Hochschule Zittau/Görlitz
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

GAT
INSTITUT FÜR GESUNDHEIT, ALTERN, ARBEIT UND TECHNIK

GAT
WORKING PAPER SERIES

Heft 03/2026

Pflegewissenschaftliche Interventionen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer Menschen im stationären Langzeitpflegekontext. Eine explorative Pilotstudie im Rahmen eines komplementären Mixed-Methods-Designs.

Martin Knoll[1], Sarah Schneider[2],

[1] Institut für Gesundheit, Altern, Arbeit und Technik (GAT). Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz

[2] HTW Saar, Saarbrücken

Herausgeber:
Forschungsinstitut für Gesundheit, Altern, Arbeit, Technik (GAT)
Hochschule Zittau/Görlitz

redaktion-gat(at)hszg.de

05

Martin Knoll[1], Sarah Schneider[2],

[1] Institut für Gesundheit, Altern, Arbeit und Technik (GAT). Hochschule Zittau/Görlitz, Görlitz

[2] HTW Saar, Saarbrücken

Pflegewissenschaftliche Interventionen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer Menschen im stationären Langzeitpflegekontext. Eine explorative Pilotstudie im Rahmen eines komplementären Mixed-Methods-Designs.

Nursing interventions targeting oral health-related quality of life among older adults in long-term inpatient care settings. An exploratory pilot study using a complementary mixed-methods design.

Originalarbeit

Zusammenfassung

Die orale Gesundheit von BewohnerInnen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen konstituiert eine maßgebliche Determinante der gesundheitsbezogenen Gesamtlebensqualität und repräsentiert ein zentrales pflegetherapeutisches Handlungsfeld. Studien zeigen, dass über 80 % dieser hochvulnerablen, in ihrer Mobilität beeinträchtigten Population zahnärztliche Praxen nicht mehr autonom aufsuchen können. Im pflegerischen Versorgungsalltag wird diese Interventionsnotwendigkeit aufgrund struktureller Ressourcenrestriktionen oder Defiziten in der spezifischen pflegerischen Mundpflegekompetenz häufig marginalisiert. Dies spiegelt sich in unentdeckten oralen Pathologien, chronischen Schmerzzuständen und einer Minderung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (MLQ) wider. Die vorliegende explorative Mixed-Methods-Studie evaluiert die MLQ von Pflegeheim-BewohnerInnen (n=6) vor und nach einer mobilen, aufsuchenden zahnärztlichen Intervention unter Anwendung des standardisierten Oral Health Impact Profile (OHIP-G 53) sowie qualitativen leitfadengestützten Interviews. Auf der Mikroebene der direkten Pflege zeigt sich eine Reduktion psychosozialer und physischer Beeinträchtigungen nach der Intervention (Absinken des OHIP-Mittelwerts von 47,3 auf 26,8 Punkte). Parallel dazu verdeutlichen die qualitativen Daten tiefgreifende Verunsicherungen der AdressatInnen hinsichtlich ihrer oralen Selbstpflegekompetenz. Die Ergebnisse konfirmieren die Dringlichkeit einer strukturellen und konzeptionellen Verankerung interprofessioneller Versorgungsmodelle zwischen Pflegewissenschaft, klinischer Pflegepraxis und Zahnmedizin.

Schlagwörter:
Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, Oral Health Impact Profile (OHIP), NANDA, Stationäre Langzeitpflege, Pflegerische Mundpflegekompetenz, Interprofessionelle Versorgung, Gerontologische Pflege.

Abstract
The oral health of residents in residential long-term care facilities is a key determinant of their overall health-related quality of life and represents a central area of focus in nursing care. Studies show that over 80 per cent of this highly vulnerable population, whose mobility is impaired, are no longer able to visit dental practices independently. n day-to-day nursing practice, the need for such intervention is often marginalised due to structural resource constraints or a lack of specific expertise in oral care. This is reflected in undetected oral pathologies, chronic pain and a reduction in oral health-related quality of life (OHRQOL). This exploratory mixed-methods study evaluates the MLQ scores of care home residents (n=6) before and after a mobile, outreach dental intervention, using the standardised Oral Health Impact Profile (OHIP-G 53) as well as qualitative, guided interviews. At the micro-level of direct care, there was a reduction in psychosocial and physical impairments following the intervention (a fall in the mean OHIP score from 47.3 to 26.8 points). At the same time, the qualitative data highlight the participants' deep-seated uncertainties regarding their oral self-care competence. The findings confirm the urgent need to embed interprofessional care models structurally and conceptually within nursing science, clinical nursing practice and dentistry.

Keywords:
Oral health-related quality of life, Oral Health Impact Profile (OHIP), NANDA, Long-term care, Nursing oral care competence, Interprofessional care, Gerontological nursing.

1 Hintergrund

In Deutschland sind gegenwärtig rund 800.000 Menschen auf Versorgungsleistungen der vollstationären Langzeitpflege angewiesen (Statistisches Bundesamt, 2024). Diese Population ist in hohem Maße durch Multimorbidität, kognitive Beeinträchtigungen (z. B. demenzielle Syndrome) und eine ausgeprägte Vulnerabilität der oralen Gesundheit charakterisiert. Die Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS VI) dokumentiert fundiert, dass die zahnmedizinische und pflegerische Versorgungssituation im stationären Setting erhebliche systemische Defizite aufweist (Jordan et al., 2025). Über 80 % der institutionalisiert lebenden älteren Menschen können aufgrund funktioneller, physischer oder kognitiver Einschränkungen keine externe zahnärztliche Praxis mehr eigenständig konsultieren. Während die hausärztliche Regelversorgung im Rahmen des Entlassungs- und Überleitungsmanagements weitgehend institutionalisiert ist, stellt die fachärztliche – und explizit die zahnmedizinische – Versorgung eine gravierende Schnittstellen- und Koordinationsproblematik dar.

Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive ist die orale Gesundheit kein isoliertes somatisches oder rein zahnmedizinisches Phänomen, sondern ein integraler Bestandteil der patientenzentrierten Lebensweltorientierung sowie ein basales Element pflegerischer Strukturmodelle. Neben den Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL nach Krohwinkel, 2013) bietet hierzu insbesondere die Selbstpflege-Defizit-Theorie von Dorothea Orem (1971) einen fundierten konzeptionellen Erklärungsrahmen. Die alltägliche Mundhygiene und der Erhalt der oralen Integrität stellen im Sinne Orems ein universelles Selbstpflegeerfordernis (universal self-care requisite) dar, welches für das physische Überleben, die Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden essenziell ist. Im fortschreitenden Alter und unter dem Einfluss von Multimorbidität sinkt jedoch die individuelle Selbstpflegekompetenz (self-care agency) der BewohnerInnen drastisch, während gleichzeitig der therapeutische Selbstpflegebedarf (therapeutic self-care demand) zur Vermeidung oraler Pathologien steigt. Eine unzureichende Deckung dieses Bedarfs korreliert im höheren Lebensalter nachweislich mit schwerwiegenden systemischen Gesundheitsrisiken. Hierzu zählen malnutritionelle Zustände (Mangelernährung), rezidivierende Aspirationspneumonien (wiederkehrende Lungenentzündungen, die durch das Einatmen von Fremdstoffen wie Nahrung, Magensaft oder Speichel verursacht werden) aufgrund einer veränderten oralen Mikrobiota sowie chronische Schmerzzuständen (DNQP, 2024).

Sobald die eigene Selbstpflegekompetenz nicht mehr ausreicht, um den therapeutischen Selbstpflegebedarf zu decken, entsteht ein Selbstpflegedefizit (self-care deficit), welches die professionelle pflegerische Handlung sowie die Etablierung eines entsprechenden Pflegesystems indiziert.

Von besonderem pflegewissenschaftlichen Interesse ist die fachlich begründete, konzeptionelle Zuordnung der oralen Gesundheit (entsprechend der OHIP-G53-Dimensionen; John et al., 2003) zur NANDA-I-Taxonomie (Herdman et al., 2024) (Tabelle 1).

Tabelle 1: *Konzeptionelle Zuordnung der oralen Gesundheit zur NANDA-I-Taxonomie*

Orale Gesundheit (entsprechend der OHIP-G53-Dimension; John et al., 2003)	**Primär relevante NANDA-I-Domäne**	**Begründung**
Funktionelle Einschränkung	Domäne 5 – Wahrnehmung / Kognition; Domäne 2 – Ernährung	Einschränkungen beim Sprechen, Schmecken und bei oralen Funktionen; mögliche Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme
Schmerzen	Domäne 12 – Comfort	Orale Schmerzen und körperliches Unwohlsein
Psychisches Unwohlsein	Domäne 12 – Comfort; Domäne 9 – Coping / Stresstoleranz	Anspannung, Unbehagen und psychische Belastung
Physische Beeinträchtigung	Domäne 2 – Ernährung; Domäne 4 – Aktivität / Ruhe	Schwierigkeiten beim Essen und bei alltäglichen Aktivitäten
Psychische Beeinträchtigung	Domäne 9 – Coping / Stresstoleranz; Domäne 6 – Selbstwahrnehmung	Schwierigkeiten, sich zu entspannen, Scham und emotionale Belastung
Soziale Beeinträchtigung	Domäne 7 – Rollenbeziehungen; Domäne 12 – Comfort	Auswirkungen auf soziale Interaktionen und zwischenmenschliches Wohlbefinden
Benachteiligung/Behinderung (Handicap)	Domäne 1 – Gesundheitsförderung; Domäne 7 – Rollenbeziehungen	Allgemeine Gesundheitseinschätzung, Teilhabe und Auswirkungen auf das tägliche Leben

Obgleich einerseits pflegewissenschaftliche Expertenstandards zur Mundgesundheit (Sirsch et al., 2022) vorliegen und andererseits durch gesetzliche Rahmenbedingungen wie den § 22a SGB V (Zahnärztliche Individualprävention für Pflegebedürftige) finanzielle und strukturelle Anreize für Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und zahnärztlichen Praxen implementiert wurden, verbleibt die praktische Umsetzung im Pflegealltag defizitär (Barbe et al., 2019). Ursächlich hierfür sind persistierender Personalmangel, zeitliche Restriktionen im Rahmen der Pflegeprozessgestaltung sowie manifeste Defizite in der spezifischen pflegerischen Mundpflegekompetenz. Im pflegerischen Alltag gelingt es den institutionellen Pflegesystemen häufig nicht, das vorhandene Selbstpflegedefizit adäquat auszugleichen. Das Handeln beschränkt sich oft auf rein mechanische, unvollständige Verrichtungen im teilweise kompensatorischen Pflegesystem, während es an gezielten Interventionen im unterstützend-edukativen Pflegesystem (wie strukturierter Anleitung, Beratung und der Förderung verbliebener Selbstpflegekompetenzen) mangelt. Diese Vernachlässigung bzw. Deprivation der oralen Pflege führt unweigerlich zu funktionellen und psychosozialen Beeinträchtigungen, welche die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) der Betroffenen drastisch einschränken.

