



Demenz und Zahnersatz

Dieser Artikel berührt und macht sehr nachdenklich – nicht nur in fachlicher Hinsicht. Martin Wepler beschreibt die Situation eines demenzkranken Prothetik-Patienten, seines Schwiegervater. Der alte Herr lebte bis zuletzt im Kreis der Familie und wurde von seiner Tochter, der Frau des Autors, gepflegt.



Autor
ZTM Martin Wepler
dentalgerade
76356 Weingarten
weplerschwarzwald@gmail.com

Als ich das Zimmer betrete, sitzt Franz da und starrt regungslos auf die Tasse mit Tee, die ich vor einer halben Stunde auf den Esstisch gestellt habe. Sein Gesichtsausdruck ist eine Mischung aus Verwunderung, Ratlosigkeit und Verzweiflung. Er versucht, durch die geistige Nebelwand, die ihn umgibt, hindurchzusehen. Die Tasse ist unberührt. Franz ist 83 Jahre alt, mein Schwiegervater und hat Morbus Alzheimer im mittelschweren bis fortgeschrittenen Stadium. Seit mehr als einem Jahr wohnt er bei uns im Haus, im Kreis der Fami-

lie und wird dort von meiner Frau bis zu seinem Tod betreut werden. Es mag seltsam klingen – aber als dementer Patient war Franz ein Privilegierter weil er, eingebettet in eine perfekte, familiäre Infrastruktur, rund um die Uhr versorgt war und bis zur letzten Minute nicht in ein Pflegeheim musste. Viele Leser werden ihre Situation in dem, was ich schreibe, wiederfinden. Viele hatten eventuell noch weitaus größere Hürden zu meistern, benötigten viel Kraft und Nerven, weil sie nicht den beruflichen Hintergrund, die optimalen logisti-

schen Voraussetzungen und die Zeit hatten, um einen Kranken zu pflegen oder die räumliche Distanz deutlich zu groß war. Dann bleibt oft nur die Pflege im Heim – unter Zeitdruck und dies angesichts eines Patienten, der, realistisch betrachtet, eine aufwändige 24-Stunden-Bereitschaft benötigt.

Demenz – das langsame Entwerden

Laut den Zahlen des Bundesforschungsministeriums erkranken pro Jahr in Deutschland 300.000 Menschen an Demenz. Da die Zahl der Neuerkrankungen die der Sterbefälle übersteigt, wächst die Zahl um 40.000 pro Jahr.

In der Bundesrepublik Deutschland ist mit einem Anstieg der an Demenz erkrankten Personen auf voraussichtlich drei Millionen im Jahr 2050 zu rechnen. Andere Schätzungen gehen jedoch weit über diese Zahl hinaus. Es gibt zudem eine Dunkelziffer nicht erfasster Kranker. Ein Großteil der Erkrankten trägt einen, wie auch immer konstruierten und gestalteten Zahnersatz.

Unter den Mitgliedern der Barmer Krankenkasse, die im Jahr 2009 mit über 60 Jahren verstarben, waren 47 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer demenzkrank, zuvor waren davon jeweils zirka 90 Prozent pflegebedürftig.

Eine Studie des Forsa-Instituts im Auftrag der DAK-Gesundheit ergab, dass jeder zweite Deutsche eine Demenzerkrankung fürchtet. Besonders hoch ist der Anteil bei den über 60-Jährigen.

Demenz ist nicht nur für die Erkrankten, sondern auch für ihre Familien und ihr soziales Umfeld eine große Belastung. Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen sind nämlich zu Hause!

Und – Demenz ist eine Einbahnstraße, die mit jedem Meter schlechter wird. Es gibt kein Zurück.

Vom Best-Ager zum Bad-Ager zum Worst-Ager?

In der Werbung lachen sie uns allerorten entgegen. Die Best-Ager im Unruhezustand.

Ein nicht unerheblicher Teil ist unabhängig, zahlungsstark, konsum- und reisefreudig, ernährungs- und gesundheitsbewusst. Weitaus sportlicher und dynamischer als ihre Eltern im vergleichbaren Alter. Alt werden wollen sie alle, alt und hilflos aber keiner.

