



Homöopathie in Geriatrie und Palliativmedizin

Ältere Patienten mit homöopathischen
Arzneien begleiten

Renate Krause

**Homöopathie
in Geriatrie und Palliativmedizin**

Ältere Patienten
mit homöopathischen Arzneien
begleiten

Homöopathie in Geriatrie und Palliativmedizin

Ältere Patienten
mit homöopathischen Arzneien
begleiten

Renate Krause

München-Puchheim

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dnb.de> abrufbar.

Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß §44b UrhG (Text und Data Mining*) zu gewinnen, ist untersagt.

© 2026 Renate Krause

Korrektur: Gabriele Hanewacker

Satz und Coverdesign: frieauff.com

Verlag: BoD - Books on Demand GmbH, Überseering 33, 22297 Hamburg,
bod@bod.de

Druck: Libri Plureos GmbH, Friedensallee 273, 22763 Hamburg

ISBN: 978-3-6951-0052-1

Inhalt

Vorwort	7
Die Besonderheit der geriatrischen Anamnese	11
Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten	12
Wie viele Pillen braucht der Mensch?	14
Erhöhte Sensibilität gegenüber Medikamenten	16
Veränderte Wirkung von Arzneimitteln	16
Typische geriatrische Nebenwirkungen von Medikamenten	18
First-Pass-Effekt und Bioverfügbarkeit	18
Einfluss durch Nahrungsmittel und pflanzliche Stoffe	20
Johanniskraut beeinflusst Medikamente	20
Weitere pflanzliche Arzneien, die Arzneimittelwirkungen beeinflussen	21
Medikamente als Mikronährstoffräuber	22
Nahrungsergänzungsmittel für Ältere	23
Die Rolle des Vitamin-D	23
Omega-3-Fettsäuren	23
Spurenelement Selen	24
Q10 – Coenzym 10	25
Dosierung bei älteren Menschen	26
Dosierung durch „Riechgaben“	26
Zwischenmittel für ältere Menschen	29
Nosoden in der Geriatrie	31
Organotrope Arzneimittel und Biochemie	32
Die Säuren in der Homöopathie	34
Gemeinsame Leitsymptome der Säuren	41
Weitere Aspekte von Arsenicum album und seinen Salzen	52
Besondere geriatrische Indikationen	57
Altersherz	57
Arteriosklerose	60
Dekubitus	71
Demenz	73

Husten bei alten Menschen	78
Hypertonie	84
Morbus Alzheimer	90
Morbus Parkinson	103
Schwindel	110
Ulcus cruris	124
Harninkontinenz	127
Lebensende, Sterbebegleitung	132
Materia Medica mit Leitsymptomen der wichtigsten Arzneien	135
Literatur- / Quellenverzeichnis	159
Gebet für den älter werdenden Menschen	161
Die Autorin	162

Vorwort

*Das Alter ist nicht der Rest der Jugendkraft,
sondern etwas Neues, Großes, für sich Bestehendes.*

Käthe Kollwitz (1867-1945)

Eine neue Gesellschaft ist entstanden. Eine zunehmende „Gesellschaft der Älteren“, in der die Lebenserwartung weiter und weiter steigt. Der Generationenwandel spiegelt sich auch bei den Älteren wider. Man spricht von den „jungen“, ja, von den „neuen Alten“, dabei altern wir ALLE, von der Geburt an und ein Leben lang.

Vor allem die Industrieländer, zu denen auch Deutschland gehört, weisen den verhältnismäßig größten Anteil älterer Mitbürger auf. Alle Beschäftigten im Gesundheitswesen müssen sich auf diese Entwicklung vorbereiten.

