

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS

IMPULSE FÜR PFLEGE UND BETREUUNG

10.2022

PFLEGE

Schmerzen richtig erfassen und dokumentieren

„Haben Sie Schmerzen?“ ist eine häufige Frage im pflegerischen Alltag. Doch sie ist - so gestellt - auch problematisch: Einerseits können manche Menschen - etwa demenziell erkrankte - darauf kaum oder nicht adäquat antworten. Andererseits reicht die Angabe, ob Schmerzen vorhanden sind, für eine effektive Therapie nicht aus.



Foto: AdobeStock/freshidea

„Schmerzen gehören halt zum Alter dazu“: Das geben 68 Prozent der älteren, nicht kognitiv eingeschränkten Menschen in einer Studie an.

Schmerzen kommen in der pflegerischen Praxis sehr häufig vor: Nach internationalen Studien leiden bis zu 80 Prozent der älteren Menschen daran

– häufig sind es chronische Schmerzen. In einer Studie von 2015 äußerten 68 Prozent der älteren, nicht kognitiv eingeschränkten Menschen, dass

„Schmerzen halt zum Alter dazugehören“ würden. Fast ein Drittel gab an, vorhandene Schmerzen mindestens einmal nicht gegenüber der Pflege-



- ◉ fachkraft angegeben zu haben, weil man nicht zur Last fallen wollte. Eine Leitlinie zum Schmerzassessment bei älteren Menschen bringt mehr Klarheit.

Rahmen der Leitlinie

Die Leitlinie ist als medizinische Leitlinie über die AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften; www.awmf.org) entwickelt worden und über deren Homepage zu beziehen. Beteiligt waren verschiedene medizinische, psychologische und pflegewissenschaftliche Kompetenzen. Die Verständlichkeit der Leitlinie ist sehr gut. Sie ist in 62 Aussagen aufgebaut, die jeweils mit einem Empfehlungsgrad und der wissenschaftlichen Evidenz belegt werden. Der Empfehlungsgrad geht von „starker Empfehlung“ als „soll“, „Empfehlung für eine Maßnahme“ als „sollte“, „offene Empfehlung“ als „kann“, „Empfehlung gegen die Durchführung einer Maßnahme“ als „sollte nicht“ und „starke Empfehlung gegen eine Maßnahme“ als „soll nicht“. Die jeweiligen Empfehlungen sind sehr übersichtlich mit Pfeilen dargestellt: Zwei Pfeile nach oben entspricht starker Empfehlung, ein Pfeil entspricht „sollte“ bis zu Pfeile nach unten.

Drei Schritte zur Schmerzerkennung

Es werden generell drei Schritte zur Schmerzerkennung empfohlen. Erster Schritt: Innerhalb von 24 Stunden nach pflegerischem Beginn oder Einzug in einer stationären Einrichtung sollte das Schmerz-Screening bei allen Personen durchgeführt werden. Werden von der betroffenen Person keine Schmerzen angegeben, ist das Screening negativ und weitere Maßnahmen sind nicht erforderlich. Das Screening sollte immer durchgeführt werden, wenn ungewöhnliche Zeichen vorliegen wie Veränderung der Vitalzeichen, ungewöhnliches Verhalten oder Erkrankungen bestehen, die zu Schmerzen führen können. Das Screening sollte mit einer einfachen Befragung durchgeführt werden, wenn die kognitive Leistungsfähigkeit vorhanden ist. Es wird empfohlen, zur Befragung

Bis zu 80 Prozent der älteren Menschen leiden an Schmerzen.

auch einfache Wörter wie „Aua“, „Weh“ oder ähnliches einzusetzen. Der/die Bewohner:in oder Patient:in sollte Hilfsmittel wie Brille/Hörgerät beim Screening benutzen können. Bei pflegerischen Maßnahmen wie Körperpflege sollte stets auf Schmerzverhalten geachtet werden. Beim Screening sollte zwischen „Ruhe“ und „Aktivität“ unterschieden werden. Osterbrink (2012) empfiehlt hier zwei Fragen:

1. Wie stark sind Ihre momentanen Schmerzen, wenn Sie ruhig sitzen oder ruhig liegen?
2. Wie stark sind Ihre momentanen Schmerzen, wenn Sie sich bewegen oder gehen?

