

Information für überweisende Zahnärzte: TEAMWORK Oralchirurgie & Parodontologie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als oralchirurgische Fachpraxis möchten wir Sie **bei oralchirurgischen Eingriffen und speziellen parodontologischen Behandlungsfällen** unterstützen:

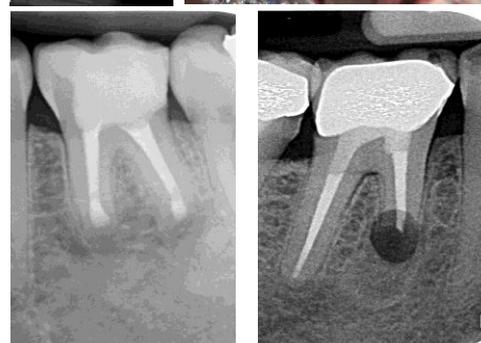
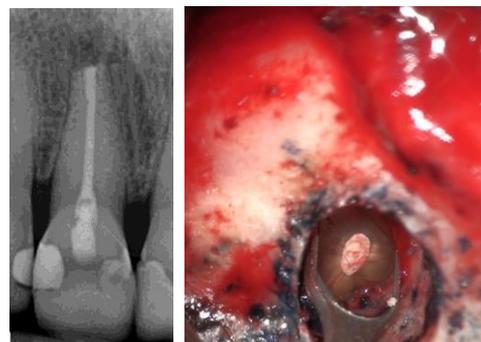
- Weisheitszahnentfernung, operative KFO- Freilegung oder Entfernung von verlagerten Zähnen, PE, ...
- Endodontische Chirurgie (Wurzelspitzenresektionen)
- Patienten mit fortgeschrittener oder aggressiver Parodontitis
- Plastische Chirurgie (Rezessionsdeckungen, Zungenbändchen, Lippenbändchen, Schaffung keratinisierte Gingiva um Zähne oder bereits inserierte Implantate, ...)
- Präprothetischer Kammaufbau mittels Bindegewebetransplantaten für eine Optimierung der Hygienefähigkeit, der Verminderung der Speiserest-Einklemmung und ggf. Verbesserung der Ästhetik

A) Weisheitszahnentfernungen (und alle anderen oralchirurgischen Eingriffe) führen wir mit größter operativer Sorgfalt durch. Durch jahrelanges Verfeinern speziell der Operationstechnik bei Weisheitszahnentfernung konnten postoperative Schwellungen und Komplikationen minimiert werden. Die Entfernung von 4 Weisheitszähnen in Sedierung („Dämmerschlaf“) hat sich als Standardvariante bei den uns anvertrauten Patienten absolut bewährt. Nahezu alle nach dem Eingriff befragten Patienten würden diese Form der Weisheitszahnentfernung wieder wählen.

Kosten: Gesetzliche Krankenversicherungen (GKVen) übernehmen die Kosten von Weisheitszahnentfernungen und die der meisten oralchirurgischen Eingriffe. Behandlungen in Sedierung („Dämmerschlaf“) oder Vollnarkose stellen eine Privatleistung dar. **Private Krankenversicherungen (PKVen)** übernehmen die Kosten in der Regel entsprechend des Versicherungstarifes. Erfahrungsgemäß werden die Kosten von den meisten PKVen im Rahmen des jeweiligen Tarifes weitgehend bis vollständig übernommen.

B) Wurzelspitzenresektionen (endodontische Chirurgie) werden bei uns – nach vorheriger Vereinbarung mit dem Patienten – **mit mikrochirurgischen Techniken** durchgeführt. Dies beinhaltet unter anderem

- die Schaffung eines möglichst kleinen knöchernen Zugang (Zeit!),
- das Aufsuchen von akzessorischen Kanälen oder anatomischen Anomalien mittels OP-Mikroskop und/oder speziellen Färbelösungen sowie
- die schonende retrograde ultraschall-basierte Aufbereitung und retrograde Füllung der Kanäle.



Persistierende Beschwerden oder apikale Osteolysen trotz suffizienter Wurzelfüllung haben ihre Ursache v. a. in

- unzureichender (apikaler) dreidimensionaler Aufbereitung und Desinfektion komplexer Kanalsysteme (z.B. ovale Kanäle, apikale gabelförmige Abzweigungen, Isthmen, Verblockungen, ...),
- zusätzlichen Kanälen (z.B. untere Frontzähne mit mehr als 1 Kanal, Molaren mit mehr als 3 oder 4 Kanälen, Prämolaren mit mehr als 2 Kanälen),
- dem Vorhandensein von Actinomyceten,
- dem Vorhandensein von Cholesterinkristallen und Fremdmaterial (z.B. Wurzelfüllmaterial) im periapikalen Bereich und
- dem Vorhandensein von echten Zysten (Nair PN 2004, Crit Rev Oral Biol Med).

