

Z Gerontol Geriat 2022 · 55:204–209
<https://doi.org/10.1007/s00391-022-02053-3>
Eingegangen: 28. Dezember 2021
Angenommen: 8. März 2022
Online publiziert: 11. April 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022



Förderung der Mundgesundheit in der Pflege – ein interprofessioneller Expertenstandard

Erika Sirsch¹ · Elmar Ludwig² · Kathrin Müller³ · Petra Blumenberg⁴ · Ina Nitschke^{5,6} · Andreas Büscher⁴

¹ Fakultät für Pflegewissenschaft, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar, Deutschland

² Ausschuss für Alterszahnheilkunde, Bundeszahnärztekammer, Berlin, Deutschland

³ Hochschule für Gesundheit, Bochum, Deutschland

⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Deutschland

⁵ Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin, Universität Zürich, Zürich, Deutschland

⁶ Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland

In diesem Beitrag

- Bedeutung der Mundgesundheit für Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf
- Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der interprofessionellen Entwicklung
- Ziel und Zweck des Expertenstandards zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege
- Methodisches Vorgehen
- Ergebnisse
Assessmentinstrumente • Grundlagen guter Mundpflege • Spezielle Maßnahmen • Von der Literatur zu Kommentierungen der Standardebenen
- Diskussion



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit Pflege- oder Unterstützungsbedarf oder einer Behinderung haben einen schlechteren Mundgesundheitsstatus als Menschen ohne diesen Bedarf. Die zunehmende Anzahl älterer Menschen, die über eigene Zähne verfügen, erfordert spezifische Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit. Während 1997 jeder 4. Mensch zwischen 65 und 74 Jahren zahnlos war, galt dies 2016 nur noch für jeden 8. Besondere Herausforderungen in der Mundpflege stellen sich bei älteren Menschen und Personen mit Demenz. Zur Bewältigung braucht es eine interprofessionelle Herangehensweise und Zusammenarbeit während der gesamten Versorgung.

Zielsetzung: Interprofessionelle Entwicklung eines Expertenstandards zur Förderung der Mundgesundheit durch Pflegefachpersonen mit Fokus auf ältere Menschen.

Methoden: Grundlage des Expertenstandards bildet eine systematische Literaturanalyse. Aufbauend auf den Ergebnissen formulierte eine interprofessionelle Expertinnen- und Expertenarbeitsgruppe unter Beteiligung von Pflege, Zahnmedizin und einem Vertreter aus der Selbsthilfe Empfehlungen zur Förderung der Mundgesundheit von Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf.

Ergebnisse: Die interprofessionelle Herangehensweise prägte die Auswahl der leitenden Fragen der Literaturrecherche, die Literaturlauswertung und die Formulierung der Empfehlungen. Zu den leitenden Fragen des Expertenstandards konnten Maßnahmen zu Erhalt und Förderung der Mundgesundheit ausgewiesen werden, beispielsweise bei oralen Pilzkrankungen, Mukositis oder Gingivitis sowie bei Begleiterscheinungen wie Mundtrockenheit und Schmerzen.

Diskussion: Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit bei Menschen mit Pflege- oder Unterstützungsbedarf oder einer Behinderung konnten im pflegerischen Kontext vertieft fokussiert und durch eine interprofessionelle Gruppe formuliert werden.

Schlüsselwörter

Mundpflege · Prävention · Demenz · Evidenzbasierte Pflege · Qualitätsentwicklung in der Pflege

Bedeutung der Mundgesundheit für Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf

Mundgesundheit „... zeigt sich in der Fähigkeit, ohne Einschränkungen zu kauen und zu essen, deutlich sprechen und lächeln zu können“ [3, S. 25] und ist damit elementarer Bestandteil von Lebensqualität. Auffallend ist ein niedriger Status der Mundgesundheit bei Menschen mit Pflegebedarf als bei Menschen ohne Pflegebedarf [9, 18]. Derzeit leben in Deutschland rund 4,1 Mio. Menschen mit Pflegebedarf sowie 7,9 Mio. mit einer schweren Behinderung [1]. Wenn auch nicht alle pflegebedürftigen Menschen Hilfe bei der Mundpflege benötigen, besteht ein großer Bedarf an Unterstützung. Dabei spielt der veränderte Zahnstatus eine große Rolle. Während 1997 jeder 4. Mensch zwischen 65 und 74 Jahren zahnlos war, galt dies 2016 nur noch für jeden 8. [10, 13, 17, 18]. Im Jahr 2014 lag bei 53,5% der Menschen mit Pflegebedarf Zahnlosigkeit vor, Menschen ohne Pflegebedarf waren dagegen nur zu 26,7% zahnlos [10, 16]. Diese erfreuliche Zunahme von älteren Menschen mit eigenen Zähnen bringt jedoch gleichzeitig neue Herausforderungen auf unterschiedlichen Ebenen mit sich. Es ist unkomplizierter, eine Totalprothese aus dem zahnlosen Mund herauszunehmen und zu putzen, als komplizierten, kombiniert festsitzend-abnehmbaren Zahnersatz, der vielleicht zusätzlich noch implantatgestützt ist, sachkundig im und außerhalb des Mundes zu reinigen. Der professionelle Umgang mit Zähnen und technisch aufwendigem Zahnersatz sollte auch in der Pflege erlernt und beherrscht werden.

Dass die vielfach neu entstehenden Probleme der Mundgesundheit bei dieser Personengruppe verstärkt in den Blick genommen werden, ist auch der zunehmend aufsuchenden zahnmedizinischen Betreuung zu verdanken. Die Initiative zur Entwicklung eines interprofessionellen Expertenstandards zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege ging daher von der Zahnmedizin aus und wurde vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) aufgegriffen.

In diesem Beitrag werden der Entstehungsprozess und die zentralen Empfehlungen des Expertenstandards vorgestellt.

Der Artikel fokussiert die Förderung der Mundgesundheit alter Menschen. Diese Förderung ist eine interprofessionelle Aufgabe, die v. a. die Perspektive der betroffenen Personen in den Blick nehmen muss. Die Besonderheit des Expertenstandards besteht darin, das pflegerische Handeln in den Mittelpunkt zu stellen, ohne die interprofessionelle Perspektive zu vernachlässigen [3].

Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der interprofessionellen Entwicklung

Das neue Pflegeberufegesetz stellt die Erfassung, Organisation, Steuerung und Evaluation des individuellen Pflegebedarfs unter den Vorbehalt von Pflegefachpersonen [2, 21]. Dieser individuelle Pflegebedarf zur Mundgesundheit ist allerdings in einen interprofessionellen Gesamtkontext eingebettet, der auch die zahnärztliche Versorgung umfasst.

Die Begriffe Interprofessionalität und Interdisziplinarität werden unterschiedlich genutzt. Eine Analyse zur Nutzung der Begrifflichkeiten zeigte, dass Begriffe „... wie ‚interdisziplinäre‘ und ‚interprofessionelle‘ Kooperation und Bezeichnungen wie ‚multiprofessionelle Kooperation‘, ‚intra-professionelle Kooperation‘ oder ‚Teamarbeit‘ uneinheitlich, aber zum Teil auch synonym ...“ genutzt werden [14, S. 1].

Der Begriff der Interprofessionalität hat sich in der Gesundheitsversorgung etabliert [15]. So definiert die Weltgesundheitsorganisation [6], dass Interprofessionalität in „... Lehre und Tätigkeit, ... zustande kommt, wenn Fachleute von mindestens zwei Professionen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen im Sinne einer effektiven Kollaboration, welche die Gesundheitsresultate verbessert“. O'Reilly et al. [19] beschreiben hingegen Interdisziplinarität als Konzept, das aus Sicht aller Beteiligten sinnhaft und nachvollziehbar sein muss. Zudem müssen alle Betroffenen an der Entwicklung und Umsetzung beteiligt und in die Implementierung involviert sein sowie die Auswirkungen des Handelns bewerten können [19]. Unter Interdisziplinarität wird im deutschen Kontext allerdings auch die Zusammenarbeit unterschiedlicher rein ärztlicher Disziplinen verstanden.