Liegen kognitive Einschränkungen beim Patienten vor, sollten die Angehörigen nach Schmerzen in der Vergangenheit befragt werden. Die Ergebnisse des ersten Screenings sollten an einer einheitlichen, leicht ersichtlichen Stelle in der Dokumentation eingetragen werden und von allen Mitgliedern des Teams gefunden werden können.

Schmerzassessment

Im zweiten Schritt – bei erkannten Schmerzen im Screening – erfolgt das Schmerzassessment. Sollte dieses nicht unmittelbar durchgeführt werden können, sollte zunächst eine erste Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen eingeleitet werden. Im Schmerzassessment geht es um die Qualität der Schmerzen, die zeitliche Zuordnung, die Lokalität der Schmerzen, die Auswirkungen auf die Lebensqualität und die bisherige Therapie der Schmerzen bzw. Maßnahmen zur Linderung. Hinzu kommen die Wünsche oder die Ziele der Patientin/des Patienten im Rahmen der Schmerzen. Es sollte zwischen akuten und chronischen Schmerzen unterschieden werden. Bei Menschen mit

Kognitive Einschränkungen

Die Leitlinie empfiehlt nur schwach (1 Pfeil!), dass die Pflegefachkraft kulturelle, ethnische oder spirituelle Aspekte als Einflussfaktoren für den Schmerz berücksichtigt, weil dies auch zu Vorurteilen („wehleidig“) führen kann. Dagegen sollten jedoch vor dem Schmerz-Screening mögliche Erkrankungen berücksichtigt werden, die Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit der Patientin/des Patienten haben können. Beispiele sind Demenz, Multiple Sklerose, Depression, Schlaganfall, Delir oder Erkrankungen, die das Sehen, Hören oder Sprechen verschlechtern. Liegen kognitive Einschränkungen vor, sollte mit einem kognitiven Leistungstest eine Überprüfung stattfinden. Dazu wird der MMSE (Mini Mental Status Examination) verwendet. Mitunter befinden sich bereits Ergebnisse zum MMSE von Ärzten in der Akte der Patientin/des Patienten.

kognitiven Einschränkungen sollten Instrumente zur Fremdeinschätzung genutzt werden wie die BISAD-Skala. Die bekannten Erhebungsinstrumente für die Stärke der Schmerzen (1 bis 10) werden ausdrücklich empfohlen, wenn die kognitive Leistungsfähigkeit vorhanden ist. Die Ergebnisse werden ebenfalls an einer eindeutigen Stelle dokumentiert werden.

Im Rahmen der Schmerzbehandlung erfolgt schließlich der dritte Schritt: Die Verlaufsbeobachtung der Schmerzen, also ob sich diese verändern und wie. Diese sollte mehrmals täglich und vor allem auch nachts erfolgen. ◉



Foto: Privat

Gerhard Schröder

Lehrer für Pflegeberufe, PDL, Leiter der Akademie für Wundversorgung, info@akademie-fuer-wundversorgung.de

KRANKHEITEN

Long Covid & Post Covid

Eine Corona-Infektion kann Langzeitfolgen nach sich ziehen. Was versteht man unter Long Covid und unter Post Covid? Was ist der Unterschied und was sind die Symptome?



Foto: AdobeStock/DanleyWork

Laut RKI gab es in Deutschland bislang über 30 Millionen Corona-Infektionen, wobei die Dunkelziffer weit höher liegen dürfte.

Corona bestimmt bereits seit mehr als zwei Jahren einen Großteil unseres privaten und beruflichen Lebens. Laut RKI gab es in Deutschland bislang bereits über 30 Millionen Corona-Infektionen, wobei die Dunkelziffer weit höher liegen dürfte. Zu den Spätfolgen findet man in der Recherche unterschiedliche Aussagen: Jeder achte bis hin zu zehn Prozent der Corona-Erkrankten leiden unter Long oder Post Covid. Dabei spielt die Schwere des eigentlichen Krankheitsverlaufes keine Rolle.

