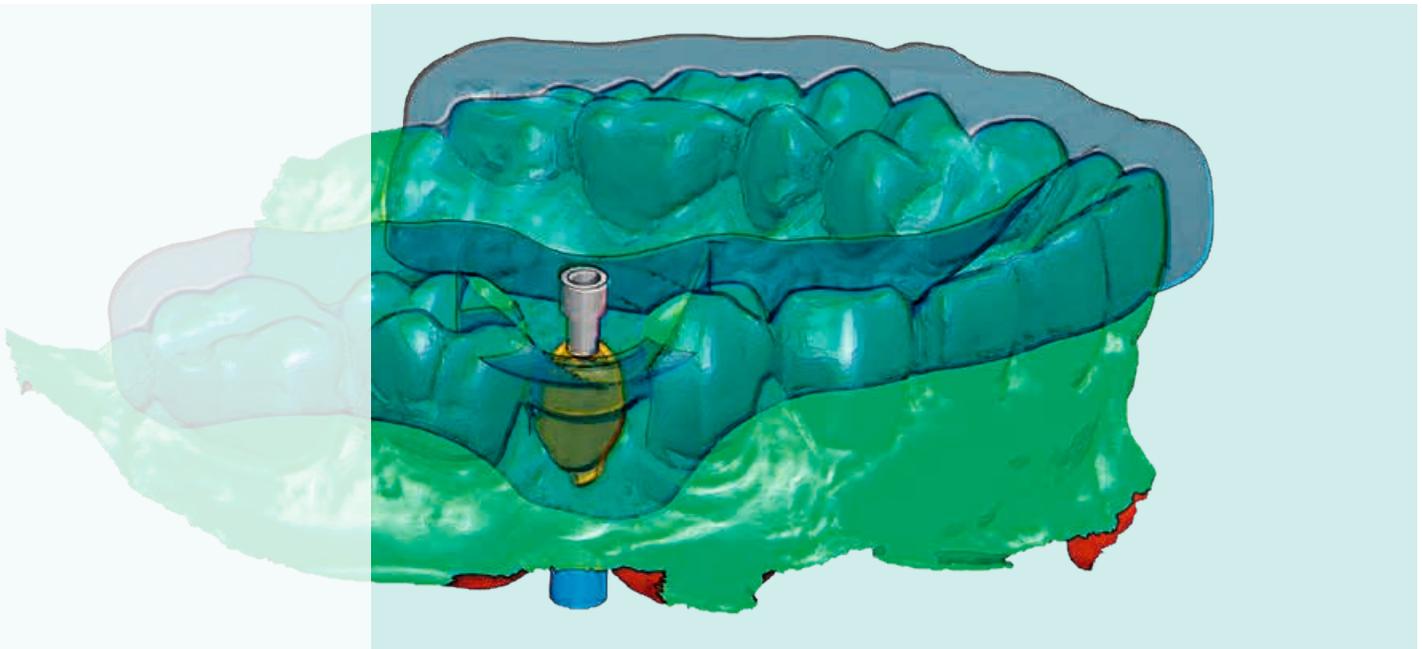


Implantatprothetische Sofortversorgung eines Einzelzahnes im Seitenzahnbereich

Ziel: One Abutment – One Time

Roland Rager



Dank der detaillierten Informationen einer dreidimensionalen Röntgenaufnahme können implantologische Versorgungen heute besonders vorausschauend geplant und dann auch minimalinvasiv umgesetzt werden (Abb. 1). Das zeigt auch der im Folgenden vorgestellte Fall eines Patienten, bei dem drei Monate zuvor ein bindegewebig eingeschickenes Implantat in regio 25 entfernt worden war.

Implantatplanung

Da hier noch die ästhetische Zone betroffen war, bestand der Wunsch, die Versorgung möglichst frühzeitig zu realisieren. Besonderes Augenmerk sollte zudem auf den Übergang zur Gingiva, also die Rot-Weiß-Ästhetik gelegt werden. Die betreuende Zahnarztpraxis hat an das Dentallabor die DICOM-Röntgendaten und Abdrücke für die Modellherstellung übergeben. Alternativ können Daten von einem intraoralen Scanner genutzt werden. Vom zahntechnischen Labor wurde die Lücke virtuell mit dem „Wunsch-Zahn“ ausgefüllt – natürlich unter Berücksichtigung der Artikulation (Abb. 2).

Diese Aufstellung wurde zusammen mit den STL-Daten der Modelle und den DICOM-Daten auf das CADdent-Portal hochgeladen und ein entsprechender Auftrag dazu angelegt. Beim Dienstleister CADdent wurden die Daten miteinander gematcht und ein erstes PDF-Dokument generiert, mit dem der Laborpartner und der Behandler (optional) informiert werden, dass nun eine Online-Planung möglich ist.

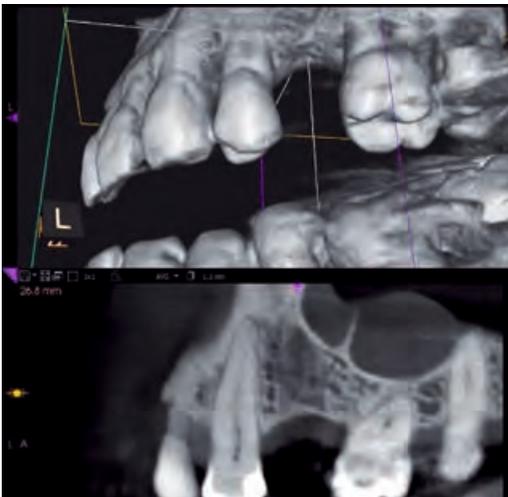


Abb. 1: Die Kombination von 3D-Röntgen und CAD/CAM ermöglicht präzises Backward Planning.



Abb. 2: Wunsch-Aufstellung.

Bei der computergestützten Implantatplanung legt der geschulte CADdent-Zahntechniker z. B. über den TeamViewer gemeinsam mit dem Chirurgen und dem Planungsteam die Idealposition für das Implantat und die Implantart fest. In diesem Fall wurde während der Planung zunächst ein zylindrisches Implantat gewählt (Abb. 3). Letztlich wurde jedoch ein konisches wurzelförmiges Design bevorzugt, um mit der Implantatspitze dichter an die Kieferhöhle heran zu kommen, ohne diese zu perforieren (Abb. 4 und 5). Wichtig ist auch die exakte Planung der Führungshülse über der Implantatachse: Hier konnte die Hülse trotz eingeschränktem Platzangebot tief platziert werden, sodass ein kurzer Bohrer zum Einsatz kommen konnte (Abb. 6 bis 8). Eine tiefe Platzierung und kurze Bohrerlänge vermindern die Aufsummierung von Passungstoleranzen und damit die Fehlabweichung. Außerdem ist das Handling beim „Einfädeln“ für den Zahnarzt einfacher. Zudem darf das Winkelstück nicht auf den Nachbarstrukturen aufsitzen. Abbildung 9 zeigt den Übersichtsplan der geführten Chirurgie-Bohrer und Hülsen. Wenn der OP-Plan final abgeschlossen wird, erhält der Behandler ein neues, aktuelles Dokument, in dem die Bohrerlängen und Implantatposition festgehalten sind (Abb. 10).

