Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

DMKG
Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft

Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses 2026

Termin: Donnerstag, 22. Oktober, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Bruno-Schmitz-Saal, Congress Center Rosengarten
Anmeldung für Journalistinnen und Journalisten zur Online-Teilnahme:
https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_sGj22mNCTceZ1VAChXhKGA

Themen und Referierende

Aktualisierung der Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen Schmerzen" – was ändert sich?
Prof. Dr. med. Frank Petzke
Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, Leiter Schmerzmedizin, Klinik für Anästhesiologie am Universitätsmedizin Göttingen

Therapie der Migräne: Wie viel Präzisionsmedizin ist möglich?
PD Dr. med. Robert Fleischmann
Kongresspräsident der DMKG, Leiter des Kopfschmerzzentrums, Universitätsmedizin Greifswald

Folgen der aktuellen Gesundheitspolitik für Menschen mit Migräne
PD Dr. med. Lars Neeb
Präsident der DMKG, Chefarzt der Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel

Lässt sich der Chronifizierung von Schmerzen vorbeugen? Die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse zu PAIN 2.0
PD Dr. rer nat. Ulrike Kaiser
Leitende Psychologin, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Moderation: Pressestelle Schmerzkongress 2026

Kontakt für Journalistinnen und Journalisten:
pfeiffer@medizinkommunikation.org
richter@medizinkommunikation.org

Deutscher Schmerzkongress 2026
Pressestelle
Juliane Pfeiffer/Michaela Richter
Telefon: 0711 8931-693/-516

Deutscher Schmerzkongress 2026
Jahrestagung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) e.V.

PRESSEMITTEILUNG

Migräne individuell behandeln: Was neue Medikamente leisten – und was die Versorgung erschwert

Mannheim, 22. Oktober 2026 – Etwa 15 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer in Deutschland leiden regelmäßig an Migräne. Weil Betroffene oft im erwerbsfähigen Alter sind, führt die Erkrankung nicht nur zu viel Leid, sondern auch zu erheblichen volkswirtschaftlichen Kosten: Nach Angaben der Bundesregierung führte Migräne 2024 zu rund 3,4 Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen. Eine der größten Herausforderungen bei der Behandlung besteht darin, für Betroffene die individuell wirksamste Therapie zu finden. Doch das ist nicht immer einfach: Nicht nur medizinisch-wissenschaftliche Grenzen, sondern auch Barrieren beim Zugang zu Spezialisten und Erstattungsvorgaben erschweren eine individuell zugeschnittene Therapie. Im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses diskutierten Expertinnen und Experten über die Möglichkeiten und Grenzen moderner Migränetherapie.

Der Botenstoff Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) ist an der Entstehung von Migräneschmerzen beteiligt. Zu den wichtigsten medikamentösen Fortschritten der letzten zehn Jahre gehören deshalb sogenannte CGRP-gerichtete Medikamente: monoklonale Antikörper, die zur Vorbeugung von Migräneattacken eingesetzt werden, sowie Gepante, die sowohl zur Vorbeugung als auch für die Akutbehandlung infrage kommen. Sie hemmen den Signalweg von CGRP. In zwei separaten direkten Vergleichsstudien erreichten mit dem CGRP-Antikörper Erenumab 55,4 Prozent und mit dem Gepant Atogepant 64,1 Prozent der Teilnehmenden mindestens eine Halbierung ihrer monatlichen Migränetage gegenüber dem Ausgangswert. Mit einem Standardmedikament zur Migränevorbeugung, Topiramat, waren es in der jeweiligen Studie nur 31,2 beziehungsweise 39,3 Prozent. Zudem waren die CGRP-basierten Medikamente deutlich besser verträglich als die klassische orale Therapie mit Topiramat. Bewertet wurden jeweils die Behandlungsmonate vier bis sechs. „Trotz dieser vielversprechenden Ergebnisse gilt jedoch auch für die modernen CGRP-basierten Medikamente: Nicht alle Patientinnen und Patienten sprechen gleichermaßen auf dieselben Wirkstoffe an – und auch moderne Therapien helfen nicht allen Betroffenen“, sagt Privatdozent Dr. med. Robert Fleischmann, Kongresspräsident der DMKG.

Weg von „Trial and Error“ – wie viel Präzisionsmedizin ist bei Migräne möglich?
Eine funktionierende Migränetherapie ist hochindividuell. Sie richtet sich nach der individuellen Lebenssituation, dem Kopfschmerzerleben, der Häufigkeit der Attacken, den Begleiterkrankungen und den bisherigen Behandlungserfahrungen. „Anhand dieser Kontexfaktoren können Spezialisten besonders geeignete Therapien auswählen; diese sogenannte personalisierte Medizin ist bereits heute möglich“, so Fleischmann. Welches Medikament welchem Betroffenen am besten hilft, lässt sich bislang aber nicht verlässlich vorhersagen. „Ein objektiver Routinetest zur Vorhersage des Therapieansprechens im Sinne einer Präzisionsmedizin fehlt jedoch noch immer. Viele Betroffene durchlaufen deshalb zahlreiche unterschiedliche Therapieversuche.“ Künftig, so die Hoffnung von Forschenden, könnten Biomarker helfen – also messbare biologische Hinweise auf Krankheitsmechanismen, die sich etwa im Blut oder in der Tränenflüssigkeit finden. Forschende

arbeiten daran, solche Biomarker mit den jeweiligen klinischen Verläufen von Betroffenen sowie mit Messungen zur Reizverarbeitung zu kombinieren, um daraus Rückschlüsse auf die individuell aussichtsreichste Therapie und den individuell besten Therapieablauf zu gewinnen. Der klinische Nutzen solcher Ansätze muss noch in Studien bestätigt werden.

