

Opium und Cannabis – zwei Panaceae in der Schmerztherapie?

R. Sabatowski^{1,2}, G. Goßrau¹, R. Scharnagel^{1,2}

Einleitung

Ende des 20. Jahrhunderts begann der Siegeszug der Opiode in der Schmerztherapie. Noch bis weit in das späte 20. Jahrhundert wurden diese Substanzen fast ausschließlich zur Behandlung von Tumorschmerzen eingesetzt. Im Verlauf kam es dann zu einer Ausweitung des Indikationsspektrums, das zu einem immensen Bedeutungsgewinn in weiten Bereichen der Schmerztherapie führte, der – im Nachhinein betrachtet – durchaus auch kritisch zu bewerten ist.

Vor wenigen Jahren rückten dann auch die Cannabinoide wieder in den Fokus der medizinischen Anwendung und ihnen wird eine hohe Bedeutung unter anderem in der Behandlung unterschiedlichster Schmerzsyndrome zugesprochen.

In diesem Beitrag sollen problematische Mechanismen, die den Einsatz von Opioiden begünstigten, und gleichzeitig vergleichbare Tendenzen bei der Etablierung von Cannabinoiden aufgezeigt werden, sodass die Leserinnen und Leser ermutigt werden, sich aus einer medizinisch eher unüblichen Perspektive mit diesem Thema kritisch auseinanderzusetzen.

¹ UniversitätsSchmerzCentrum, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“, Technische Universität Dresden

² Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“, Technische Universität Dresden



Opium hat kultur- und medizingeschichtlich eine ebenso lange Tradition wie Cannabis

Kapitel 1

„Opium! dread agent of unimaginable pleasure and pain!“ (Thomas de Quincey)[1]

Um die durchaus auch tragischen Aspekte des Einsatzes von Opium und seinen Derivaten zu verstehen, ist ein Blick in die Medizingeschichte hilfreich. Opium, der getrocknete Saft der Schlafmohnkapsel, wurde zwar schon seit vielen tausend Jahren in unterschiedlichen Kombinationen, Anwendungsgebieten und Kulturen eingesetzt, unser moderneres Verständnis dieser Substanz beginnt aber erst im 19. Jahrhundert mit dem Pharmazeuten Friedrich Wilhelm Adam Ferdinand Sertürner (1783 – 1841), dem es 1805 als erstem gelang, aus dem Opium das Alkaloid Morphin, den schlaffördernden Faktor („principium somniferum“), zu isolieren [2]. Nur drei Jahrzehnte später (1840) begann die Firma Merck & Co. aus Darmstadt mit dessen industrieller Produktion. Mit Einführung der Hohladeln (Charles Gabriel Pravaz; 1831 – 1892) und Spritzen (Alexander Wood;

1817 – 1884) in den 1850er Jahren wurde in den großen Kriegen in Nordamerika (Amerikanischer Bürgerkrieg; 1861 – 1865) und Zentraleuropa (Deutsch-Französischer Krieg; 1870/71) in der Behandlung der Verwundeten die subkutane Morphinapplikation mit breiter Akzeptanz eingesetzt. Dies wurde durch die Vorstellung begünstigt, dass es bei der subkutanen im Gegensatz zu der oralen Verabreichung von Morphin keine unangenehmen Nebenwirkungen gebe [3]. T. L. Brunton berichtete 1899 von einer Beobachtung, die er bei einem befreundeten Arzt aus Bonn gemacht hatte.

Prof. Binz „went about armed with a bottle of morphine solution and a hypodermic syringe, and before a (wounded) man was removed he gave him a subcutaneous injection, which put the man to sleep, prevented any pain [...] so that the patient was in a better condition“ [4]. Diese Erfahrungen und Einstellungen blieben jedoch nicht ohne negative Folgen: So stellte man fest, dass es nach der abgeschlos-

senen Behandlung von Kriegsverwundeten eine große Zahl von betroffenen Soldaten gab, die morphinabhängig und damit zu sogenannten „Morphinisten“ geworden waren – im 20. Jahrhundert wurde hierfür der Begriff „soldier's disease“ eingeführt [2]. Dennoch stellte noch 1895 die British Royal Opium Commission fest, dass Opiumgebrauch weder „physischen noch moralischen Verfall bewirke“ [5].