Im Bereich der Kinderheilkunde gilt es als selbstverständlich, dass man sich nicht auf medizinisches Wissen stützt, das bei Erwachsenen gewonnen wurde. Nur die Geriatrie ist in dieser Hinsicht ein Grenzgebiet der Medizin. Dabei gelten für alte Menschen eigene Gesetze, bestehen besondere Gefahren und typische Probleme. Diese Erkenntnis setzt sich nur langsam durch. Die Medizin des alten Menschen darf nicht aus Erfahrungen oder Parametern der Medizin des mittleren Lebensalters bestehen. Sie muss den alten Menschen in seiner individuellen Problematik ernst nehmen. Diese ist sicherlich sehr vielschichtig:

Mehrfacherkrankungen, Multimedikation und physiologische Altersveränderungen sind einige der medizinischen Besonderheiten. Soziale und psychologische Probleme kommen hinzu. Funktionale Defizite prägen den Alltag älterer Menschen in größerem Maße als lang bestehende Krankheiten.

Der größte Wunsch der meisten unserer älteren Mitbürger ist, möglichst lange selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden oder bei Verwandten zu leben. Diese Tatsache müssen wir auch bei ihrer Anamnese berücksichtigen. Oftmals können wir erleben, dass Beschwerden oder Symptome von den Betroffenen heruntergespielt oder nicht zugegeben werden, um zu verhindern, vielleicht als „pflegebedürftig“ eingestuft zu werden.

Die konventionelle Medizin versucht „Leben zu verlängern“, „Laborparameter zu verbessern“, aber sie übersieht meist, dass für ältere Menschen die „Lebensqualität“ wichtiger sein kann als Laborwerte oder andere Parameter.

Das erste Lehrbuch der Geriatrie verfasste Hufeland. Sein im Jahr 1796 entstandenes Werk „Makrobiotik“ beschreibt die altersspezifischen Entwicklungen wie folgt:

„Das Alter, obnerachtet es an sich die natürliche Folge des Lebens und der Anfang des Todes ist, kann doch selbst wieder ein Mittel werden, unsere Tage zu verlängern. Es vermehrt zwar nicht die Kraft zu leben, aber es verzögert ihre Verschwendung, und so kann man behaupten, der Mensch würde in der letzten Periode seines Lebens, in dem Zeitraum der schon verminderten Kraft, seine Laufbahn eher beschließen, wenn er nicht alt wäre“.

Er meinte damit: *„Die Abnahme der Intension des Lebensprozesses mit dem Alter verlängert seine Dauer!“*

Auch der leider bereits verstorbene Homöopath, Dr. Willibald Gawlik stellte in seinem Buch „Homöopathie in der Geriatrie“ betroffen fest, dass in Deutschland ca. 50 spezifische medizinische Fachgebiete zu finden sind. Trotz der immer größer werdenden Zahl alternder und alter Menschen gab es lange Zeit keinen Facharzt¹ für Geriatrie und er fordert, dass Ärzte nicht in erster Linie als Hüter der Gesundheit, son-

¹ Zwischenzeitliche Zusatzausbildung in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt als eigenständige Facharztkompetenz.

dern vor allem auch als „Sachwalter der Schöpfung“ handeln sollen. Es solle nicht in Vergessenheit geraten, dass die medizinische Fakultät letztlich aus der philosophischen bzw. theologischen Fakultät resultiert und die Behandlung von Kranken früher dem Priester und Arzt in die Hände gelegt war. Im Zeitalter von Hochtechnologie, Video, Internet oder anderen elektronischen Einrichtungen sollten wir eine „seelische Antenne zum Himmel“ ausrichten, durch die große Kraft empfangen werden kann.

Die Homöopathie in ihrer ganzheitlichen Ausrichtung kann diesen Forderungen, die dieser große Homöopath an einen Therapeuten der heutigen Zeit stellt, sicherlich eher gerecht werden als die konventionelle Medizin.

Die Anamnese beim alternden Menschen unterscheidet sich in vieler Hinsicht von der eines jüngeren. Aber ohne Ausnahme gilt für alle Patienten: Der Patient/die Patientin muss immer im Mittelpunkt stehen. Ein Problem, das die Geriatrie mit der Homöopathie gemeinsam hat, ist das der Zeit. Der alte Mensch braucht mehr Zuwendung, mehr Aufmerksamkeit als der junge. Seine komplexen Krankheitszustände machen eine genaue Anamnese der Vorerkrankungen, der Vorbehandlungen, des sozialen Umfeldes nötig, der andere Lebensrhythmus des alten Menschen verlangt vom Behandler ein sehr zeitintensives Eingehen auf die individuellen Eigenheiten des Patienten.