Die Entwicklung des Expertenstandards „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ wird daher als interprofessionelle Arbeit verstanden, da sowohl Pflegefachpersonen als auch Zahnärztinnen und -ärzte beteiligt sind. Die Herausforderung besteht darin, das pflegerische Handeln interprofessionell zu fokussieren und nicht zahnärztlich zu dominieren.

Zunächst war es erforderlich, relevante Begriffe gemeinsam zu definieren. Dies war insbesondere bei Begriffen wie „Prävention“ und „Prophylaxe“ unverzichtbar. Aus zahnärztlicher Perspektive gehören Früherkennungsuntersuchungen, „... aber auch kleinere Restaurationen (z. B. Füllungen) ...“ zur Sekundärprävention, zahnärztliche Kontrolluntersuchungen u. a. zur Tertiärprävention (Erhaltungstherapie; [3, S. 67]). Die Prophylaxe zielt auf konkrete Maßnahmen im Alltag zur Verhinderung von Erkrankung oder Schädigungen [3, S. 68]. Diese können aber in der professionellen Pflege alter Menschen und in Zahnarztpraxen sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Die professionelle Zahn- und Prothesenreinigung ist beispielsweise als Prophylaxe eine zahnärztlich mit der Patientin oder dem Patienten abrechnungsfähige Leistung, das tägliche Zähneputzen bei Menschen mit Pflegebedarf gehört hingegen zu den prophylaktischen Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses. Für den vorliegenden Expertenstandard wurde der Begriff „Prävention“ gewählt. Damit sollte deutlich werden, dass die Förderung der Mundgesundheit über konkrete prophylaktische Einzelmaßnahmen hinausgeht und als Prävention situations- und kontextbezogen ausgestaltet werden muss. Eine starke Orientierung an den Bedürfnissen der betroffenen Person ist dabei unabdingbar [3, S. 68].

Ziel und Zweck des Expertenstandards zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege

Als Zielsetzung des Expertenstandards ist formuliert: „Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf bei der Durchführung der Mundpflege erhalten ihrem individuellen Bedarf und Bedürfnis entsprechende Unterstützung bei der Erhaltung und Förderung der

Mundgesundheit. Diese erfolgt mit dem Ziel, Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates, Entzündungen, unerwünschten Veränderungen oder Verletzungen von Mund und Mundschleimhaut sowie Komplikationen im Zusammenhang mit Zahnersatz vorzubeugen und bei bestehenden Problemen zu einer Verbesserung der Mundgesundheit und der Funktionalität von Zähnen und Zahnersatz beizutragen“ [3, S. 27]. Der vorliegende Expertenstandard bündelt dazu das aktuell verfügbare Wissen mit dem jeweiligen Evidenzgrad und stellt es zusammen mit den Kommentierungen der Expertinnen- und Expertenarbeitsgruppe für die pflegerische Versorgung zur Verfügung.

Methodisches Vorgehen

Die Entwicklung der Expertenstandards orientiert sich am methodischen Vorgehen des DNQP; der Aufbau des Expertenstandards und die Kommentierungen zu den Standardkriterien folgen dem Verlauf des Pflegeprozesses [4]. Den Beginn der Arbeit markiert stets die Bildung der interprofessionellen Expertinnen- und Expertenarbeitsgruppe und die Erstellung der Literaturstudie.

In dieser Expertinnen- und Expertenarbeitsgruppe arbeiten 12 Pflegendes sowohl aus der Versorgungspraxis als auch der Wissenschaft sowie 5 Zahnärztinnen und Zahnärzte und ein Vertreter der Selbsthilfe zusammen. Das methodische Vorgehen des DNQP sieht bei der Zusammensetzung der Gruppe vor, dass sowohl wissenschaftliche als auch fachpraktische Kompetenz der Mitglieder ausgewogen vertreten sind.

Unter der Leitung der Lehrstuhlinhaberin für Akutpflege führte ein Team der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV), unterstützt durch das wissenschaftliche Team des DNQP, die Literatursuche und -analyse durch.