Diese Ursachen können im Rahmen des chirurgischen Eingriffs mit relativ hoher Erfolgswahrscheinlichkeit behandelt werden. **Eine definitive prothetische Versorgung kann in der Regel 6 Monate postoperativ erfolgen.**

Kosten: Gesetzliche Krankenversicherungen (GKVen) übernehmen die Kosten einer Wurzelspitzen. Der Einsatz der zeit- und materialintensiven mikrochirurgischen Technik, mit der eine erheblich bessere Langzeitprognose des Zahnes erzielt wird, stellt eine Privatleistung dar. Ein individueller Heil- und Kostenplan informiert dann über die anfallenden Kosten. Behandlungen in Sedierung („Dämmerschlaf“) oder Vollnarkose stellen eine Privatleistung dar. **Private Krankenversicherungen (PKVen)** übernehmen die Kosten in der Regel entsprechend des Versicherungstarifes. Erfahrungsgemäß werden die Kosten von den meisten PKVen im Rahmen des jeweiligen Tarifes weitgehend bis vollständig übernommen.

C) Ziel der Therapie von fortgeschrittener oder aggressiver Parodontitis sind Taschentiefen von weniger als 5 mm. Generell ist die geschlossene der offenen Parodontitis-Therapie vorzuziehen. **Abhängig von der Komplexität des Befundes, der Morphologie der einzelnen Zahntaschen und von Ihrem prothetischen Behandlungsplan** kommen unterschiedliche Behandlungs-techniken zum Einsatz:

- Geschlossene Kürettage (nicht chirurgische Behandlung, one stage full mouth disinfection),
- Offene Kürettage bei persistierenden Taschen,
- Resektive Operationstechniken (vor allem präprothetisch),
- Regenerative Operationstechniken bei tiefen und schmalen Taschen,
- Unterstützende Parodontitis-Therapie (UPT).



Sind **prothetische Behandlungen** geplant, so ist an diesen Zähnen meist die operative Reduktion von Zahnfleischtaschen (**resektive Parodontalchirurgie** durch apikalen Verschiebelappen) sinnvoller:

- Verkürzung der Behandlungszeit gegenüber dem regenerativen Vorgehen
- Sehr gute Vorhersagbarkeit
- Prothetisches „Füllen“ der interdentalen Dreiecke und Abdecken von ggf. freiliegenden Zahnhälsen.



Wird der Zahn nicht prothetisch versorgt und liegen **tiefe und eher schmale Taschen** vor, dann ist oft der Einsatz **regenerativer Maßnahmen** indiziert. Hierbei kommen möglichst autologer Knochen und bei Bedarf alloplastische Materialien zum Einsatz.

Zur langfristigen Erfolgssicherung bei Patienten mit fortgeschrittener oder aggressiver Parodontitis ist die **Notwendigkeit einer konsequenten und oft lebenslangen Nachbetreuung im Sinne einer unterstützenden Parodontitis-Therapie (UPT)** wissenschaftlich eindeutig belegt.

Rezessionsdeckungen und präprothetische Kammaufbauten werden mit autologen Transplantaten realisiert. Sie stellen noch immer den Goldstandard dar.

Kosten: Gesetzliche Krankenversicherungen (GKVen) übernehmen die Kosten einer „normalen“ Parodontitis-Behandlung vollständig. Die Kosten der Vor- und Nachbehandlungen zur Parodontitis-Behandlung sind vereinfacht ausgedrückt besonders intensive Prophylaxe-Behandlungen und werden wie diese von den GKVen nicht getragen. Operative Parodontitis-Behandlungen bei fortgeschrittenen und speziellen Befunden sind häufig sehr zeit- und materialintensiv. Ein individueller Heil- und Kostenplan informiert dann über die anfallenden Kosten. **Private Krankenversicherungen (PKVen)** übernehmen die Kosten in der Regel entsprechend des Versicherungstarifes. Erfahrungsgemäß werden die Kosten von den meisten PKVen im Rahmen des jeweiligen Tarifes weitgehend bis vollständig übernommen.

Folgender Ablauf bei der gemeinsamen Behandlung von oralchirurgischen oder parodontalen Patientenfällen hat sich bewährt (TEAMWORK):

- Ggf. Vorinformieren Ihres Patienten: Schicken Sie uns vorab Röntgenbilder, ggf. Modelle und Ihr Behandlungsziel zu. Wir melden uns innerhalb weniger Tage bei Ihnen zur Besprechung des Falls
- Überweisung
- Untersuchung und Aufklärung des Patienten in einer separaten Sitzung, ggf. Kostenvoranschlag
- **Präoperativer Faxbericht** über den geplanten Eingriff, ggf. telefonische Rückmeldung
- Bei mäßiger oder schlechter Mundhygiene **Empfehlung einer präoperativen Prophylaxe durch Sie** (Reduktion der Gefahr von Wundinfektionen)
- Behandlung
- **Behandlungsbericht** per Fax mit wichtigen Angaben zur erfolgten Behandlung, ggf. Zusenden postoperativer Röntgenbilder
- Auf Wunsch: unterstützende Parodontitis-Therapie

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!

Dr. Dominik Emmerich
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Spezialist für Implantologie (BDIZ, EDI)
Spezialist für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro)