

**Therapieempfehlungen Medizinalcannabis**

# **MORBUS PARKINSON**



Erarbeitung: Dr. med. Claude Vaney, Facharzt Neurologie  
Peer reviewed durch: Prof. Dr. med. Stephan Bohlhalter; Vorstand SGCM-SSCM  
Zur Information/Kenntnisnahme an: Präsidium Parkinson Schweiz  
Stand: 31.01.2022

## Wrap-up

# Medizinalcannabis bei Morbus Parkinson

### Studienlage und Praxis *(vgl. Literaturübersicht)*

**Studienlage:** Insgesamt existieren zahlreiche Beobachtungsstudien und Einzelfallberichte, sowie einige wenige randomisierte Placebo-kontrollierten Studien (RCT). Bezüglich den **motorischen** Symptomen sind die Studienresultate relativ ernüchternd. Dennoch gibt es Autoren, die im Einzelfall einen zeitlich begrenzten Behandlungsversuch mit Cannabis bei therapieresistentem schwerstem Tremor oder stark behindernden Dyskinesien befürworten. Was hingegen die **nicht-motorischen** Symptome von Parkinson betrifft (z.B. schwere REM-Schlaf-assozierte oder schmerzbedingte Schlafstörungen, therapieresistente Dystonie-bedingte Schmerzen), so sieht die Studienlage etwas positiver aus.

**Praxis:** Cannabispräparate wurden in den letzten Jahren und werden aktuell zur Behandlung von Parkinson-Symptomen eingesetzt. Dies teilweise ärztlich verschrieben, häufig jedoch auch als Selbstmedikation (CBD-Produkte) mit oder ohne konventionelle Begleitmedikation.

### SGCM-SSCM Empfehlung

Cannabispräparate können bei fehlender oder ungenügender Wirksamkeit konventioneller medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlungen oder damit verbundenen, nicht-tolerierbaren Nebenwirkungen eine valable, individuelle Therapieoption (mit oder ohne konventionelle Begleittherapie) zur Behandlung insbesondere der **nicht-motorischen** Symptome (Schmerzen, Schlafstörungen, Angstzustände, Inappetenz etc.) bei Parkinson-Patienten über 18 Jahren ohne Kontraindikationen darstellen. Bei **motorischen** Symptomen scheint der Nutzen geringer zu sein, in Einzelfällen (z.B. schwerster Tremor, Dyskinesie, Spastik etc.) kann aber auch hier individueller Therapieversuch gerechtfertigt sein.

### Empfohlene Präparate *(vgl. Liste der erhältlichen Präparate)*

Aufgrund der bisherigen Praxis in der Schweiz sind eher THC-haltige Präparate (mit oder ohne CBD) zu bevorzugen. Für reine CBD-Präparate (THC-frei) sind die Praxiserfahrungen relativ begrenzt, allerdings werden diese zunehmend versuchsweise eingesetzt.

