Weg vom Gießkannenprinzip hin zur Individualität in der Prävention

Ein Beitrag von Antje Isbaner

TUTORIALREIHE /// Heutzutage gibt es eine Vielzahl an Prophylaxekonzepten, die sich hinsichtlich Indikation, Hersteller oder Praxisausstattung unterscheiden. Vernachlässigt wird dabei die Komplexität und Individualität des einzelnen Patientenfalls. Genau hier setzt die Tutorialreihe „Wie geht moderne Prophylaxe heute? Individualisiert! – IPC als zeitgemäßes Präventionskonzept" mit Prof. Dr. Dirk Ziebolz, M.Sc. und Priv.-Doz. Dr. Gerhard Schmalz aus Leipzig an. Sie stellen das Konzept der individualisierten Prävention (IPC = Individual Prophy Cycle) vor und arbeiten dessen Vorteile heraus. Wir sprachen mit den beiden Referenten über die Grundlagen und Zielsetzung des Konzeptes, die Bedeutung der anamnestischen und befundbezogenen Aspekte und die daraus abzuleitende praktische Handlungsempfehlung.

Herr Prof. Ziebolz, Herr Dr. Schmalz, wir erleben Sie beide häufig als fachmännisches Duo, das aus der Forschung heraus wichtige Impulse für die Praxis gibt – so auch bei der aktuellen Tutorialreihe zum Thema „Individualisierte Prävention". Wie kann man sich Ihre Zusammenarbeit vorstellen? Gibt es hier ein strenges Gerüst oder werfen Sie sich eher, je nach Themenschwerpunkten, die fachlichen Bälle zu? Können Sie uns kurz einen Einblick in Ihre Arbeit an der Universität Leipzig geben?

Prof. Dr. Ziebolz: Seit 2014 bin ich an der Universität hier in Leipzig. Damals wurde ich von unserem Klinikdirektor Prof. Dr. Rainer Haak mit der Option hierher gebeten, eine Arbeitsgruppe mit dem Schwerpunkt interdisziplinäre Zahnerhaltung und Versorgungsforschung aufbauen zu können. Es ergab sich, dass Herr Dr. Schmalz zu diesem Zeitpunkt mit seinem Studium fertig wurde und sich bei uns in der Universitätsklinik bewarb. So sind wir zusammengekommen. Von Beginn an pflegen wir einen offenen und konstruktiven Austausch, sowohl für unsere Ideen als auch die daraus entstehende Entwicklung von Konzepten. So sind wir über die Jahre zu einem hervorragenden Team zusammengewachsen. Heute kann ich sagen, er ist meine linke und rechte Hand und zusammen bilden wir eine Symbiose. Wir haben unterschiedliche Stärken und davon profitiert dieses Team.

Unser Forschungsschwerpunkt ist es, Zahnmedizin in der Medizin abzubilden, zu vernetzen und Versorgungskonzepte zu etablieren, um im Spannungsfeld zwischen beiden Bereichen eine bessere zahnmedizinische Versorgung zu erzielen, aus der

Prof. Dr. Dirk Ziebolz, M.Sc. (links) und Priv.-Doz. Dr. Gerhard Schmalz in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universitätsklinikum Leipzig.

(Foto: Antje Isbaner, OEMUS MEDIA AG)

sich im besten Fall auch eine verbesserte allgemeine Gesundheit ergibt. Für dieses Ziel konnte ich Dr. Schmalz begeistern. Damit finden wir uns am Ende in der Präventionszahnmedizin/-medizin wieder und sehen uns daher primär als Präventions-(zahn)mediziner.

Priv.-Doz. Dr. Schmalz: Symbiose ist das Schlagwort. Wir haben uns mit der Zeit – und das war ein intensiver Prozess – aufeinander abgestimmt und uns miteinander entwickelt, sodass unsere jeweiligen Stärken zu einer Synergie geworden sind. Die Arbeitsaufteilung bei unseren Projekten ist klar und abends kann es auch mal länger werden. Wir nehmen uns aber auch bestimmte Kreativzeit heraus, in denen wir konkret neue Ideen entwickeln oder an bestehenden feilen. Inhaltlich versuchen wir bei unserer Arbeit immer einen Praxisbezug herzustellen und den Patienten in den Mittelpunkt zu rücken. Wir wollen Patienten, die krank sind, heilen, Patienten, die gesund sind, gesund erhalten, und Erkrankungen vorbeugen.

Das Thema Ihrer Tutorialreihe „IPC als zeitgemäßes Präventionskonzept" klingt spannend! Was verbirgt sich hinter der Abkürzung IPC und was beinhaltet das Konzept?