*„Ihr sollt den Rat der Alten hören,
denn ihre Augen haben vieles vorbeigehen sehen
und ihre Ohren haben die Stimme des Lebens vernommen.
Selbst wenn euch ihr Ratschlag missfällt,
schenkt ihnen eure Aufmerksamkeit!“*

(aus dem Gilgamesch-Epos)

Die Besonderheit der geriatrischen Anamnese

Nur in einer warmen Atmosphäre, ohne Zeitdruck, ohne medizinisches Fachjargon, ohne autoritäre Haltung oder Desinteresse, kann der ältere Patient Vertrauen zum Therapeuten aufbauen.

Viele Patienten haben bereits resigniert oder stehen einer neuen Behandlungsmethode, wie der Homöopathie, skeptisch gegenüber. Ist ein persönliches Gespräch unter vier Augen mit dem Patienten nicht mehr möglich, wird es notwendig, Angehörige oder Pflegepersonal in das Gespräch einzubeziehen. Dies wird oftmals erschwert durch viele Belastungen, Machtumkehr innerhalb der Familie, Schuldgefühle usw. Dabei darf aber nicht der Eindruck erweckt werden, mit den Angehörigen über den Patienten zu „verhandeln“, auch Heimlichkeiten sollten vermieden werden.

Die sogenannte „Fremdanamnese“ ist aber nicht nur bei hirntonleistungsgestörten Patienten aufschlussreich, z.B. werden aus Angst vor Einweisung in ein Altersheim Stürze nicht erwähnt und Beschwerden oft heruntergespielt. Es empfiehlt sich, ein zweites Gespräch, vielleicht auch telefonisch, mit den Angehörigen oder dem Pflegepersonal zu führen.

Nach dem Spontanbericht sollten vorsichtig einleitende, gezielte Fragen gestellt werden. Wichtig ist, die komplette Lebensgeschichte des Patienten/der Patientin zu erfahren. Hilfreich sind sogenannte Anamnesebögen, z.B. Auflistung der Krankheitschronologie im Zeitstrahl und eine Auflistung der Familienanamnese (mütterlicher- wie väterlicherseits sowie eine Auflistung der bisherig erfolgten Impfungen.

Die **körperliche Inspektion und Untersuchung** ist in jedem Falle zwingend notwendig, da der Patient oft sich langsam entwickelnde Veränderungen als „altersbedingt“ einstuft und sie dem Behandler nicht spontan zeigt oder beschreibt: Beispiel: z.B. Armschwellung bei Brusttumor.

Auch **funktionelle Defizite** werden von den Betroffenen meist

nicht aktiv berichtet, da sie als selbstverständlich oder altersbedingt eingestuft werden. Nach ihnen muss gefahndet werden.

Das vorliegende Buch soll homöopathisch arbeitende Therapeuten in Geriatrie und Palliativmedizin unterstützen und begleiten. Es ist aber auch für Betroffene und ihre Angehörigen gedacht, die nach Alternativen oder Begleittherapien suchen. Die folgenden Seiten sollen aufzeigen, dass das breite Wirkungsspektrum der Homöopathie auch bei geriatrischen und hoffnungslosen Erkrankungen viel zu bieten hat.

Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten

*„Alle Dinge sind ein Gift, nur die Dosis bewirkt,
dass ein Ding kein Gift ist“.*

Paracelsus von Hohenheim (1493-1541)

Ein weiteres Kennzeichen des älteren Patienten ist die erhöhte Anfälligkeit gegenüber unerwünschten Wirkungen von Medikamenten und die Inkompatibilität im Rahmen der häufig durch die konventionelle Medizin angeordneten Multimedikation.

