

Zahn- und Mundhygiene bei Schwerstpflegebedürftigen

Richtig putzen: Zahn für Zahn

Bei der Mund- und Zahnpflege sind schwerstpflegebedürftige Patienten auf professionelle Unterstützung angewiesen. Aber sie wird häufig vernachlässigt. Das ist umso dramatischer, da die orale Gesundheit eng mit der Vermeidung von Lungenentzündungen, einer der häufigen Todesursachen bei Schwerstpflegebedürftigen, korreliert.



Physiologische Mundflora erhalten

Oberstes Ziel der Zahn- und Mundhygiene ist die Schmerz- und Infektionsprophylaxe. Damit leistet sie einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden der Patienten und zu mehr Lebensqualität. Die Mundschleimhaut beispielsweise erfüllt eine wichtige Barrierefunktion. Eine trockene, dünne, atrophische Schleimhaut kann brennen und hypersensibel auf Reizungen reagieren, Mikroverletzungen sind daher Eintrittspforten für Erreger. Deshalb muss die Mundschleimhaut feucht gehalten werden. Zudem lässt im Alter und als Nebenwirkung zahlreicher Medikamente die Speichelproduktion nach und sollte daher angeregt werden. Und um Karies und Parodontitiden vorzubeugen, müssen die Zähne belagsfrei sein. Auch wenn die Patienten nicht mehr oral, sondern über eine Magensonde (PEG-Sonde) oder Dünndarmsonde (PEJ-Sonde) ernährt werden, muss eine Zahn- und Mundpflege durchgeführt werden, um eine physiologische Mundflora aufrechtzuerhalten. Diese beugt nicht nur Entzündungen vor, sondern auch Mundgeruch.

Darüber hinaus besteht ein enger Zusammenhang zwischen oraler Gesundheit und dem Auftreten von Lungenerkrankungen. Als gesichert gilt, dass eine Verbesserung der Mundhygiene das Auftreten und Fortschreiten von Lungenerkrankungen bei Schwerstpflegebedürftigen reduziert. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn man beachtet, dass Lungenentzündungen eine der häufigsten Todesursachen bei Schwerstpflegebedürftigen sind.

Zugang zur Mundhöhle

Die Mundhöhle ist ein sehr intimer Bereich, Pflegenden sollten sensibel und behutsam vorgehen. Die Zahnpflege wird bei einem sitzenden Patienten von hinten, bei einem Liegenden von der Seite durchgeführt. Ein „Stochern“ von vorn ist obsolet.

Sitzender Patient: Der Patient sitzt vor dem Waschtisch auf einem Stuhl. Die sitzende Position hat den Vorteil, dass der Patient nicht so schnell ermüdet.

KEYWORDS

Mundschleimhaut
Zahnplaque
Mundflora
Karies
Parodontitiden

Mundpflege bei schwerstpflegebedürftigen Pflegeheimbewohnern ist mühsam und kann auf Abwehr bei den Patienten stoßen. Nicht selten fürchten Pflegenden, etwas falsch zu machen. Dabei sollte gerade Pflegepersonal mit der Zahn-, Mund- und gegebenenfalls auch Zahnersatzpflege vertraut und sich der enormen Bedeutung von regelmäßiger Zahn- und Mundpflege bewusst sein, zumal Pflegebedürftige nur noch selten in eine Zahnarztpraxis gebracht werden.

Dass in Pflegeeinrichtungen bei der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege große Defizite bestehen, wurde inzwischen durch zahlreiche Studien belegt. In der ambulanten Pflege sind die Pflegedefizite vermutlich noch viel stärker ausgeprägt. Zudem gibt es kaum wissenschaftliche Untersuchungen über Mundhygienekonzepte für diese Patientengruppe. Selbst in der Altenpflegeausbildung wird nur wenig auf die Zahn- und Mundhygiene eingegangen.

Der Pflegende steht hinter dem Klienten und umfasst dessen Kopf mit dem linken Arm. Der Kopf wird so durch Arm und Oberkörper des Pflegenden gestützt. Mit dem rechten Arm wird die Zahnpflege durchgeführt. In behinderten- und altengerechten Bädern kann der Badspiegel geneigt werden, so dass die Zahnpflege beobachtet werden kann.