2 Ziel

Das Forschungsprojekt „**Pflegewissenschaftliche Interventionen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer Menschen im stationären Langzeitpflegekontext**“ setzt direkt an der klinischen Problemstellung an: Es exploriert die Auswirkungen einer mobilen, aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung auf die subjektiv perzipierte MLQ von PflegeheimBewohnerInnen unter systematischer Einbeziehung pflegewissenschaftlicher Fragestellungen. Ziel der Untersuchung ist einerseits die Erweiterung des pflegewissenschaftlichen Phänomenverständnisses für den Bereich mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, andererseits die Auswirkungen auf moderne pflegeprofessionelle Expertisen wie beispielsweise Advanced Practice Nursing (APN) und Community Health Nursing (CHN).

3 Material und Methode

3.1 Studiendesign

Die Untersuchung wurde als explorative Pilotstudie im Rahmen eines komplementären Mixed-Methods-Designs (Konvergenzmodell) operationalisiert (Polit et al., 2004). Durch die

methodische Triangulation quantitativer Erhebungsinstrumente (standardisiertes gerontologisches Assessment: John et al., 2002, 2004; John, 2005; John & Micheelis, 2000, 2003, 2005) und qualitativer Zugänge (halbstrukturierte Leitfadeninterviews, teilnehmende Beobachtung: Atteslander et al., 2023; Döring, 2023; Mayring, 2022) sollte das multidimensionale Phänomen der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (MLQ) im stationären Kontext holistisch erfasst werden. Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Messzeitpunkten: unmittelbar vor der geplanten zahnärztlichen Intervention (t_1 Baseline) sowie zwei bis drei Wochen nach Abschluss der therapeutischen und prothetischen Maßnahmen (t_2 Post-Intervention).

3.2 Setting und Stichprobengewinnung

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über ein bewusstes Auswahlverfahren (Purposive Sampling) im Regionalverband Saarbrücken. Insgesamt wurden sieben stationäre Pflegeeinrichtungen differierender Trägerstrukturen (vier freigemeinnützig, zwei privat-gewerblich, eine öffentlich-rechtlich) kontaktiert und vollumfänglich als Kooperationspartner gewonnen. Die Stichprobenauswahl basierte auf einem vordefinierten Kriterienkatalog (Tabelle 2) im Kontext mobiler Hausbesuche einer spezialisierten zahnärztlichen Praxis.

Tabelle 2: *Ein- und Ausschlusskriterien der Probandenauswahl*

Einschlusskriterien	**Ausschlusskriterien**
Kognitive Fähigkeit zur adäquaten Kommunikation (z. B. altersentsprechend oder leichtgradige Demenz)	Mittel- bis hochgradige demenzielle Erkrankungen oder akute gerontopsychiatrische Exazerbationen
Bestehender zahnärztlicher Interventions- oder Anpassungsbedarf	Absolute Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit oder gravierende Sprachbarrieren (mangelnde Deutschkenntnisse)
Unfähigkeit zum selbständigen Aufsuchen einer externen Zahnarztpraxis	Bereits laufende, akute zahnmedizinische Therapieversorgung
Schriftliche Einwilligungserklärung des Bewohners bzw. des gesetzlichen Betreuers	Verweigerung der Teilnahme oder fehlender Interventionsbedarf

3.3 Ethische Aspekte und Datenschutz

Das Forschungsvorhaben orientierte sich strikt an den forschungsethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP 2026a). Da es sich um eine nicht-invasive,

beobachtende und befragende Begleitstudie handelte, welche die zahnärztliche Routinebehandlung weder modifizierte noch in den medizinisch-therapeutischen Ablauf eingriff, wurde in Übereinstimmung mit den forschungsethischen Standards auf ein formelles Ethikvotum verzichtet. Alle potenziellen Teilnehmenden respektive deren gesetzliche VertreterInnen wurden vollumfänglich schriftlich und mündlich aufgeklärt (DGP 2026a); die Einwilligung zur Teilnahme erfolgte schriftlich (DGP 2026b) und absolut freiwillig (Informed Consent). Zur Gewährleistung des Datenschutzes wurden sämtliche Datenströme konsequent pseudonymisiert. Die Zuordnungslisten wurden unmittelbar nach Abschluss der statistischen Analysen gemäß der Sicherheitsstufe 3 (DIN 66399) datenschutzkonform vernichtet.

3.4 Datenerhebungsinstrumente

Quantitative Instrumente:

- **Soziodemographischer und klinischer Basisfragebogen:** Systematische Erfassung von Alter, Geschlecht, Pflegegrad (bzw. historische Pflegestufe), Mobilitätsstatus, internistischen Nebendiagnosen sowie des aktuellen Zahnstatus (dokumentiert via FDI-Zahnschema durch den kooperierenden Zahnarzt).
- **Oral Health Impact Profile (OHIP-G 53)** (John et al., 2003)**:** Ein psychometrisch validiertes Instrument zur Messung der MLQ. Die in der englischsprachigen Version 53 OHIP-Items operationalisieren sieben Subdimensionen: Funktionelle Einschränkung, Schmerzen, Psychisches Unwohlsein, Physische Beeinträchtigung, Psychische Beeinträchtigung, Soziale Beeinträchtigung und Benachteiligung. Die Bewertung erfolgt mittels einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 („nie“) bis 4 („sehr oft“). Höhere Summenwerte (Maximalwert: 196) repräsentieren ein höheres Ausmaß an subjektiver Krankheitslast und Einschränkung.