Prothetikplanung

Im nächsten Schritt wurde virtuell noch ein Scanbody eingesetzt, um die Daten dann für das Computer Aided Design in die Kronen- und Brücken-Software zu exportieren (Abb. 11 und 12). In der CAD-Software kann der Scanbody automatisch ausgerichtet werden; das Emergenzprofil für das Abutment wurde von CADdent erstellt (Abb. 13). Es folgte die Modellation der Krone. Alternativ können hierzu auch Daten des zahntechnischen Labors übernommen werden (Abb. 14). Auf Antagonisten- und Aproximalkontakte wurde verzichtet, um eine Fehlbelastung des Implantats während der Osseointegration auszuschließen. Beim Export müssen die Parameter der Abutmentoberfläche und der Zementspalt der temporären Krone aufeinander abgestimmt sein.

Bohrschablone

Das Design der Bohrschablone erfolgte in der coDiagnostiX-Software, die sehr anwenderfreundlich ist. Die Indexierung der Mutterbohrhülse kann dabei gleich mitübertragen werden. Wünsche des ausführenden Chirurgen bezüglich einer offenen oder geschlossenen seitlichen Gestaltung der Schablone werden beim Design von CADdent berücksichtigt (Abb. 16 und 17). Auf Wunsch kann die Bohrschablone beispielsweise den Zahnfleischlappen mit abhalten (Abb. 18). Die STL-Datei der fertig

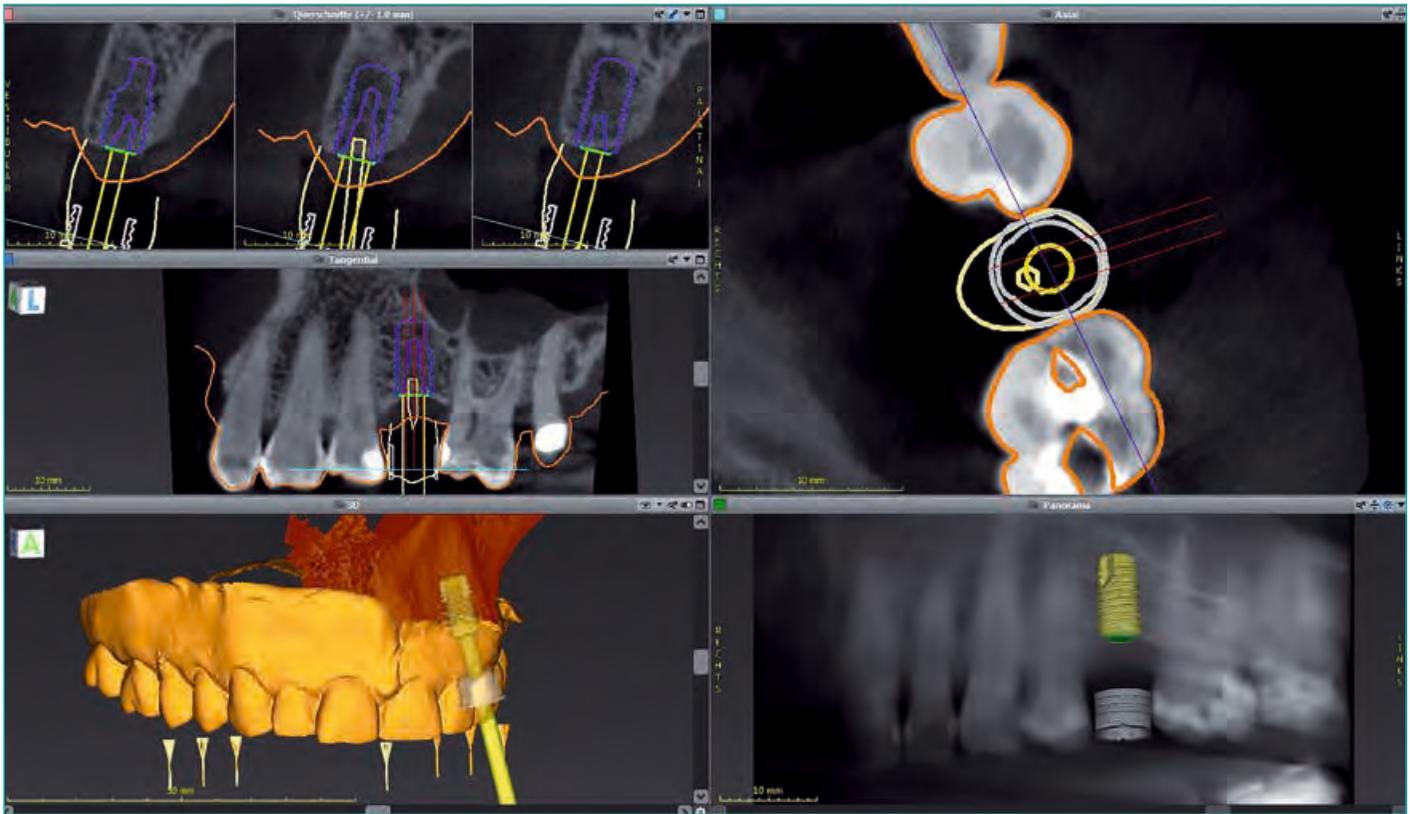


Abb. 3: Virtuelle Platzierung eines zylindrischen Implantats in der codiagnostiX-Software.



Abb. 4: Virtuelle Platzierung eines konischen Implantats.

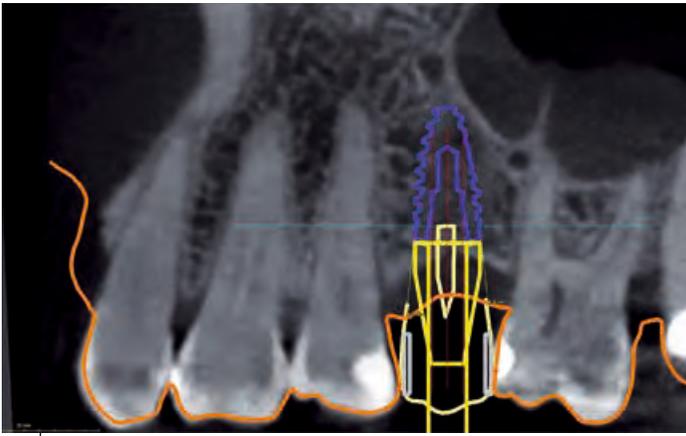


Abb. 5: Festlegen der Implantatposition; die Außenform des konischen Implantats entspricht der natürlichen Zahnwurzel am besten.

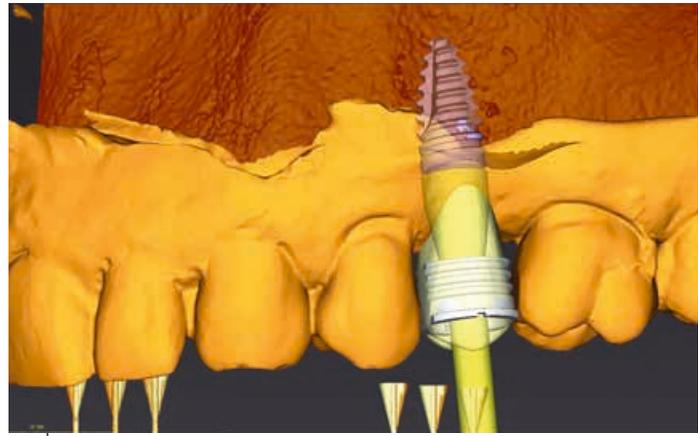


Abb. 6: Überlagerung von Implantat, Krone und zugehöriger Führungshülse.