Auf der Suche nach weniger suchterzeugenden Substituten wurde 1874 erstmalig Diacetylmorphin synthetisiert; 1897 entwickelte der Chemiker Dr. Felix Hofmann (1868 – 1946) Acetylierungsverfahren zur Herstellung der Acetylsalicylsäure (Aspirin®) und von Diacetylmorphin (Heroin®), die die industrielle Produktion dieser Substanzen durch die Elberfelder „Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.“ ermöglichte [6]. Die Firma Bayer bewarb Heroin neben vielen weiteren Indikationen als Schmerz- und Hustenmittel sowie als nicht süchtig machendes Medikament gegen die Entzugssymptome von Morphin und Opium. Diese Annahme bestätigte sich nicht, ganz im Gegenteil wurde die Heroinabhängigkeit vor allem in den USA zu einem wachsenden gesellschaftlichen Problem. Heroin war bis zu diesem Zeitpunkt ohne Einschränkungen durch ärztliche Verordnungen in den unterschiedlichsten Verabreichungsformen erhältlich und auch breit zugänglich, was einem nichtmedizinischen Gebrauch Vorschub leistete [2]. Diese frühe zweite „Epidemie“ eines Opioids – nach den Erfahrungen aus den Kriegen – führte nicht zuletzt auch im Zuge der Prohibition 1914 zu ersten regulatorischen Beschränkungen in den USA [7]. Das erste internationale Opiumabkommen von 1912 sollte den Gebrauch von Opiumalkaloiden, unter anderem auch Morphin und Diacetylmorphin regeln. In Deutschland erfolgte die Ratifizie-

rung dieses Abkommens erst 1929 in der Weimarer Republik mit dem ersten Opiumgesetz, das 1971 in der BRD durch das in revidierter Form noch heute geltende Betäubungsmittelgesetz abgelöst wurde [8].

Erst im Verlauf des 20. Jahrhunderts entwickelte sich ein Verständnis dafür, dass es sich bei von „Morphinismus“ Betroffenen nicht um ein rein juristisch zu regulierendes Problem, sondern um eine behandlungsbedürftige Suchterkrankung handelte, die unter anderem in ausgewählten Fällen auch eine rechtssichere Möglichkeit zur kontrollierten Substitution erfordert.

Geschichtlich interessant ist die gegenläufige Entwicklung der beiden zeitgleich entwickelten Medikamente Heroin und Aspirin. Aufgrund seines ausgeprägten Suchtpotenzials ist Heroin inzwischen ein nicht verkehrs- und nicht verschreibungsfähiges Betäubungsmittel. Dagegen ist Aspirin, dessen Beliebtheit unter anderem auf die effektive Linderung der Allgemeinsymptome der Spanischen Grippe zurückgeht, trotz seines erheblich organschädigenden Potenzials weiterhin eines der weltweit meistverwendeten Schmerzmittel überhaupt.

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts wurden zahlreiche weitere Opiode synthetisiert und in der klinischen Versorgung eingesetzt (unter anderem Oxycodon 1915, Hydromorphon 1926, Pethidin 1939) [2]. Im Jahr 1983 war erstmalig ein retardiertes Morphinpräparat (MS Contin®) verfügbar. Durch dessen verlängerte kontinuierliche Wirkstoffabgabe konnte so eine relevante Verbesserung der Versorgungssituation von Krebspatienten erzielt werden [2]. Interessanterweise unterließ die produzierende Firma in den USA den Zulassungsprozess der Arzneimittelbehörde und brachte die Substanz ohne Zulassung durch die FDA in Umlauf. Aufgrund der so geschaffenen Tatsachen (viele Patienten wurden

bereits mit dem retardierten Präparat behandelt) und politischer Einflussnahme blieb das Medikament auf dem Markt [9]. In der Kombination mit den 1986 erstmalig publizierten WHO-Empfehlungen zur Behandlung von Tumorschmerzen, in denen im Stufenschema der Einsatz von Opioiden empfohlen wurde, brachte die Einführung eines retardierten Präparats durchaus Vorteile für Krebspatienten und verbesserte die Versorgung von Tumorschmerzpatienten nachhaltig. Darüber hinaus stieg die Akzeptanz für den Einsatz von Opioiden in der Behandlung von Tumorschmerzen weltweit.

