

Zahn- und Mundgesundheit

Ein Stiefkind in der Betreuung von Menschen mit Demenz

Demenz und mögliche Zusatzerkrankungen beeinträchtigen die Mundgesundheit und das allgemeine Wohlbefinden der Betroffenen. Deshalb ist die frühzeitige Einbindung des zahnmedizinischen Teams in die interdisziplinäre Betreuung von Menschen mit Demenz von grosser Wichtigkeit. Leider wird das Potenzial oraler Beschwerden für die Beeinträchtigung des Verhaltens und des Wohlbefindens von an Demenz erkrankten Menschen noch immer unterschätzt.

Christian E. Besimo und Ruth H. Besimo-Meyer

Multimorbidität und (Poly-)Pharmakotherapie stellen ein grosses Risiko für die Mundgesundheit im Alter dar (1). Sie können zu funktionellen Einschränkungen führen, also zu Schwierigkeiten oder Hilfebedarf bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens oder zu Einschränkungen der Mobilität (2), die wiederum eine Verminderung der Inanspruchnahme bis zur vollständigen Aufgabe der regelmässigen zahnmedizinischen Langzeitbetreuung verursachen (3). Dieses Szenario hat in hohem Masse auch für Menschen Gültigkeit, die an einer Demenz erkrankt sind. Auch sie leiden in aller Regel an zusätzlichen Erkrankungen. Teil der Multimorbidität sind auch Zahn- und Mundkrankheiten wie Karies oder Parodontitis, die nach wie vor bei der Diagnosestellung Demenz und bei der Erarbeitung eines individuell

zugeschnittenen Behandlungs- und langfristigen Betreuungskonzeptes kaum Berücksichtigung finden (3). Die Folgen sind bekannt:

- ❖ ungenügende Mundhygiene in Kombination mit möglicherweise erhöht kohlenhydrathaltiger Ernährung;
- ❖ hohe Kariesaktivität und im Schweregrad zunehmende parodontale sowie andere Schleimhautentzündungen;
- ❖ begünstigt durch eine krankheits- und medikamentenbedingte Xerostomie (4).

Dieser Sachverhalt hat eine wachsende Bedeutung für das allgemeine Wohlbefinden der an Demenz erkrankten Menschen, da wir mit immer mehr eigenen Zähnen immer älter werden. Somit können mehr Zähne erkranken, und die Belastung des Gesamtorganismus durch orale Entzündungsprozesse nimmt zu. Dies führt einerseits zu schmerzhaften Beschwerden in der Mundhöhle mit negativen Auswirkungen auf das allgemeine Wohlbefinden und die Ernährung (1), andererseits wissen wir heute aufgrund zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen, dass orale Infektionskrankheiten, vor allem die Parodontitis, nicht nur lokale, sondern auch systemische Auswirkungen haben können. Hierbei steht mehr als die Auswirkung parodontaler Infekte auf kardio- (5) beziehungsweise zerebrovaskuläre (6) und Atemwegserkrankungen (7) sowie ihre wechselseitige Beziehung mit Diabetes mellitus Typ II zur Diskussion (8). Auch ein möglicher direkter Zusammenhang zwischen parodontaler beziehungsweise systemischer Entzündung und der Demenz vom Alzheimer-Typ gelangt zunehmend im Fokus wissenschaftlicher Diskussionen (9).

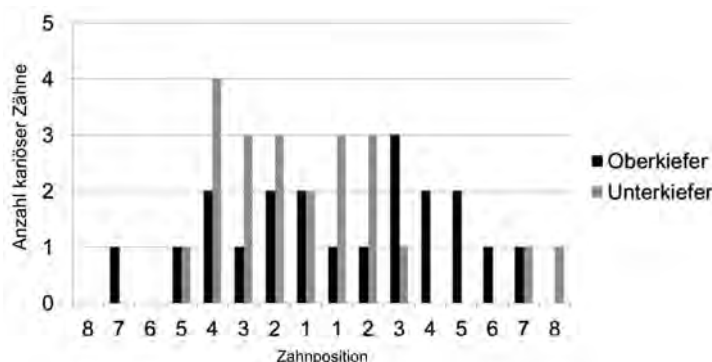
Zusätzlich weisen experimentelle Daten darauf hin, dass eine reduzierte okklusale Abstützung oder ein insuffizienter Zahnersatz die Gangsicherheit insbesondere bei eingeschränkter Kognition zu beeinträchtigen vermögen (10) und möglicherweise eine positive Korrelation zwischen Kauleistung und kognitiver Leistungsfähigkeit besteht (11).