Qualitative Instrumente:

- **Halbstrukturierter Interviewleitfaden:** Die standardisierten Items des OHIP-G 53 wurden phänomenorientiert um offene narrative Sequenzen erweitert, um emergierende Phänomene und subjektive Sinnkonstruktionen der BewohnerInnen zu generieren. Die Protokollierung erfolgte über detaillierte Post-Scriptum-Feldnotizen unmittelbar nach Beendigung des Interaktionsprozesses.
- **Teilnehmende Beobachtung:** Es wurden 12 teilnehmende Beobachtungsphasen im realen Pflegealltag (Dauer jeweils 6–7 Stunden) realisiert. Ziel war die mikroanalytische Untersuchung der Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen bzw. PflegeassistentInnen und den BewohnerInnen hinsichtlich der alltäglichen Unterstützung bei der Mundhygiene.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung und Stichprobenrealisation

Im Rahmen der Feldbeobachtungen wurden insgesamt 60 BewohnerInnen im direkten pflegerischen Milieu gesichtet. Die deskriptive Filterung offenbarte eine erhebliche Selektionsquote infolge der ausgeprägten Multimorbidität des Feldes: 30 Personen wiesen eine fortgeschrittene, mittelschwere bis schwere demenzielle Erkrankung auf und besaßen keine adäquate Einwilligungskompetenz; 21 Personen befanden sich in einer nicht-modifizierbaren zahnärztlichen Routinekontrolle ohne akuten Interventionsbedarf; 3 Personen waren von absoluter Gehörlosigkeit oder schweren Sprachbarrieren betroffen. Die finale Studienpopulation umfasste folglich n=6 ProbandInnen, welche die Einschlusskriterien vollständig erfüllten.

4.2 Quantitative Ergebnisse (Fragebogenauswertung)

Soziodemographische und klinische Charakteristika:

Das Durchschnittsalter der Stichprobe (sechs Personen) betrug 86,2 Jahre (Spannweite: 78-89 Jahre). Fünf Teilnehmende waren weiblich und verwitwet, ein Teilnehmer war männlich und verheiratet. Alle ProbandInnen wiesen deutliche Einschränkungen der funktionellen Gesundheit auf (Pflegegrad 2/3). Vier Personen nutzten Mobilitätshilfen (Rollatoren/Gehstöcke), eine Person war permanent auf einen Rollstuhl angewiesen. Bezüglich der internistischen Morbiditätsstruktur dominierten kardiovaskuläre Erkrankungen (vier Personen) und chronisch-neurologische Syndrome (z. B. Morbus Parkinson, Zustand nach ischämischem Apoplex; drei Personen). Der dentale Status war durch eine ausgeprägte Reduktion der Eigenbezahnung charakterisiert (Mittelwert: neun verbliebene Zähne); die Mehrheit war mit herausnehmbarem Zahnersatz (Teil- oder Totalprothesen) versorgt.

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (OHIP-G 53):

Infolge der mobilen zahnärztlichen und prothetischen Intervention reduzierte sich der OHIP-Gesamtsummenwert deutlich, was eine substanzielle Steigerung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität indiziert (Tabelle 3).

Tabelle 3: *Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) der MLQ-Dimensionen vor und nach zahnärztlicher Intervention (n=6)*

Dimension (Subskalen des OHIP-G 53)	**vor Intervention (t1) Mittelwert (±SD)**	**nach Intervention (t2) Mittelwert (±SD)**	**Differenz (t1-t2) Mittelwert (±SD)**
OHIP-G Gesamtsummenwert	47,3 (±26,1)	26,8 (±28,5)	20,5 (±19,4)
Funktionelle Einschränkung	9,3 (±5,0)	6,2 (±5,0)	3,1 (±5,5)
Schmerzen	14,2 (±9,7)	4,2 (±3,0)	10,0 (±8,6)
Psychisches Unwohlsein	5,7 (±4,0)	4,0 (±5,1)	1,7 (±3,3)
Physische Beeinträchtigung	9,5 (±8,3)	5,5 (±8,3)	4,0 (±3,4)
Psychische Beeinträchtigung	4,7 (±3,6)	3,5 (±3,5)	1,2 (±2,5)
Soziale Beeinträchtigung	1,8 (±2,4)	1,1 (±2,0)	0,7 (±0,8)
Benachteiligung	2,2 (±3,1)	2,3 (±4,1)	-0,1 (±2,6)

Der globale Belastungswert sank im Mittel um 20,5 Punkte. Der ausgeprägteste therapeutische Effekt ließ sich in der Subskala „Schmerzen“ verifizieren, welche von einem hohen prä-interventionellen Niveau (14,2 Punkte) auf 4,2 Punkte absank. Einzig in der Dimension „Benachteiligung“ zeigte sich eine marginale Erhöhung um 0,1 Punkte, die methodisch als Probandenschwankung innerhalb der Kleinststichprobe zu interpretieren ist.

