

2. Literaturübersicht

2.1 Der abnehmbare Teilersatz

2.1.1 Indikation und Aufgaben von Teilprothesen

Bei einer fortgeschrittenen Schädigung des Restgebisses bzw. des Zahnhalteapparates, die nicht mehr auf dem Wege einer festsitzenden Versorgung bzw. Implantation des Lückengebisses zu therapieren ist, sollte eine Behandlung mittels herausnehmbarem Teilersatz erfolgen (74). Gegebenenfalls kann auch aus ästhetischen Gründen eine Eingliederung von herausnehmbarem Zahnersatz erforderlich sein. Die Aufgaben von herausnehmbarem Teilersatz fassten Strub et al. (1994) wie folgt zusammen:

- Wiederherstellung der (Kau-) Funktion mit Sicherung der Okklusionsverhältnisse, Zahnpositionen sowie Optimierung der Kaukraftverteilung
- Wiederherstellung von Phonetik und Ästhetik
- Verhütung weitgehender direkter oder indirekter Destruktionen im stomatognathen System (prophylaktische Funktion)

Unterschiede zwischen herausnehmbaren Teilprothesen bestehen in der Topographie, der Art der Abstützung am Restgebiss und der Wahl der Verankerungselemente. Solche Halte- und Stützelemente sind zumeist Klammern, an Pfeilerzähnen zementierte Primärkronen bzw. über Kronen befestigte Geschiebe (74).

2.1.2 Vor- und Nachteile von Teilprothesen

Alle prothetisch - restaurativen Maßnahmen beeinflussen das Gebiss im positiven und negativen Sinn. Dementsprechend liegen auch bei der Versorgung eines Kiefers mit herausnehmbarem Teilersatz sowohl Vor- als auch Nachteile auf der Hand (5).

Vorteile:

- Anzahl zu ersetzender Zähne ist unbegrenzt,
- Möglichkeit der Stabilisierung von Pfeilerzähnen,
- Ersatz des Alveolarfortsatzes möglich,
- Erweiterungsfähigkeit ist gegeben,
- relativ niedrige Kosten.

Nachteile:

- die parodontale Belastung der Pfeilerzähne ist fraglich,
- Adaptation des Patienten ist durch selbstständiges Entfernen erschwert,
- die Ästhetik nicht immer optimal,
- erhöhtes Kariesrisiko,
- erschwerte Hygienisierung für Patienten.

2.1.3 Langzeitbewährung von Teilprothesen

Vermeulen (1984) kam in einer Longitudinalstudie an 703 Teilprothesenträgern zu folgenden Ergebnissen: Die Halbwertszeit ist mit zehn Jahren für Modellgussprothesen im Gegenteil zu klammerlosen Kunststoffprothesen (3 Jahre) und präzisionsverankertem Ersatz (8 Jahre) am höchsten gewesen. An Teilprothesen im Oberkiefer mussten nach 5 Jahren bei 25% und nach 10 Jahren bei 55% restaurative Maßnahmen durchgeführt werden, im Unterkiefer traf dies entsprechend für 35% bzw. 60% zu. Frakturen und Korrekturen betrafen vorwiegend Freientprothesen, die eine kürzere Lebensdauer aufwiesen. In fünf Prozent der Fälle wurden die angefertigten Prothesen nicht getragen, wobei keine Unterschiede zwischen Oberkiefer und Unterkiefer bestanden.

Kerschbaum und Mühlenbein (1987) fanden in einer retrospektiven Studie von 8-9 Jahren keine Unterschiede in der Lebenserwartung von Gussklammern (n = 677) oder attachmentverankertem (n = 309) Zahnersatz. Ebenso wie Vermeulen (1984) kommen auch diese Autoren zu dem Schluss, dass ab einem gewissen Versorgungsstandard mit darüber hinausgehendem technischen Aufwand keine längerfristigen Therapieresultate zu erzielen sind.

Berücksichtigt man alle wissenschaftlichen Abhandlungen zur Thematik der Langzeitbewährung von Modellgussprothesen, so ergibt sich eine mittlere Nutzungsdauer von ca. 8-10 Jahren (9, 44, 54, 80).

