



Konzept der ZKN zur

Betreuung von Pflegebedürftigen

im Rahmen von Kooperationsverträgen



Problemfelder:

- *oralprophylaktische* Betreuung in Heimen unzureichend
- unzureichende Routinen für aufsuchende Betreuung
- unzureichende Honorierung
- Zeitmangel / Pflegekräftemangel
- unzureichende Ausbildung des Pflegepersonals
- Erwartungen der Patienten (noch) sehr gering



Teamwerk - Projekt (IDZ-Information 4/2009):

Gründe für Mundpflege in der Pflege:

- Zahnersatz nach Verlust irgendwann nicht mehr möglich wegen abnehmender Adaptationsfähigkeit
- orale Bakterien bei Verschlucken lebensbedrohlich
- psychische Bedeutung der Ernährung
- Behandlung akuter Schmerzen ist schwierig zu organisieren
- Die Anzahl demenziell Erkrankter und ihre Lebenserwartung steigt

Teamwerk - Projekt
„Duales Modell“
beweist, dass es geht:



- Bei 76 % konnte die Mundpflege signifikant verbessert werden
- Es traten 65 % weniger akute Schmerzen auf und
- es wurden 70 % weniger Zähne entfernt.

Teamwerk - Projekt (IDZ-Information 4/2009):
Komponenten „Duales Modell“:

Modul Prävention

- Schulungen für Pflegekräfte und
- mobile Prophylaxe (2 – 4 x jährlich)

Modul Therapie

- Dezentral („Patenzahnärzte“)



Betreuungsziele? (☞ Verweildauer 16 Monate)

„den Lebensumständen der Patienten Rechnung tragen“

Mundgesundheitsbezogene

Lebens-

Qualität

- Abwesenheit von Schmerz
- Kau- und Schmeckfunktion
- soziale Teilhabe

Verminderung beschwerdeorientierter

Inanspruchnahme - **Altersvorbereitung**

- **Betreuingsroutine**

- **Mund- u. Prothesenhygiene**

Bei Demenz?



Änderungsimpuls durch Gesetzgeber:

- **Kooperationsvertrag** (Details s. KZVN)
 - ➔ definiert die **Mindestanforderungen**
- Unverbindliches **Kammerkonzept** (ZKN)
 - ➔ möchte **Erfolge** wahrscheinlich machen
 - ➔ gibt **Hilfestellungen für Engagierte**
 - ➔ ist **offen für Weiterentwicklungen**



Verpflichtungen des Zahnarztes

(gemäß Kooperationsvertrag):

- Bis zu 2x jährliche Untersuchungen aller Teilnehmenden mit Dokumentation von Mund- und Mundpflegebefunden auf vorgeschriebenem Formblatt, bei Neuaufnahmen zeitnah (innerhalb von 8 Wochen)
- Koordination von Betreuungs- und Behandlungsnotwendigkeiten (bei interferierenden Allgemeinerkrankungen auch konsiliarische Gespräche) mit Zahnärzten/-kliniken, Ärzten, Apothekern, Pflegeleitung
- Hinweise/Anleitung zur (individuellen) Zahn-, Mund-, und Prothesenpflege für die Patienten und die pflegerisch Zuständigen



Verpflichtungen der Pflegeeinrichtung

(gemäß Kooperationsvertrag):

- Die Pflegeeinrichtung informiert den Zahnarzt über den Personenkreis, der die Betreuung wünscht.
- Sie schafft die organisatorischen Rahmenbedingungen für eine regelmäßige Betreuung (Ansprechpartner, Zugang, Räumlichkeiten, Behandlungsunterlagen und Kontaktdaten zu Ärzten und Betreuern soweit erforderlich)
- Nimmt Informationen des Kooperationszahnarztes insbesondere über Maßnahmen zum Erhalt der Mundgesundheit entgegen
- Das Personal nimmt an theoretischen und praktischen Anleitungen teil und setzt Vorschläge und Hinweise zur Mundgesundheitsförderung um.



