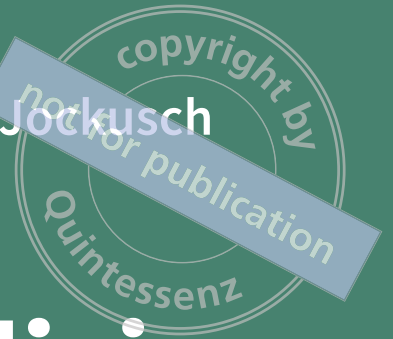


Ina Nitschke · Klaus-Peter Wefers · Julia Jockusch



Mobile Zahnmedizin

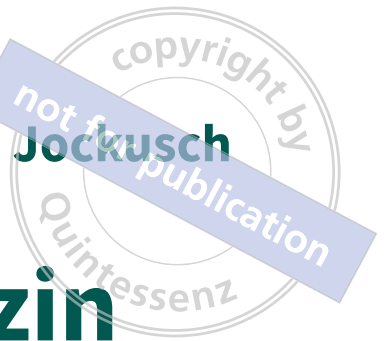
Die aufsuchende Betreuung



Ina Nitschke · Klaus-Peter Wefers · Julia Jockusch

Mobile Zahnmedizin

Die aufsuchende Betreuung



 QUINTESSENCE PUBLISHING

Berlin | Chicago | Tokio
Barcelona | London | Mailand | Mexiko Stadt | Paris | Prag | Seoul | Warschau
Istanbul | Peking | Sao Paulo | Zagreb



Ein Buch – ein Baum: Für jedes verkaufte Buch pflanzt Quintessenz gemeinsam mit der Organisation „One Tree Planted“ einen Baum, um damit die weltweite Wiederaufforstung zu unterstützen (<https://onetreepanted.org/>).



Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.ddb.de> abrufbar.



Postfach 42 04 52; D-12064 Berlin
Ifenpfad 2-4, D-12107 Berlin
www.quintessence-publishing.com
© 2023 Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Lektorat: Susann Lochthofen, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin
Layout/Herstellung/Reproduktionen: Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

ISBN: 978-3-86867-579-5
Printed in Croatia by GZH

Vorwort

Mobile Zahnmedizin macht Spaß!

Die Zahnmedizin ist zu Recht stolz auf den großen wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt, den sie in ihrer doch kurzen akademischen Geschichte vollziehen konnte. Im Zentrum all dessen stand bislang der mobile Mensch, der unsere Hilfe an einem festen Ort, der zahnärztlichen Praxis, sucht. Die demografische Entwicklung – ganz besonders in Deutschland – beginnt diese Beziehung nun zu drehen: Immer mehr immobile, vorwiegend alte Patientinnen und Patienten benötigen eine zahnmedizinische Betreuung, die zu ihnen kommt.

Gerade weil die Altersentwicklung einer Gesellschaft leicht vorhersagbar ist, gleichzeitig aber langsam verläuft, haben engagierte Kolleginnen und Kollegen die vergangenen 30 Jahre gut genutzt, um alle Aspekte mobiler Zahnmedizin zu durchdenken, zu erproben und in gangbare Konzepte zu kleiden.

Und dann gibt es da noch etwas, was diejenigen bestätigen werden, die Zahnmedizin heute bereits mobil praktizieren: Mobile Zahnmedizin macht Spaß! Wir helfen Menschen in besonderer Not, verlassen ausgetretene Pfade und dürfen unsere medizinische Kompetenz „jenseits des Zahns“ beweisen. Gleichzeitig ist mobile Zahnmedizin ein Projekt, bei dem es auf jede und jeden ankommt. Das ist dann Teamarbeit im besten Sinne und auf Augenhöhe.

Aber die mobile Zahnmedizin ist immer nur Teil eines neuen hybriden Ansatzes. So verschieden individuelle Alterungsprozesse ablaufen, so verschieden müssen unsere zahnmedizinischen Betreuungskonzepte sein. Einige Menschen mit Pflegebedarf erreichen die zahnärztliche Praxis selbstständig, andere werden gebracht und wieder andere lassen sich nur an ihrem Wohnort betreuen. Hausbesuche können in

Pflegeeinrichtungen ebenso stattfinden wie in privaten Wohnungen. Dieses Buch möchte dem zahnärztlichen Team mit breitgefächerten Informationen und Tipps als Ratgeber für den eigenen Praxisweg dienen. Antworten auf alle wichtigen Fragen werden gegeben: Wie plane und organisiere ich eine hybride Praxis, was kann und was braucht mobile Zahnmedizin, wie hilft uns die digitale Technologie?

Unser gemeinsames Ziel ist es, die vulnerablen Menschen in unserer Gesellschaft auf dem besten wissenschaftlichen Niveau versorgen zu können. Dieses Buch ist der eindrucksvolle Beleg dafür, wie gut die Zahnmedizin für diese Zukunft heute bereits aufgestellt ist. Eine Zukunft, die mit hybridem Patientenzugang Alt und Jung, selbstständig und pflegebedürftig, mobil und immobil verbindet.



Handwritten signatures of the four board members in black ink.

Der Vorstand der DGAZ (v. l. n. r.):
Christoph Benz, Dirk Bleiel, Dominic Jäger und Ina Nitschke.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir im Buch auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und weiterer Geschlechterformen verzichtet. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung der jeweils anderen Geschlechter. Personen- und Berufsbezeichnungen sind daher in der Regel als geschlechtsneutral zu verstehen.

Einige Beiträge wurden in der Zeitschrift für Senioren Zahnmedizin erstveröffentlicht und sind hier aktualisiert zu lesen.



Inhaltsverzeichnis



Vorwort *V*

Autorenverzeichnis *XI*

TEIL 1

Senioren und Mundgesundheit



Ina Nitschke, Siri Nitschke, Julia Jockusch, Dominik Groß
Ein zahnärztlich-ethischer Blick auf vulnerable Senioren *3*

Ina Nitschke, A. Rainer Jordan, Siri Nitschke, Julia Jockusch
Zur Mundgesundheit von Senioren in Deutschland *13*

Ina Nitschke, Siri Nitschke, Cornelius Haffner, Julia Jockusch
Übergänge gestalten – Die gerostomatologische Transition *19*

TEIL 2

Pflege im zahnmedizinischen Kontext



Ina Nitschke, Julia Jockusch, Siri Nitschke
Pflegebedürftigkeit *37*

Elmar Ludwig, Ina Nitschke
Expertenstandard zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege *43*

Ramona Waterkotte, Elmar Ludwig, Ina Nitschke
Berufsbilder in der Pflege *47*

Elmar Ludwig, Ramona Waterkotte, Ina Nitschke
Mundgesundheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege *53*

Ina Nitschke, Siri Nitschke, Greta Barbe
Unterstützung durch Angehörige bei der Mundpflege 57

Elmar Ludwig
Tipps zur Mundpflege 63

TEIL 3

Erkrankungen im Alter und deren Einfluss auf die zahnmedizinische Versorgung



Rahel Eckardt-Felmborg
Multimorbidität 77

Rahel Eckardt-Felmborg
Polypharmazie – Eine (zahn)medizinische Herausforderung 83

Rahel Eckardt-Felmborg
„Wer rastet, der rostet“ – Muskelschwund oder die unbekannte Volkskrankheit Sarkopenie 95

Rahel Eckardt-Felmborg
Stürze 103

Julia Jockusch, Florian Riese, Ina Nitschke
Demenz – das Krankheitsbild 111

Rahel Eckardt-Felmborg
Augenerkrankungen 121

Rahel Eckardt-Felmborg, Ina Nitschke
„Wie bitte?“ – Schwerhörigkeit 129

Sebastian Hahnel
Mundtrockenheit 133

Jörg Bohlender
Dysphagie 139

Gonzalo Baez, Dominic Jäger, Dominik Niehues
Harninkontinenz 143

Catherine Kempf
Tipps im Umgang mit allgemeinmedizinischen Einschränkungen 147





TEIL 4

Aus dem Umfeld der zugehenden und aufsuchenden Betreuung



Ina Nitschke, Cornelius Haffner, Klaus-Peter Wefers
Senioren – Eine spannende Herausforderung für das Team 157

Ina Nitschke, Claudia Ramm, Julia Jockusch
Menschen mit Demenz – Zugehende Betreuung bei herausforderndem Verhalten 165

Dominic Jäger, Dominik Niehues
Vom Hauszahnarzt zum Spezialisten für Senioren Zahnmedizin 177

Cornelius Haffner, Doris Weitzel-Kage
Hygienemaßnahmen bei der aufsuchenden zahnärztlichen Betreuung 181

Cornelius Haffner
Wirtschaftlichkeit der Senioren Zahnmedizin und berufsrechtliche Aspekte 187

Ina Nitschke, Alexander Rinnert, Frederick Frank, Julia Jockusch, Christoph Benz
Erleichterte Kommunikation durch Digitalisierung 195

TEIL 5

Konzepte zur aufsuchenden Betreuung



Ina Nitschke, Dirk Bleiel, Elmar Ludwig, Klaus-Peter Wefers, Siri Nitschke, Michael Weiss
Die seniorengerechte Praxis 211

Cornelius Haffner
„Mobile Dentist“ – Meine neue Aufgabe 229

Dirk Bleiel, Elmar Ludwig, Volkmar Göbel, Ina Nitschke
Drei Konzepte zum mobilen Einsatz 233

Klaus-Peter Wefers
Erfahrungsberichte zur Entwicklung der aufsuchenden Betreuung 259

TEIL 6

Rechtliche Grundlagen



Christiane Simmler
Senioren Zahnmedizin im Zivilrecht: Arzthaftung 271

Bernhard Brückmann
Senioren Zahnmedizin im Zivilrecht: Betreuungsrecht 281

Thomas Einfeldt
Was können Zahnärztekammern und Kassenzahnärztliche Vereinigungen für Pflegebedürftige
und Zahnärzte tun? 287



TEIL 7

Weiterführende Informationen zur Senioren Zahnmedizin



Klaus-Peter Wefers, Ina Nitschke
Partner in der Senioren Zahnmedizin 293

Ina Nitschke, Klaus-Peter Wefers, Elmar Ludwig, Julia Jockusch
Definitionen 299

Formularkompass 305

Fachgesellschaften und Institutionen 325

Literaturverzeichnis 327

Sachregister 345

Ina Nitschke, Siri Nitschke, Julia Jockusch, Dominik Groß

Ein zahnärztlich-ethischer Blick auf vulnerable Senioren



Der Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung steigt. Der demografische Wandel, welcher auch im Alltag immer deutlicher wahrzunehmen ist, macht auch nicht Halt vor der zahnärztlichen Praxis. Viele im Gesundheitswesen Tätige sollten sich in ihrem Arbeitsalltag zunehmend auf die sehr heterogene Patientengruppe der Senioren einstellen. Aufgrund der guten Präventionsmaßnahmen der letzten Jahrzehnte verfügen heutige Betagte und Hochbetagte – verglichen mit früheren Generationen – oft bis ins hohe Alter über eine bessere allgemeine und orale Gesundheit. Dennoch gibt es innerhalb der Gruppe der Senioren viele vulnerable Hochbetagte, die in hohem Maße die besondere Aufmerksamkeit des Zahnarztes und seines Teams benötigen; aus der zahnärztlichen Behandlung wird eine umfassende zahnmedizinische Betreuung dieser Patientengruppe (Nitschke et al. 2017c). Mit einer verbesserten oralen Gesundheit und immer mehr eigenen Zähnen wandelten sich auch die primär vorherrschenden Versorgungskonzepte. Sinkende Zahnverluste führen zur Verringerung der Eingliederung von Totalprothesen, immer mehr partieller Zahnersatz mit oder ohne die Unterstützung von Implantaten wird angepasst. Der Anteil von Versorgungsmitteln mit feststehendem Zahnersatz steigt. Die Wahl des Therapiemittels im hohen Alter wird jedoch oft durch die individuellen Faktoren des einzelnen Patienten erschwert. Abnehmbarer Zahnersatz wird später eingegliedert und die Adaptation an die neuen Prothesen ist dann oft verlängert. Zahnmediziner, ihre Teams und auch die Zahntechniker stehen zunehmend vor neuen Herausforderungen.