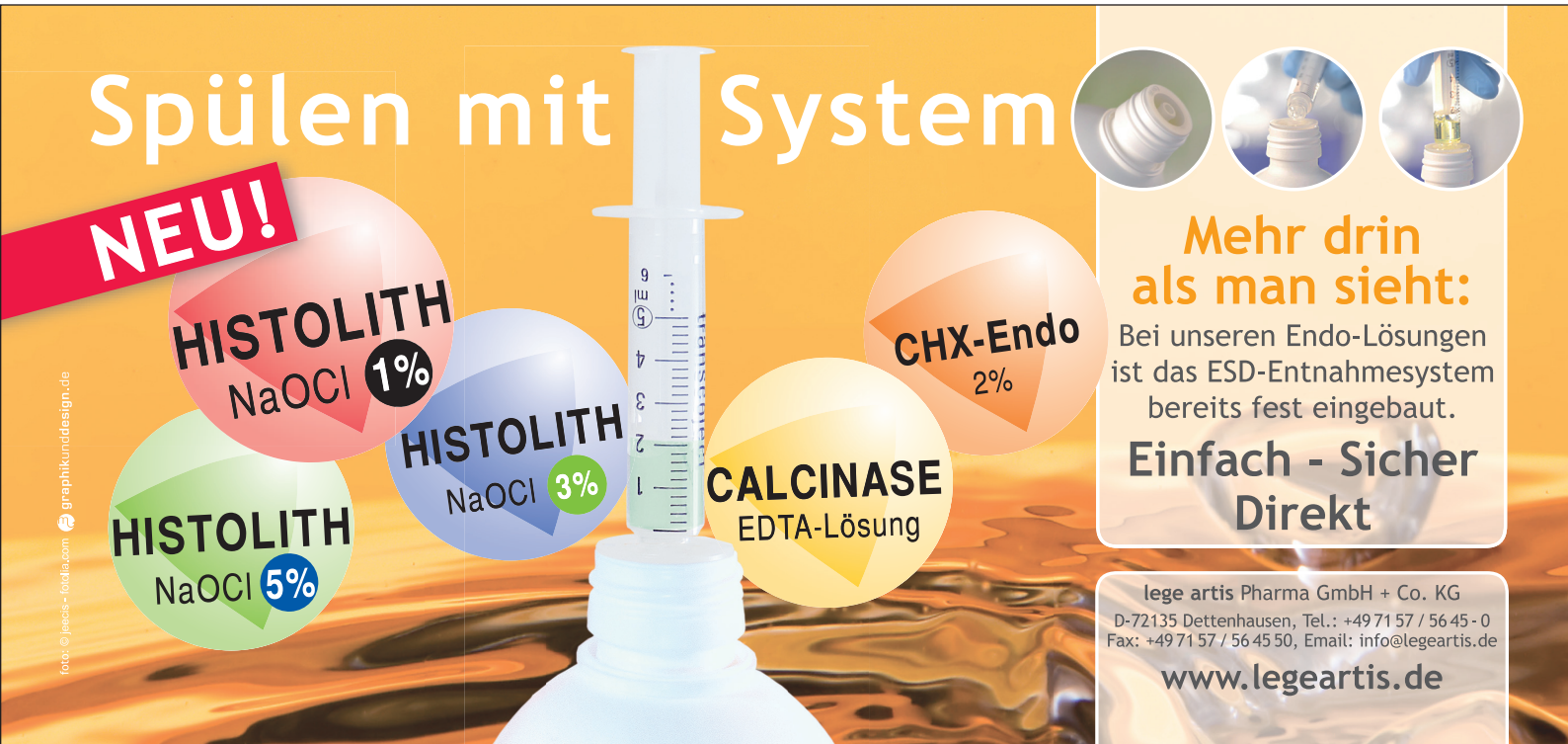
Ziebolz: Prävention lebt heute von Anpassung und Individualität, sogenannte individuell präventive Betreuung. IPC, also der individuelle Präventionszyklus, rückt diese wieder in den Mittelpunkt. Bereits Per Axelsson sagte schon in den 1970er-Jahren, dass wir eine dem Patienten angepasste präventive Betreuung brauchen. Genau das haben wir wieder aufgegriffen. Wir müssen weggehen von der isolierten Reduktion bekannter Präventionskonzepte auf der Basis einzelner oraler Erkrankungen oder Ursachen (z. B. ausschließlich Biofilmentfernung). Denn so funktioniert es nicht. Patienten können unterschiedliche (Begleit-)Erkrankungen oder auch orale Vorerkrankungserfahrung bzw. Versorgungen aufweisen. Gerade unsere ältere Bevölkerung kann sowohl Karies als auch Parodontitis haben. Warum also bezeichnet man ein Präventionskonzept nur auf der Basis einer Erkrankung, wie z. B. die unterstützende Pardodontitistherapie (UPT). Das ist aus unserer Sicht einfach nicht mehr zeitgemäß. Wenn wir in die Medizin schauen, sehen wir, dass diese heute sehr fokussiert, fall- und personenorientiert arbeitet. Als Basis dienen Leitlinien, die – und das ist das spannende – eine sichere (weitestgehend) allgemeingültige Therapieempfehlung geben. Selbstverständlich muss auch die Anwendung von Leitlinien für den einzelnen Patienten adaptiert werden. Genau dieses Konzept verfolgt der IPC.

