

Demenzkrankungen

Aspekte des Umgangs und der Kommunikation mit Demenzkranken in der zahnärztlichen Versorgung

Dr. rer. biol. hum. Sophia Poulaki und Dr. phil. Britta Wiegele, München

Die Anzahl von älteren Menschen mit einer Demenzerkrankung, die zu Hause oder institutionalisiert leben und einer zahnärztlichen Versorgung bedürfen, ist hoch und wird steigen. Eine gute Mundhygiene und eine adäquate Zahnversorgung sind von elementarer Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden dieser Klientel. Umso wichtiger ist es für das zahnärztliche Fachpersonal, Wissen über die Erkrankung zu haben und entsprechende Umgangs- und Kommunikationsstrategien zu kennen.

In Deutschland leiden derzeit etwa 1,2 bis 1,5 Millionen Menschen an einer Demenzerkrankung; davon sind circa 60 Prozent von einer Demenz vom Alzheimer-Typ betroffen. In der Gruppe der über 65-Jährigen beträgt die Häufigkeit der Demenzerkrankung insgesamt etwa sechs Prozent, bei den über 80-Jährigen liegt sie bei etwa 24 Prozent und bei den über 90-Jährigen bereits bei 40 Prozent. Aufgrund der veränderten Altersschichtung ist für die Zukunft – sofern keine hochwirksamen Präventions- oder Therapiestrategien entwickelt werden – mit einem weiteren Anstieg der Zahl der Demenzkranken zu rechnen.

Symptome und diagnostische Kriterien

Die Syndromdiagnose „Demenz“ bezeichnet eine fortschreitende Erkrankung des Gehirns, die eine Beeinträchtigung der höheren kortikalen Funktionen, der Emotion und der Persönlichkeit bewirkt. Von großer Bedeutung ist die Differenzialdiagnose anderer möglicher Ursachen für kognitive Defizite, wie Delir oder Depression. Die diagnostischen Kriterien eines Demenzsyndroms nach ICD-10, der Krankheitsgruppe 10 innerhalb der von der WHO erstellten International Classification of Diseases, umfassen:

- Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des abstrakten Denkens und des Urteilsvermögens sowie anderer höherer kortikaler Funktionen wie Aphasie, Apraxie, Agnosie;
- Persönlichkeitsveränderungen, die Verminderung der Affektkontrolle sowie eine Störung des Antriebs- oder des Sozialverhaltens;

- das Fehlen einer Bewusstseinsstrübung;
- das Bestehen der Symptome länger als sechs Monate.

Die vorhandenen Störungen müssen die Aktivitäten des täglichen Lebens, also die Kompetenz den eigenen Alltag zu bewältigen, nachhaltig beeinflussen. Je nach der zugrunde liegenden Ätiologie kann sich die Erkrankung sehr unterschiedlich präsentieren:

- Bei der Alzheimer Krankheit (Pathologie: Plaques, Neurofibrillen, Neuronenverlust, assoziierte Neurotransmitterveränderungen) kennzeichnen zeitliche Orientierungsstörungen und Gedächtnisdefizite typischerweise die Anfangsphase der Erkrankung, als deren weiteres Charakteristikum der „schleichende Beginn“ gesehen werden kann.
- Die Demenz bei zerebrovaskulären Erkrankungen erfordert hingegen einen kausalen Zusammenhang, der sich aus der zeitlichen Aufeinanderfolge von vaskulärem Geschehen und verminderter kognitiver Leistung ergeben muss. Charakteristisch sind starke Schwankungen des kognitiven Leistungsvermögens.
- Bei der frontotemporalen Degeneration (Pathologie: Mikrovakuolisierung und Gliavermehrung) stehen anfangs Persönlichkeitsveränderungen und Veränderungen des Sozialverhaltens im Vordergrund gegenüber den Gedächtnis- und Orientierungsstörungen. Der Beginn liegt in der Regel vor dem 70. Lebensjahr. Häufig kommt es relativ früh im Verlauf auch zu deutlichen Wortfindungsstörungen und Sprachverständnisstörungen.
- Die Lewy-Körper-Krankheit (Pathologie: rundliche eosinophile intraneuronale Einschlusskörper, die Lewy-Körper) ist gekennzeichnet durch einen fluktuierenden Verlauf, optische Halluzinationen, leichtgradige Parkinsonsymptome, Stürze (zum Teil mit Bewusstseinsverlust) und eine erhöhte Sensitivität gegenüber Neuroleptika.
- Weitere Ursachen für ein Demenzsyndrom können zum Beispiel ein Normaldruck-Hydrozephalus oder die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit sein.