Erkrankte können auch noch lange Zeit nach ihrer Akutbehandlung an körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen leiden. Betroffen sind Menschen aller Altersgruppen – Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen.

So unterschiedlich die Symptome, so unterschiedlich die Erfordernisse einer passenden Behandlung.


Definition

Laut Robert Koch-Institut definiert die Leitlinienempfehlung des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) „Long-COVID“ als gesundheitliche Beschwerden, die jenseits der akuten Krankheitsphase einer SARS-CoV-2-Infektion von vier Wochen fortbestehen oder auch neu auftreten.

Allgemein werden als „Post-COVID-Syndrom“ (PCS) Beschwerden bezeichnet, die noch mehr als zwölf Wochen nach Beginn der SARS-CoV-2-Infektion vorhanden sind und nicht anderweitig erklärt werden können. Somit umfasst „Long COVID“ sowohl im Anschluss an eine akute COVID-19-Erkrankung sowohl vier bis zwölf Wochen nach Symptombeginn noch bestehende Symptome als auch das „Post-COVID-19-Syndrom“.

Im Anschluss an eine akute COVID-19-Infektion können die Beschwerden über eine längere Zeit anhalten.

Symptome

Das Krankheitsbild des Post-Covid-Syndroms ist vielfältig. Die unter diesem Begriff bezeichneten Symptome können Beschwerden der Lunge, 

des Kreislaufsystems, der Muskulatur, Erschöpfungszustände wie das Fatigue-Syndrom, Konzentrationsschwäche und Kopfschmerzen bis hin zu Angstzuständen und Depression sein. So unterschiedlich diese Symptome sind, so unterschiedlich fallen auch die Erfordernisse einer passenden Behandlung aus. Eine große Bandbreite von Fachrichtungen, wie Lungenheilkunde, Kardiologie, Neurologie und andere, befasst sich aus diesem Grund mit der Versorgung von Betroffenen mit Post-Covid-Syndrom, um an einer Verbesserung des Zustands der Patientinnen und Patienten mitzuwirken.

Hierzu zählt eine Vielfalt körperlicher, kognitiver und psychischer Symptome, welche die Funktionsfähigkeit im Alltag und die Lebensqualität negativ beeinflussen. Die Beeinträchtigungen treten entweder bereits in der akuten Erkrankungsphase auf und bleiben längerfristig bestehen oder sie treten im Verlauf von Wochen und Monaten nach der Infektion (wieder) auf. Dabei wird über sehr unterschiedliche Symptome berichtet, die allein oder auch in Kombination auftreten und von sehr unterschiedlicher Dauer sein können. Bislang lässt sich daher kein einheitliches Krankheitsbild abgrenzen.

Am häufigsten berichten Menschen über Müdigkeit und schnelle bzw. ausgeprägte Erschöpfung nach körperlicher oder geistiger Anstrengung („Fatigue“). Denk- oder Konzentrationsstörungen, die in diesem Zusammenhang häufiger beklagt werden, sind Schwierigkeiten, sich z.B. Dinge zu merken, schwierige Zusammenhänge zu verstehen bzw. sich ausdauernd zu konzentrieren. Außerdem fühlen sich Betroffene meist in ihrer Leistungsfähigkeit, insbesondere im Beruf oder in der Familie, eingeschränkt. Auch von einem plötzlich aufgetretenen, länger anhaltenden Verlust zu schmecken oder zu riechen wird häufiger berichtet. Typisch ist ein wellenförmiger Verlauf der Beschwerden. Es gibt also Phasen, in denen es den Menschen besser geht und sie sich fast normal fühlen, dann

Bis zu zehn Prozent der Corona-Erkrankten leiden unter Long oder Post Covid.

wiederum Phasen, in denen es zu einer deutlichen Verschlechterung kommt. Bei einem Teil der Patientinnen und Patienten nehmen die Beschwerden nach kleinen Anstrengungen zu.

Wer bekommt Long Covid?