Untersuchungen von attachmentverankerten Teilprothesen führten im Oberkiefer zu einer mittleren Überlebensrate von 75% nach 9 Jahren und im Unterkiefer nach diesem Zeitraum von 85% (49). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Wagner und Kern (2000), die 72 Teilprothesen mit Teleskopkronen sowie Gussklammern 10 Jahre nach ihrer Eingliederung untersuchten. Ihre ermittelte Überlebensrate beträgt 71,3%. Diese Werte decken sich mit dem in der Literatur angegebenen Durchschnitt von 8 Jahren für attachmentverankertem Zahnersatz (12).

Versucht man, alle bislang veröffentlichten Untersuchungen zusammenzufassen, lässt sich feststellen, dass es bisher keinen Beweis dafür gibt, dass attachmentverankerte Prothesen hinsichtlich der Lebensdauer klammerverankertem Zahnersatz überlegen sind. Die Vorteile von präzisionsverankertem Teilersatz liegen insbesondere in der besseren Ästhetik und in dem höheren Patientenkomfort (74).

2.2 Gebissklassifikationen

Teilprothesen kommen im Lückengebiss, d.h. bei verkürzten und/oder unterbrochenen Zahnbögen (Freiendsituation, Schatlücken, Kombination aus beiden), zur Anwendung (74). In der vorgelegten Studie sind zwei im deutschsprachigen Raum geläufige Klassifikationen zur Einteilung der Gebissituationen verwendet worden. Zum einen die jeweils auf einen Kiefer bezogene rein topographische Einteilung nach Kennedy (1932) und zum anderen die Klassifikation nach Eichner (1955), die beide Kiefer zueinander in Beziehung setzt.

2.2.1 Lückengebissklassifikation nach Kennedy

Bei ihr werden die Lückengebisse in vier Grundklassen (Hauptklassen) eingeteilt. Je nachdem, ob die Klassen I-III eine oder mehrere Schaltlücken aufweisen, kann eine genauere Differenzierung in Unterabteilungen (jeweils 1-3) vorgenommen werden. Die Kennedy-Klasse IV ist ein Spezialfall der Klasse III. Sie weist keine weiteren Unterteilungsmöglichkeiten in Unterklassen auf und zählt funktionell zu den Freundsituationen, topographisch aber zu den Schaltlücken.

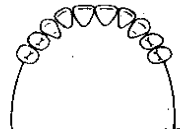
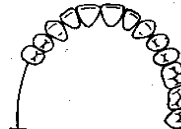
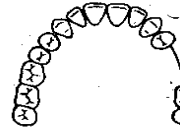
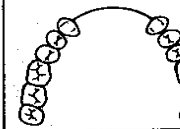
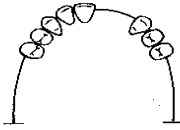

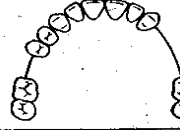
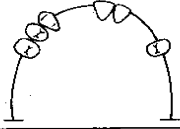
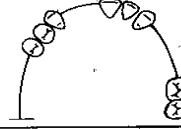
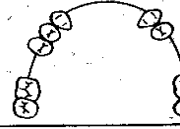
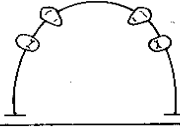
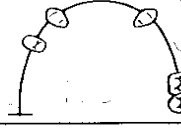
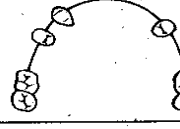
| | <i>Klasse I</i> | <i>Klasse II</i> | <i>Klasse III</i> | <i>Klasse IV</i> |
|----------------------------|---|---|--|---|
| <i>Merkmal der Klassen</i> |  |  |  |  |
| <i>Untergruppe 1</i> |  |  |  | |
| <i>Untergruppe 2</i> |  |  |  | |
| <i>Untergruppe 3</i> |  |  |  | |

Abb. 1: Kennedy-Klassifikation

- Kennedy-Klasse:
- I: beidseitig verkürzte Zahnreihe
 - II: einseitig verkürzte Zahnreihe
 - III: einseitig, doppelseitig oder mehrfach unterbrochene Zahnreihe
 - IV: über die Mittellinie reichende frontale bzw. fronto-laterale Schaltlücke