Viele Medikamente werden regelmäßig, manche vielleicht auch nur gelegentlich eingenommen. Oftmals in einer zu hohen Dosierung oder in unverträglicher Kombination mit anderen Arzneimitteln. Die Zahl der älteren Menschen, die wegen einer Arzneimittel-Vergiftung behandelt werden müssen, steigt stetig. Wie einem älteren Artikel von Welt-Online zu entnehmen war, mussten im Jahr 2010 rund 1100 Menschen über 65 Jahren mit Arzneimittelvergiftungen stationär behandelt werden, zwei Drittel davon waren Frauen (Quelle: Techniker

Krankenkasse mit Verweis auf die Zahlen des Statistischen Bundesamtes).

Meist handelt es sich um Beruhigungsmittel, Herz-Kreislauf-Medikamente, Antidepressiva sowie Magen-Darmsubstanzen. Sie werden in zu hoher Dosis eingenommen oder bilden in Kombination mit Schmerzmitteln gefährliche Medikamenten-Cocktails. Es trifft besonders alleinstehende ältere Menschen, sie benötigen oft weitere Hilfe, werden aber nur unzureichend bezüglich einer richtigen Arzneimiteleinahme beraten und fühlen sich zunehmend mit dem Problem allein gelassen.

Wie das Robert Koch Institut 2009 berichtete, verursacht die Gruppe der über 65-jährigen 45% aller Krankheitskosten.

- Ein über 60-jähriger nimmt im Durchschnitt drei Medikamente gleichzeitig ein.
- Mehr als 65% aller unerwünschten Arzneimittelwirkungen treten bei über 60-jährigen auf.
- Bis zu 20% der Krankenhauseinweisungen erfolgen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

Laut Prof. Dr. Jürgen Fröhlich, dem ehemaligen Direktor der Abteilung für klinische Pharmakologie an der medizinischen Hochschule in Hannover sterben vermutlich pro Jahr 58.000 Patienten durch unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, und dies nur im internistischen Bereich. Die Gesamtzahl sei vermutlich noch viel höher, wird doch die wahre Ursache oft nicht erkannt, oder es erfolgt keine Meldung. Diese Zahlen werden sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten drastisch verschärfen.

Wie viele Pillen braucht der Mensch?

Die nachfolgenden Informationen mögen den Lesern die Brisanz der Thematik verdeutlichen. Sie entstammen einem Beitrag „Polypharmazie im Alter“².

„Mithilfe der PRISCUS-Liste³ kann eine potenziell inadäquate Medikation (PIM) identifiziert werden. Sie nennt 83 Arzneimittel aus 18 Wirkstoffgruppen, die auf dem deutschen Markt verfügbar sind und bei älteren Patienten eher zurückhaltend oder gar nicht verordnet werden sollten, wie etwa Psychopharmaka, Schmerz- und Beruhigungsmittel sowie kardiovaskuläre Medikamente.

2010 erhielten 20% der älteren Menschen in Deutschland mindestens eine PIM-Verordnung (Männer 18,3 %, Frauen 24,8 %). Bei bestimmten Erkrankungen sollte PIM möglichst nicht eingesetzt werden, zum Beispiel Amitriptylin bei Risikoerkrankungen im Hinblick auf periphere anticholinerge Effekte (Glaukom, Miktionsstörungen, Obstipation). Wenn das Medikament dennoch verordnet wird, können auf Grundlage der PRISCUS-Liste pharmakologische Alternativen evaluiert beziehungsweise Maßnahmen ergriffen werden.

Die FORTA-Liste⁴ („fit for the aged“) wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Webling von der Universität Heidelberg entwickelt und beurteilt in Form eines Ampelsystems 296 Substanzen für 30 alterstypische Erkrankungen nach ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit in vier Kategorien. Kategorie A umfasst Medikamente, die schon in größeren Studien an älteren Patienten geprüft wurden und eine eindeutig positive Nutzenbewertung aufweisen, während der Kategorie E zugeordnete Substanzen fast immer vermieden werden sollten. Gemäß einem Expertenkonsens der Initiative Patientengerechte Altersmedizin (IPA) sind es insbeson-

2 <https://www.cme-kurs.de/kurse/polypharmazie-im-alter-wie-viele-pillen-braucht-der-mensch/>

