UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Alle Rechte, auch die der Übersetzung, des Nachdrucks und der Vervielfältigung der PPT - Folien bzw. der daraus erzeugten PDF-Dateien oder Teilen daraus bleiben Herrn Prof. Petzke vorbehalten und sind nur mit schriftlicher Zustimmung durch ihn zulässig. Sie dürfen die PPT-Folien bzw. PDF-Dateien nur zum Zweck der persönlichen Information verwenden und keinesfalls an Dritte weitergeben

MEDIZINISCHES CANNABIS – IM LIVE EXPERIMENT

Frank Petzke
Schmerzmedizin
Klinik für Anästhesiologie, UMG

17. Schmerztherapeutentreffen
Baden-Württemberg
17.11.2018

Klinik für Anästhesiologie
AINS
Anästhesie Notfallmedizin
Intensivmedizin Schmerzmedizin

INTERESSENSKONFLIKTE

Keine direkten IK

Indirekte IK

- Leiter einer multimodalen Schmerzeinheit
- Schmerztherapeut
- MG der Deutschen Schmerzgesellschaft
  - LL-Beauftragter und Beirat
  - Sprecher AdHoc Kommission Cannabis in der Medizin

AGENDA

- Vorgeschichte
- Neue Gesetzgebung
- Evidenz (Indikationen) Schmerz
- Sicherheit
- KK-Daten
- Fazit

VORGESCHICHTE

GESCHICHTE

- Im 19. Jahrhundert etablierter Teil der Pharmacopeia: Linderung von Symptomen
- Beginn des 20. Jahrhunderts verlassen mit der Entwicklung „moderner“ Medikamente
- 1920-30er Jahre Wahrnehmung als „Droge“
- 1980er Jahre Erstzulassung von Cannabinoiden auch in Deutschland, nie „vermarktet“
- 1990er Jahre steigendes Interesse in Klinik und Forschung (HIV, AIDS)
- 2000er Einsatz (vor allem Dronabinol) in der Schmerzmedizin limitiert durch Regresse

CANNABIS ALS MEDIZIN – DIE VORGESCHICHTE

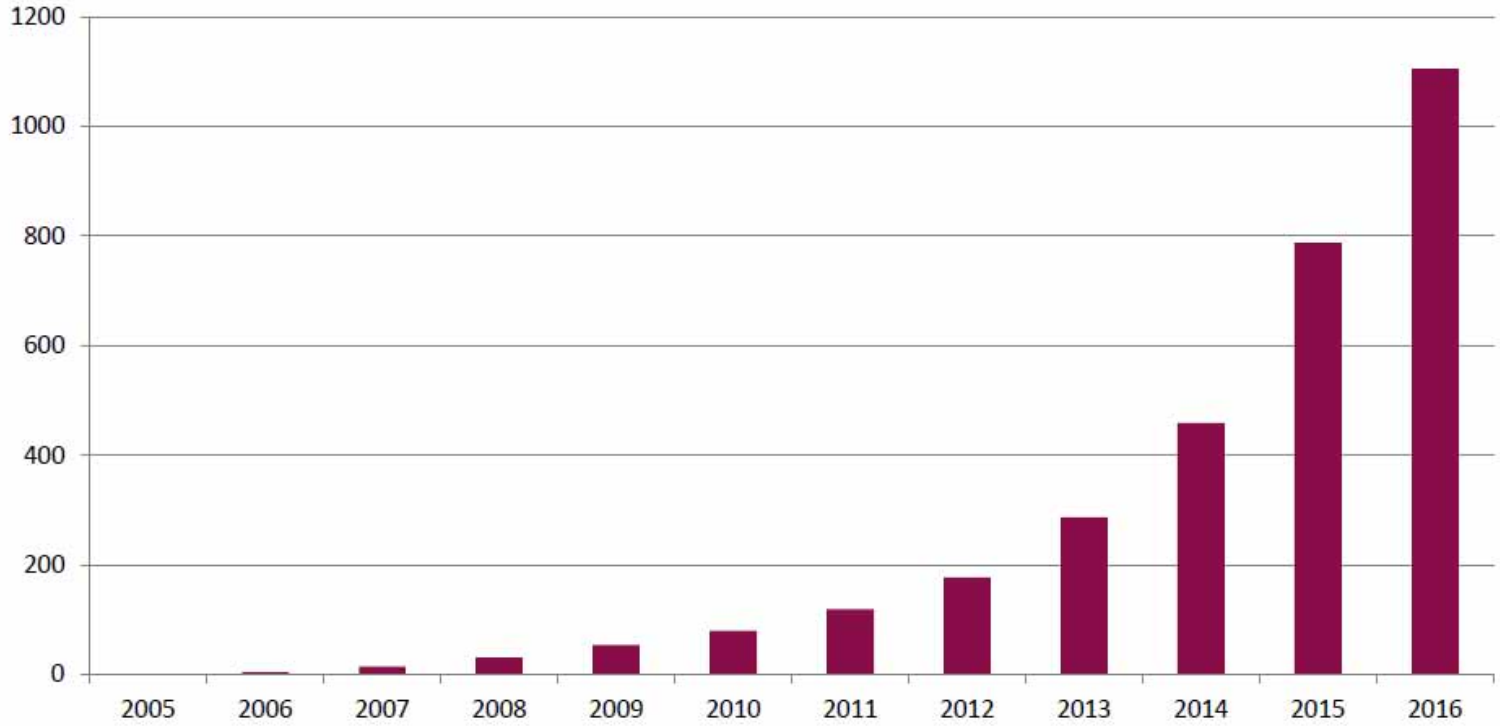
UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 19.05.2005(BVerwG 3 C 17.04)

- … „Bei **schweren Erkrankungen ohne Aussicht auf Heilung** gebietet es in diesem Rahmen die von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geforderte Achtung vor der körperlichen Unversehrtheit, die **Möglichkeit einer Erlaubnis** nach § 3 Abs. 2 BtMG **nur dann auszuschließen, wenn ein therapeutischer Nutzen keinesfalls eintreten kann**.“