Krankheitsverlauf der Demenz vom Alzheimer-Typ

Der genaue Beginn einer Demenz vom Alzheimer-Typ lässt sich in der Regel nicht eindeutig zeitlich festlegen; der Zeitraum zwischen dem Auftreten erster Symptome und der Diagnosestellung beträgt häufig mehrere Jahre.

Vorstadium der Erkrankung: Es zeigen sich vor allem Schwierigkeiten beim Abspeichern gänzlich neuer Informationen oder beim Planen anspruchsvoller Handlungen. Die Betroffenen ziehen sich daher von herausfordernden Aufgaben oder überfordernden Situationen zurück. Zu den nicht kognitiven Frühsymptomen können Apathie, emotionaler Rückzug, Motivationsverlust, Reizbarkeit und Stimmungslabilität gezählt werden. Das prägnanteste Alltagssymptom der Demenz ist die Hilflosigkeit.

Stadium der leichten Erkrankung: In diesem Stadium sind vor allem das Neu-Lernen und das mittelfristige Behalten stark betroffen. Sehr alte Gedächtnisinhalte sind meist gut erhalten. In der testpsychologischen Untersuchung können Wortfindungsstörungen und Defizite für die Wiedergabe von Wortlisten nachgewiesen werden, räumlich-konstruktive Störungen machen sich bemerkbar. Probleme in der zeitlichen und örtlichen Orientierung treten auf. Die Patientinnen und Patienten sind dennoch in der Lage, allein zu leben oder zumindest überwiegend allein zurechtzukommen. Bei der Bewältigung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (zum Beispiel Bankgeschäfte, Behördenwege) oder der sicheren Einnahme von Medikamenten und dem Einhalten von Terminen benötigen sie jedoch Unterstützung.

Stadium der mittelschweren Erkrankung: Jetzt zeigt sich eine zunehmende Hilfebedürftigkeit (beispielsweise beim Sich-Anziehen, bei einfachen Haushaltstätigkeiten, beim Essen) und es treten Verhaltensauffälligkeiten wie verbale Aggressionen, Umherwandern, Sammeln, Halluzinationen, Verkennungen und Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus in Erscheinung. Das Auftreten von Inkontinenz erhöht zusätzlich den Bedarf an pflegerischer Unterstützung.

Das schwere Stadium der Demenzerkrankung: Im Mittel etwa sechs Jahre nach der Diagnosestellung erreichen die Patientinnen und Patienten das schwere Stadium der Erkrankung mit ausgeprägten kognitiven Defiziten, massiven sprachlichen Beeinträchtigungen und dem Unvermögen, selbst gut einge-



Patientenzeichnung „Ring“

Quelle: Elbersch

prägte frühe Erinnerungen abzurufen. Auch der Ausdruck einfacher Bedürfnisse erfolgt nicht mehr zuverlässig. Besondere Berücksichtigung muss die mangelnde Äußerung von Schmerz finden. Im Vordergrund steht die pflegerische Betreuung, dabei darf die emotionale Zuwendung nicht in Vergessenheit geraten, da die Patientinnen und Patienten nun vor allem über die emotionale Ebene wahrnehmen und mit ihrer Umwelt in Kontakt bleiben können.

Folgen der Demenz im Lebensalltag

Die Folgen des Gedächtnisabbaus für den Alltag sind der Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Vergessen von Ereignissen aus noch nicht lange zurückliegenden und dann auch aus früheren Lebensabschnitten, der Verlust sozialer Verhaltensweisen, die Desorientierung hinsichtlich bekannter Personen und Familienangehöriger, der Verlust der Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen (zum Beispiel sich anziehen, waschen, die Zahnpflege, der Gang zur Toilette) und Persönlichkeitsveränderungen.

Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen sind Demenzkranke häufig desorientiert hinsichtlich des Orts, neuer Personen und der Zeit. Sie stellen oft die gleichen Fragen und wiederholen Inhalte. Im Gespräch verlieren sie rasch den Faden, können keine Fragen über jüngste Ereignisse beantworten und können nichts Neues lernen. Diese Verunsicherungen bedingen einen raschen Stimmungswechsel. Oft ist das Verhalten durch eine Tag-Nacht-Umkehr geprägt und es kommt zu nächtlichem „Wandern“.

Das Bewusstsein über die kognitiven Defizite kann dazu führen, dass Demenzkranke schon im Anfangsstadium zu ihrem eigenen Schutz eine Fassade aufbauen und ausweichen, wenn sie zu be-

stimmten Dingen keine Antwort geben können. Vergesslichkeit wird häufig gänzlich abgestritten. Durch die Verunsicherung entstehen Aggressivität oder Misstrauen.