Befragung über **Erfahrungen** nach Abschluss von Kooperationsverträgen (09/2015; n=56):

- bessere Regelmäßigkeit/Strukturiertheit/Intensität der Betreuung (7)
- bessere Vorbereitung der Besuche durch das Heim (5)
- bessere Vergütung/mehr Zeit (5)
- man erreicht mehr Patienten (3) und mehr für die Patienten (2)
- mehr Koordinationsaufwand/ Bürokratie (5)

Typische **Hürden** beim Zustandekommen:

- Einverständnis der Angehörigen/Betreuer (21),
- Logistik, z.B. Vorbereitung der Besuche durch das Heim (18)
- Raumausstattung/Technik/Hygiene (15)
- Die Kontaktaufnahme zu den Bewohnern wurde kaum (2) als Hürde empfunden.

Leitbogen für die Heimbetreuung

Einrichtung: _____ Tel: _____

Kooperationszahnarzt: _____

Hilfsmittel (optional):

Erst-Gespräch mit Heimleitung

Termin: _____

Heim- Fragebogen

Erstuntersuchung der Bewohner

Termin: _____

Vortrag 0 (+A)

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Zahnärztlicher Befundungsbogen

MLQ- Fragebogen

Schulung - Mitarbeiter

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Helfer- Fragebogen

Vortrag A (+B)

Mundhygiene - Schulung
Bewohner + Mitarbeiter
mit individueller Pflegeeinweisung

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Prophylaxe-
Anweisung

Vortrag B

Nachuntersuchung der Bewohner:

Zahnärztlicher
Befundungsbogen

Heim-Fragebogen

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____ Tel: _____

1. Wie viele Bewohner zählt Ihre Einrichtung _____

2. Wird bei einer Neuaufnahme

nach dem Hauszahnarzt

nach vorhandenem Zahnersatz gefragt?

3. Werden/wird von den Pflegekräften bereits

- Mundhygienemaßnahmen regelmäßig durchgeführt dokumentiert ?

- Prothesenpflege regelmäßig durchgeführt dokumentiert ?

4. Werden Bewohner/Angehörige/Betreuer informiert, wenn neue Zahnpflegemitt

anzuschaffen sind? Ja Nein

5. Werden in Ihrer Einrichtung Seminare zur Mundpflege durchgeführt?

Nein Ja Regelmäßig Wann zuletzt _____

6. Sehe Sie Bedarf für eine Verbesserung der Mund- und Prothesenpflege?

Ja Nein

7. Bemerkungen/Wünsche/Anregungen:

Leitbogen für die Heimbetreuung

Einrichtung: _____ Tel: _____

Kooperationszahnarzt: _____

Hilfsmittel (optional):

Erst-Gespräch mit Heimleitung

Termin: _____

Heim- Fragebogen

Erstuntersuchung der Bewohner

Termin: _____

Vortrag 0 (+A)

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Zahnärztlicher Befundungsbogen

MLQ- Fragebogen

Schulung - Mitarbeiter

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Helfer- Fragebogen

Vortrag A (+B)

Mundhygiene - Schulung Bewohner + Mitarbeiter mit individueller Pflegeeinweisung

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Prophylaxe- Anweisung

Vortrag B

Nachuntersuchung der Bewohner:

Zahnärztlicher Befundungsbogen



Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen

Anlage 2: Formblatt, auch als Beitrag zum Pflegeplan:
Zahnärztliche Information und Pflegeanleitung

Vorname, Nachname	Einrichtung	Datum der Untersuchung
Status Befund/Versorgung Oberkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: small;">Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</p> </div>	Bedarf Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege <div style="text-align: right;"> Keine <input type="checkbox"/> Teil <input type="checkbox"/> Voll <input type="checkbox"/> </div> Pflegebedarf Zähne reinigen (2 x/Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch* <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste* <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2 x/Tag) _____ <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1 x/Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1 x/Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1 x/Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2 x/Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ x/Tag Sonstiges _____ x/Tag	Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Hauszahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____
Zustand Pflege Zähne 😊 😐 ☹️ _____ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️ _____ Zahnersatz 😊 😐 ☹️ _____	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnentfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>	

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt



Gemäß Dokumentationsformblatt werden dabei in einfacher Weise

1. Zahn- und Schleimhaut- Befund und Versorgung, aber auch der Pflegezustand dokumentiert
2. der wünschenswerte präventive Betreuungsbedarf und das Ausmaß erforderlicher Fremdhilfe beschrieben
3. erforderlicher Behandlungsbedarf notiert
4. der erforderliche Koordinationsbedarf notiert, um die oralpräventive Betreuung zu verbessern und wenn erforderlich, eine Behandlung zeitnah zu gewährleisten.



