

Restaurative Maßnahmen bei älteren Menschen

| Prof. Dr. Peter Cichon, Prof. Dr. Wolf-Dieter Grimm

Im Rahmen des demografischen Wandels stieg zwischen 1960 und 2010 der Anteil der Personen, die 60 Jahre und älter waren, von 17,4 auf 26,3 Prozent.¹³ Bei der zahnärztlichen Versorgung alternder Patienten entstehen Probleme, die einer besonderen Intervention bedürfen. Die gestiegene Zahl vorhandener Zähne, die Zunahme von festsitzendem Zahnersatz und von implantatgestützten Versorgungen erfordern bei älteren und alten Menschen die Entwicklung besonderer Behandlungsstrategien, die auf die individuellen Erfordernisse dieser Patienten ausgerichtet sind. Die umfangreiche Kenntnis der besonderen Einfluss- und Risikofaktoren bei der Entstehung und dem Verlauf oraler Erkrankungen im Alter ermöglicht eine frühzeitige Diagnose und kausal therapeutische Maßnahmen altersspezifischer Zahnschäden.

Der Zustand der Zähne und zahntragender Strukturen im Alter ist das Ergebnis altersphysiologischer Veränderungen, Lebensgewohnheiten und pathologischer Prozesse, die im Verlauf des Lebens stattgefunden haben. Zu den mit dem Älterwerden natürlichen Veränderungen der Mundhöhle gehören neben den Farbveränderungen der Zähne (Veränderung hin zu gelbbraun) auch eine fortschreitende Verengung von Pulpaöhle und Wurzelkanälen durch eine Ablagerung von Sekundärdentin an den Pulpenwänden. Die häufigen pathologischen Prozesse umfassen hauptsächlich die Zahnhalskaries und die entzündlichen Erkrankungen des Zahnhalteapparates. Hinzu kommen Veränderungen, die im mittleren Lebensalter noch keine Probleme bereiten, jedoch mit zunehmendem Alter kumulativ Schäden und Beschwerden entwickeln (zum Beispiel Hartsubstanzverluste durch Abrasion und Erosion sowie degenerative Veränderungen der Gingiva mit freiliegenden Zahnhälsen, die eine kosmetische Beeinträchtigung, eine gesteigerte Anfälligkeit für Wurzelkaries und eine Dentinhypersensibilität verursachen). Mit zunehmendem Alter sind Rezessionen bei nahezu je-



Abb. 1: Medikamentenassoziierte gingivale Wucherungen (Nifedipin) bei einem 85-jährigen Patienten mit Hypertonie.

dem Patienten vorhanden.¹ Die Entstehung und Progression der Karies und entzündlicher Parodontalerkrankungen bei älteren und alten Menschen entspricht dem Erkrankungsmuster der übrigen Bevölkerungsgruppen. Dabei hat sich laut der DMS IV aus dem Jahr 2006¹⁰ die Anzahl der vorhandenen Zähne in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen seit der DMS III aus dem Jahr 1997⁹ von durchschnittlich 10,4 auf 13,8 erhöht. Damit verbunden war

allerdings eine Zunahme entzündlicher Parodontalerkrankungen bei älteren Menschen. Die Besonderheiten oraler Erkrankungen bei diesen Menschen (schnelle Kariesprogression, Wurzelkaries, erhöhtes Risiko für parodontale Destruktionen und gingivale Wucherungen) sind nicht altersspezifisch, sondern das Ergebnis einer permanenten Plaqueakkumulation durch eine nachlassende Zahnpflege, der oralen Manifestation von Allgemeinerkrankun-