Die veränderte Welt des Demenzkranken

Aufgrund der neurologischen und neuropsychologischen Defizite verändert sich die Wahrnehmung der Demenzkranken, ihr Verständnis von der Welt wie auch ihr Selbstverständnis grundsätzlich. So wird das Verhalten sowohl durch die kognitiven Defizite als auch durch internale und externale Faktoren determiniert.

Aus der Tabelle 1 (siehe unten) können die häufigsten Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten in der Behandlungssituation entnommen werden.

Kommunikation mit Demenzkranken

In der Kommunikation mit einem dementen Menschen muss grundsätzlich berücksichtigt werden, dass eine organische Erkrankung des Gehirns zugrunde liegt, die eine Vielzahl von kognitiven Beeinträchtigungen verursacht. Das bedeutet, dass man als Gesprächspartner eines demenzkranken Patienten den größeren Teil der Kommunikation übernehmen muss.

Im Umgang mit den Erkrankten ist es besonders wichtig, den Versuch zu unternehmen, ihre inneren Bezugssysteme zu verstehen, ihr Verständnis für das Hier und Jetzt zu entwickeln und ihre Reaktionen nicht persönlich zu nehmen. Ausschlaggebend in der Kommunikation ist die subjektive Wirklichkeit der Betroffenen. Wenn man versucht, sich der „Innenwelt“ der Demenzkranken anzunähern, muss man wissen, durch welche Merkmale diese Innenwelt geprägt ist.

Wenn wir etwa zu einer Patientin sagen: „Nehmen Sie bitte dort Platz!“, so setzen wir voraus, dass sie

die Aufforderung in dem gegebenen Kontext verstehen und umsetzen kann. Damit die Patientin die Aufforderung befolgen kann, müssen bei ihr jedoch folgende kognitive Abläufe intakt sein: Sie muss den Sinn der Worte verstehen, diesen Sinn auf sich selbst anwenden, sich im Raum orientieren können und zum Beispiel den Behandlungsstuhl als Sitzgelegenheit erkennen. Zudem muss sie in der Lage sein, auftretende Fragen als solche zu formulieren. Wenn diese Funktionen teilweise nicht mehr vorhanden oder gestört sind, dann ist keine adäquate Reaktion möglich. Für diese Patientin ist nur ihre Innenwelt, das eigene innere Bezugssystem gültig, ihr eigenes Erleben steht im Vordergrund.

Um die Patientin verstehen und erreichen zu können, müssen wir in ihre eigene Welt „einsteigen“. Es kann somit zielführend sein, sich bei der Patientin leicht unterzuhaken, sie zum Stuhl zu begleiten, ihre Hand an die Lehne zu führen und dann zu sagen: „Bitte nehmen Sie hier Platz!“ Anspannung und Unsicherheit werden so im Vorhinein minimiert. Demenzkranke reagieren meist emotional auf eine Situation, sie erspüren das entgegengebrachte Verhalten und empfinden es als positiv oder negativ. „Positives“ Verhalten bedeutet: Verständnis für das Verhalten und die Gefühle der Erkrankten entgegenbringen, eine ruhige Umgebung schaffen, an bekannte Erlebnismuster anknüpfen und Aufmerksamkeit für die subjektive Erlebniswelt entwickeln können.

„Negatives“ Verhalten bedeutet Unverständnis, verwirrende Umgebung, keine Anknüpfungspunkte zu bekannten Erlebnismustern anbieten, in das Verhalten hineininterpretieren, auf objektiven Tatsachen und Gesetzen der Logik bestehen. Die in Tabelle 2 (siehe Seite 62) beschriebenen Kommunikationshinweise können in der Praxis hilfreich sein.

Medizinisch-physische Faktoren	Faktoren in der Umwelt	Handlungen	Kommunikation
Medikation und Nebenwirkungen	Große, unübersichtliche Räume	Komplexe Aufgaben	Mangelndes Sprachverständnis
Probleme mit dem Sehen und Hören	Sehr viele Reize	Kombination von mehreren Anforderungen	Unfähigkeit, sich verständlich zu machen
Chronische Erkrankungen und Schmerzen	Keine Orientierung und Information	Fehlende Anpassung der Aufgaben an die kognitiven Fähigkeiten	
Akute Erkrankung/Infekt	Mangelnde sensorische Reize	Nicht vertraute Aufgaben	
Depression	Nicht vertraute Umgebung		
Physische Bedürfnisse			

Tab. 1: Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten in der Demenz beziehungsweise in der Behandlungssituation (nach: Jane M. Chalmers, 2000)

Empfehlungen für die zahnärztliche Behandlung von Demenzkranken

Zur Vorbeugung des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten und zur Erhöhung der Compliance sollten folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- Wissen über den Schweregrad der Erkrankung und Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung,
- Einsatz von Begleitpersonen,
- Anpassung der Behandlungsziele unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose „Demenz“.

