



GOZ 2012, Gebührenordnung für Zahnärzte, GOZ, Bereich Kieferorthopädie

Der „Funktionelle Kieferorthopädische Heil- und Kostenplan, HKP“, der GOZ 2012 gemäß Änderungsverordnung laut Bundesratsbeschluss vom 4.11.2011

Dr. Georg Risse

Teil (I) Orientierung

- GOZ 1987/2012,
- Gutachten: Wissenschaftsrat 2005,
- Bundesministerium für Gesundheit / HTA-Studie 2008

Mit der neuen GOZ 2012 hat das Bundesministerium für Gesundheit, BMG, „die Gebührenordnung für Zahnärzte an den neuesten Stand der Zahnmedizin angepasst“. In dem nachfolgenden Artikel werden nicht die Einzelpositionen bzw. ihre Punktwerte thematisiert, sondern die wesentlichen Inhalte und Auswirkungen der: „Anpassung der GOZ Kieferorthopädie, KFO, an den neuesten Stand der Zahnmedizin“ durch den Gesetzgeber / Bundesministerium für Gesundheit, BMG.

GOZ KFO 1987: Die metrische Indikation / Definition der Kieferorthopädie, KFO nach Millimetern

Die Indikation einer kieferorthopädischen Behandlung GOZ 1987 wurde wesentlich durch metrische Indikatoren nach Millimetern definiert:

Für die Einzelkiefer, den Oberkiefer und den Unterkiefer, galten die Orientierungen und die Höhe der sog. Abschlagszahlungen nach den „GOZ – Bestimmungen“: 603, 604, 605: „Maßnahmen zur Umformung des Kiefers einschließlich Retention für den Ober- bzw. Unterkiefer.

- a. Anzahl der bewegten Zahngruppen: zwei oder mehr Zahngruppen
- b. Ausmaß der Zahnbewegungen: mehr als 2 mm
- c. Art der Zahnbewegungen: körperlich mehr als 2mm, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahndrehung mehr als 30°
- d. Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz
- e. Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.“

Für die Beziehung der Kiefer (Ober- und Unterkiefer) zueinander galten die Orientierungen und die Höhe der Abschlagszahlungen nach den „GOZ-Bestimmungen“: 606, 607, 608: „Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention:

- a. Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 mm
- b. Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal
- c. Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen.“

GOZ KFO 2012: Die funktionelle Indikation der Kieferorthopädie, KFO, nach Funktion und Dysfunktion

Die GOZ KFO 2012 fordert die Erstellung eines *funktionellen kieferorthopädischen Heil- und Kostenplans*.

GOZ KFO 2012, Neuorientierung der Kieferorthopädie GOZ 2012 an interdisziplinärer Wissenschaft

Wurden die Behandlungskriterien für die Notwendigkeit und den Schweregrad einer kieferorthopädischen „Erkrankung“ in der bisherigen GOZ – KFO vom 22.Okt. 1987 nach metrischen Kriterien in Millimetern und allgemeiner Umschreibung festgelegt wie:

- „Maßnahmen zur Umformung des Kiefers einschließlich Retention für den Ober- bzw. Unterkiefer und
- „Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während des Wachstums einschließlich Retention“

so ist die Kieferorthopädie nach GOZ 2012 eine komplette Neuorientierung und Neudefinition an: Funktion, Dysfunktion und Krankheitsbilder in Diagnostik und der therapeutischen Ausrichtung / Zielgebung.

Mit der GOZ 2012 folgt der Gesetzgeber

- den Empfehlungen des Wissenschaftsrates Zahnmedizin 2005,
- der HTA-Studie des Bundesministeriums für Gesundheit 2008
- der Codierung nach Internationaler Klassifikation von Krankheiten, ICD-10-WHO / DIMDI

Erkenntnisse der Grundlagenforschung Kieferorthopädie

(A). Wissenschaftsrat, WR, 2005, Zahnmedizin

„Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland“:

„Lehre und Ausbildung, WR

Die aktuelle Prüfungsordnung (Approbationsordnung, AppO-Z von 1955) für Zahnärzte trägt weder der fachlichen Weiterentwicklung noch den Anforderungen an eine moderne und interdisziplinär ausgerichtete Lehre Rechnung.“ (Pressemitteilung 2005)