### Dosierungen für Parkinson-Patienten *(vgl. allgemeine Dosierungsempfehlungen)*

#### Mögliches Dosierungsschema

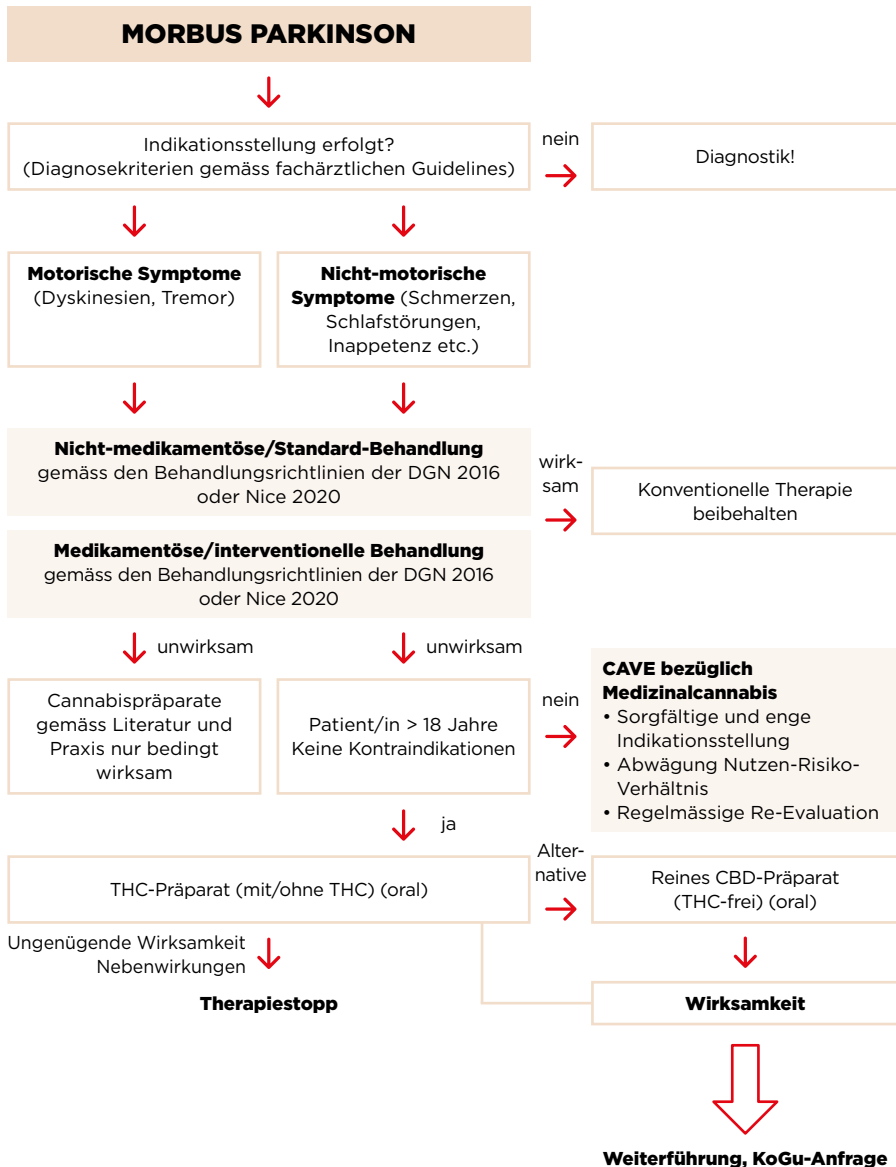
**THC:** Start mit tiefer THC-Dosis: 1- bis 3-mal täglich 2.5 mg THC p.o. (oder tiefer).  
(mit/ohne CBD) Langsame Steigerung alle 2-3 Tage je nach Verträglichkeit bis zum gewünschten Effekt, max. 30 mg THC/Tag (aufgeteilt auf mehrere Gaben).

**CBD:** Dosierungen zwischen 10 mg CBD und 100 mg CBD/Tag, verteilt auf mehrere Gaben, sind möglich. Initial z.B. 2- bis 3-mal täglich 2.5 mg CBD,  
(ohne THC) langsame Steigerung alle 2-3 Tage je nach Verträglichkeit bis zum gewünschten Effekt, Therapieevaluation bei fehlender Wirkung mit Tagesdosen > 100-150 mg CBD.

### Was gibt es sonst noch zu bedenken

*Zu beachten sind mögliche Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Interaktionen und Informationen zur Verkehrsteilnahme.*

