Schweizerische Gesellschaft für Dysphagie (SGD)
Société Suisse pour la Dysphagie
Società Svizzera per la Disfagia
www.dysphagie-suisse.ch

Erarbeitet von der SGD-Arbeitsgruppe „Multidisziplinäre Arbeit“
Letzte Aktualisierung: 10/2025

Mundhygiene bei Dysphagiepatienten

Einleitung

Pflegebedürftige Menschen sind oftmals nicht in der Lage, die Mundhygiene selbständig durchzuführen. Dies auf Grund verschiedener Faktoren wie zum Beispiel: Bewegungseinschränkungen der Arme und Hände, kognitive Einschränkungen, Vigilanzminderung etc. Deshalb sind sie auf Hilfe von Angehörigen oder Pflegekräften angewiesen. Die Häufigkeit der Pneumonien bei Patientinnen und Patienten mit Dysphagie steht in Relation mit einer gründlichen und regelmässigen Mundhygiene[1]. Die pathogene Flora in der Mundhöhle verursacht lokale und systemische Erkrankungen wie parodontale Erkrankungen und bakterielle Aspirationspneumonien[2]. Keine oder schlechte Mundhygiene führt zu physiologischer Veränderung der oralen Strukturen.

Ziele der Mundpflege

- Signifikante Reduktion der Pneumonieraten durch ein strukturiertes Mundpflegeprogramm[3]
- Intakte, feuchte und belagfreie Mundschleimhaut
- Erhaltung von gesundem Zahnfleisch und Zähnen
- Verletzungen (Bisswunden, abgebrochene Zähne etc.) werden rechtzeitig erkannt
- Pflege und Überprüfung der Zahnprothesen (Zustand und Sitz)
- Vorbeugung von Infektionen der Mundhöhle
- Vermeiden von pathologischen Reflexen (z. B. Beissreflex)
- Förderung des allgemeinen Wohlbefindens

Zu beachten:

- Eine mechanische Reinigung mit feuchter Zahnbürste ist ausreichend bei starker Aspirationsgefahr evtl. mit anschliessender Applikation von wenig fluoridierter Zahnpasta auf die Zähne.
- Bei Patienten mit starker Aspirationsgefahr nur wenig Zahnpasta verwenden und anschliessend den Mundraum mit Gaze auswischen.

Die vorliegenden Empfehlungen stellen keine Leitlinien dar. Sie werden von der jeweiligen multidisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe der SGD erstellt und im fachlichen Austausch angepasst.
Für Anmerkungen, Ergänzungen, Kritik oder eine Beteiligung melden Sie sich bitte bei der Leiterin der Arbeitsgruppe: desiree-lerch@gmx.ch

- Bei Patienten mit geringerer Aspirationsgefahr Zahnpflege mit Zahnbürste und fluoridierter Zahnpasta nach jeder Mahlzeit.
- Bei Patienten ohne orale Ernährung mindestens zweimal, besser viermal täglich mit Zahnbürste und fluoridierter Zahnpasta[4] und zusätzlich Mundpflege mit befeuchteten Gazen so viel wie notwendig.
- Bei Patienten mit oraler Ernährung sollte die Mundhygiene nach jeder Mahlzeit erfolgen.
- Mundspülen nur bei Patienten mit guter oraler Kontrolle und der Fähigkeit, auszuspucken.
- Hilfe anbieten wo notwendig (z. B. Kieferkontrollgriff oder führen, unterstützen der Aktivität).
- Bei Abwehrverhalten (Delir, Demenz, Beissreflex etc.) langsames vorsichtiges Vorgehen, mit einfachen Worten erklären, was getan wird[4].
- Bei Bedarf kleine Zahnbürsten (Kinderzahnbürsten) benutzen.
- Elektrische Zahnbürsten nur bei guter Toleranz verwenden.
- Einweg Absaugzahnbürsten oder Absaugsysteme bei vermehrter Speichelproduktion verwenden.
- Zahnprothesen zweimal täglich rausnehmen und mit Zahnpasta reinigen, Zahnprothesen über Nacht trocken lagern. Eventuelle Reste von Haftcreme aus der Mundhöhle entfernen.