„B.I. Strukturen, WR

Die Zahnmedizin erfordert aufgrund der schnellen Weiterentwicklung in der Medizin und der zunehmenden **Bezüge zwischen Allgemeinerkrankungen und oralen Erkrankungen** mehr denn je eine enge Zusammenarbeit mit den anderen Fachgebieten an der Universität.“ (S.32)

„B.II. Lehre, WR

1. Wie bereits in der Humanmedizin vollzogen, ist auch für die Zahnmedizin ein **Paradigmawechsel** unabdingbar. Ziel der zahnärztlichen Ausbildung muss *der wissenschaftlich und praktisch in der Zahnmedizin ausgebildete Zahnarzt sein, der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist.*

2. Bei der Neufassung der AppO-Z müssen die Partikularinteressen der einzelnen Fächer zu Gunsten einer substanziellen **Neugewichtung der Ausbildungsinhalte** zurück gestellt werden. Hinter dieser Forderung steht die Vorstellung einer modernen Zahnmedizin als **Querschnittsfach für das Kauorgan**. Der Allgemeinzahnarzt oder Oralmediziner der Zukunft muss in einer synoptischen Betrachtungsweise der Erkrankungen des Zahn- und des Zahnhalteapparates und in möglichen Therapien zur Wiederherstellung der Präventions- und Funktionsfähigkeit ausgebildet werden. Eine isolierte Vermittlung der Kariologie, Endodontologie, Prothetik, Parodontologie, Kieferorthopädie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist nicht mehr zeitgemäß.“ (S.39)

„C. Zusammenfassung, WR

Die Bestandsaufnahme zur Situation der Zahnmedizin an den deutschen Universitäten zeigt, dass die universitäre Zahnmedizin in Deutschland noch immer durch eine Reihe von Defiziten gekennzeichnet ist, die eine Weiterentwicklung des Faches in Forschung und Lehre und eine Verbesserung der Krankenversorgung behindern.

Eine substanzielle Neugewichtung der Ausbildungsinhalte ist erforderlich, damit die Zahnmedizin als Querschnittsfach für das Kauorgan vermittelt werden kann.

Hierbei müssen die engen Bezüge zwischen Zahn- und Allgemeinmedizin berücksichtigt werden.“ (S.62)

Pressemitteilung des Wissenschaftsrates, WR 2005:

„Der Wissenschaftsrat wird in fünf Jahren prüfen, ob seine Empfehlungen aufgegriffen wurden und forschungs- und lehrförderliche Strukturen entstanden sind. Sollte er im Rahmen dieser Überprüfung feststellen, dass keine substanziellen Fortschritte an den medizinischen Fakultäten erreicht worden sind, wird er gegebenenfalls Empfehlungen zur Schließung einzelner zahnmedizinischer Ausbildungsstätten aussprechen.“

Entwicklung Zahnmedizin versus Kieferorthopädie

Während die Allgemeinzahnmedizin 2005 prompt reagierte und die Interdisziplinarität u.a. in Form der sog. CMD, Craniomandibulären Dysfunktion, (Prof. Dr. Dr. Georg Meyer, Greifswald) zum neuen Schwerpunktsfach in der Zahnmedizin als quasi Folgeorientierung der bereits vorhandenen und kultivierten interdisziplinär ausgerichteten „Gnathologie“ und Prothetik machte (Standortbestimmung veröffentlichter Lehrbücher, „Funktionsstörungen des Kauorgans“ 1989, 2003, 2005 Prof. Dr. Hupfaut, Prof. Dr. Koeck), reagierte die Kieferorthopädie nur mit verbalen Äußerungen und keinen nennenswerten inhaltlichen Veränderungen. Von einem „Paradigmawechsel“ nach Vorstellung des WR, welcher bereits erstmalig auf der Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGKFO, Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie 2000 vom Institut für Biofunktionelle Orthodontie, IBO, vorgetragen wurde, weicht die offizielle Kieferorthopädie bis zum heutigen Datum mit allen ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zurück.

