

Gesamtinhalt

Wegweiser

Gesamtinhalt

Vorwort

Autorenverzeichnis

Benutzerhinweise

1 Grundsätze ordnungsgemäßer Dokumentation

- 1/1 Inhalt
- 1/2 Anforderungen an die Dokumentation
- 1/3 Auswirkungen mangelhafter oder fehlender Dokumentation

2 Rechtsgrundlagen

- 2/1 Inhalt
- 2/2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) – Auszug
- 2/3 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch, gesetzliche Krankenversicherung – Auszug
- 2/4 Musterberufsordnung – Auszug
- 2/5 Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) – Auszug
- 2/6 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) – Auszug

3 Dokumentationsinhalte der BEMA-Gebührennummern

- 3/1 Inhalt
- 3/2 Konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen
- 3/3 Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)
- 3/4 Systematische Behandlung von Parodontopathien

4**Dokumentationsinhalte der GOZ-Gebührennummern**

- 4/1 Inhalt
- 4/2 Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- 4/3 Prophylaktische Leistungen
- 4/4 Konservierende Leistungen
- 4/5 Chirurgische Leistungen
- Anhang: O – Strahlendiagnostik (GOÄ)

Inhalt CD-ROM

1. Checklisten

- Checkliste Modellvermessung und Interpretation
- Übersicht der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)
- Checkliste Diagnostik und Therapie des Platzmangels
- Checkliste Angle-Klasse II
- Checkliste Angle-Klasse III
- Checkliste Kieferorthopädisch-kieferchirurgische Kombinationsbehandlung
- Kostenaufstellung nach BEB
- Stellenbeschreibungen/Arbeitsplatzbeschreibungen
- Checkliste Hygienemanagement

2. Arbeitsabläufe

- Prozess Auftragsannahme
- Arbeitsablauf – Abformung für Arbeitsmodell
- Arbeitsablauf – Abformung für Diagnostikmodell
- Arbeitsablauf – Abformung für Funktionskieferorthopädie
- Arbeitsablauf – Abformung während festsitzender Behandlung

3. Bestellvorlagen

- Allgemeine Bestellanfrage
- Bestellformular mehrere Artikel
- Faxbestellformular

Sechs Schlüssel der Okklusion nach Andrews

Einen wichtigen Beitrag zur Verknüpfung des Begriffes Eugnathie mit einer praxisnahen Umsetzung in kieferorthopädische Behandlungsziele wurde 1972 durch Andrews vorgestellt.

Eugnathie und
Umsetzung

1. Schlüssel: Beziehung der Molaren

Ergänzend zu der Angle-Klassifikation wurde von Andrews gefordert, dass die distale Randleiste des oberen ersten Molaren mit der mesialen Randleiste der unteren zweiten Molaren in Kontakt steht (Abb. 5–7).

2. Schlüssel: Angulation

Für jeden Zahn gibt es eine typische Orientierung in mesio-distaler Richtung. Eine korrekte Angulation, vor allem im Seitenzahnggebiet, gewährleistet die axiale Kaukraftableitung (Abb. 8).

3. Schlüssel: Kronentorque

Der Torque beschreibt die Achsneigung der Kronen in vestibulo-oraler Richtung (Abb. 9). Angulations- und Torquewerte werden in der festsitzenden Technik in die Bracketbasen eingearbeitet und variieren von Hersteller zu Hersteller.

4. Schlüssel: Keine Rotationen

Diese Forderung berücksichtigt, dass rotiert stehende Molaren und Prämolaren mehr Platz im Zahnbogen einnehmen.

5. Schlüssel: Kein Engstand, keine Lücken

Ein enger, punktförmiger Kontakt im Approximalraum ist für die Stabilität im Zahnbogen und für wichtige Funktionen des stomatognathen Systems, wie Sprechen und Kauen, von großer Bedeutung.

