

Alterszahnmedizin zwischen Demenz und drittem Frühling

20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)

Ein Kongressbericht von Ulrike Nover, München

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz veranstaltete die DGAZ am 24. April 2010 am Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein in Kiel ihre Jubiläumsveranstaltung. Erstmals fand das wissenschaftliche Programm für Zahnmediziner und Teilnehmer aus dem Pflegebereich gemeinsam statt.

„Vertrauensvolle Kooperationen, die das Verständnis für die Nöte der unterschiedlichen Berufsgruppen fördern, sind wichtig, um den Senioren ihren Lebensabend mit hoher Lebensqualität gemeinsam zu ermöglichen“, sagte DGAZ-Präsidentin Prof. Dr. Ina Nitschke eingangs und freute sich, Zahnmediziner und Mitarbeiter aus dem Pflege-sektor gemeinsam zur Fortbildung begrüßen zu können. Professor Wenz umriss in seiner Begrüßungsrede, worum es ihm bei der Tagung geht: „Neben den fitten Alten, die ihren Lebensabend bei hoher Lebensqualität verbringen wollen, steht die größer werdende Gruppe der pflegebedürftigen Senioren – beide Gruppen haben ihre besonderen Ansprüche und Bedürfnisse in Bezug auf Mundgesundheit und zahnärztliche Versorgung. Dieses Spannungsfeld soll von zahnmedizinischer, medizinischer und soziologischer Seite beleuchtet werden.“

Erfolgreiches, produktives Altern – Fakt oder Fiktion?

Eine Fragestellung, die Zündstoff beinhaltet und der der Kieler Soziologe Prof. Dr. Klaus R. Schroeter nachging. So stellt sich im Umkehrschluss die Frage: Gibt es auch ein gescheitertes, unproduktives Altern? Das zu definieren und darüber zu urteilen, wäre ein gefährliches – ja zynisches – Unterfangen. Schroeter definierte die eingangs gestellte Fragestellung folgendermaßen: Produktives Altern bedeutet die gesellschaftliche Nutzbarkeit des alten Menschen; erfolgreiches Altern heißt, der alte Mensch soll eigenständig zurechtkommen, sein Leben aktiv gestalten und sich seine Selbstständigkeit und Unabhängigkeit erhalten.

Nachdem der Körper das „soziale Layout“ ist, wird „der Kampf gegen das Alter zur sozialen Pflicht. Fitnessfantasien finden auch im Alter hohen Beachtungsgrad“, so Schroeter. Der alternde Mensch zielt mehr und mehr darauf ab, seine mentalen und körperlichen Fähigkeiten zu erhalten („Aktivierungsimperativ“). Mit dem Bestreben nach ewigem Jung- und Fitsein trägt dieser Performance-Druck mitunter absurde Blüten, wenn es darum geht, den biologischen Abbauprozess zu kompensieren und Korrekturen am erschlaffenden Körper vorzunehmen. Parallel dazu ist es gesellschaftliches Ziel, das bis dato negativ geprägte Bild vom Alter zu revidieren. Schroeter: „Der Mensch wird zum Unternehmer seiner selbst und seines Glückes Schmied. Bei der Erfolgs- und Nützlichkeitsorientierung läuft man Gefahr, dass normative Maßstäbe gesetzt werden, die diejenigen ausgrenzen, die sie nicht erfüllen.“

Beginnende Pflegebedürftigkeit rechtzeitig erkennen und intervenieren

Es folgte ein Vortrag von zwei Referenten aus Hamburg, Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse und Franz Profener, über einen interdisziplinären Forschungsverbund in der Hansestadt zur Erforschung des Älterwerdens. Er besteht aus fünf Institutionen mit insgesamt sieben Teilprojekten der Altersforschung. Ziele sind, zum einen Determinanten für gesundes Altern zu entwickeln, zum anderen Parameter der Erkennung beginnender Pflegebedürftigkeit festzulegen, um rechtzeitig intervenieren zu können. Eine Hauptzielsetzung: Erhalt der Mobilität, Einrichtung einer Pflegesprechstunde und mehr menschliche Zuwendung. Denn immerhin gaben zehn Prozent der Studienteilnehmer an, sie hätten keine Person ihres Vertrauens.