3 <https://www.priscus2-0.de/priscus-1.html>

4 <https://www.umm.de/iv-medizinische-klinik/leistungsspektrum/arzneimitteltherapie-fuer-aeltere/>

dere sieben Arzneimittel, die kritisch evaluiert werden sollten bezüglich Indikation, Dosis und Dauer („critical 7“). Dabei handelt es sich um Diuretika, Protonenpumpeninhibitoren (PPI), nicht steroidale Antirheumatika, Opioide, Anticholinergika, Neuroleptika und Benzodiazepine. Gleichzeitig macht die Initiative aber auch darauf aufmerksam, dass Polypharmazie auch paradoxerweise das Risiko der Unterversorgung birgt. Osteotherapeutika inklusive Vitamin D, Analgetika, ACE-Hemmer, Antidepressiva, Antikoagulanzen und Laxanzien sind je nach Erkrankung sowohl für die Lebensqualität als auch für die Prognose wertvoll, sodass sie als „beneficial 7“ zusammengefasst wurden“.

Erhöhte Sensibilität gegenüber Medikamenten

Ältere Menschen sind gegenüber zahlreichen Medikamenten empfindlicher als Patienten im mittleren Lebensalter. Deshalb ist in vielen Fällen eine niedrigere Dosis erforderlich. Dies ist beispielsweise der Fall bei Vitamin K-Antagonisten, zentral wirkenden Analgetika (Schmerzmittel) und Sedativa (Beruhigungsmittel).

Veränderte Wirkung von Arzneimitteln

Auch treten nach Medikamenteneinnahme oft **veränderte oder gegenteilige Wirkungen** ein, wie z.B. eine Erregung nach Gabe eines Benzodiazepins (Beruhigungsmittel) oder es werden Medikamente, die zu einem bestimmten früheren Zeitpunkt vielleicht indiziert waren, unkritisch lange Zeit weiter eingenommen.

Für uns Homöopathen stellt sich in jedem Falle die entscheidende Frage: Handelt es sich bei den Symptomen des Patienten/der Patientin um Arzneimittelneben- oder -wechselwirkungen?

Oder gehören die Symptome zum natürlichen Krankheitsbild des Patienten?

Dies lässt sich oftmals nicht einfach beantworten. Diese Tatsache erschwert die Anamnese, und auch die homöopathische Behandlung bei älteren Menschen. Auch ist die Einnahme vieler Medikamente in deren Augen „selbstverständlich“ (z.B. Lipidsenker, Cholesterinsenker, Schlafmittel u.Ä.) als dass sie vom Patienten spontan erwähnt werden. Hier muss ausdrücklich nachgefragt werden. Am besten lässt man sich von älteren Menschen zur Erstanamnese alle eingenommenen Medikamente mitbringen.

Beispiele:

Der Patient leidet beispielsweise tagsüber unter Schwindel oder stürzt häufig. Wir sollten dies nicht so einfach als Symptom hin-

nehmen, sondern uns die Frage stellen: Handelt es sich vielleicht um die Nachwirkung von in der Nacht oder am Abend eingenommenen Schlaftabletten/Diazepanen oder anderen Medikamenten?

Einem anderen Patienten läuft pausenlos die Nase. Hätten Sie daran gedacht, dass dieses Symptom möglicherweise durch ein gebräuchliches Medikament gegen „Herzinsuffizienz“ ausgelöst wird?

Klagt der Patient über Störungen des zentralen Nervensystems, wie z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Tinnitus, Sehstörungen oder Somnolenz, könnte es sich leicht um die Nebenwirkungen von Acetylsalicylsäuren (Aspirin) und ihren Derivaten handeln. Diese gehören fast standardmäßig zur Medikation älterer Menschen.

Sie sehen, die medikamentöse Therapie zählt zu den zentralen und schwierigsten Kapiteln in der Geriatrie. Die Herausforderung an die Mediziner unserer Zeit liegt wohl in dem steten Abwägen von Nutzen und Schaden eines Medikamentes.