(B). HTA- Studie – Kieferorthopädie - des Bundesministeriums für Gesundheit 2008:

Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland: *Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen.* Wilhelm Frank, Karin Pfaller, Brigitte Konta, (DIMDI – Verlag im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.):

Indikationsstellung der Kieferorthopädie, HTA

„Die Frage der Indikationsstellungen bleibt aus der wissenschaftlichen Literatur völlig offen. Zwar wurden einige Indizes entwickelt, die der Frage der Therapiebedürftigkeit oder der –priorität eine Quantifizierung verleihen, diese Indizes werden aber in ihrer Aussagekraft und empirischen Relevanz durch jüngere Forschungsarbeiten fundamental in Frage gestellt.

Entsprechende Indikationen nach dem IOTN oder der deutschen Version der KIG, Kieferorthopädische Indikationsgruppen, würden heute jedoch nicht auf ausreichender wissenschaftlicher Basis gestellt. Damit können sie aber nicht ausreichend begründet werden: weder ethisch gegenüber dem Patienten, noch ökonomisch gegenüber dem Sozialversicherungssystem.“

Wissenschaft der Kieferorthopädie, HTA

Zur Wissenschaft der aktuellen Kieferorthopädie stellt die HTA-Studie des BMG fest:

„Die Veröffentlichung von methodisch völlig unverwertbaren oder mit zahlreichen offensichtlichen Fehlern behaftete Studien ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts vor dem Hintergrund der evidenzbasierten Medizin, der allgemein bekannten Methodenlage und der angespannten Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems inakzeptabel.“

(C) Codierung nach Internationaler Klassifikation von Krankheiten, ICD-10-WHO / DIMDI

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10, Version 2011.

In Deutschland sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen laut § 295 Absatz 1 (2) SGB V verpflichtet, Diagnosen nach ICD-10GM zu verschlüsseln. (WIKIPEDIA)

Ergebnisse, der private Heil- und Kostenplan GOZ 2012 Kieferorthopädie

- Die zurzeit gelehrt und praktizierten Indikationen für die Kieferorthopädie nach KFO GOZ 1987 können die Anforderungen des Gesetzes GOZ KFO 2012 nach einer funktionellen Kieferorthopädie nicht erfüllen.
- Auch eine Modifikation der Indikationsstellungen der Kieferorthopädie nach GOZ KFO 1987, mit Fokussierung auf die Bereiche von Oberkiefer, den Unterkiefer und deren Lagebeziehung zueinander sowie durch metrische Indikationen (siehe oben S.1) können keine Orientierung und Aufgabenstellung für eine funktionelle Indikationsstellung und eine funktionelle Kieferorthopädie oder gar einer medizinisch definierten interdisziplinären Kieferorthopädie nach Vorstellung des Wissenschaftsrates 2005 geben.
- Metrische Beschreibungen der Zahnstellungen innerhalb der Kiefer und eine Lagebestimmung der Kiefer zueinander nach geometrischen Relationen bestimmter Zähne des Oberkiefers zu denen des Unterkiefers können keine funktionellen Beziehungen definieren und ermöglichen auch keine Diagnostik und damit auch keine Therapie von Krankheitsbildern des **Kauorgans** und seiner antagonistischen Bezugspunkte.
- Mit dieser Neuausrichtung der Kieferorthopädie GOZ KFO 2011 hat der Gesetzgeber gleichzeitig die metrische Orientierung der GOZ KFO 1987 und insbesondere die Kieferorthopädie der Gesetzlichen Krankenkassen mit ihren rein metrischen Indikationsgruppen KIG grundlegend in Frage gestellt.
- Die Reduktion der Kieferorthopädie der Schulmedizin in ihren Heil- und Kostenplänen, HKP, auf überwiegend den Ober- und Unterkiefer sowie ihre Lagebeziehungen, welche auch als „Orofaziales System“ bezeichnet wird, erfasst in keiner Weise den Gebietsbereich des **Kauorgans**, was als Kau- Schluckorgan angelegt ist, da der Mensch primär mit einem reinen Schluckorgan geboren wird, woraus sich dann zusätzlich das Kauorgan entwickelt.
- Auch der Craniomandibuläre Bereich der Allgemeinzahnmedizin welcher in der Begrifflichkeit der „CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion“ z.Zt. aktuell ist, erfasst in der jetzigen Form noch nicht in voller Konsequenz den Gebietsbereich des Kauorgans als funktioneller Antagonist zum Atlas und der Halswirbelsäule, HWS.
- Die Kieferorthopädie ist- wie auch immer sie die Zähne ausrichtet und die Kiefer zueinander koordiniert- die Basisdisziplin der gesamten nachfolgenden Zahnmedizin eines Menschen.