Die demografischen Veränderungen in Deutschland werden in vielen Bereichen sichtbar. So zeigt ein Blick auf den Altenquotient (siehe Kapitel Definitionen), der das Verhältnis der Personen im Rentenalter (Anzahl der derzeit 65-Jährigen und Älteren) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) abbildet, diesen Wandel. Die Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zeigen, dass der Altenquotient unabhängig vom gewählten Entwicklungsszenario bis 2038 stetig ansteigen und damit die mögliche Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung bis Ende der 2030er Jahre zunehmen wird (Destatis 2019a).

Im Hinblick auf den Altenquotienten zeichnen sich in Deutschland regionale Unterschiede ab (Tab. 1). Anfang der 2000er Jahre lag nahezu kein Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland vor. Nun zeigt sich eine Tendenz der Überalterung der Gesellschaft vor allem in den neuen Bundesländern, in denen sich der Altenquotient zwischen 2006 und 2019 von 36 auf 46 erhöht hat (vgl. Westdeutschland von 2006 bis 2019 – Anstieg des Altenquotienten von 33 auf 35) (Destatis 2019b und 2021a).

Nach aktuellen Berechnungen (Hauptvariante, moderate Entwicklung) wird die Bevölkerungszahl in Deutschland unter Berücksichtigung von Geburtenhäufigkeiten, Lebenserwartungen, Bevölkerungswanderungen und Sterberaten bis zum Jahr 2024 auf 83,7 Mio. zunehmen und zwischen 2040 bis 2060 wieder auf 74,4 Mio. (Variante 1, G2-L2-W1) zurückgehen. Einen wesentlichen Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung – also sowohl deren weiterer Anstieg als auch das Ausmaß des Rückganges – hat der angenommene Wanderungssaldo (Differenzen von 9 Mio. Menschen in der Gesamtbevölkerungszahl im Jahr 2060



Tab. 1 Entwicklung der Bevölkerung bis 2060 nach Bundesländern (Variante 1 entspricht folgenden Annahmen für Deutschland: Geburtenrate 1,55 Kinder je Frau, Lebenserwartung bei Geburt 2060 für Jungen 84,4/Mädchen 88,1 Jahre, durchschnittlicher Wanderungssaldo 147,000 Personen pro Jahr (Variante G2-L2-W1) – Altenquotient der 65-Jährigen und Älteren nach Bundesland und Jahr (Destatis 2019b),

	2018	2020	2030	2040	2050	2060
Baden-Württemberg	33,0	33,9	44,2	51,9	54,5	60,3
Bayern	33,2	34,0	44,6	52,6	55,6	61,4
Berlin	30,6	30,8	36,4	39,6	45,8	56,3
Brandenburg	41,5	44,3	60,1	65,4	71,4**	74,0**
Bremen	34,8	34,9	42,3	47,6	49,0	53,0*
Hamburg	29,0*	28,7*	33,5*	39,2*	44,5*	53,2
Hessen	34,0	34,7	44,6	52,1	54,4	59,0
Mecklenburg-Vorpommern	41,4	44,9	62,0	65,5	68,0	68,0
Niedersachsen	36,9	37,7	48,8	56,6	56,2	58,6
Nordrhein-Westfalen	34,8	35,8	46,4	53,5	54,4	58,6
Rheinland-Pfalz	36,0	37,4	50,5	57,7	57,7	61,0
Saarland	39,5	41,4	56,5	61,7	59,6	62,1
Sachsen	45,8**	47,7	56,1	57,5	60,9	62,5
Sachsen-Anhalt	45,6	48,7**	63,4**	67,0**	67,4	65,8
Schleswig-Holstein	39,1	39,9	50,9	59,8	61,2	63,6
Thüringen	44,1	47,2	62,2	65,9	67,6	66,1

* niedrigster Altenquotient, ** höchster Altenquotient

je nach angenommener Variante). Damit kommt ihm eine größere Bedeutung zu als der Fertilität (Differenzen von 5 Mio. Menschen in der Gesamtbevölkerungszahl im Jahr 2060 je nach angenommener Variante) (Destatis 2019a).

Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 66 Jahren wird von 51,8 Mio. Menschen im Jahr 2018 auf 45,8 Mio. im Jahr 2035 und 40,0 Mio. im Jahr 2060 sinken (moderate Entwicklung der Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung bei unterschiedlich hohem Wanderungssaldo, Variante 1, G2-L2-W1) (Destatis 2019a). Im Gegenzug wird die Zahl der Menschen im Seniorenalter (ab 67 Jahre) bis 2038 auf mindestens 20,9 Mio. wachsen (vgl. 1990 – 10,4 Mio., 2018 – 15,9 Mio.). Aufgrund des Eintrittes der geburtenstarken Jahrgänge in die Gruppe der ab 80-Jährigen kommt es anschließend zu einer Reduktion der Zahl der 67- bis 79-Jährigen bis zum Jahr 2050 auf 11 Mio., gefolgt von einem leichten Anstieg auf 12 Mio. im Jahr 2060. Bis zum Jahr 2060 wird vor allem der Anteil der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) an der Gesamtbevölkerung steigen (Abb. 1; Destatis 2019a).

Seit 2010 kam es in Deutschland zu einem verringerten Anstieg der Lebenserwartung, wie dies auch in anderen Industrienationen zu beobachten ist. Bei einem moderaten Anstieg der Lebenserwartung (Annahme L2 zur Lebenserwartung) stieg die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer um 6,1 Jahre und für Frauen um 4,9 Jahre bis zum Jahr 2060 im Vergleich zur Sterbetafel von 2015/17 an (Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2060 – Männer 84,4 Jahre, Frauen 88,1 Jahre) (Abb. 2, Abb. 3; Statista 2022, Destatis 2022a). 2020 ist die Lebenserwartung in Deutschland aufgrund COVID-19 erstmals leicht gesunken (Destatis 2021b).

Alter und Altern

Die Komplexität des Alterungsprozesses sowie das Auftreten von chronischen Erkrankungen und den daraus resultierenden Einschränkungen sollten bei der Darstellung der Heterogenität der Patientengruppe der Senioren Berücksichtigung finden. Latent diskri-

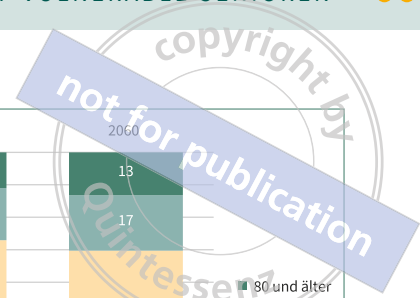


Abb. 1 Bevölkerungsentwicklung (in Prozent) nach Altersgruppen (in Jahren) zwischen 2018 und 2060 (Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, unterschiedliche Varianten) (Destatis 2019a).

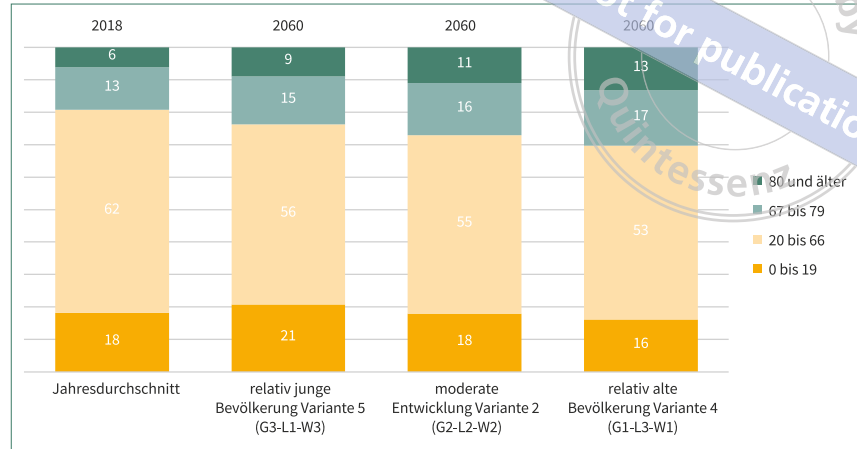


Abb. 2 Entwicklung der Lebenserwartung von 1950 bis 2060 bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht (Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, unterschiedliche Varianten) (Statista 2022).

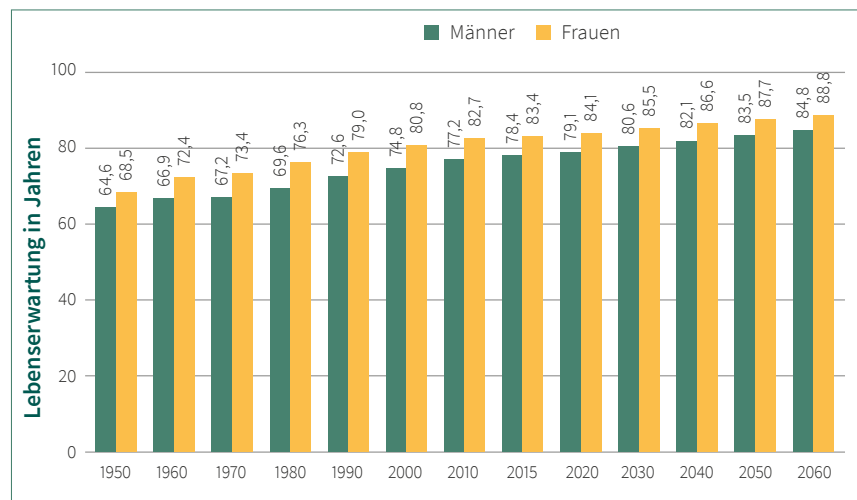
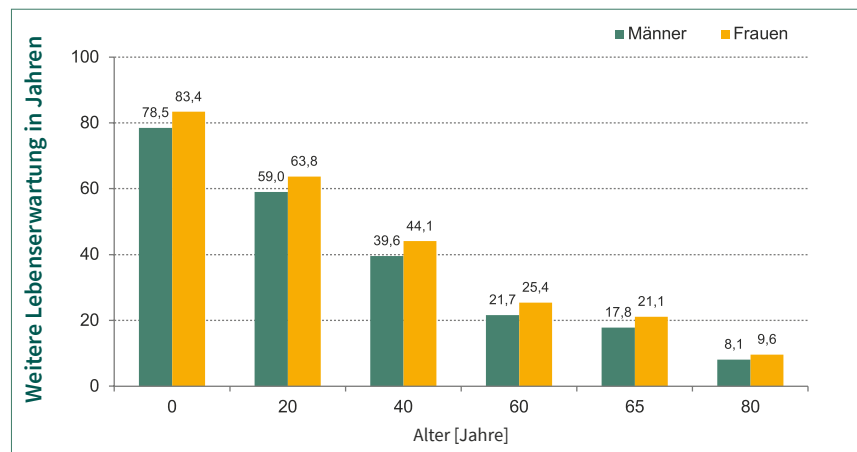


Abb. 3 Erreichbares Durchschnittsalter in Deutschland laut der Sterbetafel 2019/2021 nach Geschlecht und Altersgruppen (in Jahren) (Destatis 2022a).



minierende oder zumindest respektlose Termini zur Beschreibung der Lebensphasen im Alter sollten dabei vermieden werden. Hierzu zählen u. a. Begriffe wie „go go“, „slow go“ oder „no go“ als verkürzte und wertende Form für Fitte, Gebrechliche und Pflegebedürftige oder aber auch Termini wie „Silver Ager“ und „Gold Ager“. Ebenso sollte einer Stigmatisierung des

Alters und seiner Bedarfe durch den gezielten Verzicht auf die Verwendung von Begriffen wie Pflege- oder Altersheim entgegengewirkt werden. Diese oft auf Seiten der älteren Menschen mit Pflegebedarf mit Angst besetzten Begriffe („ins Pflegeheim abgeschoben werden“) sollten durch positive Bezeichnungen wie z. B. Seniorenhotel oder Seniorenresidenz ersetzt werden.