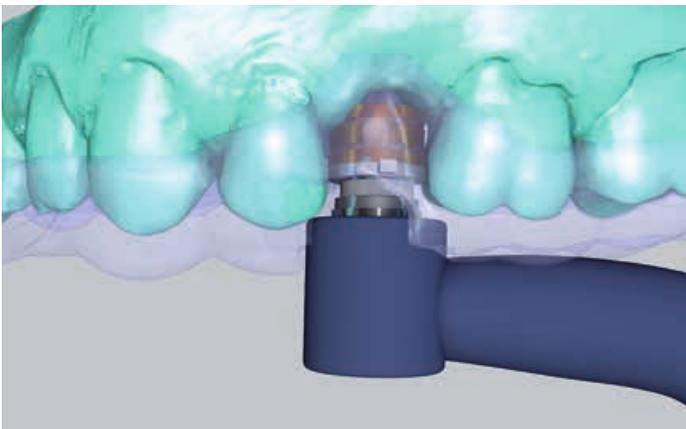


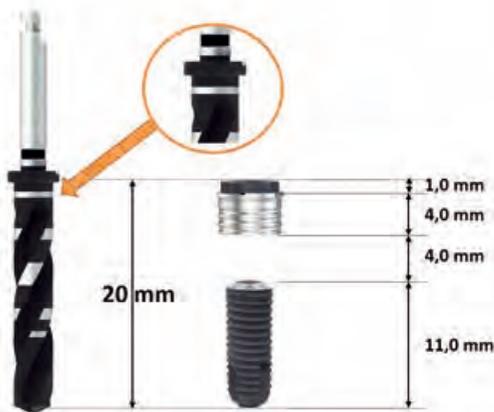
Abb. 7: Bei dieser Situation ist die Kieferkamm-nahe Hülsenposition für einen 20 mm-Bohrer gerade noch möglich.



Abb. 8: Diese zweite Hülsenposition für einen 25 mm-Bohrer wäre zu weit entfernt.

Drill-length

Overview MedentiGuide short drill example:
implant length 11mm



Overview MedentiGuide long drill example:
implant length 11mm

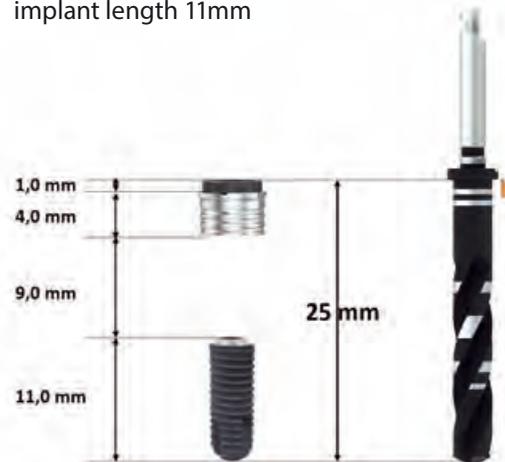
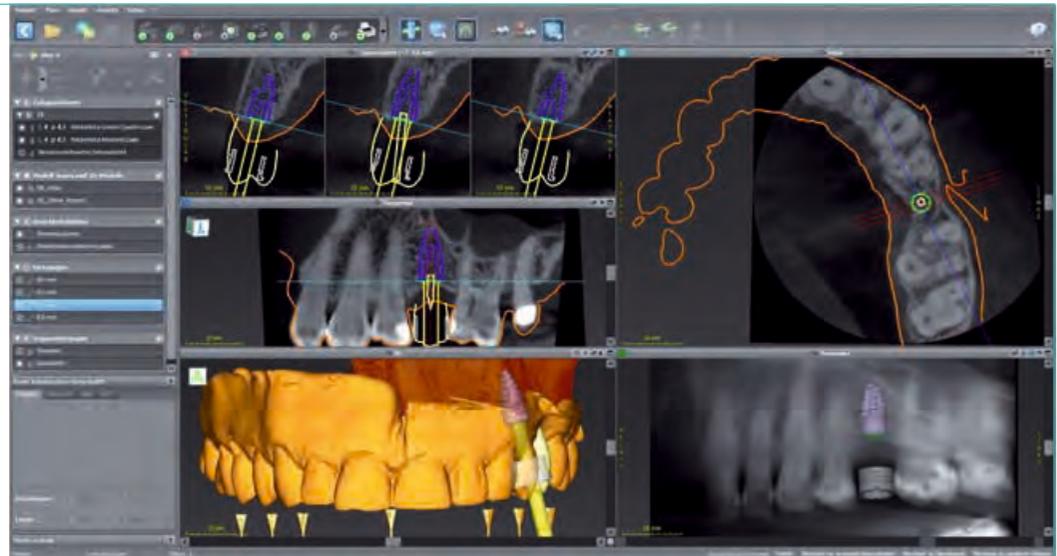


Abb. 9: Übersichtsplan.

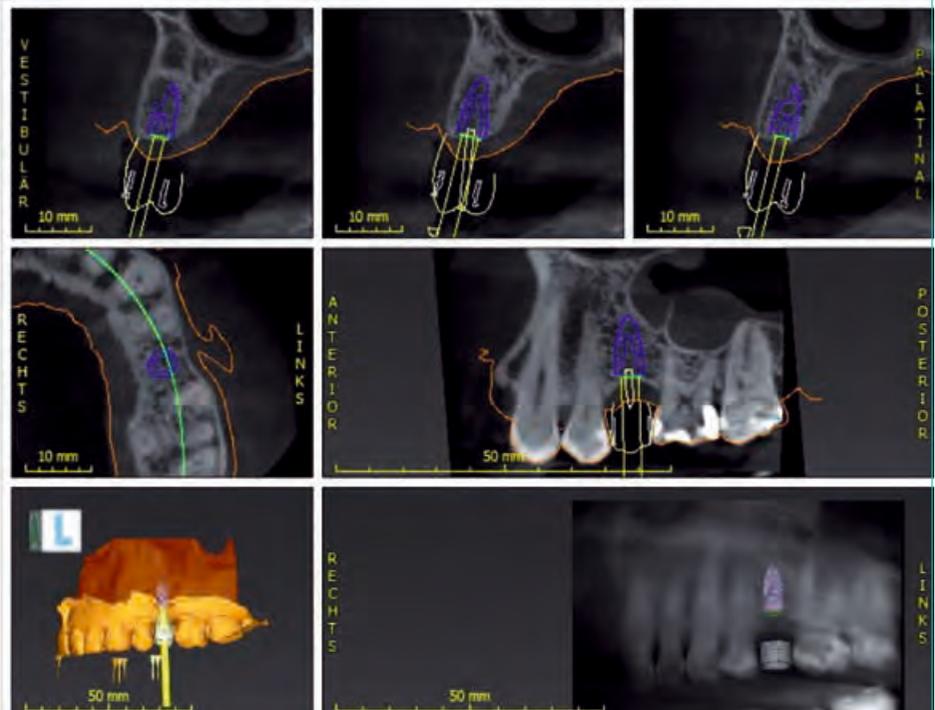


Plan: Plan A
Position: 25

Hülse
 Medentika
 MedentiGuide
 Artikelnummer: 0-32-06
 Hülsenlänge: 4.00 mm
 Durchmesser (innen): 6.30 mm (5.03 mm)