4.3 Qualitative Ergebnisse (Inhaltliche Strukturierung)

Die qualitative Analyse der Interviewdaten mittels strukturierender Inhaltsanalyse generierte drei zentrale Kategoriensysteme, welche das pflegewissenschaftliche Phänomenverständnis fundieren:

Kategorie 1: Subjektiv perzipierte orale Transformation

Die Mehrheit der Befragten erlebte die zahnärztliche Intervention als hochgradig entlastend. Schmerzzustände und mechanische Druckstellen wurden suffizient therapiert, was einen unmittelbaren positiven Einfluss auf das nutritive Verhalten (Nahrungsaufnahme) hatte:

„[...] *Das Druckgefühl an der unteren Prothese hat sich verbessert und ist komplett weg.*“ (ID_02)

„[...] *Zahnprothese sitzt jetzt besser* […] *Apfel geht nicht mehr, Bananen gehen wieder* […].“ (ID_04)

Ein Proband (ID_01) artikulierte konträr dazu eine subjektive Verschlechterung, bedingt durch postoperative Adaptionsschwierigkeiten an eine neu eingegliederte Oberkieferprothese. Dies

unterstreicht die klinische Relevanz einer kontinuierlichen pflegerischen Begleitung des Gewöhnungsprozesses.

Kategorie 2: Akzeptanz und Evidenz des aufsuchenden Versorgungsmodells
Das mobile zahnmedizinische Angebot stieß auf eine außerordentlich positive Resonanz. Die BewohnerInnen erlebten die Reduktion strapaziöser externer Krankentransporte als deutliche Entlastung ihrer individuellen Coping-Ressourcen:
„[...] *Ich bin darauf angewiesen, dass der Arzt zu mir kommt.*“ (ID_03)
„[...] *Ich wusste gar nicht, dass ein Zahnarzt ins Heim kommt! Ich finde das ganz toll!*“ (ID_05)

Kategorie 3: Defizite in der oralen Selbstpflegekompetenz und pflegerische Beratungslücken
Trotz der erfolgreichen zahnärztlichen Kuration offenbarten die Diskurse manifeste Defizite und Unsicherheiten bezüglich des adäquaten Selbstmanagements der Mundhygiene. Es mangelt im Praxisalltag an strukturierter pflegerischer Anleitung, Beratung und gesundheitsbezogener Edukation:
„[...] *Ich weiß nie, ob ich die Zahnprothese besser nachts ausziehen oder anlassen soll.*“ (ID_01)
„[...] *Die Prothese rutscht immer wieder raus [...] ich mach dann Haftcreme dran, obwohl man nicht so viel benutzen soll, wie soll sie sonst halten.*“ (ID_02)

5 Diskussion

5.1 Methodenkritische Reflexion

Das primär intendierte kontrollierte Studiendesign konnte aufgrund der restriktiven Rahmenbedingungen des stationären Feldes sowie der ethisch und methodisch stringenten Ein- und Ausschlusskriterien nicht realisiert werden. Mit einer finalen Stichprobengröße von n=6 besitzt der quantitative Part der Untersuchung rein deskriptiven Pilotcharakter; inferenzstatistische Kausalschlüsse oder Generalisierungen sind statistisch unzulässig. Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive liegt der Mehrwert dieser Arbeit jedoch in der konsequenten methodischen Triangulation. Die qualitative Verknüpfung erlaubt eine tiefe Exploration der Phänomene innerhalb der Lebenswelt institutionalisierter älterer Menschen, die in reinen quantitativen Großstichproben-Surveys (wie der DMS VI) häufig unberücksichtigt bleiben.
Hinsichtlich des gewählten Bezugszeitraums erwies sich die Modifikation der Retrospektionsfenster als zielführend. Während für den Ausgangsbefund (t_1) ein Ein-Monats-Zeitraum gewählt wurde, um den Recall-Bias bei alltäglichen oralen Beschwerden zu minimieren, war das verkürzte Zwei-Wochen-Intervall zu t_2 sensitiv genug, um akute post-

interventionelle Adaptionseffekte abzubilden. Wie in der einschlägigen Literatur beschrieben, beansprucht die funktionelle Habituation an veränderten oder neuen Zahnersatz oft bis zu zwölf Wochen (Veyrune et al., 2005). Dies erklärt auch das temporäre Schmerzmuster und den punktuellen Anstieg des OHIP-Werts bei einem Probanden der vorliegenden Studie. Für zukünftige pflegewissenschaftliche Längsschnittstudien ist daher ein multiphasisches Design (t_1 bis t_2) über ein erweitertes Zeitfenster zu fordern.

5.2 Inhaltliche Einordnung und pflegewissenschaftliche Implikationen

Die erhobenen Befunde korrespondieren mit nationalen Vorläuferstudien (z. B. Abed-Rabbo et al., 2012; Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2010; Nitschke & Hopfenmüller, 2010; Brauckhoff et al., 2009; Jäger et al., 2009; Abed-Rabbo, 2007; Reißmann et al., 2006; Hassel et al., 2005; Niekusch & Bock-Hensley, 2005; Nuttall et al., 2001), welche ebenfalls ein ausgeprägtes Morbiditäts- und Problemniveau bei PflegeheimBewohnerInnen nachweisen. Der hohe prä-interventionelle OHIP-Mittelwert von 47,3 Punkten reflektiert einen akuten zahnärztlichen Behandlungsstau, der im Verlauf dieser Studie durch die mobile Intervention erfolgreich auf einen Mittelwert von 26,8 Punkten gesenkt werden konnte. Dennoch verbleibt der Post-Wert deutlich über dem Durchschnitt der selbständig handelnden Allgemeinbevölkerung (Mittelwert 12,2 Punkte), was die chronische Vulnerabilität dieser Population unterstreicht.