Neue Rabattregeln: DMKG sieht individuelle Therapie gefährdet

Die Grenzen einer individuell am besten geeigneten Migränetherapie sind allerdings längst nicht nur medizinisch-wissenschaftlicher Natur. „Aktuell macht uns vor allem das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz Sorgen“, sagt Privatdozent Dr. med. Lars Neeb, Präsident der DMKG. Die DMKG befürchtet, dass dieses Gesetz die individuell beste Behandlung mit den modernen CGRP-basierten Medikamenten erschweren könnte. Denn es ermöglicht Krankenkassen, für Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung wirkstoffübergreifende Rabattverträge abzuschließen. Dazu zählen auch die CGRP-basierten Medikamente. Innerhalb einer festgelegten Gruppe müssen Ärztinnen und Ärzte dann grundsätzlich rabattierte Präparate verordnen. Wer abweicht, muss das begründen und trägt ein höheres Regressrisiko. „Das könnte den Wechsel auf andere Präparate zukünftig deutlich erschweren – dies aber ist mit einer individuellen Migränetherapie nicht in Einklang zu bringen, denn Betroffene sprechen eben nicht alle auf den gleichen Wirkstoff an, und auch die Verträglichkeit ist individuell unterschiedlich. Ein Wechsel des Präparats muss auch zukünftig unbedingt möglich bleiben.“ Angesichts notwendiger Sparmaßnahmen empfiehlt die DMKG zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) stattdessen, die Kosten über andere Kriterien zu steuern: So sollte die Verordnung auf Betroffene mit relevanten Einschränkungen im Alltag und in der Arbeitsfähigkeit beschränkt sein und von Neurologinnen und Neurologen sowie Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ vorgenommen werden.

„Es muss klare Pfade geben, wie Patientinnen und Patienten mit schweren Migräneattacken auch weiterhin eine wirksame Therapie erhalten können – alles andere wird letztlich zu keiner Ersparnis führen, sondern zu Mehrkosten durch Produktivitätsverluste und chronische Schmerzzustände“, so Neeb.

Die Möglichkeiten und Grenzen individueller Migränetherapie waren auch Thema des Deutschen Schmerzkongresses und der heutigen Kongress-Pressekonferenz am 22. Oktober.

Literatur:

Statement PD Dr. med. Robert Fleischmann, Pressemappe zur Pressekonferenz am 22. Oktober 2026
Statement PD Dr. med. Lars Neeb, Pressemappe zur Pressekonferenz am 22. Oktober 2026
Kurzmeldungen Deutscher Bundestag. Rund eine Million Migräne-Fälle gemeldet. Oktober 2026. Im Internet: https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-1225486
Reuter U, Ehrlich M, Gendolla A, Heinze A, Klatt J, Wen S, et al. Erenumab versus topiramate for the prevention of migraine – a randomised, double-blind, active-controlled phase 4 trial. Cephalalgia. 2022;42(2):108–118. doi:10.1177/03331024211053571.
Reuter U, Van Dycke A, Versijpt J, Holle-Lee D, Farkas MK, Tepper SJ, et al. Tolerability, safety, and efficacy of atogepant versus topiramate in adults with migraine (TEMPLE): a randomised, head-to-head, phase 3b trial. Lancet Neurol. 2026;25(9):806–817. doi:10.1016/S1474-4422(26)00214-0.

STATEMENT

Aktualisierung der Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen Schmerzen“ – was ändert sich?

Prof. Dr. med. Frank Petzke
Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, Leiter Schmerzmedizin, Klinik für Anästhesiologie am Universitätsmedizin Göttingen

LONTS 4.0

Das Verständnis chronischer nicht tumorbedingter Schmerzen basiert heute auf einem biopsychosozialen Modell. Daraus begründet sich auch der primäre Einsatz nicht medikamentöser Verfahren, wie zum Beispiel Physio-, Ergo- und Psychotherapie, oder deren Kombination bis hin zu interdisziplinären multimodalen Therapieprogrammen, deren Wirksamkeit für viele chronische Schmerzsyndrome gezeigt werden konnte. In diesem Konzept spielen auch Medikamente eine wichtige Rolle, etwa mit spezifischen symptomatischen Ansätzen bei neuropathischen Schmerzen oder primären Kopfschmerzen. Vor über 30 Jahren wurden zur Symptomkontrolle zunehmend auch Opioide eingesetzt. Deren breiter und unkritischer Einsatz führte in der Folge zu Problemen wie Fehlbehandlungen und schädlichem Gebrauch bis hin zur Entwicklung einer Abhängigkeit. Insbesondere in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), in geringerem Ausmaß aber auch in Großbritannien und Australien, waren verschriebene Opioide an einer Zunahme opioidbedingter Todesfälle (Opioidkrise) beteiligt, auch wenn dort aktuell illegale Substanzen wie Heroin, synthetische Fentanyle und zuletzt Nitazene in den Vordergrund getreten sind. Andererseits war und ist ein vollständiger Verzicht auf Opioide bei der Behandlung nicht tumorbedingter chronischer Schmerzen trotz aller Fortschritte in Forschung und Behandlung aus klinischer Sicht weiterhin nicht realistisch.