Leider liegen bislang keine genauen Kenntnisse darüber vor, wie vorhergesehen werden kann, wen PCS trifft. Am PCS können auch Menschen leiden, die während der frischen Coronavirus-Infektion nur wenige oder auch keine Beschwerden hatten. Umgekehrt kommt es nach einem schweren Verlauf von COVID-19 nicht zwingend zu PCS-Beschwerden. Nach den vorliegenden Untersuchungen sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Jugendliche erkranken seltener als Erwachsene und Kinder noch seltener am PCS. Am häufigsten ist die Altersgruppe der 30-50-Jährigen betroffen. Nach einer kürzlich veröffentlichten Statistik sind Asthmatiker, an Bluthochdruck Erkrankte, Diabetiker und Übergewichtige etwas häufiger betroffen. Allerdings können auch Menschen betroffen sein, die zu keiner dieser vermeintlichen Risikogruppen gehören.

Wie lange halten die Symptome an?

Es ist noch unbekannt, wie lange die PCS-Beschwerden anhalten. Ein Großteil der Beschwerden bessert sich deutlich nach vier bis acht Wochen. Wenn die Beschwerden jedoch länger anhalten, ist es im Einzelfall nicht vorhersagbar, wie lange sie tatsächlich dauern. In wenigen Fällen bleiben sie über zwölf Monate bestehen. Wenig überraschend ist, dass bei Patient:innen, die im Krankenhaus behandelt und eventuell sogar beatmet werden mussten, häufiger schwere und länger

TV-Tipp



Hirschhausen und Long-Covid – die Pandemie der Unbehandelten

ARD Mediathek

anhaltende Beschwerden berichtet werden. Diese Patient:innen leiden jedoch insbesondere häufiger an den Folgen der intensivmedizinischen Versorgung. Manche Beschwerden entwickeln sich erst nach einer Symptompause von bis zu einem halben Jahr nach der COVID-19-Erkrankung. ☹

Nele Trauernicht

QUELLEN:

- www.zusammengegenecorona.de
- S1-Leitlinie Long-/Post-COVID der AWMF; Registernummer 020 - 027
- Robert Koch-Institut
- www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Ausdrucken und verteilen

Drucken Sie die Ambulante Pflegepraxis aus und verteilen Sie alles oder einzelne Beiträge an Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Downloads der Ausgaben finden Sie unter

[haeusliche-pflege.net/
Pflegepraxis](http://haeusliche-pflege.net/Pflegepraxis)

ZEHN-MINUTEN-AKTIVIERUNG

Eine Aktivierungsstunde zum Thema Märchen

Es war einmal in einem weit entfernten Königreich... So oder so ähnlich fangen viele der bekannten Märchen an. Fast jeder kennt die wunderbaren Erzählungen und hat Erinnerungen daran.



Foto: AdobeStock/ASTA Concept

Und wenn sie nicht gestorben sind, dann leben sie noch heute...

Märchen sind Texte, die von wunderbaren Begebenheiten erzählen. Sie entführen uns in eine Fantasiewelt. Hier gibt es Zauberer, böse Hexen, Riesen, Zwerge, Fabeltiere, schöne Königstöchter und Prinzen. Die meisten Märchen erzählen eine Geschichte, in der es auch um moralische Handlungsweisen geht, die Kinder dazu anregen sollen, über die Moral der Geschichte nachzudenken. Eines haben fast alle Märchen gemeinsam: das Gute Ende. Der Wolf wird getötet, Schneewittchen und Dornröschen werden wachgeküsst und auch Hänsel und Gretel entkommen der bösen Hexe. Und wenn sie nicht gestorben sind, dann leben sie noch heute...

Herbstliche Tage sind ideal dazu, sich mit Ihren Betreuten über dieses schöne Thema zu unterhalten.

Materialien

- Märchenbuch (Die bekanntesten Märchen stammen von den Gebrüdern Grimm.)
- Memory-Spiel mit Märchenmotiven

Erinnerungsübung

- Schauen Sie sich gemeinsam die Memory-Karten mit den Märchenmotiven an. Versuchen Sie, die einzelnen Märchen zu benennen (Welche Märchen sind bekannt?).
- Spielen Sie eine Partie Memory und benennen Sie dabei den Titel und den Inhalt der jeweiligen Märchenkarten.
- Blättern Sie gemeinsam im Märchenbuch und suchen das entsprechende Märchen, über das Sie sich unterhalten.
- Lesen Sie ein Märchen vor oder lassen Sie Märchen vorlesen.