CANNABIS ALS MEDIZIN – ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG



Summe erteilter Ausnahmeerlaubnisse nach § 3 Abs. 2 BtMG zum Erwerb von Cannabis zu medizinischen Zwecken

NEUE GESETZLICHE REGELUNG

- Selbsttherapie
- Ärztliche Begleitung, aber nicht ärztliche Verantwortung
- Fehlende Kostenübernahme durch Krankenkassen
- Eigenanbau als Versorgungsalternative
- Fehlende Qualitätssicherung
- Systembruch: KEIN Zulassungsverfahren

CANNABIS ALS MEDIZIN
WAS VOM GESETZ ERFASST WIRD

In Übereinstimmung mit § 31 Absatz 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sind derzeit folgende Arzneimittel bzw. Stoffe betroffen:

- Sativex® (THC/CBD) bei off-label-Anwendung
- Canemes® (Nabilon) bei off-label-Anwendung
- Nabilon
- Dronabinol
- **Cannabisblüten**
- **Cannabisextrakte**

UND **NICHT** CBD!

FAZIT AUSGANGSLAGE

- Pathophysiologisch und pharmakologisch machen Cannabinoide Sinn
- Schon immer Ausnahme
- Verordnung ohne Zulassung
- Bunter Strauß von Indikationen
- JETZT wieder in **ärztlicher Verantwortung**

WAS SAGT DIE EVIDENZ??

EVIDENZ

EVIDENZ IM SINNE DES GESETZES

Versicherte mit einer **schwerwiegenden Erkrankung** haben Anspruch auf eine Versorgung mit Cannabis, wenn

1. eine **allgemein anerkannte**, dem medizinischen Standard entsprechende **Leistung**

a) **nicht** zur **Verfügung** steht oder

b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkung und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten **nicht zur Anwendung** kommen kann,

2. eine **nicht ganz entfernt liegende Aussicht** auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

EVIDENZ IM SINNE DES GESETZES

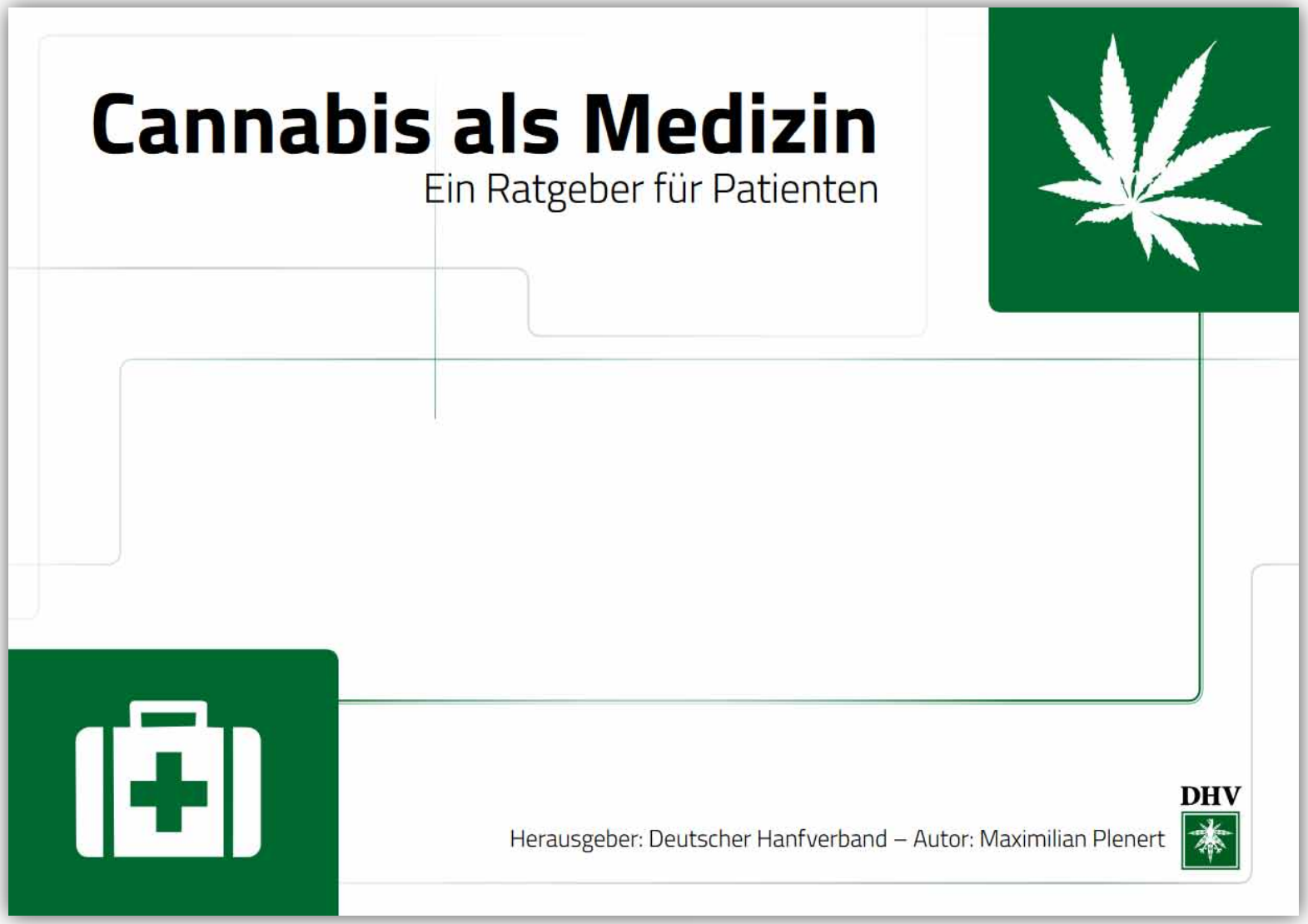
A) Vorliegen einer **schwerwiegenden Erkrankung**

B) Medizinische Leistung **steht nicht** zur **Verfügung** steht
Vertr nmen.