Haltung zu älteren Menschen positiv beeinflussen

Wie man Medizinstudenten eine verständnisvolle Haltung für das Alter und die damit einhergehenden Einschränkungen vermittelt und den richtigen Umgang mit älteren Patienten übt, schilderte Dr. Hendrik Friedrichs, Universität Münster. Er leitet

dort ein sogenanntes Studienhospital, in dem Medizinstudenten im Rollenspiel mit Simulationspatienten (ältere Schauspieler, die spezifische Gesundheitsprobleme darstellen) Anamnese, Untersuchung und das ärztliche Gespräch üben, zum anderen können sie durch „Instant Aging“ mit einem altersbedingte Einschränkungen simulierenden „Anzug“ lernen, sich in den älteren Patienten hineinzusetzen. Ein vielversprechender Ansatz für die Medizinerbildung, wie die Erfahrung in Münster zeigt. Die Tagungsteilnehmer hatten in einem Workshop selbst die Gelegenheit, einen solchen „Altersanzug“ auszuprobieren und so innerhalb weniger Minuten um mindestens 20 Jahre zu altern.

Plädoyer für Schnittstellenmanagement bei Medikamentenverschreibung

Der Problematik der Multimedikation beim alten Patienten widmete sich Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger, Graz. Sie warnte davor, Wirksubstanzen unkontrolliert zu verabreichen, ohne deren Dosierung auf den individuellen Metabolismus anzupassen beziehungsweise auf mögliche Medikamenteninteraktionen zu achten. Das Problem: Der Zahnarzt weiß in den meisten Fällen nicht, welche Medikamente der Patient einnimmt. Es gibt zu wenige Schnittstellen zwischen dem Zahnarzt und anderen, wie etwa dem Hausarzt oder Angehörigen, die ihm die nötigen Informationen geben könnten. Auch ist in den meisten Fällen der Stoffwechsel, insbesondere Niere und Leber, eines älteren Patienten eingeschränkt. Medikamente sollten daher vorsichtig und eher etwas niedriger dosiert werden als im Beipackzettel empfohlen. Oftmals wird auch zu wenig beachtet, dass die Ernährung die Wirkweise von Medikamenten beeinflusst, und manche Medikamente besser



Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger, Graz, plädiert dafür, dass bevor neue Arzneimittel verschrieben oder verabreicht werden, eine Medikamentenanamnese erhoben wird.

vor, andere besser nach dem Essen eingenommen werden sollten. Analgetika und fiebersenkende Mittel sind zum Beispiel besser auf leeren Magen einzunehmen, nicht-steroidale Antirheumatika und Antibiotika hingegen besser nach dem Essen. Professor Roller-Wirnsberger schärfte den Blick für sogenannte risikoreiche Medikamente wie Blutverdünnungsmittel, Kalziumantagonisten, Digitalis oder Psychopharmaka, wenn man zu ihnen zusätzlich Medikamente verabreicht, könnte es zu Komplikationen kommen. Ein Zahnarzt sollte daher immer vorher gezielt nach der Einnahme solcher Medikamente fragen, am besten eine Medikamentenanamnese erheben. Auch pflanzliche Wirkstoffe können zu Problemen führen. So erhöhen Gingko und Knoblauchpräparate die Blutungsneigung. Und noch etwas war interessant zu erfahren: Je mehr Medikamente verschrieben werden, desto mehr Fehler passieren bei der Einnahme. So wird – Untersuchungen zufolge – wenn der Patienten nur ein Präparat einzunehmen hat, dieses in 86 Prozent der Fälle richtig eingenommen, bei drei Präparaten pro Tag schon nur noch in 54 Prozent der Fälle und bei vier Präparaten am Tag werden diese nur noch in 26 Prozent der Fälle korrekt eingenommen. Die Referentin plädierte daher dafür, nur unbedingt nötige Arzneimittel zu verschreiben. Ein weiteres wichtiges Thema waren die oralen Nebenwirkungen, die manche Arzneimittelgruppen hervorrufen können: ACE-Hemmer können eine Stomatitis, Diuretika lichenoidale Reaktionen, Entzündungshemmer Schleimhautläsionen auslösen und Bisphosphonate Knochennekrosen hervorrufen. „Im Sinne eines Qualitätsmanagements wären Listen sinnvoll, die dem Zahnarzt über Nebenwirkungen und Interaktionen Aufschluss geben“, forderte die Referentin unter Beifall der Teilnehmer.



Fotos: Nover

Im „Altersanzug“, der altersbedingte Einschränkungen simuliert, fällt jeder Handgriff schwer, auch das Trinken.