Orientierung

Definition Kieferorthopädie

Die Schulmedizin der Kieferorthopädie definiert zwar die Kieferorthopädie „als die Lehre von der Erkennung, Verhütung und Behandlung von Dysgnathien“, reduziert die Diagnostik und Therapie jedoch auf den orofazialen Bereich, Mund- Gesichtsbereich mit einer metrischen Erfassung von Zahnbeziehungen nach artifizierter Normung. Mit dieser Basis wird die Kieferorthopädie der Schulmedizin den Aufgabenstellungen der Disziplin Kieferorthopädie in keiner Weise gerecht.

Bereits hier sei gesagt, dass die Ausrichtung der Zähne nach Lehrmeinung der Schulmedizin der Kieferorthopädie so gravierend der offiziellen Funktionellen Anatomie und der Allgemeinzahnmedizin widerspricht, dass diese Ausrichtungen nach dem Anatomischen Institut der Westfälischen Wilhelmsuniversität / U. Stratmann als „Fehlbehandlung im juristischen Sinn“ bezeichnet wird. (Die vier Faktoren der Fehlregulationen, Dental Tribune Austrian Edition, Nr.12/2010 S. 7)

Def. der Kieferorthopädie, „CMD- Kiefer-Orthopädie“:

Die Kiefer-Orthopädie als „Querschnittsfach für das Kauorgan“, WR

Die Kieferorthopädie ist eine Orthopädie der Kiefer und damit eine Spezial - Disziplin der Orthopädie.

„Die **Kiefer-Orthopädie** befasst sich mit der Verhütung, Entstehung, Erkennung und Behandlung angeborener, oder erworbener Form- oder / und Funktionsfehler des Kau-Schluckorgans, also der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Versorgung, Reizleitung und neurologischer Systeme des Craniomandibulären Funktionsbereichs mit dem antagonistischen Craniocervikalen und Craniovertebralen Funktionsbereich.

Die bisherige Ausrichtung der Schulmedizin der Kieferorthopädie auf den Teilbereich des „Orofazialen Bereichs“, metrischer Diagnostik und Ausrichtung der Okklusion nach der Straight Wire Anatomie beinhaltet schwerwiegende Grundlagenfehler.“ (G. Risse)

- **Kau- und Schluckorgan:** Ausdehnung des Kauorgans: von den Schläfen über das Zungenbein zum Brustbein und zu den Schultergelenken sowie zum unteren, hinteren Schädel parallel zum Atlas / Ansatz der Wirbelsäule. Somit haben Verspannungen der Kaumuskulatur und Schluckmuskulatur direkte Einwirkung / Hebelkräfte auf den Atlas und die Halswirbelsäule, HWS, sowie der dortigen zentralen Nerven- und Blutversorgung.
- Die CMD-KFO nach Dr. Risse konnte direkte Drehmomente von der Kau-Schluckmotorik auf die Kopfgelenke darstellen. Hierdurch sind Kopfgelenkeinstabilität und Multisystemerkrankungen durch okklusale Dysfunktion belegbar. (www.cmd-institut.de unter Aktuelles vom 23.05.2011, Funktionskongress)
- Chronische (rotatorische) Fehlbelastung insbesondere der oberen HWS durch die Kau-Schluckmuskulatur verursachen nach evidenter internationaler Wissenschaft:
Nitrosativen Stress, erworbene Mitochondriopathien mit Multisystemerkrankungen sowie Schädigungen des Erbgutes. (M.L. Pall, B. Kuklinski.) Okklusale Dysfunktionen durch falsch stehende Zähne verseuchen danach nicht nur gegenwärtige Generationen, sondern auch zukünftige Generationen mit dann ererbten Multisystemerkrankungen.