- Ausgehend hiervon sollen die pflegerisch Zuständigen patientenbezogene Hinweise/Anleitungen zur Zahn, Mund- und Prothesenpflege erhalten.
- Je nach Bedarf (z.B. bei Xerostomie, interferierenden Allgemeinerkrankungen, zur Verbesserung gesundheitsförderlicher Strukturen und Abläufe) sind koordinierende bzw. konsiliarische Gespräche mit Pflegeleitung, Ärzten, Apothekern etc. zu führen.

Recht auf freie Arztwahl!

Leitbogen für die Heimbetreuung

Einrichtung: _____ Tel: _____

Kooperationszahnarzt: _____

Hilfsmittel (optional):

Erst-Gespräch mit Heimleitung

Termin: _____

Heim- Fragebogen

Erstuntersuchung der Bewohner

Termin: _____

Vortrag 0 (+A)

Ansprechpartner: _____

Zahnärztlicher Befundungsbogen

Telefon: _____

MLQ- Fragebogen

Schulung - Mitarbeiter

Termin: _____

Helfer- Fragebogen

Ansprechpartner: _____

Vortrag A (+B)

Telefon: _____

Mundhygiene - Schulung
Bewohner + Mitarbeiter
mit individueller Pflegeeinweisung

Termin: _____

Prophylaxe-
Anweisung

Ansprechpartner: _____

Vortrag B

Telefon: _____

Nachuntersuchung der Bewohner:

Zahnärztlicher
Befundungsbogen

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ)

für Bewohner/in _____

Datum: _____

	sehr oft 4	oft 3	ab und zu 2	selten 1	nie 0
1. Hatten Sie vergangenen Monat Schmerzen im Mundbereich?					
2. Hatten Sie im vergangenen Monat Schwierigkeiten beim Kauen von Nahrungsmitteln auf Grund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?					
3. Hatten Sie im vergangenen Monat den Eindruck, Ihr Essen war geschmacklich weniger gut auf Grund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?					
4. Haben Sie sich im vergangenen Monat wegen des Aussehens Ihrer Zähne oder Ihres Zahnersatzes unwohl/unbehaglich gefühlt?					
5. Ist es Ihnen im vergangenen Monat schwer gefallen, Ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen auf Grund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz?					

Leitbogen für die Heimbetreuung

Einrichtung: _____ Tel: _____

Kooperationszahnarzt: _____

Hilfsmittel (optional):

Erst-Gespräch mit Heimleitung

Termin: _____

Heim- Fragebogen

Erstuntersuchung der Bewohner

Termin: _____

Vortrag 0 (+A)

Ansprechpartner: _____

Zahnärztlicher Befundungsbogen

Telefon: _____

MLQ- Fragebogen

Schulung - Mitarbeiter

Termin: _____

Helfer- Fragebogen

Ansprechpartner: _____

Vortrag A (+B)

Telefon: _____

**Mundhygiene - Schulung
Bewohner + Mitarbeiter**
mit individueller Pflegeeinweisung

Termin: _____

Prophylaxe-
Anweisung

Ansprechpartner: _____

Vortrag B

Telefon: _____

Nachuntersuchung der Bewohner:

Zahnärztlicher
Befundungsbogen



Mitarbeiterfortbildung - Motivationsansatz

1. Schulung interaktiv gestalten

- durch Fragen oder
- mittels Fragebogen

2. Beiderseitige Kompetenzen anerkennen

- Zahnärzte = Weltmeister in Prävention
- Pflegende = Experten beim Umgang mit körperlichen und geistigen Einschränkungen

Helfer-Fragebogen „Gesunde Zähne“

Sehr geehrte Patienten-Helfer/innen!

Wir bedanken uns bereits im Voraus dafür, dass Sie sich so für die Mundgesundheit der Ihnen Anvertrauten engagieren!

Gesunde Zähne ein Leben lang – das wünschen wir uns alle.