2.2.2 Lückengebissklassifikation nach Eichner

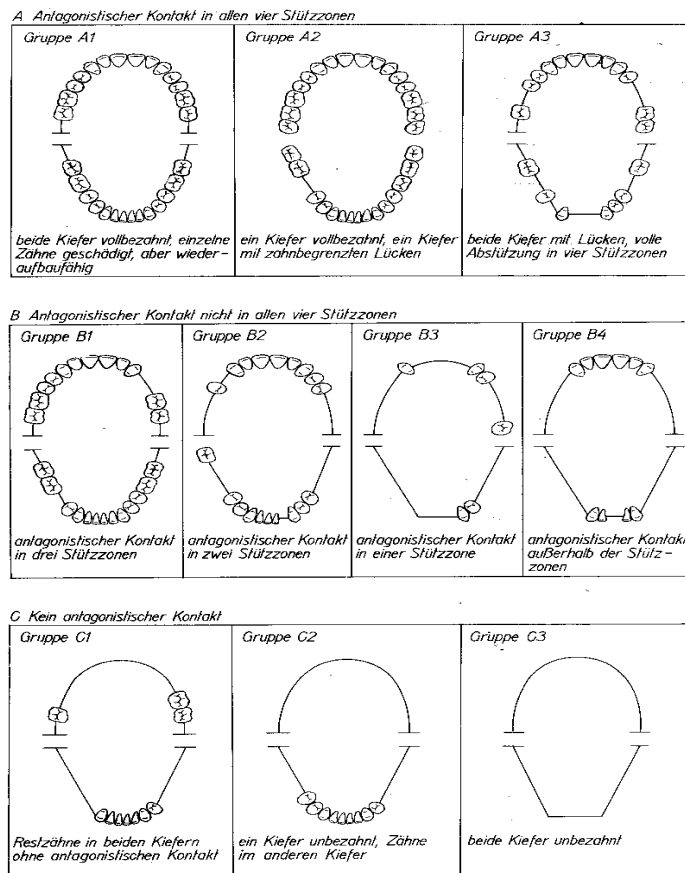


Abb. 2: Eichner Klassifikation

Eichner stützte sich bei seiner Klassifizierung auf den antagonistischen Kontakt zwischen Molaren und Prämolaren. Ein vollbezahntes Gebiss mit Normalbisslage besteht aus vier prothetischen Stützstellen, die durch den antagonistischen Kontakt zwischen Prämolaren und Molaren der jeweiligen Kieferhälften gebildet werden. Frontzähne bleiben bei der Stützstellenbetrachtung unberücksichtigt.

2.3 Patientenzufriedenheit

Das Wort Zufriedenheit wurde im deutschen Sprachgebrauch bisher noch nicht exakt definiert und ist aus diesem Grunde nur schwer zu evaluieren (3, 69).

Nach unserem Verständnis verbirgt sich hinter diesem Begriff ein vollkommenes Wohlbefinden oder eine vollkommene Zustimmung zu einem Gegenstand oder einer Situation, ohne dass die zufriedene Person einen Anlass sieht, diese zu ändern.

Nach Aust (1994) misst die Zufriedenheit die Distanz zwischen Erwartungen/Ansprüchen und der vorgefundenen Situation. Sie ist dabei vom individuellen Anspruchsniveau, aber auch von Stimmungen oder den Erfahrungen aus erst kurz zurückliegenden Ereignissen abhängig. Außerdem scheint die individuell erlebte Zufriedenheit relativ unabhängig von objektiven Kriterien zustande zu kommen. Zufriedenheit bedeutet eher, dass die eigene

Erwartung in bezug auf einen bestimmten Bereich erfüllt wurde. Die Erwartungen werden dabei von der sozialen Vergleichsgruppe geprägt.

Zufriedenheit hat keine Maßeinheit und ist eine rein subjektive Empfindung, somit interindividuell unterschiedlich und in ihrer Wertung stark durch die Persönlichkeitsstruktur beeinflussbar. Synonym wird in der vorliegenden Arbeit auch der Begriff "Akzeptanz" verwendet.

In der folgenden Untersuchung soll die Zufriedenheit mit einer Teilprothese anhand von zwei Merkmalen, der Tragedauer und der subjektive Benotung, fest gemacht werden. Wir glauben, dass die Kombination dieser beiden Variablen ein relatives Maß des Zufriedenheitsgrades einer Person widerspiegelt.

Für Segelke (1997) ist im Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit auch der Behandlungsbedarf von Bedeutung. Die Erhöhung der Zufriedenheit kann unter anderem durch ein stärker in Diagnose und Therapie eingebundenes Individuum erreicht werden, wie es beispielsweise in der studentischen Behandlung geschieht.