Das Behandlungsgebiet der Kiefer-Orthopädie / CMD-Kieferorthopädie

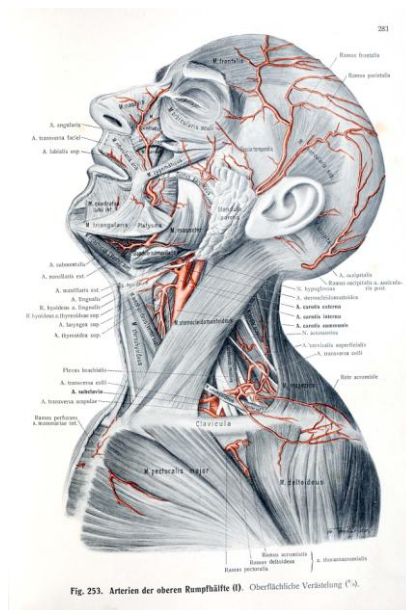


Abb. 1: Seitenansicht der antagonistischen Muskulatur des Kauorgans zur Nackenmuskulatur

Die muskuläre Ausweitung des Kau- Schluckorgans ist das gesamte anteriore Cranium zur Mandibula, zum Zungenbein und von dort zum anterioren Schultergürtel sowie zu den Schulterblättern und zum dorsalen und caudalen Cranium distal der Kopf Gelenke. Der anteriore Muskelstrang des Kauorgans ist ein natürlicher Funktionsantagonist zur dorsalen Nackenmuskulatur. Die Atlasgelenke wirken wie das Zentrum einer Waage auf Nickbewegung und Rotationsbewegungen in antagonistischer oder / und kompensatorischer Symbiose mit der Kau-Schluckmuskulatur.

Jede Aktivität der Kau- Schluckmotorik spiegelt sich antagonistisch mit der dorsalen craniocervikalen und craniovertebralen Muskulatur. Das bedeutet wiederum, dass alle Aktivitäten über die Okklusion direkte Einwirkung auf das Rückenmark und die zentrale nervale und vaskuläre Versorgung dieser Region und des Zentralhirns haben.

Schematische Darstellung nach Brodie Funktionszusammenhänge 1969 Seitenansicht

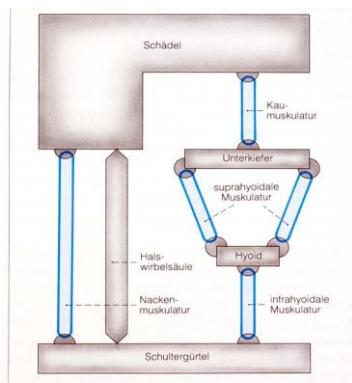


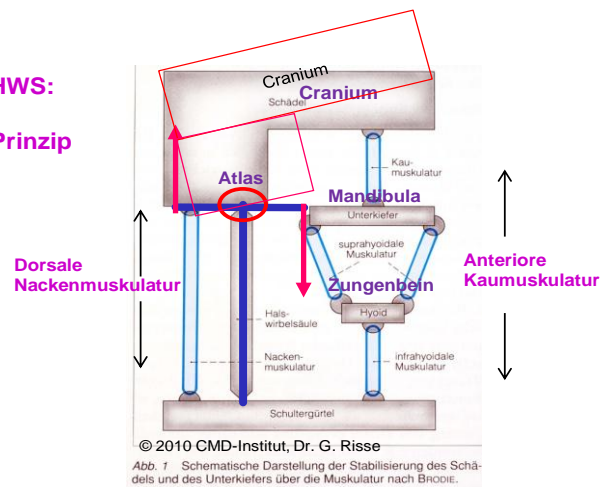
Abb. 1 Schematische Darstellung der Stabilisierung des Schädels und des Unterkiefers über die Muskulatur nach BRODIE.

A

Funktionsstörungen des Kauorgans, B. Koeck, Urban und Schwarzenberg 1995, S. 29: K Götz, N. Reuling,,: Symptomatologie und Differenzialdiagnostik von Gesichts- Und Kopfschmerzen

Mechanische Auswertung der grob vereinfachten anterioren und posterioren Funktionsbeziehungen

Atlas zu HWS: das Waage – Prinzip



© 2010 CMD-Institut, Dr. G. Risse

Abb. 1 Schematische Darstellung der Stabilisierung des Schädels und des Unterkiefers über die Muskulatur nach BRODIE.

