

# Alte Patienten

## Allgemeine pharmakologische Aspekte im Alter

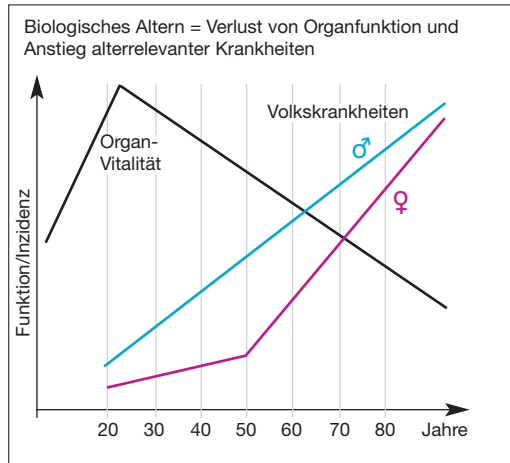
Es wird geschätzt, dass in den OECD-Ländern im Jahre 2030 jeder dritte Mensch 60 Jahre oder älter sein wird. Auch Deutschland unterliegt einer demografischen „Alterung“, d.h. die Zahl der alten und insbesondere der sehr alten Menschen wächst stetig. 2002 waren in Deutschland rund 20 Millionen Menschen über 60 Jahre und rund 3 Millionen über 80 Jahre alt (Roloff 2005). Der stetig wachsenden Zahl alter und sehr alter Menschen steht eine stetig sinkende Zahl junger Menschen gegenüber. Dies hat nicht nur einschneidende Auswirkungen auf die sozialen Verhältnisse, sondern schafft auch für die zahnärztliche Tätigkeit neue Bedingungen. Alterszahnmedizin ist innerhalb der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde neben der Präventivzahnmedizin die neue große Herausforderung (Michel 2005).

Altern wird heute als ein mehrfach festgelegtes Schicksal angesehen. Die WHO sieht das Alter von 61–75 Jahren als Periode des älteren, das von 76–90 als Zeitraum des alten und das über 90 Jahre als Abschnitt des sehr alten Menschen an. Allerdings ist für die Charakterisierung eines Patienten als älteren Patienten das biologische und nicht das kalendarische Alter entscheidend (Spitzer u. Binger 2004) (Abb. 31).

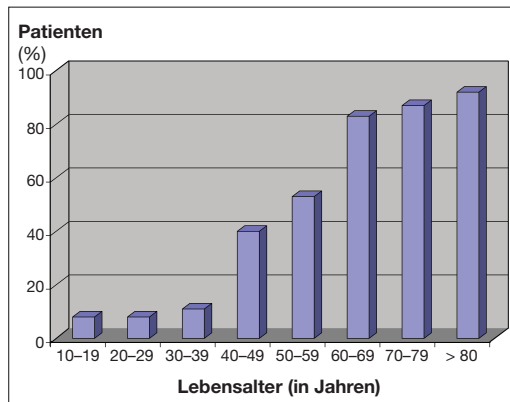
Geriatrische Patienten sind gekennzeichnet durch den akkumulieren Einfluss von multiplen Erkrankungen und Altersveränderungen auf Organfunktion und Alltagskompetenz. Die WHO spricht von einem „geriatrischen“ Patienten bei einem Alter ab 60 Jahren, wenn drei oder mehr Krankheiten vorliegen. Bei Patienten, die zwischen 60 und 80 Jahren alt sind, liegen im Durchschnitt drei bis sechs Diagnosen vor (Kirch 1998). Nach einer Praxisstudie von Foitzik (Foitzik u. Vieter 1993) litten schon mehr als 50% der über 50-jährigen Patienten einer kieferchirurgischen Praxis zumindest an einer relevanten Allgemeinerkrankung; dieser Anteil stieg bei den über 80-Jährigen auf mehr als 90%, also praktisch jeden (Abb. 32).

Zahnmedizinische Auswirkungen des demografischen Wandels

Geriatrische Patienten

**Abb. 31**

Zusammenhang zwischen biologischem Altern und Zunahme der Volkskrankheiten

**Abb. 32**

Summationskurve der Allgemeinerkrankungen bei 268 Patienten einer MKG-Praxis (nach Foitzik u. Vietor 1993)

### Multimorbidität und Pharmakotherapie

Die Multimorbidität beeinflusst den Umfang der Pharmakotherapie ganz erheblich. 50% aller Arzneiverordnungen fallen auf die Gruppe der über 65-Jährigen. Mehr als die Hälfte der 75-Jährigen und älteren nehmen aufgrund ihrer Multimorbidität mehr als drei verschiedene Medikamente ein (Besimo 2008). 20% nehmen mehr als sechs verschiedene Präparate ein (Reuter 1996). Die häufigsten von alten Menschen eingenommenen Medikamente sind Sedativa, Pharmaka zur Behandlung der Herzinsuffizienz (z.B. Diuretika), orale Antidiabetika, Antihypertensiva, Analgetika sowie Antirheumatika. Aufgrund der Polypharmakotherapie steigt die Zahl von Arzneimittelinteraktionen, Neben- und Wechselwirkungen. Unerwünschte pharmakologische

Reaktionen treten bei über 70- bis 80-Jährigen etwa vier bis fünf Mal häufiger auf als bei jungen Patienten (Siepmann u. Kirch 2007). Die Zahl der Medikamente spielt dabei eine wichtige Rolle: Bei ein bis fünf verschiedenen Medikamenten kam es in 3,4% der Fälle zu Nebenwirkungen, bei Einnahme von sechs und mehr Präparaten lag die Rate bei über 25% (Ehrenthal 1996). Die Erhebung einer gründlichen Anamnese (auf der Basis eines Anamnesebogens) sowie eine eingehende klinische Untersuchung erleichtern das Erkennen von Risikokonstellationen (siehe Kapitel „Anamnesebogen“). Bei älteren Patienten empfiehlt sich stets die mündliche Überprüfung der Angaben (siehe Kapitel „Rechtliche Aspekte der Arzneiverordnung“).

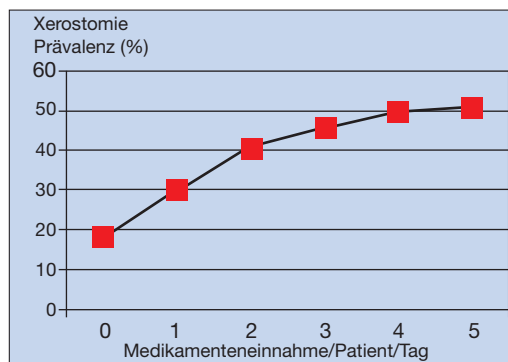
#### Praxistipp

In Zweifelsfällen, insbesondere im Hinblick auf die Medikamentenanamnese, ist die Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt bzw. Facharzt zwingend erforderlich.



Aus zahnmedizinischer Sicht ist der Aspekt interessant, dass bei Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten die Häufigkeit einer Xerostomie auf über 50% steigt (Sreebny 1996) (Abb. 33). Sialometrische Messwerte des Ruhespeichels unter 0,25 ml/min repräsentieren eine Hyposalivation.

#### Xerostomie



**Abb. 33**  
Beziehung zwischen Medikamenteneinnahme und Xerostomie (nach Sreebny 1996)