Für Deutschland liegt nun unter Federführung der Deutschen Schmerzgesellschaft auch deshalb die aktualisierte vierte Version einer in vielen Teilen evidenzbasierten S3-Leitlinie zur Langzeittherapie mit Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen vor. An ihrer Erarbeitung waren 36 Fachgesellschaften beziehungsweise Verbände und zwei Patientenorganisationen beteiligt; die Leitlinie wurde nach entsprechender Methodik erstellt. Die Prüfung durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ist erfolgt, die öffentliche Konsultationsphase ist abgeschlossen, die finale Zustimmung der Fachgesellschaften steht noch aus. Diese Leitlinie setzt den Schwerpunkt auf die kritische Indikationsstellung und die Begleitung von mit Opioiden behandelten Patientinnen und Patienten fort. Dies hat vermutlich dazu beigetragen, dass in Deutschland keine vergleichbare Opioidkrise festzustellen ist. Grundsätzlich haben die Verordnungen über längere Zeiträume von mehr als sechs Monaten seit 2012 nicht zugenommen; Einzelverordnungen haben seit 2016 nicht mehr zugenommen. Allerdings liegt die Prävalenz einer Opioidgebrauchsstörung in der allgemeinen Bevölkerung bei etwa einem Prozent. Diagnosen eines schädlichen Gebrauchs oder eines Abhängigkeitssyndroms bei mit medizinischer Indikation verschriebenen Opioiden finden sich bei 0,6 bis 1,8 Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus gibt es relevante Hinweise auf eine Fehlversorgung mit Opioiden bei einzelnen Krankheitsbildern, die keine Indikation für eine Langzeittherapie mit Opioiden darstellen, wie dem Fibromyalgiesyndrom, primären Kopfschmerzen oder funktionellen Störungen.

Die Leitlinie umfasst überarbeitete Kapitel zur „guten“ Praxis einer Opioidtherapie über mehr als vier Wochen sowie zu Indikationen und Nichtindikationen für eine Langzeittherapie mit Opioiden. Dabei wurden Aspekte aus der aktuellen Versorgungsforschung zur Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS) berücksichtigt, darunter das Projekt „Op-US: Opioidhaltige Analgetika – Untersuchung zu Entwicklungstrends in der Versorgung bei nicht tumorbedingten Schmerzen“, um die Anwendbarkeit und Verständlichkeit in der Primärversorgung zu verbessern. Zusätzlich wurde eine systematische Literaturrecherche zu geschlechtsspezifischen

Unterschieden durchgeführt und, soweit aussagekräftig, berücksichtigt. Neu sind auch Qualitätsindikatoren, die künftig dazu beitragen sollen, die Qualität einer Langzeittherapie mit Opioiden auf Grundlage von Krankenkassendaten verfolgen zu können. Zeitnah wird auch eine Patientinnen- und Patientenversion der Leitlinie vorliegen.

Die „gute" Praxis fokussiert auf eine sorgfältige Indikationsstellung unter Berücksichtigung der Vorbehandlung und körperlicher sowie psychiatrischer Begleiterkrankungen. Sie umfasst außerdem eine sorgfältige Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Risiken und Nutzen mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und der Definition von Therapiezielen sowie eine enge Begleitung zur Sicherstellung einer erfolgreichen Therapie. Zentrale Empfehlungen sind zum Beispiel:

- Opioide erst nach einer Optimierung nicht medikamentöser und alternativer medikamentöser Therapieoptionen einzusetzen;
- eine Therapie über die dreimonatige Einstellungsphase hinaus nur bei stabilem Erreichen der Therapieziele und bei geringen beziehungsweise tolerablen Nebenwirkungen fortzuführen;
- weitere indizierte nicht medikamentöse Therapien parallel fortzuführen;
- die Therapie im weiteren Verlauf zu beenden, wenn sich die Einschätzung von Nutzen und Nebenwirkungen verschlechtert oder ein Wirkverlust, eine missbräuchliche Anwendung oder eine Abhängigkeit beobachtet wird.

Die Empfehlungen zu Indikationen basieren auf der aktualisierten Bewertung der Studienlage. Die Qualität der Evidenz war überwiegend gering bis höchstens moderat; die Empfehlungen waren nur schwach oder offen. Grundsätzlich kommt der Einsatz von Opioiden ausdrücklich nur infrage, wenn andere indizierte Maßnahmen nicht ausreichend wirksam sind. Bei arthrosebedingten Schmerzen gilt dies aufgrund der schwachen Datenlage nur im Einzelfall, bei Rückenschmerzen und neuropathischen Schmerzen als optionale Therapie. Darüber hinaus wird im Konsens von Expertinnen und Experten für spezielle Krankheitsbilder, für die keine Studien vorliegen, die Möglichkeit eines individuellen Therapieversuchs gesehen. Zugleich werden klare Nichtindikationen für den Einsatz von Opioiden benannt, etwa primäre Kopfschmerzen, funktionelle Störungen und das Fibromyalgiesyndrom.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft hofft, dass die aktualisierte Version der Leitlinie die Balance zwischen einer grundsätzlich kritischen Indikationsstellung und Therapiebegleitung einerseits sowie der Verfügbarkeit und Sicherheit für Patientinnen und Patienten mit gutem Ansprechen und guter Verträglichkeit andererseits weiter fördert. Damit dies gelingen kann, ist es essenziell, dass auch künftig eine am biopsychosozialen Modell orientierte, interdisziplinäre schmerztherapeutische Versorgung in allen Sektoren gesichert ist.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Mannheim, November 2026

STATEMENT

Therapie der Migräne: Wie viel Präzisionsmedizin ist möglich?