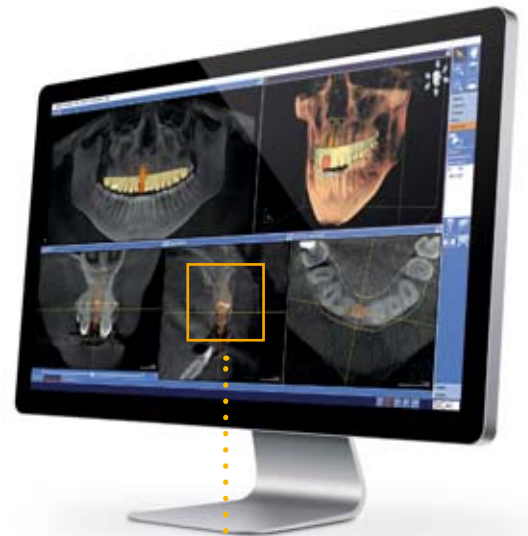


MEIN VORSPRUNG AN SICHERHEIT – JEDER FALL ZÄHLT

Vertrauen bringt Erfolg. Deshalb sichert SICAT Implant Ihren Praxis-Workflow für Diagnose, Planung und Umsetzung implantologischer Therapien ab. Mit intuitiver Software für 3D-Daten aller DVT- und CT-Systeme. Und mit den voll digital gefertigten SICAT **OPTIGUIDE** Bohrschablonen, dem schnellsten und direktesten Weg zur Insertion. Garantierte Genauigkeit erhalten Sie damit zu einem Preis von 190 Euro pauschal für beliebig viele Pilotbohrungen. **MAKE EVERY CASE COUNT.**

Lernen Sie SICAT Implant jetzt kennen – den Workflow des Innovationsführers! Durch den SICAT Außendienst in Ihrer Praxis und im Netz:

WWW.SICAT.DE



SICAT.

a **Sirona** company

kungen und/oder ihrer medikamentösen Therapie mit einem Einfluss auf die Mundgesundheit. Viele ältere und alte Menschen waren im Laufe ihres Lebens gesund, verfügten über einen hohen Bildungsgrad und hatten in der Regel einen gesunden Lebensstil. Neben dem allgemeinen Gesundheitszustand war bei diesen Menschen auch die Mundgesundheit ausgezeichnet. Mit zunehmendem Alter ist jedoch häufig ein deutlicher Anstieg der allgemeinen Gesundheitsprobleme zu beobachten, die sich negativ auf den Erhalt des oralen Gesundheitszustandes auswirken können. Viele vorwiegend im Alter auftretenden Allgemeinerkrankungen führen zu funktionellen Einbußen der körperlichen Beweglichkeit, der mentalen Leistungsfähigkeit und erschweren bei vielen alten Patienten die Durchführung der persönlichen Zahnpflege sowie die Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste.

Zu den vermehrt im Alter auftretenden allgemeinmedizinischen Erkrankungen und deren medikamentösen Behandlungen mit einem ungünstigen Einfluss auf den oralen Gesundheitszustand gehören in erster Linie kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes und psychische Störungen.¹⁵

Mit steigendem Alter ist eine deutliche Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen.

Entsprechend der Gesundheitsberichterstattung des Bundes überschritten 80 Prozent der über 65-jährigen Männer und Frauen die Hypertoniegrenzwerte von 140/90 mm.¹¹ Zu den effektiven blutdrucksenkenden Medikamenten in der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen gehört die Gruppe der Kalziumkanalblocker (Nifedipin), die zusätzlich eine größere vorbeugende Wirkung auf Hirninfarkte haben.⁷ Zu den unerwünschten Nebenwirkungen der Kalziumantagonisten-Therapie gehört die Ausbildung gingivaler Wucherungen (Abb. 1). Der durchschnittliche Anteil der Nifedipin induzierten Gingivavergrößerung liegt bei etwa 20 Prozent.⁴

Als eine weitere typische Erkrankung des Alters ist der Diabetes zu nennen. Die Häufigkeit des Diabetes mellitus steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Bei den Menschen im Alter



Abb. 2: Zahnhalbkaries bei einer 68-jährigen Patientin mit Diabetes.

von 60 Jahren und darüber liegt der Anteil zwischen 18 und 28 Prozent.⁶ Der Diabetes ist assoziiert mit einer erhöhten Empfänglichkeit für orale Infektionen und entzündlichen Parodontalerkrankungen.