Unter Berücksichtigung der funktionellen Kapazität eines Menschen kann das Altern in fünf Lebensphasen (fit, gebrechlich und pflegebedürftig sowie die Übergangsphasen von fit zu gebrechlich und von gebrechlich zu pflegebedürftig) aufgeteilt werden.

Ziel aller an der (medizinischen) Versorgung von Senioren beteiligten Berufsgruppen sollte es sein, die aktuelle Lebensphase möglichst lange mit guter Lebensqualität zu erhalten. Grundlage dafür ist die Klärung der Frage, in welcher Lebensphase sich der ältere Patient befindet. Dies kann durch Gespräche sowie Beobachtungen (siehe Kapitel Demenz – herausforderndes Verhalten) und durch Rücksprache mit dem Hausarzt, der ggf. geriatrische Assessment-Befunde (z. B. „Uhren-Test“, den „Time-Up-and-Go-Test“, den „Barthel-Index“ oder die „Activity of daily living“ [ADL]) (siehe Kapitel Multimorbidität) erhoben hat, erfolgen. Im Bereich der Zahnmedizin sollte der Test zur Beurteilung der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität fester Bestandteil der zahnärztlichen Anamnese sein (Tab. 2; Nitschke et al. 2012).

Memo

Der Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung steigt. Das Gesundheitswesen sollte der sehr heterogenen Patientengruppe der Senioren, besonders unter Berücksichtigung der vulnerablen Patienten, mit strukturierten Versorgungspfaden begegnen.

Oral-geriatrisches Assessment: Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität

Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität hilft dem gerostomatologisch tätigen Zahnarzt, die Funktionen seines Patienten aus der multifaktoriellen zahnmedizinischen Perspektive zu betrachten (Nitschke et al. 2012, Jockusch et al. 2020). Andere geriatrische Assessment-Instrumente aus dem Bereich der Geriatrie, der Gerontopsychiatrie, den Ernährungswissenschaften oder der Soziologie sind für die zahnmedizinischen Überlegungen nur eingeschränkt nutzbar. Sie fragen häufig andere Funktionen bzw. Bereiche ab als jene, die im Rahmen einer zahnmedizinischen Betreuung benötigt werden.

Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität ist ein Beurteilungsinstrument, mit dessen Hilfe die Patienten im Hinblick auf ihr Resilienzniveau, also ihre Belastbarkeit mit den drei Parametern Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit beurteilt werden können. Jeder Parameter wird getrennt in einer drei- bzw. vierstufigen Einteilung nach der Belastbarkeit des Patienten betrachtet. Daraus ergibt sich als Gesamtwert die zahnmedizinische Belastbarkeit älterer und alter Menschen in einer vierstufigen Einteilung. Die Stufen der Parameter Therapiefähigkeit und Mundhygienefähigkeit reichen von 1 – normal über 2 – leicht reduziert, 3 – stark reduziert bis 4 – keine. Die Eigenverantwortlichkeit wird mit den Fähigkeitsstufen normal, reduziert und keine erfasst. Der am schlechtesten bewertete Parameter führt zur Festlegung der Belastbarkeitsstufe (BS 1 bis 4), die dann Ausdruck der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität ist (Tab. 2 und 3; Nitschke et al. 2012).

Tab. 2 Zahnmedizinische funktionelle Kapazität: vierstufige Einteilung der Belastbarkeit aufgrund der Beurteilung der drei Parameter Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit. Innerhalb der beiden Parameter Therapiefähigkeit und Mundhygienefähigkeit wird der Patient in einer vierstufigen Einteilung hinsichtlich seiner zahnmedizinischen Belastbarkeit betrachtet. Dabei ist Stufe 1 die beste (normale Belastbarkeit) und Stufe 4 die schlechteste Stufe (keine Belastbarkeit). Beim Parameter Eigenverantwortlichkeit erfolgt eine Einteilung in drei (anstatt vier) Stufen: normal, reduziert oder gar nicht eigenverantwortlich (Nitschke et al. 2012).

Belastbarkeitsstufe	Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
BS 1	normal	normal	normal
BS 2	leicht reduziert	leicht reduziert	
BS 3	stark reduziert	stark reduziert	reduziert
BS 4	keine	keine	keine

Tab. 3 Beispiele für individuelle Behandlungsumstände zur Beurteilung der Einzelparameter innerhalb der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität, die die zahnmedizinische Betreuung erschweren könnten.

Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
Behandlungsort	Greiffähigkeit	Erkennen von Problemen
Transportfähigkeit	Handkraft	Willensäußerung
Umsetzbarkeit in den Behandlungsstuhl	Putzfähigkeit	Entscheidungsfähigkeit
Lagerungseinschränkungen vorhanden	Sehvermögen	kontrollorientiertes Besuchsverhalten
Möglichkeit der Diagnostik	Durchführung bzw. Überwachung der Mundhygiene	Organisationsfähigkeit / Koordination
längere Mundöffnungsphasen	Lernfähigkeit / Verständnis von Anweisungen oder Sachinhalten	Nachsorgekompetenz
Risiko für allgemeinmedizinische Zwischenfälle	Umsetzung von Informationen	Verantwortungsträger / Betreuer (Deutschland) / Beistand (Schweiz)
Risiko für Medikamenteninteraktion	Nachsorgekompetenz	
Risiko für zahnmedizinische Eingriffe	Hilfe durch Fremdputzer / Dritte	
Verständnis von Anweisungen / Sachinhalten	selbstständiger Kauf der Mundhygieneartikel	
Nachsorgekompetenz		
manuelle Geschicklichkeit		
Adaptationsfähigkeit		

Therapiefähigkeit

Das Hauptaugenmerk beim Parameter Therapiefähigkeit liegt darauf, die Fähigkeiten des betagten Menschen abzuschätzen, ob eine zahnärztliche Behandlung wie bei einem allgemeinmedizinisch gesunden Patienten durchgeführt werden kann oder ob und in welchem Maße bei der Therapie wegen einer verringerten Belastbarkeit Einschränkungen zu erwarten sind. Diese Einschränkungen können sich in Faktoren wie Anzahl und Länge der Behandlungstermine, der Wahl des Behandlungskonzeptes und des prothetischen Behandlungsmittels niederschlagen. Keinen Einfluss auf die Beurteilung der BS hat die finanzielle Situation des Patienten.

Während in den BS 1 und 2 eine festsitzend-abnehmbare Versorgung in Betracht kommen könnte, sollte der Behandler bei Patienten der BS 3 (stark reduzierte Therapiefähigkeit) eher eine partielle Kunststoffprothese mit gebogenem Verankerungselement in Erwägung ziehen. Ab der BS 2 ist es zudem ratsam, den Behandlungsablauf auf mehrere Sitzungen zu verteilen und eine ausreichende Nachsorge anzuschließen.

Ziel in den BS 2 und 3 sollte es sein, in wenigen, kurzen Sitzungen ohne viel Aufwand vonseiten des Patienten oder seiner Angehörigen zu einem Behandlungserfolg zu gelangen. Eine Neuanfertigung sollte in der BS 4 (Belastbarkeit sehr stark reduziert) nicht

in Betracht gezogen werden. Hier können kleinere Reparaturen schrittweise am alten Zahnersatz durchgeführt werden. Auf eine weitreichende zahnärztliche Therapie sollte bei dem stark eingeschränkten Senior verzichtet werden.

Eine standardisierte Einschätzung der Therapiefähigkeit des älteren Menschen sollte unabhängig vom Mundbefund und individuellen Zahnstatus stattfinden. Grundlage dafür sollte die Frage sein, welcher Therapieweg bei einem Patienten eingeschlagen werden würde, wenn dieser im Oberkiefer zahnlos wäre und im Unterkiefer nur noch zwei Zähne zur Verfügung hätte. Diese Überlegung kann in der Totalprothetik wenig erfahrenen Zahnärzten helfen, die Schwierigkeiten bei der Versorgung von zahnlosen Patienten nicht zu unterschätzen (Tab. 3; Nitschke et al. 2012, Nitschke et al. 2017a).

Mundhygienefähigkeit

Grundlage der Beurteilung der Mundhygienefähigkeit sollte die Frage sein, ob der ältere Mensch einer individualprophylaktischen zahnmedizinischen Maßnahme folgen kann und ob er die motorischen sowie kognitiven Fähigkeiten besitzt, die Instruktionen zur Mundhygiene zu verstehen und diese bei seiner täglichen Mund- und Prothesenhygiene umzusetzen.

Memo

Die routinemäßige Einschätzung der drei Parameter Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sollte durch den Zahnarzt nach einem Anamnesegespräch erfolgen. Dem Zahnarzt steht mit der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität ein oral-geriatriches Assessment-Element zur Verfügung, das leicht anzuwenden ist. Wichtig ist, dass gute kognitive Fähigkeiten des Patienten den Zahnarzt nicht dazu verleiten, dessen eingeschränkte Therapie- oder Mundhygienefähigkeit zu übersehen.

Beim Vorliegen einer Seh- und Hörbehinderung kann von einer leicht reduzierten Belastbarkeit bei der Mundhygienefähigkeit ausgegangen werden. Damit auch dieser Patient von Aufklärungs- und Motivationsgesprächen profitieren kann, sollten diese anders gestaltet werden. Ist die Mundhygienefähigkeit stark reduziert, sollte geklärt werden, mit wessen Unterstützung dieses Defizit aufgefangen werden kann. Dies kann der Zahnarzt seiner bei der Anamneseerhebung gestellten Versorgungsdiagnose (siehe Kapitel Definitionen) entnehmen. Mögliche Fremdputzer, z. B. Angehörige oder Pflegekräfte, sollten instruiert werden (siehe Kapitel Unterstützung durch Angehörige). Gleichzeitig ist es indiziert, die Terminintervalle für professionelle Zahn- und Prothesenreinigungen zu verkürzen. Können Patienten ihre Mundhygiene nicht mehr selber durchführen (keine Belastbarkeit), sollte der Zahnarzt seine Therapie und Unterstützung zur Mundhygiene anders ausrichten (Tab. 3; Nitschke et al. 2012, Nitschke et al. 2017a).

Eigenverantwortlichkeit

Ist der Patient in der Lage, die Entscheidung zu treffen, einen Zahnarzt zur Kontrolle oder zur Therapie aufzusuchen, und diesen Besuch dann auch für sich selbst zu organisieren, so ist er eigenverantwortlich. Sollte der Patient nur den Wunsch äußern können, den Zahnarzt aufsuchen zu wollen, aber den Besuch nicht selbst organisieren können, ist er reduziert ei-

genverantwortlich. Denkt er gar nicht mehr an seine Mundgesundheit und an seine zahnmedizinische Versorgung, so ist er nicht eigenverantwortlich (Tab. 3; Nitschke et al. 2012, Nitschke et al. 2017a).

