

Elmar Ludwig

Die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf. Das Konzept der Zahnärzteschaft in Baden-Württemberg

In den Jahren 1999 bis 2015 stieg die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland von 2,0 Mio. auf 2,9 Mio. an. 2015 waren 27% davon in insgesamt 13.600 Heimen untergebracht. 83 % der pflegebedürftigen Menschen waren dabei 65 Jahre und älter, mehr als ein Drittel über 85 Jahre alt [5]. Senioren haben immer mehr eigene Zähne, technisch aufwendigen Zahnersatz oder Implantate. Das sind die Erfolge der zahnärztlichen Prävention der letzten 30 Jahre und ein Fortschritt, den niemand missen möchte. Bei Pflegebedürftigen führen eingeschränkt mögliche Hygienemaßnahmen aufgrund von Multimorbidität, häufiger Konsum kariogener Speisen [10] und nicht zuletzt auch die Vielzahl an Medikamenten, die den Speichelfluss reduzieren, zu einem unbefriedigenden Mundhygienestatus [18]. Immobilität, eingeschränkte Kooperationsfähigkeit sowie die reduzierte Selbststeuerung der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege stellen eine Herausforderung für die Pflegenden und das zahnärztliche Team dar. Dem kann nur durch zusätzliche präventive Maßnahmen, wie sie von der Zahnärzteschaft im Juni 2010 im Konzept der Alters- und Behindertenzahnheilkunde „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ vorgestellt wurden, wirksam begegnet werden. Die Ergebnisse der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie [1] aus dem Jahr 2014 belegen: Das Vorkommen von totaler Zahnlosigkeit bei der Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen sank von 22,6 % im Jahr 2005, DMS IV, auf 12,4 %. Die jüngeren Senioren haben durchschnittlich 16,9 eigene Zähne im Vergleich zu 13,8 im Jahr 2005. Die Inzidenz der Wurzelkaries nahm im gleichen Zeitraum von 45 % auf 28 % ab. Die parodontale Erkrankungslast (Parodontitiden) ist hoch, nahm jedoch bezogen auf die Schweregrade seit 2005, DMS IV, deutlich ab. Bei den Auswertungen 2005

hatten 44,1 % der Untersuchten eine schwere Form der Parodontitis und 2014 nur noch 19,9 %. Bei der 2014 neu aufgenommenen Kohorte der älteren Senioren – also den 75- bis 100-Jährigen – weisen dagegen neun von zehn Menschen eine moderate bzw. schwere Parodontitis auf.

/// Beläge und Entzündungen in der Mundhöhle beeinträchtigen die Lebensqualität nicht nur im Sinne von Schmerzen und Mundgeruch, sondern z. B. auch durch ein erhöhtes Risiko für Lungenentzündungen.

Zudem weist die Gruppe der pflegebedürftigen 75- bis 100-Jährigen einen geringeren Kariessanierungsgrad (69,2 % gegenüber 83,0 %) und mehr Zahnfleischbluten (64,3 % gegenüber 46,5 %) als nicht pflegebedürftige Menschen in dieser Alterskohorte auf. Pflegebedürftige 75- bis 100-Jährige sind häufiger zahnlos (53,7 % gegenüber 32,8 %). Sie nehmen zahnärztliche Untersuchungen kontrollorientiert seltener in Anspruch (38,8 % gegenüber 68,2 %). Knapp ein Drittel der pflegebedürftigen 75- bis 100-Jährigen benötigen Hilfe bei der Mundhygiene – bei den nicht Pflegebedürftigen sind es nur 6,7 %.

Beläge und Entzündungen in der Mundhöhle beeinträchtigen die Lebensqualität nicht nur im Sinne von Schmerzen und Mundgeruch, sondern Parodontitis-Patienten weisen ein über fünffach erhöhtes Risiko für Lungenentzündungen auf [2]. In Pflegeeinrichtungen stellt die nursing-home-associated pneumonia innerhalb dieser Population den häufigsten Grund für eine Krankenhauseinwei-

sung dar. Sie zählt mit 13 % bis 48 % aller Infektionen zu den zweithäufigsten Infektionserkrankungen und mit 8,8 % bis 28 % zu den häufigsten Todesursachen [15]. Gastritis und Endokarditis weisen ebenfalls eine evidente Korrelation zu Erkrankungen des Zahnhalteapparates auf [9]. Die wechselseitige Beeinflussung von Parodontitis und kardio- sowie zerebrovaskulären Störungen (Herzinfarkt, Schlaganfall [8]) sowie Diabetes [4, 21, 22] ist inzwischen auch gut belegt.