Ein zentrales pflegewissenschaftliches Ergebnis stellt das Kategoriensystem 3 („Defizite in der oralen Selbstpflegekompetenz und pflegerische Beratungslücken“) dar. Es indiziert eine gravierende Leerstelle an der interprofessionellen Schnittstelle zwischen Zahnmedizin und Pflegepraxis. Die Mundpflege wird im Pflegealltag allzu oft als rein mechanische, delegierbare Verrichtung (Grundpflege) begriffen, anstatt sie als komplexe, professionelle Pflegeintervention zu konzeptualisieren. Hierbei ist eine gezielte Evidenzbasierung unumgänglich, um gerade Menschen mit kognitiven Einschränkungen pflegetherapeutisch fundiert zu unterstützen (Sirsch et al., 2022). Der Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP-Expertenstandard) zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege fordert explizit eine systematische Einschätzung oraler Risiken mittels validierter Assessmentinstrumente, eine zielgerichtete Unterstützung sowie die pflegerische Edukation und Beratung der BewohnerInnen und Angehörigen (DNQP, 2024).

Dass ProbandInnen nach einer zahnärztlichen Intervention fundamentale Fragen zur Prothesenhandhabung und -hygiene artikulieren, belegt das Defizit einer kontinuierlichen pflegerischen Begleitung und Beratung im Alltag. Zudem muss der Aspekt des drohenden Gewichtsverlustes bei unversorgten Zahn- und Mundproblemen schärfer fokussiert werden, da eine beeinträchtigte Kaufunktion ein signifikanter Prädiktor für geriatrische Malnutrition sowie Sarkopenie ist und entsprechend Untergewicht beeinflussen kann (WHO, 2011, Ritchie et al., 2000). Die pflegerische Diagnostik muss daher orale Einschränkungen standardisiert in

das Ernährungsmanagement (z. B. im Rahmen des DNQP-Expertenstandards Ernährungsmanagement) einbeziehen.
Über diese grundständigen pflegerischen Aufgaben hinaus verweisen die Studienergebnisse auf eine dringende Notwendigkeit, moderne pflegewissenschaftliche Rollenkonzepte und Versorgungsstrukturen im stationären und intermediären Kontext zu etablieren.

5.2.1 Relevanz von Advanced Nursing Practice (ANP) im langzeitpflegerischen stationären Setting

Die identifizierten Defizite bei der Bewältigung post-interventioneller Adaptionsprozesse (z. B. die subjektive Verschlechterung bei ID_01 durch eine neue Oberkieferprothese) sowie die gravierenden Unsicherheiten bezüglich des Selbstmanagements verdeutlichen, dass die zahnmedizinische Intervention allein keine nachhaltige Verhaltensänderung oder Stabilisierung bewirkt. Hier zeigt sich das Potenzial von Advanced Practice Nurses (APNs).
APN im Bereich der Gerontologischen Pflege verfügt über vertiefte klinische Kompetenzen und akademische Expertise, um hochkomplexe Pflegesituationen (Case Management) zu steuern und koordinieren. Im Kontext der Mundgesundheit betrifft dies:

- **Klinische Expertise und Advanced Assessment:** Die APN führt evidenzbasierte orale Screenings durch, die weit über das bloße Erkennen makroskopischer Beläge hinausgehen. Sie identifiziert frühzeitig neuropathische Schmerzen, stomatognathe Dysfunktionen, Schluckstörungen (Dysphagien) und mukosale Veränderungen bei multimorbiden oder kognitiv eingeschränkten BewohnerInnen.

- **Interprofessionelle Schnittstellenkoordination:** Als Bindeglied zwischen Pflegeheim, Betroffenen, Angehörigen und den aufsuchenden zahnärztlichen Diensten strukturiert die APN den prä- und post-interventionellen Prozess. Sie stellt sicher, dass zahnärztliche Therapieempfehlungen direkt in die individuellen Pflegepläne (Pflegeprozess nach dem Strukturmodell) einfließen.

- **Empowerment und Edukation:** APNs entwickeln evidenzbasierte Schulungskonzepte für das Pflegepersonal, um die allgemeine Mundpflegekompetenz des Teams in der Breite zu heben, und beraten BewohnerInnen gezielt zu Hilfsmitteln (z. B. Haftmittelanwendung, Prothesenreinigung), um den im Bericht beschriebenen Beratungslücken aktiv zu begegnen.

5.2.2 Community Health Nursing (CHN) und die prästationäre Schnittstelle

Die vorliegende Studie fokussiert auf den vollstationären Kontext, in dem bereits über 80 % der BewohnerInnen zahnärztliche Praxen nicht mehr eigenständig aufsuchen können. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht muss die Perspektive jedoch auf die prästationäre Phase ausgeweitet werden. Der zahnmedizinische Behandlungsstau entsteht meist lange vor dem Heimeinzug, bedingt durch soziale Isolation und Barrieren im häuslichen Umfeld (DBfK 2023).

Hier kommt das Konzept des Community Health Nursing (CHN) zum Tragen. Community Health Nurses agieren im primären Gesundheitssektor und im sozialräumlichen Quartier. Für die Mundgesundheit im Alter ergeben sich daraus folgende Implikationen:

- **Frühzeitige Prävention im häuslichen Umfeld:** CHNs können im Rahmen von präventiven Hausbesuchen bei beginnender Pflegebedürftigkeit frühzeitig die Mundgesundheit und die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) erfassen. Sie verhindern, dass ältere Menschen durch nachlassende Mobilität aus dem zahnärztlichen Regelsystem fallen.

- **Erhalt der dentalen Autonomie:** Durch frühzeitige pflegerische Beratung sowie Wohnraum- bzw. Hilfsmittelanpassung unterstützen CHNs KlientInnen dabei, die eigenständige Mundhygiene im Sinne der Selbstpflegefähigkeit so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.