Leider wird häufig das Potenzial oraler Beschwerden für die Beeinträchtigung des Verhaltens und des Wohlbefindens von an Demenz erkrankten Menschen unterschätzt, und entsprechende Zusammenhänge im Praxisalltag werden deshalb gerne übersehen (12). Dies kann bei nicht wahrgenommenen oralen Beschwerden zu einer verminderten Nahrungsaufnahme und somit zu einem Malnutrisionsrisiko führen, das bei an Demenz erkrankten Menschen ohnehin schon erhöht ist (13).

In einer eigenen Studie (3) haben wir dokumentiert, dass in einer Institution für demenzkranke Menschen fast 60 Prozent

MERKSÄTZE

- ❖ Zahn- und Munderkrankungen sind Teil der Multimorbidität im Alter, insbesondere auch bei Demenz.
- ❖ Deshalb müssen der in der Betreuung älterer Menschen spezialisierte Zahnarzt und sein Team in die Betreuung demenzkranker Menschen so früh wie möglich integriert werden.
- ❖ Zielsetzung der zahnärztlichen Betreuung ist eine auf Prävention ausgerichtete, frühzeitige Reduktion der oralen Krankheitsrisiken, um auch unter sich erschwerenden Pflegebedingungen Mundgesundheit und Kaufähigkeit erhalten zu können.



Verteilung der kariösen Zähne bei 17 Bewohnern einer Institution für Menschen mit Demenz (3); insgesamt fanden sich 42 kariöse Zähne bei den 17 Personen.

der Bewohner, die eigene Zähne hatten, Karies aufwiesen (Abbildung 1 und 2). Eine Entzündung des Zahnfleisches betraf 85 Prozent der Bewohner, Entzündungen der übrigen Mundschleimhäute, zum Beispiel durch Pilzinfekte, 35 Prozent. Diese Daten waren gerade deshalb besonders alarmierend, weil die Bewohner von einer qualitativ hochstehenden Betreuung profitierten, die auch eine möglichst regelmässige Zahn-, Mund- und Prothesenhygiene umfasste. Der letzte Zahnarztbesuch lag jedoch im Durchschnitt 25 Monate, im Extremfall über 60 Monate zurück.

Fehlende Diagnosestellung und zu wenig interdisziplinär vernetzte Therapie

Man geht heute davon aus, dass über 60 Prozent der an Demenz erkrankten Menschen ohne Diagnose leben und somit von keiner adäquaten medikamentösen beziehungsweise von keiner geeigneten nicht medikamentösen Therapie profitieren (14).

Nach Diagnosestellung wird das zahnmedizinische Team in aller Regel bei der Etablierung eines langfristigen Therapie- und Betreuungskonzeptes nicht einbezogen. Auf der anderen Seite muss gesagt werden, dass viele zahnärztliche Fachpersonen mit ihren Mitarbeitenden auf die (oral-)medizinischen Herausforderungen bei Menschen mit Demenz nicht ausreichend vorbereitet und infolgedessen mit der Betreuungssituation überfordert sind (6).

Diese Sachverhalte führen unweigerlich dazu, dass bereits in der häuslichen Betreuungsphase die von Demenz betroffenen Personen und nicht selten aus Überlastung auch die sich um sie kümmernden Angehörigen allmählich und häufig unbemerkt aus der regelmässigen zahnmedizinischen Kontrolle ausscheren. Die daraus resultierenden negativen Folgen für die Mundgesundheit, wie kariöse oder parodontale Schädigung der Dentition, gelangen dann bei den Demenzkranken, wenn überhaupt, erst bei der Institutionalisierung zur Diagnose, also in einer Krankheitsphase, in der in aller Regel nur noch palliative Massnahmen möglich und sinnvoll sind (16).