Die dem Expertenstandard zugrunde liegende Literaturstudie basiert auf insgesamt 19 Leitfragen. Den ersten Schritt bildete die Leitlinienrecherche in den Datenbanken der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), des Guidelines International Network (G-I-N), der International Guideline Library, des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) sowie der

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Ergänzend dazu folgten eine sensitive Recherche in den Datenbanken des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sowie eine Handsuche in Google Scholar mit den Begriffen: „Mundpflege“, „Mundgesundheit“ und „Mundhygiene“ bzw. „oral care“, „oral health“ und „oral hygiene“. Es wurden 106 Leitlinien identifiziert, davon verblieben nach dem Titel- und Abstract-Screening 84 Leitlinien, die ins Volltextscreening einbezogen wurden. Letztlich wurden 18 Quellleitlinien eingeschlossen, die durch 2 unabhängige Rater methodisch (Deutsches Leitlinien-Bewertungsinstrument, DELBI) und inhaltlich analysiert wurden [4, S. 83].

Im Anschluss an die erste Analyse der Quellleitlinien wurden 8 Fragen durch die Expertinnen- und Expertenarbeitsgruppe als besonders relevant eingestuft:

- Welche Maßnahmen zur Prävention werden (settingspezifisch) beschrieben?
- Welche Assessmentinstrumente werden zur Einschätzung der Mundgesundheit beschrieben?
- Welche Maßnahmen werden zum Erhalt und zur Förderung der Mundgesundheit beschrieben?
- Werden Angaben gemacht, welche praxisüblichen Maßnahmen unterlassen/vermieden werden sollten?
- Welche Angaben werden zur mobilen Versorgung gemacht?
- Welche Angaben werden zu hygienischen Bedingungen gemacht?
- Welche Angaben werden zu Edukation, Beratung und Anleitung von betroffenen Personen gemacht?
- Welche Angaben werden zur Evaluation von Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mundgesundheit beschrieben?

Diese klinisch relevanten Fragen wurden in suchtaugliche Fragen umgewandelt, um jeweils eigene Literatursuchen durchzuführen. Ein- und Ausschlusskriterien wurden für jede Suche individuell definiert [3, S. 86–87].

Die methodische Bewertung der Originalliteratur erfolgte anhand der Kriterien des Joanna Briggs Institute (JBI, [8]). Die inhaltliche Analyse erfolgte induktiv und inhaltsanalytisch, geleitet durch die

zugrunde liegenden Fragen. Die methodischen und inhaltlichen Bewertungen wurden für jede Suche durch 2 unabhängige Personen vorgenommen. Die weiteren differenzierten Angaben zur Methodik sind im Expertenstandard hinterlegt [3].

Parallel zur Erarbeitung der Literaturstudie starteten ab März 2019 die Treffen der Expertinnen- und Expertenarbeitsgruppe – zunächst als Präsenztreffen, die mit der fortschreitenden, durch die „coronavirus disease 2019“ (COVID-19) ausgelösten Pandemie durch digitale Treffen ersetzt wurden.

Ergebnisse

Zu den 19 Leitfragen wurden aus den Quellleitlinien und Originalpublikationen Antworten generiert und kategorial gefasst. Dabei konnten Ergebnisse zu folgenden übergeordneten Kategorien formuliert werden:

1. involvierte Personengruppen,
2. Einschätzung der Mundgesundheit durch Assessmentinstrumente,
3. Grundlagen guter Mundpflege (einschließlich der Mundpflege bei Menschen mit Demenz),
4. spezifische Maßnahmen zur Prävention,
5. Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mundgesundheit,
6. Planung der pflegerischen Maßnahmen zur Mundgesundheit,
7. Edukation, Beratung und Anleitung,
8. Evaluation von Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mundgesundheit,
9. Schnittstellen bei Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mundgesundheit,
10. Dokumentation von Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mundgesundheit.

Nachfolgend werden beispielhaft Auszüge aus Empfehlungen zur Einschätzung der Mundgesundheit und zu Grundlagen der speziellen Mundpflege mit Fokus auf die Versorgung alter Menschen vorgestellt.