- **Transitionsmanagement:** Beim Übergang von der häuslichen Versorgung in die stationäre Langzeitpflege stellen CHNs durch einen lückenlosen Informationsfluss sicher, dass der orale Status und bestehende Kooperationsbedarfe (z. B. mit mobilen Zahnärzten) direkt an das Heim übermittelt werden.

5.2.3 Makro-, meso- und mikrostrukturelle Konsequenzen

Die Transformation der Mundpflege von einer „marginalisierten Routineaufgabe“ hin zu einer professionellen Kernintervention erfordert ein koordiniertes Vorgehen auf allen Systemebenen:

- **Mikroebene (Direkte Pflegebeziehung):** Der pflegerische Alltag muss durch personenzentrierte Ansätze geprägt sein. Mundpflege darf nicht gegen den Willen des Bewohners (insbesondere bei herausforderndem Verhalten bei Demenz) erzwungen werden, sondern erfordert spezifische pflegetherapeutische Konzepte (z. B. Basale Stimulation, validierende Kommunikation). Das in Kategorie 3 „Defizite in

der oralen Selbstpflegekompetenz und pflegerische Beratungslücken“ beschriebene mangelnde Wissen der BewohnerInnen muss durch adressatenorientierte Informationsmaterialien und regelmäßige Beratungsgespräche behoben werden.

- **Mesoebene (Institution Pflegeheim):** Die Einrichtungsleitungen sind in der Pflicht, die Vorgaben des DNQP-Expertenstandards strukturell zu hinterlegen. Dies beinhaltet die Freistellung von Ressourcen für regelmäßige Fortbildungen, die Etablierung von Mundgesundheits-Beauftragten (z. B. durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen) und die verbindliche Implementierung von Standard-Care-Plans für die orale Pflege. Kooperationsverträge nach § 22a SGB V dürfen nicht nur formal existieren, sondern müssen durch gelebte interprofessionelle Visiten und Fallbesprechungen ausgestaltet werden.

- **Makroebene (Gesundheitspolitik und Systematik):** Die Politik muss anerkennen, dass die zahnmedizinische Versorgung vulnerabler Gruppen im stationären Setting eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt. Neben dem Ausbau mobiler, aufsuchender Dienste müssen zahnärztliche und pflegerische Leistungen in den Vergütungssystemen besser miteinander verzahnt werden. Zudem erfordert der eklatante Fachkraftmangel neue Wege in der Quartiersvernetzung: Die in dieser Studie erwähnte Einbindung geschulter ehrenamtlicher Initiativen (bürgerschaftliches Engagement) im Sinne einer Caring Community stellt einen vielversprechenden Makro-Ansatz dar, um pflegerische Routinen zu entlasten, darf jedoch die professionelle pflegerische Gesamtverantwortung keinesfalls ersetzen.

Zusammenfassend zeigt die Diskussion, dass die Mundgesundheit im Alter ein Paradebeispiel für die Notwendigkeit einer interprofessionellen, pflegewissenschaftlich fundierten Versorgung darstellt. Die reine Kuration durch die Zahnmedizin greift zu kurz; erst durch die kontinuierliche, hochkompetente Begleitung und Steuerung durch ANP- und CHN-Konzepte kann die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität dieser hochvulnerablen Population nachhaltig gesichert und gefördert werden.

6 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Pilotstudie verdeutlicht, dass eine aufsuchende, mobile zahnärztliche Betreuung ein unverzichtbares Instrument darstellt, um die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität vulnerabler PflegeheimBewohnerInnen auf der Mikroebene rasch und effektiv

zu verbessern. Um diese positiven Effekte nachhaltig zu konsolidieren, greift eine punktuelle zahnmedizinische Intervention jedoch zu kurz.

Es bedarf einer stringenten strukturellen Verankerung interprofessioneller Versorgungskonzepte. Pflegefachpersonen müssen durch gezielte Fortbildungen und die konsequente Implementierung evidenzbasierter Leitlinien (wie des DNQP-Expertenstandards) in seiner klinischen Mundpflegekompetenz gestärkt werden. Mundgesundheit muss als integraler Bestandteil der täglichen Pflegeprozessplanung und des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements implementiert werden. Um dem eklatanten Personalmangel im stationären Langzeitpflegebereich proaktiv zu begegnen, sollten zudem innovative Ansätze wie die konzeptionelle Einbindung geschulter, ehrenamtlicher Initiativen (bürgerschaftliches Engagement) im Sinne einer neuen Vergesellschaftung der Sorgearbeit (Caring Communities) erprobt und evaluiert werden. Für zukünftige Forschungsvorhaben sind großzahlig angelegte, interprofessionelle Mixed-Methods-Längsschnittstudien zwingend erforderlich, um die Nachhaltigkeit und Effizienz aufsuchender Versorgungskonzepte empirisch abzusichern.

Literatur

Abed-Rabbo, M. (2007). *Untersuchung zur zahnärztlichen Versorgung der Alten- und Pflegeheimbewohner des Saarlandes* [Dissertation, Universität des Saarlandes].

Abed-Rabbo, M., Mitov, G., Gebhart, F., & Pospiech, P. (2012). Dental care and treatment needs of elderly in nursing homes in Saarland: Perceptions of the homes managers. *Gerodontology, 29*, e57-e62.

Atteslander, P., Ulrich, G.-S., & Hadjar, A. (2023). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (14. Aufl.). Erich Schmidt.