Die zunehmende Anwendung dieser wichtigen Medikamentengruppe hatte auch Schattenseiten. Anfang der 1990er Jahre wurden zuerst durch den Neurologen R. K. Portenoy aus New York, kurz danach aber auch von dem deutschen Anästhesisten M. Zenz aus Bochum, Fallserien publiziert, in denen berichtet wurde, dass auch Patienten, die an chronischen, nicht-tumorbedingten Schmerzen litten, von einer Opioidbehandlung profitieren würden und es wurde die Frage in den Raum gestellt, ob es ethisch vertretbar sei, Patienten eine effektive Behandlung vorzuenthalten, nur, weil sie keine Tumorerkrankung hatten [10–12]. Zahlreiche Publikationen in der Folge belegten die Effektivität von Opioiden bei den unterschiedlichsten nicht-tumorbedingten Schmerzerkrankungen und entsprechend wuchs auch in der Ärzteschaft die Bereitschaft, diese Substanzen zunehmend breiter einzusetzen. Begleitet wurde dies von intensiven Marketingstrategien seitens der pharmazeutischen Industrie und nicht evidenzbasierten Annahmen, wie „retardierte Opiode führen in der Schmerztherapie nicht zur Abhängigkeit“, „wenn ein Opioid den Schmerz nicht ausreichend reduziert, ist dies ein Problem der zu geringen Dosierung“, die von vielen

Ärzten kritiklos übernommen wurden. Auch wurde nicht nach der Diagnose der Grunderkrankung differenziert, vielmehr hieß es: „Die Indikation für eine Opioidtherapie wird durch die Stärke der Schmerzen bestimmt, nicht durch die Diagnose“ [11]. Eine fatale Fehleinschätzung, wie man heute weiß. Die Folge waren unter anderem Patienten mit exorbitant hohen Opioiddosierungen, deren Schmerz in der Regel dennoch nicht ausreichend kontrolliert war.

Auch „gesundheitspolitische“ Strategien und Projekte, wie das „Schmerzfreie Krankenhaus“ oder das „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“, beide gefördert durch dasselbe Pharmaunternehmen, hatten zur Folge, dass die Forderung nach einem „Recht auf Schmerzfreiheit“ – im Gegensatz zu einem Recht auf adäquate medizinische Schmerzbehandlung – auch in der Bevölkerung immer mehr in den Fokus geriet und die von denselben Unternehmen angebotenen Behandlungsoptionen mit Opioidanalgetika in diesem Zusammenhang als wirkmächtige Lösung erachtet wurden [13, 14].

Zwischenzeitlich gipfelte der Versuch, eine Gewinnmaximierung durch eine Markterweiterung für Opioide zu erzielen, in der Initiative eines Unternehmens, welches schnell freisetzendes Fentanyl, das bisher ausschließlich zur Behandlung des Durchbruchschmerzes bei starken Tumorschmerzen zugelassen war, durch fragwürdige Studien für den Bereich des chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzes zu öffnen [15–17]. Der Einsatz buccaler, transmucosaler oder nasaler Applikationsformen von Fentanyl führt allerdings aufgrund der extrem schnellen Anflutungskinetik dieser Formulierungen zu einem unkalkulierbaren hohen Risiko der Abhängigkeitsentwicklung mit der daraus resultierenden Morbiditätserhöhung. Entsprechende Anträge bei der European Medicines Agency (EMA)

wurden mit Hinweisen auf unter anderem eine unzureichende Basistherapie der Studienpopulation und zahlreichen berichteten Fällen von Medikamentenmissbrauch während der Studienteilnahme trotz vorselektierter Patienten und kontrollierter Rahmenbedingungen abgelehnt. Das einreichende Pharmaunternehmen zog daraufhin 2013 seinen Antrag auf Zulassungserweiterung für „breakthrough pain“ bei nicht-tumorbedingten Schmerzen zurück [18].