Assessmentinstrumente

Assessmentinstrumente liegen für spezifische Patientinnen- und Patientengruppen

Tab. 1 Auszug spezieller Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit. (Aus Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [3], S. 55–60])	
Auszug zur Beeinträchtigung der Mundgesundheit bei alten Menschen durch	Spezielle Maßnahmen
Soor/orale Kandidose (Infektion der Mundhöhle durch Pilze der Gattung <i>Candida albicans</i>)	<i>Allgemeine Mundpflege ergänzt durch</i>
	Mehrmals tägl. Zahnpflege mit Zahnpasta und Zahnbürste
	Möglichst Zahnersatz über Nacht trocken lagern
	Ggf. med. Therapie in Absprache mit behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt
	<i>Beachte:</i> Verzicht auf Chlorhexidin
Mukositis (Entzündung der Schleimhaut)	<i>Allgemeine Mundpflege ergänzt durch</i>
	Spülung mit Wasser oder 0,9%iger Kochsalzlösung zur Befeuchtung der Schleimhäute
	Ggf. Eiswürfel lutschen
	Ggf. Spülung mit alkoholfreier Benzylaminlösung
	Zur Schmerzkontrolle ergänzende Pflege in Absprache mit behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt
Gingivitis (Entzündung des Zahnfleisches)	<i>Allgemeine Mundpflege ergänzt durch</i>
	Zahnärztliche Behandlung
Mundtrockenheit	<i>Allgemeine Mundpflege ergänzt durch</i>
	Befeuchtung der Schleimhäute mit Fenchel-, Pfefferminz-, Kamille- oder Salbeitee
	Ggf. mit Kompressen benetzen
	Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
	Ggf. Eiswürfel lutschen
	Ggf. Borken sanft lösen. <i>Cave:</i> nicht abziehen oder reißen
	Nebenwirkung von Medikamenten beachten

pen vor, so z. B. für onkologische Settings, Intensivstationen und Langzeitpflegeeinrichtungen. Für die Versorgung alter Menschen, insbesondere mit kognitiven Beeinträchtigungen, liegen internationale Instrumente vor. In der deutschen Übersetzung ist das Oral Health Assessment Tool (OHAT) zu nennen [5, 11]. Dabei werden der Zustand der Lippen, der Zunge, des Zahnfleisches/der Mundschleimhaut, der Zähne und der Zahnprothese sowie die Speichelproduktion, die orale Sauberkeit, orale Schmerzen und die Funktionsfähigkeit anhand von 3 Schweregraden eingeschätzt.

Grundlagen guter Mundpflege

Basismaßnahmen guter Mundpflege sind in erster Linie die Zahnpflege, die Reinigung der Zahnprothese bzw. des Zahnersatzes sowie die Reinigung der Zunge, der Lippen und der Mundhöhle [3]. Unkooperatives Verhalten kann eine Barriere bei der

Mundpflege sein, insbesondere bei Menschen mit Demenz [12]. Durch die Erhöhung der Motivation der Bewohnerinnen und Bewohner kann abwehrendes Verhalten reduziert werden [20]. Bei Menschen mit Demenz kann das Gefühl der Bedrohung reduziert werden. Maßnahmen werden wie folgt beschrieben [7]:

- Zugang zu Menschen mit Pflegebedarf auf Augenhöhe, im visuellen Feld und lächelnd. Einfache Kommunikation und Komplimente (z. B. über Kleidung) können den Zugang erleichtern.
- Ruhige Umgebung, Privatsphäre schaffen und dem Menschen mit Pflegebedarf Hinweise zum Hintergrund der Interaktion geben (z. B. wird das Waschbecken mit der Mundpflege verbunden).
- Respektvolle Kommunikation, d. h. keine Kindersprache (z. B. Schätzchen, Omi) verwenden, stattdessen höfliche Anweisung für die nächsten Schritte geben.

- Autonomie achten, Selbstpflege anbieten, indem Menschen mit Pflegebedarf zur eigenständigen Tätigkeit motiviert werden, z. B. Anreichen der Zahnbürste statt Durchführung der Zahnpflege.
- Gegebenenfalls Ablenkung durch Singen oder gezielte Gesprächsführung.