Wichtig für uns Homöopathen ist zu wissen, dass gerade ältere Patienten aufgrund vielfach vorhandener Mehrfacherkrankungen mehr als jüngere Dauermedikamente einnehmen, während sich gleichzeitig deutlich sensibler auf unerwünschte Nebenwirkungen reagieren.

Typische geriatrische Nebenwirkungen von Medikamenten

Akute Verwirrtheit, langsam einsetzende oder sich verschlechternde Hirnleistungsstörung, Stürze, Appetitlosigkeit, Schwindel, orthostatische Dysregulationen (Kreislaufstörungen) sind typische Arzneimittel induzierte Nebenwirkungen. Wenn ältere Patienten mit solchen Symptomen in die Sprechstunde kommen muss zuerst abgeklärt werden, ob es sich Arzneimittelnebenwirkungen handelt, oder ob es Symptome sind, die zum Patienten gehören.

First-Pass-Effekt und Bioverfügbarkeit

Im Alter steigt die Bioverfügbarkeit von Medikamenten an. D.h. oftmals werden geringere Dosierungen benötigt. Warum ist dies so?

Es ist jedem bekannt, dass Medikamente und Alkohol einen gefährlichen Cocktail ergeben und dass sich Medikamente oftmals untereinander nicht vertragen. Aber wussten Sie schon, dass bestimmte Lebensmittel oder pflanzliche Arzneien die Wirkung von wichtigen Medikamenten drastisch beeinflussen?

Arzneistoffe (hier sind die schulmedizinischen Medikamente gemeint) erreichen in der Regel auf dem Weg über das Blut ihr Zielorgan. Sie müssen also zunächst in das Blut gelangen. Dies geschieht im venösen Bereich des Blutkreislaufs. Am häufigsten wird die einfache Verabreichung durch den Mund – peroral – mit der anschließenden Aufnahme des Wirkstoffs über die Magen- und Darmschleimhaut in die Blutbahn gewählt. Dieser Applikationsmodus hat den Nachteil, dass der Wirkstoff grundsätzlich auf dem Weg in den großen Kreislauf erst die **Leber** passieren muss (**Pfortadersystem**). Die Leber inaktiviert natürlicherweise einen unterschiedlich großen Anteil an arzneilichen Wirkstoffen (= sog. „**first-pass**“-Effekt). Dieser Effekt ist abhängig vom Lebensalter und von der Leberfunktion eines

Menschen. Die Arzneistoffe mit dem größten „first-pass“-Effekt (über 50%) sind beispielsweise **Beta-Rezeptorenblocker** (bis zu 90%), aber auch Antiarrhythmika, Vasodilatoren (blutgefäßerweiternd), und weitere. Dies bedeutet für den Patienten, dass eine genaue Dosierung bei dieser Art von Medikamenten oftmals nur sehr schwer zu erreichen ist.

Beispiel:

Bei Einnahme von Beta-Rezeptorenblockern (z.B. Alprenolol) macht die Leber zwischen 80-90% der Arzneistoffe unwirksam. D.h. die Bioverfügbarkeit dieses Medikamentes liegt zwischen 10-20%.

Im Alter steigt die Bioverfügbarkeit von Arzneien jedoch deutlich an, oftmals ist die Leberfunktion nicht mehr so, wie in jungen Jahren. Dies bedeutet, dass der ältere Mensch z.B. bei Beta-Rezeptorenblockern eine geringere Dosierung benötigt als der jüngere – je nach Zustand der Leberfunktion. Wird ein Arzneiwirkstoff, der zu 100% aus dem Darm resorbiert wird, während der Leberpassage durch einen „first-pass“-Effekt zu 90% aus dem Pfortaderblut extrahiert, so beträgt seine Bioverfügbarkeit 10%. Nimmt die Extraktion geringfügig (!) von 90 auf 80% ab (individuelle Leberfunktion), so steigt die Bioverfügbarkeit auf 20%, somit auf das Doppelte!

