



**JMP•DENTAL**  
MINI•IMPLANTATE

## The Full Denture by Dr. Frank Jochum, Essen

### **Statistisch motivierte Überlegungen zur Vollprothese**

Die Analogie zum Spielfilm „The Full Monty – Ganz oder gar nicht“ ist beabsichtigt. So, wie in der Komödie 1997 arbeitslose Amateur-Stripper überlegen müssen, ob sie sich wirklich vollständig ausziehen möchten, so stoßen viele Zahnärzte und Zahntechniker bei der Vollprothese an ihre Grenzen und müssen überlegen, ob eine Neuanfertigung wirklich sinnvoll ist, welchen Halt die siebte Unterfütterung bietet oder ob die vierzehnte Druckstellentfernung tatsächlich Schmerzfreiheit bringt.

Das führt so weit, dass sich ein Teil der Kollegen mittlerweile weigert, Vollprothesen ohne Implantatunterstützung anzubieten. Andere besuchen die empfehlenswerten Seminare von Prof. Gutowski und haben eine bessere Trefferquote als der Durchschnitt.

Vor einer – wie im Film emotional aufgeladenen – Entscheidung für die Praxis sollte aber die Analyse stehen, wo überhaupt die Bedeutung der Vollprothese liegt: Randerscheinung oder Therapieschwerpunkt?

Einerseits verschiebt sich das Alter für Zahnlosigkeit dank immer besserer konservierender und prothetischer Konzepte nach oben. In diesem Alter können aber geriatrische Sachverhalte bereits die Prognose einer erfolgreichen Vollprothetik in Frage stellen. Andererseits nimmt die Patientenzahl dieser Gruppe systematisch zu, so dass demografisch für 2020 anzunehmen ist, dass jeder dritte Einwohner Deutschlands über 65 ist.

Was sagt die Statistik?

Knapp 70.000 Zahnärzte sind behandelnd tätig.

Dem steht eine unbekannte Zahl an Vollprothesen gegenüber. Die Erhebungen in DMS III und DMS IV bezogen sich insbesondere auf

vollständige – nicht auf die einseitige Zahnlosigkeit in der Altersgruppe von 65-74 Jahren: 1997 lag sie bei 25%, 2005 bei 22,6 % und das Ziel für 2020 sind <15%. Diese abnehmende Tendenz gleicht sich aus durch die demografische Komponente. Während 2008 mit gut 20% ca. 16,7 Mio. Menschen über 65 Jahre alt waren, lautet die Prognose für 2020 auf gut 23% mit bereits 18,7 Mio. Senioren. Die Tendenz steigt weiter mit der Prognose für 2030 mit 22,2 Mio. Personen in der Altersgruppe mit einem Prozentsatz von knapp 29%.

Für eine betont vorsichtige Überschlagsrechnung dürfte es legitim sein, mit ca. 17 Mio. Senioren und 20% Zahnlosigkeit zu rechnen. Hier finden sich demnach 3,4 Mio. vollständig zahnlose Senioren mit fast 7 Mio. Vollprothesen. Die statistisch ungenügend erfasste einseitig unbezahnte Situation ebenfalls äußerst vorsichtig hinzugerechnet, sollte mit mindestens 10 Mio. Vollprothesen in Deutschland gerechnet werden.

Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt behandelt also ca. 140 „Vollprothesen“ an ca. 100 Patienten. Das scheint zunächst nicht beeindruckend, repräsentiert aber ca. 10% unserer Patienten und damit einen wichtigen Teil der Empfehlungsbasis der Praxis.

Diesen Zahlen stehen ca. 335.000 Oberkiefer- und 188.000 Unterkieferprothesen nach abgerechnetem Festzuschuss gegenüber – die GOZ-Analyse ist noch im Gange. Dennoch ist davon auszugehen, dass ohne Berücksichtigung von Erstanfertigungen nur etwa 5% der Vollprothesen pro Jahr erneuert werden, d.h. siebeneinhalb pro Zahnarzt.

Das bedeutet für unsere Patienten je eine neue Vollprothese in einem Zeitraum von 20 Jahren? Woran liegt das? Ist das Versorgungsniveau so hoch, dass alle Patienten über einen solch langen Zeitraum zufrieden sind? Sicher nicht, denn auch hierzu gibt es Studien, die Patienten mit konventionellen Vollprothesen eine Gesamtunzufriedenheit zwischen 65 und 85% bescheinigen.

Von unseren durchschnittlich 100 Vollprothesenpatienten sind demnach mindestens 75 Senioren unzufrieden und wir unternehmen nur bei 7 überhaupt den Versuch, mittels Neuanfertigung zu helfen. Da scheinen im Vergleich Unterfütterung (>900.000) und Druckstellenentfernung ja ganz offensichtlich verlockende Therapiekonzepte zu sein. Oder ist es Resignation auf beiden Seiten?

Natürlich gibt es gute Gründe für diese Verhältnisse, die ohne differenzierte Betrachtung eher an einen Missstand erinnern: der zahnlose Patient in der Seniorengruppe gehört nicht dem finanzstärksten Teil dieser Gruppe an. Außerdem liegen die Behandlungsalternativen der Implantologie häufig im Widerspruch zu den anatomischen Voraussetzungen des atrophierten Alveolarkammes einerseits und der Bereitschaft des Patienten zu ambitionierten chirurgischen Eingriffen andererseits.

Die mittlerweile anerkannten und mit Langzeitstudien dokumentierten, sogenannten Mini-Implantatsysteme können Kostendruck und Operationsangst reduzieren. Ohne Augmentation und aufwendige Verfahren ist die Fixation einer Vollprothese für drei- bis viertausend Euro bei einem Materialeinsatz von ca. 500 Euro möglich.

Wenn der Durchschnittszahnarzt nun ca. 10% seiner Vollprothesen pro Jahr auf diese Weise versorgen würde, könnte er nicht nur die Zufriedenheitsquote verbessern, sondern (14x3.500) auch seinen Umsatz um knapp 50.000 Euro erhöhen. Um in der Statistik zu bleiben: Das könnten in der Durchschnittspraxis über 12% Umsatzsteigerung bedeuten, die sich aufgrund der günstigen Kostenstruktur zu min. 60% im Einnahmenüberschuss wiederfinden würden. Diese 30.000 Euro würden hier für den Durchschnitt eine Verbesserung des Praxisgewinnes um ca. 25% bedeuten.

Es ist an der Zeit, die Versorgung von unbezahnten Patienten wieder motiviert anzugehen und Ressentiments gegenüber altersgerechten Implantatalternativen aufzugeben. Die Erfahrung vieler Kollegen zeigt, dass es sich lohnt, jede Druckstelle und Unterfütterung für eine Beratung im Rahmen der Möglichkeiten zu nutzen.

Weitere Infos bei der JMP Dental GmbH:

Tel. +49 (0)7023 748087

Fax +49 (0)7023 748088

Mail [info@jmp-dental.de](mailto:info@jmp-dental.de)

Mobil +49 (0)170 964 7838