Implantat
 Medentika GmbH
 Quattrocone
 Artikelnummer: 3-01-07
 Länge: 9.00 mm
 Durchmesser 1: 4.30 mm
 Durchmesser 2: 1.70 mm

Chirurgisches Protokoll
 Adapter Hülse: n.v.
 Innere Hülse: 0-32-17
 Bohrer: 4-14-04 (20 mm)
 Abstand zu Implantatoberkante: 6.0 mm



Materialliste

FDI-Schema (World Dental Federation)

Plan A - Implantate						
Artikelnr.	Position	Hersteller	Modell	Länge	ø 1	ø 2
3-01-07	25	Medentika GmbH	Quattrocone	9.00 mm	4.30 mm	1.70 mm
Plan A - Hülsen						
Artikelnr.	Position	Hersteller	Modell	Länge	Durchmesser	
0-32-06	25	Medentika	MedentiGuide	4.00 mm	6.30 mm	
Plan A - Sekundärteile						
Artikelnr.	Position	Hersteller	Modell	Länge	Durchmesser	
n.v.	25	n.v.	Benutzerdefiniertes Sekundärteil	n.v.	n.v.	

Abb. 10: Finaler OP-Plan.

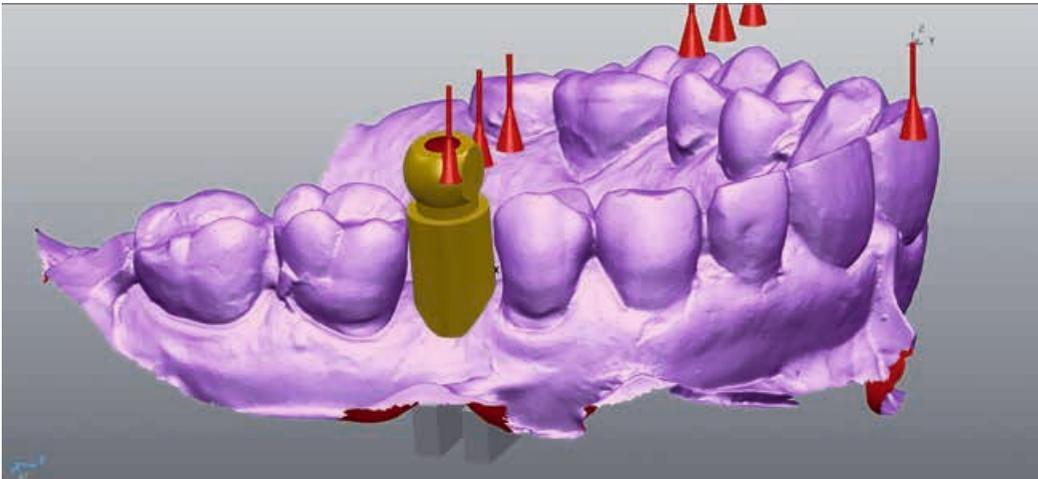


Abb. 11: Integration eines Scan-Bodies.

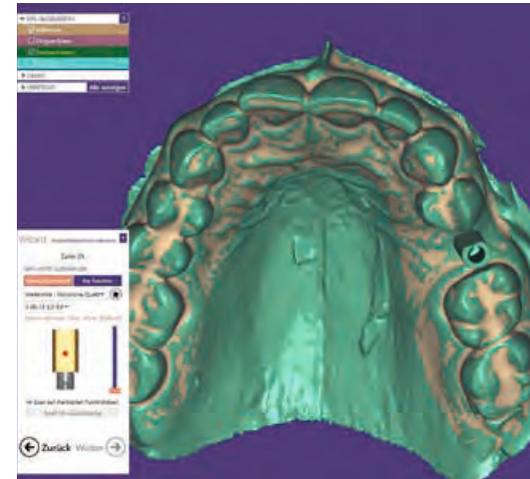


Abb. 12: In die CAD-Software exportierte Daten.

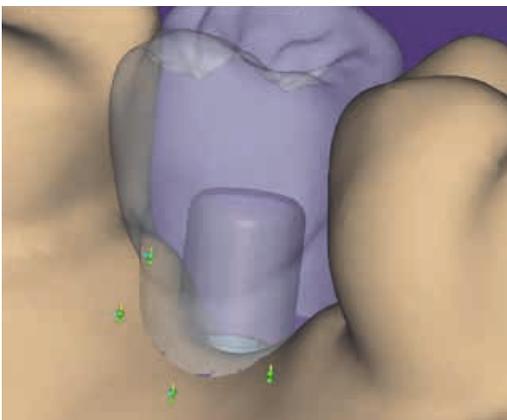


Abb. 13: Modellation des ZrO₂-Emergenzprofils auf einer Titan-Klebebasis.

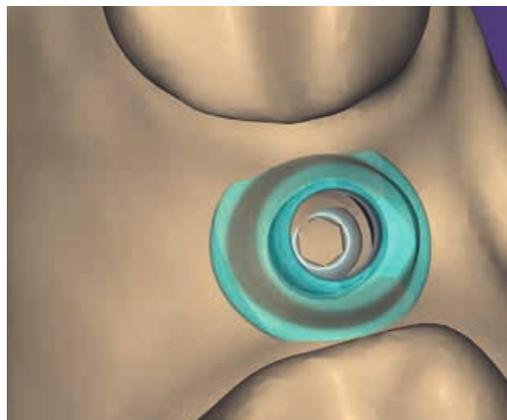


Abb. 14: Nach dem Abutment wird gleich die Krone modelliert.

geplanten Bohrschablone wurde an einen 3D-Drucker gesendet und umgesetzt. In die gedruckte Schablone wurde die Hülse eingeklebt, dann wurde sie an das Labor übermittelt, wo die weitere Ausarbeitung erfolgte.

Einbringhilfe und Modell

Sobald die CAD-Daten des Abutments zur Fertigung an die Fräsmaschine gingen, erfolgte das Design der Abutment-Einbringhilfe. Diese verhindert beim Festziehen der Abutment-Schraube, dass das frisch gesetzte Implantat versehentlich weitergedreht wird (Abb. 19). Die ggf. neue Zahnfleischsituation (z. B. Rollappen) muss hier berücksichtigt werden. Zuletzt werden die Daten für das 3D-Druckmodell erstellt. Es wird das Laboranalog im Modell eingebracht und die Querbohrung erstellt. Damit kann der Sitz des Implantatanalogs kontrolliert und, wenn gewünscht, mit Kunststoff fixiert werden. Nachdem alle Einzelteile gefertigt und überprüft wurden, erfolgte der Versand an das Partnerlabor (Abb. 20). Dort erfolgten das Finish und eine erneute Überprüfung, bevor alles an den Behandler übergeben wurde.

Implantation und temporäre Versorgung

In der Praxis wurden die Teile gesichtet und der Behandler machte sich mit den Hülsen und Bohrern vertraut (Abb. 21). Auch die Markierungen zum Positionieren der Indexierung wurden verinnerlicht, um das Implantat bezüglich vertikaler und Index-Positionierung exakt einzubringen. Je nach Beschaffenheit und Angaben der Hersteller wurden die einzelnen Elemente sterilisiert oder desinfiziert.