Fazit: Bei Arzneimitteln, die einem ausgeprägten „first-pass“-Effekt unterliegen, können bereits kleine Änderungen der Extraktion zu erheblichen Änderungen der Bioverfügbarkeit führen. Aus diesem Grund spüren Patienten oftmals entweder überhaupt **keine Arzneiwirkung** oder aber **gravierende Nebenwirkungen**.

Einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Bioverfügbarkeit von Medikamenten hat auch der **Einnahmezeitpunkt** der Arzneien. Nach dem Essen steigt die Bioverfügbarkeit z.B. von Betarezeptoren doppelt so hoch an, wie nach Einnahme auf nüchternen Magen. Deshalb ist es wichtig, die vom Arzt verordneten Arzneien immer zum vorgeschriebenen Zeitpunkt einzunehmen. Auch ein zu schnelles Absetzen kann gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Ein langsames Ausschleichen ist in jedem Falle vorzuziehen.

Einfluss durch Nahrungsmittel und pflanzliche Stoffe

Enzyme, die Arzneimittel in der Leber abbauen sind z.B. die so genannten **Isoenzyme**. Diese werden durch unterschiedliche Substanzen stark beeinflusst.

Trinken Sie beispielsweise gerne **Grapefruitsaft (= Hemmstoff)** so wird das **Isoenzym 3A4** gehemmt, mit der Folge, dass Arzneien, wie z.B. Erythromycin (ein Tetracyclin), Cholesterinsenker, Testosteron, Viagra, Diazepam (um nur einige zu erwähnen) nicht oder nur sehr langsam abgebaut werden. Sie sind somit in großen Mengen im Blutkreislauf verfügbar (= Bioverfügbarkeit hoch). Ähnlich wirkt auch die Substanz aus der **Sternfrucht** (diese wird bei uns aber wesentlich seltener konsumiert).

Induktoren hingegen (Induktor=Antrieb) wirken gegenteilig, so bewirkt die Einnahme von Johanniskraut (eine der wichtigsten und meist unterschätzten Induktoren), dass manche Arzneien wenig oder gar nicht wirken können (reduzierte Bioverfügbarkeit).

Beispiel: Patienten, die regelmäßig Cholesterinsenker, Beta-Rezeptorenblocker oder Viagra einnehmen, gleichzeitig wegen depressiver Stimmungen auch Johanniskraut verordnet bekommen, haben ein Problem. Das Johanniskraut sorgt dafür, dass die Arznei abbauenden Isoenzyme wesentlich schneller laufen, somit könnte die Arzneiwirkung der Cholesterinsenker, Betablocker oder auch des Viagra ganz ausbleiben(!)

Johanniskraut beeinflusst Medikamente

Johanniskrautprodukte haben eine Wechselwirkung auf folgende Medikamente/Substanzen (hier nur die bekanntesten):

Paracetamol, Beta-Rezeptorenblocker, Coffein, Theophyllin (Antisthmatika), Östrogene, orale Kontrazeptiva (Pille), Verapamil,

Die Gesundheit des älteren Menschen erfährt zunehmenden Stellenwert in der Gesellschaft.

So wird im Jahr 2030 wohl ein Drittel unserer Bevölkerung älter als 65 Jahre sein.

Die Autorin klärt über die Besonderheiten der geriatrisch-homöopathischen Anamnese auf und stellt die Möglichkeiten und Chancen der Begleitung älterer Menschen durch Homöopathie vor.

Der vorliegende Leitfaden enthält:

Tipps zur Prävention

Infos zu typischen geriatrischen Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten

Hinweise zu möglichen Nahrungsergänzungsmitteln und die Einflüsse pflanzlicher Stoffe

Beschreibungen der wichtigsten Homöopathika und ihre Besonderheiten für alterstypische Erkrankungen

Details zu (Konstitutions-) mitteln im Alter und ihre Dosierung mit LM- /Q-Potenzen/Riechpotenzen

Praxishinweise zur homöopathischen Begleitung am Lebensende.

Das Taschenbuch ist homöopathischen Behandlern gewidmet, Ärzten wie Heilpraktikern sowie erfahrenen Anwendern und Betreuern!