Schulungsbedarf bei Pflegepersonal und zahnärztlichen Teams

Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege findet in der Pflegeausbildung oft unzureichend Berücksichtigung. Pflegepersonal wird auch später in diesem Bereich nicht ausreichend geschult. Instruktion und Schulung verbessern die Mundgesundheit nachweisbar [3]. Eine Umfrage von Dr. Uwe Niekusch und Dr. Oswinde Bock-Hensley aus dem Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Baden-Württemberg (BW) belegt die Diskrepanzen bezüglich Mundgesundheitspflege. Die Studienergebnisse sprechen dafür, dass die Durchführung der Mundhygiene eine untergeordnete Rolle spielt, die zahnärztliche Versorgung der Bewohner unzureichend ist und das Personal sein Fachwissen überschätzt [17]. In Berlin gaben 93,1 % einer Stichprobe von insgesamt 320 befragten Mitarbeitern aus 54 stationären sowie 49 ambulanten Pflegeeinrichtungen an, während der Anstellung in der Einrichtung nicht in mund-, zahn- und prothesenhygienischen Pflegemethoden fortgebildet worden zu sein [23]. Eine Verlaufsbeobachtung in fünf Senioreneinrichtungen im Raum Heidelberg stellte bereits innerhalb von 14 Monaten eine signifikante Verschlechterung des Mundgesundheits-

zustandes hinsichtlich des Zahnhalteapparates sowie den Verlust sehr vieler Zähne (im internationalen Vergleich) fest [6]. Zudem nehmen regelmäßige Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt mit zunehmendem Alter ab [19]. Eine weitere Studie in fünf Heidelberger Senioreneinrichtungen ergab, dass der letzte Zahnarztbesuch im Mittel über drei Jahre zurücklag [12].

Eine Studie aus Frankfurt mit 131 Pflegebedürftigen in drei Pflegeeinrichtungen belegt, dass eine nachhaltige Verbesserung der Mundgesundheit durch konsequente Schulungen der Pflegekräfte und kompetente zahnärztliche Betreuung vor Ort möglich ist. So konnten Beläge und Zahnfleischentzündungen nach vier, acht und zwölf Monaten stetig reduziert werden. 82 % der Studienteilnehmer wiesen eine saubere Zunge auf, gegenüber 26 % vor den Schulungen. Nur noch 10 % der Prothesen waren zum Zeitpunkt der letzten Stichprobe völlig belegt verglichen mit 55,6 % bei der Basisuntersuchung [14].

Im Landkreis Heilbronn konnte gezeigt werden, dass zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen und Mundhygieneinstruktionen für die betroffenen Senioren die klinischen Mund- und Prothesenhygiene-Indizes signifikant verbessern (Pflegestufe 0 und 1) [7].

Bei einer Umfrage der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK-BW) im Jahr 2002/2003 haben von fast 8.000 angeschriebenen Zahnärzten nur 1.200 (15 %) Auskunft darüber gegeben, in welchem Umfang sie pflegebedürftige Menschen betreuen. Von diesen waren knapp 500 vor Ort in Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen tätig. Abhängig von der Gesamtzahl, die man zugrunde legt, entspricht dies 6 bzw. 40 % der niedergelassenen Zahnärzte. Einer anderen repräsentativen Umfrage zufolge gaben 5 % der Befragten an, aufgrund der Konfrontation mit Alter und Tod nicht in Pflegeeinrichtungen tätig werden zu wollen. Über 50 % jedoch argumentierten mit schwierigen Arbeitsbedingungen vor Ort [20]. Die eingeschränkten technischen Möglichkeiten einer modernen zahnärztlichen Behandlung (Licht, Motoren, Absaugung, Röntgen), aber auch der deutlich erhöhte organisatorische Aufwand (Fremdanamnese, Aufklärung, Betreuung, fluktuationsbedingt wechselnde Ansprechpartner) sowie die unbefriedigende rechtliche Absicherung bei Komplikationen stellen große Herausforderungen dar.