Märchen entführen uns in eine Fantasiewelt mit Zauberern und Hexen, Königstöchtern und Prinzen.

Fragen und Gesprächsanregungen

- Haben Sie als Kind ein Märchenbuch gehabt?
- Hat Ihnen als Kind jemand Märchen vorgelesen? Wenn ja: Wer? (Mutter oder Vater? Großeltern?)
- Hatten Sie als Kind Angst vor bestimmten Situationen in Märchen



6 Ambulante Pflegepraxis

- (zum Beispiel vor dem bösen Wolf, der die Großmutter frisst)?
- Hatten Sie als Kind ein Lieblingsmärchen? Wenn ja, welches und warum?
- Haben Sie Ihren Kindern oder Enkelkindern Märchen vorgelesen?
- Haben Ihre Kinder oder Enkelkinder Angst vor Märchen gehabt?

Spiel

Sätze ergänzen und den Märchentitel benennen:

- „Ach wie gut das keiner weiß, das ich heiß“ (Rumpelstilzchen)
- „... lass dein Haar herunter“ (Rapunzel)
- „Spieglein, Spieglein an der Wand, ...“ (wer ist die Schönste im ganzen Land – Schneewittchen und die sieben Zwerge)
- „Knusper, knusper knäuschen, wer knuspert an meinem ...?“ (Häuschen – Hänsel und Gretel)
- „Kikeriki, die goldene Jungfrau ist ... (wieder hie! – Frau Holle)
- „.... auf einen Streich“ (Sieben – Das tapfere Schneiderlein)
- „Ich bin so satt, ich mag kein ...“ (Blatt – Tischlein deck dich)

Märchen-Quiz

Welche Farbe hat das Haar von Rapunzel?

- a) Braun
- b) Rot
- c) Gold (x)

Mit welcher List lockt der böse Wolf Rotkäppchen vom Weg ab in den Wald?

- a) Sie soll Blumen für die Großmutter pflücken (x)
- b) Er kennt eine Abkürzung
- c) Im Wald gäbe es eine Überraschung

Was unternehmen Aschenputtels Stiefschwestern, um in den Schuh zu passen und die Gunst des Prinzen zu gewinnen?

- a) Sie ölen ihre Füße ein
- b) Sie machen den Prinzen betrunken
- c) Sie schneiden sich Zehen und Fersen ab (x)

Wie endet die Geschichte von Schneewittchen?

- a) Die böse Königin wird zur Hochzeit eingeladen und muss zur Strafe so lange tanzen, bis sie tot umfällt (x)
- b) Sobald Schneewittchen und der Prinz den Wald verlassen haben, sterben die sieben Zwerge aus Kummer
- c) Schneewittchen und der Prinz heiraten und bekommen eine Tochter, die genauso schön ist wie ihre Mutter

Der verwunschene Froschkönig verwandelt sich in einen Menschen, nachdem die Prinzessin...?

- a) ihn an die Wand geworfen hat
- b) ihm seine Liebe gestanden hat
- c) ihm einen Kuss gegeben hat (x)

Buchtipp

Märchen für Menschen mit Demenz – Sicher und kompetent in der Betreuung einsetzen

Aus der Kindheit vertraute Märchen wecken auch bei Menschen mit Demenz häufig Erinnerungen. Dr. Angelika B. Hirsch, Vizepräsidentin der europäischen Märchengesellschaft, bietet allen Interessierten eine fundierte Anleitung zum Einsatz von Märchen in der Altenhilfe. Ganz praktisch lässt sich anhand von 18 Beispielmärchen der Ablauf und die Struktur einer Aktivierungsstunde verfolgen. Basisinformationen zur Krankheit Demenz und zum Umgang mit erkrankten Menschen runden den Ratgeber ab.

- ISBN-10 3866304528

Was bringt Rotkäppchen im Körbchen zur Großmutter?

