahr	Anzahl
2019	171
2020	200
2021	211
2022	228
2023	225
2024	259
2025	309

Quelle: Statistik der Rentenversicherung, Rentenzugang

17. Wie viele Menschen haben in den Jahren von 2019 bis 2025 aufgrund bzw. unter Berücksichtigung einer Migräneerkrankung einen Grad der Behinderung (GdB) beantragt, welche GdB wurden festgestellt, welche Unterschiede bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen den Bundesländern, und sieht die Bundesregierung angesichts möglicher Unterschiede in der Begutachtung Handlungsbedarf für eine bundesweit einheitlichere Bewertung schwerer und chronischer Migräne?

Der Bundesregierung liegen keine entsprechenden Daten vor.

18. Welche Forschungs- und Versorgungsvorhaben des Bundes beschäftigen sich speziell mit geschlechtsspezifischen Aspekten der Migräne, insbesondere menstrueller Migräne sowie Migräne in der Schwangerschaft, Perimenopause und Menopause?

Im Rahmen des internationalen Förderformats Network of European Funding for Neuroscience Research (Era-Netz NEU-RON) gab es einen Förderaufruf im Jahr 2025 zu interdisziplinären Ansätzen in der Neurowissenschaft des Schmerzes. In diesem Zuge wird aktuell ein (Teil-)Projekt in einem Verbund zum Thema Migräne vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) gefördert, welches sich speziell mit geschlechtsspezifischen Aspekten der Migräne beschäftigt: MiNE – Neuroimmunologische Interaktionen bei Migräne und Endometriose.

19. Welche Bundesmittel wurden seit 2015 gezielt für Forschung zur häufigen episodischen und chronischen Migräne bereitgestellt – ohne Forschungsprojekte zu seltenen Migräneformen –, und wie hoch waren diese Mittel im Vergleich zur Forschungsförderung für andere neurologische Erkrankungen mit vergleichbarer oder geringerer Krankheitslast?

Vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWE) wurde im Rahmen eines exist. Gründungsstipendiums (Humboldt-Uni Berlin) ein Projekt unter dem Titel: „M-Sense – Mobile Anwendung zur Vorhersage von Migräneattacken“ im Zeitraum 1. Juni 2015 bis 31. Mai 2016 mit 132 200 Euro Zuwendung gefördert. Die Gründung der Newsenselab GmbH erfolgte innerhalb des Förderzeitraums. Mit M-Sense war die Entwicklung und die Vermarktung der App M-Sense, einer mobilen Anwendung zur Vorhersage von Migräneattacken, bewilligt worden.

Es wurden keine Bundesmittel ausschließlich für Forschung an häufiger episodischer und chronischer Migräne bereitgestellt.

20. Existiert eine ressortübergreifende Strategie der Bundesregierung zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit schweren und chronischen Migräneerkrankungen, die neben medizinischer Versorgung auch Erwerbsfähigkeit, soziale Sicherung, Behinderung und gesellschaftliche Teilhabe berücksichtigt, wenn nein, warum nicht, und plant die Bundesregierung die Entwicklung einer solchen Strategie?

Die Bundesregierung fördert die Versorgung und Forschung über übergeordnete forschungs- und gesundheitspolitische Rahmenprogramme wie dem Rahmenprogramm Gesundheitsforschung. Hier ist Migräne unter Forschung zu Volkskrankheiten abgebildet.

Die Entwicklung einer Strategie ausschließlich zu dieser Erkrankung ist derzeit nicht vorgesehen. Auf Bundesebene gibt es zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen Strategien, die auf Teilhabe ausgerichtet sind. So werden beispielsweise die Maßnahmen der Bundesregierung seit dem Jahr 2011 im Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (NAP) transparent zusammengefasst und veröffentlicht. Darüber hinaus ist das Bundesprogramm rehapro zu nennen. Ziel von rehapro ist es, durch die Erprobung innovativer Ansätze neue Wege zu finden, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen besser zu erhalten bzw. wiederherzustellen sowie die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation weiter zu verbessern. Diese Strategien unterscheiden nicht nach einzelnen Behinderungsarten, sondern verfolgen ein inklusives Konzept, das die Teilhabe aller Menschen mit Behinderungen – unabhängig von der konkreten Diagnose – stärkt.