B

Funktionsbeziehungen des Kauorgans Nackenmuskulatur und Kaumuskulatur als funktionelle Antagonisten über den Atlas

Abb. 2: Schematische Darstellung der Funktionszusammenhänge zwischen Nacken- und Kaumuskulatur anhand internationaler Literatur

In der Veröffentlichung des Vortrags: „Ein falscher Biss macht Schmerzen“ unter Aktuelles vom 23.05.2011 der Seite www.cmd-institut.de, Funktionskongress der Netzwerkmedizin Düsseldorf vom 06. / 07. Mai 2011 konnte nachgewiesen werden, dass ein zwanghafter Versatz des Unterkiefers durch einen Vorkontakt im Eckzahnbereich um 1 mm einen geometrischen Versatz der Kopf Gelenke um ca. 1,2 cm bedingt, welches enorme kompensatorische Kräfte auf die obere Halswirbelsäule bedingt. Auch konnte nachgewiesen werden, dass der craniale Ansatz des M. Digastricus ein Drehmoment von 6 cm auf den Atlas bewirkt.

Aus diesen vielfältigen Dreh- und Hebelmomenten durch die Kau- Schluckmuskulatur auf den Atlas können sehr leicht verschiedenste Erkrankungen abgeleitet werden, wie sie unter der sog. „Kopfgelenkeinstabilität“, Radikulitis, Spondylolisthesis, Art. Vertebralissyndrom, Skoliose, Migräne, Schwindel und diversen Systemerkrankungen erklärt werden, und wie sie im Buch: „Das HWS-Traum“ von Bodo Kuklinski mit nachfolgendem Nitrosativem Stress und Mitochondriopathie / Martin Pall New York beschrieben werden.

Aus dieser kurzen Einführung ergibt sich zwingend eine völlig neue Ausrichtung der bisherigen Schulmedizin der Kieferorthopädie und der Heil- und Kostenpläne, HKP in Anamnese, Diagnostik und Therapie (in anatomischer Ausrichtung und in der Wahl der Behandlungsmittel, um bestimmte überregionale Krankheitsbilder ursächlich behandeln zu können.

Zusammenfassung: Funktioneller KFO-HKP, GOZ 2012

Die GOZ 2012 Kieferorthopädie fordert einen funktionellen kieferorthopädischen Heil- und Kostenplan, HKP. Damit setzt der Gesetzgeber die wissenschaftlichen Forderungen des Wissenschaftsrates 2005 und die der HTA- Studie des Bundesministeriums für Gesundheit 2008 für die Privatkrankenkassen um.

Die Schulmedizin der Kieferorthopädie kann mit ihrem aktuellen Leistungsspektrum diese Forderungen nicht umsetzen, und muss den lange erwarteten Paradigmawechsel für eine Abrechnungsfähigkeit der Kieferorthopädie in die Praxis umsetzen.

Der Schulmedizin sind seit 2000, Paradigmenwechsel in der Festen Klammer hin zu einer funktionellen festen Klammer, „Fixed, Functional Orthodontics“ oder auch Biofunktionelle Orthodontie, BFO, des Instituts für Biofunktionelle Orthodontie, IBO und Umstellung der Diagnostik und Zielsetzung der Behandlung nach Definition der Funktionellen Anatomie 2004, ebenfalls durch das IBO sowie ihre medizinische Umsetzung in die CMD-KFO, des kieferorthopädischen Institutes für Craniomandibuläre Dysfunktion, CMD-Institut, mit Ausweitung auf den antagonistischen HWS-Bereich, CMD-KFO bekannt.

Mit der Umsetzung der gesetzgeberischen Verordnung wird Kieferorthopädie der GOZ 1987 zur Kiefer-Orthopädie 2012 der CMD-Kieferorthopädie.