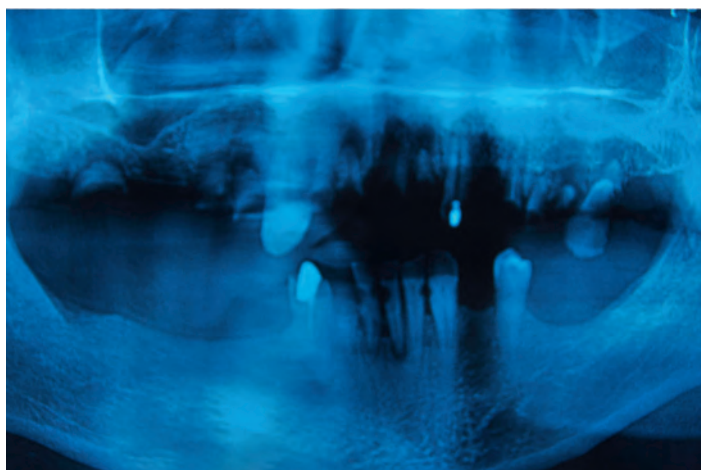


Abbildung 2: Ausschnitt der Panoramaschichtaufnahme eines 75-jährigen Bewohners mit Demenz und einem nicht einstellbaren Diabetes mellitus Typ II: Zahlreiche Zähne sind kariös zerstört und weisen einen generalisiert fortgeschrittenen parodontalen Attachementverlust auf.

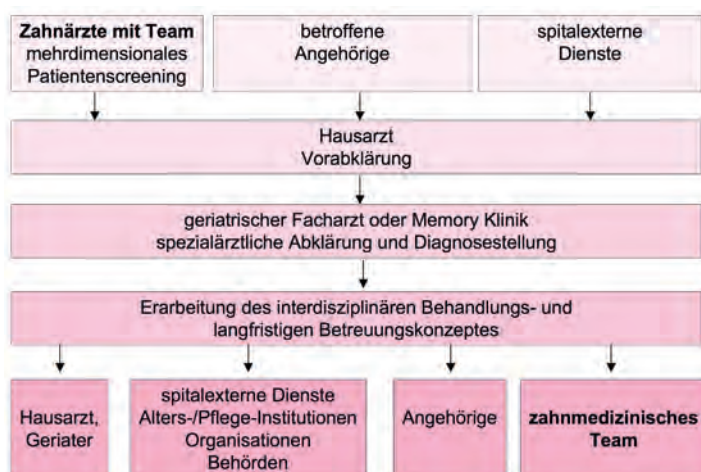


Abbildung 3: Interdisziplinäre Diagnosestellung und Therapieplanung bei Demenz; das zahnmedizinische Team ist Teil des Patientenscreenings sowie der interdisziplinären Behandlung und Betreuung.

Massnahmen für die Zukunft

Die beschriebene Ausgangslage und die häufig fehlende Diagnosestellung demenzieller Erkrankungen belegen die dringende Notwendigkeit, dass bei der Betreuung von Menschen mit Demenz auch die Zahn- und Mundgesundheit Berücksichtigung finden muss. Eine zentrale Rolle kommt der frühzeitigen Erkennung kognitiver Einschränkungen im Alter nicht nur in der ärztlichen, sondern auch in der zahnärztlichen Praxis zu. Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass der gerade auch für ältere Menschen herausfordernde Kontext in der Zahnarztpraxis besonders geeignet ist, kognitive Defizite sichtbar zu machen. Zudem stehen geeignete Screeninginstrumente für das gesamte zahnmedizinische Team zur Verfügung, um diese Defizite auch erkennen zu können (17).

Bei der Diagnosestellung Demenz sollte gleich zu Beginn auch ein in der Behandlung von Demenzkranken erfahrenes zahnmedizinisches Team in die individualisierte Patientenbetreuung einbezogen werden. Hierzu bedarf es allerdings einer entsprechend breit abgestützten Aus- und Weiterbil-

dung zahnmedizinischer Fachpersonen in der Betreuung mehrfach erkrankter älterer Menschen, insbesondere mit Demenz (18). Die Schweizerische Zahnärztesgesellschaft (SSO) und ihre kantonalen Sektionen stellen Listen mit spezialisierten Zahnärztinnen und Zahnärzten zur Verfügung, die auch eine praxisexterne Betreuung von Betagten anbieten. Eine Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Haus- und Zahnärzten, geriatrischen Fachärzten und Memory-Kliniken ist dringend notwendig (19) (Abbildung 3).

Für die möglichst lange Erhaltung der Mundgesundheit bei Demenz sollten die oralen Erkrankungsrisiken frühzeitig reduziert werden, beispielsweise durch Extraktion von Zähnen mit fraglicher Prognose oder, falls indiziert, durch prothetische Massnahmen, um die Kaufähigkeit und die Beschwerdefreiheit im Mund in der stationären Betreuung einfacher und besser erhalten zu können. Diese Massnahmen werden mit Vorteil möglichst früh, unmittelbar nach der Diagnosestellung, in Erwägung gezogen, also in einer Krankheitsphase, in welcher der an Demenz Erkrankte meist noch ausreichend kooperationsfähig ist und sich an eine veränderte Mundsituation gewöhnen kann (3).

