Cannabinoide im höheren Lebensalter

Zwischen Schmerzlinderung, Arzneimittelsicherheit und Selbstständigkeit

Ralf Zocher und Daniel Peter Nauth
Medizinjournalisten und Sachverständige · Mitglieder der Deutschen Medizinal-Cannabis Gesellschaft e. V.

Eine ältere Patientin kann nach Wochen voller Schmerzen wieder durchschlafen. Vielleicht gelingt ihr am Morgen sogar der Weg zum Frühstück ohne fremde Hilfe. Das wäre ein Fortschritt. Ist sie dafür aber benommen, unsicher auf den Beinen oder verwirrt, wird aus der erhofften Erleichterung ein neues Risiko. Gerade in der Altersmedizin reicht es deshalb nicht, allein nach der Schmerzstärke zu fragen. Entscheidend ist, was ein Mensch durch die Behandlung an Alltag zurückgewinnt – und was er dabei möglicherweise verliert.

CARE: ein eindrucksvoller Vergleich mit offenen Fragen

Die im März 2026 publizierte CARE-Studie von Michael A. Überall und Kollegen untersuchte 968 chronische Schmerzpatienten ab 65 Jahren. In der rückblickenden Auswertung des Deutschen Schmerzregisters wurden zwei anhand bekannter Merkmale statistisch angeglichene Gruppen mit jeweils 484 Patienten über 24 Wochen verglichen: eine erhielt einen CBD-dominanten oralen Cannabisextrakt, die andere Dronabinol. Den kombinierten primären Endpunkt erreichten 85,7 Prozent unter dem Extrakt und 21,9 Prozent unter Dronabinol. Der Endpunkt verlangte eine messbare Besserung von Schmerz, Alltagsfunktion oder Schlaf ohne nebenwirkungsbedingten Abbruch. Schmerzfreiheit bedeutet dieser Wert nicht. [1]

Auch die Verträglichkeitsdaten unterscheiden sich deutlich: Mindestens eine Nebenwirkung wurde bei 15,5 gegenüber 35,7 Prozent dokumentiert, ein Therapieabbruch bei 14,0 gegenüber 43,6 Prozent. Die Ergebnisse verdienen Aufmerksamkeit, belegen aber keine grundsätzliche Überlegenheit CBD-dominanter Präparate. Weder erfolgte die Zuteilung zufällig, noch lassen sich unterschiedliche Ausgangsrisiken, Verordnungsentscheidungen und Einflüsse der hohen Abbruchrate sicher ausschließen. Auf diese methodischen Grenzen wies auch eine wissenschaftliche Zuschrift hin. Die Studie wurde durch Stadapharm gefördert. Gerade bei älteren Patienten ist zudem zu fragen, ob Unterschiede in THC-Dosis, Begleiterkrankungen und Ausgangsmedikation das Ergebnis beeinflusst haben. [1, 2]

Weniger Begleitmedikation: Hoffnung, noch kein Kausalbeweis

Wenn Schmerzen nachlassen, kann auch die bisherige Medikation überprüft werden. Gastmeier und Kollegen beobachteten bei 178 überwiegend älteren Schmerzpatienten unter zusätzlicher Cannabinoidtherapie eine mediane Verringerung der Opioiddosis um etwa 50 Prozent. In einer kanadischen Beobachtungsstudie von Lucas und Kollegen sank der Anteil der Patienten mit Opioidverordnung innerhalb von sechs Monaten von 28 auf 11 Prozent. [3, 4]

Solche Beobachtungen sind für Menschen, die unter Müdigkeit, Verstopfung oder anderen Belastungen ihrer Medikamente leiden, bedeutsam. Sie beweisen jedoch nicht, dass Cannabis ursächlich Opioide einspart. Eine systematische Übersichtsarbeit fand dafür keine verlässliche Bestätigung; die vorhandenen randomisierten Studien waren für eine Opioidreduktion zudem nur eingeschränkt geeignet. Opioide, Benzodiazepine oder Koanalgetika dürfen daher nicht schematisch, sondern nur begleitet und schrittweise reduziert werden. [5]

Wenn viele Arzneimittel zusammenkommen

Polypharmazie ist bei älteren Patienten eher Regel als Ausnahme. Zu den verordneten Arzneimitteln kommen oft Schlafmittel, frei verkäufliche Präparate und pflanzliche Mittel, die im Medikationsplan fehlen. Mit jedem weiteren Wirkstoff können Wechselwirkungen und Einnahmefehler an Bedeutung gewinnen. PRISCUS 2.0 und die indikationsbezogene FORTA-Liste helfen, potenziell ungeeignete Verordnungen zu erkennen und die Behandlung zu überprüfen. Sie sind Entscheidungshilfen, keine Verbotslisten. PRISCUS weist auf potenziell ungeeignete Wirkstoffe hin, FORTA bewertet Arzneimittel stärker in Bezug auf ihre jeweilige Indikation. Gerade bei Opioiden, Schlafmitteln und Psychopharmaka hilft diese Prüfung, eine belastende Verordnungskaskade aufzudecken, ohne notwendige Therapien vorschnell zu streichen. [6, 7]