Prof. Dr. Christoph Benz und Dr. Cornelius Haffner aus München zeigten mit dem Teamwerk-Projekt „Das duale Konzept“, dass gezielte professionelle Präventionsmaßnahmen, wie mehrmalige professionelle Zahnreinigungen pro Jahr in der Einrichtung und die Entwicklung von klaren Ablaufprotokollen in der Notfallversorgung die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität messbar steigern [11].

/// Gezielte Schulungen und die Schaffung geeigneter Infrastrukturen steigern nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern sparen auch Geld.

In einer Pilotstudie mit 500 pflegebedürftigen Versicherten der AOK-Bayern 2005 wurden bei 76 % der Studienteilnehmer relevante Parameter der Mundpflege signifikant verbessert (Zahnbelag, Zahnfleischentzündungen). Es traten 65 % weniger Schmerzen im Mundbereich auf. Notwendige Zahnextraktionen wurden um 70 % und Narkose um 40 % reduziert. Zudem konnten die Gesundheitsausgaben für die Quartale II/06 bis I/07 gegenüber den Quartalen IV/04 bis III/05 insgesamt um knapp 70.000 EUR gesenkt werden.

Seit dem 01.01.2007 trat ein Exklusiv-Vertrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mit der AOK Baden-Württemberg zur Ergänzung von Prophylaxe-Maßnahmen in Kraft. 18 Zahnarztpraxen, die vollstationäre Behinderteneinrichtungen betreuen, nehmen an dem Vertrag teil. Rund 3000 AOK-Versicherte mit Behinderungen erhalten dadurch ergänzende Prophylaxemaßnahmen. Dazu gehören eine zusätzliche Entfernung von harten und weichen Belägen, zweimal jährlich eine Fluoridierung der Zähne sowie seit 2014 einmal je Kalenderhalbjahr die Reinigung und Politur von Prothesen. Insgesamt gibt es zwar einige Kolleginnen und Kollegen, die zum Teil schon langjährig in Pflegeeinrichtungen engagiert tätig sind [16], deren Aktivitäten beschränken sich jedoch in der Regel auf zahnärztliche Notfallbehandlungen und nicht auf Vorsorgeuntersuchungen sowie nachhaltige Schulungen des Pflegepersonals. Mit Aktivierung der Kooperationsverträge nach dem Pflegeaus-

richtungsgesetz am 01.04.2014 haben inzwischen bundesweit 24 % der Pflegeeinrichtungen ihre Zusammenarbeit mit Zahnärzten schriftlich vereinbart.

Für eine breite Versorgung vor allem im Bereich der häuslichen Pflege ist das Engagement möglichst aller Zahnärztinnen und Zahnärzte anzustreben. Gezielte Schulungen und die Schaffung geeigneter Infrastrukturen steigern nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern sparen auch Geld.

Entwicklungsschritte des Konzeptes

2001 wurde der Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung in Baden-Württemberg (AKABe BW) gegründet. Der Arbeitskreis verfolgt die Erarbeitung eines schlüssigen zahnärztlichen Betreuungskonzeptes, um zur Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen beizutragen, Schmerzen im Mundbereich zu reduzieren sowie Allgemeinerkrankungen vorzubeugen. In den ersten Jahren wurden Zahnarztpraxisinhaber, die in Baden-Württemberg in Pflegeeinrichtungen tätig sind, erfasst. Die Entwicklung einer Internetplattform konnte beginnen. Ein Praxisführer zu barrierefreien Praxen und deren Behandlungsspektrum ermöglicht nun den Betroffenen, über die Eingabe der Postleitzahl einen kompetenten Zahnarzt zu finden. Seit 2008 stellt die LZK-BW eine Vielzahl von praxiserprobten Instrumenten zur kompetenten zahnärztlichen Betreuung von Patienten mit Unterstützungsbedarf zur Verfügung (www.lzkbw.de/zahnaerzte/alters-und-behindertenzahnheilkunde). Die Schwerpunkte liegen auf den Themen Barrierefreiheit, Multimorbidität und Polypharmazie, rechtliche Fragen, Arbeitsmittel für Schulungen und zur Kommunikation und Dokumentation in der zahnärztlichen Betreuung sowie Abrechnungsmöglichkeiten. Die einzelnen Konzeptbausteine lassen sich dabei nach und nach in den Praxisalltag integrieren.