Schlussfolgerungen für die ambulante orale Prävention

In der ambulanten Betreuung ist darauf zu achten, dass Mund- und Prothesenhygiene laufend an die kognitive Leistungsfähigkeit des an Demenz erkrankten Menschen angepasst werden und die Unterstützung durch Angehörige beziehungsweise spitalexterne Dienste soweit notwendig gewährleistet ist. Mit Abnahme der Eigenständigkeit muss die mechanische Zahn- und Mundhygiene in zunehmendem Masse durch ausreichend entzündungs- und karieshemmende Zahnpasten, -gels und Spüllösungen ergänzt beziehungsweise unterstützt werden (20). Dabei sollte die Anzahl der Verordnungen möglichst klein gehalten werden, um Patienten, Angehörige und Pflegefachpersonen nicht zu überfordern. Zuckerhaltige Nahrungsmittel und Getränke werden wenn möglich auf jene Hauptmahlzeiten beschränkt, nach welchen Zahn- und Mundhygiene erfolgen kann. Schliesslich wird auch der betreuende Zahnarzt mit seinem Team, bestehend aus Dentalhygienikerin und/oder Prophylaxeassistentin, seine professionelle Unterstützung der sich individuell verändernden Situation des Demenzkranken sowie der betreuenden Personen laufend anpassen müssen. Ein besonderes Augenmerk in der ambulanten sowie der stationären Betreuung gilt der Xerostomie. Sie begünstigt nicht nur die Entstehung und die Progredienz oraler Erkrankungen, sie vermag auch das orale Wohlbefinden deutlich zu beeinträchtigen. Je ausgeprägter die Xerostomie, desto intensiver müssen die chemische Unterstützung der Mundhygiene und die professionelle Begleitung gestaltet werden (21).

Schlussfolgerungen für die orale Prävention im stationären Kontext

Beim Übertritt in eine stationäre Betreuung ist es sinnvoll, anhand einer Eintrittsuntersuchung die oralen Gesundheitsrisiken zu bestimmen und daraus resultierend einen Plan zur oralen Prävention in Zusammenarbeit mit betreuendem Arzt und Pflegenden zu erstellen (22). Dieser Präventionsplan

umfasst wiederkehrende Kontrollen durch den Zahnarzt, der auch mögliche Veränderungen der zahnärztlich relevanten allgemeinmedizinischen und oralen Risikolage erfasst.

Einfache therapeutische Massnahmen werden direkt in der Institution durchgeführt, wie zum Beispiel die Inaktivierung kariöser Läsionen mit Silbernitrat. Die Dentalhygienikerin und/oder die Prophylaxeassistentin führen regelmässig die vom Zahnarzt unter Berücksichtigung der Risiken verordneten Prophylaxemassnahmen durch, im Wesentlichen Zahnreinigungen und Schutz der Zähne sowie des Parodontes vor Erkrankung durch Applikation von hochkonzentrierten Fluorid- beziehungsweise Chlorhexidinlacken.

Sie unterstützen zudem die Pflegenden bei der Etablierung einer gewissenhaften Reinigung der Zähne und der Mundschleimhäute mindestens einmal pro Woche mit hochfluoridhaltiger Zahnpaste (5 mg/g Paste), wenn dies einmal täglich nicht möglich ist. Abnehmbarer Zahnersatz sollte einmal täglich mit pH-neutraler Seife gereinigt und nach jeder Mahlzeit abgespült werden. Abnehmbare Prothesen werden nachts besser nicht getragen und sollten dann zur Desinfektion trocken gelagert werden. Dabei werden auch Bakterienbeläge deutlicher sichtbar und können gezielter entfernt werden. Wenn die Möglichkeit besteht, lohnt es sich, abnehmbaren Zahnersatz mit Initialen und Geburtsdatum des Bewohners zu beschriften (23, 24).

