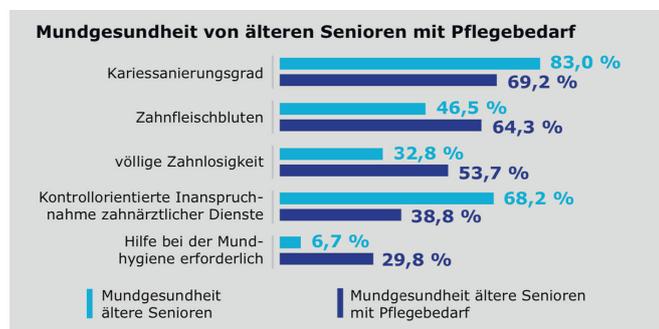


MUNDHYGIENE IN DER PFLEGE

*Hinweise zu Festlegung und Vermittlung
von Maßnahmen zur Förderung der Mund-
gesundheit bei Menschen mit Pflegebedarf*

Für gesetzlich versicherte pflegebedürftige Menschen wurden in den vergangenen Jahren zunächst im Rahmen von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten und später mit Einführung des §22a im SGB V präventionsorientierte Leistungen eingeführt. Mundgesundheitsstatus, individueller Mundgesundheitsplan und Mundgesundheitsaufklärung ermöglichen es heute schon, ab Beginn der Pflegebedürftigkeit abrechnungsfähige Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit festzulegen und zu vermitteln. Aber wie geht das genau? Worauf kommt es an, und wie gelingt die Mundhygiene in der Pflege am besten?

Immer mehr immer ältere und pflegebedürftige Menschen haben heute immer mehr eigene Zähne, Implantate oder technisch aufwendigen Zahnersatz im Mund. Nach der letzten Geschäftsstatistik der Pflegekassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung vom 28.7.2020 waren zum 31.12.2019 insgesamt 4.251.638 Menschen einem Pflegegrad zugeordnet (soziale Pflegeversicherung: 3.999.755 – private Pflege-Pflichtversicherung: 251.883). Etwa 75 Prozent dieser Menschen leben zu Hause und nur die Hälfte der zu Hause lebenden Menschen wird durch ambulante Pflegedienste allein beziehungsweise zusammen mit Angehörigen versorgt. Angehörige übernehmen in Deutschland also einen wesentlichen Teil der pflegerischen Arbeit.



Ältere Senioren mit Pflegebedarf (75- bis 100-Jährige) weisen eine schlechtere Mundgesundheit auf und benötigen mehr Hilfe bei der Mundhygiene

Abb. 1 IDZ-DMS V: Bei der Darstellung der Ergebnisse wurde die Gruppe der 75- bis 100-Jährigen insgesamt mit der Teilmenge der Menschen mit Pflegebedarf verglichen – hätte man die Teilmengen klar getrennt, wären die Unterschiede noch gravierender.



Dr. Elmar Ludwig, Ulm, ist niedergelassener Zahnarzt und seit langem in der Alterszahnmedizin engagiert, u. a. als Referent für Alterszahnheilkunde der Landes-zahnärztekammer Baden-Württemberg, als Landesbeauftragter der DGZ sowie als Mitglied im BZÄK-Ausschuss Alterszahnmedizin. **Foto: privat**

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat in der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie festgestellt, dass in der Gruppe der 75- bis 100-Jährigen die kontrollorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste von 68,2 Prozent bei den nicht pflegebedürftigen Menschen auf 38,8 Prozent bei den pflegebedürftigen Menschen deutlich abnimmt. Die Erfahrung aus der Praxis zeigt jedoch, dass im Alter und gerade bei Pflegebedürftigkeit die Intensivierung der zahnärztlichen Begleitung im Sinne der Prävention wichtig wäre (Abb. 1). Ein weiteres Ergebnis der Studie: Circa 30 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf im Alter zwischen 75 und 100 Jahren benötigen Hilfe bei der Mundhygiene. Natürlich gibt es Menschen mit Pflegebedarf, die ihre Zähne, ihren Mund und ihren Zahnersatz selbstständig reinigen können. Einige benötigen nur teilweise Unterstützung. Die angegebene Zahl von nur circa 30 Prozent muss jedoch einer kritischen Betrachtung unterzogen werden:

1. Aufgrund verschiedener Umstände wurden in dieser Studie überproportional viele Menschen mit hohem Pflegegrad nicht berücksichtigt. Menschen mit Pflegegrad 1 beziehungsweise 2 machen etwa 50 Prozent aller Pflegebedürftigen aus. Bei Menschen mit Pflegegrad 3, 4 und 5 nimmt die Hilfsbedürftigkeit bei der Mundhygiene dramatisch zu.
2. Die Hilfsbedürftigkeit bei der Mundhygiene wurde lediglich abgefragt und nicht anhand objektiv messbarer Mundhygieneparameter überprüft und festgestellt. Das aber wäre sinnvoll gewesen, denn selbst wenn die Mundhygiene selbstständig erfolgt, sagt dies nichts darüber aus, ob diese Mundhygiene ausreichend ist.

Anders als in der DMS V-Studie dargestellt, ist also davon auszugehen, dass der überwiegende Teil der Menschen mit Pflegebedarf Hilfe bei der Mundhygiene benötigt. Pflegekräfte und erst recht pflegende Angehörige haben häufig nicht die heute

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
 (auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

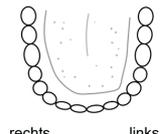
Vorname, Nachname		Ausgehändigt an		Datum der Untersuchung	
Status Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein		Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Fluoridgeel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____		Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____	
Zustand Pflege Zähne ☺ ☹ ☹ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch ☺ ☹ ☹ Zahnersatz ☺ ☹ ☹		* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt			

Abb. 2: Formblatt 2 – Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen.

notwendigen Kompetenzen, um die Mundpflege sicher und souverän auszuführen. In der Pflegeausbildung waren bei der Mundpflege bisher Soor- und Parotitisprophylaxe (nicht Parodontitisprophylaxe!) die relevanten Schlagworte. Aus diesem Grund hat die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg bereits 2007 damit begonnen, eine eigene umfassende Handreichung zur Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege zu entwickeln. Ganz aktuell wurden die Materialien an die Anforderungen der neuen generalistischen Pflegeausbildung angepasst. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück entwickelt derzeit zudem unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Erika Sirsch einen Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit. Expertenstandards sind ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der unterschiedlichen Zielgruppen angepasst ist.