Die Belastbarkeitsstufe

Eine getrennte Abschätzung der drei Parameter Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sollte durch den Zahnarzt nach einem Anamnesegespräch erfolgen. Erfahrung bei der Einschätzung kann dazu führen, dass vergleichbare Situationen mit ähnlichen Konstellationen der BS wiederzufinden sind. Wichtig ist, dass gute kognitive Fähigkeiten des Patienten den Beurteiler nicht dazu verleiten, dessen eingeschränkte Therapie- oder Mundhygienefähigkeit zu übersehen. Die eruierte BS sollte der Behandler bei all seinen Entscheidungen im Hinterkopf behalten. Sie stellt die begrenzende Komponente in der weiteren Behandlungsplanung dar. Die BS ist dann Ausdruck der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität des Patienten (Tab. 2; Nitschke et al. 2012, Nitschke et al. 2017a).

Ethische Herausforderungen

Für eine erfolgreiche zahnärztliche Behandlung gelten bei der Durchführung der Therapie und in der Nachsorge fachliche und normative Voraussetzungen. Zu diesen gehören ein vertrauensvolles Patienten-Arzt-Verhältnis, fachliche und psychosoziale Kompetenzen des Zahnarztes (Fröhlich-von Grebel 2013; Hafner 2013) und seines Teams, die Berücksichtigung ethischer Aspekte und ein partizipativer Therapieentscheidungsprozess (Nitschke und Kunze 2012). Eine erfolgreiche, patientengerechte und situationsadäquate Behandlung kann zum einen zum Patientenwohl und zum anderen zur Zufriedenheit der Teammitglieder und des verantwortlichen Behandlers beitragen. Sie ist zudem als Ausdruck von Professionalität und fachlicher Expertise zu verstehen (Nitschke et al. 2017a).

In der Regel stellt sich der zahnärztliche Alltag als planbar dar. Die meisten Behandlungssituationen sind rein fachlich betrachtet gut lösbar. Patienten sind zumeist kooperativ, was in einer Zugewandtheit des

Behandlersteams zum Patienten mündet. Während der Umgang mit Patienten mit einer Zahnarztphobie bereits während der universitären Ausbildung eingeübt wird und ihre Behandlung zumeist erfolgreich verläuft, stellen der heterogene Gesundheitsstatus der betagten Patienten, die bestehenden finanziellen Ungleichheiten sowie enge Richtlinien im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung den Behandler zunehmend vor Herausforderungen. Erschwerend kommt hinzu, dass viele (hoch)betagte Patienten ihre Eigenständigkeit (partiell) eingebüßt haben bzw. sich in sozialer Abhängigkeit befinden (Nitschke et al. 2017a).

Diese Faktoren unterstreichen die besondere Vulnerabilität von betagten Menschen (Nitschke et al. 2021a). Als vulnerabel werden Patientengruppen bezeichnet, die als besonders verwundbar (lat. vulnus = Wunde) und folglich als schutzbedürftig gelten. Grundlegend für die Vulnerabilität können verschiedene Faktoren sein, so z. B. der Krankheitsstatus (z. B. schwerstkranke Patienten), rechtliche Voraussetzungen (z. B. Patienten mit Demenz und daher mit eingeschränkter Einwilligung- und Entscheidungsfähigkeit) oder soziale Gründe (z. B. Patienten in Lebenssituationen, die ihre Autonomie einschränken, wie etwa Bewohner einer Senioren- oder Pflegeeinrichtung; Nitschke et al. 2017a, Schröder-Butterfill und Marianti 2006).

Bei einer bestehenden Vulnerabilität sollte der Zahnarzt größte Achtsamkeit walten lassen. Kommen funktionelle körperliche und kognitive Einschränkungen hinzu, sind Zahnärzte besonders fachlich und emotional gefordert. Häufig resultieren dilemmatische Entscheidungssituationen, die sich mit den erlernten und eingeübten Behandlungsstandards nicht mehr lösen lassen (Groß 2012). Werden zusätzlich, etwa durch Dritte (z. B. Angehörige), Behandlungen eingefordert, die vermeintlich nicht dem Patientenwunsch entsprechen oder in dessen Interesse sind oder von Personen nicht getroffen werden, die aufgrund der eigenen körperlichen, kognitiven und/oder emotionalen Situation mit der Behandlungssituation überfordert sind, steigt die Herausforderung für den Zahnarzt. Welche Rechte und Pflichten besitzt ein Zahnarzt, in solchen Entscheidungen richtungweisend eingreifen zu können und zu müssen? Unsicherheiten zeigen sich hierbei auf verschiedenen Ebenen, sowohl bei gebrechlichen als auch pflegebedürftigen

Menschen, mit denen der Zahnarzt in der aufsuchenden Betreuung in Kontakt kommt (siehe Kapitel Betreuungsrecht). Des Weiteren ist eine emotionale Belastung des Zahnarztes bei der Konfrontation mit palliativen Patientensituationen und dem Tod durchaus möglich. Bei der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz scheint dies in besonderem Maße zu gelten. Eine eingehende Analyse der verschiedenen normativen Implikationen scheint aus diesem Grund geboten.

Im Bereich der Zahnmedizin entstehen dilemmatische Behandlungssituationen durch die spezifischen Konstellationen von Faktoren (z. B. stark reduzierte zahnmedizinische Therapiefähigkeit, fehlende Mundhygienefähigkeit, fehlende Eigenverantwortlichkeit des Patienten) in Kombination mit akuter Behandlungsnotwendigkeit. Gleichzeitig besteht häufig die Notwendigkeit, dritte Personen mit einzubeziehen. Hierzu erhöht sich die Komplexität und es stellen sich zusätzliche fachliche sowie normative Ansprüche an die Zahnmediziner.

In der Seniorenzahnmedizin ist es legitim, dass öfters an die Stelle einer klassischen Lege-artis-Therapie der Schulmedizin eine Kompromissbehandlung tritt. Grundlagen hierfür sind häufig auch abweichende diagnostisch-therapeutische Regeln, welche veränderte kommunikative Anforderungen stellen und spezifische klinisch-ethische Herausforderungen und Fallstricke bergen.

Der Zahnarzt sollte sich nicht nur über die orale Situation des Patienten einen guten Überblick verschaffen, sondern ebenso die grundsätzliche Frage klären, welche Personen in welcher Weise in das Behandlungsgeschehen von der Therapieentscheidung bis zur Nachsorge einzubeziehen sind. Mithilfe eines Anamnese-Anmelde-Bogens, der aufgrund der möglichen schnellen Veränderungen in kürzeren, regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. aktualisiert werden sollte, sollte eine Versorgungsdiagnose (siehe Kapitel Definitionen) gestellt werden (Nitschke 2014a). Es sollte zudem geklärt sein, ob eine gesetzliche Betreuung für den Patienten erforderlich bzw. bereits eingerichtet ist, wer als Betreuer fungiert und inwieweit der Patient (noch) in den diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozess einbezogen werden kann. Auch die Frage nach etwaigen Vorsorgebevollmächtigten ist zu klären (siehe Kapitel Betreuungsrecht).

Ein langfristiger Erfolg zahnärztlicher Maßnahmen ist nur mit Unterstützung in der Nachsorge durch Dritte zu erreichen. Daher sollte bereits vor Therapiebeginn die Nachsorgekompetenz, also die Fähigkeit des Patienten (Eigen-Nachsorge-Kompetenz) oder einer Person aus seinem Umfeld (Fremd-Nachsorge-Kompetenz), die Mundhöhle und den Zahnersatz zu reinigen und eine kontrollorientierte zahnmedizinische Dienstleistung regelmäßig, auch engmaschig, in Anspruch zu nehmen, geklärt werden (Nitschke 2014b) (siehe Kapitel Definitionen).

Umgang mit ethischen Dilemmata in der geriatrischen Zahnmedizin

Mithilfe der Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress (2009) werden dem Behandler in ethisch konflikthaften Situationen normative Kriterien geboten, die Orientierung geben und auf deren Grundlage ethische Dilemmata bewertet werden können. Insgesamt sind hierbei vier Prinzipien zu beachten.

1. Respekt vor der Autonomie des Patienten

Das Prinzip legt den Fokus darauf, ob der Behandler den Willen des Patienten (bzw. seines gesetzlichen Betreuers) eruiert sowie berücksichtigt hat und somit die Selbstbestimmung des Patienten achtet. Dies bedeutet nicht, dass der Zahnarzt Maßnahmen durchführen muss, für die keine medizinische Indikation besteht. Es muss folglich nicht jedem Patientenwunsch nachgekommen werden. Anders betrachtet ist es jedoch legitim, dass der Patient eine notwendige Behandlung ablehnen kann, auch wenn daraus gesundheitliche Nachteile für ihn entstehen oder/und Dritte dies als unvernünftig oder unverständlich betrachten (Groß 2012).

Ist der Patient nicht in der Lage, sich ausreichend selbst zu artikulieren, und bestehen berechtigte Zweifel an seiner Entscheidungsfähigkeit, sodass er die Tragweite einer zu treffenden Entscheidung nicht mehr übersehen kann (siehe Kapitel Betreuungsrecht), so ist die Einrichtung einer Betreuung anzuregen. Der Einbezug von Angehörigen resp. des gesetzlichen Betreuers und/oder emotionalen Verwandten/Angehörigen ist insbesondere bei Patienten

mit fortgeschrittener Demenz geboten. Jegliche Entscheidungsfindung sollte durch Dritte dann auf der Grundlage des Patientenwillens (natürlicher Wille) stattfinden und frei vom persönlichen Blickwinkel (eigene Überzeugung oder persönliche Kriterien wie Betreuungsaufwand oder Zeitbedarf) sein. Soweit dies möglich ist, sollten früher gelebte Verhaltensweisen im Sinne der Patientenautonomie beibehalten werden. Das bedeutet: Wenn der Patient z. B. nie die „unbequeme“ obere Totalprothese getragen und die Restzähne im Unterkiefer nicht geputzt hat, sollte dem Patienten in einer Pflegesituation das Tragen der Prothese und das Zähneputzen nicht auferlegt werden – zumal das Risiko besteht, dass der Patient den Zahnersatz nicht toleriert (Nitschke et al. 2017a).

2. und 3. Benefizienz-/Nichtschadensgebot

Bei den beiden Prinzipien Fürsorge (Benefizienz) und Schadensvermeidung (Non-Malefizien) steht das Abwägen zwischen einem potenziellen Schaden durch das Durchführen einer fraglichen bzw. das Unterlassen einer gebotenen Maßnahme versus dem potenziellen Nutzen derselben im Fokus.

Als Beispiel aus der geriatrischen Zahnmedizin kann hier das Narkoserisiko benannt werden. Ein Mensch mit Demenz hat mehrere abgebrochene Zähne im Mund, die ihm aber keine Beschwerden bereiten. In der schulmedizinischen Betrachtung würden die Wurzeln in Lokalanästhesie entfernt und eine prothetische Versorgung angestrebt werden. Bei einem Menschen mit Demenz, der ein herausforderndes Verhalten zeigt, ist oft eine herkömmliche Behandlung nicht durchzuführen. Die Nachwirkungen einer Intubationsnarkose (allgemeines Narkoserisiko, Gefahr eines Delirs, Stresssituation, Verstärkung der Demenz, ggf. kardiale Dekompensation) wären für den Patienten und die Pflegekräfte aufwendig zu bewältigen. Eine nachfolgende prothetische Versorgung wäre nach der Entfernung der Wurzeln meist nicht möglich bzw. eine Adaptation vom Patienten an die Prothesen wäre nicht zu erwarten. Sollten Schmerzen aufgrund eines Abszesses durch das Belassen der Wurzeln auftreten, wäre jederzeit eine Therapie unter Intubationsnarkose möglich.