Mit der Zeit wuchsen die Zweifel an dem Konzept des unkritischen und damit auch zunehmenden Einsatzes der Opioidanalgetika und es wurden in Deutschland im Jahr 2002 erstmalig Leitlinien für die Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (CONTS; Konsensbildung zu Opioidlangzeitanwendung bei Nicht-Tumorbedingten Schmerzen) veröffentlicht [19]. Diese Leitlinien wurden in der Folge immer wieder überarbeitet und aktualisiert (LONTS-Leitlinien) [20, 21]. Sie beinhalten klare und evidenzbasierte Empfehlungen zum Einsatz von Opioiden bei Patienten, die unter chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen leiden. Im Rahmen dieser Leitlinie wurden Schmerzerkrankungen genannt, bei denen – in der Regel nicht als Erstlinientherapie – durchaus eine zeitlich begrenzte Behandlung mit Opioiden erwogen werden kann. Hierzu gehören unter anderem neuropathische Schmerzen, Schmerzen bei Osteoporose, Schmerzen aufgrund von Wirbelkörperfrakturen, Arthroseschmerzen. Auf der anderen Seite wurden auch Erkrankungen benannt, bei denen eine Opioidtherapie kontraindiziert beziehungsweise nicht zu empfehlen ist. Hierzu zählen unter anderem primäre Kopfschmerzen, Fibromyalgie und chronischer Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung [20, 21]. Verglichen mit Deutschland entwi-

ckelte sich die Situation in den USA deutlich dramatischer. Hier kam es in den letzten 20 Jahren zu einem kaum mehr zu kontrollierenden Problem mit Opioiden, die oftmals über den Weg des nichtmedizinischen Gebrauchs primär ärztlich verordneter Medikamente in den illegalen Markt diffundierten. Die sogenannte „Opioidkrise“ führt in den USA zu steigenden Todeszahlen durch illegale Drogen (zum Beispiel Heroin) aber auch durch rezeptpflichtige Opioide (zum Beispiel Oxycodon, Fentanyl). So gehören in den USA Todesfälle durch unbeabsichtigte Fentanylüberdosierungen mittlerweile zu den häufigsten Todesursachen bei unter 50-Jährigen. Hinter dieser fatalen Entwicklung stand in den USA exemplarisch ein Pharmaunternehmen, welches Werbekampagnen entwickelte, die sich gezielt an Ärzte richteten und prominente Ärzte fungierten hier als „key opinion leaders“. Hinweise auf missbräuchliche Verschreibung und deren Folgen wurden gezielt zurückgehalten und auch die Verordnung von Oxycodon in sogenannten „pill mills“ wurde durch Honorierung der Vertreter für steigende Umsätze belohnt. Bei den „pill mills“ handelte es sich um Einrichtungen, bei denen bekannt war, dass sie ohne ausreichende Indikation, Überwachung et cetera große Mengen von Opioiden verschrieben. Somit wird ein nicht unerheblicher Teil dieser Opioidkrise in den USA auf das Marktverhalten eines Unternehmens zurückgeführt, das aber – so muss man es sicherlich auch sehen – nicht ohne das Zutun der Ärzteschaft und aufgrund fehlender institutioneller, medizinischer und gesundheitspolitischer Regularien im Umgang mit Opioiden und ihrem Einsatz zur Schmerzbehandlung unterstützt wurde [9]. Heutzutage gibt es in den USA vielerorts sogenannte „opioid stewardship“-Programme, die diese Lücke zu schließen versuchen, um das Problem zu bekämpfen [22].



Gibt es problematische Mechanismen beim Einsatz von Cannabis in der Schmerztherapie?

Kapitel 2

„Legalize it!“ (unbekannt)

Cannabis hat kultur- und medizingeschichtlich eine ebenso lange Tradition wie Opium [23]. Doch erst mit dem Nachweis von Cannabinoid-Rezeptoren – der CB1-Rezeptor wurde erstmals 1988 beschrieben, endogene Cannabinoide und deren potenzielle pharmakologische Eigenschaften in den 1990er Jahren – gerieten Cannabinoide vermehrt in das Interesse der Schmerztherapie [23, 24]. Wie schon beim Einsatz von Opioiden zur Behandlung des Nicht-Tumorschmerzes wurde dieses Interesse unter anderem durch Einzelfallberichte (auch in den Medien) gefördert [25–27]. THC-haltige Fertig- und Rezepturarzneimittel konnten seit längerem für bestimmte Indikationen verschrieben werden. Zudem war es möglich, bei einer nachzuweisenden schwerwiegenden therapieresistenten Erkrankung eine Umgangserlaubnis für den strafreien Bezug und die Eigenanwendung von Cannabisblüten zu erhalten. Aus gesundheits- und ordnungspolitischen Gründen erfolgten im Jahr 2017 Gesetzesänderungen und das Gesetz „Cannabis als Medizin“ wurde veröffentlicht