Leber, Niere und die verzögerte Wirkung

THC ist fettlöslich und wird vor allem in der Leber abgebaut. Nach oraler Einnahme setzt die Wirkung verzögert ein; dabei entsteht auch das psychoaktive 11-Hydroxy-THC. Wer zu früh nachdosiert, kann Stunden später stärker beeinträchtigt sein als erwartet. Altersbedingte Veränderungen von Körperzusammensetzung und Organfunktion erschweren eine pauschale Dosisberechnung. Bei CBD müssen außerdem Wechselwirkungen und – besonders bei hohen therapeutischen Dosierungen sowie unter Valproat – mögliche Leberwerterhöhungen beachtet werden. Daten aus der Epilepsiebehandlung lassen sich nicht ohne Weiteres auf niedriger dosierte Cannabisextrakte übertragen. [8, 9]

Eine kleine pharmakokinetische Studie aus dem Jahr 2025 fand nach einmaliger Gabe von Sativex bei Patienten mit fortgeschrittener chronischer Nierenkrankheit höhere Konzentrationen von THC, CBD und mehreren Stoffwechselprodukten als bei gesunden Vergleichspersonen. Die Gruppen unterschieden sich auch im Alter; eine allgemeine Dosisregel folgt daraus nicht. Besondere Aufmerksamkeit verdienen gleichzeitig verordnete, überwiegend über die Niere ausgeschiedene Arzneimittel wie Pregabalin und Gabapentin. Bei eingeschränkter Ausscheidung drohen Schwindel, Gangunsicherheit und Stürze. Bei gebrechlichen Menschen kann ein scheinbar unauffälliger Kreatininwert eine tatsächlich reduzierte Nierenfunktion verschleiern. Die Prüfung der gesamten Medikation ist daher dringlicher als die Suche nach einer pauschalen Cannabinoid-Dosis für sämtliche Nierenpatienten. [10]

CANRELIEF: ein Signal aus der Versorgung, keine gesicherte Überlegenheit

Auf dem BPC-Fachsymposium im November 2026 wurden zur CANRELIEF-Auswertung Daten von jeweils 1.027 Patienten mit chronischer Nierenkrankheit vorgestellt. Laut Vortragsfolie erreichten unter cannabinoidbasierter Schmerztherapie 33 Prozent den kombinierten Studienendpunkt, unter konventioneller Behandlung 12 Prozent. Unerwünschte Wirkungen wurden mit 48 beziehungsweise 78 Prozent angegeben. Der europäische Studienkatalog bestätigt die retrospektive, nicht interventionelle Anlage, nicht jedoch diese konkreten Ergebniszahlen. Eine unabhängig überprüfbare begutachtete Publikation der Folienwerte liegt uns nicht vor. Der Studie sind private und industrielle Finanzierungsquellen zugeordnet. Ein Schutz der Nieren durch Cannabinoide lässt sich daraus nicht ableiten. [11]

Demenz: Ruhe um welchen Preis?

Bei Demenz können innere Unruhe, Angst und aggressives Verhalten den Alltag der Erkrankten und ihrer Angehörigen an die Grenze des Erträglichen bringen. Die Suche nach einer verträglichen Linderung ist deshalb nachvollziehbar. Einzelne Studien zeigen positive Signale: Herrmann und Kollegen beobachteten 2019 unter Nabilon weniger Agitation, allerdings auch deutlich häufiger Sedierung (45 gegenüber 16 Prozent unter Placebo). Hermush und Kollegen berichteten 2022 unter einem CBD-reichen, gering THC-haltigen Öl häufiger über eine definierte Besserung als unter Placebo (60 gegenüber 30 Prozent). Eine frühere THC-Studie war dagegen negativ. [12–14]

Auch zwei Metaanalysen aus 2026 bewerten die Wirksamkeit unterschiedlich: Silva fand einen kleinen bis moderaten Vorteil, Tudella keinen statistisch gesicherten Effekt. Einig sind sie sich beim erhöhten Risiko für Schläfrigkeit, das etwa doppelt so hoch ausfiel wie unter Placebo. Hinzu kommt eine randomisierte Schweizer Studie mit 25 schwer demenzkranken Bewohnern von Pflegeeinrichtungen: THC-CBD-Öl verringerte die Agitation nicht stärker als Placebo. Der Bedarf an Bedarfspsychopharmaka war unter der aktiven Behandlung allerdings geringer. [15–17]

Die medizinische Frage bleibt unbequem: Ist ein Patient weniger gequält – oder nur weniger wach? Eine ruhigere Station darf nicht wichtiger werden als das Befinden des Menschen, der dort lebt. Eine generelle Empfehlung für Cannabinoide gegen Demenzsymptome geben diese Daten nicht her. Therapieentscheidungen müssen sich deshalb an einem vorab festgelegten, für Patienten und Angehörige erkennbaren Nutzen orientieren und Sedierung als eigenständigen Schaden bewerten.