Die eingangs beschriebenen neuen Leistungspositionen Mundgesundheitsstatus, individueller Mundgesundheitsplan und Mundgesundheitsaufklärung sind seit Juli 2018 bei gesetzlich versicherten Patienten unter anderem mit zugeordnetem Pflegegrad nach den Bema-Nrn. 174a (PBa) und 174b (Pbb) sowohl in der Praxis als auch in der Häuslichkeit und in der Pflegeeinrichtung einmal je Kalenderhalbjahr erbringbar und abrechenbar. Zudem kann seit Juli 2018 je Kalenderhalbjahr einmal die

Entfernung von Zahnstein (PBZst) auf Kosten der Krankenkassen abgerechnet werden. Für privat versicherte Patienten sind für die Erhebung der Fremdanamnese und für die Instruktion der Bezugspersonen die PKV-GOÄ-Nr. 4 sowie zum Beispiel die Entfernung harter und weicher supragingivaler Zahnbeläge die GOZ-Nrn. 4050/4055 je Monatszeitraum einmal erbringbar und abrechenbar. Alternativ kann für die Entfernung der Zahnbeläge auch die professionelle Zahnreinigung nach GOZ-Nr. 1040 – bei entsprechender Indikation sogar ohne Begrenzung der Häufigkeit – abgerechnet werden.

Bema-Nr. 174a (PBa): Mundgesundheitsstatus, Maßnahmen zur Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege, Behandlungsbedarf und Schritte zur Koordination werden bei gesetzlich Versicherten im individuellen Mundgesundheitsplan nach Vordruck 10 des Bundesmantelvertrags Zahnärzte (BMV-Z) erfasst. Bema-Nr. 174b (Pbb): Mundgesundheitsaufklärung umfasst die Vermittlung der Inhalte des individuellen Mundgesundheitsplans, die Demonstration und gegebenenfalls Anleitung notwendiger Maßnahmen der Mundpflege sowie die Erläuterung des Nutzens und Motivation zur Durchführung der Maßnahmen im Pflegealltag (Abb. 2). Übrigens: „Die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich an Pflege oder Unterstützungspersonen richtet, erfüllt die Voraussetzungen für die Behandlung von Parodontopathien im Hinblick auf die Anleitung des Versicherten

... und dessen Information über bestehende Mitwirkungspflichten.“ Im Folgenden werden Empfehlungen zur Mundpflege für das Unterstützungsumfeld zusammengefasst dargestellt.

WARUM IST MUNDHYGIENE WICHTIG?

Beläge, Karies, Entzündungen des Zahnfleischs sowie scharfe Zahn- beziehungsweise Prothesenkanten führen zu Mundgeruch und Schmerzen im Mund. Aber nicht nur das: Über Karies und entzündetes Zahnfleisch gelangen Bakterien in den Körper und leisten Diabetes, Polyarthritiden sowie koronarer Herzerkrankung Vorschub. Schlechte Mundhygiene begünstigt meist durch Aspiration zudem nachweislich die Entstehung von Lungenentzündungen – allein indem Prothesen nachts aus dem Mund herausgenommen werden, kann das Risiko für Pneumonien halbiert werden (Abb. 3)!

WORAUF KOMMT ES BEI DER MUNDHYGIENE IN DER PFLEGE AN?

Ressourcen und Eigenaktivität beachten

Natürlich geht es nicht ohne Zahnbürste und Zahnpasta. Mindestens genauso wichtig ist es aber, die Ressourcen des Menschen mit Pflegebedarf zu berücksichtigen, Eigenaktivität zu fördern, Vorlieben und Abneigungen im Blick zu haben, gegebenenfalls Angehörige mit einzubeziehen und gleichzeitig die Privatsphäre beziehungsweise den Intimbereich Mundhöhle angemessen zu würdigen. Ein weiterer Aspekt ist die Leistungsbereitschaft – der betroffene Mensch sollte nicht erschöpft sein. Die Brille auf der Nase und die Hörhilfe im Ohr steigern die Kooperationsfähigkeit. Vor allem bei pflegenden Angehörigen

kommt dem Praxisteam bei der Vermittlung, Demonstration und gegebenenfalls Anleitung zudem eine wichtige psychosoziale Funktion zu. Die Mutter hat vielleicht bisher aus Scham ihre Tochter nicht um Hilfe gefragt oder der Ehemann ist bisher gar nicht auf die Idee gekommen, die eigene Frau bei der Mundhygiene zu unterstützen. Soweit möglich und sinnvoll, sollten beide Seiten zunächst getrennt voneinander dazu befragt werden. Nach Zustimmung sind die unterstützenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Aspirationsgefahr und Ergonomie einzuleiten. Dabei gilt es zunächst, ein Gespür und einen Plan dafür zu entwickeln, wann der richtige Zeitpunkt ist, zu dem die Mundpflege am besten gelingt, wie viel und welche Unterstützung tatsächlich notwendig ist und wer genau (z.B. in einer Pflegeeinrichtung) die Unterstützung am besten leisten kann. Schließlich stellt sich noch die Frage, wie diese Unterstützung konkret umgesetzt werden soll.

Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz

Pflegebedürftige Menschen leiden häufig an Demenz. Demenz bedeutet aber nicht nur Gedächtnisverlust. Es gibt verschiedene Formen der Demenz, bei denen auch andere Aspekte wie zum Beispiel Veränderungen im Sozialverhalten eine Rolle spielen können. Der Zugang zu und der Umgang mit Menschen mit Demenz erfordert spezielle Kompetenzen. Zentral für die erfolgreiche Beziehungsgestaltung ist dabei, ausgehend von den mitunter zunächst sinnlos erscheinenden Äußerungen, Gesten oder Handlungen, das dem Augenblick zugrunde liegende Gefühl zu erspüren und den Menschen in seiner Welt „abzuholen“. Die Techniken der sogenannten Validation (Wertschätzung) können entscheidend zum Gelingen der Zahn- und Mundpflege wie übrigens auch der zahnärztlichen Behandlung beitragen. Ansprache mit kurzen und klaren Hinweisen zu den geplanten Maßnahmen sowie Anbahnung (den Körperkontakt also zunächst



Abb. 3 a und b: Abgebrochene Zähne, scharfe Kanten, Karies, Gingivitis/Parodontitis und Beläge haben Folgen – nicht nur in der Mundhöhle, sondern auch im gesamten Organismus.

z. B. am Arm zu beginnen und dann die Hand bis zum Kopf bzw. Mund zu führen) sind weitere wichtige Aspekte für das Gelingen der Mundpflege.

Aspiration vermeiden und ergonomisch arbeiten

Im Alter und noch mehr bei Pflegebedürftigkeit kommt es bei der Mundpflege zudem darauf an, Schluckstörungen zu beachten und die Gefahr der Aspiration zu minimieren. Die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg hat dazu ein Hinweisblatt für das Praxisteam mit relevanten Informationen zusammengestellt. Zudem ist nicht nur eine geeignete Körperhaltung der unterstützungsbedürftigen, sondern auch der unterstützenden Person von entscheidender Bedeutung – sonst schmerzt schnell der Rücken und die Motivation ist dahin.

Idealerweise erfolgt die Mundpflege im Sitzen am Waschbecken auf einem Badstuhl mit leicht nach vorn gebeugtem Oberkörper und das Kinn etwas zur Brust geneigt. Im Rollstuhl gelingt die aufrechte Kopf-Körper-Haltung noch besser mit den Füßen auf dem Boden und nicht auf den Fußstützen. Werden die Fußstützen zudem zur Seite geklappt, kann die unterstützungsbedürftige Person noch näher ans Waschbecken gefahren werden. Die Unterstützung der Mundpflege erfolgt in breitbeinigem Stand mit angewinkelten Knien und möglichst vielen Abstützungspunkten seitlich hinter der unterstützungsbedürftigen Person. Ein Arm greift dabei um den Kopf, der Zeigefinger kommt über dem Kinn, der Mittelfinger unter dem Kinn und der Daumen auf der Wange zu liegen (Kieferkontrollgriff). Ziel ist die möglichst gute Führung des Kopfes bei gleichzeitig geringer Verletzungsgefahr. Wichtig ist, dass die unterstützungsbedürftige Person während der Mundpflege den Kopf nicht zur Seite dreht oder überstreckt. So gelingt das Schlucken am besten. Um noch besser rückengerecht zu arbeiten, kann mit etwas Übung die Mundpflege teilweise über den Badspiegel verfolgt werden (**Abb. 4**).

Alternativ erfolgt die Mundpflege im Bett mit aufgerichtetem Oberkörper und angewinkelten Beinen, also in Komfortsitz-Position, wenn möglich zur Seite der unterstützenden Person hin gelagert. Die Unterstützung der Mundpflege erfolgt auch hier in eher breitbeinigem Stand mit guter Abstützung der Hüfte und des Oberkörpers seitlich der unterstützungsbedürftigen Person. Da der Kopf hier bereits „gelagert“ ist, kann die Armhaltung wie im Sitzen um den Kopf herum zur besseren Abstützung des Oberkörpers oder alternativ die Mundpflege von seitlich vorn erfolgen. Wenn nicht anders möglich, wird die Mundpflege im Bett in Seitenlagerung von seitlich vorn durchgeführt. Die unterstützende Person steht dabei entweder wie gerade beschrieben und das Bett ist entsprechend weit nach oben gefahren, oder die unterstützende Person sitzt auf einem Stuhl, der über Eck nah ans Bett gestellt wird, auf gleicher Höhe mit den Ellenbogen abgestützt auf den Oberschenkeln. Zur Veranschaulichung sei an dieser Stelle auch auf die weiterführende Literatur verwiesen.



Abb. 4a und b: Die unterstützungsbedürftige Person sitzt idealerweise am Waschbecken, den Oberkörper leicht nach vorn, das Kinn leicht zur Brust und den Kopf nicht zur Seite geneigt. Die unterstützende Person steht breitbeinig mit „federnden“ Knien und mit möglichst vielen Abstützungspunkten seitlich hinter der zu unterstützenden Person. Ein Arm greift lose, aber bestimmt um den Kopf, die Hand mit dem Mittelfinger unter dem Kinn, den Zeigefinger – besser noch mehr als es hier dargestellt ist – über dem Kinn und den Daumen an der Wange. Etwas Übung und immer ein Lächeln auf den Lippen sind weitere wichtige Aspekte, wenn die Mundpflege gut gelingen soll.

Was tun bei Abwehr und herausforderndem Verhalten?

Abwehr beziehungsweise herausforderndes Verhalten („care resistant behaviour“ – CRB) kann sich im Hinblick auf die Mundpflege beispielsweise durch Wegdrehen des Kopfes, Zusammenpressen der Lippen oder Wegstoßen der Hand bei Annäherung oder auch erst während der Pflegemaßnahmen äußern. In der Pflege werden in diesem Zusammenhang spezielle CRB-Konzepte beschrieben: „managing oral hygiene using threat reduction“ (MOUTH) oder „mouth care without a battle“ (MCWB). Zentrale Aspekte dieser Konzepte sind:

- Auf eine ruhige Umgebung mit möglichst wenig anwesenden Personen achten
- Die Begegnung auf „Augenhöhe“ im visuellen Feld der unterstützungsbedürftigen Person beginnen



Abb. 5a und b: Wer selbst ausspülen kann, soll das auch tun. Eine Kompresse, um den Finger oder um die Zahnbürste gewickelt, kann helfen, Speisereste und überschüssige Zahnpasta sicher aus der Mundhöhle auszuwischen und zu entfernen.