Liegender Patient: Häufig können Schwerstpflegebedürftige nicht richtig schlucken. Es besteht eine erhöhte Aspirationsgefahr. Daher sollte der Oberkörper erhöht gelagert werden. Beim liegenden Patienten wird für die Zahn- und Mundhygienemaßnahme das Kopfteil des Pflegebetts hoch gestellt. Bei Bedarf kann die gesamte Liegefläche des Pflegebetts nach oben gefahren werden. Das Bett gehört zur Privatsphäre des Patienten. Wenn nun in diese Privatsphäre eingedrungen wird, sollte sehr sensibel und einfühlsam vorgegangen werden.

Der Pflegende steht, sitzt oder kniet mit einem Bein rechts (vom Patienten aus gesehen) neben dem Patienten auf dem Bett, um möglichst nahe an den Kopf heranzukommen. Der linke Arm umfasst und stützt den Kopf. Gegebenenfalls kann mit der linken Hand die Wange abgehalten werden (Einmalhandschuhe anziehen). Die rechte Hand führt die Putzbewegungen durch. Falls eine Hochlagerung des Oberkörpers nicht möglich ist, sollte der Patient in Seitenlage gedreht werden, um Aspirationen zu vermeiden.

Patienten mit eingeschränktem Bewusstsein oder im Wachkoma: Die Zahn- und Mundpflege sollte dem Patienten zunächst „angekündigt“ werden. Die erste Kontaktaufnahme erfolgt über die rechte Hand des Patienten mit der linken Hand des Pflegenden. Diese Hand gleitet unter Körperkontakt über den Arm, die Schulter, Kieferwinkel um den Mund des Patienten. Damit ist das „Begrüßungsritual“ abgeschlossen. Der Patient spürt, dass nun mit der Zahn- und Mundpflege begonnen wird.

Ablauf der Mund- und Zahnpflege

Im Idealfall beginnen die Pflegemaßnahmen mit der Inspektion der Mundhöhle. Hilfreich ist eine kleine Taschenlampe, sie ist besser geeignet als eine Stirnlampe, die den Patienten häufig blendet. Gegebenenfalls werden Prothesen entfernt. Mit Mundspatel, dem Griff eines Esslöffels oder dem Zahnbürstengriff werden die Wangen abgehalten – jetzt wird der Mundraum kontrolliert:

- Blutet es irgendwo?
- Sind farbliche Veränderungen sichtbar (weißlich, gelblich, dunkelrot)?
- Sind Schwellungen erkennbar?
- Zeigt der Patient Abwehr, die er sonst nicht zeigt?
- Was zeigt sich unter der Zunge, dem Zungenrand, dem Zungenrund?

Zur Zahnpflege werden nur Zahnbürsten mit weichen Borsten verwendet, um Verletzungen der meist atrophischen Mundschleimhaut zu vermeiden. Falls es von den Patienten toleriert wird, spricht auch nichts gegen elektrische Zahnbürsten. Mund-

Die Bedeutung der zahnmedizinischen Versorgung schwerstpflegebedürftiger Pflegeheimbewohner wird häufig unterschätzt.

HILFSMITTEL

Absaugzahnbürsten sind für Patienten mit sehr hohem Aspirationsrisiko geeignet. Sie werden an Absauggeräte, die auf jeder Pflegestation vorhanden sind, über einen Schlauch angeschlossen. Die Bürstengriffe sind hohl, so dass die gelösten Beläge über eine Öffnung am Borstenfeld abgesaugt werden können.

Mundpflegefingerlinge aus Mikrofaser werden über den Finger gestülpt. Damit lassen sich das Vestibulum und die Außenflächen der Zähne reinigen. Sie sind für eine Zahnreinigung „zwischen durch“, für die Entfernung von Speiseresten und das Befeuchten von trockener Wangenschleimhaut geeignet. Sie ergänzen das Zähneputzen mit einer Zahnbürste, ersetzen dieses aber nicht, da sie den Biofilm nicht entfernen können. Diese Fingerlinge sind nur geeignet für Patienten ohne Beißreflex.