In dieser letzten aktiven Lebensphase wird sehr oft noch in „neue Zähne“ investiert. Dank der Implantate bzw. des oft noch vielzähligen Restzahnbestands, wenn möglich festsitzend. Was jedoch viele gerne verdrängen, ist, dass ein merklicher Teil von ihnen erkranken kann und vielleicht demenzkrank wird. Man ist solange Best-Ager, bis ein merklicher und oft chronischer gesundheitlicher Einbruch das solide Gefüge ins Wanken bringt. Eine Demenz hat Auswirkungen auf die orale Gesundheit und die Pflege des Zahnersatzes und somit Auswirkungen auf den gesamten Organismus.

Können wir uns „prothetisch“ auf eine Demenz vorbereiten?

Es ist mir bewusst, dass wir uns über eine potentielle Lebensphase mit Demenz und Alzheimer nur sehr widerwillig Gedanken machen wollen, geschweige denn konkrete Vorbereitungen treffen. Das Motto der Verdrängung lautet: „Heiliger St. Florian, verschon' mein Haus, zünd' andere an.“

Franz hat 1997 seine ersten Prothesen bekommen. Er hatte da schon einen deutlich reduzierten Restzahnbe-



Die 3 Stadien der Demenz = drei Stadien der Prothesen – und Mundpflege

Auch mein Schwiegervater hat diese drei Stadien der Demenz durchlaufen, die, in unterschiedlicher Ausprägung, Auswirkungen auf seine orale Situation hatten.

Phase 1 – Die Vorbereitung

Kann man sich auf eine Demenz-Erkrankung vorbereiten? Wie auf jedes andere Ereignis?

Die Anfänge von Phase 1 könnte man noch verharmlosend mit tütelig bezeichnen. Die beginnenden Auswirkungen einer noch als normal zu bezeichnenden Vergesslichkeit kennen viele von uns und sind noch nicht alarmierend. Wo ist denn schon wieder der Autoschlüssel, die Brille? Die Kontroll-Besuche beim Zahnarzt waren noch möglich. Notwendige Unterfütterungen konnten durchgeführt werden. Die orale Situation war sehr gut. Meine Aufgaben in diesen Jahren beschränkten sich auf kleinere Reparaturen an Verblendungen. So konnte ich auch sehen, dass die Prothesen von ihm noch gut gepflegt wurden. Dennoch habe ich sie in regelmäßigen Abständen feinst-gereinigt und aufpoliert.

An eine schwere Demenz denkt in dieser Phase kaum ein Angehöriger. Auch nicht der Betroffene. Der oft am allerwenigsten.

Irgendwann jedoch kippt dieses System. Die Kunst besteht darin, diesen Zeitpunkt zu erkennen. Jetzt ist es noch möglich, wenn die physiologischen und monetären Grundlagen vorhanden sind, eine prothetisch günstige und langfristig stabile Lösung durchzuführen. Jetzt ist es auch noch machbar und sinnvoll, eine Sanierung durchzuführen, weil die Patienten-Compliance noch vorhanden ist. Dies kann bedeuten, dass Zähne

stand. Er war 69 Jahre alt und noch fit wie ein Turnschuh. Dass er je krank werden könnte, das konnte (oder wollte?) sich niemand, auch nicht er, ernsthaft vorstellen. Zu gesund, zu zäh, zu fit war dieser Mensch. Er war nie in seinem Leben krank gewesen. Nicht einmal ein Schnupfen. Aber dann kam, viele Jahre später, schleichend Morbus Alzheimer. Es sollte seine erste und letzte Erkrankung sein.

Implantate wollte er nicht, und die Situation der Pfeilerzähne erlaubte keine festsitzende Konstruktion. Also fertigte ich ihm, nach aufwändigen Vorbereitungen, im OK und UK je eine abnehmbare Konus-Arbeit an: alles komplett aus hochgoldhaltiger Legierung und Galvanoteleskopen.

Glücklicherweise, im Nachhinein gesehen, handelte es sich um herausnehmbare Arbeiten, die gut zu pflegen und warten waren.



mit fraglicher Prognose entfernt werden, die bei Gesunden noch erhalten werden. Aber, wann erkenne ich oder gestehe mir ein, dass ich eventuell bald nicht mehr Herr oder Frau meiner Sinne sein werde. Es entwickelt sich sehr schnell bei den Betroffenen ein erhebliches Misstrauen gegen Alles und Jeden, auch gegen Maßnahmen, die prinzipiell von Vorteil für sie sind.