"Noch immer wird der Behandlungsbedarf vom Arzt anhand von objektiv deklarierten Variablen und klinischen Indizes bestimmt, wobei das eigentliche Patienteninteresse häufig außen vor bleibt. Folglich stellt sich die Frage, ob in vielen Fällen, nicht zumindest teilweise, am Interesse des Patienten vorbei therapiert wird. Es muss also verstärkt das Augenmerk auf Gründe gelenkt werden, die die Zufriedenheit eines Patienten beeinträchtigen oder verbessern können", so Segelke (1997).

2.4 Übersicht über die Literatur

REDFORD M et al. führten in den USA zwischen 1988 und 1991 eine Studie über die Verbreitung und Qualität von herausnehmbarem Zahnersatz an einer Population von 7374 Personen zwischen 18-74 Jahren durch. Laut ihrer Ergebnisse tragen 21,4% aller Untersuchungspersonen eine Zahnprothese. Davon entfallen anteilig 40,6% auf Personen mit mindestens einer partiellen Prothese in einem Kiefer. Dies würde bedeuten, dass 8,6% der Gesamtbevölkerung der USA Träger einer Teilprothese sind. Von allen Prothesenträgern gaben rund 60% an, in den vergangenen Monaten Probleme mit ihrem Zahnersatz gehabt zu haben. In dieser Untersuchung lag der Anteil der Personen, die ihre Prothese nicht tragen bei rund 10%. Die ermittelten Häufigkeiten wurden folgendermaßen angegeben:

| 640 Personen = 40,6% | Oberkiefer | Unterkiefer |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|
| 15,3 % | Teilprothese | Keine Versorgung |
| 11,5 % | Totalprothese | Teilprothese |
| 9 % | Teilprothese | Teilprothese |
| 4,5 % | Keine Versorgung | Teilprothese |
| 0,3 % | Teilprothese | Totalprothese |

Tab. 1: Verbreitung von herausnehmbarem Teilersatz in den USA

LENZ P und MERTINS H untersuchten 1978 206 Prothesenträger (davon gehörten 169 zu den Teilprothesenträgern) mittels eines Fragebogens und einer klinischen Nachuntersuchung auf ihr Verhalten hinsichtlich des Zahnersatzes. Die Eingliederung der Teilprothesen lag 0,5 bis 4 Jahre zurück. Die Patienten der Eichner Gruppe A3 – C1 zeigten sich zu 71% zufrieden, 22% waren mit Einschränkung zufrieden und 7% äußerten sich unzufrieden. Zwischen Alter und Geschlecht konnten diesbezüglich keine Unterschiede gefunden werden, wohl aber in Bezug auf die Prothesenart. So drückten sich 61% der Patienten mit Modellgussprothesen und 70% mit einer Teleskopprothese zufrieden aus. Mit abnehmendem Restzahnbestand wurden deutlich höhere Ergebnisse für

Unzufriedenheit ermittelt. Das Aussehen wurde in nur 2% der Fälle bemängelt. 9% aller Befragten trugen ihren Zahnersatz unregelmäßig oder gar nicht.

SAUER G konnte 1979 Ergebnisse veröffentlichen, denen 1246 auswertbare Fragebögen durch eine postalische Patientenumfrage zugrunde lagen. Hierfür hat er lediglich Probanden ausgewählt, die mit Modellgussprothesen ohne Frontzahnersatz versorgt wurden. Der Autor nahm in diesen Fällen an, dass bei solchen Prothesen ausschließlich die ästhetische Funktion für die Tragegewohnheit ausschlaggebend ist. Kein Unterschied ergab sich in der Bewertung von Männern und Frauen; es bestand kein altersabhängiger Unterschied; der versorgte Kiefer hatte keinen Einfluss auf die Bewertung und es fand sich kein Zusammenhang zwischen der Art der Prothese und der persönlichen Beurteilung des Befragten. Signifikante Abhängigkeiten konnten jedoch zwischen der Zufriedenheit und der Erfahrung des Patienten mit Zahnersatz ermittelt werden. Hier äußerten sich Zweit- und Mehrfachversorgte eindeutig öfter sehr zufrieden und weniger „nicht zufrieden“ als Erstversorgte. Die Auswertung der Tragegewohnheiten zeigte, dass 59,9% ihre Modellgussprothese „immer tragen“, hingegen 29,6% „nur tagsüber“ und 10,5% „selten oder nie“. Diese Daten decken sich in etwa mit der prozentualen Verteilung von Beanstandungen. 52,8% hatten gar nichts zu bemängeln, 25,5% empfanden die Klammern als problematisch und 21,5% Bügel oder Platten.