- Entspannt, einfach und respektvoll kommunizieren: Keine „Kindersprache“, keine „wir-Form“ verwenden, stattdessen höfliche Anweisungen und Anleitungen mit Erläuterungen der nächsten Schritte geben
- Eher tiefe Tonlage, eher kurze und einfache Sätze, den Namen des unterstützungsbedürftigen Menschen wiederholen
- Gerne Komplimente machen
- Lächeln bei der Interaktion
- Gesten und Pantomime
- Sanfte Berührungen mit Bedacht anwenden
- Bahnung: Zum Beispiel Mundspülbecher bzw. Zahnbürste nur anreichen – die unterstützungsbedürftige Person nimmt den Becher bzw. die Zahnbürste und spült bzw. führt die Zahnpflege selbst aus (**Abb. 5a**) – alternativ verbale kurze und knappe Anweisungen
- Spiegelung: Unterstützende Person macht es vor.
- Verkettung: Unterstützende Person beginnt die Maßnahme in der Erwartung, dass die unterstützungsbedürftige Person die Maßnahme fortführt beziehungsweise vollendet
- Hand-über-Hand: Unterstützende Person legt gezielt die eigene Hand auf die Hand der unterstützungsbedürftigen Person, und beide führen die Bewegung gemeinsam aus.
- „Spieglein-Spieglein“: Menschen öffnen ihren Mund häufig automatisch, wenn die Mundpflege vor einem Spiegel erfolgt – die unterstützende Person steht seitlich hinter der unterstützungsbedürftigen Person und führt die Maßnahmen durch.
- Rettung: Eine andere unterstützende Person führt die Mundpflege aus. Zudem kann überlegt werden, ob einmal eine andere Gelegenheit oder grundsätzlich ein anderer Zeitpunkt, eine andere Umgebung besser geeignet sind, die Mundpflege durchzuführen.

Darüber hinaus sollten die Pflegemittel hinterfragt werden. Könnte es am Geschmack der Zahnpasta oder an der Härte der Borsten der Zahnbürste liegen? Wird gegebenenfalls das Material der Handschuhe nicht vertragen oder als unangenehm empfunden? Wird zu viel Haftcreme eingesetzt oder diese zu nah am Zahnprothesenrand platziert? Der Einsatz einer Dreikopfbürste – für Kinder und Erwachsene getrennt erhältlich – kann erwogen werden; bei langen Zähnen werden aber die Zahnhälse nicht gut erreicht. Zur Reduzierung der Verletzungsgefahr sollten Kompressen für das Auswischen der Mundhöhle nicht um den Finger, sondern besser um die Zahnbürste gewickelt und mit der Hand fixiert werden (**Abb. 5b**).

Zahnschmerzen, Probleme mit dem Zahnfleisch, Komplikationen im Zusammenhang mit Zahnersatz, Schmerzen beziehungsweise Schwellungen im Bereich der Schleimhäute und Weichteile des Mund-Kiefer-Gesichtsbereichs können weitere Ursachen für abwehrendes Verhalten sein und sollten gegebenenfalls mit zahnärztlicher Unterstützung ausgeschlossen werden.

Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen!

Um strukturiert und effizient zu arbeiten, ist es wichtig, dass jeder Handgriff sitzt. Bei Totalprothesen gestaltet sich die Mundpflege verhältnismäßig einfach. Sobald eigene Zähne, Implantate oder technisch aufwendiger Zahnersatz vorhanden sind, wird es bedeutend schwieriger. Empfehlung: Zunächst sollte die Mundpflege bei Menschen, die gut kooperieren, vielleicht sogar im Kreis der eigenen Familie, geübt werden. Erst wenn die Bewegungsabläufe einstudiert sind, macht es Sinn, sich um die Menschen zu kümmern, die in ihrer Mobilität und/oder in ihrer Kooperationsfähigkeit stärker eingeschränkt sind. Menschen mögen nicht mehr viel hören oder sehen, trotzdem haben sie ein Gespür dafür, ob jemand weiß, was er oder sie tut.

Mundpflege – Wie oft und wann?

Wir empfehlen, mindestens zweimal am Tag die Zähne zu putzen – nach dem Frühstück und vor dem Schlafengehen. Diese Empfehlung sollte idealerweise in ritualisierte Abläufe eingebettet und an die Biografie des Menschen mit Pflegebedarf angepasst werden. So gibt es Menschen, die die Zähne immer vor dem Frühstück putzen, da sie am Morgen einen schlechten Geschmack im Mund verspüren. Andere putzen ihre Zähne mindestens dreimal am Tag. Und nochmal: Abhängig von der Leistungsbereitschaft des pflegebedürftigen Menschen kann es auch sinnvoll sein, von gewohnten Zeiten bzw. Abläufen abzuweichen.

Systematik, Ablauf und Dauer

Bei notwendiger Unterstützung der Mundpflege hat sich die nachfolgende Systematik bewährt:

1. Handschuhe anziehen
2. Alle notwendigen Pflegemittel bereitlegen und für eine gute Ausleuchtung sorgen
3. Handtuch umlegen
4. Lippen pflegen
5. Gegebenenfalls vorhandenen herausnehmbaren Zahnersatz ausgliedern
6. Wenn möglich, mit Wasser gut und kräftig ausspülen lassen beziehungsweise mit Kompressen die Mundhöhle auswaschen und vorreinigen
7. Zähne, Zahnfleisch, gegebenenfalls Zunge und die Mundschleimhäute mit der Zahnbürste und Zahnpasta reinigen
8. Zahnzwischenräume mit Interdentalbürste reinigen
9. Zwischendurch kurz ausspucken beziehungsweise mit etwas Wasser kurz ausspülen und am Schluss nur noch überschüssige Zahnpastareste ausspucken lassen – alternativ mit Kompressen immer wieder Überschüsse auswaschen
10. Zahnersatz reinigen und wieder eingliedern oder über Nacht – wenn möglich – außerhalb des Mundes lagern