- a) Äpfel und Nüsse
- b) Kuchen und Wein (x)
- c) Warme Suppe und Brot

Wodurch fällt Dornröschen in einen hundertjährigen Schlaf?

- a) Sie hat von einem vergifteten Apfel abgebissen
- b) Sie hat sich beim Spinnen an einer Spindel gestochen (x)
- c) Sie hat vom verwunschenen Brunnlein getrunken

Wie kommen die Goldmarie und die Pechmarie zu Frau Holle?

- a) Durch einen Brunnen (x)
- b) Durch einen alten Baumstumpf
- c) Durch einen Zauberspruch

Wo versteckt sich das kleinste der sieben Geißlein vor dem bösen Wolf?

- a) Im Kasten der Wanduhr (x)
- b) Unter der Kellertreppe
- c) Hinter dem Kleiderschrank ➤



Foto: AdobeStock/olbor

Nele Trauernicht

CANNABINOIDE IN DER PFLEGE

Cannabis als Medizin

Bereits seit Jahren wird in Deutschland über die Legalisierung von Cannabis debattiert. Ende dieses Jahres soll nun ein erster Gesetzentwurf vorliegen.



Foto: AdobeStock/Trmalorn

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts waren Produkte aus Cannabis in Amerika und Europa etablierte medizinische Präparate.

Bis Ende des 19. Jahrhunderts waren Produkte aus Cannabis in Amerika und Europa etablierte medizinische Präparate. Das deutsche Pharmaunternehmen Merck war in Europa führender Hersteller von Cannabisprodukten. Damals wurde Cannabis hauptsächlich als natürliches Schlaf- und Schmerzmittel vermarktet. Weitere Anwendungsgebiete waren Hysterie, Depressionen, Rheumatismus, Nervenleiden. Zu dieser Zeit war der Missbrauch von Cannabis zu Rauschzwecken in Europa noch weitestgehend unbekannt, obwohl es erste Suchtberichte aus Asien und Afrika gab. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde Cannabis als Naturprodukt durch die Entwicklung synthetischer Medikamente, wie Aspirin und Barbiturate, aus der Medizin verdrängt. Am 10.12.1929 wurde Cannabis in das erste internationale

Opium-Abkommen aufgenommen und in Deutschland verboten.

Was sind Cannabinoide?

Cannabinoide sind eine Gruppe pharmakologisch aktiver Substanzen. Bislang wurden insgesamt 144 Cannabinoide in der Cannabispflanze entdeckt. Die bekanntesten und am weitesten

**Cannabishaltige
Arzneimittel dürfen
Patient:innen mit
schwerwiegender
Erkrankung verord-
net werden.**

erforschten Cannabinoide sind das Tetrahydrocannabinol (THC oder Dronabinol) und das Cannabidiol (CBD), auf die später noch genauer eingegangen wird. Cannabinoide kommen fast ausschließlich in Hanf vor und wirken auf das endocannabinoide System, das auch im menschlichen Organismus zu finden ist. Das bedeutet, in unserem Nervensystem befinden sich Rezeptoren, an denen sich Cannabinoide andocken können. Hierbei wird zwischen zwei verschiedenen Typen von Rezeptoren unterschieden: Typ-1-Cannabinoid-Rezeptoren (CB-1) im zentralen Nervensystem und Typ-2-Cannabinoid-Rezeptoren (CB-2) im Immun-, Verdauungs- und dem Fortpflanzungssystem sowie in Knochen, Haut, Lunge, hormonalen Drüsen und den Augen. Dies erklärt, warum Cannabis eine so vielfältige Wirkung auf den



- menschlichen Organismus entfalten kann. Es gibt drei Hauptkategorien von Cannabinoiden: Phytocannabinioide (von Pflanzen produzierte Cannabinoide), Endocannabinioide (natürlich vom Körper produzierte Cannabinoide) und synthetische Cannabinoide (künstlich hergestellte Cannabinoide).