PD Dr. med. Robert Fleischmann
Kongresspräsident der DMKG, Leiter des Kopfschmerzzentrums, Universitätsmedizin Greifswald

Präzisionsmedizin und neue Therapien bei Migräne

Migräne beeinträchtigt Beruf, Familienleben und soziale Teilhabe. In Deutschland erfüllen rund 15 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer die Migränekriterien (1). Im berufstätigen Alter sind sogar 25 bis 30 Prozent der Frauen von Migräne betroffen (2). Neue Therapien können die Krankheitslast erheblich mindern. Präzisionsmedizin hat das Ziel, frühzeitig jene Behandlung zu identifizieren, die zu den Krankheitsmechanismen und zur Lebenssituation passt (3).

Welche neuen Therapien verbessern die Behandlung?

Der Botenstoff Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) ist an der Entstehung von Migräneschmerz beteiligt. Antikörper gegen CGRP oder dessen Rezeptor hemmen diesen Signalweg und helfen damit, Migräneattacken vorzubeugen. Gepante blockieren als kleine Moleküle den CGRP-Rezeptor und stehen neu als Tabletten zur Akutbehandlung oder Vorbeugung zur Verfügung (3, 4).

Der CGRP-Rezeptorantikörper Erenumab und das Gepant Atogepant waren der klassischen Prophylaxe mit Topiramat in direkten Vergleichsstudien hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit überlegen. In den letzten drei Monaten einer sechsmonatigen Behandlung erreichten unter Erenumab 55,4 Prozent gegenüber 31,2 Prozent der Betroffenen mindestens eine Halbierung der monatlichen Migränetage (5). Die 2026 veröffentlichte TEMPLE-Studie zu Atogepant zeigte im gleichen Zeitraum 64,1 Prozent gegenüber 39,3 Prozent (6).

Wie viel Präzisionsmedizin ist heute möglich und was fehlt noch?

Eine personalisierte Migränetherapie berücksichtigt bereits heute Attackenhäufigkeit, Begleiterkrankungen, bisherige Behandlungserfahrungen und persönliche Wünsche. Bei der Auswahl der Medikamente spielen auch Darreichungsform, Verträglichkeit und Alltagstauglichkeit eine Rolle. Nichtmedikamentöse Maßnahmen und Selbstmanagement ergänzen die Behandlung (3). Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Betroffenen vereinbart und reichen über eine Verringerung der Migränetage hinaus. Entscheidend sind auch Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und die Möglichkeit, den Alltag wieder verlässlich zu gestalten.

Ähnliche Beschwerden können jedoch auf unterschiedlichen biologischen Mechanismen beruhen. Ein gezielter Wirkmechanismus allein sagt deshalb noch nicht voraus, welche Therapie individuell am besten wirkt. Da ein verlässlicher Routinetest zur Vorhersage des Therapieansprechens fehlt, muss sich die Eignung einer Behandlung bislang im Therapieversuch zeigen (3).

Welche Chancen bieten Biomarker für eine gezieltere Behandlung?

Biomarker sind objektiv messbare Merkmale biologischer Prozesse und könnten helfen, Betroffene mit ähnlichen Krankheitsmechanismen zu erkennen (3). Die Forschung verknüpft dazu klinische Verläufe mit Biomarkern aus Tränenflüssigkeit oder Blut sowie elektrophysiologischen Untersuchungen der Reizverarbeitung. Im Mittelpunkt stehen Entzündungssignalwege und Funktionsveränderungen von Hirnnetzwerken. Diese Erkenntnisse sollen die Auswahl der individuell aussichtsreichsten Therapie sowie Entscheidungen über Behandlungsdauer und Therapiepausen unterstützen. Ihr klinischer Nutzen muss jedoch in unabhängigen Studien bestätigt werden. Neben den biologischen Befunden bleiben das individuelle Kopfschmerzerleben und die Alltagsfähigkeit auch künftig zentrale Maßstäbe für die Gestaltung der Behandlung.

Welche weiteren Therapieoptionen sind in Sicht?

Pituitary Adenylate Cyclase-Activating Polypeptide (PACAP) ist ein unabhängig von CGRP wirkender Botenstoff im Nervensystem (7). Der PACAP-Antikörper Bocunebart verringerte in einer Phase-2-Studie bei höherer Dosierung die Zahl der Migränetage innerhalb von vier Wochen im Mittel um zwei Tage stärker als Placebo (8). Nach positiven Phase-2b-Ergebnissen ist der Start einer Phase-3-Studie geplant. Bocunebart ist noch nicht zugelassen (9).

Welche Grenzen werden in der Öffentlichkeit häufig unterschätzt?