# Empfohlener Behandlungsalgorithmus



## Morbus Parkinson (ICD-G20)

# Grundsätzliches zum Krankheitsbild

- Morbus Parkinson (MP) ist nach Alzheimer die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung mit einer Gesamtprävalenz von 300 pro 100 000 Einwohner, die von 41 in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen auf 1903 bei Menschen über 80 Jahren ansteigt.
- Traditionell wurde Morbus Parkinson als eine «reine» Bewegungsstörung betrachtet, die als Folge einer fokalen Degeneration dopaminergener Neuronen in der Substantia nigra auftritt. Neuere Untersuchungen zeigen, dass es sich beim Morbus Parkinson um eine multisystemische, neurodegenerative Störung handelt, wo nebst **motorischen** Symptomen auch **nicht-motorische** Störungen auftreten können.
- Während die **motorischen** Kardinalsymptome wie Bradykinesie, Ruhetremor und Rigidität hauptsächlich auf den Verlust dopaminergener Neuronen zurückgeführt werden können, sind die Symptome, die Haltung, Gleichgewicht und Gang betreffen, grösstenteils auf die Degeneration nicht-dopaminergener Bahnen zurückzuführen. Letztere tragen erheblich zur Behinderung bei fortgeschrittenen Parkinson-Patienten bei.
- Die «**nicht-motorischen** Merkmale» resultieren aus multiplen Neurotransmitterdefiziten im zentralen und peripheren Nervensystem und umfassen psychiatrische (Depression, Apathie, Halluzinationen und Wahnvorstellungen), autonome (Verstopfung, orthostatische Hypotonie und Störungen der Harn- und Geschlechtsorgane) sowie kognitive Beeinträchtigungen (Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen, des Gedächtnisses und der visuell-räumlichen Funktionen bis hin zur Demenz). Schlafstörungen, olfaktorische Dysfunktion und Schmerzen tragen zusätzlich zur Einschränkung der Lebensqualität und der Behinderung der Patienten bei.
- Die verschiedenen Wirkstoffe, die im Rahmen von randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs) zur Prüfung ihres allfälligen neuroprotektiven Effektes auf den Krankheitsverlauf untersucht wurden, haben bisher versagt und somit bleibt die medikamentöse Behandlung eine rein symptomatische.
- Die pharmakologische Therapie mit Levodopa und Dopaminagonisten ist in den frühen Stadien der Erkrankung, wenn vorwiegend dopaminerg beeinflussbare Symptome vorherrschen und noch keine **motorischen** Komplikationen vorliegen, meist erfolgreich («honeymoon period»). Mit dem Auftauchen der Levodopa-induzierten **motorischen** Komplikationen, wie **motorische** Fluktuationen und Dyskinesien, auch Levodopa-induzierte Dyskinesie genannt, die fast alle Parkinson-Patienten zu irgendeinem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf einholen, drängen sich andere therapeutische Massnahmen auf.

- Obwohl verschiedene pharmakologische Ansätze sowie invasivere Strategien wie die funktionelle Neurochirurgie heute zur Verfügung stehen, um solche Komplikationen in den Griff zu bekommen, bleiben viele Patienten signifikant behindert und ein zufriedenstellendes Management **motorischer** Komplikationen ist immer noch ein unerfüllter Bedarf in der Parkinson-Therapie.
- Die oben erwähnten **nicht-motorischen** Symptome sind zu Beginn und während des gesamten Krankheitsverlaufs integraler Bestandteil des Morbus Parkinson, und auch hier ist bis heute ihre Behandlung weitgehend unbefriedigend.

### Studienlage

## Medizinalcannabis bei Morbus Parkinson

### Studienlage (vgl. Literaturübersicht)

Insgesamt existieren zahlreiche Beobachtungsstudien und Einzelfallberichte, sowie einige randomisierte Placebo-kontrollierten Studien (RCTs).

### Fazit aus den Studien

Im Gegensatz zu den deutlich positiv ausfallenden Einzelfallberichten und Fallserien waren die RCTs bezüglich einer positiven Wirkung auf die **motorischen** Symptome des Parkinson-Syndroms weniger ermutigend. Bisher wurden nur wenige solche doppelblinde Placebo-kontrollierte Studien publiziert, die den Effekt von Cannabinoiden an Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom untersuchten. Trotz der geringen Teilnehmerzahl und der unterschiedlichen Qualität dieser Studien deuten die Daten doch darauf hin, dass einige **motorische** Symptome bei Parkinson, insbesondere Levodopa-induzierte Dyskinesien, auf Therapien mit Medizinalcannabis ansprechen können. Mehrere Faktoren wie Krankheitsstadium

und Levodopa-Behandlung, fehlende Standardisierung etc. können die widersprüchlichen Ergebnisse erklären. Obwohl keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse berichtet wurden, umfassten die Nebenwirkungen Hypotonie, Schwindel, visuelle Halluzinationen und Schläfrigkeit.

Aufgrund der beschriebenen Studienlage ist es nicht weiter erstaunlich, dass die American Academy of Neurology in ihren Guidelines jegliche therapeutische Wirksamkeit von Cannabis sowohl bezüglich Tremor wie auch Dyskinesien ernüchternd und lakonisch abspricht. Trotz diesen «offiziellen» Richtlinien finden sich Autoren, die im Einzelfall einen zeitlich begrenzten Behandlungsversuch mit Cannabis bei therapieresistentem schwerstem Tremor oder stark behindernden Dyskinesien befürworten, insbesondere wenn eine Kontraindikation für die Tiefe Hirnstimulation und/oder eine Medikamentenpumpentherapie mit Apomorphin oder Duodopa vorliegt.