Daher zunächst ein paar Fragen dazu, wie **Sie selber** darüber denken:

1. Wie wichtig sind für Sie eigene, gesunde Zähne? Bitte geben Sie an, wie weit die folgenden Aussagen für Sie zutreffen:	trifft voll zu	teils, teils	trifft gar nicht zu
Gesunde eigene Zähne sind für mich ein wesentliches Stück Lebensqualität.			
Um meine eigenen Zähne zu erhalten, würde ich auch großen Aufwand nicht scheuen.			
Bevor die Zahnerhaltung zu aufwendig wird, trenne ich mich lieber von meinen Zähnen.			
Wenn sie schöner würden als meine eigenen, dann hätte ich gerne auch „falsche“ Zähne.			
Hauptsache, ich habe keine Schmerzen.			
Wenn mein Zahnfleisch blutet, fühle ich mich nicht gesund.			
Zahnfleischbluten ist in gewissem Umfang normal.			

2. Welche Mittel benutzen Sie wie oft für Ihre eigene Mundhygiene? (Mehrere Antworten möglich!)	monatl.	wöchentl	2-3x/Wo	tägl.	2xtägl	öfter
<input type="checkbox"/> Handzahnbürste						
<input type="checkbox"/> Elektrische Zahnbürste						
<input type="checkbox"/> Medizinische Zahnhölzchen						
<input type="checkbox"/> Zahnseide						
<input type="checkbox"/> Zwischenraumbürstchen						
<input type="checkbox"/> Mundspüllösungen						
<input type="checkbox"/> Fluoridkonzentrate (Gele)						
<input type="checkbox"/> Xylit (Zahnpflege-) Kaugummis						
<input type="checkbox"/> Andere:						

Nun ein paar Fragen zu Ihrer Mundpflege-Arbeit mit den **Bewohnern**:

	ja	nein	Bemerkungen /Beispiele (keine Namen!)
1. Steht Ihnen für eine gründliche Mundpflege bei den Patienten ausreichend Zeit zur Verfügung?			
2. Haben Sie Patienten, die sich nicht helfen lassen?			
3. Unterscheiden Sie zwischen Patienten mit - selbstständiger Zahnpflege, - unterstützter Zahnpflege und - Fremdzahnpflege?			
4. Sind für die Patienten individuelle Mundpflegepläne vorhanden und werden beachtet?			
5. Erfolgt eine Prothesenreinigung täglich und gründlich?			
6. Weitere Probleme bei der Mundpflege:			

9. Welche Mittel setzen Sie wie oft bei der Patienten-Mund-Pflege ein? (Mehrere Antworten möglich!)	monatl.	wöchentl	2-3x/Wo	tägl.	2xtägl	öfter
<input type="checkbox"/> Handzahnbürste						
<input type="checkbox"/> Elektrische Zahnbürste						
<input type="checkbox"/> Super-Brush (Mehrkopfzahnbürste)						
<input type="checkbox"/> Zahnseide						
<input type="checkbox"/> Zwischenraumbürstchen						
<input type="checkbox"/> Munddusche						
<input type="checkbox"/> Mundspüllösungen						
<input type="checkbox"/> Xylit (Zahnpflege-) Kaugummis						
<input type="checkbox"/> Fluoridkonzentrate (Gele)						
<input type="checkbox"/> Andere:						



Mitarbeiterfortbildung - Motivationsansatz (Benz):

„Studien zeigen, dass es für die optimale Mundpflege in der Pflege der Kompetenz bedarf, seinen eigenen Mund richtig zu pflegen.

Deshalb wird diesem Aspekt breiterer Raum eingeräumt, zudem sollen die Zuhörer das Gefühl haben, dass sie auch persönlichen Nutzen aus dem Vortrag ziehen können.“



Inhalte Mitarbeiterfortbildung

Warum wir etwas ändern müssen

Was wir verhindern wollen

Karies, Parodontitis und Folgen

**Was machen wir eigentlich
bei uns selbst?**

Wo würden Sie sich verstecken, wenn Sie eine Bakterie wären?
– moderne Pflegetechniken und -mittel

Zahn- und Prothesenpflege bei den Betreuten

Vorteile auch für Heim-Abläufe und –Mitarbeiter
Besondere Pflegemittel

Spezielle Aspekte

Zahnersatz und dessen Pflege

Schleimhautveränderungen, Mundtrockenheit, Ernährung

Hilfsmittel (optional):

Erst-Gespräch mit Heimleitung

Termin: _____

Heim- Fragebogen

Erstuntersuchung der Bewohner

Termin: _____

Vortrag 0 (+A)