Auch moderne Therapien helfen nicht allen Betroffenen ausreichend. Eine Halbierung der Migränetage ist ein wichtiger Erfolg, bedeutet aber keine Heilung. Eine Besserung während der Behandlung belegt nicht, dass sie nach dem Absetzen anhält. Ob eine frühe gezielte Behandlung den Krankheitsverlauf dauerhaft verändert oder einer Chronifizierung vorbeugt, bleibt offen. Zudem fehlen ausreichende Daten zu Kombinationen, individueller Behandlungsdauer und Therapiepausen (3,7).

Welche Hürden erschweren den Zugang zu wirksamen Therapien?

Wartezeiten und Erstattungsvorgaben erschweren den Zugang zur passenden Therapie. In einer Befragung der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) nannten im Jahr 2022 etwa 67 Prozent von 300 Hausärztinnen und Hausärzten lange Wartezeiten auf Spezialsprechstunden und 49 Prozent eine unzureichende Kostenerstattung (10). Registerdaten zeigen einen früheren Einsatz von Erenumab nach gelockerten Erstattungsvorgaben (11). Der 2026 neu gefasste § 130e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermöglicht wirkstoffübergreifende Rabattgruppen für CGRP-Antagonisten. Nach Einschätzung der DMKG könnte dies trotz medizinischer Ausnahmen die individuell passende Therapieauswahl erschweren (12, 13).

Was sollten Betroffene einfordern und was muss sich ändern?

Kopfschmerzen werden zu häufig als Bagatelle abgetan. Wirksame Therapien können Lebensqualität wiederherstellen und erhalten. Für immer mehr Menschen sollte das bloße Aushalten schwerer Migräneattacken der Vergangenheit angehören. Bei erheblichem Leidensdruck sollten Betroffene auf eine spezialisierte fachärztliche Behandlung oder die Vorstellung in einem Kopfschmerzzentrum bestehen. Eine unzureichende Behandlung muss nicht hingenommen werden. Entscheidend ist die vertikale Durchlässigkeit der Versorgung. Von der Hausarztpraxis über die Facharztpraxis bis zum Zentrum muss die nächste Versorgungsstufe rechtzeitig erreichbar sein, damit eine wirksamere Behandlung möglich wird. Bei Eignung kann eine Studienteilnahme Zugang zu noch nicht zugelassenen Wirkstoffen und Therapien eröffnen.

Literatur

- Porst M, Wengler A, Leddin J, Neuhauser H, Katsarava Z, von der Lippe E, et al. Migräne und Spannungskopfschmerz in Deutschland. Prävalenz und Erkrankungsschwere im Rahmen der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020. J Health Monit. 2020;5(S6):2–26. doi:10.25646/6988.2.
- Cen J, Wang Q, Cheng L, Gao Q, Wang H, Sun F. Global, regional, and national burden and trends of migraine among women of childbearing age from 1990 to 2021: insights from the Global Burden of Disease Study 2021. J Headache Pain. 2024;25(1):96. doi:10.1186/s10194-024-01798-z.
- Fleischmann R, Strauß S, Reuter U. Treating episodic migraine with precision: the evolving landscape of targeted therapies driven by insights in disease biology. Expert Opin Biol Ther. 2025;25(3):229-243. doi:10.1080/14712598.2025.2456464.
- European Medicines Agency. Aquipta [Internet]. [zitiert 2. Oktober 2026]. Verfügbar unter: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/aquipta.

- Reuter U, Ehrlich M, Gendolla A, Heinze A, Klatt J, Wen S, et al. Erenumab versus topiramate for the prevention of migraine – a randomised, double-blind, active-controlled phase 4 trial. Cephalalgia. 2022;42(2):108–118. doi:10.1177/03331024211053571.
- Reuter U, Van Dycke A, Versijpt J, Holle-Lee D, Farkas MK, Tepper SJ, et al. Tolerability, safety, and efficacy of atogepant versus topiramate in adults with migraine (TEMPLE): a randomised, head-to-head, phase 3b trial. Lancet Neurol. 2026;25(9):806–817. doi:10.1016/S1474-4422(26)00214-0.
- Della Pietra A, Goadsby PJ, Oldoni C, Silberstein S, Cohen F, Akerman S. Novel targets in headache: a narrative review. Headache. 2026. doi:10.1111/head.70202.
- Ashina M, Phul R, Khodaie M, Löf E, Florea I. A monoclonal antibody to PACAP for migraine prevention. N Engl J Med. 2024;391(9):800–809. doi:10.1056/NEJMoa2314577.
- H. Lundbeck A/S. Financial report for the period 1 January to 30 June 2026 [Internet]. 19. August 2026 [zitiert 2. Oktober 2026]. S. 16. Verfügbar unter: https://attachment.news.eu.nasdaq.com/a13200a83ac579c090b61470fd6b0138d.
- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Hausärztinnen und Hausärzte wollen mehr Kopfschmerzexpertise [Internet]. 23. Februar 2022 [zitiert 2. Oktober 2026]. Verfügbar unter: https://www.attacke-kopfschmerzen.de/presse/pressemitteilungen/18-pressemitteilung/86-hausaerztinnen-und-hausaerzte-wollen-mehr-kopfschmerzexpertise
- Ruscheweyh R, Goßrau G, Jürgens TP, Ruschil V, Kraya T, Dresler T, et al. Welche Migränepatienten werden mit CGRP(R)-Antikörpern behandelt? Ein Vergleich zu unspezifischen oralen Prophylaktika anhand von Daten des DMKG-Kopfschmerzregisters. Schmerz. 2026;40:369–376. doi:10.1007/s00482-025-00899-1.
- Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. § 130e Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung [Internet]. [zitiert 3. Oktober 2026]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__130e.html.
- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Deutscher Kopfschmerztag 2026: Neues Spargesetz bedroht wirksame Migränetherapien [Internet]. 1. September 2026 [zitiert Oktober 2026]. Verfügbar unter: https://www.dmkg.de/news/spargesetz/ .