Werden die Zähne nicht selbst geputzt und erfolgt die Zahnreinigung stehend von seitlich hinten, sollte zunächst im Unterkiefer auf der gegenüberliegenden Seite begonnen werden, da diese Region am besten einsehbar ist. Dann geht es weiter bis zuletzt zur zugewandten Seite im Oberkiefer. Im Oberkiefer sollten Blickkontrollen so kurz wie möglich gehalten werden, um nicht zu lange in kritischen Körperhaltungen zu verharren. Mit der Zeit und etwas Übung entwickelt man ein gutes Gespür für die Bewegungsabläufe, sodass es gar nicht mehr notwendig ist, alles sehen zu müssen. Wir sagen: „Mit 50 Prozent der Aufmerksamkeit sind wir im Mund der unterstützungsbedürftigen Person und mit den anderen 50 Prozent sind wir bei unserem eigenen Rücken!“ Der Spiegel im Bad kann auch genutzt werden, um die Reinigung indirekt zu verfolgen. Es ist sinnvoll, zunächst alle Außenflächen, dann alle Innenflächen und am Schluss alle Kauflächen zu putzen. Macht ein Mensch nur sporadisch den Mund weiter auf, können alternativ diese Momente gezielt genutzt werden, die

Innenseiten zu putzen. Die Zahnbürste sollte immer mit sicherer Handhaltung geführt und der Anpressdruck wie beim Schreiben mit einem Druckminenbleistift gering gewählt werden. Bei Handzahnbürsten sind entweder kleine Bewegungen vor und zurück oder kreisend zu bevorzugen. Bei elektrischen Zahnbürsten sollte die Bürste ohne weitere Putzbewegung von Zahn zu Zahn geführt und für etwa ein bis zwei Sekunden an jedem Zahn ruhig gehalten werden, da die eigentliche Putzbewegung ja durch die Bürste selbst erfolgt. Die Putzdauer im Mund hängt von der Zahl der Zähne ab. Faustregel: 30 Zähne – drei Minuten, 20 Zähne – zwei Minuten, zehn Zähne – eine Minute. Wann immer möglich, sollte die Eigenaktivität gefördert werden – zum Beispiel selbst den Mundspülbecher zum Mund führen und ausspülen, selbst herausnehmbaren Zahnersatz ausgliedern beziehungsweise eingliedern oder selbst die Außenflächen und Kauflächen der Zähne putzen und nur bei den Innenflächen unterstützen, wenn dies die betroffene Person selbst nicht kann.

MUNDPFLEGESET – DAS GEHÖRT DAZU!

Zur Basisausstattung des Mundpflegesets gehören ein Handtuch, unsterile Einmalhandschuhe, wenig abrasive Zahnpasta mit Fluorid, eine eher weiche Zahnbürste und ein Mundspülbecher. Sinnvoll sind je nach Situation zudem Kompressen oder Tupfer, Lippenbalsam, Zahnzwischenraumbürsten (Interdentalbürsten), Zahnprothesenbürsten, Zungenreiniger, Nierenschale und zusätzliche Lichtquellen wie zum Beispiel eine Taschenlampe oder eine Stirnlampe (**Abb. 6**).

Lippenpflege – wenn, dann gleich am Anfang!

Bei rissigen und trockenen Lippen sollte die Lippenpflege mit einem Lippenbalsam schon vor der eigentlichen Mundpflege erfolgen – dann reißen die Lippen nicht (weiter) ein und die Mundpflege wird insgesamt angenehmer empfunden.



Abb. 6: Mundpflegeset

Zahnbürste – weich oder hart?

Normalerweise sollten Zahnbürsten mittelharte Borsten aufweisen, um eine optimale Reinigungswirkung zu erzielen. Bei Menschen mit Pflegebedarf sind das Zahnfleisch und die Schleimhäute mitunter empfindlicher. Weiche Borsten werden dann besser toleriert – vor allem, wenn die Zahnreinigung nicht selbst möglich ist. Bei weichen Zahnbürsten verschleifen zudem die Borsten schneller und die Zahnbürste muss häufiger ausgewechselt werden – das ist zur Infektionsprophylaxe auch sinnvoll.

Handbürste oder elektrische Bürste?

Elektrische Zahnbürsten erzielen bessere Reinigungsergebnisse als die Zahnreinigung mit Handzahnbürsten – vor allem, wenn beispielsweise aufgrund von Polyarthritiden oder neurologischer Erkrankungen die manuellen Fähigkeiten eingeschränkt sind. Die Betroffenen können mit einer elektrischen Zahnbürste die Zahn- und Mundpflege weiterhin selbst ausführen. Rotierend oszillierende Systeme sind dabei weniger anfällig für Anwendungsfehler als Ultraschallsysteme, zum Beispiel in Bezug auf zu starken Anpressdruck. Jedoch ist in jedem Fall für die korrekte Anwendung ein Blick in die Bedienungsanleitung angezeigt. Argumente gegen elektrische Zahnbürsten sind neben den Kosten vor allem bei kognitiv beeinträchtigten Menschen die reduzierte Adaptationsfähigkeit – das Geräusch und die Vibrationen können stark verunsichern und zur Ablehnung führen. Kommen elektrische Zahnbürsten nicht infrage, können konfektionierte Griffverstärkungen für Zahnbürsten das Halten der Handzahnbürste erleichtern, wenn pflegebedürftige Menschen noch selbst putzen können oder wollen.

Zahnpasta – was muss rein, was nicht?

Die Zahnpasta sollte auf jeden Fall Fluorid enthalten und wenig abrasiv, also zum Beispiel „für empfindliche Zahnhälse“ geeignet sein, da bei pflegebedürftigen Menschen verstärkt Wurzeloberflächen der Zähne freiliegen und diese dem mechanischen Abrieb der Schleifkörper von „normaler“ Zahnpasta nicht gut standhalten. Eine wenig abrasive Zahnpasta schont zudem die Kunststoffoberflächen herausnehmbarer Prothesen besser. Dagegen reizt Natriumlaurylsulfat (NLS) mitunter die Schleimhäute und die beabsichtigte schäumende Wirkung ist bei pflegebedürftigen Menschen eher kritisch zu sehen – vor allem bei Aspirationsgefahr. Polyethylenglykol (PEG) macht die Schleimhäute für Fremdstoffe durchlässiger und Triclosan kann aufgrund seiner antimikrobiellen Wirkung unerwünschte Resistenzen gegen Antibiotika fördern.