Vorgehensweise bei der Mund- und Zahnpflege

- Stabile, unterstützte, aufrecht sitzende Position oder 90° Seitlagerung
- Nach den Mahlzeiten Mund auf Speisereste kontrollieren und entfernen
- Zungenreinigung: Zungenbeläge mit Zahnbürste/ Zungenschaber entfernen, Aufweichen von Schleimhautbelägen und Borken mit Mineralwasser/ Natriumhydrogencarbonat (½-1 Teelöffel in 1 Liter Wasser 3-4x tgl. anwenden).
- Eventuell vorher Inhalation mit NaCl nach Rücksprache mit dem Arzt.
- Geregelten Ablauf einhalten:
  - Zähne putzen von Zahnfleisch Richtung Zähne
  - von hinten nach vorne, von aussen nach innen
  - Kauflächen putzen
  - Reinigen der Zunge von hinten nach vorne (eventuell Gaze um Zahnbürste/ Spatel wickeln oder Zungenschaber verwenden)
  - wenn möglich Zwischenräume mit Zahnseide oder Interdentalbürsten reinigen
  - Mund spülen oder mit feuchter Gaze auswischen
  - Lippenpflege

Exkurs

Anatomie und Physiologie der Mundhöhle

- Die Mundhöhle bildet den Anfang des Verdauungstraktes. Die aufgenommenen Nahrungsmittel werden dort zerkleinert und für die weitere Verdauung vorbereitet.
- Ausserdem ist die Mundhöhle am Schlucken und Sprechen beteiligt. Sie besteht aus dem Mundhöhlenvorhof (Raum zwischen Wangen, Lippen und Zähnen) und der eigentlichen Mundhöhle (Raum, der von den Zähnen eingeschlossen wird). Begrenzt wird sie nach oben vom harten und weichen Gaumen, nach unten von der Unterseite der Zunge und der Mundbodenmuskulatur, seitlich von den Zahnreihen und nach hinten vom Rachen (Pharynx).
- Die Zunge ist ein von Schleimhaut überzogener Muskelkörper, der die Mundhöhle bei geschlossenem Mund fast ausfüllt. Auf ihrer Oberseite trägt die Zunge die Geschmacksknospen zum Schmecken der Speisen.
- Ihre normale Farbe ist matt rosa, sie ist feucht, leicht aufgeraut, gut durchblutet und ohne Beläge.
- Die normale Mundschleimhaut ist rot und feucht glänzend. Es sind keine Beläge vorhanden.
- Die Zähne zerkleinern die Nahrung mechanisch und bereiten sie somit für die chemische Verdauung vor.

Krankhafte Veränderungen der Zunge bei Dysphagie:

- Farbveränderungen der Zunge und Beläge können Hinweise auf Erkrankungen der inneren Organe sein.
- Eine Mundtrockenheit/Xerostomie entsteht u.a. bei längerer Atmung durch den Mund, mangelnder Flüssigkeitszufuhr, Radiotherapie, Beatmung
- Ein grau-weisslicher Belag des Zungenrückens entsteht z.B. bei ungenügender mechanischer Reinigung durch fehlende orale Aktivität.
- Ein fleckiger, weisslicher, schwer abwischbarer Belag der Zunge und der Mundschleimhaut weist auf eine Pilzinfektion (Candidose/ Soor) hin.

Erkrankungen der Mundschleimhaut

Diese sind oft schmerzhaft und erschweren den Patienten das Sprechen und Schlucken:

- Die Stomatitis ist eine Entzündung der Mundschleimhaut infolge von Infektionen oder mangelnder Mundhygiene. Die Schleimhaut ist gerötet und geschwollen. Die Patienten klagen über brennende Schmerzen, Schmerzen beim Kauen und Schlucken, Trockenheitsgefühl und Mundgeruch.