C) Es be **Aussicht** auf e uf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende **Symptome** besteht.

PRINZIP HOFFNUNG

GROßE FREUDE…



https://hanfverband.de

EMPFEHLUNGEN

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Bei welchen Diagnosen kann Cannabis als Medizin helfen?

Die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin nennt explizit folgende Diagnosen:

- Spastik bei Multipler Sklerose oder Querschnittserkrankungen
- Bewegungsstörungen bei Tourette-Syndrom
- Schme
  zen, en
- Schme
  und Alt
- Appetit
- Magen
  und Ek
  bei Mo
- Übelkei
- Glauko
- Epileps
- Abhängigkeit und Entzugssymptome bei Benzodiazepin-, Opiat- und Alkoholabhängigkeit
- Asthma

heit

PRINZIP HYPE

Eine individuelle Kosten-Nutzen-Analyse ist wie bei jedem Medikament notwendig! Sowohl Cannabis als auch bestehende Medikamente wirken bei einigen Patienten sehr gut, bei anderen schlecht oder gar nicht.

https://hanfverband.de

ein weiter Blick……

NEUROPATHISCHER SCHMERZ

STUDIENEIGENSCHAFTEN

- 15 Studien aufgenommen:
  7 Studien bis 4 Wochen, 6 St. 4-12 Wochen
  2 Studien 12-24 Wochen
- 11 S on öffe
- Add-on unter Fortf. der Komedikation
- nur 4 Studien keine Angaben zur Diagnostik
- 10 x THC/CBD-Spray
- 3 x (teil)synthetisch , 2 x Medizinalhanf

Ein buntes Gemisch

Petzke et al. Schmerz 2016

30 % SCHMERZLINDERUNG

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Studie oder Subgruppe	Cannabinoide Ereignisse	Cannabinoide Gesamt	Placebo Ereignisse	Placebo Gesamt	Gewichtung	Risikodifferenz IV, zufällig, 95%-KI
1.2.1 Zentraler Schmerz – multiple Sklerose						
Langford 2013 THC/CBD	83	167	77	172	16,8%	0,05 [-0,06, 0,16]
Rog 2005 THC/CBD	15	34	4	32	7,9%	0,32 [0,11, 0,52]
Untergesamtheit (95%-KI)		**201**		**204**	**24,7%**	**0,17 [-0,09, 0,43]**
Ereignisse gesamt	98		81			
Heterogenität: Tau² = 0,03; Chi² = 5,23, df = 1 (p = 0,02); I² = 81%						
Test for overall effect: Z = 1,27 (p = 0,20)						
1.2.3 Peripherer Schmerz – Plexusverletzung						
Berman 2004 THC/CBD	18	46	6	24	6,9%	0,14 [-0,08, 0,36]
Berman 2004 THC/CBD	16	47	7	24	6,7%	0,05 [-0,18, 0,28]
Untergesamtheit (95%-KI)		**93**		**48**	**13,5%**	**0,10 [-0,06, 0,25]**
Ereignisse gesamt	34		13			
Heterogenität: Tau² = 0,00; Chi² = 0,32, df = 1 (p = 0,57); I² = 0%						
Test des Gesamteffekts: Z = 1,18 (p = 0,24)						
1.2.4 Peripherer Schmerz – diabetische Polyneuropathie						
NCT00710424 THC/CBD	54	149	59	148	16,2%	-0,04 [-0,15, 0,07]
Selvarajah 2010 THC/CBD	8	15	9	15	3,2%	-0,07 [-0,42, 0,29]
Untergesamtheit (95%-KI)		**164**		**163**	**19,4%**	**-0,04 [-0,14, 0,07]**
Ereignisse gesamt	62		68			
Heterogenität: Tau² = 0,00; Chi² = 0,03, df = 1 (p = 0,87); I² = 0%						
Test des Gesamteffekts: Z = 0,72 (p = 0,47)						
1.2.5 Peripherer Schmerz – chemotherapieinduzierte Neuropathie						
Lynch 2014 THC/CBD	5	18	3	18	5,1%	0,11 [-0,16, 0,38]
Untergesamtheit (95%-KI)		**18**		**18**	**5,1%**	**0,11 [-0,16, 0,38]**
Ereignisse gesamt	5		3			
Heterogenität: nicht anwendbar						
Test des Gesamteffekts: Z = 0,81 (p = 0,42)						
1.2.6 Peripherer Schmerz – HIV-Neuropathie						
Ellis 2009 Medizinalhanf	13	28	5	28	6,4%	0,29 [0,05, 0,52]
Untergesamtheit (95%-KI)		**28**		**28**	**6,4%**	**0,29 [0,05, 0,52]**
Ereignisse gesamt	13		5			
Heterogenität: nicht anwendbar						
Test des Gesamteffekts: Z = 2,40 (p = 0,02)						
1.2.7 Peripherer Schmerz – Polyneuropathie unterschiedlicher Ätiologie						
Nurmikko 2007 THC/CBD	16	63	9	62	12,9%	0,11 [-0,03, 0,25]
Serpell 2014 THC/CBD	34	128	19	128	17,9%	0,12 [0,02, 0,22]
Untergesamtheit (95%-KI)		**191**		**190**	**30,8%**	**0,11 [0,03, 0,19]**
Ereignisse gesamt	50		28			
Heterogenität: Tau² = 0,00; Chi² = 0,01, df = 1 (p = 0,92); I² = 0%						
Test des Gesamteffekts: Z = 2,80 (p = 0,005)						
Gesamt (95%-KI)		**695**		**651**	**100,0%**	**0,10 [0,03, 0,16]**
Ereignisse gesamt	262		198			
Heterogenität: Tau² = 0,00; Chi² = 14,54, df = 9 (p = 0,10); I² = 38%						
Test des Gesamteffekts: Z = 2,85 (p = 0,004)						
Test auf Subgruppenunterschiede: Chi² = 9,12, df = 5 (p = 0,10), I² = 45,2%						