Auf Landesebene warb der Arbeitskreis mit Rundschreiben und Informationsveranstaltungen für das Projekt unter anderem bei den Landratsämtern und Trägern. Es fanden Veranstaltungen für mobile Pflegedienste und pflegende Angehörige in Ulm sowie drei Presseforen des Informationszentrums Zahngesundheit zu

zahnmedizinischer Versorgung bei Multimorbidität, bei Menschen mit Behinderungen und zum Thema Mundgesundheit und Lebensqualität statt (2002, 2005, 2009). 2008 wurde Special Olympics in Karlsruhe ausgerichtet.

Mit einer Pileteinrichtung in Ulm begann 2006 die Entwicklung von Schulungsmaterialien und Abläufen. Eine Pflegedienstleitung und die Zahnärztin Dr. Sabine Henrich des Fachdienstes Gesundheit im Landratsamt Alb-Donau unterstützen diese Arbeit. Zielgruppen des Konzeptes sind Pflegekräfte sowie pflegebedürftige Menschen, die keinen Hauszahnarzt haben. Da bereits zu Hause die Probleme bezüglich einer adäquaten Zahn- und Mundpflege beginnen, werden inzwischen geriatrische Zentren bzw. geriatrische Schwerpunkte, mobile Pflegedienste, pflegende Angehörige, Pflegestützpunkte und Seniorenräte in das Projekt mit einbezogen. Arbeiten von Prof. Dr. Alexander Hassel belegen den positiven Effekt einer gezielten Sensibilisierung der hausärztlichen Kollegen für die Beurteilung des Mundgesundheitszustandes [13]. Deshalb ist der direkte Kontakt zu den anderen ärztlichen Disziplinen – insbesondere zu den Hausärzten – wichtig. In BW geschieht dies regional über die geriatrischen Basiscurricula der Bezirksärztekammern, sowie über die Hausarzt-Qualitätszirkel vor Ort und nicht zuletzt steht die LZK-BW ebenfalls mit den speziell fortgebildeten Mitarbeiterinnen in den Hausarztpraxen in Kontakt.

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen ist herausnehmbarer Zahnersatz mit fast 50 % nach wie vor die dominierende Versorgungsform [1] und prothetische Behandlungsmaßnahmen (Prothesenreparaturen, Unterfütterungen) der Hauptgrund zahnärztlicher Inanspruchnahme [6, 12]. Daher sind die Schulungsmaterialien neben der Pflege der Zähne und der Mundhöhle sehr auf den richtigen Umgang mit herausnehmbarem Zahnersatz ausgerichtet.

In der Behindertenbehandlung ist Dr. Guido Elsäßer mit seiner langjährigen praktischen Erfahrung für den Arbeitskreis sehr aktiv.

Das Zahnmedizinische Fortbildungszentrum in Stuttgart hat auf Anregung des Arbeitskreises zur Schulung der Zahnärztinnen und Zahnärzte z. B. einen Intensivkurs Alterszahnheilkunde, einen Intensivkurs Behindertenzahnheilkunde sowie ein Curriculum Geriatrische Zahnheilkunde für das gesamte Praxisteam erarbeitet. Ein

Fortbildungskurs über zwei Wochenenden wird auch an der Akademie für zahnärztliche Fortbildung in Karlsruhe angeboten. In der Fortbildungsordnung der LZK-BW für die Aufstiegsfortbildung der Zahnmedizinischen Mitarbeiterinnen ist die Prophylaxe für alte und behinderte Menschen ebenfalls bereits verankert.

Die Infrastruktur der zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Unterstüt-

Arbeiten von Alexander Hassel belegen den positiven Effekt einer gezielten Sensibilisierung der hausärztlichen Kollegen für die Beurteilung des Mundgesundheitszustandes.

zungsbedarf ist dezentral ausgerichtet und orientiert sich an den bereits bestehenden Organisationsstrukturen wie LZK-BW, Bezirkszahnärztekammern, Kreis Zahnärzteschaften und Zahnärzten vor Ort. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) lädt darüber hinaus jedes Jahr zu einer kombinierten Koordinierungskonferenz der Referenten für Alters- und Behindertenzahnheilkunde und der Referenten für Präventive Zahnheilkunde ein und gibt hier über die Ländergrenzen hinweg die Möglichkeit zum Informations- und Erfahrungsaustausch.