Bei Betrachtung des Non-Malefizien- und des Benefizienz-Prinzips relativiert sich der Nutzen eines ansonsten lege artis anzusehenden Eingriffes. Die

Aufklärung der Pflegekraft, des Betreuers oder der Angehörigen über etwaige Komplikationen und eine Vorgehensweise im Falle eines zahnärztlichen Notfalles sollte in jedem Fall erfolgen (Nitschke et al. 2017a).

4. Gerechtigkeit

Das Prinzip der Gerechtigkeit bezieht sich nicht nur auf den einzelnen Patienten, sondern auf alle Umstände, die eine Versorgung und deren Akteure beeinflussen können. Der Zugang zu medizinischer Versorgung sollte jedem Bürger freistehen. Im Bereich der aufsuchenden Betreuung bedeutet dies, dass auf der Makroebene (z. B. Gesetzgebung im Gesundheitswesen) und Mesoebene (z. B. Krankenkassen, Verbände) Voraussetzungen geschaffen werden, die dann auf der Mikroebene des Gesundheitswesens, also z. B. in der Patienten-Zahnarzt-Beziehung, die Möglichkeiten eröffnen, einen für die Pflegebedürftigen und ihren Bedürfnissen entsprechenden Leistungskatalog zur Verfügung zu haben. Eine gerechte Verteilung der Ressourcen sollte hier durch u. a. politische Interventionen gewährleistet werden (Verteilungsgerechtigkeit). Auf der Mikroebene kann jeder Zahnarzt entscheiden, in welchem Maße er sich insbesondere im Bereich der Seniorenzahnmedizin für die vulnerable Patientengruppe Senioren mit Pflegebedarf einsetzen will.

Die zielorientierte Umsetzung eines Behandlungskonzeptes im Bereich der aufsuchenden Betreuung ist nur durch ein gut geschultes Team in enger Kooperation mit der Pflege und/oder dem Betreuer möglich. Hier besteht Handlungsbedarf.

Im Hinblick auf eine gerechte Verteilung von Leistungen sollten auch Präventionsleistungen mit einbezogen werden. Oft kann der Pflegebedürftige aufgrund seiner Erkrankungen und der daraus resultierenden eingeschränkten Mundhygienefähigkeit den Präventionsgedanken nicht mehr (eigenständig) umsetzen. Pflegebedürftigen sollten daher auch Prophylaxeleistungen zustehen, welche an die Stelle einer häuslichen Mundhygiene treten müssen (Nitschke et al. 2017a).

Die vier oben beschriebenen Prinzipien mittlerer Reichweite der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress geben keine Rangordnung vor. Bei Konflikten zwischen einzelnen Prinzipien ist eine eigenverantwortliche Abwägung durch den Zahnarzt geboten. Die Vorteile der Prinzipienethik liegen darin, dass a)

Memo

Die Reichweite der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress ermöglicht dem Zahnarzt bei ethischen Konflikten in der geriatrischen Zahnmedizin zwischen einzelnen Prinzipien eine eigenverantwortliche Abwägung. Ein strukturiertes Vorgehen in schwierigen Situationen setzt eine wiederholte Arbeit mit Fallanalysen aus der geriatrischen Zahnmedizin voraus (Groß 2012).

alle ethischen Probleme nach diesem Schema fallbezogen bearbeitet werden können und dass b) das strukturierte Vorgehen in schwierigen Situationen eine Lösungsfindung erleichtern kann. Voraussetzung ist eine wiederholte Arbeit mit Fallanalysen (Groß 2012), welche die Lösungskompetenz des Zahnarztes rasch und nachhaltig stärken kann (Nitschke et al. 2017a).

Fazit

Die geriatrische Zahnmedizin ist ein Teilgebiet der Seniorenzahnmedizin (siehe Kapitel Definitionen), das besondere Aufmerksamkeit verdient. Viele Jahre wurde das Fach in Deutschland in der Grundausbildung nur sehr eingeschränkt gelehrt. Der Zahnarzt sieht sich mit einem Versorgungsauftrag im Bereich der Seniorenzahnmedizin konfrontiert, der ihm wenig vertraut ist. Zahnärzte und ihre Teams sind jedoch aufgefordert, sich diesen Situationen zu stellen und sie als fachliche sowie ethische Herausforderung zu begreifen. Assessment-Elemente und ethische Werkzeuge zur Bearbeitung erschwelter Patientenumstände sind hierbei wertvolle Hilfen. Die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen in der aufsuchenden Betreuung fachkompetent versorgen zu können und so seinen Alltag maßgeblich zu erleichtern, ist nicht nur ein Ausweis von professionellem Handeln, sondern bringt oft auch eine große Befriedigung für das zahnmedizinische Team mit sich (Nitschke et al. 2017a).

Elmar Ludwig

Tipps zur Mundpflege



Die zahnärztliche Profession ist aufgerufen, der Pflege kompetente Anleitung und Unterstützung bei der Strukturierung von Mundpflegemaßnahmen ihrer Klientel zu geben. Dabei ist zu bedenken, dass die Körperpflege – somit auch die Mundpflege – oft durch pflegerische Hilfskräfte bzw. Pflegehelfer ausgeführt wird (siehe Kapitel Aus-, Fort- und Weiterbildung, Pflege). Demgegenüber wird die Behandlungspflege bei Auffälligkeiten – z. T. auf ärztliche Anordnung hin – in der Regel von Pflegefachkräften ausgeführt bzw. koordiniert und begleitet.

Aktivierende Pflege

Es gilt, die Ressourcen eines Menschen mit Pflegebedarf zu berücksichtigen, seine Eigenaktivität zu fördern, seine Vorlieben und Abneigungen im Blick zu behalten, ggf. Angehörige mit einzubeziehen. Gleichzeitig gilt es, den Intimbereich Mundhöhle angemessen zu würdigen. Ein weiterer Aspekt ist die Leistungsbereitschaft – der Betroffene sollte nicht erschöpft sein. Die Anwendung von Hilfsmitteln (z. B. Brille, Hörhilfe) steigert die Kooperationsfähigkeit. Vor allem bei pflegenden Angehörigen kommt dem Praxisteam bzw. der Pflege im Rahmen der Vermittlung, der Demonstration und ggf. der Anleitung eine wichtige psychosoziale Funktion zu. Aufgrund von Schamgefühlen sollten der Pflegebedürftige und Angehörige zunächst getrennt voneinander zur Mitwirkung befragt werden (siehe Kapitel Unterstützung durch Angehörige). Nach erteilter Zustimmung sind die unterstützenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Aspirationsgefahr und Ergonomie einzuleiten.

In der Regel gilt es, ein Gespür und einen Plan dafür zu entwickeln, welches der Zeitpunkt ist, an 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.

Aspiration und Ergonomie

Schluckstörungen treten häufig bei Menschen mit Pflegebedarf auf und sind zu beachten. Dies besonders, um die Gefahr einer Aspiration zu minimieren (siehe Kapitel Dysphagie) und damit Aspirationspneumonien zu vermeiden. Entscheidend dafür ist aber nicht nur eine geeignete Körperhaltung des unterstützungsbedürftigen Menschen, sondern genauso auch eine gesundheitlich zuträgliche, das heißt ergonomische Körperhaltung der unterstützenden Person. Idealerweise erfolgt die Mundpflege im Sitzen am Waschbecken mit nach vorn gebeugtem Oberkörper, wobei das Kinn etwas zur Brust geneigt ist. Im Rollstuhl gelingt die aufrechte Kopf-Körper-Haltung noch besser mit den Füßen auf dem Boden statt auf den Fußstützen. Werden die Fußstützen zur Seite geklappt, kann die Person näher ans Waschbecken gefahren werden. Die Unterstützung der Mundpflege erfolgt im sicheren, leicht breitbeinigen Stand, angelehnt an die Körperhaltung eines Fechters (Fechterstellung) mit leicht angewinkelten Knien und möglichst vielen Abstützungspunkten seitlich neben dem unterstützungsbedürftigen Menschen (Abb. 1; mund-



Abb. 1 Am sichersten gelingt die Mundpflege in sitzender Position mit aufrechter Kopf-Körper-Haltung am Waschbecken – die Unterstützung bei der Mundpflege erfolgt seitlich mit vielen Abstützungspunkten (Abb. 1, 3, 4 und 5 aus Ludwig 2021).



Abb. 2 Der Kieferkontrollgriff ermöglicht die Führung des Unterkiefers und kann mitunter das Öffnen des Mundes erleichtern.

pflege-3D 2022). Ein Arm greift dabei um den Kopf, der Zeigefinger liegt über dem Kinn, der Mittelfinger unter dem Kinn und der Daumen auf der Wange (Abb. 2).

Ziel ist die Sicherung des Kopfes sowie die Führung des Unterkiefers zur Minimierung der Verletzungsgefahr. Wichtig ist, dass der unterstützungsbedürftige Mensch während der Mundpflege den Kopf nicht zur Seite dreht oder überstreckt. So gelingt das Schlucken am besten. Um auch im Oberkiefer rückengerecht arbeiten zu können, erfolgt entweder die Vorbeugung mit gleichzeitiger Vorverlagerung des Knies oder es kann mit etwas Übung die Mundpflege über den meist kippbaren Badspiegel verfolgt werden.

Alternativ erfolgt die Mundpflege im Bett mit aufgerichtetem Oberkörper und angewinkelten Beinen, also in Komfortsitzposition, wenn möglich zur Seite der unterstützenden Person hin gelagert. Die notwendigen Maßnahmen gelingen auch hier besser in leicht breitbeinigem Stand mit guter Abstützung der Hüfte und des Oberkörpers seitlich des unterstützungsbedürftigen Menschen. Da der Kopf 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 Seitlagerung 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.

Memo

Die Mundpflege sollte im Sinne der aktivierenden Pflege die Ressourcen und Eigenaktivität des Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf fördern. Aspirationsgefahr gilt es dabei zu berücksichtigen. Bei Unterstützung in der Durchführung der Mundpflegemaßnahmen ist zudem ein besonderes Augenmerk auf eine ergonomische Körperhaltung der Unterstützungsperson zu richten.

Tab. 1 Variablen bei der Mundhygiene, die individuell bei schwierigen Situationen angepasst werden können.

- Zeitpunkt der Intervention an Wohlbefinden anpassen
- Umgebung wechseln
- Geschmack der Zahnpasta auswählen
- Schärfe der Zahnpasta überprüfen
- Härte der Borsten der Zahnbürste kontrollieren
- Einsatz einer Dreikopf-Zahnbürste
- Material der Handschuhe überprüfen (unangenehm/unverträglich/geruchsbelästigend)
- Einsatz von Haftcreme reduzieren, da oft unangenehm

Abwehrendes Verhalten

Abwehrendes Verhalten („Care resistant behaviour“) 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. Zahnschmerzen, gingivale und parodontale Probleme, Komplikationen im Zusammenhang mit Zahnersatz, Schmerzen oder Schwellungen im Bereich der Schleimhäute und der Weichteile des Mund-Kiefer-Gesichtsbereichs können Ursachen für abwehrendes Verhalten sein und sollten mit zahnärztlicher Unterstützung ausgeschlossen werden. Abwehrendes Verhalten kann aber auch Ausdruck einer kognitiven Beeinträchtigung sein (siehe Kapitel Demenz – herausforderndes Verhalten) oder durch das Verhalten des Fremdputzers sowie durch die Zahnbürste sowie Zahnpasta ausgelöst werden (Tab. 1).