WAYNE LH und HOFFMANN J stellten mittels einer Trendstudie von 1989 über herausnehmbaren Zahnersatz fest, dass im Verlauf von zehn Jahren der Bedarf an Totalprothesen deutlich gesunken ist, wohingegen die Zahl der in diesem Zeitraum angefertigten Teilprothesen zunahm. Nach ihren Informationen ist eine klare Tendenz dahingehend erkennbar, dass es in Zukunft vermehrt die Gebissituation einer Zahnlosigkeit im Oberkiefer mit einer Teilbezahnung im Unterkiefer geben wird.

WANDEL T führte im Rahmen einer klinischen Nachuntersuchung von 10 Jahre alten Teilprothesen der Tübinger Gruppe B auch eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten durch. Er gelangte nach Auswertung von 112 Patienten, versorgt mit 200 Teilprothesen jeglicher Art, zu folgenden Ergebnissen: Partielle Prothesen im Oberkiefer erreichten eine 100%-ige Akzeptanz, im Unterkiefer war die Zufriedenheit bei den Patienten mit Geschiebeprothesen deutlich höher als bei den mit Klammerprothesen versorgten Patienten. Bei den Patienten mit einseitig verkürzter Zahnreihe im Unterkiefer sank die Zufriedenheit auf 71,4%.

COWAN RD et al. hingegen gelangten zu Ergebnissen über Prothesenakzeptanz mittels einer Telefonbefragung. Das erste Interview der Untersuchung fand 24-33 Monaten nach Eingliederung der Teilprothesen statt. Hierfür konnten 290 Personen kontaktiert werden. 258 Personen berichteten, dass sie ihre Prothese tragen würden und 238 gaben an, dass sie keinerlei Probleme mit ihr hätten. In der zweiten Untersuchung, hat man diese 238 problemfreien Patienten aus dem ersten Interview erneut angerufen und 48 bis 57 Monate nach Eingliederung befragt. Nun antworteten 156 von 169 kontaktierten Personen, dass sie ihre Prothese nutzen und 152 gaben keine Probleme an.

SCHNELLER T et al. fanden 1992 vor Behandlungsbeginn bei Patienten in der zahnärztlichen Prothetik auf die Frage, "Was ihnen an einer neuen Prothese das Wichtigste sei?", unter anderem folgendes Meinungsbild:

- | | |
|----------------------|-----|
| 1. das gute Kauen | 44% |
| 2. das gute Sprechen | 28% |
| 3. das gute Aussehen | 17% |

Drei Monate nach Eingliederung wurde diese Frage noch einmal gestellt. Nun bewerteten 56% der Befragten die Kaufunktion als am wichtigsten, 23% das Aussehen und 13% der Patienten die gute Aussprache. Ebenso fand diese Untersuchungsgruppe keinen Einfluss von soziodemographischen Faktoren wie Geschlecht, Alter, Bildung und Familienstand auf die Zufriedenheit der Patienten. Andere Studien wiederum zeigen, dass die allgemeine Lebensqualität und Zufriedenheit durchaus mit diesen Faktoren korrelieren und u. U. auch mit der Mundgesundheit in Verbindung stehen kann (21, 28, 32, 36).

VAN WAAS MA et al. veröffentlichten 1994 einen Artikel über die Beziehung zwischen Tragegewohnheiten einer Teilprothese und der Zufriedenheit. Hierzu erfolgt eine genaue Aufschlüsselung der insgesamt getragenen Teilprothesen. Von den 127 betroffenen Patienten trugen 107 einen Zahnersatz im Oberkiefer (41 Modellgussprothesen, 44 Kunststoffprothesen) und 61 im Unterkiefer (30 Modellgussprothesen, 31 Kunststoffprothesen). Auf die Frage, wie sie generell mit ihrer Teilprothese zufrieden sind, ergab sich folgende Verteilung: 24% sehr zufrieden, 57% zufrieden, 13% unzufrieden und 6% sehr unzufrieden. Ästhetische Probleme durch die Prothese wurden in 11% der Fälle erfasst, was sich in etwa mit der Unzufriedenheit deckt. Eine Verbesserung der Kaufunktion registrierten 77%, 17% spürten keinen Unterschied und 6% konnten mit der Prothese schlechter kauen. Hinsichtlich eines Vergleiches der Prothesenwerkstoffe (Metall oder Kunststoff) und der Lückenkonstellation (Schalt- oder Frendlücke) konnten keine signifikanten Feststellungen getroffen werden. Die ausgewerteten Ergebnisse zeigten weiterhin, dass Teilprothesen an denen Frontzähne ersetzt wurden, signifikant schlechter bezüglich der Akzeptanz abschnitten als diejenigen, die nur Seitenzähne wiederherstellten.