Die Entscheidung für Implantate (wenn finanziell machbar) statt Zähne bzw. statt zahnlos kann auf Jahre mehr Lebensqualität für den Betroffenen, aber auch eine bessere orale Betreuungsqualität für Angehörige oder Pflegepersonal bedeuten. Da genügt es schon, wenn man den zahnlosen UK rechtzeitig mit zwei Locatoren oder Magneten versorgt.

Phase 2 – Die mittelschwere Demenz

Das Tütelige verschwand. Er konnte sich jetzt oft den Inhalt von Gesprächen nicht einprägen oder fand abgelegte Gegenstände nicht mehr wieder. Einer dieser Gegenstände konnte dann natürlich auch eine seiner Prothesen sein. Eine extreme Unruhe kam hinzu. Er suchte irgendwann nicht nur den Hausschlüssel und die Prothese, die dann im Kleiderschrank auftauchten, sondern wir suchten bald den ganzen Menschen im Ort.

Hier wäre es wünschenswert, wenn es Chips mit Minisendern gäbe, die in eine Prothese eingebaut werden könnten. Man könnte nicht nur die Prothese orten, sondern auch, sofern diese getragen wird, ihren Besitzer.

Ist ein solcher Patient bereits in einem Alters- oder Pflegeheim, ist auch eine Gra-

vur der Prothesen mit dem Namen des Patienten unbedingt empfehlenswert.

Die Kranken erleben in dieser Phase teils noch bewusst, dass sie etwas vergessen. Sie haben ab und zu lichte Momente, dann wiederum sind sie verwirrt, weil andere Menschen Dinge behaupten, an die sie sich nicht erinnern können. Das Alles wirkt bedrohlich für sie, und es kommt vermehrt zu peinlichen Situationen. Je nach Persönlichkeitsstruktur reagieren die Erkrankten depressiv, aggressiv, abwehrend oder mit Rückzug. Sie versuchen, eine „Fassade“ der Funktionalität aufrecht zu erhalten. Sie tun so als ob.

Diese Phasen, die wir mit meinem Schwiegervater durchlebten, sind extrem schwierig für die Angehörigen. Auf der einen Seite sind diese Menschen noch mobil, bezogen auf Alltagsaufgaben relativ selbstständig, auf der anderen Seite benötigen sie aber bereits eine gewisse Überwachung. Bezogen auf die orale Situation bedeutete dies in unserem Falle, dass seine Mundhygiene deutlich nachgelassen hatte bzw. von ihm vergessen wurde. Die Pflege der Prothesen war mangelhaft geworden. Recall-Termine beim Zahnarzt wurden schlichtweg nicht mehr wahrgenommen bzw. erst gar nicht terminiert. Hier gilt nun die Devise „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“. Ist diese Phase mit körperlichen Problemen verbunden, die zum Bei-



spiel die Nutzung eines Rollators bedingen, und ist die Praxis nicht zugänglich, sind solche Menschen, vor allem die, die keine Betreuung haben, oft aus dem Rennen um die orale Versorgung draußen.

Es braucht aber eine konstante, auch prothetische Begleitung des Patienten durch den Zahnarzt, sein Praxisteam und den Zahntechniker. Sobald der Patient jedoch nicht mehr mobil und die Mitarbeit eingeschränkt bzw. nicht mehr vorhanden ist, wird es sehr schwierig. Eine zentrale Rolle kommt der frühen Erkennung kognitiver und haptischer Einschränkungen zu. Eine praxisexterne Betreuung ist in der Regel unabdingbar. Zudem sollten alle relevanten Stellen, die mit dem Patienten Kontakt haben, einen kooperativen Ansprechpartner unter den Angehörigen haben.

In dieser Phase sind Angehörige gut beraten, sich eine Zahnarztpraxis zu suchen, die auf solche Patienten ausgerichtet ist und sich selbst mit entsprechendem Equipment auszustatten. Das beginnt bei einer elektrischen Zahnbürste, deren Bedienung die Angehörigen eventuell übernehmen müssen, geht über entzündungs- und karieshemmende Zahnpasten und Spülungen, bis hin zu einem vernünftigen Reinigungsgerät für herausnehmbare Prothesen. Menschen, die in einem Altersheim sind, wie zum Beispiel meine Mutter, stehen zwar unter Beobachtung und können versorgt werden. Aber wie ist oft die Realität? Für eine optimale Mund-

und Prothesenpflege bleibt keine Zeit. Oft ist auch das Wissen um den richtigen Umgang mit dem Zahnersatz nicht vorhanden.