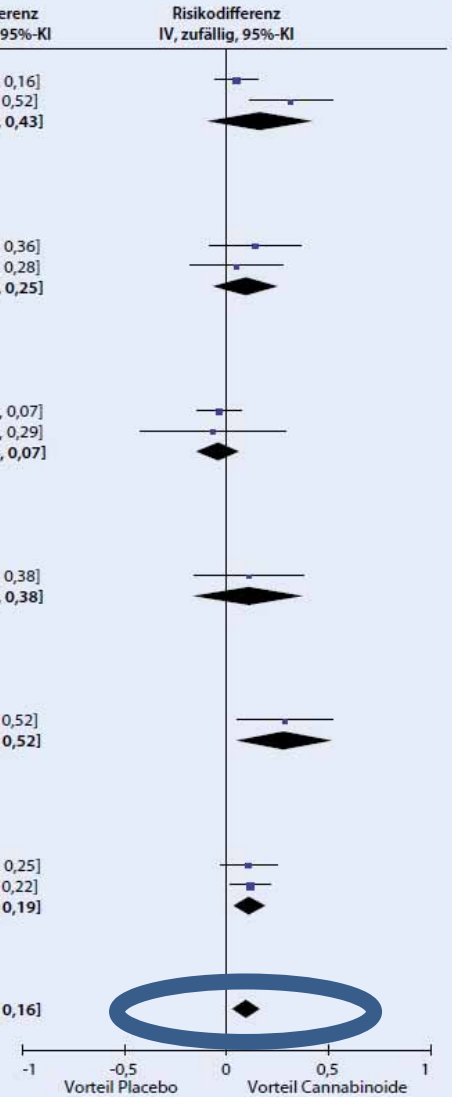


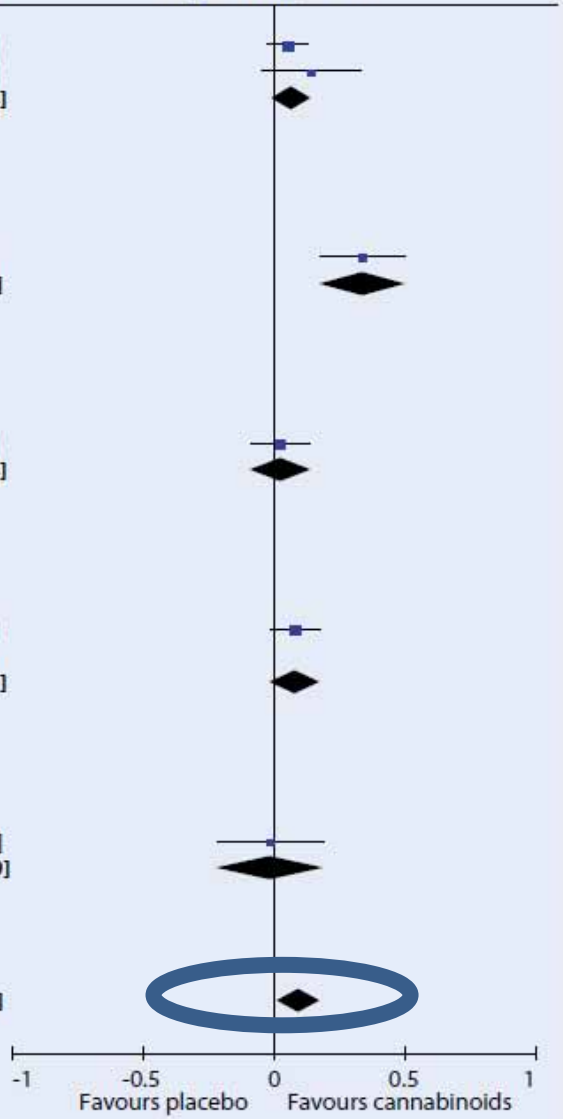
Abb. 4 ▲ Effektschätzer (Risikodifferenzen) der ≥ 30 %igen Schmerzreduktion am Behandlungsende. *95 %-KI* 95 %-Konfidenzintervall; *CBD* Cannabidiol; *IV* Instrumentvariable; *THC* Tetrahydrocannabinol

Petzke et al. Schmerz 2016

ALLGEMEINE VERBESSERUNG

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Study or Subgroup	Cannabinoids Events	Cannabinoids Total	Placebo Events	Placebo Total	Weight	Risk Difference IV, Random, 95% CI
1.4.1 Central pain - multiple sclerosis						
Langford 2013 THC/CBD	31	165	23	166	23.8%	0.05 [-0.03, 0.13]
Rog 2005 THC/CBD	9	34	4	32	11.6%	0.14 [-0.05, 0.33]
Subtotal (95% CI)		**199**		**198**	**35.4%**	**0.06 [-0.01, 0.14]**
Total events	40		27			
Heterogeneity: $Tau^2 = 0.00$; $Chi^2 = 0.76$, df = 1 (P = 0.38); $I^2 = 0\%$						
Test for overall effect: Z = 1.69 (P = 0.09)						
1.4.2 Central pain - spinal cord injury						
NCT 01606202 THC/CBD	30	56	12	60	13.5%	0.34 [0.17, 0.50]
Subtotal (95% CI)		**56**		**60**	**13.5%**	**0.34 [0.17, 0.50]**
Total events	30		12			
Heterogeneity: Not applicable						
Test for overall effect: Z = 3.98 (P < 0.0001)						
1.4.3 Peripheral pain - diabetic polyneuropathy						
NCT00710424 THC/CBD	53	140	50	141	19.3%	0.02 [-0.09, 0.14]
Subtotal (95% CI)		**140**		**141**	**19.3%**	**0.02 [-0.09, 0.14]**
Total events	53		50			
Heterogeneity: Not applicable						
Test for overall effect: Z = 0.42 (P = 0.68)						
1.4.6 Peripheral pain - polyneuropathy of various etiologies						
Serpell 2014 THC/CBD	24	117	14	111	21.5%	0.08 [-0.02, 0.17]
Ware 2010 Medizinalhanf	0	0	0	0		Not estimable
Subtotal (95% CI)		**117**		**111**	**21.5%**	**0.08 [-0.02, 0.17]**
Total events	24		14			
Heterogeneity: Not applicable						
Test for overall effect: Z = 1.62 (P = 0.11)						
1.4.7 Peripheral and central pain of various etiologies						
NCT 01606176 THC/CBD	9	36	9	34	10.3%	-0.01 [-0.22, 0.19]
Subtotal (95% CI)		**36**		**34**	**10.3%**	**-0.01 [-0.22, 0.19]**
Total events	9		9			
Heterogeneity: Not applicable						
Test for overall effect: Z = 0.14 (P = 0.89)						
Total (95% CI)		**548**		**544**	**100.0%**	**0.09 [0.01, 0.17]**
Total events	156		112			
Heterogeneity: $Tau^2 = 0.01$; $Chi^2 = 11.93$, df = 5 (P = 0.04); $I^2 = 58\%$						
Test for overall effect: Z = 2.27 (P = 0.02)						
Test for subgroup differences: $Chi^2 = 11.17$, df = 4 (P = 0.02), $I^2 = 64.2\%$						