6. Schlüssel: Flache Okklusionsebene

Für eine ideale Okklusionsbeziehung zwischen Ober- und Unterkiefer muss die Spee-Kurve flach verlaufen.

4.4 Checkliste

Checkliste Diagnostik und Therapie des Platzmangels

	Platzmangel	
Ätiologie	primär	Missverhältnis Zahn/Kiefergröße
	sekundär	Folgen vorzeitigen Milchzahnverlustes
	tertiär	Wachstum, Weisheitszähne, rezidiv
Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Dreh-, Schachtel- und Kippstellungen • Bukkal- oder Lingualstand • Retention und Verlagerung 	
Modellanalyse	Platzangebot/-bedarf nach Segmentanalyse	
FRS	<ul style="list-style-type: none"> • alle skelettalen Konfigurationen möglich • Bedeutung für Platzbilanz: OK1/NL, UK1/ML 	
Überweisungszeitpunkt	<ul style="list-style-type: none"> • zweite Wechselgebissphase • Erwachsenenbehandlung 	
Zahnärztliche Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltungsfähigkeit konservierender, endodontischer oder prothetisch versorgter Zähne • cave: Zahntrauma 	
Therapiestrategie	<ul style="list-style-type: none"> • abhängig von Ausprägung und Lokalisation (Grad I–III) • Protrusion, Nachentwicklung, Distalisierung, Ausnutzen leeway-space, Slicing, Extraktionstherapie 	



Die Checkliste finden Sie auf Ihrer CD-ROM.

Abgebildet sind die intraoralen Ansichten vor (Abb. 1) und unmittelbar nach der bimaxillären Umstellungsosteotomie (Abb. 2) sowie nach der Entfernung der festsitzenden Apparatur (Abb. 3).

**Abbildungen
1 bis 3**

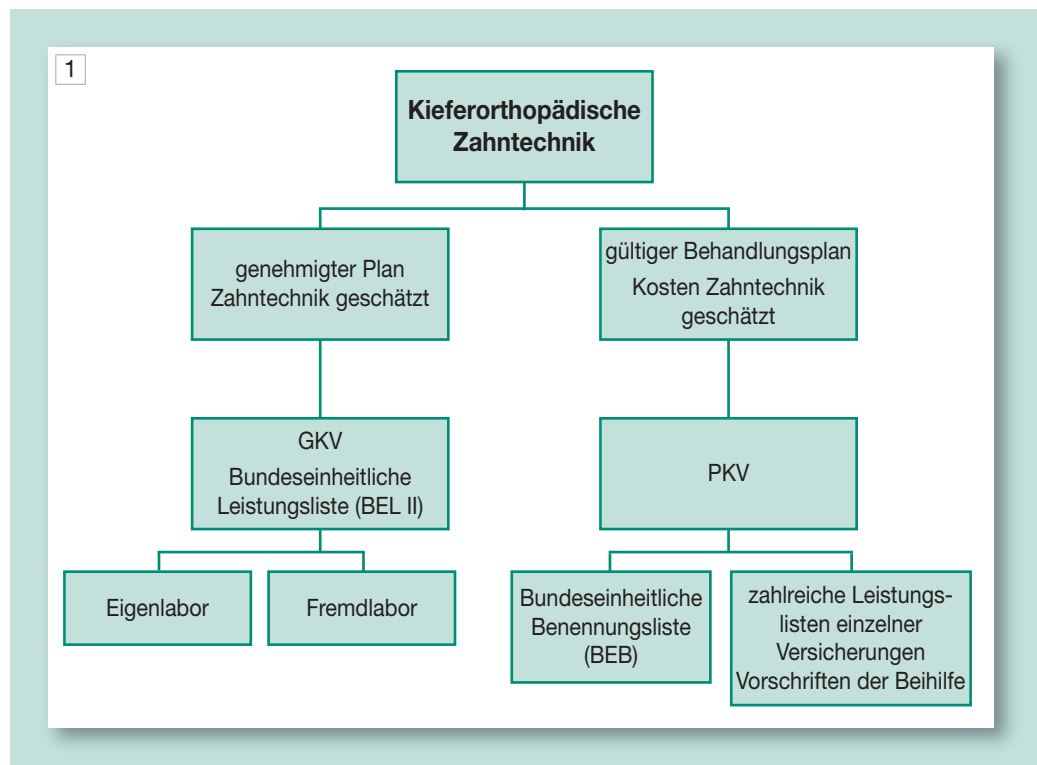
Die Abbildungen 4 und 5 zeigen Fotostat-Aufnahmen vor und nach der kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Kombinationsbehandlung.