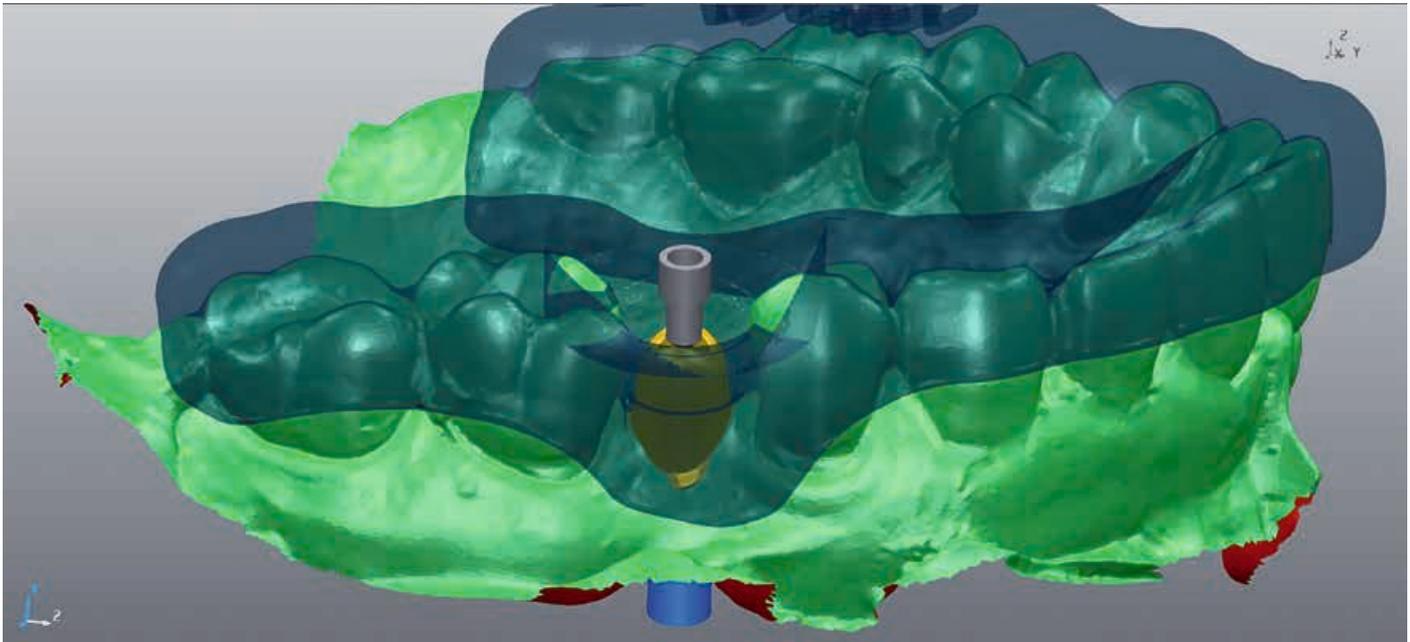


Abb. 15: Planung der Bohrschablone.

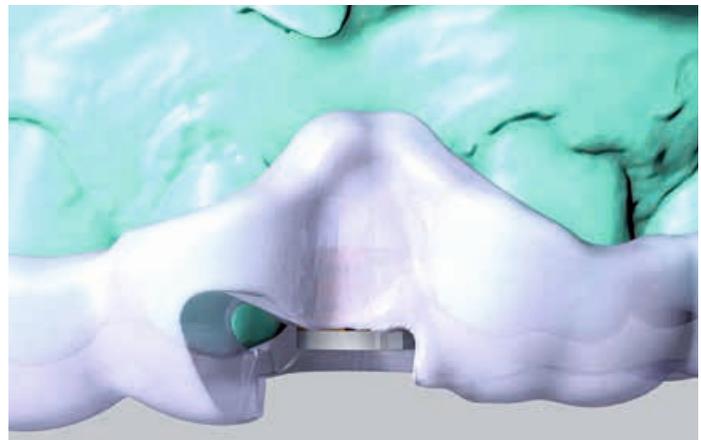
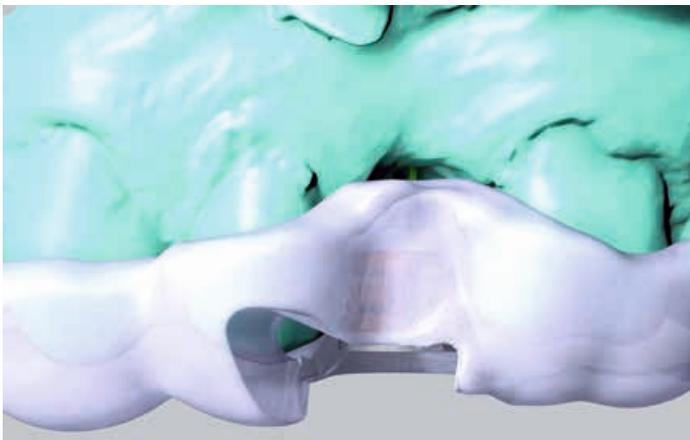


Abb. 16 und 17: Beim Schablonendesign können individuelle Vorlieben berücksichtigt werden.



Abb. 18: Beispielsweise kann die Bohrschablone so gestaltet werden, dass sie den Zahnfleischlappen mit abhält.

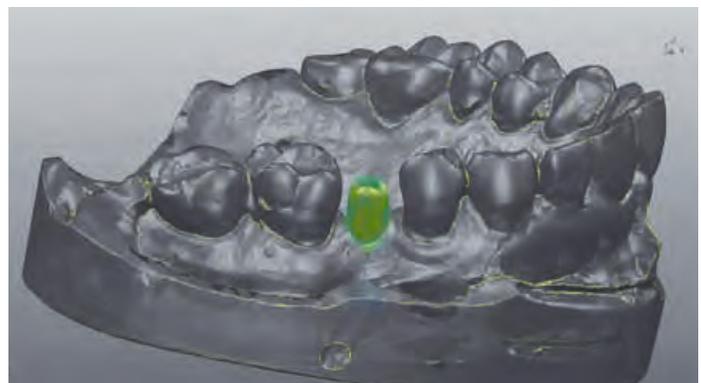


Abb. 19: Zusammengerechnete Daten vom 3D-Druckmodell und dem geplanten ZrO_2 -Abutment als Designgrundlage für eine Einbringhilfe.