Ich erinnere mich an eine Situation im Speiseraum. Die Teleskop-Prothese meiner Mutter passte angeblich nicht mehr. Es war jedoch in einem der Sekundärteile lediglich ein kleiner Speiserest verblieben. Von den Prothesen-Verwechslungen ganz abgesehen.

Pflege endet nicht am Lippenrot

Wer, wie in unserem Falle, den Kranken selbst pflegt, sollte bzw. muss sich die Zeit nehmen, auch in den Mund hinein „zu gehen“, die Pfeilerzähne bzw. Implantat-Abutments im Bereich der Sulci, intensiv zu reinigen, eventuell die Gingiva zu massieren und auf Rötungen und schmerzhafte Druckstellen hin zu untersuchen und auch die so wichtige Zungenreinigung durchzuführen. Hier können Mundpflegepasten und Gele helfen. Dies wurde, auch in unserem Falle, mit zunehmender Schwere der Krankheit und auftretenden Schluckbeschwerden leider immer schwieriger. Man muss den Patienten aufrecht hinsetzen. Das ist anstrengend für ihn und er benötigt Pausen. Eschwerend kam hinzu, dass sich mein Schwiegervater weigerte, den Mund zu öffnen. Da braucht es Geduld, und manchmal hilft es, das Mundöffnen selbst zeitgleich vorzumachen. Man kann von Glück sagen, wenn der Patient keine festsitzende Arbeit hat, bei

der man nur mit Interdentalbürsten und Zahnseide

rund um die Abutments oder unter Brückenglieder den für solche Patienten noch gefährlicheren Biofilm einigermaßen bekämpfen kann oder eines dieser feinmechanischen Kombi-Wunderwerke, mit Geschieben, Ankern und Riegeln, auf die wir Zahntechniker so stolz sind, die für einen solchen Patienten und seine Pflegepersonen jedoch der blanke Horror sind.

Xerostomie (Mundtrockenheit)

Die Xerostomie kann vielerlei Ursachen haben. Neben altersbedingten Ursachen können auch diverse Krankheiten wie Alzheimer und unterschiedliche Medikamente, aber auch massive Dehydration, wie bei meinem Schwiegervater, verantwortlich sein. So wurde es zunehmend schwieriger, meinen Schwiegervater zu einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr zu motivieren. Er hatte auch irgendwann das Trinken vergessen. Es erforderte in dieser Phase enorm viel Zeit und Geduld, ihn zur Einnahme auch einer sehr überschaubaren Menge an Flüssigkeit zu bewegen. Hinzu kommen die Schluckbeschwerden und Schmerzen. Und es ist ein Teufelskreis, weil auch die ohnehin sehr eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten durch den Flüssigkeitsmangel noch zusätzlich schlechter wurden. Dass hierunter die komplette orale Situation extrem leidet, ist selbstredend. Eines Tages war seine Gingiva, er hatte sich vehement dem Trinken verweigert, schlagartig unter den Prothesen feuerrot entzündet. Die Prothesen verursachten Schmerzen. Kochsalz-Infusionen, die ab da regelmäßig verabreicht wurden, brachten schlagartig Besserung. Die Gingiva erholte sich zügig und auch die kognitiven Fähigkeiten verbesserten sich wieder.

Die interdisziplinär vernetzte Therapie

Angesichts unseres privaten Falles habe ich mir immer wieder vorgestellt wie es Menschen geht, die keine Betreuung haben. Es gibt Studien, die berichten, dass 60 Prozent der Demenzkranken sogar ohne Diagnose leben. Die Erhaltung der Mundgesundheit ist eine extrem wichtige Angelegenheit. In der eben geschilderten Phase ist es oft noch möglich, ein geeignetes Praxisteam mit in die weitere Versorgung des Patienten mit einzubeziehen. Sofern man ein solches findet und auch die Logistik für die dann erforderlichen Maßnahmen leisten kann.