Die Mundpflege soll für die Person möglichst in aufrechter Position erfolgen. Dazu werden vorhandene Zahnprothesen entnommen und gereinigt, die Zähne und der Mundraum gesäubert sowie die Schleimhäute im Bedarfsfall befeuchtet [3].

Spezielle Maßnahmen

Bei oralen Pilzkrankungen, Mukositis oder Gingivitis und Begleiterscheinungen wie beispielsweise Mundtrockenheit oder Schmerzen kommen darüber hinaus spezifische Maßnahmen dazu (■ Tab. 1).

Von der Literatur zu Kommentierungen der Standardebenen

Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden durch das wissenschaftliche Team in der Literaturstudie zusammengefasst und den Mitgliedern der Expertinnen- und Expertenarbeitsgruppe zur Verfügung gestellt. Diese formulierten im Anschluss Kommentierungen zu Struktur, Prozess und Ergebnissen entlang der 5 Schritte des Pflegeprozesses. Der eigenständigen Bewertung der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche durch die Expertinnen und Experten kommt eine große Bedeutung zu, denn nicht immer liegen ausreichend evidenzbasierte Befunde für alle Schritte pflegerischen Handelns in der Literatur vor. Deshalb können Empfehlungen auch durch Konsensfindung der Expertinnen und Experten erfolgen. So empfehlen diese über die Ergebnisse der Literatur hinaus, Risiken als Kriterien zum Screening zu berücksichtigen: „Objektiv wahrnehmbarer bzw. subjektiv geäußelter pflegerischer Unterstützungsbedarf/Probleme im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich ...“ [3, S. 32]. Ein entscheidender Schritt zur Umsetzung der gemeinsamen pflegerischen und zahnärztlichen Maßnahmen sind mögliche Kooperationsverträge, z. B. in der stationären Langzeitpflege, die

mit Zahnärztinnen und Zahnärzten abgeschlossen werden können.

Das übergeordnete Ziel von Expertenstandards ist es, sie in unterschiedlichen Versorgungsformen systematisch zu implementieren, um damit einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der pflegerischen Versorgung zu leisten. Vor einer Implementierung steht stets eine Konsentierung der Empfehlungen mit der interessierten Fachöffentlichkeit im Rahmen einer Konsensuskonferenz, die in diesem Fall digital stattfand.

Diskussion

Die Literaturstudie umfasste unterschiedliche Publikationen aller Professionen, die mit der Förderung der Mundgesundheit befasst sind; der Evidenzgrad ist jeweils ausgewiesen [3]. So konnten alle verfügbaren Perspektiven und Informationen aufgenommen werden. Aufgrund der Suchstrategie wurden ursprünglich Maßnahmen zur Vorbeugung von Beeinträchtigungen, zum Erhalt und zur Förderung der Mundgesundheit getrennt gesucht. Es zeigte sich allerdings, dass sich diese Maßnahmen zu einem großen Teil überlappen und in der praktischen Anwendung z. T. nur wenig voneinander unterscheiden. Zudem weist pflegerische Prophylaxe zur Förderung der Mundgesundheit viele Überschneidungen zur häuslichen Mundhygiene auf; die Schnittstellen zur pflegerischen Unterstützung sind nicht immer klar.

Dennoch konnten aus dem Fundus an evidenzbasierten Befunden in einem interprofessionellen Diskurs Kommentierungen zu den Standardebenen des Expertenstandards formuliert werden. Der Fokus lag auf dem pflegerischen Handeln. Aber die zuvor stattgefunden kritische Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten, Definitionen und einer gemeinsamen Bewertung ermöglichte es, Handlungsoptionen aufzuzeigen, die für die jeweils andere Profession anschlussfähig sind und somit die Zusammenarbeit stärken können. Ein gemeinsamer Sprachgebrauch zeichnete sich ab; dies konnte beispielsweise an den Begriffen „Prävention und Prophylaxe“ herausgearbeitet werden. Diese interprofessionelle Arbeit am Expertenstandard soll Pflegefachpersonen unterstützen, die Mundgesundheit pflegebedürftiger Men-

schen zu fördern, den Bedarf an zahnärztlicher Behandlung frühzeitig zu erkennen und zahnärztliche Expertise hinzuzuziehen. Am Beispiel der Gingivitis zeigt sich, dass diese frühzeitige Einbeziehung für die betroffenen Personen erforderlich ist, denn durch gemeinsame Maßnahmen wie Unterstützung bei der Mundhygiene und zahnärztliche Therapie ist die Gingivitis meist reversibel. Eine zuverlässige Einschätzung der Mundgesundheit erfordert allerdings eine differenzierte Einweisung und praktische Schulungen der Pflegefachpersonen [11]. Der Mundgesundheit muss daher ein großer Stellenwert in der Aus- und Weiterbildung zukommen.