[28]. Betäubungsmittelrechtliche Vorgaben wurden dahingehend geändert, dass medizinische Cannabisblüten fortan als verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel geführt und in das SGB V als erstattungsfähige Arzneimittel aufgenommen wurden. Damit können sie, wie auch THC-Medikamente, ärztlich verordnet werden. Weiterhin muss das Vorliegen einer „schwerwiegenden Erkrankung“ nachgewiesen werden. Die Verordnung steht unter Genehmigungsvorbehalt der Kostenträger und setzt voraus, dass „eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder im Einzelfall [...] nicht zur Anwendung kommen kann“, sowie eine „nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf [...] besteht“ [28, 29].

Diese Formulierung stellt natürlich alles andere als eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Therapieempfehlung dar. Vereinfacht ausgedrückt, steht die Ärzteschaft nunmehr vor dem Problem, für ein nicht nach den üblichen Regularien zugelassenes Medikament eine „passende Erkrankung“ zu

finden. Durch diese Regelung war es für Anbieter von Cannabinoiden nicht mehr zwingend notwendig, den aufwendigen und kostenintensiven Zulassungsprozess zu durchlaufen und – bei möglicherweise negativen Ergebnissen – keine Zulassung erteilt zu bekommen. Initial wurde das Gesetz „Cannabis als Medizin“ durch eine nicht-interventionelle Begleiterhebung der Bundesopiumstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) flankiert. Die Erhebung umfasste Cannabisarzneimittel, die gesetzlich Versicherten nach Genehmigung der Krankenkassen verschrieben wurden und die zur Behandlung der bestehenden Erkrankung beziehungsweise Symptomatik nicht als Fertigarzneimittel zugelassen waren [30, 31]. Die Datenqualität war insgesamt eher unbefriedigend, so konnten zum Beispiel sinnvolle Indikationen nicht konkretisiert werden. Auf der anderen Seite werden von entsprechenden Interessensgruppen eine Vielzahl von Indikationen (auf der Homepage des Deutschen Hanfverbands werden über 60 aufgeführt) genannt, die aber in den wenigsten Fällen eine Evidenzprüfung überstehen würden [32].

Und auch beim Thema Cannabinoide sehen wir wieder, wie bereits bei den Opioiden, ein verstärktes marktwirtschaftliches Interesse seitens der pharmazeutischen Industrie. Trotz überwiegend eher negativer Empfehlungen für den Einsatz von Cannabinoiden zur Schmerzbehandlung, die wiederholt in systematischen Reviews publiziert wurden, ist die Nachfrage groß und es wird immer wieder behauptet, dass Cannabinoide besonders in der Tumorschmerztherapie – aber auch bei der Behandlung neuropathischer Schmerzen – effektiv seien [u. a. 33–38]. Entwicklungen zu Netzwerken, die zu einer Verbindung von Pharmafirmen zu Betrieben, die Medizinalhanf

anbauen, über finanzielle Unterstützungen von medizinischen Fachgesellschaften bis hin zum Betreiben „eigener“ Praxen, in denen ausschließlich mit Cannabisarzneimitteln behandelt wird, sollten zu besonders kritischer Aufmerksamkeit anregen. In den „Cannabispraxen“ werden unter anderem Patienten mit „chronischen Schmerzen“, „Migräne“, „Endometriose“ – meist auf privatärztlicher Basis – behandelt. Dort wird unter anderem mit Slogans wie „Natürliche Therapie bei Krebspatienten“ oder „Natürliche Therapie gegen chronische Schmerzen“ geworben [39].