In der oben geschilderten ersten Phase einer Demenz wäre es interdisziplinär ja noch möglich, wenn alle medizinischen Beteiligten und Angehörige mithelfen, den Patienten in eine vielleicht sogar praxisexterne Versorgung bzw. Betreuung einzubauen. Noch sind Patienten in dieser Phase kooperationsfähig. Es könnten schließlich Extraktionen, wie bei meinem Schwiegervater, mit Erweiterung der Prothese oder Unterfütterungsmaßnahmen erforderlich sein.

CAD/CAM – die neue Therapiehilfe?

Kann uns die CAD/CAM Technologie helfen, zumindest die prothetische Versorgung im Verlauf einer Demenz so lange wie möglich sicherzustellen? Die Traumvorstellung ist, aufgrund des abgespeicherten Datensatzes der Pfeilerzähne und der fertigen Arbeit irgendwann, wenn benötigt, eine neue Prothese heraus zu fräsen und gegen die alte auszutauschen. Dies könnte aus hygienischen Gründen sinnvoll sein oder weil, zur einfacheren Pflege und robusterem Handling, eine monolithische Prothese aus nur einem Material sinnvoll ist

oder aber auch, weil die ursprüngliche Prothese schlicht und ergreifend verloren gegangen ist. Dies ist jedoch wohl Wunschdenken. Zu massiv können orale Veränderungen und Umbauprozesse sein. Bei rein implantat-getragenen Konstruktionen mag dies, mit Einschränkungen, noch funktionieren. Bei parodontal-gingiva-getragenen dagegen wird es kaum möglich sein. Hier kommt es zu Gingiva-Veränderungen. Knochenatrophien machen Unterfütterungen notwendig, und Extraktionen bedingen Umbauarbeiten der Prothese. Eine Prothese, die nicht regelmäßig gewartet und getragen wird, wird auf kurz oder lang auch Druckstellen verursachen.

Bringt der Intraoral Scanner neue Vorteile?

Wir stellen uns vor, die Prothese ist verlorengegangen oder muss dringend, aus unterschiedlichen Gründen, neu angefertigt werden. Die Idealvorstellung wäre die orale Situ mit einem transportablen IO-Scanner einzuscannen und eine neue, zum Beispiel rein monolithische Arbeit, digital herzustellen. Dies kann und wird in Zukunft sicher mit vernünftigen Materialien der Klasse 2a auch sehr preisgünstig mittels 3D-Druck möglich sein. Bei solchen Neuanfertigungen für einen dementen Patienten geht es nicht um High-end-Ästhetik. Es geht nur darum, die verloren gegangene Prothese preisgünstig und minimalinvasiv wieder herzustellen. Bei implantatgetragenen Arbeiten würde dies wesentlich einfacher von statten gehen. Es wäre möglich, eine festsitzende in eine herausnehmbare Arbeit umzuwandeln. Wenn ausreichend Implantate vorhanden sind (siehe Vorbereitung auf das Alter) und/oder in situ darauf befindliche Primärteile. Es ist dann ja auch mög-

lich, nicht auf eine absolute Endpassung zu fräsen, sondern im Mund die Pfeiler mit etwa einem Silikon zu unterfüttern. Wichtig ist, dass der Patient nicht zahnlos und ohne okklusale Kontakte ist. Bei den zukünftigen



Diese Prothese steht exemplarisch für vieles, was im Artikel thematisiert wird. Bekommen habe ich sie von den Angehörigen eines entfernten Bekannten. Der Mann war viele Monate mit Demenz in einem Pflegeheim und dann bis zu seinem Tod im Krankenhaus. Wie lange genau, ist mir nicht bekannt. Zwei seiner vier Kinder hätten ihn, weil sie in der Nähe wohnten und genügend Zeit gehabt hätten, regelmäßig besuchen können. Seine Frau war trotz ihres ebenfalls fortgeschrittenen Alters noch extrem fit und fuhr regelmäßig mit dem eigenen Auto – auch weite Strecken. Die Familie hat einen großen Bekanntenkreis, unter denen auch Personen aus medizinischen und pflegerischen Berufen sind. Mehr möchte ich dazu nicht sagen. Der Zustand der Prothese spricht für sich.



Dies war der Zustand der Prothese, nachdem ich diese 30 Minuten im Prothesen-Reinigungsgerät Sympro (Firma Renfert) gereinigt und mit Pril abgebürstet hatte!! 30 Minuten ohne nennenswerten manuellen Aufwand. Leider kam die Reinigung zu spät.