Barbe, A. G., Kottmann, H. E., Hamacher, S., Derman, S. H. M., & Noack, M. J. (2019). Efficacy and acceptance of professional dental cleaning among nursing home residents. *Clinical Oral Investigations, 23*(2), 707-713. https://doi.org/10.1007/s00784-018-2487-x

Brauckhoff, G., Kocher, T., Holtfreter, B., Bernhardt, O., Splieth, C., Biffar, R., & Saß, A. C. (2009). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Mundgesundheit* (Heft 47). Robert Koch-Institut.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2010). *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen: Ein kompakter Ratgeber* (17. Aufl.).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2023). *Community Health Nursing: Rahmenkonzept für eine zukunftsweisende Pflegepraxis in der Primärversorgung*.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2024). *Expertenstandard zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege*.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. (2026a). *Ethikkodex Pflegeforschung*. https://dg-pflegewissenschaft.de/ethikkommission/ethikkodex/

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Ethikkommission. (2026b). *Muster für eine Einverständniserklärung*. https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/MusterEinverstaendnis.pdf

Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6. Aufl.). Springer.

Hassel, A. J., Koke, U., Drechsel, A., Kunz, C., & Rammelsberg, F. (2005). Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38*(5), 342-346. https://doi.org/10.1007/s00391-005-0265-2

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2024-2026* (13th ed.). Thieme Medical Publishers.

Jäger, S., Köster-Schmidt, A., Schade, M., & Heudorf, U. (2009). Mundhygiene und Mundgesundheit bei Bewohnern von Altenpflegeheimen: Auswirkungen eines Trainingsprogramms für Pflegekräfte auf die Mundgesundheit der Bewohner. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52*(10), 927-935.

John, M. T. (2005). Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ). *Zahnärztliche Mitteilungen, 95*(21). https://www.zm-online.de/artikel/2005/zaehne-ersetzen/mundgesundheitsbezogene-lebensqualitaet-mlq

John, M. T., Koepsell, T. D., Hujoel, P., Miglioretti, D. L., LeResche, L., & Micheelis, W. (2004). Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 32*(2), 125-132.

John, M. T., & Micheelis, W. (2000). *Lebensqualitätsforschung in der Zahnmedizin: Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven. Ein Überblick zur Forschungslandschaft*. IDZ-Information, 4/2000. Institut der Deutschen Zahnärzte.

John, M. T., & Micheelis, W. (2003). *Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung: Grundlagen und Ergebnisse des Oral Health Impact Profile (OHIP) aus einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland*. IDZ-Information, 1/2003. Institut der Deutschen Zahnärzte.

John, M. T., LeResche, L., Koepsell, T. D., Hujoel, P., Miglioretti, D. L., & Micheelis, W. (2003). *Oral health-related quality of life in Germany*. European Journal of Oral Sciences, 111(6), 483–491. https://doi.org/10.1111/j.0909-8836.2003.00079.x

John, M. T., & Micheelis, W. (2005). *Fragebogen zur Mundgesundheit: Das Oral Health Impact Profile (OHIP-G 14)*. IDZ-Aktuell.

https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/IDZ-2005-Erlaeuterung_Fragebogen_OHIP-G-14.pdf

John, M. T., Patrick, D. L., & Slade, G. D. (2002). The German version of the Oral Health Impact Profile: Translation and psychometric properties. *European Journal of Oral Sciences, 110*(6), 425–433. https://doi.org/10.1034/j.1600-0722.2002.21363.x

Jordan, A. R., Frenzel Baudisch, N., Ohm, C., Zimmermann, F., Sasunna, D., Cholmakow-Bodechtel, C., Krämer, M., & Kuhr, K. (2025). 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS 6): Forschungsziel, Studiendesign und Charakteristika der Studienteilnehmenden. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 80*(2), 64-73.

Krohwinkel, M. (2013). Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis. Verlag Hans Huber.

Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13. Aufl.). Beltz.

Niekusch, U., & Bock-Hensley, O. (2005). Zahnhygiene in Altenheimen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg. *Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, 35*(3), 4-6.

Nitschke, I., & Hopfenmüller, W. (2010). Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer, & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 453-472). Akademie Verlag.

Nuttall, N. M., Steele, J. G., Pine, C. M., White, D., & Pitts, N. B. (2001). The impact of oral health on people in the UK in 1998. *British Dental Journal, 190*(3), 121-126.

Orem, D. E. (1971). *Nursing: Concepts of practice*. McGraw-Hill.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch der Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Hans Huber.

Reißmann, D., John, M. T., & Schierz, O. (2006). Bewertung prothetischer Therapieeffekte durch Patienten: Mundgesundheitszustand und mundgesundheitsbezogene Lebensqualität. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 61*(9), 494-498.

Ritchie, C. S., Joshipura, K., Silliman, R. A., Miller, B., & Douglas, C. W. (2000). Oral health problems and significant weight loss among community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology: Series A, 55*(7), M366-M371.

Sirsch, E., Ludwig, E., Müller, K., Blumenberg, P., Nitschke, I., & Büscher, A. (2022). Förderung der Mundgesundheit in der Pflege: Ein internationaler Expertenstandard. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 55*(3), 204-209. https://doi.org/10.1007/s00391-022-02053-3

Statistisches Bundesamt. (2024). *Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*.

Veyrune, J.-L., Tubert-Jeannin, S., Dutheil, C., & Riordan, P. J. (2005). Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. *Gerodontology, 22*(1), 3-9. https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2004.00048.x

World Health Organization. (2011). *The international classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI*. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1