Der AKABe BW koordiniert die Erarbeitung von Schulungsmaterialien und erforderlichen Unterlagen für die Kommunikation mit Trägern, Pflegekräften sowie Betroffenen und Angehörigen, darunter Flyer und Formulare. Als Vermittler und Ansprechpartner vor Ort hat die LZK-BW für jeden Kreis eine Zahnärztin bzw. einen Zahnarzt als sogenannten Senioren- und Behindertenbeauftragten (SuB) der Zahnärzteschaft bestellt. Einmal im Jahr findet ein gemeinsames Treffen aller SuB in Stuttgart statt. Im gleichen Turnus koordinieren die Prophylaxereferenten der vier Bezirke einen regionalen Erfahrungsaustausch. Der für jeden Kreis zuständige SuB organisiert weitere Treffen und hält Schulungsmaterialien für die Betreuungsteams vor Ort vor. Er erfasst und dokumentiert in regelmäßigen Abständen die zahnärztlichen Aktivitäten der Betreuungsteams. Dadurch wird die Weiterentwicklung des Konzepts sichergestellt. Er sucht darüber

hinaus die Kooperation mit den Gesundheitsfachdiensten beim Landratsamt, informiert die Heimaufsicht über das Projekt und stellt – wenn möglich – das Projekt im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen des Landratsamts den Pflegeeinrichtungen der Region vor. Die Betreuungsteams führen in den Einrichtungen Schulungen des Pflegepersonals durch. Bei entsprechender Mitarbeit übernehmen die Betreuungsteams auf Wunsch der Betroffenen bzw. der Angehörigen auch die zahnärztliche Betreuung von Bewohnern ohne Hauszahnarzt. Hat eine Einrichtung noch keinen Betreuungszahnarzt, so kann zunächst die Compliance der Einrichtung mit orientierenden Fragebögen sowohl insgesamt als auch zum Mundgesundheitsstatus der einzelnen Bewohner evaluiert werden. Dies sensibilisiert gleichzeitig die Pflegekräfte in der Anfangsphase. Zahnärztliche Aufnahmebögen, Notfallüberleitungsbögen und eine Pflegeampel sollen die Beteiligten dabei unterstützen, die zahnärztliche Betreuung den Anforderungen entsprechend zu dokumentieren und insgesamt zu strukturieren.

Seit Einführung der Kooperationsverträge zwischen Zahnarztpraxen und Pflegeeinrichtungen im Jahr 2014 wurde auch für diesen Bereich ein umfangreiches Informationsangebot auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg eingerichtet, um die Fragen der praktischen Umsetzung unkompliziert und anschaulich darzustellen.

AKABe BW – Modulbausteine

Zur Kommunikation vor Ort stehen Flyer sowohl für die Pflegeeinrichtungen als auch für Betroffene und die Angehörigen pflegebedürftiger Menschen zur Verfügung. Hier werden die wesentlichen Leistungsmerkmale des Projektes verständlich erläutert.

Bereits seit 2007 bietet die LZK-BW praxisnahe digitale Vorträge zu Schwerpunkten der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege an. Inhaltlich werden die Bereiche Alterszahnheilkunde, Behindertenbehandlung, Schwerstpflgebedürftigkeit und geeignete Pflegemittel abgedeckt. Weiter stehen eine Diashow zu pathologischen Veränderungen in der Mundhöhle, ein Pflegefilm zur anschaulichen Darstellung von Mundpflegemaß-

nahmen einschließlich dem Umgang mit Zahnersatz zur Verfügung. Im Internet können die Vortrags-CD sowie die Pflegefilm-DVD gegen eine Schutzgebühr käuflich erworben werden. Zusätzlich sind die Vortrags- und Filmkommentierungen wie auch die Vorträge als Download eingestellt.

Gerade in der Pflege ist die Darstellung von Prozessabläufen sehr wichtig. Wie gliedert man eine Prothese ein und aus? Wie wird eine Interdentalbürste benutzt? Wie reinigt man eine Prothese richtig? Wichtig sind praktische Unterweisungen in schwierigen Pflegesituationen. Um dies üben zu können, wurde von der LZK-BW ein spezielles Zahnersatzmodell mit den typischen technischen Merkmalen heutiger herausnehmbarer Zahnersatzformen entwickelt und in Kooperation mit einem zahntechnischen Labor gefertigt. Das lebensnahe Modell zeigt darüber hinaus typische Patholo-

gien, wie Karies, Mykosen, Druckstellen und Passungenauigkeiten. Wirklich realistisch wird der Umgang mit Zahnersatz erst, wenn das Modell in einer sogenannten Phantomkopfeinheit eingespannt wird. Dadurch kann die Mundhöhleninspektion sowie das Ein- und Ausgliedern der Prothese unter realitätsnahen Lichtverhältnissen und Zugangsbedingungen erlernt werden.