Petzke et al. Schmerz 2016

SPONSOR

- Pharmastudien sind im Trend besser wirksam
- Aber mit mehr NW
- In Nicht-Pharmastudien weniger Cannabis-naive Patienten

Petzke et al. Schmerz 2016

WIRKUNG/NEBENWIRKUNG NEUROPATHISCHER SCHMERZ

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

- Geringe Wirkeffekte für mehrere der Ergebnisparameter
  - NNTB (**30% Schmerzlinderung**): **10** (6-33)
- Relevante zentrale NW
  - NNH für zentralnervöse NW 3 (2 - 4)
  - NNH für psychiatrische NW 8 (7 – 12)
  - NNTH (**Abbruch** wegen NW): **aber nur 25** (16-100)
  - Keine schweren NW in den Studienzeiträumen

MEDICAL MARIJUANA

- Nur Studien zu neuropathischen Schmerzen
- 6 Studien
- Dosisfindung
- Max. 5 Tage Dauer
- Höhere Dosen nicht sinnvoll < 34 mg THC/Tag

Conclusion

The current evidence suggests that very low-dose medical marijuana (<34 mg/d) is associated with an improvement in refractory neuropathic pain of moderate severity in adults using concurrent analgesics. There were no studies evaluating other CNCP causes including rheumatologic conditions.[25] The generalizability of the results in CNCP is limited by factors such as the quality of studies, small sample sizes, very short duration, and dose and scheduling variability. Neurocognitive adverse effects such as learning, memory, and psychomotor deficits are common even with low-dose, short-term use but they appear well tolerated. However, the longer-term consequences of medical marijuana still remain unknown. These findings are consistent with existing guidance documents.[10] Future trials should consider incorporation of standard outcome measures beyond pain, such as function and quality of life, similar to other interventions in CNCP.[26] It might also be advantageous to enable prospective observational studies through creation of registries, protocols, and mandatory reporting of adverse events. Without additional evidence and a clear understanding as to the indications for and dosing of cannabis, there remains a risk that clinicians might unwittingly propagate similar issues that we now face with opioids in the management of CNCP.

Desphande et al 2015, Can J Pain

EMPFEHLUNGEN NEUROPATHISCHER SCHMERZ

„Drittlinien“-Therapie **nach** Versagen etablierter Therapieoptionen

Entsprechende Empfehlung durch die Canadian Pain Society

Aber: Für eine Zulassung hat/hätte es nicht gereicht!

RHEUMATOLOGIE

EVIDENZ RHEUMATOLOGIE

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Table 1. Randomized controlled trials assessing cannabinoids in the treatment of rheumatic conditions*

Author, year (ref.)	Agent (control group)	Population	Outcome measure	Duration of treatment	Efficacy	Safety	Risk of bias and comments
Blake et al, 2006 (20)	Nabiximols (placebo)	RA (n = 58)	Primary Morning pain on	5 weeks	Improved pain on movement, pain	2 serious AEs in placebo group	High risk of bias No comment
Skrabek et al, 2008 (22)							bias e from
			FIQ depression FIQ fatigue FIQ anxiety FIQ total score			Minutiae, vertigo, cognitive effects	
Ware et al, 2010 (23)	Nabilone 0.5–1 mg (amitriptyline 10–20 mg)	FM (n = 31)	Primary Quality of sleep (ISI and LSEQ)	2 weeks each study period and 2 weeks	Improved ISI No differences for LSEQ, MPQ,	No serious AEs 1 withdrawal due to AE in	High risk of bias Nabilone judged noninferior to
			treatment				
Huggins et al, 2012 (21)	PF-04457845 (placebo or naproxen 500 mg bid vs. placebo)†	Knee OA (n = 74)	WOMAC pain WOMAC stiffness WOMAC physical function WOMAC total score Daily pain Use of rescue medication	2 weeks	Study stopped at interim analysis due to futility	No serious AEs	Risk of bias not applicable as study stopped at interim due to futility

* RA = rheumatoid arthritis; VAS = visual analog scale; SF-MPQ = short form McGill Pain Questionnaire; DAS28 = Disease Activity Score in 28 joints; AEs = adverse events; bid = twice a day; FM = fibromyalgia; FIQ = Fibromyalgia Impact Questionnaire; ISI = Insomnia Severity Index; LSEQ = Leeds Sleep Evaluation Questionnaire; OA = osteoarthritis; WOMAC = Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index.
† Irreversible fatty acid amide hydrolase-1 inhibitor PF-04457845.