## Bisherige Praxis

# Medizinalcannabis bei Morbus Parkinson in der Schweiz

Cannabispräparate wurden in den letzten Jahren und werden aktuell zur Behandlung von Parkinson-Symptomen eingesetzt. Dies teilweise ärztlich verschrieben, häufig jedoch auch als Selbstmedikation (CBD-Produkte) mit oder ohne konventionelle Begleitmedikation.

## Empfehlungen der SGCM-SSCM

### Grundsätzliche Empfehlung

Cannabispräparate können bei fehlender oder ungenügender Wirksamkeit konventioneller medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlungen oder damit verbundenen, nicht-tolerierbaren Nebenwirkungen eine valable, individuelle Therapieoption (mit oder ohne konventionelle Begleittherapie) zur Behandlung insbesondere der **nicht-motorischen** Symptome (Schmerzen, Schlafstörungen, Angstzustände, Inappetenz etc.) bei Parkinson-Patienten über 18 Jahren darstellen. Bei **motorischen** Symptomen scheint der Nutzen geringer zu sein, in Einzelfällen (z. B. schwerster Tremor, Dyskinesie, Spastik etc.) kann aber auch hier ein individueller Therapieversuch gerechtfertigt sein.

Bei Patienten < 18 Jahren und/oder Kontraindikationen ist eine strenge Indikationsstellung angebracht bzw. sollte das Nutzen-Risiko-Verhältnis im Einzelfall abgewogen werden. Eine engmaschige Re-Evaluation bei solchen Patienten ist unerlässlich.

### Empfohlene Präparate (vgl. Liste der erhältlichen Präparate)

Aufgrund der bisherigen Praxis in der Schweiz sind eher THC-haltige Präparate (mit oder ohne CBD) zu bevorzugen. Für reine CBD-Präparate (THC-frei) sind die Praxiserfahrungen relativ begrenzt, allerdings werden diese zunehmend versuchsweise eingesetzt.

## **Dosierungen bei Parkinson-Patienten** (vgl. allgemeine Dosierungsempfehlungen)

### **Mögliches Dosierungsschema**

**THC:** Start mit tiefer THC-Dosis: 1- bis 3-mal täglich 2.5 mg THC p.o. (oder tiefer).  
(mit/ohne CBD) Langsame Steigerung alle 2-3 Tage je nach Verträglichkeit bis zum gewünschten Effekt, max. 30 mg THC/Tag (aufgeteilt auf mehrere Gaben).

**CBD:** Dosierungen zwischen 10 mg CBD und 100 mg CBD/Tag, verteilt auf mehrere Gaben, sind möglich. Initial z. B. 2- bis 3-mal täglich 2.5 mg CBD, langsame Steigerung alle 2-3 Tage je nach Verträglichkeit bis zum gewünschten Effekt, Therapieevaluation bei fehlender Wirkung mit Tagesdosen > 100-150 mg CBD.

### **Was gibt es sonst noch zu bedenken**

*Zu beachten sind mögliche Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Interaktionen und Informationen zur Verkehrsteilnahme.*

## **Literaturübersicht**

→ QR-Code einscannen oder folgenden Link eingeben:

[www.sgcm-sscm.ch](http://www.sgcm-sscm.ch)





# SGCM-SSCM

Schweizerische Gesellschaft für Cannabis in der Medizin  
Swiss Society of Cannabis in Medicine  
Société Suisse du Cannabis en Médecine  
Società Svizzera di Cannabis nella Medicina

## **Geschäftsstelle:**

Prof. Dr. pharm. R. Brenneisen, Frikartweg 9A, 3006 Bern  
Journal: Medical Cannabis and Cannabinoids  
PC Konto: 15-517638-1



[www.sgcm-sscm.ch](http://www.sgcm-sscm.ch)



[info@sgcm-sscm.ch](mailto:info@sgcm-sscm.ch)

In Zusammenarbeit mit:



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP  
Uffizi federal da sanadad publica UFSP



Konferenz der kantonalen Gesundheits-  
direktorinnen und -direktoren  
Conférence des directrices et directeurs  
cantonaux de la santé  
Conferenza delle direttrici e dei direttori  
cantionali della sanità