In diesem Kontext fällt eine Publikation aus Bogota, Kolumbien, besonders ins Auge. Innerhalb von nur fünf Monaten wurden hier mehr als 2.000 Patienten mit zwei verschiedenen Vollspektrum Cannabinoidpräparaten behandelt, wovon 92,5 Prozent (!) der Patienten profitierten („some improvement in their primary symptom“) [40]. Abgesehen von relevanten Problemen im Studiendesign und in der Beschreibung der Daten, fällt vor allem auf, dass die Einrichtung, die die Studie durchgeführt hat, ausschließlich mit Cannabinoiden behandelt und sie darüber hinaus von einem international agierenden Pharmaunternehmen betrieben wird [41]. Auch eine später veröffentlichte Studie aus dieser Arbeitsgruppe zur Behandlung mit inhalativen Cannabinoiden kommt zu ähnlich positiven Ergebnissen; doch auch hier zeigt das Studiendesign erhebliche Probleme, sodass die Schlussfolgerungen nur mit großer Vorsicht gelesen und interpretiert werden sollten [42]. Vergleichbar mit der beschriebenen Entwicklung der Opioidverordnungen sehen wir auch hier wieder einen nicht zu unterschätzenden marktwirtschaftlich getriebenen Einsatz einer Medikamentengruppe, bei der eine evidenzbasierte Anwendung noch in vielen Bereichen im Dunkeln liegt, dafür aber mit einem breiten

Anwendungsgebiet geworben wird und durch gezielte Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit sowie Werbung in der Ärzteschaft ein lukratives Geschäft aufgebaut werden soll. Natürlich gibt es auch von der Seite der Patienten, spätestens nach der Änderung der Gesetzgebung und vielen Berichten in den unterschiedlichsten Medien, ein erhöhtes Interesse und eine gesteigerte Nachfrage nach einer Behandlung mit Cannabinoiden, auf die reagiert werden muss. Hierzu sind aber weniger Mythen hilfreich, vielmehr braucht es überprüfbare Fakten, die auf den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin erhoben worden sind [29]. Die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e. V. hat sich unter anderem als Ziel gesetzt, die Forschung zu unterstützen und soziale und politische Gremien sowie Funktionsträger in Politik, Justiz und Medizin zu beraten [43].

Dabei darf durchaus als kritisch gesehen werden, dass zu den Sponsoren dieses Vereins mehrere große Pharmafirmen zählen, die Cannabisprodukte anbieten. Dennoch sollte nicht außer Betracht gelassen werden, dass auch seitens der Patienten beziehungsweise ihrer Organisationen, wie zum Beispiel dem Bund Deutscher Cannabis-Patienten e. V., ein berechtigtes Interesse besteht, Behandlungen mit Cannabinoiden zu ermöglichen beziehungsweise diese zu vereinfachen [44]. Zu fordern ist darüber hinaus seitens der Fachgesellschaften, dass vergleichbar mit den Leitlinien zur Opioidverordnung auch solche für den Einsatz von Cannabinoiden erarbeitet und konsentiert werden. Zur Erstellung einer solchen Leitlinie könnte hilfreich sein, dass aktuell große randomisierte und Placebo kontrollierte klinische Studien durchgeführt werden, die die Wirkung und Sicherheit von cannabisbasierten Arzneimitteln bei chronischen Schmerzen untersuchen, zum Beispiel bei chroni-

scher Lumbago [45]. Darüber hinaus kommen Metaanalysen zu bisher vorgelegten klinischen Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit von cannabisbasierten Wirkstoffen nicht durchgehend oder grundsätzlich zu einer negativen Beurteilung [33–38]. Vielmehr lassen sich positive Effekte cannabisbasierter Arzneimittel in Bezug auf Schmerz zeigen, wobei die Studien überwiegend von mittlerer bis geringer Qualität sind und teils die positiven Effekte im Kontext der beobachteten Nebenwirkungen aufgehoben werden können.

Fazit

Immer wieder werden neue oder vermeintlich neue Medikamente auf dem Markt angeboten, oftmals begleitet von neuen Erkenntnissen aber auch Wunschvorstellungen (wie im Fall von Heroin als weniger suchterzeugend im Vergleich zu Morphin), die in der Folge einer unreflektierten und unkontrollierten Übernahme nicht nur zu medizinischen Fehlbehandlungen, sondern auch zu gesellschaftlichen Problemen führen können. Opiode sind trotz der dargestellten negativen Erfahrungen vor allem in der Schmerztherapie und Palliativmedizin bei fach- und indikationsgerechtem Einsatz alternativlos. Der Stellenwert von Cannabinoiden in der Schmerztherapie lässt sich zum gegenwertigen Zeitpunkt noch nicht abschließend beurteilen. Beiden ist allerdings gemein, dass sie nicht als Panaceae anzusehen sind. ■

Interessenkonflikte: keine

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns →
Presse → Ärzteblatt

Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Rainer Sabatowski
UniversitätsSchmerzCentrum
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: rainer.sabatowski@ukdd.de