MEEUWISSEN JH et al. gingen 1995 in den Niederlanden anhand der oben beschriebenen Studie der Zufriedenheit älterer Menschen mit reduzierter Zahnzahl nach. Es konnten 320 bezahnte Patienten zwischen 55 und 74 Jahren für die Untersuchung herangezogen werden, hierzu zählten 127 Teilprothesenträger (61% Kunststoffprothesen, 64% Freilandprothesen, an 39% der Prothesen hatte man Frontzähne ersetzt). Die Daten wurden durch klinische Untersuchungen und einen Fragebogen erfasst. Für die Zufriedenheit mit der derzeitigen Gebissituation ergab sich folgende prozentuale Verteilung: 30% sehr zufrieden, 60% zufrieden und 10% nicht zufrieden. Es zeigte sich, dass die allgemeine Zufriedenheit deutlich mit der Anzahl natürlicher Kaueinheiten zunimmt, sowohl für Personen mit natürlicher Bezahnung als auch für Teilprothesenträger. Keine Interaktion hingegen fand sich, wenn durch die partielle Prothese weder die Anzahl der okkludierenden Antagonistenpaare zunahm, noch andere negative Effekte verringert wurden. Ein weiterer signifikanter Unterschied existierte in der generellen Zufriedenheit zwischen Patienten mit oder ohne Teilprothese, so äußerten sich Personen mit einer geringen Restbezahnung oder einem herausnehmbaren Zahnersatz am wenigsten zufrieden.

JEPSON NJA et al. führten 1995 eine Studie mit dem Ziel durch, spezielle Prothesenkonstruktionen als Ursache für die Akzeptanz von 2-3 Jahre getragenen Teilprothesen herauszufiltern. Hierfür befragten sie 317 Patienten mittels eines postalischen Fragebogens über den Gebrauch ihres Zahnersatzes. Als Kriterien für die Prothesenkonstruktion haben sie Materialeigenschaften, Verteilung der ersetzten Zähne, Abstützungs- und Verbindungselemente herangezogen. Nach Auswertung von 273 Antwortbriefen, denen 393 partielle Prothesen (210 obere, 183 untere) zugrunde lagen, konnte belegt werden, dass 25% der Patienten ihre Teilprothese nie tragen und 15% nur gelegentlich. Eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Ablehnung des Zahnersatzes ermittelten sie bei Prothesen im Unterkiefer, bei denen nur wenige Zähne im Seitenzahnbereich ersetzt waren und diese über einen Sublingualbügel verbunden wurden. Traten alle diese Komponenten in einer Prothese auf, ergab sich eine große Wahrscheinlichkeit für eine Unzufriedenheit. Lediglich die Anwesenheit ersetzter Frontzähne hatte einen signifikant-positiven Einfluss auf die Tragegewohnheiten aller Prothesen. Dies traf sogar dann zu, wenn im Unterkiefer nur wenige Zähne ersetzt waren.

In einer Studie von SEGELKE V (1997) wurden 145 Patienten befragt, ob sie sich für eine erneute prothetische Versorgung im Studentenkurs der Aachener Universitätsklinik bereit erklären würden. Auf diese Frage antworteten 83,1% positiv. 95,2% aller Befragten war mit der Behandlung zufrieden oder sehr zufrieden. Als Gründe die gegen eine erneute Behandlung sprechen, nannten die meisten Patienten den erhöhten Zeitaufwand. Die Hauptbeweggründe für eine Behandlung im Studentenkurs waren der Glaube an die sorgfältigere Behandlung in Verbindung mit dem finanziellen Vorteil. Im Themenkomplex Ästhetik, den diese Studie mittels eines Fragebogens an 60 Teilprothesenträger (52 OK, 46 UK) herangetragen hatte, gehörten 95% der Patienten zu denen, die keine ästhetischen Probleme angaben. 88,3% waren zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Aussehen des Zahnersatzes. Lediglich 5% aller Befragten Teilprothesenträger waren nicht zufrieden bzw. sehr unzufrieden. 58,3% der Befragten beurteilten ihre Erscheinung mit Prothese positiver. Weiterhin konnte der Untersucher ermitteln, dass ein Zusammenhang zwischen positiver Bewertung, der äußeren Erscheinung und dem Vorhandensein ersetzter oder überkronter Frontzähne bestand. Dies lässt darauf schließen, dass solche Patienten derartige Versorgungen als ästhetischen Gewinn verstehen.