Der orale bzw. parodontale Gesundheitszustand kann außerdem durch eine Mundtrockenheit, die bei 40 Prozent der über 60-Jährigen vorkommt,¹² negativ beeinflusst werden. Die Mundtrockenheit im Alter ist hauptsächlich die Konsequenz von systemischen Erkrankungen (psychischen Erkrankungen, Diabetes) und eine der unerwünschten Nebenwirkungen von Medikamenten.¹² Bei über 400 Medikamenten kann als unerwünschte Nebenwirkung Mundtrockenheit auftreten.¹⁴ Die Einnahme von Medikamenten steigt mit dem Lebensalter. Laut Arzneiverordnungsreport 2010 erhielt im Jahr 2009 jeder gesetzlich Krankenversicherte im Alter von über 60 Jahren als Dauertherapie durchschnittlich 3,3 definierte Tagesdosen (DDD) an Medikamenten.³

Zu den von älteren Patienten regelmäßig eingenommenen Medikamenten, die eine Mundtrockenheit verursachen können, gehören kardiovaskuläre Medikamente (Antihypertensiva, Diuretika, Kalziumkanalblocker, Diuretika), trizyklische Antidepressiva, Hypnotika und Sedativa, Chemotherapeutika/Zytostatika, Antihistaminika und Antiparkinsonmittel.⁵

Durch die fehlende protektive Wirkung des Speichels entwickeln sich oft bakte-

rielle, virale und mykotische Schleimhautinfektionen mit einer gesteigerten Prävalenz für Gingivitiden und Parodontitiden.¹⁴ Darüber hinaus sind infolge einer medikamentös verursachten Hyposalivation ältere Menschen stark gefährdet für die Entstehung kariöser Läsionen an Glattflächen, Füllungs- und Kronenrändern sowie im Bereich von Wurzeloberflächen (Abb. 2).

Behandlungsgrundsätze und Behandlungskonzepte

Auch bei älteren Menschen sollen durch zahnerhaltende und präventive Maßnahmen die natürlichen Zähne in einem gesunden, funktionellen, ästhetisch ansprechenden Kausystem möglichst langfristig erhalten bleiben. Allerdings sollten sie unter Berücksichtigung ihres besonderen allgemeinen Gesundheitszustandes und der Kooperationsfähigkeit behandelt werden.

Diagnose, Behandlungsplanung und Behandlungsablauf

Zur Erstellung eines Behandlungsplanes ist neben der Durchführung einer gründlichen klinischen und röntgenologischen Diagnostik die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes unerlässlich. Wegen der bei diesen Patienten häufig vorhandenen Polymorbidität ist es entscheidend, dass der behandelnde Zahnarzt durch eine fachübergreifende Konsultation über die Erkrankungen eines jeden Alterspatienten orientiert ist. Viele Gesund-

heisstörungen erzwingen Anpassungen der zahnärztlichen Behandlung, damit daraus keine ernstesten Konsequenzen für die Gesundheit des Patienten resultieren.⁸ Einen besonderen Stellenwert bei der Anamnese nimmt die Überprüfung der vom Patienten eingenommenen Medikamente ein. Bei einer notwendigen systemischen Antibiotikatherapie sollte wegen der bei ihnen häufig vorkommenden Polymedikation überprüft werden, ob die verordneten Medikamente einen schädlichen Einfluss auf bestehende Erkrankungen (chronische Niereninsuffizienz) haben oder in einer wirkungsbeeinträchtigenden Wechselwirkung zu den vom Patienten regelmäßig eingenommenen Medikamenten stehen. Bei multimorbiden Patienten oder Patienten mit einem reduzierten Allgemeinbefund ist es unerlässlich, das Konsil des behandelnden Haus- oder Facharztes einzuholen.

Die endgültige Therapieplanung erfolgt in Absprache und Übereinkunft mit dem Patienten, den Angehörigen oder Betreuern.