Unterschied THC und CBD

Sowohl THC als auch CBD sind Bestandteile der Cannabispflanze. Der Hauptunterschied zwischen den Stoffen liegt in der chemischen Zusammensetzung. THC (Dronabinol) wirkt psychoaktiv (die Wahrnehmung beeinflussend) und führt durch Andocken an die Cannabinoid-Rezeptoren zur Ausschüttung von Dopamin, wodurch wiederum Rauschzustände verursacht werden. CBD (Cannabidiol) hingegen dockt sich nur mit sehr geringer Aktivität an die Cannabinoid-Rezeptoren an und hat dadurch keine psychoaktive Wirkung auf den menschlichen Organismus. Das macht die Differenzierung der beiden Stoffe so wichtig. Hat THC doch einen denkbar schlechten Ruf und wird vor allem mit Marihuana und Drogenkonsum in Verbindung gebracht, so ist CBD hauptsächlich für seine therapeutischen Wirkung bekannt, so lange der THC-Gehalt unter 0,2 Prozent liegt. Alles darüber fällt unter das Betäubungsmittelgesetz und ist in Deutschland illegal (ausgenommen medizinisches Cannabis).

Anwendungsgebiete

- Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit (z.B. infolge Chemotherapie)
- Spastiken und Bewegungsstörungen (z.B. Multiple Sklerose, Tourette-Syndrom, Morbus Parkinson)
- Schmerzen (z.B. Migräne, rheumatische Erkrankungen, Fibromyalgie)
- Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, PTBS, Schizophrenie)

Gesetzeslage in Deutschland

In Deutschland ist der Umgang mit Cannabis im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) festgelegt und nach Anlage I als „nicht verkehrsfähig“ eingestuft. Das bedeutet, dass jeglicher Besitz von Cannabis und

Der Umgang mit Cannabis ist im Betäubungsmittelgesetz festgelegt.

Cannabisprodukten illegal und somit strafbar ist. Das schließt jedoch nicht den Konsum mit ein. Allerdings setzt sich die Ampel-Regierung (SPD, FDP und Grüne) dafür ein, bis zum Ende des Jahres 2022 einen Gesetzesentwurf fertigzustellen, der Cannabis reguliert legalisieren soll.

Ausnahme

Seit dem 10.3.2017 dürfen cannabis-haltige Arzneimittel für Patient:innen mit einer schwerwiegenden Erkrankung ärztlich verordnet werden. „Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, 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 Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der/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.“ (Auszug SGB V, § 31 Abs. 6) ➤

Filmtipp: www.daserste.de/information/politik-weltgeschehen/weltspiegel/sendung/br/israel-marihuana-100.html



Malin von Lingelsheim
Freie Autorin für die
Seifert&Trauernicht GbR

Konzeption und redaktionelle Begleitung

Foto: privat



Nele Trauernicht
Seifert&Trauernicht GbR
nele@seifert-trauernicht.de

Foto: provided



Philipp Seifert
Seifert&Trauernicht GbR
philipp@seifert-trauernicht.de

Impressum

AMBULANTE PFLEGEPRAXIS erscheint monatlich als regelmäßiges Supplement und damit als exklusiver Bestandteil der Zeitschrift HÄUSLICHE PFLEGE.

www.haeusliche-pflege.net

Der Nachdruck – auch auszugsweise – ist nur mit Genehmigung des Verlages gestattet. AMBULANTE PFLEGEPRAXIS und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme der Beiträge erwirbt der Verlag alle Nutzungsrechte in Print- und elektronischen Medien. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors, nicht unbedingt auch die der Redaktion dar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Redaktion:

Lukas Sander (v.i.S.d.P.),
Tel. 05 11/99 10-1 21,
Fax 05 11/99 10-1 96,
E-Mail: lukas.sander@vincentz.net,
Anschrift wie Verlag

Anzeigen:

Stefan Wattendorff (Leitung), Tel. 05 11/99 10-150,
stefan.wattendorff@vincentz.net,
Anschrift wie Verlag
Produktion & Layout
Maik Dopheide (Leitung), Birgit Seesing (Artdirection),
Dennis Wasner; herstellung@vincentz.net

Verlag:

Vincentz Network, Plathnerstraße 4c, 30175 Hannover

Druck:

Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH,
Langenhagen

© Vincentz Network GmbH & Co. KG
ISSN 0935-8234, 10487