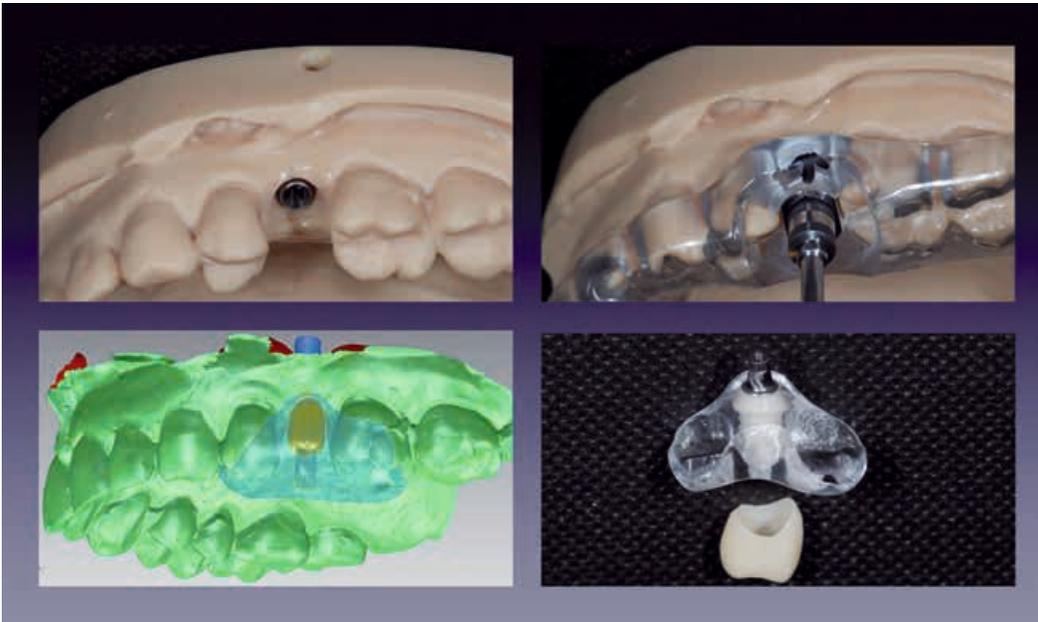
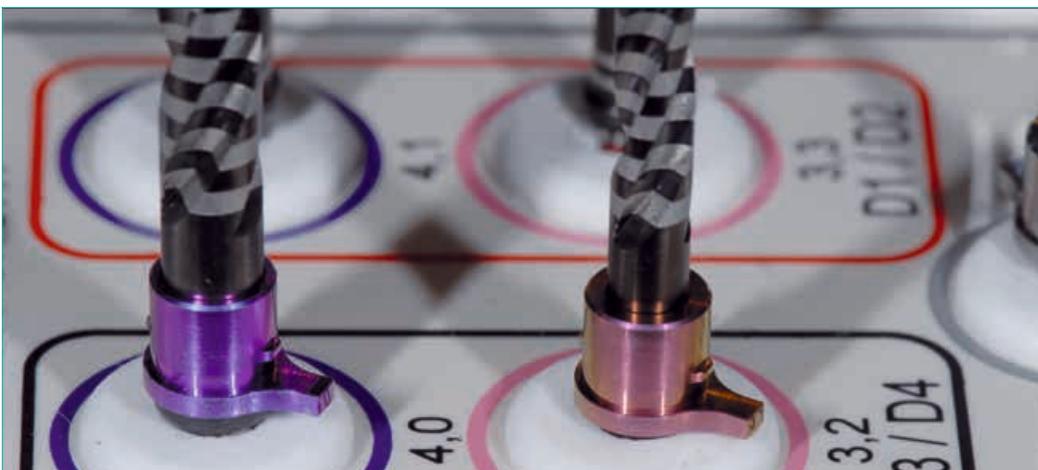


Abb. 20: Einzelteile bereit zum Versand an das Partnerlabor. Mit einer Einbringhilfe lässt sich verhindern, dass beim Festziehen der Abutment-Schraube das Implantat weitergedreht wird.



Sleeves

Sleeve in sleeve system with bayonet closure



Abb. 21: Übersicht Bohrer und Hülsen.

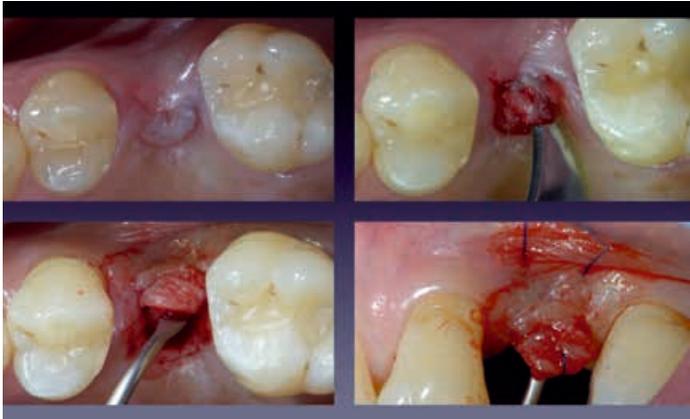


Abb. 22: Rolllappentechnik.



Abb. 23: Markieren und Ankörnen.

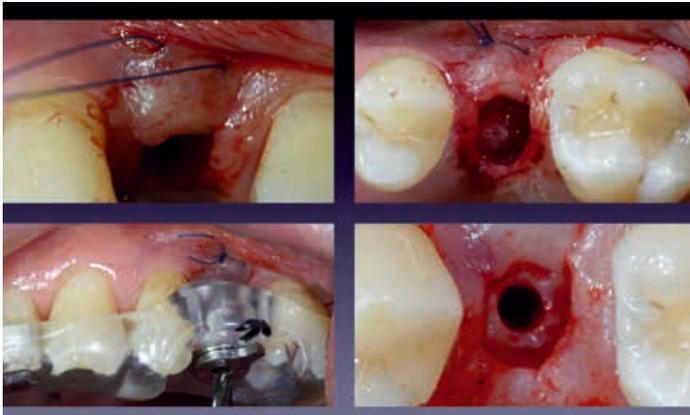


Abb. 24: Es folgen die Bohrungen mit aufsteigenden Durchmessern und die abschließende Kontrolle des Bohrstollens.

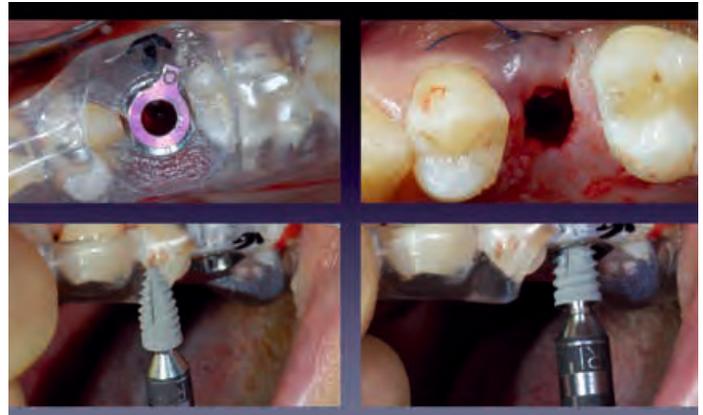


Abb. 25: Einbringen des Implantates.



Abb. 26: Einbringen des Abutments.



Abb. 27: Das Bild zeigt noch einmal die benötigten Einzelteile. Die sofortige und endgültige Etablierung des Abutments erspart die Wiedereröffnung und sämtliche zusätzliche Manipulationen auf Implantatschulterebene. Dies trägt in Kombination mit der stabilen Konusverbindung der Titanbasis und dem Platform-Switching der Medentika-Implantate zu stabilen Hart- und Weichgewebsverhältnissen bei.

Bei der OP prüfte der Implantologe zunächst den richtigen Sitz der Bohrschablone. Über die Bohrschablone konnte die exakte Implantatposition mit einer feinen Sonde auf die Schleimhaut übertragen werden, danach wurde die Schablone wieder entfernt. Auf eine Stanzung wurde in diesem Fall bewusst verzichtet. Der Chirurg wählte eine palatinale Schnittführung, um das Gewebe im Rahmen einer Rollappentechnik zu erhalten. Nach dem Entepthelisieren konnte diese Zahnfleischpartie mit einer Naht in die vestibulär vorpräparierte Bindegewebetasche eingezogen werden.