Ansprechpartner: _____

Zahnärztlicher Befundbogen

Telefon: _____

MLQ- Fragebogen

Schulung - Mitarbeiter

Termin: _____

Helfer- Fragebogen

Ansprechpartner: _____

Vortrag A (+B)

Telefon: _____

Mundhygiene - Schulung Bewohner + Mitarbeiter mit individueller Pflegeeinweisung

Termin: _____

Prophylaxe-Anweisung

Ansprechpartner: _____

Vortrag B

Telefon: _____

Nachuntersuchung der Bewohner: 3-6 Monate nach Erstuntersuchung, Schulung Selbstputzer

Termin: _____

Zahnärztlicher Befundbogen

Ansprechpartner: _____

MLQ- Fragebogen

Telefon: _____

Anleitung Mundhygiene Bewohner + Mitarbeiter mit Aktualisierung Pflegeeinweisung

Termin: _____

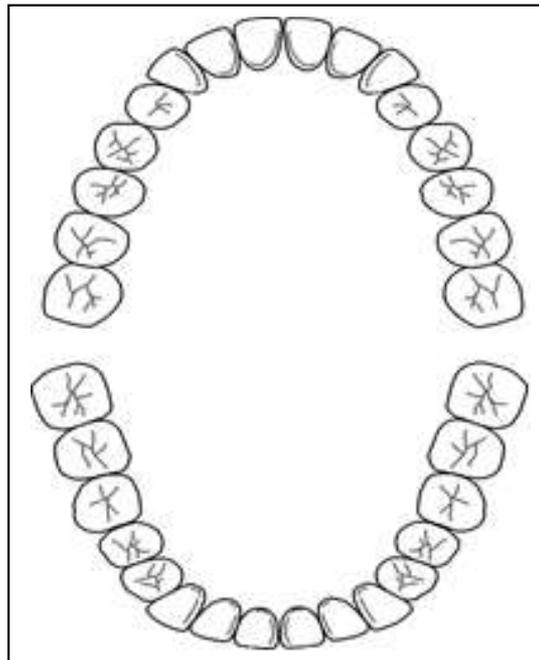
Prophylaxe-Anweisung

Ansprechpartner: _____

Anleitung Mundpflege

für: _____

Verantwortlich: _____



		morgens	abends
Zähne reinigen mit:			
			
			
			
Prothesen reinigen mit Flüssigseife			
Gaumen bürsten			

Prothesen nachts im Mund belassen? Ja Nein

Schulung - Mitarbeiter

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

**Zahnärztlicher
Befundungsbogen**

MLQ- Fragebogen

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Helfer- Fragebogen

Vortrag A (+B)

**Mundhygiene - Schulung
Bewohner + Mitarbeiter**
mit individueller Pflegeeinweisung

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

*Prophylaxe-
Anweisung*

Vortrag B

Nachuntersuchung der Bewohner:
3-6 Monate nach Erstuntersuchung,
Schulung Selbstputzer

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

**Zahnärztlicher
Befundungsbogen**

MLQ- Fragebogen

**Anleitung Mundhygiene
Bewohner + Mitarbeiter**
mit Aktualisierung Pflegeeinweisung

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

*Prophylaxe-
Anweisung*

Zwischenbesprechung mit Heimleitung

Termin: _____

Helfer- Fragebogen

Schulung - Mitarbeiter

Ansprechpartner: _____
Telefon: _____

Befundungsbogen
MLQ- Fragebogen

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

Helfer- Fragebogen

Telefon: _____

Vortrag A (+B)

**Mundhygiene - Schulung
Bewohner + Mitarbeiter**
mit individueller Pflegeeinweisung

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

*Prophylaxe-
Anweisung*

Telefon: _____

Vortrag B

Nachuntersuchung der Bewohner:
3-6 Monate nach Erstuntersuchung,
Schulung Selbstputzer

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

**Zahnärztlicher
Befundungsbogen**
MLQ- Fragebogen

Telefon: _____

**Anleitung Mundhygiene
Bewohner + Mitarbeiter**
mit Aktualisierung Pflegeeinweisung

Termin: _____

Ansprechpartner: _____

*Prophylaxe-
Anweisung*

Telefon: _____

Zwischenbesprechung mit Heimleitung

Termin: _____

Helfer- Fragebogen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Für Anregungen und Informationen sind wir dankbar
und nehmen diese jederzeit gern entgegen.