Literatur-Tipps

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin, Friedrichstraße 236
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): Aktuelle S3 Leitlinie Demenzen vom 27. Januar 2016
- Besimo E, Besimo-Meyer R.H: Zahn- und Mundgesundheit, Ein Stiefkind in der Betreuung von Menschen mit Demenz, ARS MEDICI 1+2 – 2017
- Aktuelle S3 - Parodontologie – Leitlinien vom 27.11.2018 - DG PARO und DGZMK „Häusliches mechanisches Biofilmmangement in der Prävention und Therapie der Gingivitis“, „Häusliches chemisches Biofilmmangement in der Prävention und Therapie der Gingivitis“

Patienten in Alters- und Pflegeheimen wird es von der Prothese bereits digitale Datensätze geben, die wir mit der Ist-Situation abgleichen. Soweit die Wunschvorstellungen für die Zukunft.

Die digitale Technologie gibt uns vielleicht ganz neue Möglichkeiten, unsere prothetische Karriere zu begleiten und zu moderieren.

Was soll das Ganze denn noch?

Das hat doch alles keinen Wert mehr. Er kann doch sowieso nicht mehr unter die Leute gehen. Das Wenige, was er noch isst, kann man doch pürieren oder flüssig zuführen. Die Prothesen muss man ja auch permanent reinigen ...

Solche Sprüche hört man immer wieder. Sie kommen von Menschen aus dem erweiterten Umfeld des Erkrankten und sind nicht böse gemeint. Die provokanten Fragen dieser Laien sind rational besehen berechtigt. Wofür braucht ein kranker, dementer Mensch, der nicht mehr am öffentlichen Leben teilnimmt und kaum noch isst, noch Prothesen? Es gibt Gründe für das Kauen fester Nahrung. Zahnkontakte sind wichtig. Bereits das Kauen ausschließlich weicher oder pürierter Nahrung vermindert den Speichelfluss (verminderte Reizspeichelmenge). Mein Schwiegervater musste/durfte normale, schmackhafte Nahrung kauen, solange es absolut ging. Natürlich dauerte das eine gefühlte Ewigkeit.

Speichel schützt

Verminderter Speichelfluss bedingt Ablagerungen an den Prothesen, das Entstehen von pathogenen Keimen und entzündlichen Prozessen. Erschwerend hinzu kommt die Tatsache, dass mit fortschreitender Demenz die Müdigkeit und Bettlägerig-

keit der Patienten zunimmt. Dies in Zusammenhang mit der sich verschlechternden oralen Gesundheit und der schlechten Belüftung der rückwärtigen Lungenbereiche, begünstigt die Entstehung von Krankheitserregern, die sich bevorzugt auch in den anaeroben Bereichen (Innenteil Sekundärteile, Gaumendach Totalprothese) einer Prothese manifestieren. Wir haben meinen Schwiegervater immer wieder aufgesetzt – mit Prothese. Nachts wurde diese entfernt, gereinigt und trocken gelagert. Nur so werden auch dünne Beläge deutlich sichtbar und können im Nachgang gezielt entfernt werden.

Schützen Zähne vor Demenz?

Laut wissenschaftlichen Studien sollen Zahnkontakte und das Vorhandensein kompletter okklusaler Stütz zonen, die ja nicht von Geburt an vorhanden sind, die Entstehung von Demenz verhindern oder verlangsamen. Eine schwedische Studie ^[1] beschreibt einen Zusammenhang zwischen der Möglichkeit zu kauen und dem Risiko, an Demenz zu erkranken. Ob mit eigenen Zähnen oder Zahnersatz gekaut wurde, machte in dieser Studie keinen Unterschied.

Auch eine japanische Forschergruppe ^[2] berichtete über einen Zusammenhang zwischen Alzheimer und Kaufunktion.

Der aufrechte Gang

Zähne sind mehr als Kauwerkzeuge. Sie sind Antennen, reflektorische Werkzeuge, Organe.

Demenzkranke benötigen ihre Zähne und ihre okklusalen Kontakte, vielleicht noch mehr als die Jungen, um sich sicher zu bewegen. Für das Gleichgewicht, für die Orientierung im Raum.

