



Allein im Notdienst

Effizientes Vorgehen – Therapie nach Schweregraden

Der zahnärztliche Notdienst ist ein Service der Zahnärzte außerhalb der üblichen Sprechzeiten. Er steht primär für Not- und Schmerzfälle zur Verfügung, die nicht lebensbedrohlich sind, aber auch nicht bis zum nächsten Werktag aufgeschoben werden können. Doch wie geht man systematisch vor, wenn das Wartezimmer überfüllt ist? Eine kleine Hilfestellung bietet dieser Beitrag.

Um den zahnärztlichen Notdienst im Auftrag der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung des entsprechenden Bundeslandes durchführen zu können, muss eine Kassenzulassung vorliegen. Die Notdienste werden von der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung verteilt. Als Zahnarzt kann man seinen Notdienst jedoch auch mit Kollegen tauschen oder meist gegen eine Gebühr abgeben.

WER WIRD BEHANDELT?

Der Notdienst ist dazu da, Schmerzpatienten über die ortsüblichen Sprechzeiten hinaus versorgen zu können. Jedoch kommen hin

und wieder auch Patienten, die keine akuten Schmerzen haben und auch keine Notfälle darstellen. Zahnärzte sind nicht verpflichtet, diese im Notdienst zu behandeln. Zudem müssen nur Patienten behandelt werden, die auch einen gültigen Versicherungsstatus haben.

Den Mythos, dass wir Zahnärzte verpflichtet sind, jeden Patienten zu behandeln, gibt es in der Realität so nicht. Beispielsweise können offensichtlich alkoholisierte oder unter dem Einfluss von Betäubungsmitteln stehende Patienten abgewiesen werden. Wenn die Arzt-Patienten-Beziehung, die maßgeblich auf Vertrauen beruht, seitens des Patienten durch unangebrachtes Verhalten zerstört wird, so kann ihm eine Behandlung verweigert werden und er der Praxis verwiesen werden.

WER ZUERST?

Aus der Intensiv- und Notfallmedizin sind verschiedene Sichtungskategorien für Notfälle bekannt (Tab. 1). Da in der Zahnmedizin in aller Regel keine lebensbedrohlichen Situationen

auftreten, treffen diese Kategorien bei zahnmedizinischen Notfällen nicht zu.

In der Zahnmedizin gilt grundsätzlich, dentale Traumata immer vor andere Schmerzpatienten zu stellen. Bei der Behandlung von Verletzungen im Mund- und Gesichtsbereich sollten knochenerhaltende Maßnahmen vor zahnerhaltenden Maßnahmen ergriffen werden und diese wiederum vor der Therapie von Weichgewebeverletzungen. Dies bedeutet, dass avulsierte Zähne vor intrudierten Zähnen, vor frakturierten Zähnen und vor dislozierten Zähnen zu behandeln sind (Tab. 2).

Patienten mit starken Blutungen sind, wenn möglich, auch zuerst zu behandeln, da bei ihnen immer das Risiko besteht, dass Blut aspiriert wird und es so zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann.

Zweite Priorität nach starken Blutungen und Traumata haben infektiöse Ansammlungen mit Ausbreitungstendenz (Abszesse).

Hinten angestellt werden können Patienten, die schon über längere Zeit an Zahnschmerzen leiden, aber erst im Notdienst den Zahnarzt aufsuchen. Auch die Trepanation von pulpitischen oder nekrotischen Zähnen sollte nach der Therapie eines dentalen Traumas erfolgen.

LITERATUR

1. Steffen R, van Waas H. Zahnmedizinische Notfälle. Pädiatrie 2012;3:45–48.
2. Ihle P. Umfang und Inhalt des zahnärztlichen Notdienstes. DENS 2010;7-8:9.
3. Sefrin P, Weidinger JW, Weiss W. Sichtungskategorien und deren Dokumentation. Deutsches Ärzteblatt 2003;31-32:A2057–2058.



MAXIMILIAN DOBBERTIN

Zahnarzt, Frankfurt a. M.
 E-Mail: maximiliandobbertin@hotmail.de

Tab. 1 Sichtungskategorien für Notfälle in der Medizin¹.

Sichtungskategorie	Beschreibung	Konsequenz
I	Akute, vitale Bedrohung	Sofortbehandlung
II	Schwerverletzt/erkrankt	Aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit
III	Leicht verletzt/erkrankt	Spätere (ambulante) Behandlung
IV	Ohne Überlebenschance	Betreuende (abwartende) Behandlung
	Tote	Kennzeichnung

Tab. 2 Behandlungsreihenfolge für zahnmedizinische Notfälle².

Reihenfolge	Kategorie	Diagnose	Therapie
1	Dentales Trauma	Avulsion	Dentosafe Box, Röntgen, Dokumentation des Unfallhergangs für Versicherung, Fotodokumentation, regenerative Therapie, Anästhesie, Wundreinigung, Replantation, Schienung, (Endo erst in der Nachsorge, wenn möglich vermeiden)
2		Intrusion	Röntgen, Dokumentation und Fotodokumentation, Anästhesie, Wundreinigung, gezielte Extrusion, Schienung
3		Wurzelfraktur im apikalen Drittel mit Möglichkeit zur Reposition und zum Zahnerhalt	Dentosafe Box, Röntgen, Dokumentation und Fotodokumentation, Wundreinigung, bei noch offenem Foramen apikale keine Endo, ansonsten ggf. Endo extraoral
4		Wurzelfraktur ohne Möglichkeit zum Zahnerhalt	Röntgen, Dokumentation und Fotodokumentation, Anästhesie, Extraktion des Wurzelrestes
5		Kronenfraktur mit Eröffnung der Pulpa	Anästhesie, Pulpotomie/Vitalexstirpation, direkte Pulpenüberkappung und provisorischer Verschluss (pV)/Einleitung der Endo und medikamentöse Einlage mit pV
6		Kronenfraktur mit Dentin- und/oder Schmelzbeteiligung	Anästhesie, ggf. indirekte Pulpenüberkappung, Schmelz-Ätz-Technik, Dentin-Adhäsiv-Technik, pV oder definitive Restauration in Komposit
7	Infektionen mit akuter Tendenz zur Ausbreitung	Abszess	Röntgen, Anästhesie, bei dentaler Ursache ggf. zuerst Endo, Abszessspaltung, Drainage, Spülung des Abszesses (mit CHX und/oder NaCl), Streifeneinlage, ggf. Verkleinerung der Inzisionswunde mit Belassen des Drainageganges, Rezept Antibiose (Amoxicillin 1000 mg N1, 1-1-1)
8	pulpitische Schmerzen	Irreversible Pulpitis	Schmerzanamnese, Vitalitätstest (ViPr), Röntgen, Anästhesie, Vitalexstirpation, ggf. Wurzelkanalaufbereitung, medikamentöse Einlage (Ledermix), pV
9		Nekrose der Pulpa	Schmerzanamnese, ViPr, Röntgen, Anästhesie, Trepanation, ggf. Wurzelkanalaufbereitung, medikamentöse Einlage (Calziumhydroxid), pV
10		Reversible Pulpitis	Schmerzanamnese, ViPr, Röntgen, Überprüfen der Okklusion (ggf. Einschleifen), Fluoridierung, ggf. Versorgung von Zahnhalsdefekten, Abwarten und für Recall einbestellen