Tabelle 1: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten nach ICD Code G43-Migräne, nach Land, Geschlecht und Alter im Jahr 2024:

Land	Altersgruppe	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 u. älter	gesamt
	Geschlecht																
Baden-Württemberg	männlich	30	158	130	153	103	54	50	28	19	12	9	4	-	-	-	752
	weiblich	35	307	386	362	296	135	91	70	56	31	21	32	11	-	-	1833
Bayern	männlich	39	266	329	362	242	94	91	53	30	12	9	9	4	-	-	1541
	weiblich	34	593	801	786	711	294	240	176	96	76	47	36	20	4	-	3914
Berlin	männlich	11	53	38	57	39	13	14	9	3	6	-	-	-	-	-	247
	weiblich	14	90	149	151	130	49	48	32	16	20	10	6	3	-	-	720
Brandenburg	männlich	17	67	29	31	18	7	12	8	-	-	-	-	-	-	-	194
	weiblich	12	122	87	108	73	30	29	23	14	15	6	8	6	-	-	534
Bremen	männlich	4	14	12	15	5	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	61
	weiblich	-	27	43	48	35	18	10	5	-	5	-	3	-	-	-	200
Hamburg	männlich	7	23	38	31	32	12	3	5	4	4	-	-	-	-	-	162
	weiblich	6	61	83	95	74	26	31	14	11	6	4	5	-	-	-	418
Hessen	männlich	14	108	89	105	79	28	29	25	7	6	-	4	-	-	-	497
	weiblich	17	202	278	292	274	145	97	71	46	18	19	19	6	-	-	1484
Mecklenburg-Vorpommern	männlich	12	40	22	22	15	9	3	-	3	-	-	-	-	-	-	131
	weiblich	9	104	56	71	79	17	18	16	12	9	4	-	-	-	-	398
Niedersachsen	männlich	20	131	145	174	98	55	36	35	22	8	6	4	-	-	-	736
	weiblich	23	291	462	449	359	141	122	85	49	40	18	22	5	-	-	2068
Nordrhein-Westfalen	männlich	71	296	380	397	295	104	110	70	29	17	8	7	3	-	-	1788
	weiblich	78	784	1162	1181	1005	382	291	210	131	85	33	33	24	3	-	5403
Rheinland-Pfalz	männlich	24	56	84	111	69	24	24	15	9	11	-	-	-	-	-	430
	weiblich	15	138	237	282	206	82	70	69	24	26	14	12	6	-	-	1182
Saarland	männlich	7	37	36	33	13	3	9	3	-	-	-	-	-	-	-	149
	weiblich	7	94	86	99	64	24	19	20	8	5	9	-	-	-	-	436

Anlage 1 – Tabelle 1 zu AW auf Frage 5 – KA 21/8084

Land	Altersgruppe	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 u. älter	gesamt
	Geschlecht																
Sachsen	männlich	16	126	54	71	38	10	14	3	7	-	-	-	-	-	-	344
	weiblich	14	207	149	166	140	53	40	32	17	12	9	7	5	-	-	851
Sachsen-Anhalt	männlich	12	53	30	29	18	11	4	4	-	-	-	5	-	-	-	170
	weiblich	16	108	85	111	68	34	19	15	12	8	8	6	4	-	-	495
Schleswig-Holstein	männlich	8	45	66	68	33	26	21	11	13	4	3	-	-	-	-	301
	weiblich	5	113	208	220	218	105	119	63	30	21	3	6	-	-	-	1113
Thüringen	männlich	15	71	49	56	32	15	12	12	9	6	3	3	3	-	-	286
	weiblich	11	158	135	166	151	53	47	57	26	12	14	10	7	-	-	848

Quelle: Statistisches Bundesamt DeStatis (2026)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.