Zusammenfassung

Viele Menschen mit Demenz leben ohne Diagnose und adäquate Therapie. Eine Demenz wird häufig von zusätzlichen Erkrankungen begleitet, die ebenfalls Auswirkungen auf die Mundgesundheit haben können. Eine frühzeitige Einbindung des Zahnarztes mit seinem Team ist von grosser Bedeutung, um orale Gesundheitsrisiken für die Zukunft reduzieren und eine Beeinträchtigung des allgemeinen Wohlbefindens durch orale Beschwerden möglichst verhindern zu können. Dabei müssen die Mundhygiene und deren Unterstützung durch Dritte den sich laufend gesundheitlichen Veränderungen des Kranken laufend angepasst werden. ❖

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Christian E. Besimo

Chefarzt

Orale Medizin

Seeklinik Brunnen

Gersauerstrasse 8

6440 Brunnen

E-Mail: christian.besimo@seeklinik-brunnen.ch

Interessenlage: Die Autoren bestätigen, dass im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit keinerlei persönliche und finanzielle Interessen verbunden sind.

Literatur

1. Besimo CE: Paradigmenwechsel zugunsten einer besseren oralen Gesundheit im Alter. *SDJ* 2015; 125: 599–604.
2. Blozik E et al.: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Arbeitsdokument 21. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2007.
3. Besimo CE, Besimo-Meyer RH: Orale Gesundheit von Menschen mit Demenz. *Schweiz Z Ganzheitsmed* 2015; 27: 44–49.
4. Chalmers JM et al.: Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. *Gerodontology* 2002; 19: 80–94.
5. Mattila KJ et al.: Dental infections and cardiovascular diseases: a review. *J Periodontol* 2005; 76: 2085–2088.
6. Ghizoni JS et al.: Increased levels of *Porphyromonas gingivalis* are associated with ischemic and hemorrhagic cerebrovascular disease in humans: an in vivo study. *J Appl Oral Sci* 2012; 20: 104–112.
7. Yoneyama T et al.: Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 430–433.
8. Soskolne WA, Klinger A: The relationship between periodontal diseases and diabetes: an overview. *Ann Periodontol* 2001; 6: 91–98.
9. Sparks Stein P et al.: Serum antibodies to periodontal pathogens are a risk factor for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement* 2012; 8: 196–203.
10. Yoshida M et al.: Functional dental occlusion may prevent falls in elderly individuals with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1631–1632.
11. Shimazaki Y: Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. *J Dent Res* 2001; 80: 340–345.
12. Mancini M et al.: Oral health in Alzheimer's disease: a review. *Curr Alzheimer Res* 2010; 7: 368–373.
13. Sergi G et al.: Weight loss and Alzheimer's disease: temporal and aetiological connections. *Proceedings of the Nutrition Society* 2013; 72: 160–165.
14. Schweizerische Alzheimervereinigung. 107 500 Menschen mit Demenz in der Schweiz. Yverdon: Schweizerische Alzheimervereinigung; 2012.
15. Besimo CE, Besimo-Meyer RH: Demenz in der Oralen Medizin. Erkennen von Zeichen der Erkrankung – Einschätzung von Ressourcen. *Schweiz Z Ganzheitsmed* 2015; 28: 45–50.
16. Brennan LJ, Strauss J: Cognitive impairment in older adults and oral health considerations: treatment and management. *Dent Clin North Am* 2014; 58: 815–828.
17. Besimo CE: Medizinisch-psychoziale Beurteilung des alternenden Menschen – Eine Notwendigkeit für die zahnärztliche Praxis. *SZM* 2013; 1: 175–180.
18. Chalmers JM: Behavior management and communication strategies for dental professionals when caring for patients with dementia. *Spec Care Dentist* 2000; 20: 147–154.
19. Lambert NM, Tepper LM: Prevention of oral disease for long-term care and homebound elderly. *N Y State Dent J* 2010; 76: 42–45.
20. Niessen LC, Douglass CW: Preventive actions for enhancing oral health. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 201–214.
21. Niessen LC, Fedele DJ: Aging successfully: oral health for the prime of life. *Compend Contin Educ Dent* 2002; 23 (10 Suppl): 4–11.
22. Chalmers J, Pearson A: Oral Hygiene care for residents with dementia: a literature review. *J Adv Nurs* 2005; 52: 410–419.
23. Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft. Handbuch der Mundhygiene. Für betagte, chronischkranke und behinderte Menschen. Bern: Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft; 2008.
24. Menghini G: Zahnmedizinische Betreuung in Pflegeheimen. In: Curaviva Schweiz, editor. Themendossier: Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen. Bern: Curaviva Schweiz; 2015.