- Aphthen sind rundliche, flache Erosionen an Zunge, Zahnfleisch, Gaumen- und Wangenschleimhaut. Sie können durch bestimmte Nahrungsmittel, Verletzungen (Zahnspangen und Prothesen) oder Infektionen (z. B. durch Herpes zoster-Viren) entstehen und schmerzen stark.
- Rhagaden sind schmerzhafte Einrisse an Mund- und Nasenwinkel durch Überdehnung der Haut und bei herabgesetzter Elastizität.
- Bei der Candidose (Mundsoor) hat ein Hefepilz (meist Candida albicans) die Mundschleimhaut befallen. Typisch sind weissliche, stippchen- oder flächenförmige, schwer abwischbare Beläge.
- Der Herpes labialis (Herpes simplex) ist eine ansteckende Infektion durch Herpesviren. Es entstehen kleine schmerzhafte Erhebungen, die später in Bläschen übergehen.

Erkrankungen der Zähne und des Zahnfleisches

- Zur gesunden Mundhöhle gehören verschiedene Bakterien und Pilze.
- Diese bilden in Verbindung mit Speiseresten, die nicht durch regelmässiges Reinigen der Zähne und des Zahnfleisches entfernt wurden, die Plaque (Zahnbelag).
- Die Bakterien bewirken eine Vergärung der Speisereste. Dadurch entsteht in dieser Plaque Säure, die den Zahnschmelz auflöst und zu Karies führt.
- Eine Verkalkung der Plaque verursacht Zahnstein.
- Plaque an den Zahnhälsen führt zu Zahnfleischentzündung (Gingivitis) und bei weiterem Fortschreiten zur Erkrankung des Zahnhalteapparates (oft als Parodontose, bei Entzündung als Parodontitis bezeichnet). Symptome sind Zahnfleischbluten, Schmerzen, lockere Zähne und Zahnverlust.

Quellen

1. Ashford J. (2024) Impaired oral health: a required companion of bacterial aspiration pneumonia. Front. Rehabil. Sci. 5:1337920. doi: 10.3389/fresc.2024.1337920
   Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, Chen Y, Murray JT, Lopatin D, Loesche WJ. Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? Dysphagia. 1998 Spring;13(2):69-81. doi: 10.1007/PL00009559
2. Lim, M. (2018). Basic oral care for patients with dysphagia - A Special Needs Dentistry perspective. Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology, Volume 20, Number 3. www.researchgate.net/publication/330926503_Basic_oral_care_for_patients_with_dysphagia_-_A_Special_Needs_Dentistry_perspective
3. Nusser-Müller-Busch, R. (2023). *F.O.T.T : Die Therapie des Facio-Oralen Trakts nach Kay Coombes* (5. Auflage). Springer Berlin Heidelberg.

4. Yoneyama T, Yoshida M, Ohrui T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Ariumi S, Morita T, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H; Oral Care Working Group (2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. Jornal of American Geriatric Socienty, Mar;50(3):430-3. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50106.x

Ergänzende Literatur

Gottschalck, T., Dassen, T., Zimmer, S. (2013). Empfehlungen für eine Evidenz-basierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Online veröffentlicht: März 14, 2013 https://doi.org/10.1024/1012-5302.17.2.78

Ludwig E. (2021). Mundgesundheit in der Pflege - Worauf kommt es an? Jahrbuch Prophylaxe 2021, 42-29. https://lzk-bw.de/fileadmin/user_upload/1.Zahn%C3%A4rzte/110.Geriatrische_und_Inklusive_Zahnheilkunde/Literaturarchiv/Mundgesundheit-Pflege_worauf-kommt-es-an.pdf

Müller, N., De Beer, C., Frank, U. (2022). Ist die therapeutische Mundpflege bei Dysphagiepatient*innen verschwendete Zeit? Ein narrativer Review zu Effekten der Mundpflege auf die Pneumoniehäufigkeit und Ableitung einer Handlungs-empfehlung. Sprache · Stimme · Gehör 2022; 46(03): 150-155. doi: 10.1055/a-1714-1587

Verein **mund-pflege e.V.** - Mundgesundheit in der Pflege - Information, Beratung & Schulung: www.mund-pflege.net