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Mannheim, November 2026

Folgen der aktuellen Gesundheitspolitik für Menschen mit Migräne

PD Dr. med. Lars Neeb
Präsident der DMKG, Chefarzt der Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel

Ob schwer betroffene Migränepatientinnen und -patienten die für sie passende Therapie bekommen, kann nach dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) künftig davon abhängen, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind.

Seit 2018 stehen spezifische Therapien zur Verfügung, die sich gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) oder seinen Rezeptor richten und der Vorbeugung der Migräne dienen: monoklonale Antikörper gegen CGRP oder seinen Rezeptor sowie Gepante. Sie haben die Behandlung der Migräne deutlich verbessert und eine stärker individualisierte Therapie ermöglicht. Seit dem Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes am 30. Juli 2026 können Krankenkassen nach § 130e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) exklusive, wirkstoffübergreifende Rabattverträge für „therapeutisch vergleichbare“ Wirkstoffgruppen schließen. Die dort „CGRP-Antagonisten“ genannten Präparate gehören zu den Gruppen der Pilotphase. Schließt eine Krankenkasse einen solchen Vertrag, müssen Ärztinnen und Ärzte vorrangig das rabattierte Präparat verordnen. Nur dieses ist in der Wirtschaftlichkeitsprüfung automatisch als Praxisbesonderheit geschützt. Wer abweicht, muss das begründen und trägt ein höheres Regressrisiko, auch wenn medizinische Gründe für die Abweichung sprechen. Hinzu kommen zusätzliche Dokumentationspflichten in den Praxen.

Die DMKG erkennt an, dass Einsparungen im Gesundheitswesen notwendig sind. Bei CGRP-gerichteten Migränetherapien gefährdet dieser Weg jedoch die Versorgung schwer Betroffener. Die Therapien sind nicht beliebig austauschbar. Sie unterscheiden sich im Wirkmechanismus, in der Anwendung, in der Verträglichkeit und in ihrer Eignung bei Begleiterkrankungen. Auch das Ansprechen ist individuell: Real-World-Studien zeigen Responderraten von 56 bis 77 Prozent. Von den Patientinnen und Patienten, die auf die erste CGRP-basierte Therapie nicht ansprechen, profitieren rund 30 bis 40 Prozent von einer weiteren Substanz. Ein Wechsel des Präparats muss deshalb möglich bleiben, ohne zusätzliches Regressrisiko und auch nach einem Wechsel der Krankenkasse. Krankenkassenspezifische Verordnungsvorgaben werden die Versorgung eher erschweren sowie Behandelnde und Betroffene verunsichern.

Zudem drohen wirtschaftliche Folgen: Laut WifOR-Institut verursachte Migräne in Deutschland im Jahr 2021 Produktivitätsverluste von rund 57 Milliarden Euro, etwa 1,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Wer bei der wirksamen Therapie spart, riskiert höhere Folgekosten. Die DMKG fordert gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN),

- die „CGRP-Antagonisten“ vollständig aus § 130e SGB V herauszunehmen, da therapeutische Vergleichbarkeit auf Gruppenebene nicht mit individueller Austauschbarkeit gleichzusetzen ist,
- die individuelle Auswahl und einen Wechsel innerhalb der Wirkstoffklasse zu erhalten,
- die Kosten stattdessen über klare Kriterien zu steuern: Beschränkung der CGRP-gerichteten Therapien auf Betroffene mit relevanten Einschränkungen im Alltag und bei der Arbeitsfähigkeit sowie Verordnung durch Neurologinnen und Neurologen sowie Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“.

Die Zukunft der Migränetherapie liegt nicht in der Frage, welches Medikament für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen geeignet ist, sondern darin, welches individuell wirkt. Einsparungen dürfen nicht dazu führen, dass eine nachweislich wirksame Migränetherapie aus wirtschaftlichen Gründen erschwert oder unterbrochen wird.