Sie ist von verschiedenen Faktoren abhängig und richtet sich nach

- dem Behandlungsbedarf,
- dem oralen Gesundheitszustand und Sanierungsgrad,
- dem allgemeinen Gesundheitszustand,
- der momentanen Einstellung zur allgemeinen und oralen Gesundheit,

- den Lebensgewohnheiten (Zahnpflege, Ernährung, Rauchen),
- der sozioökonomischen Situation,
- der Kooperations- und Behandlungsfähigkeit und
- den Wünschen des einzelnen Patienten bzw. seiner Angehörigen oder Betreuer.

Für die Behandlungsplanung bei älteren pflegebedürftigen Patienten ist eine zuverlässige Prognosebeurteilung und die Ermittlung der individuellen Risikobewertung unerlässlich. Es müssen sowohl die Zahnerhaltungsfähigkeit als auch die Zahnwertigkeit bewertet werden. Zähne mit einer fragwürdigen Prognose werden nur in Ausnahmefällen versucht zu erhalten, und Zähne mit einer hoffnungslosen Prognose sollten extrahiert werden. Auch hier wird der Patient, seine Angehörigen und/oder Betreuer ausführlich aufgeklärt über die erhobenen Befunde sowie über die Diagnose, die angemessene Therapie, Therapiealternativen, den Behandlungsablauf, Therapieerfolg, Behandlungsrisiken und die Folgen der Unterlassung der Behandlung.²

Behandlungsablauf

Falls kein zwingender Behandlungsbedarf (Trauma, akute Schmerzzustände, akute Entzündungserscheinungen) besteht, werden nach Erhebung der allgemeinen medizinischen und zahnärztlichen

Anamnese sowie der initialen Befundung keine weiteren zahnärztlichen Behandlungen in der ersten Sitzung vorgenommen. Nach Bewertung der Behandlungsfähigkeit des älteren Patienten wird entschieden, unter welchen Bedingungen (mit oder ohne intensivmedizinischer Überwachung) die Behandlung durchgeführt werden kann. Dieses ist abhängig von der Kooperation des Patienten und dem Zerstörungsgrad des Gebisses bei vorliegenden körperlichen, geistigen und/oder seelischen Funktionseinschränkungen.

Zahnerhaltung, prothetische Versorgung und Palliativmaßnahmen

Viele ältere Patienten konnten einen großen Teil ihrer Zähne bis zur sechsten Lebensdekade in einem gesunden Zustand erhalten. Bei diesen Patienten war das bisherige orale Gesundheitsverhalten stark geprägt von ihren gesundheitsbezogenen Einstellungen mit regelmäßiger Inanspruchnahme präventivmedizinischer Leistungen. Das Auftreten von Allgemeinerkrankungen mit einem ungünstigen Einfluss auf körperliche Beweglichkeit und/oder der mentalen Leistungsfähigkeit erschwert bei vielen alten Patienten die Durchführung der persönlichen Zahnpflege sowie die Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste. Bei einer krankheits- oder medikamentös bedingten Mundtrockenheit

ANZEIGE

Erlernen Sie die Lachgassedierung von Spezialisten

Exklusivschulungen - Individuelles Lernen in kleinen Gruppen:

Leipzig 20. / 21.09. 2013
 Rosenheim 25. / 26.10. 2013
 Dortmund 22. / 23.11. 2013
Special Event: Lachgaszertifizierung mit Live Demo by Dr. Wilhelm Schweppe
 Wiesbaden 06. / 07.12. 2013
 Wien 07. / 08.02. 2014
 Stuttgart 21. / 22.02. 2014
Das perfekte Paar - Lachgas und Hypnose bei Dr. Albrecht Schmierer
 Rottweil 11. / 12.04. 2014
bei Fa. dental EGGERT
 Aktuelle Termine unter: www.ifzl.de

Teamschulungen vor Ort in Ihrer Praxis:

Das rundum Sorglospaket - Wir kommen mit unseren Referenten in Ihre Praxis und schulen Ihr gesamtes Team inklusive Supervision!