Die Techniken der Validation (Wertschätzung) (Feil und de Klerk-Rubin 2010 und 2017, Powell 2011, Richard et al. 2016) oder die Marte Meo Methode (Berther und Loosli 2015 und 2019) tragen entscheidend zum Gelingen der Mundpflege bei Menschen mit abwehrendem Verhalten bei. Die Ansprache mit kurzen und klaren Hinweisen zu den geplanten Maßnahmen sowie die Anbahnung – den Körperkontakt zunächst am Arm beginnen und dann die Hand bis zum Kopf bzw. Mund führen – sind wichtige Aspekte für das Gelingen der Mundpflege. In der Pflege werden zudem spezielle Konzepte beschrieben: „Managing oral hygi-

ene using threat reduction“ (MOUTH) (Jablonski et al. 2011, Jablonski-Jaudon et al. 2016) oder „Mouth care without a battle“ (MCWB) (Zimmerman et al. 2014, Mouth care without a battle 2022) (siehe Kapitel Demenz – herausforderndes Verhalten).

Schwierige Mundpflegesituation mit besonderen Patienten

Um Bissverletzungen bei der unterstützenden Person vorzubeugen, können bei Bedarf Kompressen für das Auswischen der Mundhöhle um die Zahnbürste gewickelt und mit der Hand fixiert werden. Weitere Empfehlungen sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Strukturierte Anleitung zur Mundpflege

Zunächst sollte mit den Pflegekräften die Mundpflege bei Menschen, die gut kooperieren, geübt werden. Erst wenn der Mundpflegeprozess einwandfrei läuft, macht es Sinn, das Eingübte auch bei Menschen umzusetzen, die mobilitätseingeschränkt und/oder in ihrer Kooperationsfähigkeit beeinträchtigt sind. Auch Menschen mit Pflegebedarf haben ein Gespür dafür, ob jemand weiß, was er tut. Angehörige könnten unterstützend anwesend sein.

Memo

Für das Gelingen der Mundpflege bei abwehrendem Verhalten können spezielle Techniken im Zugang und Umgang (Beziehungsgestaltung mit Validation) sowie mögliche Anpassungen in der Wahl der Pflegemittel hilfreich sein. Grundsätzlich sind Routine und Sicherheit in der Durchführung der Pflegemaßnahmen wichtige Voraussetzungen für die Unterstützung bei der Mundpflege – vor allem bei kognitiv oder motorisch stärker beeinträchtigten Menschen. Abwehrendes Verhalten kann auch durch Schmerzen verursacht sein (z. B. Verletzung, Druckstellen, Zahnschmerzen).

Allgemeine Hinweise zur Mundpflege

Die Empfehlung bei Menschen mit Pflegebedarf lautet: mindestens zweimal am Tag die Zähne putzen. Es werden dieselben Regeln und Ziele wie bei gesunden Patienten verfolgt. Ein strukturiertes Vorgehen ist zu empfehlen (Tab. 2).

Können die Zähne vom Betroffenen nicht selbst geputzt werden, sollte der Fremdputzer instruiert sein, zur Unterstützung bei der Mundpflege im Bad am Waschbecken seitlich zu stehen. Es kann sinnvoll sein, zunächst im Unterkiefer auf der gegenüberliegenden Seite zu beginnen, da diese Region am besten einsehbar ist. Dann geht es weiter bis letztlich zur zugewandten Seite im Oberkiefer. Die Systematik, welche Zahnflächen nacheinander geputzt werden sollen, ist nicht vorgegeben und von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. Dazu zählt neben der Einsehbarkeit des Mundes – ausgehend von der Körperstellung

Tab. 2 Systematik bei der Unterstützung der Mundpflege.

● Pflegemittel und Handtuch bereitlegen
● gute Ausleuchtung der Mundhöhle sicherstellen
● Einmal-Handschuhe anziehen
● Handtuch umlegen
● Lippen pflegen
● abnehmbaren Zahnersatz ausgliedern, mit Zahnprothesen-Bürste und Zahnpasta putzen und Zahnpasta einwirken lassen
● wenn möglich, Mundhöhle mit Wasser gut und kräftig ausspülen lassen
● wenn kein Spülen möglich, dann mit Kompressen die Mundhöhle auswischen und vorreinigen
● Zähne, Zahnfleisch, ggf. Zunge und Mundschleimhäute mit der Zahnbürste und Zahnpasta reinigen
● Zahnzwischenräume mit Interdentalbürste reinigen
● zwischendurch kurz ausspucken bzw. mit etwas Wasser kurz ausspülen und am Schluss nur noch überschüssige Zahnpasta ausspucken lassen – alternativ mit Kompressen Überschüsse auswischen
● abnehmbaren Zahnersatz mit Wasser kurz abspülen und wieder eingliedern oder über Nacht – wenn möglich – außerhalb des Mundes trocken lagern

bei der Unterstützung der Mundpflege – auch die Kooperationsfähigkeit des unterstützungsbedürftigen Menschen. So kann es sinnvoll sein, zunächst alle Außenflächen zu putzen, weil der Mund erst nicht richtig aufgehen will, oder aber zunächst alle Flächen im Oberkiefer zu putzen, weil bei manchen eingeschränkt kooperativen Menschen der Unterkiefer sehr „unruhig“ ist.

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 durch die Bürste selbst erfolgt. Die Putzdauer hängt von der Zahl der Zähne ab. Faustregel: 30 Zähne – 3 Min., 20 Zähne – 2 Min., 10 Zähne – 1 Min.

Wann immer möglich, ist die Eigenaktivität zu fördern – z. B. selbst den Mundspülbecher zum Mund führen und ausspülen, selbst abnehmbaren Zahnersatz aus- bzw. eingliedern oder selbst die Außenflächen und Kauflächen der Zähne putzen lassen und nur bei den Innenflächen unterstützen, wenn dies die betroffene Person selbst nicht kann (Ludwig 2021).

Mundpflegeset

Zur Basisausstattung des Mundpflegesets gehören eine (wenig abrasive) Zahnpasta mit Fluorid, eine (eher weiche) Zahnbürste und ein Mundspülbecher. Für die Mundpflege werden unsterile Einmalhandschuhe getragen. Neben einem Handtuch sind je nach Situation zudem Lippenbalsam, Kompressen bzw. Tupfer, Interdentalbürsten, Zahnprothesen-Bürsten, Zungenreiniger, eine Nierenschale und zusätzliche Lichtquellen wie eine Taschen- oder eine Stirnlampe (Abb. 3) sinnvoll (Ludwig 2021).

Lippenpflege

Bei trockenen Lippen sollte die Lippenpflege mit einem Lippenbalsam vor der eigentlichen Mundpflege erfolgen – dann reißen die Lippen nicht (weiter) ein und die Mundpflege wird insgesamt als angenehmer empfunden. Sind die Lippen sehr trocken oder rissig,

ist die nochmalige Lippenpflege zum Abschluss sinnvoll (Ludwig 2021).

Zahnbürste

Viele Arten von Zahnbürsten können angewendet werden, wobei der Zahnarzt oder die entsprechend fortgebildete zahnmedizinische Fachangestellte die passende Art und Größe herausfinden sollten. Dreikopf-Zahnbürsten können bei eingeschränkter Kooperationsfähigkeit helfen, in kürzerer Zeit die Zähne von allen Seiten gleichzeitig zu reinigen. Bei langen klinischen Kronen werden jedoch die Zahnhäse nicht immer gut erreicht. Absaug-Zahnbürsten sind im täglichen Einsatz teuer, ggf. laut und technisch sowie in der Anwendung aufwendig – die Absaugeinrichtung erfordert zudem im Hinblick auf Hygiene Übung. Dennoch können sie im Einzelfall bei aspirationsgefährdeten Menschen angezeigt sein (Abb. 6).

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 das Putzen nicht selbst möglich ist. Bei weichen Zahnbürsten verschleißten die Borsten schneller, weshalb die Zahnbürste häufiger ausgewechselt werden muss. Das jedoch ist im Sinne der Infektionsprophylaxe kein Nachteil.

Manuell oder elektrisch?

Elektrische Zahnbürsten erzielen bessere Reinigungsergebnisse als Handzahnbürsten – vor allem, wenn die manuellen Fähigkeiten (z. B. bei Polyarthrit) eingeschränkt sind. Die Betroffenen können mit einer elektrischen Zahnbürste die Zahn- und Mundpflege weithin selbst ausführen. Rotierend oszillierende Bürsten sind dabei weniger anfällig für Anwendungsfehler als Schallzahnbürsten, etwa in Bezug auf zu starken Anpressdruck. Bei kognitiv beeinträchtigten Menschen könnten das Geräusch und die Vibrationen zur Ablehnung einer elektrischen Zahnbürste führen. Kommen elektrische Zahnbürsten nicht infrage, können konfektionierte oder individuell angefertigte Griffverstärkungen für Zahnbürsten das Halten der Handzahnbürste erleichtern (Ludwig 2021).



Abb. 3 Zum Mundpflegeset gehören neben Zahnbürste, Zahnpasta und Mundspülbecher auch Handschuhe, Lippenbalsam, Kompressen und eine Taschenlampe (Ludwig 2021).

Zahnpasta

Zahnpasta sollte Fluorid enthalten – die Fluoridkonzentration und die Menge der Zahnpasta sind dabei an die jeweilige Risikosituation anzupassen (Zimmer und Bizhang 2020). Bei freiliegenden Wurzeloberflächen sollte die Zahnpasta zudem wenig abrasiv sein. Auch Kunststoffoberflächen vorhandener Prothesen werden mit wenig abrasiver Zahnpasta schonender gereinigt. Vor dem Hintergrund der Aspirationsgefahr sollte die Zahnpasta nicht stark schäumen – Natriumlaurylsulfat (NLS) reizt darüber hinaus die Schleimhäute. Geringe Schärfe und guter Geschmack tragen dazu bei, dass die Zahnpasta besser toleriert wird (Ludwig 2021).

Zahzwischenräume

In der Pflege ist die Anwendung von Zahnseide selten zu empfehlen, da ihr Einsatz schwierig ist. Bei eingeschränkter Kooperation kann es zu Verletzungen der Gingiva des Pflegebedürftigen kommen, oder durch Zubeißen kann auch der Fremdputzer verletzt werden. Oft ist bei den Betagten das Parodont schon etwas zurückgegangen und die Zahzwischenräume sind so geweitet, dass Interdentalbürsten sinnvoll sind. Von vestibulär eingeführt, ist die Verletzungsgefahr reduziert. Bei Interdentalbürsten mit Metalldrahtkern sollte darauf geachtet werden, die Bürsten



Abb. 4 Anstelle von Schaumstoffstäbchen oder einer Metallklemme kann mit einer um die Zahnbürste gewickelten Kompresse der Mundraum sicher ausgewischt oder mit Tee oder pflanzlichen Ölen befeuchtet werden (Ludwig 2021).

möglichst wenig zu biegen und beim Einsatz im Seitenzahnbereich den Mundwinkel bei nur leicht geöffnetem Mund etwas weiter „nach hinten“ zu ziehen. Zunächst sollten Außen-, Innen- und Kauflächen mit der Zahnbürste und anschließend mit der Interdentaltbürste die Zahnzwischenräume geputzt werden. So kann die Zahnpasta insgesamt länger und auch zwischen den Zähnen optimal wirken. Bezüglich der Härte der Borsten gelten die Aussagen zu Zahnbürsten (Ludwig 2021).