Quellen*:*

- § 130e SGB V in der Fassung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, in Kraft seit 30. Juli 2026.
- Versijpt J, Paemeleire K, Reuter U, MaassenVanDenBrink A. Calcitonin gene-related peptide-targeted therapy in migraine: current role and future perspectives. Lancet. 2025;405(10483):1014–1026. doi:10.1016/S0140-6736(25)00109-6
- Overeem LH, Peikert A, Hofacker MD, Kamm K, Ruscheweyh R, Gendolla A, Raffaelli B, Reuter U, Neeb L. Effect of antibody switch in non-responders to a CGRP receptor antibody treatment in migraine: a multi-center retrospective cohort study. Cephalalgia. 2022;42(4-5):291–301. doi:10.1177/03331024211048765
- Straube A, Broessner G, Gaul C, Hamann X, Hipp J, Kraya T, Neeb L. Real-world effectiveness of fremanezumab in patients with migraine switching from another mAb targeting the CGRP pathway: a subgroup analysis of the Finesse Study. J Headache Pain. 2023;24(1):59. doi:10.1186/s10194-023-01593-2
- WifOR Institute. The socioeconomic burden of migraine – the case of 6 European countries. Berlin, Juni 2025.
- Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Gemeinsame Pressemitteilung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und CGRP-basierten Migränetherapien. 16. Juni 2026.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Mannheim, November 2026

Lässt sich der Chronifizierung von Schmerzen vorbeugen? Die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse zu PAIN 2.0

PD Dr. rer nat. Ulrike Kaiser
Leitende Psychologin, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

PAIN2.0: Früh handeln, bevor Schmerz chronisch wird

Die Ergebnisse von PAIN2.0 (Ergebnisbericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss [G-BA], in Revision) unterstreichen die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der Schmerzversorgung: weg von einer primär reaktiven Behandlung chronischer Verläufe, hin zu einer frühzeitigen, interdisziplinären und präventiv ausgerichteten Versorgung von Menschen mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko.

Chronische Schmerzen gehören zu den großen gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität von Millionen Betroffenen, erhöhen das Risiko für Depressionen und andere Begleiterkrankungen und verursachen erhebliche Kosten für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft. Gleichzeitig erhalten viele Menschen erst Jahre nach Beginn ihrer Beschwerden eine spezialisierte und angemessene Behandlung.

Das Innovationsfondsprojekt PAIN2.0 (Förderkennzeichen: 01NVF20023; Laufzeit: 04/2022–09/2025; Publikationen in Vorbereitung; Meyer-Moock et al., 2025), ein Konsortialprojekt der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und der BARMER, setzt genau an diesem Problem an: Ziel war die Entwicklung und wissenschaftliche Evaluation eines ambulanten, interdisziplinären und multimodalen Behandlungsprogramms für Menschen mit wiederkehrenden oder anhaltenden Schmerzen, bei denen ein erhöhtes Risiko für eine spätere Schmerzchronifizierung besteht. Statt erst bei bereits manifesten chronischen Schmerzen einzugreifen, verfolgt PAIN2.0 einen sekundärpräventiven Ansatz. Menschen sollen frühzeitig unterstützt werden, bevor sich Schmerzen dauerhaft verfestigen und schwerwiegende psychosoziale Folgen entstehen.

Kernstück des Projekts war die Ambulante Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (A-IMST). Das zehnwöchige Gruppenprogramm kombiniert medizinische, physiotherapeutische und psychologische Behandlungsbestandteile und orientiert sich konsequent am biopsychosozialen Verständnis von Schmerz. Im Mittelpunkt stehen die Vermittlung von Wissen über Schmerz und Schmerzchronifizierung, die Förderung von gesundheitsförderlichem Verhalten sowie die Stärkung der Fähigkeit, mit Beschwerden aktiv und selbstbestimmt umzugehen.

Die Ergebnisse zeigen, dass mit der A-IMST eine Zielgruppe erreicht wurde, die bislang von bestehenden Versorgungsstrukturen häufig nicht ausreichend erfasst wird. Die Teilnehmenden berichteten zwar bereits über relevante Beschwerden und Einschränkungen, waren jedoch noch deutlich weniger beeinträchtigt als Patientinnen und Patienten in etablierten schmerztherapeutischen Versorgungsangeboten. Die Evaluation von PAIN2.0 ergab positive und nachhaltige Effekte: Die Teilnehmenden verbesserten ihre allgemeine und bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz, entwickelten ein besseres Verständnis für ihre Beschwerden und stärkten ihre Fähigkeit, gesundheitliche Entscheidungen selbstständig umzusetzen. Gleichzeitig verbesserten sich die Schmerzen, die schmerzbedingten Einschränkungen sowie wichtige Risikofaktoren der Schmerzchronifizierung, insbesondere Katastrophisieren und Stresserleben, bis zu neun Monate nach der Therapie. Viele dieser Verbesserungen blieben über die eigentliche Behandlungszeit hinaus stabil und lagen – wie für die Sekundärprävention üblich – im Bereich kleiner, statistisch signifikanter Effekte. Insbesondere die Erwartung an die eigene Kompetenz für gesundheitsförderliches Verhalten und an die Steuerbarkeit des körperlichen Trainings – beides zentrale Ansatzpunkte der Therapie – verbesserten sich mit mittleren Effektstärken.

Besonders bedeutsam ist, dass die A-IMST nicht primär auf die Behandlung bereits schwer chronifizierter Verläufe abzielt. Vielmehr unterstützt sie Menschen dabei, vorhandene Ressourcen, Aktivität, Lebensqualität und Teilhabe zu erhalten. Damit unterscheidet sich die Zielsetzung von klassischen schmerztherapeutischen Angeboten, die häufig darauf ausgerichtet sind, verloren gegangene Funktionen wiederherzustellen.