In view of the considerable limitations of the studies examined in this review, including small sample sizes, short duration, only modest efficacy, and a high rate of mild to moderate adverse effects, it is not currently possible to recommend this category of treatments as therapy for patients with rheumatic diseases. Any conclusions

Keine Studie zu gerauchtem Cannabis

Fitzcharles Arthritis Care Res 2016

OPEN ACCESS Freely available online PLoS one

Ca on
Sy e

Jime
1 Huma ma de Barcelona,
Barcelo

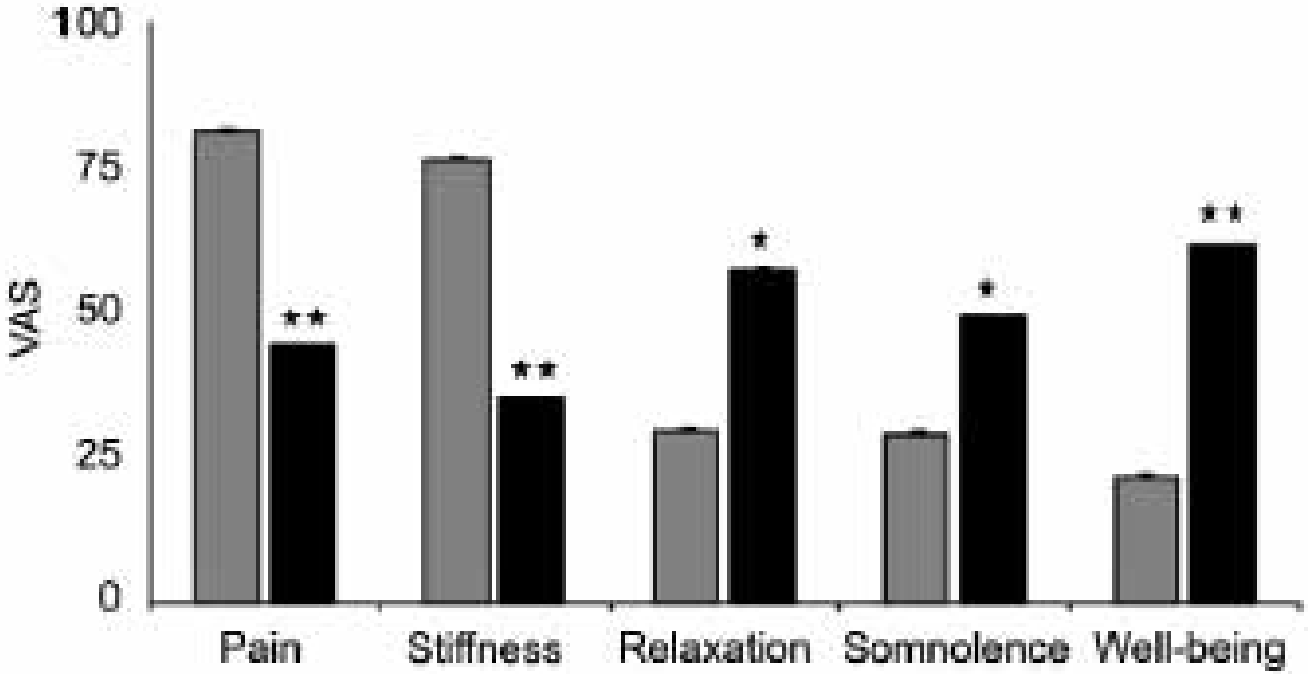


Figure 2. Perceived effects of cannabis self-administration. Note: Perceived benefits of cannabis recorded by patients on a range of symptoms using 100-mm VAS scales before and at 2 hours of cannabis consumptions. Grey bars: pre-cannabis; black bars: post-cannabis. * * = $p<0.001$; * = $p<0.05$.

2011

EMPFEHLUNG RHEUMATOLOGIE

?

- Weitere Forschung notwendig!
- Empfehlung Kanada:
  Bei FMS mit Schlafstörungen.
- Negative Empfehlung S3-LL FMS:
  Gabe sollte nicht erfolgen

LL-SEMANTIK

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Empfehlungsgrad	Formulierung	Bedeutung
Starke positive Empfehlung	„Soll“	Die meisten Patienten sollen die Therapie erhalten, da für die meisten Patienten eine positive Nutzen-Risiko-Bilanz besteht
Positive Empfehlung	„Sollte“	Die Mehrheit der Patienten soll die Behandlung erhalten. Auf Grund medizinischer Gründe und/oder Patientenpräferenzen erhalten viele Patienten die Therapie nicht.
Offen	„Kann angewendet werden“ „kann verzichtet werden	Datenlage unsicher. Einige Patienten können die Therapie erhalten. Bei einigen Patienten kann auf die Therapie verzichtet werden.
KKP (Klinischer Konsens-Punkt)	„Standard in der Behandlung“	Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und auf Grund der klinischen Erfahrung der Leitliniengruppe als ein Standard der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist
Negative Empfehlung	**„Sollte nicht“**	**Die Mehrheit der Patienten sollte die Behandlung nicht erhalten.**
Starke negative Empfehlung	„Soll nicht“	Die meisten Patienten sollen die Behandlung nicht erhalten.

AWMF 2018

WEITERE INDIKATIONEN

SPASTIZITÄT

- Geringe Evidenz aus 14 RCT (11 MS, 3 Paraplegie) mit 2280 Patienten
- Besserung subjektive Einschätzung, kein signifikanter Effekt für Ashworth-Skala
- Zulassung

Whiting et al. 2015, JAMA

TUMORSCHMERZEN

- Trend für Besserung Schmerz, nicht für Kalorienaufnahme und Schlafstörungen
- In zwei aktuellen Studien mit THC/CBD Spray: Trend für Schmerz und LQ Lichtman JPSM 2017
  Kein Effekt Schmerz (außer US pat. <65 Jahre) Fallon BrJPain 2017

Tafelsky et al. Schmerz 2016
Mücke et al. Schmerz 2016

SAMMLUNG „EXTERNE“ EVIDENZ
CAPRIS
CANNABIS POTENTIAL UND RISIKEN

CAPRIS

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Cannabis: Potential und Risiken.