Institut für zahnärztliche Lachgassedierung
 Stefanie Lohmeier



Kontakt:

IfzL – Stefanie Lohmeier
 Bad Trißl Straße 39
 D-83080 Oberaudorf
 Tel: +49 (0) 8033-9799620
 E-Mail: info@ifzl.de
 Internet: www.ifzl.de

Lachgas
 Fortbildung

Beide Fortbildungsmöglichkeiten werden mit Fortbildungspunkten gemäß BZÄK und DGZMK validiert

Bezugsquelle TECNOGAZ
 Lachgasgeräte - TLS med
 sedation GmbH
 Tel: +49 (0) 8035-9847510
 Vorteilspreise bei Buchung
 eines Seminars bei
 IfzL Stefanie Lohmeier!

Referenten:

Wolfgang Lüder, Zahnarzt, Lachgastrainer & Buchautor:
 Lachgassedierung in der Zahnarztpraxis
Andreas Martin, Facharzt für Anästhesie
Dr. Isabell von Gymnich, Kinderzahnärztin:
 N₂O in der Kinderzahnheilkunde
Malte Voth: Notfalltrainer für Zahnärzte

Special Event:

“Lachgas goes Cerec”
 Lachgas-Zertifizierung mit Live
 Demo by Dr. Wilhelm Schweppe:
 Veranstaltungsort: Dortmund,
22. und 23. November 2013





Abb. 3a und b: Klinische Situation vor und nach Parodontalbehandlung und prothetischer Versorgung bei einer 72-jährigen pflegebedürftigen Patientin mit einer Lähmung des rechten Arms nach Apoplexie. – Abb. 3c und d: Zustand drei Monate nach Eingliedern des Zahnersatzes und eine Woche nach professioneller Zahnreinigung ...

sowie ihren Folgeerkrankungen (kariösen Läsionen an Glattflächen und/oder im Bereich von Zahnwurzeln) oder nachlassenden Fähigkeit zur Durchführung einer adäquaten Mundpflege ist eine Umstellung bestehender Behandlungskonzepte und die Entwicklung besonderer Behandlungsstrategien erforderlich, die auf die individuellen Erfordernissen dieser Patienten ausgerichtet sind.

Das gleiche gilt für das Auftreten gingivaler/parodontaler Veränderungen oder Erkrankungen im Rahmen einer antihypertonen Therapie oder in Verbindung mit dem Auftreten eines Typ 2 Diabetes.

Sofern ihr Allgemeinzustand nicht merklich reduziert ist, können diese Patienten nach den bewährten therapeutischen Grundsätzen behandelt werden, wie in den davorliegenden Lebensabschnitten. Modifizierend sollte bei ihnen jedoch die Frequenz der Nachsorgeterapien bzw. Erhaltungstherapie erhöht werden (bis zu sechs Mal p.a.) (Abb. 3a–e).

In der Regel beinhalten die Kontroll- oder Behandlungssitzungen neben der klinischen und röntgenologischen Diagnostik, Mundhygienedemonstrationen bzw. Remotivation zu einer sorgfältigen Zahnpflege, professionelle Zahnreinigungen und – falls notwen-

dig – die Restauration von neu aufgetretenen Defekten. Zusätzlich kann die Durchführung der häuslichen Zahnpflege durch Spülung mit 0,06% Chlorhexidin-Lösung mit 250ppm Fluorid wirkungsvoll unterstützt werden.

Schwierig gestaltet sich die zahnärztliche Betreuung von älteren und alten Patienten, bei denen der allgemeine Gesundheitszustand durch schwere Krankheitsprozesse nachhaltig beeinflusst und eine selbstständige Lebensführung nicht möglich ist. Dazu gehören Patienten mit einem stark reduzierten Allgemeinbefund aufgrund schwerer Tumorerkrankungen, fortgeschrittener Demenz, kardialer oder renaler Insuffizienz sowie anderer Krankheiten im finalen Stadium. Bei ihnen orientiert sich die Behandlungsplanung zum einen an der Schwere der Grunderkrankung, zum anderen am zahnärztlichen Behandlungsbedarf.