Ausspülen des Mundes

Zu Beginn der Mundpflege und nach dem Ausgliedern des abnehmbaren Zahnersatzes sollte – wenn möglich – gründlich mit Wasser ausgespült werden. Zwischendurch und vor allem am Ende der Mundpflege sollte nur noch ausgespuckt werden. So lassen sich am Anfang 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. 4; Ludwig 2021).

Prothesenreinigung

Vor der Reinigung des Zahnersatzes ist die sichere Ein- und Ausgliederung von technisch aufwendigem,

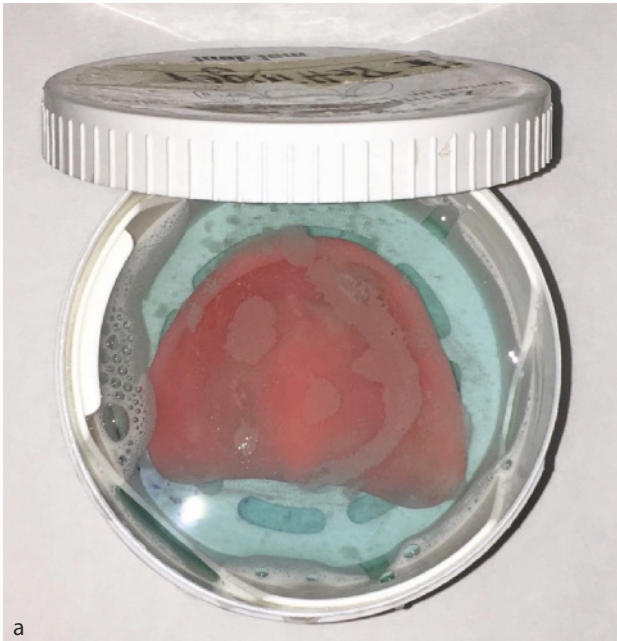
Memo

Zweimal am Tag sollten die Zähne und Zahnprothesen geputzt werden – abends besonders gründlich. Wichtig ist, dass alle Zahnflächen gereinigt werden. Eine eher weiche Zahnbürste, fluoridhaltige Zahnpasta und ein Mundspülbecher gehören zum Basis-Mundpflegeset. Die Lippen werden immer zu Beginn und bei Bedarf nochmal am Schluss gepflegt. Interdentaltbürsten sind für die Zahnzwischenräume das Mittel der Wahl. Zu Beginn sollte kräftig mit Wasser ausgespült werden – am Ende wird nur noch ausgespuckt, damit die Zahnpasta an den Zähnen weiterwirken kann.

abnehmbarem Zahnersatz eine große Herausforderung. Lippen und Wangen des Pflegebedürftigen, aber auch die Finger des Fremdputzers könnten durch unvermutetes Zubeißen verletzt werden. Die Prothese darf beim Ein- und Ausgliedern nicht nach hinten in den Rachen abrutschen. Auch hier empfiehlt es sich, den Umgang mit Prothesen mit den Fremdputzern zunächst bei kooperativen Menschen mit Pflegebedarf zu üben. Bei Schwierigkeiten sollte der Zahnarzt hinzugerufen werden, um gemeinsam eine praktikable Lösung zu finden.

Abnehmbarer Zahnersatz ist mindestens einmal täglich vor dem Schlafengehen mit einer Zahnprothesenbürste und Zahnpasta unter leicht fließendem Wasser – zum Schutz der Prothesen tief ins Waschbecken gehalten – gründlich zu reinigen. Haftcremereste an den Prothesen und im Mund lassen sich mit Kompressen am besten entfernen. Der Einsatz von Speiseöl kann auch 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 für 10 bis 15 Min. sinnvoll – bei hohem Aspirationsrisiko oder reduzierter Abwehr-lage auch täglich.

Die Prothese sollte nachts – wenn möglich – außerhalb vom Mund in einer Dose mit geöffnetem Deckel trocken gelagert werden, weil – und es macht Sinn, dies zu erklären – durch Trocknung und



a



b

Abb. 5a und b Zusätzlich zur mechanischen Reinigung ist die chemische Reinigung in warmem Wasser und einer Reinigungstablette für 10 bis 15 Min. sinnvoll. Wenn möglich, sollte die Lagerung der Prothesen über Nacht außerhalb des Mundes erfolgen – trocken in einer Dose mit geöffnetem Deckel werden Bakterien dabei noch besser abgetötet (Ludwig 2021).

gute Belüftung Bakterien besser abgetötet werden (Abb. 5a und b). Bei Kombinationszahnersatz kann das nächtliche Tragen im Mund allerdings notwendig sein. Der Pflegebedürftige und sein Unterstützungsumfeld sind dann vom Zahnarzt entsprechend zu instruieren. Vor der Eingliederung ist die Prothese kurz mit warmem Wasser zu befeuchten; bei Verwendung von Haftcreme jedoch nicht die Prothesenunterseite. Der Einsatz von Seife zur Reinigung der Prothesen ist in der Pflege nicht zu empfehlen. Die Verwendung wenig abrasiver Zahnpasta ist für die Kunststoffoberflächen unproblematisch. Tagsüber können – wenn möglich – Prothesen nach jeder Mahlzeit unter fließendem Wasser kurz ab- und der Mund kurz ausgespült werden.

Haftcreme sollte nach Rücksprache mit dem Zahnarzt, wenn überhaupt notwendig, auf die abgetrocknete Prothesenunterseite verteilt auf drei erbsengroße Punkte mit etwas Abstand zu den Rändern aufgetragen werden. Die Haftcreme trocknet ca. 10 Sek. an und dann wird die Prothese ca. 10 Sek. auf den Kiefer gedrückt. Bis zum ersten kaufunktionellen Gebrauch sollten etwa weitere 10 Min. vergehen (Ludwig 2021).

Besondere Pflegemittel

Mundspülungen und Mundduschen sollten nur bei guter Kooperationsfähigkeit zum Einsatz kommen und wenn die betroffenen Menschen deren Anwendung gewohnt sind. Bei eingeschränkter Kooperationsfähigkeit und vor allem bei erhöhter As-

Memo

Die Handhabung beim Ein- und Ausgliedern von Prothesen sollte bei Bedarf zusammen mit dem Zahnarzt geübt werden. Die Prothesenreinigung mit Bürste und Zahnpasta ist Fremdputzern durch den Zahnarzt zu erläutern. Reinigungstabletten können zusätzlich eingesetzt werden. Die Lagerung der Prothesen sollte nach Rücksprache mit dem Zahnarzt – wann immer möglich – nachts extraoral trocken in einer Dose mit geöffnetem Deckel erfolgen. Haftcreme sollte erbsengroß nur eingesetzt werden, wenn der Prothesenhalt nicht durch zahnärztliche Maßnahmen zur Zufriedenheit des Patienten verbessert werden konnte.

pirationsgefahr beispielsweise aufgrund gestörter Schluckfunktion ist es besser, darauf zu verzichten (siehe Kapitel Dysphagie). Chlorhexidin-Produkte oder Produkte mit hohen Fluoridkonzentrationen, z. B. Gele, Lacke, sollten Pflegekräfte nur bei besonderem Bedarf und auf Anordnung des Zahnarztes einsetzen. Spezielle Prothesenabzieher (siehe Kapitel Konzepte mobiler Einsatz, Abb. 14) können das Ein- und Ausgliedern von abnehmbarem Zahnersatz erleichtern; ihre Anwendung erfordert jedoch ebenfalls Übung (Ludwig 2021).

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, sollte die Zahnbürste auch schon früher ausgewechselt werden. Interdentalbürsten mit Metalldrahtkern sollten nicht länger als eine Woche eingesetzt werden, da sonst die Gefahr stark ansteigt, dass sie abbrechen. Zahnprothesen-Bürsten können durchaus drei Monate genutzt werden. Auch nach schweren Erkrankungen wie einer Lungenentzündung wird der Austausch der Bürsten für die Zahn- und Zahnersatzpflege empfohlen (Ludwig 2021).

Mundinspektion

Zu einer guten Mundpflege gehört, dass eine 3-jährig ausgebildete Pflegefachperson anlassbezogen, mindestens jedoch einmal in der Woche die Inspektion der Mundhöhle durchführt, um bei Auffälligkeiten wie z. B. scharfen Kanten, Druckstellen oder anderen Erkrankungen an Zähnen, Zunge und Schleimhäuten frühzeitig den Zahnarzt hinzuzuziehen. Dazu ist eine

Memo

Die Pflegekräfte sollten darauf hinwirken, dass die oralen Pflegematerialien ebenfalls regelmäßig ausgewechselt bzw. erneuert werden. Die Inspektion der Mundhöhle sollte im Pflegeprozess regelmäßig, mindestens aber einmal pro Woche und bei Auffälligkeiten durch eine Pflegefachkraft erfolgen.

gute Ausleuchtung, am besten mit einer gesonderten Lichtquelle (Taschen- oder Stirnlampe) notwendig. Um die Weichteile abzuhalten, können Metalllöffel, stabile Plastiklöffel oder noch einfacher die Zahnbürste mit dem Griff voraus genutzt werden. Löffel sind Pflegebedürftigen vertraut, können gespült und beliebig oft verwendet werden – ein wenig angefeuchtet gleiten diese zudem leicht auf der Schleimhaut; Holzspatel sind nicht zu empfehlen (Ludwig 2021).

Besondere Herausforderungen im Mundpflegealltag

Die Pflegekräfte und Zahnärzte sollten bei folgenden Besonderheiten eng zusammenarbeiten und Absprachen treffen:

Mundtrockenheit/Verkrustungen (Borken)

Neben der Multimedikation gilt es im Hinblick auf die Mundtrockenheit die ärztlich verordnete tägliche Flüssigkeitszufuhr zu beachten (Nierenerkrankungen!). Bei Mundtrockenheit (Hyposalie bzw. Xerostomie) (siehe Kapitel Mundtrockenheit) und/oder Borken sollten Schleimhäute regelmäßig alle 2 bis 3 h, z. B. mit feuchten Kompressen unter Berücksichtigung des Aspirationsrisikos benetzt werden. Dazu eignen sich Tee oder pflanzliche Öle – Vorlieben und Abneigungen gilt es dabei im Blick zu haben. Tee sollte aufgrund bakterieller Kontamination mit kochendem Wasser zubereitet werden – zudem sollte Tee möglichst frisch verwendet werden und am besten pro Schicht erneuert werden.

Borken – verkrusteter zähflüssiger Speichel und Schleim im Mund – sollten nicht mit Butter gelöst, sondern wiederkehrend mit Tee bzw. Öl befeuchtet und dabei nach und nach gelöst werden. Orale Stimulation bzw. Parotitisprophylaxe sind ebenfalls bewährte Maßnahmen bei Mundtrockenheit.

Eiswürfel, gefrorene Früchte oder weiche Fruchtbonbons ohne Zucker sowie Zitrone – als Zitroneneis (Sorbet) zugeführt oder direkt auf die Zunge getropft – können zur Anregung des Speichelflusses und zur Linderung der Symptome der Mundtrockenheit eingesetzt werden. Zitrone als Daueranwendung kann allerdings die Zahnhartsubstanzen schädigen (siehe Kapitel Mundtrockenheit).