PAIN2.0 zeigte zudem, dass die A-IMST sowohl in ambulanten Einrichtungen als auch an Krankenhäusern erfolgreich umgesetzt werden kann. Für eine flächendeckende Einführung sind jedoch angepasste Rahmenbedingungen erforderlich. Insbesondere müssen sektorübergreifende Zuweisung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, gemeinsame Fallbesprechungen und koordinierende Tätigkeiten künftig stärker in Vergütungs- und Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden.

Insgesamt sprechen die Projektergebnisse dafür, dass die A-IMST eine wirksame und praxisnahe Ergänzung der bestehenden Schmerzversorgung darstellt. Darüber hinaus erweitert das methodische Vorgehen bei der Entwicklung hypothesengeleiteter Wirkmodelle (Kaiser et al., 2025) die Perspektive von „Wirkt die Intervention?“ hin zu „Wie wirkt die Intervention und warum wirkt sie gegebenenfalls nicht?“. In diesem Sinne besteht erhöhter Forschungsbedarf: Neben der Vertiefung der Effektivitätsforschung zu interdisziplinären Ansätzen sollten auch relevante Kontextfaktoren untersucht werden. Dazu zählen patientinnen- und patientenbezogene Faktoren (beispielsweise Überzeugungen und Erwartungen), umgebungsbezogene Faktoren (soziale Teilhabeoptionen, soziales System oder Beziehungen) und settingspezifische Faktoren (Interaktion im Team sowie förderliche strukturelle, prozessuale und interaktionsbezogene Voraussetzungen) (Berger et al., 2025; Schouten et al., 2024 und 2025).

Frühintervention statt Spätversorgung

- Schmerzversorgung sollte bereits bei erhöhtem Chronifizierungsrisiko einsetzen und nicht erst bei manifesten chronischen Schmerzsyndromen.
- Prävention von Schmerzchronifizierung muss als eigenständiges gesundheitspolitisches Versorgungsziel etabliert werden.

Zugang zur Versorgung verbessern

- Menschen mit anhaltenden oder wiederkehrenden Schmerzen benötigen einen niedrigschwelligen Zugang zu interdisziplinären Behandlungsangeboten.
- Ambulante Strukturen müssen gestärkt werden, um Versorgungslücken zwischen hausärztlicher Behandlung und spezialisierter Schmerztherapie zu schließen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern

- Wirksame Schmerzversorgung erfordert die enge Zusammenarbeit von Medizin, Physiotherapie und Psychologie sowie von weiteren Fachberufen.
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen und koordinierende Tätigkeiten sollten verbindlicher Bestandteil der Regelversorgung werden.
- Die Finanzierung sollte den zusätzlichen Koordinationsaufwand interdisziplinärer Teams angemessen berücksichtigen.

Gesundheitskompetenz stärken

- Patientinnen und Patienten sollten befähigt werden, Schmerzen besser zu verstehen und aktiv mit ihnen umzugehen.
- Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Schutzfaktor gegen Chronifizierung und sollte stärker in Versorgungsstrategien berücksichtigt werden.

Ambulante multimodale Versorgung ausbauen

- Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie sollte nicht ausschließlich schwer chronifizierten Patientinnen und Patienten vorbehalten bleiben.

- Ambulante multimodale Programme können eine wichtige Ergänzung zwischen Primärversorgung und stationärer Schmerztherapie darstellen.

Gesundheitsökonomische Perspektive

- Frühe Interventionen können helfen, unnötige Diagnostik-, Behandlungs- und Folgekosten zu vermeiden.
- Die Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit und Einschränkungen der sozialen Teilhabe sollte als zentrales Ziel moderner Schmerzversorgung verstanden werden.
- Investitionen in Prävention und frühe Behandlung versprechen langfristig eine effizientere Nutzung gesundheitlicher Ressourcen.

Botschaft an Politik und Krankenkassen

- Chronische Schmerzen sollten nicht erst behandelt werden, wenn ihre Folgen bereits eingetreten sind.
- Eine moderne Schmerzversorgung setzt auf Prävention, Gesundheitskompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Literatur

- Berger, S., Schouten, L., Mauz, F., Petzke, F., Kurz, A., & Kaiser, U. (2025). Interprofessionalität und Interdisziplinarität in der Umsetzung von Versorgungsforschung in der Schmerzmedizin. Der Schmerz, 39(1), 43–57.
- Kaiser, U., Schouten, L., Hoffmann, G., Preissler, A., Adler, F., Zinndorf, L., ... & Gärtner, A. (2025). Wie wirkt eine Intervention? – Deutsche Version. Der Schmerz, 39(1), 23–34.
- Meyer-Moock, S., Szczotkowski, D., Schouten, L., Petzke, F., Milch, L., Metz-Oster, B., ... & Kohlmann, T. (2024). PAIN2.0: Study protocol for a multicentre randomised controlled trial to evaluate the efficacy of a 10-week outpatient interdisciplinary multimodal pain therapy to manage recurrent pain for patients with risk factors of developing chronic pain in Germany. Trials, 25(1), 145.
- Schouten, L., Kaiser, U., & Petzke, F. (2024). Interdisziplinäres multimodales Assessment. Der Schmerz, 38(2), 146–156.
- Schouten, L., Petzke, F., Gärtner, A., Nagel, B., & Kaiser, U. (2025). Umsetzbarkeit des interdisziplinären multimodalen Assessments – die Teamperspektive. Der Schmerz, 39(6), 398–416.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Mannheim, November 2026