Die LZK-BW hält für den Einsatz in Pflegeeinrichtungen für jeden Kreis eine Phantomkopf-Einheit vor. Die Einheiten wurden von der Universitätszahnklinik Tübingen gespendet. So können Zahnärztinnen und Zahnärzte besonders gut interaktiv in Einrichtungen arbeiten. Jeder Senioren- und Behindertenbeauftragte verfügt außerdem über einen Koffer mit Zahn-, Mund- und Zahnersatz-Pflegemitteln.

Über die Kooperation mit der Konferenz der privaten Altenpflegeschulen in

Baden-Württemberg begann die Entwicklung eines Ausbildungsstandards (Tab). Zunächst kamen dafür freie Zeitkontingente des Lehrplans in Betracht. Das modulare System für die Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege der LZK-BW in der Altenpflegeausbildung wurde im Jahr 2012 mit dem Wrigley-Prophylaxe-Preis ausgezeichnet, und inzwischen sind weitere Überarbeitungen erfolgt. Denn erst wenn auch die Altenpflegeausbildung systematisch die Anforderung einer kompetenten Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege erfüllt, können unsere zahnärztlichen Bemühungen nachhaltig erfolgreich sein. Die Schulungsmaßnahmen werden durch das Handbuch der Mundhygiene (BZÄK) unterstützt.

Fazit und Ausblick

Das Konzept Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung zeigt, dass die Zahnärzteschaft in Baden-Württemberg sich der verändernden Herausforderungen durch den demografischen Wandel bewusst ist und einen ausbaufähigen Maßnahmenkatalog entwickelte. Die projektbasierten, nachhaltigen Strukturen, können die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten bzw. verbessern. Schulungen für Pflegekräfte helfen, die Bedeutung der Mundhygiene für die Lebensqualität zu verdeutlichen. Vor allem Pflegeschüler sollten früh an die Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege herangeführt werden. Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ist die Erarbeitung von Informationspostern zum Thema der Pflegezahnheilkunde angedacht. Für Gesundheitsmessen, aber auch in Pflegeeinrichtungen selbst, besteht auf diese Weise die Möglichkeit, das Projekt weiter zu verbreiten.

Korrespondenzadresse

Dr. E. Ludwig
Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Markus Dirheimer
& Dr. Elmar Ludwig
Neue Str. 115, 89073 Ulm
E-Mail: elmar_ludwig@t-online.de

- Literatur bei der Redaktion -

Tab.: Beispiel für modulare Aus- und Fortbildung von Pflegekräften zum Thema Mundpflege

Mundpflege – Ausbildung/Fortbildung – 07/2016		
Modulbausteine	Zeitvorschlag	
	Ausbildung	Fortbildung
Lernziele & Grundsätzliches	15 Min	15 Min
Basiswissen Mundpflege – Teil 1	90 Min	60 Min
■ Zähne & Zahnhalteapparat		
Basiswissen Mundpflege – Teil 2	75 Min	60 Min
■ Speichel, Zunge & Mundschleimhaut		
Aufbauwissen Zahnersatz	90 Min	60 Min
Pflegeritual	45 Min	45 Min
■ ggf. + Mundpflegestandard		
■ ggf. + Mundhygieneplan – Pflegeampel		
Pflegefilm	45 Min	45 Min
Einleitungsfilm & Praktische Übungen	45 Min	45 Min
■ Zahn- & Mundpflege gegenseitig		
■ Inspektion der Mundhöhle		
■ Ein- & Ausgliedern Zahnersatz		
■ Interdentalhygiene am Phantomkopf		
Summe	9 Schul-h	5,5 h
optional zusätzlich möglich		
12 Kurzfilme der BZÄK	jeweils 2-4 Minuten	
https://www.youtube.com/channel/UCwmGBPNN7xOxFbtrnzN86aw		