Probleme für die Behandlung ergeben sich im frühen Krankheitsstadium vorrangig durch die Gedächtnisstörungen, indem zum Beispiel Termine vergessen werden. Hier erscheint es sinnvoll, den Patienten oder die Patientin durch einen Telefonanruf am Morgen des für die Behandlung vorgekehrten Tages an den Termin zu erinnern; Anrufe am Vortag könnten ins Leere laufen.

Der erhöhten Ängstlichkeit in ungewohnter Umgebung sollte Rechnung getragen werden, indem nach Möglichkeit immer die gleiche Helferin den Demenzkranken betreut, Angehörige mit in den Behandlungsraum gebeten werden und der Zahnarzt beziehungsweise die Zahnärztin darauf achtet, Patienten/-innen und begleitende Personen noch ohne Mundschutz oder aufgesetzte Lupenbrille zu begrüßen, um auch sicher erkannt zu werden.

Die Behandlung sollte so geplant werden, dass die Probleme der künftigen Weiterentwicklung der Demenzerkrankung antizipiert werden können – das heißt, da jede Veränderung für die Erkrankten Probleme bereiten kann, ist der Erhalt des gewohnten Status vorrangiges Ziel. Der Plan, durch große Veränderungen der stomatognathen Situation eine verbesserte Nahrungsaufnahme und damit bessere Ernährung zu erreichen, hat häufig nicht den erwünschten Effekt, da die Patienten und Patientinnen sich nicht mehr an diese Veränderungen gewöhnen können. Umgekehrt kann es nötig werden, dass vorhersehbar notwendige größere Veränderungen zeitlich vorgezogen und in einem möglichst frühen Stadium der Erkrankung ausgeführt werden müssen, auch wenn der Zahnstatus dies vielleicht noch nicht unbedingt erfordern würde.

Die Kooperation mit pflegenden Angehörigen oder anderen Bezugspersonen gewinnt im Verlauf der Erkrankung zunehmend an Bedeutung. Aus Studien geht hervor, dass pflegende Angehörige notwendige Zahnarzttermine aus Angst vor Schwierigkeiten nicht vereinbaren. Sie fühlen sich verantwortlich für die mangelnde Kooperation der Demenzkranken oder

Verbal

- Sprechen Sie vorzugsweise in kurzen, deutlichen Sätzen.
- Achten Sie auf eine warme, tiefere Stimmlage.
- Beginnen Sie jede Kommunikation damit, dass Sie sich vorstellen und den Namen des/der Patienten/-in nennen.
- Erklären Sie kurz, was Sie machen wollen.
- Wiederholen Sie einen Satz oder eine Frage, wenn nötig.
- Behaupten Sie nicht, etwas verstanden zu haben, wenn das nicht stimmt, sondern wiederholen Sie den Teil des Satzes, den Sie verstanden haben, und bauen Sie darauf Ihre Rückfrage nach dem nicht verstandenen Teil auf.
- Beugen Sie Angst vor, vermeiden Sie zu flüstern oder über Patienten/-innen zu sprechen als wären sie nicht anwesend.
- Verwenden Sie Lob und positive Rückmeldung zur Verstärkung.

Non-verbal

- Führen Sie nicht zwei Handlungen gleichzeitig aus.
- Achten Sie auf Ihre Körpersprache: Wenden Sie dem Patienten nicht den Rücken zu, während Sie sprechen, sondern stellen oder setzen Sie sich so hin, dass Sie sichtbar und hörbar sind.
- Stellen Sie vor dem Gespräch erst einen intensiven Blickkontakt her.
- Durch Körperkontakt (Halten der Hand) unterstützen Sie die Erinnerung, dass Sie anwesend sind.
- Lächeln Sie häufig und achten Sie auf sanfte Berührungen.
- Geben Sie der älteren Person viel Zeit, um auf Fragen zu reagieren; die Reaktionszeiten können fünfmal langsamer sein als bei gesunden Menschen.

Umgebung

- Stellen Sie optimale Umgebungsbedingungen her: ausreichendes, aber blendfreies Licht, keine Hintergrundgeräusche.
- Reduzieren Sie die Zahl der anwesenden Personen im Raum.
- Stellen Sie sicher, dass die erkrankte Person es gemütlich hat.
- Achten Sie auf die Raumtemperatur (nicht zu kühl).
- Stellen Sie Objekte bereit, die der Ablenkung dienen und gehalten werden können.