Zähne = Würde = Stolz

Zu guter Letzt – es geht auch und vor allem um Würde. Alte Menschen, auch in Pflegeheimen, legen nach wie vor Wert auf ein gepflegtes, würdevolles Äußeres. Man muss den Angehörigen klar machen, dass nicht nur der Friseurbesuch wichtig ist. Neben dem gesundheitlichen Aspekt spielt das Aussehen eine wichtige Rolle. Ein Zahnloser suggeriert Wehrlosigkeit und wirkt würdelos. Mein Schwiegervater hatte regelmäßig Besuch bekommen. Auch seinen alten Weggefährten, die ihn Jahrzehnte kannten, wollte er selbstverständlich gewaschen, rasiert, gekämmt und bezahnt gegenüber sitzen oder liegen. Auch als er diesen Wunsch nicht mehr äußern konnte, wurde dies so gehandhabt. Nur weil ein Mensch Wünsche nicht mehr verbalisieren kann, heißt das noch lange nicht, dass er keine mehr hat. Weshalb glauben wir immer so genau zu wissen, was ein Kranker noch realisiert oder nicht?

Zahnersatz und eine menschenwürdige Physiognomie sind ein wichtiger Teil für die Teilnahme an sozialen Interaktionen. Dazu gehören zu einem maßgeblichen Teil die regelmäßigen, wenn möglich gemeinsamen Mahlzeiten. Demente Patienten sind hier oft extrem benachteiligt, zusätzlich zu den oft per se vorhandenen Appetitstörungen, mit allen negativen Begleiterscheinungen bis hin zu einer Malnutrition.

In einem cluster-randomisierten RCT^[3] bei 178 Bewohnern von Pflegeheimen mit Demenz über sechs Monate wurde das Essen in einer familienähnlichen Situation (unter anderem gedeckter gemeinsamer Tisch, Essen in Schüsseln serviert etc.) verglichen mit einer standardisierten krankenhausähnlichen Essensausgabe. Es zeigten sich durch

die familienähnliche Essenssituation signifikante Effekte auf das Körpergewicht, die Feinmotorik und die Lebensqualität der Teilnehmer

Fazit – Wir wissen so viel!

Wir wissen um die enorme Aufgabe, die ein funktionierendes, ungestörtes stomatognathes System für unsere Gesundheit hat. Wir wissen, dass pathogene orale Verhältnisse einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit unseres gesamten Körpers und im Umkehrschluss, Allgemeinerkrankungen ebenso merkliche Einflüsse auf die orale Gesundheit haben können. Zahnärzte und Zahntechniker haben multiple Indikationslösungen beim Zahnersatz. Die Implantat-Technologie hat uns eine evidenzbasierte Möglichkeit für den wahren „Zahn-Ersatz“ beschert. Wir haben, auch bedingt durch die CAD/CAM Technologie, Möglichkeiten zur Verarbeitung einer größeren Bandbreite von Materialien und verfügen über gänzlich neue, effektivere Herstellungsmethoden.

Wir wissen um den demographischen Wandel, den Pflegenotstand und kennen die zu erwartenden Konsequenzen. Für alles und jedes gibt es gut ausgearbeitete S3 Richtlinien und Empfehlungen.

Der Demente braucht aber neben allem perfekten Equipment und Hilfs- und Pflegematerialien in erster Linie Zeit, Zuwendung und ärztliche und pflegerische Betreuung. Und da ja jeder von uns einer dieser pflegebedürftigen Patienten sein könnte, sollten wir auch abschätzen, was persönlich zu tun ist. Am Schluss werden wir daran gemessen werden, ob wir auch gemäß unserem Wissen handeln bzw. dies überhaupt können und/oder wollen? Sonst ist alles Wissen Makulatur. ■

Literatur-Hinweise

- [1] Johansson I, Tidehag P, Lundberg V, Hallmans G: Dental status, diet and cardiovascular risk factors in middle-aged people in northern Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994 Dec; 22(6): 431-6 6.
- [2] *J Oral Rehabil.* 2003 Aug; 30(8): 808-11. Relationship between cognitive function and mastication in elderly females. Miura H1, Yamasaki K, Kariyasu M, Miura K, Sumi Y.
- [3] Nijls KA, de Graaf C, Kok FJ, et al.: Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 332: 1180- 1184.