Zahnzwischenräume – was machen wir da?

Die Anwendung von Zahnseide ist – wenn überhaupt – nur bei engen Zahnzwischenräumen angezeigt. In der Pflege ist Zahnseide nicht zu empfehlen, da die Umsetzung schwierig und bei eingeschränkter Kooperation mit erhöhtem Risiko von Verletzungen durch Zubeißen verbunden ist. Ist das Zahnfleisch

schon etwas zurückgegangen und sind die Zahnzwischenräume etwas weiter, sind Interdentalbürsten sinnvoll, da sie von „außen“ eingesetzt werden und so die Verletzungsgefahr reduziert ist. Wird eine wenig abrasive Zahnpasta genutzt, sollten die Außen-, Innen- und Kauflächen zunächst mit der Zahnbürste geputzt und anschließend mit der Interdentalbürste die Zwischenräume gereinigt werden. So kann die Zahnpasta auch zwischen den Zähnen optimal wirken. Bezüglich der Härte der Borsten gelten die Aussagen zu Zahnbürsten.

Ausspülen – wie, wann, und was, wenn das nicht geht?

Zu Beginn der Mundpflege und nach Ausgliederung eines eventuell bestehenden herausnehmbaren Zahnersatzes sollte – wenn möglich – gründlich ausgespült werden – genauso zwischendurch mit einem „kleinen Schluck“ Wasser. So lassen sich am Anfang vor allem Speisereste und im weiteren Verlauf überschüssiger Zahnpastaschaum sowie gelöste Beläge aus der Mundhöhle beseitigen. Bei eingeschränkter Kooperation empfiehlt es sich, mit Kompressen die Mundhöhle von hinten nach vorne auszuwischen (Abb. 5a und b).

Prothesen – einfach rausnehmen und abspülen?

Herausnehmbarer Zahnersatz sollte mindestens einmal täglich vor dem Schlafengehen mit einer Zahnprothesenbürste und Zahnpasta unter leicht laufendem Wasser tief ins Waschbecken gehalten – dann passiert der Prothese nichts, wenn diese aus der Hand ins Waschbecken fällt – gründlich gereinigt werden. Haftcremereste lassen sich im Vorfeld ebenso wie im Mund leichter mit Kompressen entfernen, zusätzlich kann der Einsatz von Speiseöl hilfreich sein. Bei der Reinigung des Zahnersatzes ist auf Absplitterungen, Sprünge und scharfe Kanten zu achten. Die Desinfektion in warmem Wasser mit einer Prothesenreinigungstablette ist jeden zweiten Tag – bei hohem Aspirationsrisiko oder reduzierter Abwehrlage auch täglich – für 10 bis 15 Minuten sinnvoll. Werden die Prothesen nachts nicht im Mund getragen, sollte die trockene Lagerung in einer Dose mit geöffnetem Deckel empfohlen werden – Trocknung und gute Belüftung töten Bakterien besser ab. Zur Eingliederung ist die Prothese kurz zu befeuchten; bei Verwendung von Haftcreme jedoch nicht die Prothesenunterseite (**Abb. 7**). Der Einsatz besonderer Pflegemittel oder von Seife zur Reinigung herausnehmbarer Prothesen ist nicht notwendig. Die Verwendung wenig abrasiver Zahnpasta ist für die Kunststoffoberflächen von Prothesen unproblematisch. Über Tag können – wenn möglich – herausnehmbare Prothesen nach jeder Mahlzeit unter laufendem Wasser kurz abgespült und der Mund kurz ausgespült werden. Haftcreme sollte immer auf die getrocknete Prothesenunterseite verteilt in drei bis vier erbsengroßen Punkten mit etwas Abstand zu den Rändern aufgetragen werden. Danach lässt man die Haftcreme circa zehn Sekunden antrocknen und drückt die Prothese anschließend etwa zehn Sekunden auf den Kiefer. Bis zum ersten kaufunktionellen Gebrauch sollte man etwa weitere zehn Minuten abwarten. Die