Dann wurde die Bohrschablone wieder eingesetzt und die Position des Bohrstollens mit dem Pilotbohrer markiert (Abb. 23). Um ein gleichzeitiges Eingreifen der beiden Bohrschneiden zu ermöglichen, ist es manchmal einfacher, die harte kortikale Schicht zuerst mit einem Rosenbohrer zu durchdringen; das kann auch ohne Bohrschablone durchgeführt werden. Bei manchen Systemen gibt es dafür auch einen sogenannten Zentrierbohrer, der durch die Hülse genutzt werden kann. Es folgten die Bohrungen mit aufsteigenden Durchmessern (Abb. 24). Hierbei ist auf ein langsames alternierendes Bohren ohne Druck zu achten, damit durch diesen Pumpeffekt genügend kühlende Flüssigkeiten nachströmen können. Ein scharfer Bohrer verhindert zudem ein Überhitzen beim Bohren. Die Hülsen können mit einer Pinzette entnommen und die jeweils nächste Hülse wieder mit dem Bajonett-Verschluss fixiert werden.

Mithilfe des Einbringwerkzeugs wurde das Implantat durch die Bohrschablone in die richtige Position gebracht. Das progressive Gewinde des Quattrocone-Implantats (Medentika) in der Länge 9 mm und mit einem Durchmesser von 4,3 mm ermöglichte eine hervorragende Primärstabilität (40 Ncm Eindrehmoment). Anhand der Lasermarkierung am Einbringwerkzeug erfolgte die vertikale Platzierung und die Ausrichtung der Indexierung (Abb. 25). Anschließend wurde gleich auch das Abutment mithilfe der Einbringhilfe eingesetzt und die Schraube mit dem richtigen Drehmoment von 25 Ncm fixiert (Abb. 26). Eine OPG-Röntgenaufnahme diente der Kontrolle der Endpositionen von Abutment und Implantat (Abb. 27). Danach wurde die temporäre PMMA-Krone eingebracht, der Sitz überprüft und dann mit temporärem Zement fixiert. Alle statischen und dynamischen Kontakte wurden entfernt. Ob die Oberfläche von ZrO₂-Abutments im Zahnfleischbereich poliert oder maschinert sein sollte, wird immer noch heftig diskutiert; weit verbreitet ist das Reinigungsprotokoll nach Peter Gehrke, Astrid Tabellion und Carsten Fischer. Das fertige Abutment kann bei 137° C sterilisiert werden. Der verwendete Kleber (Panavia 5V, Kuraray Noritake) für ein solches von CADdent gefertigtes Hybridabutment hält das aus. Erfahrungsgemäß nehmen viele andere Kleber Temperaturen von über 100 °C nicht einfach so hin, obwohl verschiedene Hersteller hierzu Freigaben erteilt haben.

Schlusswort

Um den Wünschen des Patienten gerecht zu werden – mit wenigen Sitzungen in der Praxis und möglichst minimalen Eingriffen zu optimalen Ergebnissen – stehen uns heute die dargestellten Mittel zur Verfügung. Sicherlich ist für diese Art der Sofortversorgung Erfahrung unumgänglich. Auch in der Planungsphase müssen die Partner eingespielt sein, um alle Wünsche optimal umsetzen zu können. Ein Überprüfen im Artikulator vor der Implantation ist hier kaum mehr möglich. Eine Sofortbelastung mit transokklusal verschraubter ZrO₂-Krone erscheint uns hier zu riskant. Eine One Abutment – One Time-Lösung hingegen, mit einer temporären Krone, ist heute schon machbar.

Ein herzliches Dankeschön an den behandelnden Zahnarzt Dr. Martin Müllauer (Zahnärztliche Partnerschaft in Markdorf) für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und die Unterstützung bei der Umsetzung dieser Veröffentlichung!



ZTM Roland Rager

- 1979-1983 Ausbildung zum Zahntechniker in Ansbach/Mittelfranken
- 1983 Kammer- und Landessieger im Zahntechnikerhandwerk
- 1985 Abschluss der Ausbildung zum Bürokaufmann
- 1987 Ausbildereignungsprüfung bei der IHK
- 1993 Zahntechnische Meisterprüfung in München
- seit 1984 im elterlichen Betrieb (Labor Rager in Augsburg) tätig mit Schwerpunkt analoge Zahntechnik
- seit 2007 alleinverantwortliche Führung von Labor Rager
- 2009 Aufbau von CADdent als Produktionszentrum für digitale Zahntechnik

Kontakt:

CADdent GmbH
 Guido Gäßler (Leiter Entwicklung)
 Max-Josef-Metzger-Str. 6
 D-86157 Augsburg
 Tel. +49 (0) 821 / 59 99 96 0
 augsburg@caddent.eu
 www.caddent.eu

Abrechnungsbeispiel:

Implantatprothetische Sofortversorgung eines Einzelzahnes im Seitenzahnbereich

Ziel: One Abutment – One time

Martina Weidinger-Wege

Zustand nach Explantation in regio 25drei Monate zuvor

Beispielberechnung eines PKV-Patienten

Zähne	Geb.-Nr.	Bezeichnung	Anz.	Faktor
Vorbereitende Maßnahmen:				
Einzig Leistung!	Ä3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung	1	2,3
	Ä6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern ggf. einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – ggf. einschließlich Dokumentation	1	2,3
	Ä5370	Computergesteuerte Tomografie im Kopfbereich – ggf. einschließlich kranio-zervikalen Übergangs	1	1,8
	Ä5377	Zuschlag für computergesteuerte Analysen einschließlich nachfolgender 3D-Rekonstruktion	1	
Ok,UK	0065	Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	4	2,3
	0030	Aufstellen eines schriftlichen Heil- und Kostenplanes nach Befundaufnahme und ggf. Auswertung von Modellen	1	3,5
Denkbare zusätzliche Leistungen:				
	4005	Parodontaler Screening Index	1	2,3
	1000	Erstellung eines Mundhygienestatus		
Ok,UK	1040	Professionelle Zahnreinigung	28	3,0
	4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus	1	2,3
25	9000	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Feststellung der Implantatposition, je Kiefer	1	2,3
§6/1		Elektronische Auswertung zur Diagnose und Planung		

Digitale Planung

Die digitale Planung des gewünschten Behandlungsergebnisses kann gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.

3D-Röntgendiagnostik – Abrechnung

Weder in der GOZ noch in der GOÄ ist eine Gebühr für eine digitale Volumentomografie enthalten. Notwendige zahnärztliche Leistungen, die nicht in der GOZ oder in dem für Zahnärzte geöffneten Bereich der GOÄ aufgelistet sind, können gemäß §6 Abs. 1 GOZ unter Beachtung bestimmter Kriterien analog berechnet werden. Welche nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus der GOZ bzw. GOÄ als „Analog-Leistung“ herangezogen wird, liegt im Ermessen des Zahnarztes.

Die digitale Volumentomografie kann analog nach der GOÄ Nr. 5370 berechnet werden. Der Zuschlag nach der GOÄ Nr. 5377 kommt ggf. hinzu.