Mundsperrer werden zwischen die Zahnreihen geschoben und eignen sich für Patienten, die entweder den Mund nicht offen halten können oder ständig unwillkürlich zusammenbeißen. Es gibt Schaumstoffaufbissblöcke, die auch mehrmals verwendet werden können. Eine Aufbissbank mit seitlichen Flügeln, die ein Abrutschen verhindern, hat sich ebenso bewährt. Gummikeile, die man Patienten früher während eines epileptischen Anfalls zwischen die Zahnreihen geschoben hat, eignen sich ebenfalls. Praktikabel sind die großen Absaugkanülen aus der Zahnarztpraxis. Diese können sicher gehalten werden, sind breit genug, um den Kiefer ausreichend zu sperren und verursachen keine Verletzungen der Zähne oder der Weichteile. Ungeeignet sind sämtliche Mundsperrer aus Metall, die für kieferchirurgische Behandlungen in Narkose entwickelt wurden. Völlig abzulehnen ist, die Wange des Patienten zwischen die Oberkiefer- und Unterkieferzahnreihen zu schieben. Dies kann schlechtheilende und schmerzhafte Bissverletzungen der Wangenschleimhaut zur Folge haben. Ebenfalls obsolet ist es, die Nase des Patienten zuzuhalten, bis dieser „freiwillig“ den Mund öffnet. Öffnet der Patient seine Zahnreihen nicht, sollten wenigstens die Außenflächen regelmäßig gereinigt werden. Immerhin wird somit ein Drittel der zugänglichen Zahnoberflächen erreicht, zu dem gelangen Fluoride in die Mundhöhle.

Zahn- und Mundhygiene leistet einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden der Patienten und damit zu mehr Lebensqualität.

Oberstes Ziel der Zahn- und Mundpflege ist die Schmerz- und Infektionsprophylaxe.

duschen sind nicht empfehlenswert, da diese leicht einen Würgereiz auslösen, wenn der Strahl versehentlich zum weichen Gaumen gerichtet wird. Auch lässt sich der Biofilm (Zahnplaque) nur mechanisch, das heißt nur mit einer Bürste entfernen. Der Wasserstrahl der Munddusche genügt nicht.

Als erstes werden die Zahnaußenflächen der oberen linken Kieferhälfte, danach die der unteren linken Kieferhälfte, die Außenflächen der unteren Frontzähne und dann die Zahnaußenflächen der rechten unteren Kieferhälfte gereinigt, zum Schluss die Außenflächen der oberen rechten Kieferhälfte und der Oberkieferfrontzähne. Nun folgen die Innenflächen. Diese sind am schwierigsten zu reinigen. Auch hier wird die oben beschriebene Reihenfolge links oben – links unten – Front unten – rechts unten – rechts oben – Front oben eingehalten. Zuletzt werden die Kauflächen mit dieser Systematik gereinigt. Die Bewegungen der Bürste sind dabei klein, kreisend oder rüttelnd. Nicht mit großen Bewegungen die gesamte Zahnreihe schrappen, sondern Zahn für Zahn.

Falls möglich, kann der Patient den Mund nach der Zahnreinigung ausspülen. Ein Nasenausschnittsbecher und eine Nierenschale ermöglichen dies auch dem Liegenden. Kann der Mund nicht ausgespült werden, sollte keine schäumende Zahnpasta verwendet werden. Stattdessen wird die Zahnbürste abwechselnd mit einem Fluoridkonzentrat oder einer Chlorhexidin (CHX)-Lösung, einem CHX-Gel oder auch nur mit Wasser befeuchtet.

Mundschleimhaut feucht halten

Mundatmung und herabgesetzte Speichelproduktion führen zu trockenen Schleimhäuten. Glycerinstäbchen oder Lemonsticks dienen der Benetzung der Schleimhäute, sind allerdings für die Biofilmentfernung ungeeignet. Sie wirken wasserentziehend und sollten nur kurzfristig, zum Beispiel auf einer Akut-Intensivstation, eingesetzt werden. Speichelersatzmittel und Feuchthaltemittel dürfen nicht zu sauer sein, da sie sonst entmineralisierend wirken. Die meisten dieser Präparate besitzen keinen keimreduzierenden Effekt und sind zudem teuer. Dagegen ist die keimreduzierende Wirksamkeit von CHX-Lösungen und -Sprays gut untersucht, sie sollten aber keinen Alkohol enthalten. Dexpanthenol-Präparate werden insbesondere bei Entzündungen und Schleimhautläsionen empfohlen.

Auch zuckerfreier Tee oder entsprechendes Öl bieten sich zum Feuchthalten der Schleimhäute an. Salbei- und Kamillentee wirken desinfizierend. Mit einer mit Mull umwickelten Klemme kann die Schleimhaut ein- bis zweimal stündlich benetzt werden. In der Literatur werden auch Sonnenblumen- oder Rapsöl, Milch oder Wasser zur Benetzung der Schleimhaut empfohlen. Eine Salz-Bikar-

bonat-Lösung (je ½ bis 1 Teelöffel auf 1 Liter Wasser) wirkt schleimlösend und verhindert Verkrustungen. Insgesamt scheint wohl weniger das Mittel über den Erfolg einer Mundspülung zu entscheiden, als die Häufigkeit der Anwendung.