Der Alltag entscheidet über den Nutzen

Vor dem ersten Rezept sollten Arzt und Patient ein erreichbares Ziel vereinbaren: weniger Schmerz beim Aufstehen, erholsamerer Schlaf, sichereres Gehen oder mehr Teilhabe. Danach gilt: niedrig beginnen, langsam steigern und die Wirkung früh überprüfen. Bei oralen Präparaten helfen feste Einnahmezeiten und ein schriftlicher Dosierplan; bei Seh- oder Gedächtnisproblemen sollten Angehörige oder Pflegekräfte unterstützen. Wachheit, Kreislauf, Stürze und Begleitmedikation gehören in die Verlaufskontrolle, zunächst nach etwa zwei bis vier Wochen, bei erhöhtem Risiko früher. Während der Neueinstellung, nach Dosisänderungen oder bei Benommenheit sollte nicht gefahren werden; die ärztliche Verschreibung allein beweist keine Fahrsicherheit. Ein hoher CBD-Anteil schützt nicht verlässlich vor akuten THC-Wirkungen. Ein kurzes Gespräch mit Angehörigen oder Pflegekräften kann Hinweise auf tagsüber auftretende Benommenheit liefern, die der Patient selbst nicht bemerkt. [9, 18]

Nicht die höchste erreichbare Dosis macht eine Behandlung erfolgreich. Sondern der Moment, in dem ein Mensch wieder etwas selbst tun kann – möglichst ohne dafür geistige Klarheit und Sicherheit einzubüßen.

Wissenschaftliche Quellen und Nachweise (Auswahl)

[1] Überall MA et al. CARE. *J Pain Res.* 2026;19:551457. doi:10.2147/JPR.S551457.
[2] Qiang D et al. Methodische Anmerkungen zur CARE-Studie. *J Pain Res.* 2026. doi:10.2147/JPR.S608085.
[3] Gastmeier K et al. Cannabinoide und Opioidverbrauch. *Schmerz.* 2023;37:29–37. doi:10.1007/s00482-022-00642-0.
[4] Lucas P et al. Prospektive Beobachtungsstudie. *Pain Med.* 2021. PMID:33367882.
[5] Noori A et al. Opioidsparende Effekte: systematische Übersicht. *BMJ Open.* 2021;11:e047717.
[6] Mann NK et al. PRISCUS 2.0. *Dtsch Arztebl Int.* 2023. doi:10.3238/arztebl.m2022.0377.
[7] Pazan F, Wehling M et al. FORTA List 2024. *Drugs Aging.* 2025. doi:10.1007/s40266-025-01257-7.
[8] Grotenhermen F. Clinical Pharmacokinetics of Cannabinoids. *Clin Pharmacokinet.* 2003;42:327–360.
[9] EMA. Epidyolex: Produktinformation und Angaben zu Leberfunktion und Wechselwirkungen.
[10] Sønderskov MB et al. Pharmakokinetik bei CKD. *Kidney Int Rep.* 2025. doi:10.1016/j.ekir.2024.12.030.
[11] CANRELIEF: EMA/HMA-Studienkatalog, EUPAS1000000738; Ergebniszahlen: BPC-Fachsymposium 2026.
[12] van den Elsen GAH et al. THC bei Demenz. *Neurology.* 2015. PMID:25972490.
[13] Herrmann N et al. Nabilon bei Demenz und Agitation. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2019. PMID:31182351.
[14] Hermush V et al. CBD-reiches Cannabisöl bei Demenz. *Front Med.* 2022. doi:10.3389/fmed.2022.951889.
[15] Silva AMP et al. Metaanalyse zur Agitation. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2026. PMID:42315374.
[16] Tudella GCN et al. Metaanalyse bei Demenz. *Neurol Sci.* 2026. doi:10.1007/s10072-026-09347-z.
[17] Bianchi F et al. THC-CBD-Öl bei schwerer Demenz. *Age Ageing.* 2026. doi:10.1093/ageing/afag239.
[18] Englund A et al. CBD-THC-Verhältnisse und akute Wirkungen. *Neuropsychopharmacology.* 2023. doi:10.1038/s41386-022-01478-z.