- Bei **„chronischen Schmerzen“** liegen **überwiegend Belege für eine leichte Schmerzreduktion** und verschiedene Verbesserungen in Sekundärmaßen im Vergleich zum Placebo vor. Cannabisarzneimittel wurden in der Regel in Kombination mit Analgetika verabreicht. Die Daten sprechen derzeit **eher nicht** für eine **substantielle Reduktion** der Symptomatik.
- Bei **„Spastizität bei Multipler Sklerose und Paraplegie“** liegen ebenfalls **„subjektive“, jedoch nicht ausreichend objektivierbare Hinweise** für eine Besserung der Symptomatik vor.

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/171127_Kurzbericht_CAPRis.pdf

CAPRIS

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Cannabis: Potential und Risiken.

- **Inkonsistente Ergebnisse** bei meist unzureichender Studienlage liegen im Bereich der **gastrointestinalen**, **neuroinflammatorischen**, **neurologischen** und **psychischen** Erkrankungen vor.
- Hinsichtlich der Verträglichkeit und Sicherheit der Cannabisarzneimittel zeigt die Studienlage klar, dass **Nebenwirkungen** der Cannabisarzneimittel durchaus **gehäuft auftreten können**, meist aber **transient und nicht schwerwiegend** sind.

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht/171127_Kurzbericht_CAPRis.pdf

Evidenz - ein Tunnelblick ?

WEITERE (MÖGLICHE) EVIDENZ

- Spareffekt für Opioide und Koanalgetika (für die Klinik nicht sicher nachgewiesen)
- Positive Effekte erst nach längerer Zeit? (Langzeitstudien zeigen anhaltende Effekte bei Respondern)
- Andere Effekte als Schmerz (z.B. Schlaf, Akzeptanz, etc……)

FAZIT EVIDENZ

KEINE Grundlage für einen HYPE

ABER für HOFFNUNG im Sinne des Gesetzes

SEGEN ODER FLUCH

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

OPIOIDE

- Relevanter Segen
- (?) Langzeittherapie

CANNABINOIDE

- Segen im Einzelfall

OPIOIDE

- Bei richtiger Anwendung bisher wenig Fluch (D)
- aber mit hohem Potential (USA > Kanada > AUS)

CANNABINOIDE

- (?) Bisher wenig Fluch bei med. Anwendung

SICHERHEIT

Auf medizinisches Cannabis übertragbar?

Table 2. L… of Marijuana on Health…

Effect	Overall Level of Confidence*
Addiction to marijuana and other substances	High
Abnormal brain development	Medium
Progression to use of other drugs	Medium
Schizophrenia	Medium
Depression or anxiety	Medium
Diminished lifetime achievement	High
Motor vehicle accidents	High
Symptoms of chronic bronchitis	High
Lung cancer	Low

2014

OFFENE FRAGEN

- Emotionale und kognitive Entwicklung unter Therapie (auch im Alter)
- Häufig Selbst(Bedarfs-)medikation
- Psychomotorische Effekte……Fahrsicherheit
- Psychologische (negative Effekte)
  - Depression, Angststörungen , Suizidalität
  - Einstieg in die „Drogen“-Welt ??
  - Abhängigkeit
- Respiratorische und kardiovaskuläre Effekte