Zahnärztliche Angebote wie Hausbesuche können von Pflegefachpersonen initiiert werden. Alte Menschen und Pflegefachpersonen können von den gesetzlich geschaffenen Möglichkeiten zahnärztlicher Präventionsleistungen (Mundgesundheitsstatus, individueller Mundgesundheitsplan, Mundgesundheitsaufklärung – seit 01.07.2018 für alle gesetzlich versicherten Menschen mit zugeordnetem Pflegegrad erbringbar und über die gesetzliche Krankenkasse abrechenbar) oder ganz aktuell (seit 01.07.2021) dem niederschwiligen Zugang zu Parodontitisbehandlungen, profitieren.

Diese interprofessionellen Perspektiven nutzen das Potenzial, dass die WHO zur Interprofessionalität formuliert: „(...) wenn Fachleute von mindestens zwei Professionen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen im Sinne einer effektiven Kollaboration, welche die Gesundheitsresultate verbessert“ [6].

Diese Arbeit macht interprofessionelle Standardempfehlungen für den deutschsprachigen Raum erstmals verfügbar und lenkt den Fokus auf ein für die Pflege alter Menschen hochrelevantes Phänomen.

Fazit für die Praxis

- **Mundgesundheit hat einen elementaren Einfluss auf das Wohlbefinden und die allgemeine Gesundheit alter Menschen, daher kommt ihr ein großer Stellenwert in der pflegerischen Versorgung zu.**
- **Pflegefachpersonen benötigen entsprechende Kompetenzen und die Ressourcen, die Mundgesundheit einschätzen und fördern zu können. Einrichtungsinterne Strukturen müssen es ermöglichen, evidenzbasierte Maßnahmen umzusetzen**

und zahnärztliche Expertise hinzuzuziehen.

- **Erste Schritte sind mit dem Expertenstandard gemacht; weitere müssen folgen. Aktuell wird der Expertenstandard in rund 30 Einrichtungen der stationären Altenhilfe, der ambulanten Pflege und in Krankenhäusern modellhaft implementiert. Es ist zu erwarten, dass weitere Impulse zur Förderung der Mundgesundheit davon ausgehen werden.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Erika Sirsch

Fakultät für Pflegewissenschaft, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
Pallottstr. 3, 56179 Vallendar, Deutschland
esirsch@pthv.de

Danksagung. Die Autorinnen und Autoren danken allen beteiligten Expertinnen und Experten sowie den Teilnehmenden der Konsensuskonferenz für die wertvollen Hinweise und die Konsentierung. Den Studierenden, den Absolventinnen und Absolventen der PTHV sei für die wertvolle Unterstützung im Rahmen ihrer Praktika gedankt.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Sirsch, E. Ludwig, K. Müller, P. Blumenberg, I. Nitschke und A. Büscher geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Destatis Bundesamt Für Statistik (2021) Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2019. In: Bundesamt S (Hrsg) Pflege
2. Deutscher Bundestag (2017) Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz–PfBRefG). In: Bundesgesetzblatt Deutschland
3. Deutsches Netzwerk Für Qualitätsentwicklung in Der Pflege (Dnqp) (2021) Expertenstandard Förderung der Mundgesundheit in der Pflege Sonderdruck. <http://www.dnqp.de> (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück). Zugegriffen: 19.02.2022
4. Deutsches Netzwerk Für Qualitätsentwicklung in Der Pflege (Dnqp) (2019) Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards
5. Fjeld KG, Eide H, Mowe M et al (2017) Dental hygiene registration: development, and reliability and validity testing of an assessment scale designed for nurses in institutions. J Clin Nurs 26:1845–1853

6. Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health (2010) Framework for action on interprofessional education & collaborative practice (World Health Organisation (WHO))
7. Jablonski RA, Therrien B, Mahoney EK et al (2011) An intervention to reduce care-resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study. *Spec Care Dentist* 31:77–87
8. Joanna Briggs Institut (2021) CRITICAL APPRAISAL TOOLS. In: JBI's critical appraisal tools assist in assessing the trustworthiness, relevance and results of published papers. Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia, Adelaide
9. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (K Z B V), Bundeszahnärztekammer (B Z Ä K) (2016) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMSV) – Kurzfassung
10. Kerschbaum T (2006) Zahnverlust und prothetische Versorgung. In: Micheelis W, Schiffler U, Zahnärzte Id D (Hrsg) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMSIV). Materialienreihe, Bd. 31. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln, S 354–373
11. Klotz AL, Zajac M, Ehret J et al (2020) Development of a German version of the oral health assessment tool. *Aging Clin Exp Res* 32:165–172
12. Le Laura PD, Limeback H, Locker D (2012) Improving residents' oral health through staff education in nursing homes. *Spec Care Dentist* 32:242–250
13. Lenz E (1999) Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei Senioren (65–74 Jahre): Zahnprothetischer Status bei den Senioren. In: Micheelis W, Reich E (Hrsg) Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMSIII). 1997, Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland. Deutscher Zahnärzteverlag DÄV, Köln, S 385–411
14. Mahler C, Gutmann T, Karstens S et al (2014) Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxi. *GMSZ Med Ausbild* 31:1–10
15. Matter M (2018) Interprofessionalität oder Loblied auf eine gemeinsame Kultur. *Schweiz Ärzteztg* 99:1521
16. Nitschke I, Jordan R, Nitschke S et al (2018) Pflegebedürftigkeit im zahnmedizinischen Kontext. *Z Senioren-Zahnmed* 6:7–15
17. Nitschke I, Stark H (2016) Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren (75- bis 100-Jährige): Zahnverlust und prothetische Versorgung. In: Jordan R, Micheelis W (Hrsg) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln, S 517–548
18. Nitschke I, Stark H (2016) Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige): Zahnverlust und prothetische Versorgung. In: Jordan RWM, IdDZI (Hrsg) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln, S 416–451
19. O'Reilly P, Lee SH, O'sullivan M et al (2017) Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS ONE* 12:e177026
20. Stein PS, Henry RG (2009) Poor oral hygiene in long-term care. *Am J Nurs* 109:44–50 (quiz 51)
21. Weidner F (2021) Vorbehaltsaufgaben in der Praxis – Vorbehaltsaufgaben in der Praxis. *Schwed Pfleg* 60:20–25

Promotion of oral health in nursing—An interprofessional expert standard

Background: People in need of care or with severe disability have a worse oral health status compared to people without these needs. The increasing number of older people who are able to keep their own teeth requires specific steps to support oral health. Whereas in 1997 1 in 4 people between 65 and 74 years of age was toothless, in 2016 this figure had risen to 1 in 8. Special challenges in oral care arise for older people and people with dementia. The management requires an interprofessional approach.

Objective: Interprofessional development of an expert standard for the promotion of oral health by nurses and a focus on older people.

Methods: The expert standard is based on a systematic literature analysis. Based on this, members of an interprofessional expert working group consisting of nurses, dentists and a representative of those affected formulated recommendations to promote oral health of people in need of care.

Results: The interprofessional approach defines the selection of the guiding questions for the literature search, the evaluation of the literature and the formulation of the recommendations. Interventions to maintain and promote oral health were identified for the guiding questions of the expert standard, for example, in cases of oral fungal diseases, mucositis, gingivitis or accompanying symptoms, such as dry mouth and pain.

Discussion: Interventions to promote oral health of people in need of care or with severe disability could be focused more deeply within the nursing profession and formulated by an interprofessional group to guide their actions.

Keywords

Oral care · Prevention · Dementia · Evidence-based care · Quality development in Nursing care