FRANK RP et al. berichteten 1998 aus den USA von einer ähnlich gelagerten Studie. Ihre Untersuchung basierte ebenfalls auf einem Fragebogen, in dem die Patienten über den Gebrauch ihrer partiellen Unterkieferprothesen befragt wurden, die sie vor 3 Jahren erhielten. Die Untersucher fanden vier Faktoren, die mit einer Unzufriedenheit gekoppelt waren. Bei Patienten, die das 60. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten, war der Grad der Unzufriedenheit um das 1,7-fache höher als beim Durchschnitt der Befragten. Nahezu zweimal höher war dies der Fall für Patienten mit einem schlechten Gesundheitszustand oder Patienten, die zuvor keinerlei Erfahrung mit Zahnersatz sammeln konnten. Einen dreifach höheren Faktor für Unzufriedenheit ermittelten sie für Patienten, die im Gegenkiefer ebenfalls eine Teilprothese trugen, im Vergleich zu denen, die noch natürliche Zähne im Gegenkiefer oder eine Totalprothese hatten.

WAKABAYASHI N et al. untersuchten 1998 in Japan welche psychologischen Muster und klinischen Variablen sich auf die Nichtakzeptanz von Teilprothesen auswirken. Hierfür befragten sie 66 Personen mit 50 Oberkiefer- und 44 Unterkieferteilprothesen. Auf einer 100 mm Skala sollten die Patienten den Grad ihrer Zufriedenheit unter anderem für Ästhetik, Stabilität, generelle Zufriedenheit und Kauvermögen markieren. Auf diese Weise konnten verschiedene Abhängigkeiten statistisch gesichert werden. So empfinden Männer durch ihre Prothesen einen höheren Gesamtkomfort als Frauen. Je länger eine Person mit einer Prothese vertraut war, desto zufriedener zeigte sie sich mit der Sprechfunktion, dem Komfort, dem Schmerz und der generellen Akzeptanz. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Kennedy-Klassifikation konnte lediglich für das Kriterium Ästhetik ermittelt werden. Hier zeigten sich Patienten mit einer Klasse IV gegenüber solchen, die mit einer Teilprothese der Klasse I oder II versorgt waren, weniger zufrieden. Einen weiteren signifikanten Einfluss hatte das Alter der Patienten. Jüngere Personen waren häufiger unzufrieden mit ihrem Zahnersatz. Hingegen ist die Anzahl der ersetzten Zähne nicht in signifikantem Maße an der Akzeptanz beteiligt. Einen Unterschied der Bevorzugung von Metall- oder Kunststoffbasis konnte nicht ermittelt werden. Der Anteil unzufriedener Patienten, die eine Prothese mit klinisch guter Retention und Stabilität besaßen war jedoch sehr hoch.

FRANK RP et al. veröffentlichten 2000 eine Studie über die Planung und Herstellung von Teilprothesen, indem er die klinischen Ergebnisse mit der Patientenzufriedenheit verglich. An 82 untersuchten Patienten mit einer Unterkieferprothese legte er 8 Standards der Entwurfs- und Herstellungsnorm fest. Die Zufriedenheit hat er an Hand eines Fragebogens eruiert. 63% aller befragten Patienten waren mit ihrer Prothese, unabhängig vom Konstruktionsmodus, zufrieden. Von allen Teilprothesen waren 35 klinisch akzeptabel, 38 bedingt akzeptabel und 9 mussten neu gefertigt werden. Keiner der untersuchten Standards, wie z.B. Basisausdehnung, Kraftübertragung, Okklusion oder Gerüstpassung usw., konnte mit der Patientenzufriedenheit in Verbindung gebracht werden.