**Abbildungen
4 und 5**

In den Abbildungen 6 und 7 sind FRS-Aufnahmen vor und nach der Behandlung dargestellt.

**Abbildungen
6 und 7**



**Abb. 1**

Unterschiedliche Leistungslisten für gesetzlich Versicherte und Patienten der privaten Krankenversicherung

Für gesetzlich Versicherte gilt:

- Wirtschaftlichkeitsgebot
- Die BEL ist im Praxislabor 5 % niedriger angesetzt als im gewerblichen Labor.
- Zahlreiche Leistungen sind nicht im Verzeichnis.
- Die Höhe der Vergütung ist abhängig vom KZV-Sitz des Behandlers.

Für Patienten der privaten Versicherung gilt:

- Die Erbringung der zahntechnischen Leistungen erfolgt nach § 9 GOZ 2012.
- Die tatsächlich entstandenen Kosten werden erstattet.
- Kosten, die innerhalb von 6 Monaten 1000 € übersteigen, müssen genau aufgelistet und beantragt werden.
- Im Allgemeinen gilt die Kostenschätzung nach dem kieferorthopädischen Behandlungsplan.

4.5 Herstellung eines Einzelkiefergerätes

Die Basis einer aktiven kieferorthopädischen Apparatur sollte so grazil wie möglich und so stabil wie nötig hergestellt werden. In der Regel sollen alle Zähne gefasst werden und es muss vor allem im seitlichen Unterkieferbereich auf unter sich gehende Stellen geachtet werden (Abb.1–4). Die aktiven und passiven Drahtelemente finden eine Verankerung und es können in Abhängigkeit der Bewegungsaufgaben Schrauben oder Federbolzen eingearbeitet werden. Die Materialkosten für diese Elemente können gesondert abgerechnet werden.

So grazil wie möglich, so stabil wie nötig

Als weitere Modifikation steht die Erweiterung der Basis durch weichelastische, seitliche, frontale oder intermaxillär wirkende Aufbisse zur Verfügung (Abb. 5–10).

Erweiterung



Beispiele für Einzelkiefergeräte

4.10 Berechnungsbeispiel für ein Bionator-Grundgerät

Der Bionator wurde von Balters vorgestellt und stellt ein häufig angewandtes kieferorthopädisches Gerät dar. Das Bionator-Grundgerät hat in den vergangenen Jahrzehnten eine vielfache Modifizierung erfahren. Im Vergleich zu einem Aktivator ist der Grundkörper anterior offen, um eine geringere Einschränkung der Zunge zu erreichen. Die palatinale Coffin-Feder ist im Gegensatz zum Umkehrbionator nach vorn geöffnet. Somit soll die physiologische Zungenlage und durch den Bügel transversale Stabilität erreicht werden.

Aufbau des Bionators

Eine weitere Besonderheit ist das Fehlen von dental anliegenden Labialbögen. Die beidseitigen Bukkzinatorschlaufen sind über einen Lippenbügel verbunden, der den natürlichen habituellen Lippenschluss fördern soll. Die beidseitigen Schlaufen dienen der Reduzierung des Wangendruckes (Erweiterung der „Kapsel“), um den Zahndurchbruch zu erleichtern und eine Erweiterung zu erreichen.

Fehlen dental anliegender Labialbögen



Abb. 1
Bionator-Grundgerät
nach Balters