Der Zuschlag GOÄ 5377 kann je Sitzung 1x berechnet werden und kommt für jede Art der computergesteuerten Analyse zum Ansatz. Zu beachten wäre hier: Wenn DVT oder CT von einem anderen Arzt / Zahnarzt oder Radiologen angefertigt wird, die Analyse aber in der eigenen Praxis erfolgt, Es kann hier der Zuschlag Ä5377 berechnet werden.

Nach unseren Erfahrungen stellen sich jedoch viele Versicherer gegen eine Erstattung dieser Position, da sie hierzu keine medizinische Notwendigkeit sehen.

3D-Röntgendiagnostik – Erstattung

Bei abgerechneten DVT-Aufnahmen müssen wir uns im Praxisalltag immer wieder mit Erstattungsproblemen auseinandersetzen. Meist lehnen die privaten Kostenträger eine Kostenübernahme zunächst ab. Das Hauptargument ist, dass die Anwendung dieses Verfahrens zur GOÄ 5370 und der anhängige Zuschlag GOÄ 5370 nicht nachvollziehbar sei. Der digitale Volumentomograf sei eine Technik, die im Bereich der Zahnheilkunde nur einen medizinischen Nutzen habe, wenn es sich um besonders komplizierte Sachverhalte handle.

Dem steht entgegen, dass im zahnärztlichen Bereich die Anfertigung einer DVT gerade besonders wichtig bzw. aufschlussreich ist, insbesondere in folgenden Fällen:

- zur Darstellung verlagerter oder retinierter Zähne in Relation zum Nerven im Unterkiefer
- zur Darstellung intraossärer Strukturen (z. B. Zysten, Entzündungen, Neubildungen, Fremdkörper)
- für die präimplantologische Planung
- zur Reduzierung eines Operationsrisikos

Diese beispielhafte Aufzählung belegt, dass ein DVT im zahnärztlichen Bereich notwendig und unabdingbar ist, um eine bestmögliche individuelle OP-Planung zu ermöglichen und OP-Risiken zu minimieren.

Dieser medizinische Nutzen wird leider immer wieder von einigen Kostenträgern infrage gestellt. Will der Versicherer seine Leistungspflicht einschränken, ist er hierfür allerdings darlegungs- und beweispflichtig. Dies hat der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 29. Mai 1991 (Az: IV ZR 151/90) entschieden und mit Urteil vom 12. März 2003 (Az: IV ZR 278/01) noch einmal bekräftigt.

Deshalb wichtig: Den Patienten immer zu Beginn der Behandlung über die Tatsache aufklären, dass eine Kostenübernahme möglich ist, aber nicht garantiert werden kann.

Zähne	Geb.-Nr.	Bezeichnung	Anz.	Faktor
Operative Phase:				
25	0080	Oberflächenanästhesie	1	2,3
24,25,26	0090	Infiltrationsanästhesie (zzgl. Materialkosten)	3	2,3
25	9005	Verwenden einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone / chirurgischen Führungsschablone zur Implantation, ggf. einschließlich Fixierung, je Kiefer (zzgl. der Laborkosten)	1	3,5
25	9010	Implantatinsertion (zzgl. der Implantatkosten)	1	3,5
	0530	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	1	
25	7080	Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich	1	3,5
25	2197	Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung (zzgl. Material- und Laborkosten)	1	2,3 - 3,5
25	Ä5004	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.) OPG	1	1,8
sowie bei evtl. Nahtent- fernung	3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	1	2,3 - 3,5

Zähne	Geb.-Nr.	Bezeichnung	Anz.	Faktor
25	4030	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	1	2,3
	Ä1	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich	1	2,3
	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	1	2,3

Die Berechnung der konservierenden Begleitleistungen erfolgt je nach Aufwand und Schwierigkeit sowie aller Auslagen nach §4 Abs. 3 der GOZ.

Materialkosten werden nach §9 GOZ nach BEB berechnet und individuell kalkuliert.

Diese Muster-Berechnung basiert auf der gültigen GOZ 2012 unter Berücksichtigung des Bremer Kurzkommentars und der Empfehlung des aktuellen BZÄK Kommentars. Der Inhalt ist ohne Gewähr!

Im beschriebenen Fall wird die transokklusal verschraubte ZrO₂-Krone erst zu einem späteren Zeitpunkt eingesetzt.

BZÄK-Kommentar zu der GOZ-Nr. 7080 (Stand Oktober 2018)

Die Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden Interimszahnersatz ist angezeigt, wenn medizinische oder andere Gründe dies erfordern. Indikationen sind z. B.:

- die Veränderung der Bisslage oder die Stabilisierung einer vorhandenen bzw. neu eingestellten Bisslage
- die Versorgung während oder nach Extraktion im prothetisch zu versorgenden Gebiet
- die Versorgung von Zähnen während oder nach endodontischer Behandlung
- die Versorgung von Zähnen / Kieferabschnitten während oder nach Parodontaltherapie

Neben einer medizinischen Indikation können auch andere Gründe, z. B. längere Krankheit / Abwesenheit, berufliche oder wirtschaftliche Ursachen vorliegen, die einer endgültigen Versorgung binnen dreier Monate entgegenstehen. Das laborgefertigte Provisorium ist unabhängig von der Anfertigungsform als Voll-, Teil- oder Stiftprovisorium berechnungsfähig.

Bei einer provisorischen Versorgung nach der Nummer 7080 muss es sich um ein festsitzendes Provisorium handeln, das im zahn-technischen Labor / Praxislabor gefertigt worden ist. Die Versorgung kann nur berechnet werden, wenn sie für mindestens drei Monate Tragezeit konzipiert und eingegliedert wird.

Ein eventuell notwendiger Substanzabtrag im Sinne einer Vorpräparation ist mit der Leistungsnummer abgegolten. Die Gebührennummer ist auch berechnungsfähig für z. B. ein laborgefertigtes Inlay als Brückenanker für eine langzeitprovisorische Brücke.

Die Leistung kann jedoch auch ohne Vorpräparation, z. B. nach Abnahme einer vorhandenen Kronen- und / oder Brückenversorgung berechnet werden.

Die Berechnung der konservierenden Begleitleistungen erfolgt je nach Aufwand und Schwierigkeit sowie aller Auslagen nach §4 Abs. 3 der GOZ. Materialkosten werden nach §9 GOZ nach BEB berechnet und individuell kalkuliert.

Diese Muster-Berechnung basiert auf der gültigen GOZ 2012 unter Berücksichtigung des Bremer Kurzkommentars und der Empfehlung des aktuellen BZÄK Kommentars. Der Inhalt ist ohne Gewähr!



ZMV Martina Weidinger-Wege

- Freiberuflich tätig in verschiedenen Praxen im Bereich Abrechnung
- Festanstellung als Praxismanagerin im Raum München
- Autorin diverser Abrechnungsnachschlagewerke

Kontakt:

Martina Weidinger-Wege
 Roggenstraße 40
 D-86356 Neusäß
 Weidinger-Wege@gmx.net



HOCHWERTIGES VON ZIRKONZAHN

IMPLANTATPROTHETIK – ALLE KOMPONENTEN AUS EINER HAND

**NEU! MIT BIS ZU
30 JAHREN GARANTIE**