Tab. 2: Hinweise für die Kommunikation mit Demenzkranken (nach: Jane M. Chalmers, 2000)

genieren sich wegen deren unangepasster Verhaltensweisen oder in Vorahnung möglicher Verhaltensauffälligkeiten in der Praxis. Von diesen Sorgen sollten die Angehörigen im Voraus entlastet werden. Spezielle Termine bei denen keine anderen



Foto: Michel

Um demenzkranken Patienten die Orientierung in der Praxis zu erleichtern, empfiehlt es sich, sie auf dem Weg zum und aus dem Behandlungsstuhl heraus zu begleiten.

Patienten im Wartebereich sind oder die Vermeidung von Wartezeiten sind empfehlenswert.

In späteren Stadien der Demenzerkrankung wird auch die Mundhygiene nicht mehr adäquat durchgeführt. Die Patienten wissen nicht einmal mehr, wie die Zähne gebürstet werden können. Gegebenfalls sollte für eine gute Prävention rechtzeitig ein Training der Hauptpflegeperson für die richtige Mundhygiene der Demenzkranken erfolgen. Bleiben die Probleme einer adäquaten häuslichen Zahnpflege der Dementen bestehen, können etwa als Entlastung der Angehörigen auch häufigere Termine zur Professionellen Zahnreinigung in der Praxis angeboten werden.

Prothesen gehen häufig verloren, bei entsprechenden finanziellen Möglichkeiten könnte die Herstellung von Reserveprothesen hilfreich sein. Generell ist die namentliche Kennzeichnung der Prothesen zu empfehlen. Der funktionsgerechte Sitz der Prothesen sollte durch regelmäßige Kontrollen überprüft werden, die Angehörigen sind im Umgang mit den entsprechenden Hilfsmitteln ausreichend zu schulen. Kumulieren Probleme mit der Prothese, weil das eine oder andere nicht frühzeitig genug behoben worden ist, so muss als Folge eine Mangelernährung des Demenzkranken in Betracht gezogen und gegebenenfalls konsultativ die geriatrisch-internistische Überprüfung und Behandlung empfohlen werden.

In späten Stadien einer Demenzerkrankung führen Dyskinesien oder orale Dysfunktionen zur Limitierung von Zahnstabilität und Kaufähigkeit. In solchen Fällen sind Nebenwirkungen der einen oder anderen bestehenden Dauermedikation als Ursache auszuschließen, andererseits aber auch alle medikamentösen Behandlungsansätze zur Beseitigung der Symptome auszuschöpfen.

Besondere Schwierigkeiten können sich bei der Lokalisation von Schmerzen ergeben, da Demenzkranke sie nicht mehr adäquat wiedergeben oder beschreiben können. Bei jeder Behandlung, speziell unter Sedierung, muss auch an die Nebenwirkungen bezüglich der Kognition gedacht werden. Komplexe und zeitaufwendige Behandlungsverfahren sollten bei schwer Demenzkranken so gut es geht vermieden werden, da sie nicht in der Lage sind zu kooperieren. Ziel der Behandlung sollten Schmerzfreiheit und ein guter Ernährungsstatus sein.

Bei Betreuung einer erhöhten Anzahl von Demenzkranken ambulant oder stationär kann es hilfreich sein, zumindest eine in der Kommunikation und im Umgang mit der Klientel speziell geschulte Person als Unterstützung zu haben.

Korrespondenzadressen:
Dr. rer. biol. hum. Sophia Poulaki
Dipl. Psychogerontologin
Hippocampus Gerontologische Praxis München
www.hippocampus-gpm.de

Dr. phil. Britta Wiegele
Dipl. Psychogerontologin
Hippocampus Gerontologische Praxis München;
Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation
Klinikum Neuperlach

Dieser Beitrag sowie der Beitrag von Dr. Marc Wittmann (Seite 64 ff.) entstammt ursprünglich dem von der BLZK im Jahre 2005 herausgegebenen und vielbeachteten Buch „Zähne im Alter“. Beide Artikel wurden für diese BZB-Ausgabe von den Autoren überarbeitet und aktualisiert. Wer sich über weitere, interdisziplinäre Aspekte des Alterns und des Alters informieren möchte, kann das knapp 350 Seiten umfassende Werk im Online-Shop der BLZK unter www.blzk.de für 39 Euro (zuzüglich 2,50 Euro Versandkosten) bestellen.