Zur Applikation von Lösungen eignen sich Zerstäuber, die immer wieder aufgefüllt werden können, Schaumstoffschwammapplicatoren oder Wattestäbchen, die mit dem gewählten Präparat angefeuchtet werden. Ebenso eignet sich eine Klemme mit Tupfer. Der Tupfer muss so eingeschlagen werden, dass die Enden der Klemme vom Tupfer abgedeckt werden und die Schleimhaut nicht verletzen können.

Hartnäckige Verkrustungen auf der Zunge (Borsten) lassen sich mit Butter, Bepanthenalbe oder CHX-Gel lösen und nach kurzer Einwirkzeit mit einem stabilen Zungenreiniger entfernen. Den Zungenreiniger dabei zur Vermeidung von Würgereizen und zum besseren Abtransport der Verkrustungen vom Zungenrücken zur Zungenspitze führen. Vaseline oder entsprechende Fettstifte beugen einer Austrocknung der Lippen vor.

Basale Stimulation unterstützt

Eine interessante Ergänzung zur Zahn- und Mundhygiene bietet das Konzept der Basalen beziehungsweise Oralen Stimulation. Bei der Basalen Stimulation wird davon ausgegangen, dass auch Patienten im Wachkoma noch eine gewisse Wahrnehmungsfähigkeit besitzen, die gezielt gefördert werden kann. Ein Teil aus diesem Therapiekonzept ist die Orale Stimulation, bei der über die Geschmacksstimulation Zugang zum Patienten gesucht wird. Ziele sind die Stimulation des Speichelflusses, die Förderung der Mundöffnung und die Anregung von Schluckbewegungen – Ziele, die auch aus zahnmedizinischer Sicht zu befürworten sind.

Zucker vermeiden

Wird Zucker in die Mundhöhle gebracht, sinkt der pH-Wert im Speichel. Kariesbakterien verstoffwechseln den Zucker zu Säuren. Die Zahnoberflächen werden entmineralisiert. Beim gesunden Menschen dauert es etwa 20 bis 30 Minuten, bis ein „ungefährlicher“ Säuregehalt in der Mundhygiene wiederhergestellt ist und in die Zahnoberflächen wieder Mineralien aus dem Speichel eingelagert werden. Bleiben Entmineralisierung und Remineralisierung im Gleichgewicht, entsteht keine Karies.

Bei Mundtrockenheit beziehungsweise verringertem Speichelfluss dauert die Wiederherstellung eines „ungefährlichen“ pH-Werts im Speichel viel länger. Somit ist das Kariesrisiko bei diesen Patienten enorm hoch. Daher sollten die täglichen Zuckerpulse (Süßigkeiten, aber auch mit Zucker gesüßte Getränke) reduziert werden. Häufig enthalten auch

Fazit für die Pflege

- Zahnärztliche Betreuung findet für Schwerstpflegebedürftige nicht oder zu selten statt. Deshalb sollten Pflegende mit der Zahn-, Mund- und gegebenenfalls auch Zahnersatzpflege vertraut sein.
- Durch die regelmäßige Zahnpflege wird die gesamte Mundmotorik gelockert. Dadurch lässt sich die Zahnpflege immer leichter durchführen.
- Der Erhalt einer physiologischen Mundflora gehört zu den wichtige Präventivmaßnahme in der Pflege, die keinesfalls vernachlässigt werden darf.

Eindickungsmittel, die bei Dysphagie verwendet werden, als Inhaltsstoff Maltodextrin (ein Kohlenhydratgemisch), das ebenfalls Karies verursachende Wirkung hat.

Auch wenn die tägliche Zahn- und Mundhygiene bei Schwerstpflegebedürftigen sehr mühsam ist: Die Erfahrung zeigt, dass sich die gesamte Mundmotorik durch die regelmäßige Zahnpflege lockert und sich die Zahnpflege so immer leichter durchführen lässt, insbesondere, wenn die Zahn- und Mundpflege – gleichgültig, wer sie durchführt – stets nach dem gleichen Schema abläuft und somit zum Ritual wird.



Dr. med.dent. Guido Elsaßer

Mitglied im Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg
Schlossberg 35, 71394 Kernen
praxis@dr-guido-elsaesser.de