Sind eigene Zähne vorhanden, können sie durch Speichelersatzmittel mit einem sauren pH-Wert geschädigt werden. Spezielle Hafttabletten mit den Inhaltsstoffen Xylit und Calciumcarbonat sind gut wirksam und fördern aufgrund ihres leicht basischen pH-Werts zugleich die Zahngesundheit. Allerdings eignen sich diese Tabletten nicht bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Schluckstörungen. Gleiches gilt für zuckerfreie Kaugummis bzw. Bonbons zur Anregung der Speichelproduktion.

Nicht zuletzt kommen auch medikamentöse Ansätze zur Behandlung der Mundtrockenheit, z. B. mit Pilocarpin oder Cevimeline, infrage. Medizinische Ursachen für Mundtrockenheit sollten bei Verdacht mit dem Hausarzt abgeklärt werden (Ludwig 2021).

Pilzerkrankungen

Bei einer Pilzerkrankung der Mundschleimhaut (z. B. Soor) sollte die Mundpflege mindestens dreimal täglich mit der Zahnbürste und Zahnpasta unter gezielter Einbeziehung der Schleimhäute von Gaumen, Wange und Zunge erfolgen. Abnehmbarer Zahnersatz sollte in diesen Fällen besonders gründlich gereinigt und über Nacht außerhalb vom Mund trocken gelagert werden. Ist keine Besserung festzustellen, müssen weitere (zahn-)ärztliche therapeutische Maßnahmen (antimykotische Medikamente, Austausch des Prothesenkunststoff) geprüft werden (Ludwig 2021).

Mundwinkelrhagaden

Mundwinkelrhagaden (Perlèche, Cheilitis angularis) sind oft sehr schmerzhafte, schlecht heilende Einrisse oder Entzündungen im Bereich der Mundwinkel. Sie können viele Ursachen haben – etwa zu wenig oder zu viel Speichel, fehlende Zähne bzw. insuffizienter Zahnersatz, (z. B. eine zu niedrige vertikale Dimension), häufiges Lecken, Infekte, Nährstoffmangel (etwa Vitamin B₁₂, Vitamin C, Zink oder Eisen) oder systemische Erkrankungen. Lippen und Mundwinkel sollten mehrmals täglich mit einem fetthaltigen Lippenbalsam eingecremt werden. Daneben ist vom Zahnarzt zu prüfen, ob eine Umarbeitung oder Neuanfertigung von Zahnersatz sinnvoll ist. Tritt keine Besserung ein, können zusätzlich antimykotische Cremes hilfreich sein, ansonsten ist ärztlicher Rat einzuholen (Ludwig 2021).

Erhöhter Speichelfluss/Hypersalivation/Drooling

Bei neurologischen Erkrankungen (z. B. Morbus Parkinson, Apoplex), bei Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen und bei fehlenden Zähnen oder bei Menschen mit abnehmbarem Zahnersatz, wenn diese bei normalem Speichelfluss die Prothesen nicht tragen und der Mundboden relativ zu den Mundwinkeln höher liegt, kann perioral anhaltende Nässe auffallen. In diesen Fällen ist darauf zu achten, den Bereich um den Mund möglichst trocken zu halten. Feuchtigkeitsspendende Cremes für die Haut und fetthaltiger Balsam für die Lippen können zum Schutz beitragen. Je nach Ursache können Logopädie oder Medikamente zur Speichelreduktion (z. B. Scopolamin bzw. Glycopyrroniumbromid) sowie zum leichteren Abhusten von zähschleimigem Speichel, z. B. im Rahmen einer Strahlentherapie im Kopf-Hals-Bereich (Acetylcystein oder Ambroxol), sinnvoll sein. Bei Bedarf sollte ärztlicher Rat eingeholt werden.

Mukositis – Wenn die Schleimhaut „brennt“

Bei Entzündungen der Schleimhäute etwa aufgrund einer Chemo- oder Strahlentherapie im Kopf-Hals-Bereich ist neben Tee und Kälteanwendungen vor allem der Einsatz von Benzylamin zu empfehlen. Benzylamin wirkt entzündungshemmend, schmerzlindernd und antibakteriell. Benzylamin wird lokal als Spray, Gurgellösung oder Lutschpastille zur symptomatischen Behandlung von Schmerzen und Reizungen im Mund- und Rachenraum angeboten. Neben verschiedenen Fertigarzneimitteln in Tablettenform oder als Spray ist Benzylamin auf dem deutschen Markt in Tantum Verde® (Angelini Pharma) enthalten, das auch als Mundspülung – jedoch in alkoholischer Lösung – erhältlich ist. Auf wässriger Basis kann Benzylamin seit Juli 2015 mit Lidocain und Bepanthen als Rezeptur (DAC/NRF 2015) bezogen werden. Für die Dauer beispielsweise einer sechswöchigen Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich sollten 1.000 ml verordnet werden. Bereits ab Beginn der Bestrahlung ist mindestens viermal täglich für jeweils 2 Min. die Menge eines Teelöffels (5 ml) im Mund zu bewegen und danach auszuspucken (Ludwig 2021). Weitere Hinweise geben die S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ (Arbeitsgemeinschaft der



Abb. 6 In seltenen Fällen ist die Mundpflege mit einer Absaugzahnbürste angezeigt. Die Geräuschentwicklung des Absauggeräts, Kosten und Handhabung stellen jedoch eine Herausforderung dar. Zudem kann die Absaugung verstopfen und dann ist die Aspirationsgefahr nicht gebannt.

Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2016) sowie die „Mucositis Guidelines“ der Multinational Association of Supportive Care in Cancer (Elad et al. 2020).

Risikopatienten

Bei Hochrisikopatienten (Immunsuppression, auf Intensivstationen, bei Wachkoma oder bei Dysphagie) sollte die Mund- und Prothesenpflege häufiger (dreimal) am Tag erfolgen. Die Zahnpastamenge ist dabei zu minimieren und ggf. ist der Einsatz einer Absaugzahnbürste (z. B. Plaque vac oder Toothette) sinnvoll. Prothesen sollten über Nacht außerhalb des Munds trocken gelagert werden. Wird mit Wasser ausgespült, kann es hilfreich sein, mit ein paar Tropfen Minze die Wahrnehmung zu erleichtern und so die Aspirationsgefahr zu mindern. Bei kritisch kranken Menschen wird der Einsatz von destilliertem oder abgekochtem Wasser empfohlen. Die Wasseraufnahme gelingt sicherer mit einem Nasenausschnittsbecher oder über ein Trinkröhrchen. Die Mundhöhle sollte häufiger mit feuchten Kompressen ausgewischt und am besten täglich auf Veränderungen überprüft werden (Abb. 6 und 7; Ludwig 2021).

Mundpflege bei Menschen, die zur Nahrungsergänzung Trinknahrung verwenden

Trinknahrung birgt aufgrund der Inhaltsstoffe (Stillhart et al. 2021) sowie der fehlerhaften, aber allgemein verbreiteten Empfehlung, Trinknahrung über den ganzen Tag verteilt in kleineren Mengen zuzuführen, ein erhöhtes Kariesrisiko. Werden zusätzlich Medikamente eingenommen, die Mundtrockenheit verursachen, steigt das Kariesrisiko weiter an. Neben den bereits beschriebenen Maßnahmen der allgemeinen Mundpflege kann häufiges Trinken von Wasser während des Tages, das Spülen mit Wasser nach der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln oder die Verwendung eines Trinkröhrchen helfen, den Kontakt zwischen der Trinknahrung und der Zahnoberfläche und damit das Kariesrisiko zu minimieren.

Mundpflege bei Menschen mit geringer oder keiner Nahrungsaufnahme

Wird Nahrung nicht oder kaum oral aufgenommen, besteht trotzdem ein Risiko für eine Keimbeseidlung. Die Mundpflege umfasst deshalb auch in diesen Fällen Zähneputzen zweimal täglich und Reinigung des abnehmbaren Zahnersatzes sowie regelmäßig (alle 2 bis 3 Stunden) die Befeuchtung der Schleimhäute bzw. Sekretentfernung.

Memo

Mundtrockenheit, erhöhter Speichelfluss, Mukositis, Mundwinkelrhagaden, aber auch Menschen, die Trinknahrung bzw. Ernährung über die Magensonde sowie Mundpflege am Lebensende erhalten, bedürfen erhöhter Aufmerksamkeit in der Pflege und sollten auch zahnärztlich engmaschiger begleitet werden.

Mundpflege am Lebensende

Am Lebensende können Mundtrockenheit, dickschleimiges Sekret, Ernährungs- und Geschmacksprobleme, Mukositis und Probleme mit den Zähnen bzw. Zahnersatz die Mundgesundheit bzw. das Wohlbefinden beeinträchtigen. Am Lebensende sollte die Mundpflege im Sinne des Wohlbefindens möglichst schonend und sensibel durchgeführt werden. Auf Wunsch können die Zähne und das Zahnfleisch zweimal täglich mit Zahnpasta und einer Zahnbürste geputzt werden. Zur Schmerzlinderung ist die lokale Anwendung, z. B. von Sprays oder Mundwässern mit Benzylamin zu empfehlen. Getrocknete Sekrete (Borke) oder Speisereste werden mithilfe befeuchteter Schaumstoffstäbchen oder Kompressen bzw. sanfter Absaugung entfernt. Mit feuchten Kompressen, einer Sprühflasche oder auch einem Mundgel können bei Mundtrockenheit regelmäßig alle 2 bis 3 Stunden die Schleimhäute feucht gehalten werden.

Fazit

Zahnärzte sind angesichts der komplexen Thematik für die Anleitung zur richtigen Mundpflege sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für deren unterstützendes Umfeld unentbehrlich. 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. Wenn Menschen die Mundhygiene nur noch mit Unterstützung ausführen können, gelingt die Mundpflege am besten, mit individuell ausgesuchten Materialien in angemessener Zeit unter



Abb. 7 Nasenausschnittsbecher erleichtern es, Flüssigkeit aus einem Becher in den Mund aufzunehmen, ohne den Kopf weit nach hinten überstrecken zu müssen.

Berücksichtigung der Aspirationsgefahr und ergonomischer Arbeitsweise. Die Kooperation mit Zahnärzten ist dabei von zentraler Bedeutung. Zur Dokumentation der gemeinsam festgelegten Hinweise im Hinblick auf die Mundpflege hat sich die Pflegeampel bewährt. Sie vermerkt unter anderem, ob und wie viel Unterstützung bei der Mundpflege notwendig ist, bzw. ob abnehmbarer Zahnersatz vorhanden und wie in der Nacht damit zu verfahren ist. Auf der Pflegeampel (siehe Kapitel Formulare) sind auch die Kontaktdaten des zuständigen Zahnarztes eingetragen.

copyright by
Quintessenz

Mobile Zahnmedizin – die aufsuchende Betreuung

Die Mundgesundheit von Senioren hält aufgrund der Heterogenität dieser Patientengruppe viele Facetten für die Zahnärzteschaft und deren Teams bereit. Die zahnärztliche Behandlung wandelt sich mit zunehmender Gebrechlichkeit in eine zahnmedizinische Betreuung. Eine Herausforderung, da die Ziele und damit die Behandlungskonzepte überdacht werden sollten, aber auch eine Chance, ein auf die Patienten zugehendes und aufsuchendes Praxissegment variabel zu etablieren. Seniorenzahnmediziner mit unterschiedlichen Versorgungskonzepten berichten immer wieder, dass es sehr zufriedenstellend ist, die älteren Menschen wertschätzend zu behandeln. Das Buch soll Mut machen sowie Wege aufzeigen, wie eine aufsuchende Betreuung in den bestehenden Praxisalltag integriert werden kann, um ihr Wachstumspotenzial optimal entfalten zu können.



ISBN: 978-3-86867-579-5



9 783868 675795

www.quintessenz-publishing.com