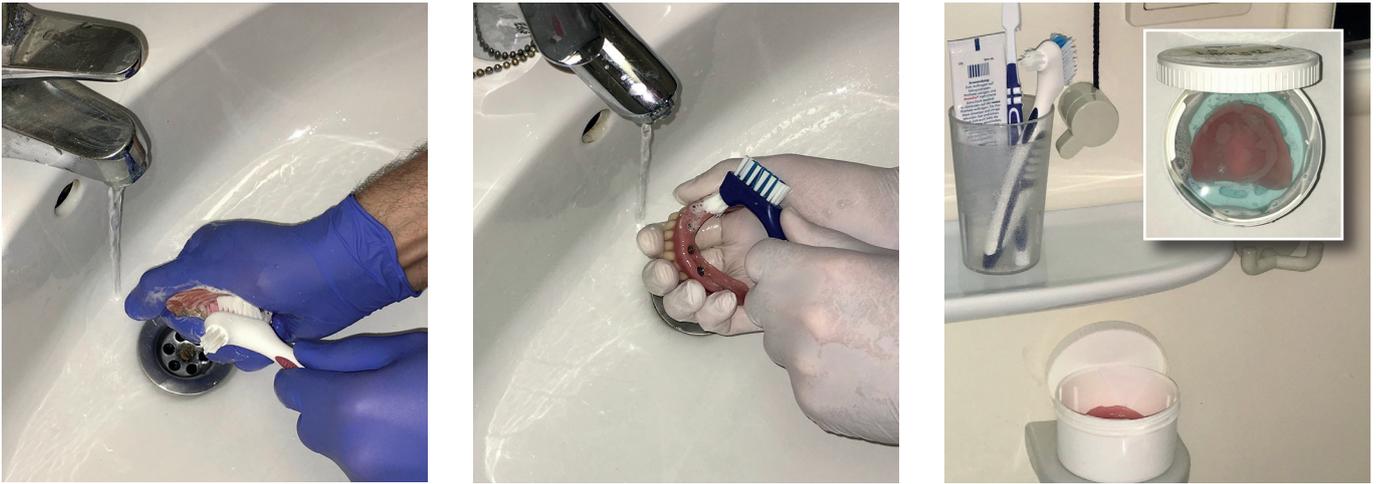


Abb. 7: Pflege von herausnehmbarem Zahnersatz: Mit Zahnbürste und Zahnpasta die Prothesen tief im Waschbecken putzen (links und Mitte), gegebenenfalls anschließend 10 bis 15 Minuten in Wasser mit Reinigungstablette (rechts oben). Wird die Prothese nachts nicht im Mund getragen, tötet die trockene Lagerung in einer Dose mit geöffnetem Deckel Bakterien besser ab (rechts).

größte Herausforderung ist die sichere Ein- und Ausgliederung von technisch aufwendigem herausnehmbarem Zahnersatz, ohne Lippen und Wangen oder die eigenen Finger durch Zubiss zu verletzen und ohne dass die Prothese nach hinten in den Rachen abrutscht. Auch hier empfiehlt es sich, den Umgang mit Prothesen zunächst bei kooperativen Menschen mit Pflegebedarf zu üben. Bei Unsicherheiten sollte der Zahnarzt gerufen und gemeinsam ein guter Weg gefunden werden.

Mundinspektion – ohne Licht geht es nicht!

Zu einer guten Mundpflege gehört auch die Inspektion der Mundhöhle wenigstens einmal in der Woche und bei Auffälligkeiten, um frühzeitig scharfe Kanten, Druckstellen oder andere Erkrankungen an Zähnen, Zunge und Schleimhäuten zu entdecken. Dazu ist eine gute Ausleuchtung, am besten mit einer gesonderten Lichtquelle (Taschenlampe oder Stirnlampe) notwendig. Um die Weichteile abzuhalten, können Metalllöffel, stabile Plastiklöffel oder die Zahnbürste mit dem Griff voraus genutzt werden. Löffel sind pflegebedürftigen Menschen vertraut, können gespült und beliebig oft verwendet werden – ein wenig angefeuchtet gleiten diese zudem leicht auf der Schleimhaut; Holzspatel sind hier nicht zu empfehlen.

Mundspülungen und was es sonst noch gibt

Mundspülungen und Mundduschen sollten nur zum Einsatz kommen bei guter Kooperationsfähigkeit und wenn die betroffenen Menschen die Anwendung gewohnt sind. Bei eingeschränkter Kooperationsfähigkeit und vor allem bei erhöhter Aspirationsgefahr zum Beispiel aufgrund gestörter Schluckfunktion (Dysphagie) sollte darauf verzichtet werden. Chlorhexidin-Produkte, Fluorid-Produkte mit hohen Fluoridkonzentrationen (z.B. Gele, Lacke) sollten nur bei besonderem Bedarf und in Absprache mit dem Zahnarzt eingesetzt werden. Dreikopfbürsten können bei

eingeschränkter Kooperationsfähigkeit helfen, in kürzerer Zeit die Zähne von allen Seiten gleichzeitig zu reinigen. Sind die Zähne jedoch durch den Rückgang von Knochen und Zahnfleisch verlängert, reinigen Dreikopfbürsten im Bereich des Zahnfleisches nicht optimal. Absaugzahnbürsten sind im täglichen Einsatz teuer, gegebenenfalls laut und technisch sowie in der Anwendung aufwendig – die Absaugeinrichtung arbeitet nicht geräuschlos und im Hinblick auf Hygiene und den Einsatz selbst erfordert die Anwendung eine gewisse Übung und Routine. Dennoch können Absaugzahnbürsten im Einzelfall bei aspirationsgefährdeten Menschen angezeigt sein. Spezielle Prothesenabzieher schließlich können das Ein- und Ausgliedern erleichtern, ihre Anwendung erfordert jedoch ebenfalls ein wenig Übung.

Wechsel der Pflegematerialien

Für den Wechsel der Zahnbürsten ist ein Intervall von vier Wochen sinnvoll. Wenn die Borsten weit gespreizt sind oder sonst starke Abnutzungserscheinungen aufweisen, ist die Zahnbürste auch schon früher auszuwechseln. Zahnzwischenraumbürsten mit Metalldrahtkern sollten nicht länger als eine Woche eingesetzt werden, da sonst die Gefahr stark ansteigt, dass sie abbrechen. Zahnprothesenbürsten können durchaus drei Monate genutzt werden. Nach schweren Erkrankungen wie einer Lungenentzündung ist der Austausch der Bürsten für die Zahn- und Zahnersatzpflege ebenfalls sinnvoll.

MUNDGESUNDHEIT – BESONDERE HERAUSFORDERUNGEN

Xerostomie – Mundtrockenheit und Co.

Ob Medikamente oder Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich – ist der Speichel reduziert oder fehlt er gänzlich, ist nicht nur das Wohlbefinden stark eingeschränkt. Fehlender Speichelfluss

wirkt zudem auf Karies sowie auf Entzündungen des Zahnfleisches wie ein „Brandbeschleuniger“, und Prothesen halten schlechter. In jedem Fall muss bei Betroffenen noch mehr auf eine gute Mundpflege geachtet werden. Der zähflüssige Speichel und Schleim im Mund können darüber hinaus verkrusten, und es kommt zur Bildung von Borken. Bei Mundtrockenheit und gegen Borken hat sich die regelmäßige Benetzung der Schleimhäute alle zwei bis drei Stunden mit feuchten Kompressen sehr bewährt – zur Befeuchtung eignen sich Tee oder pflanzliche Öle. Bei guter Kooperation ist auch der Einsatz von Xylimelts-Hafttabletten (OraCoat) zu empfehlen – im Gegensatz zu anderen typischen Speichelersatzmitteln spenden diese Tabletten nicht nur ein Feuchtigkeitsgefühl, sondern schützen mit den Inhaltsstoffen Xylit und Calcium bei leicht basischem pH-Wert sogar die Zähne.