KK-DATEN

TK-BERICHT ARZTGRUPPEN

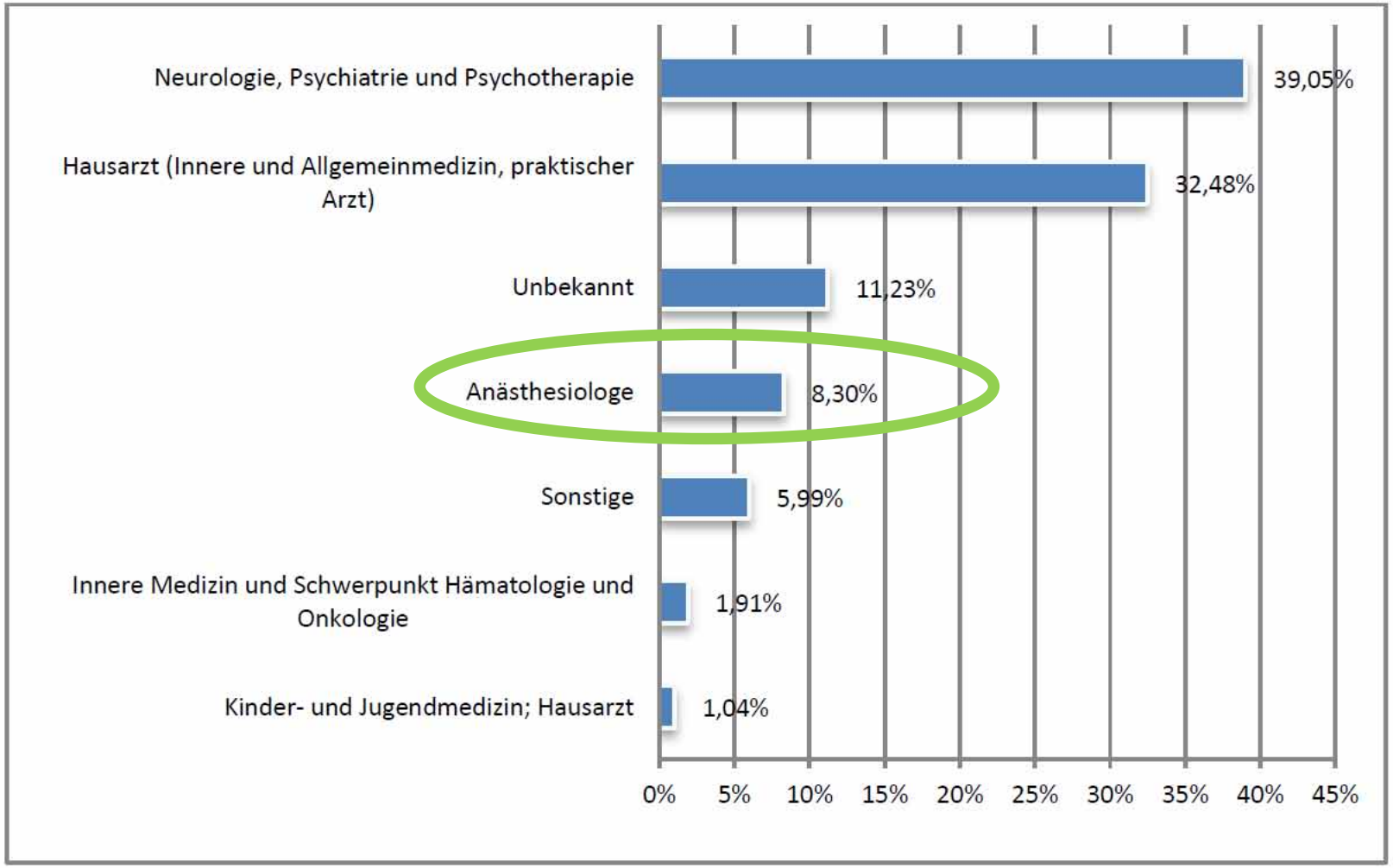
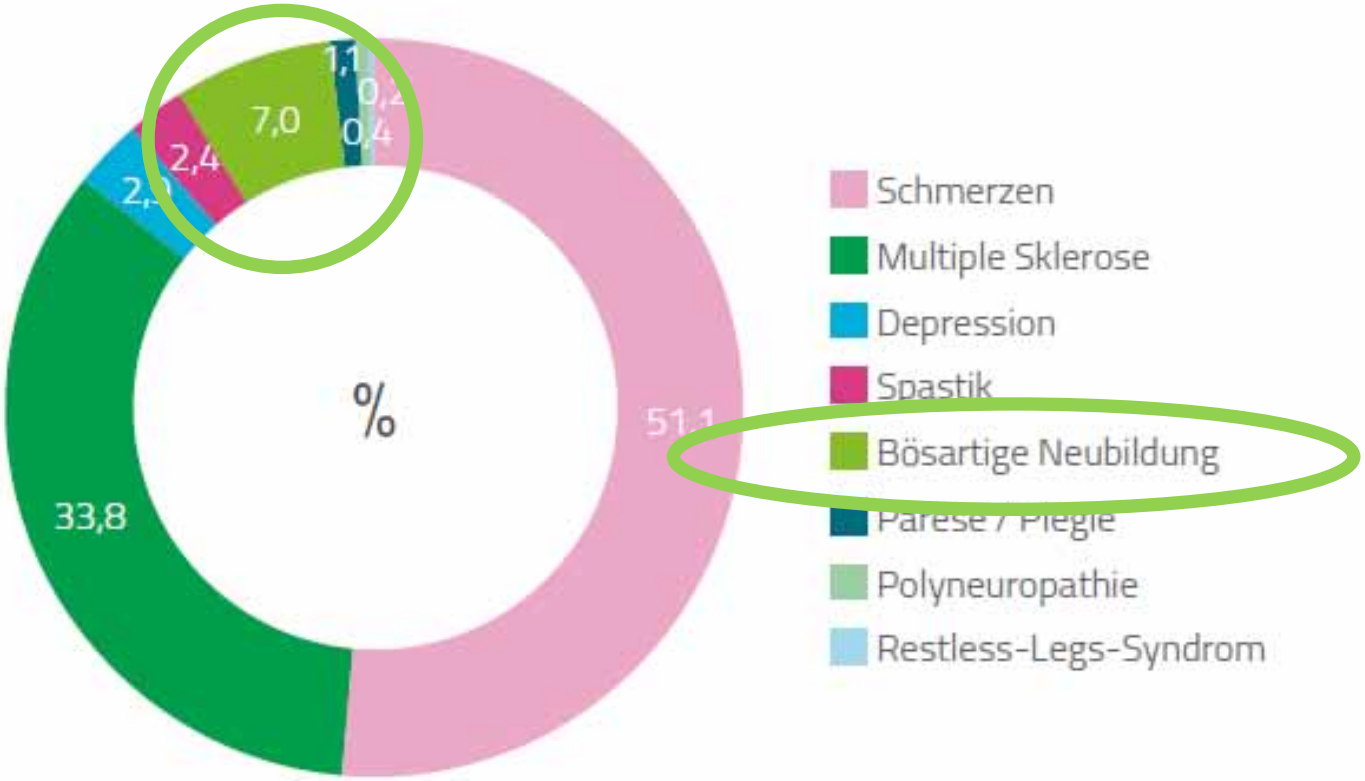


Abbildung 10: Cannabis verordnende Ärztegruppen in Prozent (2017)

BARMER - INDIKATIONEN

Abbildung 5: Abschätzung zur Häufigkeit der Indikationen zur Cannabisverordnung



Quelle: BARMER-Daten 2017

FAZIT

- Die neue Lage bringt uns in die Defensive
- Wer hat eine „schwerwiegende Erkrankung“ in der Schmerzmedizin ?
- Prinzip Hoffnung verwässert unsere Konzepte:
  - Schnelle Erleichterung statt mühsamer Auseinandersetzung
  - Evidenz ist nur noch „Tunnelblick“ ?
- Unklare Langzeitfolgen bei „weicher/falscher“ Indikation

FAZIT

- Abgrenzung vom Gebrauch als Genussmittel oder „wellness“ (CBD?)
- Sachliche Information !
  Wenig Nutzen, vermutlich (kurzfristig) wenig Schaden
- Fast immer individueller Heilversuch
- Definierte Substanzen vorziehen
  - Rationale Therapie möglich
  - Die meiste Evidenz

28,95
Wollen Sie
eine Tüte?
Danke,
Frollein,
Wenn ich jetzt
kiffe, vergess
ich wieder die
Hälfte.