Umfangreiche und invasive Behandlungsmethoden sind zu vermeiden. Entsprechend den Wünschen des Patienten beziehungsweise seiner Angehörigen sollten sich in Absprache mit den behandelnden Allgemein- oder Fachärzten die Behandlungsmaßnahmen auf die Beseitigung und



Abb. 3e: ... Nachsorgetherapie mit professioneller Zahnreinigung bei derselben Patientin.

Vermeidung von Schmerzen, eine Infektionskontrolle und -prophylaxe, Mundhygienemaßnahmen und – soweit wie möglich – den Erhalt von Funktionen beschränken (Abb. 4a–c).

Parodontale Behandlungsmaßnahmen

Ein bisher völlig vernachlässigter Bereich der zahnärztlichen Versorgung von älteren pflegebedürftigen Menschen sind die marginalen Parodontitiden. Die Behandlung entzündlicher Parodontalerkrankungen bei diesem Patientenkreis ist problematisch. Wir finden häufig eine unzureichende Mundhygiene vor, die den Erfolg einer durchgeführten Parodontitistherapie gefährdet.

Auch bei Patienten mit einer eingeschränkten Fähigkeit und Kooperationsbereitschaft zu einer ausreichenden persönlichen Zahnpflege sollte aber nicht auf alle Möglichkeiten der Parodontalbehandlungen von vornherein verzichtet werden.

Durch regelmäßig durchgeführte professionelle Entfernung supragingivaler Hart- und Weichablagerungen kann die Gefahr einer Reinfektion vermindert und eine unzureichende persönliche Belagskontrolle nach einer Parodontalbehandlung bis zu einem bestimmten Ausmaß kompensiert werden.

Erhaltungstherapie

Die Frequenz der Nachsorgebehandlungen ist abhängig vom persönlichen Erkrankungsrisiko des Patienten und seiner Fähigkeit zur Durchführung der persönlichen Belagskontrolle. Patienten mit einem verminderten Speichelfluss, einer fortgeschrittenen Form einer Parodontitis und Patienten mit einer stark eingeschränkten Fähigkeit zur Durchführung der persönlichen Mundhygiene benötigen kürzere Intervalle.

Der verbesserte Mundgesundheitszustand bei Senioren erfordert eine Modifikation der bisherigen Prophylaxeprogramme. Waren bei ihnen bislang Mundhygienemaßnahmen auf die Sauberhaltung eines Restzahnbestandes und eines mehr oder weniger einfach gestalteten (teil-)herausnehmbaren Zahnersatzes bezogen, müssen heute mehr natürliche Zähne und aufwendigere – zum Teil implantatgestützte – prothetische Versorgungen durch aufwendigere Zahnreinigungen gesund bzw. sauber gehalten werden.

Schlussfolgerungen für die Praxis

1. Jeder Patient hat, unabhängig von der Art seiner Erkrankung(en) oder Behinderung, ein Recht auf eine Grundbehandlung. Diese Grundbehandlung bezieht sich auf regelmäßig durchgeführte Kontrolltermine mit einer gründlichen Inspektion der Zähne, des Zahnhalteapparates und der benachbarten Weichgewebe, auf die Beseitigung von Schmerzen sowie professionellen Zahnreinigungen und Mundhygienedemonstrationen, um saubere hygienische Verhältnisse im Mundraum zu schaffen.

Fahrbare Gerätewagen

Ihr Equipment In einem Cart – praktisch, übersichtlich und sofort einsatzbereit.

Alle Gerätewagen aus hochwertigem Stahlblech und fahrbar dank vier integrierten, 360° drehbaren Rollen. Lieferbar in allen RAL-Farben.