Mukositis – wenn die Schleimhaut „brennt“

Sind die Schleimhäute entzündet oder ist eine Entzündung der Schleimhäute zum Beispiel aufgrund einer anstehenden Chemo- oder Strahlentherapie im Kopf-Hals-Bereich zu erwarten, mildern Tee und Kälteanwendungen, vor allem aber Benzydamin, Entzündungsreaktionen der Schleimhäute ab. Benzydamin ist ein entzündungshemmender, schmerzlindernder und antibakterieller Wirkstoff, der lokal als Spray, Gurgellösung oder Lutschpastillen zur symptomatischen Behandlung von Schmerzen und Reizungen im Mund- und Rachenraum eingesetzt wird. Benzydamin ist auf dem deutschen Markt in verschiedenen Fertigarzneimitteln in Tablettenform oder als Spray, jedoch nur in Tantum Verde (Angelini) auch als Mundspülung in alkoholischer Lösung zum Preis von circa 8,- Euro für 240 ml enthalten. Seit Juli 2015 ist Benzydamin im Neuen Rezeptur Formularium (NRF) des Deutschen Arzneimittel Codex (DAC) auch auf wässriger Basis mit Lidocain und Bepanthen verfügbar (NRF 7.15 – ca. 30,- Euro für 240 ml – die doppelte Menge kostet nicht zwingend doppelt so viel!). Für die Dauer einer sechswöchigen Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich sollten 1000 ml verordnet werden. Dabei hat es sich bewährt, bereits ab Beginn der Bestrahlung viermal täglich für jeweils zwei Minuten die Menge eines Teelöffels (5 ml) im Mund hin- und herzubewegen und danach auszuspucken. Weitere Hinweise geben die S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ sowie die „Mucositis Guidelines“ der Multinational Association of Supportive Care in Cancer.

Risikopatienten – was ist zu beachten?

Bei Hochrisikopatienten, etwa bei Immunsuppression, auf der Intensivstation, bei Wachkoma oder Dysphagie, sollte die Mund- und Prothesenpflege häufiger (dreimal) am Tag durchgeführt werden. Die Menge der Zahnpasta sollte minimiert werden. Die Zahnreinigung kann eventuell mit einer Absaugzahnbürste erfolgen (z.B. Plaque vac oder Toothette). Prothesen sollten in jedem Fall über Nacht trocken außerhalb vom Mund gelagert werden. Wird mit Wasser ausgespült, kann es bei bestehender Schluckstörung hilfreich sein, dem Wasser ein

 LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG Körperschaft des öffentlichen Rechts	Kontaktdaten Zahnärztin/ Zahnarzt Dr. Elmar Ludwig Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Neue Straße 115 – 89073 Ulm Tel: 0731/22330 Fax: 0731/23283 email: praxis@zahn-ulm.de web: www.zahn-ulm.de
	Name Frau Maria Muster
Mund/ Zähne/ Prothesen reinigen... ...nur durch unterstützende Person	Oberkiefer Prothese <input checked="" type="checkbox"/> eigene Zähne <input checked="" type="checkbox"/> Unterkiefer Prothese <input checked="" type="checkbox"/> eigene Zähne <input type="checkbox"/>
...mit Unterstützung	Prothesen nachts im Mund? Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
...selbständig möglich	Bemerkungen - Haftcreme Unterkiefer-Prothese - Mund mit Kompressen auswischen - Zahnzwischenraumbürste
Letzte Aktualisierung (Bonusheft) 12.10.2020	

Abb. 8: Die Pflegeampel, zum Beispiel im Schrank des Pflegebedürftigen aufgehängt, fasst die wichtigsten Informationen zur Mundpflege übersichtlich zusammen.

paar Tropfen Minze zuzusetzen. Bei kritisch kranken Menschen kann zudem der Einsatz destillierten beziehungsweise abgekochten Wassers sinnvoll sein. Ausspülen gelingt insgesamt besser mit einem Nasenausschnittsbecher oder über ein Trinkröhrchen. Die Mundhöhle sollte häufiger mit feuchten Kompressen ausgewischt und am besten täglich auf Veränderungen überprüft werden.

Fazit und Pflegeampel

Die Mundpflege erfordert im Vergleich zu früher mehr Kompetenzen. Zähne, Implantate und technisch aufwendiger Zahnersatz auf der einen Seite sowie Multimorbidität und Polymedikation auf der anderen Seite stellen große Herausforderungen in der Pflege dar. Bei eingeschränkter Mobilität und eingeschränkter Kooperationsfähigkeit, das heißt, wenn die betroffenen Menschen die Mundhygiene nur noch mit Unterstützung oder gar nicht mehr selbst ausführen können, gelingt die Mundpflege am besten, wenn mit den richtigen Materialien in angemessener Zeit unter Berücksichtigung der Aspirationsgefahr ergonomisch gearbeitet wird. Die Kooperation mit Zahnärzten ist dabei von zentraler Bedeutung. Zur Dokumentation der gemeinsam festgelegten Hinweise im Hinblick auf die Mundpflege hat sich die sogenannte Pflegeampel sehr bewährt. Auf ihr ist beispielsweise vermerkt, ob und wie viel Unterstützung bei der Mundpflege notwendig ist, ob es überhaupt herausnehmbaren Zahnersatz gibt, und wenn ja, ob dieser nachts im Mund getragen wird. Auf der Pflegeampel ist auch der Kontakt des zuständigen Zahnarztes eingetragen (**Abb. 8**).

// Dr. Elmar Ludwig, Ulm
 (aktualisierte Version einer Erstveröffentlichung im BZB, November 2020; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Bayerischen Zahnärztekammer; Literatur beim Verfasser)