Kiefer-Orthopädie oder CMD-Kieferorthopädie wird zum **interdisziplinären Querschnittsfach für das Kauorgan**, wie es der Wissenschaftsrat 2005 anregte.

Wie die CMD-Kieferorthopädie als interdisziplinäres Querschnittsfach als Kiefer-Orthopädie durch ihre Praxistauglichkeit bereits darlegte, konnten eine Vielzahl bisher chronisch verlaufender Krankheitsbilder ursächlich therapiert werden. Es konnten wegen der zentralen systemischen Vernetzungen des Kau-Schluckorgans mit der HWS auch direkte Verbindungen bis hin zu komplexen biochemischen Reaktionen in Form von sog. „Nitrostress“ und der „Mitochondriopathie“ nachgewiesen werden. Somit können nun viele Erkrankungen und Leiden, deren Ursachen bislang ungeklärt waren, also quasi als unheilbar galten, nun ursächlich auf Dysfunktionen des Kauorgans zurückgeführt werden, und weitestgehend geheilt bzw. verhindert werden.

Eine konsequente Umsetzung der Kiefer-Orthopädie oder der CMD-Kieferorthopädie, der Therapie Craniomandibulärer Krankheitsbilder durch eine funktionelle Kiefer-Orthopädie, wird den Versicherungssystemen und speziell auch der Wirtschaft Kosten (durch Arbeitsausfälle) von mehrstelligen Milliarden Euro einsparen und viele dramatische persönliche Schicksale ersparen.

Ein funktioneller Heil- und Kostenplan, HKP, beinhaltet gleichzeitig auch die Umsetzung der Diagnostik durch eine funktionelle kieferorthopädische Apparatur, einer „funktionellen Festen Klammer“ zur Therapie bzw. zur Vermeidung der „CMD-Erkrankungen“ bzw. Craniovertebraler Erkrankungen. Diese Funktionelle Feste Klammer, „Fixed Functional Orthodontics“, FFO, oder zwischenzeitlich mehr als „Biofunktionelle Orthodontie, BFO,“ bekannt, wurde 2000 auf der wissenschaftlichen Jahrestagung der DGKFO, Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie vorgetragen.

Die Feste Klammer bekommt gerade in der aktuellen Thematisierung mit den Brustimplantaten eine ganz besondere Aufmerksamkeit der Produkthaftung, stellt die Feste Klammer doch eine aktive, implantierte, mit Spannenergie geladene Maschine dar, welche nach Installation eigenständig anatomische Veränderungen verursacht und Funktionszusammenhänge im Kopfbereich verändert. Die Feste Klammer rangiert damit in der höchsten Gefährdungsstufe (III) des Medizinproduktegesetzes. Verkantungen im Atlasbereich / Genickbereich durch muskuläre Verspannungen sind lebensbedrohlich.

Wie eine „Funktionelle Feste Klammer“ konstruiert und gehandhabt wird oder individuell programmiert wird, ist in den Qualitätsleitlinien Kieferorthopädie / Orthodontie 2004 der KFO-IG veröffentlicht und 2007 überarbeitet worden. (www.cmd-institut.de)

Besondere Bewegung für die bislang „Geschlossene Gesellschaft“ der Krankenversicherer hat die Rechtsprechung mit ihrem Urteil des Oberlandesgerichtes, OLG, Düsseldorf vom 07.12.2011 in letzter Instanz zum Wettbewerbsförderungsgesetz gebracht, wodurch privaten Managementgesellschaften die Möglichkeit des Einstiegs mit Selektivverträgen in den Gesundheitsmarkt generell und in die Umsetzung der neuen GOZ 2012 eröffnet wird.

OLG:

„Konkurrenz fördert Innovation. Wir sind überzeugt, dass Selektivverträge in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen, um so Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung zu verbessern.“ (Az.: VII-Verg 77/11, VII-Verg 79/11)

In einem folgenden Artikel wird ein Funktioneller Heil- und Kostenplan, F-HKP, Kiefer-Orthopädie, nach Vorgabe GOZ 2012 des BMG vorgestellt.

Dieser Artikel - GOZ-KFO 2012 (I) - wurde auf der Seite www.cmd-institut.de unter: Aktuelles, Jan. 2012 veröffentlicht.