E3

FÜR IHR ENDO- ZUBEHÖR

- Drei oder vier voll ausziehbare und höhenverstellbare Fachböden
- Staufach unter der verschiebbaren Arbeitsplatte
- Integrierte Stromversorgung mit automatischem Kabeleinzug

P1

FÜR IHRE ABFORM- MATERIALIEN

- Arbeitsplatte mit geschliffener Edelstahlauflage
- Schubladen mit Softeinzug
- Integrierte Stromversorgung mit automatischem Kabeleinzug





Abb. 4a–c: Schmerzbehandlung bei einer dementen 92-jährigen Patientin mit Exaktion des Zahnes 43.

2. Art und Umfang der Behandlung werden bestimmt von dem individuellen Gesundheitszustand des Patienten und seiner Fähigkeit zur Kooperation und zur Durchführung der persönlichen Zahnpflege.
3. Zur Erhaltung eines Therapieerfolges sollten die anschließenden Nachsorgeterminen mindestens vierteljährlich durchgeführt werden.
4. Bei Patienten mit einem stark reduzierten Allgemeinbefund sollten keine umfangreichen und invasiven Behandlungsmethoden durchgeführt werden. Bei ihnen sollten sich die therapeutischen Maßnahmen auf eine Grundbehandlung mit Kontrolluntersuchungen, Schmerz-beseitigungen und Zahnreinigungen beschränken.
5. Die Verweigerung jeglicher plaque-reduzierender Maßnahmen mit der Begründung, professionell durchgeführte Zahnreinigungen seien bei

einer unzureichenden oder nicht durchführbaren häuslichen Mundhygiene völlig wirkungslos, ist nach dem heutigen Verständnis zur Entstehung entzündlicher Parodontalbehandlungen nicht haltbar und aus ethischen Gründen nicht gerechtfertigt.

Zusammenfassung

Der Zustand der Zähne und zahntragender Strukturen im Alter ist das Ergebnis altersphysiologischer Veränderungen, Lebensgewohnheiten und pathologischer Prozesse, die im Verlauf des Lebens stattgefunden haben. Die Besonderheiten oraler Erkrankungen bei diesen Menschen (schnelle Kariesprogression, Wurzelkaries, erhöhtes Risiko für parodontale Destruktionen und gingivale Wucherungen) sind nicht altersspezifisch, sondern das Ergebnis einer permanenten Plaqueakkumulation durch eine nachlassende Zahnpflege, der oralen Manifestation von Allgemeinerkrankungen und/oder ihrer medikamentösen Therapie mit einem Einfluss auf die Mundgesundheit.

Durch geeignete therapeutische und/oder präventive Maßnahmen können auch bei älteren Patienten mit körperlichen, geistigen und/oder seelischen Funktionseinschränkungen Karies und entzündliche Parodontalerkrankungen weitgehend unter Kontrolle gehalten werden. Werden sie regelmäßig zahnärztlich betreut, zeigt sich bei ihnen eine geringere Kariesprävalenz, eine höhere Anzahl von gefüllten Zähnen und eine geringere Anzahl extrahierter Zähne im Vergleich zu einer Gruppe von älteren Menschen, die nicht unter kontinuierlicher Betreuung standen.



Literaturliste



Prof. Dr. Peter Cichon
Infos zum Autor



Prof. Dr. Wolf-Dieter Grimm
Infos zum Autor

kontakt.

Prof. Dr. Peter Cichon

Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Ambulanz für spezielle zahnärztliche Betreuung
Direktor: Prof. Dr. Peter Cichon
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten
Tel.: 02302 926-668
E-Mail: pcichon@t-online.de

Prof. Dr. Wolf-Dieter Grimm

Fakultät für Gesundheit (Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)
Abteilung für Parodontologie
Universität Witten/Herdecke



Mehr unter:
www.equia.info



EQUIA

Eine neue DIMENSION
in der Füllungstherapie



EQUIA – die Kombination aus Glasionomer
und Komposit. Erfahren Sie mehr unter:
www.equia.info

GC Germany GmbH
Seifgrundstrasse 2
61348 Bad Homburg
Tel. +49.61.72.99.59.60
Fax. +49.61.72.99.59.66.6
info@gcgermany.de
<http://www.gcgermany.de>

GC