

# Die Koronektomie als analoge Leistung

**Arbeitsschritte und Abrechnung.** Die Koronektomie stellt die selektive Kronenentfernung unter Belassen der Wurzel in aller Regel des retinierten unteren Weisheitszahnes dar. Die 1989 von Knutsson et al. zuerst beschriebene Koronektomie stellt eine Alternative zur klassischen Osteotomie eines unteren Weisheitszahnes mit enger Lagebeziehung zum N. alveolaris inferior dar.

Autor: Dr. Dr. Alexander Raff

44

Die Entfernung von retinierten Weisheitszähnen ist grundsätzlich dann indiziert, wenn dadurch die Entwicklung von Perikoronitiden, Wurzelresorptionen von Nachbarzähnen, parodontale Schäden der Nachbarzähne oder Karies der Weisheitszähne oder der Nachbarzähne sowie pathologische Gewebsentwicklungen wie beispielsweise dentogene Zysten vermieden werden können.

## Indikation Nervschonung

Die Koronektomie wird dann angewendet, wenn die komplette Entfernung des unteren Weisheitszahnes mit einem hohen Risiko der Verletzung des N. alveolaris inferior einhergeht. Das Ziel ist, die Zahnrinne und das Follikelgewebe des Weisheitszahnes als potenzielle Ursache einer Perikoronitis zu beseitigen, den Wurzelstock jedoch in situ zu belassen. Ein hohes Risiko der Nervverletzung besteht dann, wenn dieser sehr eng an den Wurzeln oder gar durch die Wurzelanatomie (intrarradikulär) hindurch verläuft. Laut Literatur kommt es bei enger Lagebeziehung in bis zu 20 Prozent aller Fälle zu temporären und in bis zu vier Prozent zu permanenten Sensibilitätsstörungen. Die Koronektomie kann nur in diesen Risikofällen indiziert sein und sollte auf gesunde Patienten (etwa Patienten ohne Immunsuppression, Diabetes oder Bisphosphonate) beschränkt werden.

Die Arbeitsschritte der Koronektomie gleichen prinzipiell denen der kompletten Zahnenentfernung mittels Osteotomie: Schnittführung, Bildung eines Mukoperiostlappens, Freilegung der Zahnrinne, möglichst glatte Abtrennung der Zahnrinne, möglichst ohne die Wurzel zu luxieren, Entfernung aller Schmelzanteile, Wundreinigung und Wundverschluss.

Gegebenenfalls sind mehrfache postoperative radiologische Kontrollen empfehlenswert (OPGs), um mögliche intraossäre Wanderungen oder Entzündungen des belassenen Wurzelstocks zu erkennen. In solchen Problemfällen kann ein Zweiteingriff notwendig werden.

In einer Veröffentlichung von Schröger, Schulze und Kämmer in der Zeitschrift *Zahnärztliche Mitteilungen* findet sich 2021 folgendes Fazit: „Abschließend kann in Anbetracht des aktuellen Forschungsstandes die Koronektomie als gute Alternative zur klassischen Weisheitszahnextraktion im Unterkiefer bei enger Lagebeziehung zum N. alveolaris inferior als dessen Schutz bewertet werden. Um das operative Vorgehen besser planen zu können, kann bei notwendig erscheinender Lage



Bei der Koronektomie eines unteren Weisheitszahnes ist die Berechnung über das Analogieverfahren nach § 6 Abs. 1 GOZ anzuwenden.

und Lagebeziehung des zu entfernenden Zahnes zum Canalis mandibula die digitale Volumentomografie zur weiterführenden Diagnostik in Erwägung gezogen werden.“

## Analogberechnung

Bei der Koronektomie eines unteren Weisheitszahnes ist die Berechnung über das Analogieverfahren nach § 6 Abs. 1 GOZ anzuwenden. Es handelt sich um selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in der GOZ nicht beschrieben sind. Geeignete Analognummern zu empfehlen, ist grundsätzlich schwierig. Der gegebene Aufwand ist sowohl hinsichtlich der benötigten Zeit als auch des Materialeinsatzes und insbesondere des tatsächlichen Schwierigkeitsgrads sehr unterschiedlich. Nach § 6 Abs. 1 GOZ ist eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung heranzuziehen. Ein möglicher Vorschlag kann die GOZ-Nr. 3040a sein. ■



**Dr. Dr. Alexander Raff**  
Mitglied im GOZ-Expertenrat  
des FVDZ