Schmalz: Wir versuchen, die Erkrankung des Patienten in sein gesamtes Bild einzuordnen. Dieser kann auch andere Allgemeinerkrankungen und deren Medikationen mitbringen oder Risiken für Erkrankungen, die er zwar momentan noch nicht hat, aber in den kommenden zehn Jahren entwickeln kann. Die Präventionssitzung muss deshalb individuell um den Patienten herumgebaut werden. Das ist das Ziel des IPC-Konzepts.

Wo sehen Sie die Vorteile dieser komplexen und individuellen Betrachtungsweise im Vergleich zu bereits verfügbaren Präventionsansätzen?

Ziebolz: Ganz wichtig ist das gezielte Erkennen der Parameter, welche die Patienten mitbringen. Das wird als Bedarfs- oder Risikoprofil definiert. Daran werden die Inhalte und Rahmenbedingungen des IPC angepasst. Das erhöht die Arbeitssicherheit für das Praxisteam und den Patienten. Außerdem werden Effizienz und Effektivität gesteigert. Das sind die entscheidenden Säulen einer fallorientierten medizinischen/zahnmedizinischen Betreuung. Daran müssen wir uns messen lassen. Nehmen wir als Beispiel die UPT: Hier wird sich um den Parodontitispatienten gekümmert. Auf der einen Seite ist es natürlich sehr wichtig, dass man ein Konzept für den chronisch Erkrankten hat. Auf der anderen Seite müssen wir uns aber auch um die Patienten kümmern, die noch gar keine Parodontitis haben. Das

ANZEIGE



ist der Vorteil des IPC: Er bezieht sich nicht nur auf jemanden, der schon erkrankt ist, sondern bietet auch einen individualisierten Lösungsschlüssel für diejenigen, die noch nicht erkrankt sind oder nur geringe Erkrankungslasten haben.

„Es braucht natürlich ganz wesentlich die Bereitschaft in Praxen, von einem Gießkannenprinzip wegzugehen und sich bewusst Zeit für eine intensive Anamnese des Patienten zu nehmen und zu schauen, welche anamnestischen Parameter für den Patienten wirklich relevant sind, fernab einer pauschalen Vorgehensweise nach Schema F."

Allgemeinerkrankungen, Medikamente und Lebensgewohnheiten können einen entscheidenden Einfluss auf Behandlungssicherheit und Therapieerfolg nehmen. Anhand welcher Kriterien können Zahnärztinnen und Zahnärzte ein individuelles Risiko- und Bedarfsprofil der Patienten erstellen?

Schmalz: Das Risikoprofil, das wir im IPC in ein Komplikations- und Erkrankungsrisiko geteilt haben, beschreibt erst einmal alle Sachen, die genannt wurden, also Allgemeinerkrankungen, Medikamente und Lebensgewohnheiten. Sprich, alles, was wir primär aus der Anamnese ableiten und der Patient mundgesundheitsunabhängig mitbringt. Das Komplikationsrisiko bedingt dabei die Rahmenbedingungen der Präventionssitzung, also z. B. ob bestimmte Grunderkrankungen als mögliches Gesundheitsrisiko für Patienten im Rahmen einer zahnärztlichen Intervention berücksichtigt werden müssen. Das Erkrankungsrisiko gibt Auskunft darüber, ob die Mundgesundheit durch bestimmte Grunderkrankungen oder deren Medikation beeinflusst werden kann. Um diese Achse zu bedienen, muss die Zahnärztin/der Zahnarzt eine ausführliche Anamnese erheben und vor allem auch mit dem Patienten sprechen. Denn daraus leitet sich die Vorgehensweise während der Therapie ab. Habe ich etwa einen Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis, weist er deshalb auch ein erhöhtes Pardodontitisrisiko auf und ich muss ihn engmaschig zur Präventionssitzung einbestellen. In der aktuellen Situation ist es in der Anamnese für den niedergelassenen Behandler sicher herausfordernd, aus der Fülle der Informationen die richtige praktische Konsequenz zu ziehen. Deshalb haben wir hier ein Risikoklassifikationssystem mit den drei Klassen geringes, moderates und hohes Risiko entwickelt.

Das Bedarfsprofil als zweiter Hauptbestandteil des IPC-Konzeptes setzt sich aus oralen Erkrankungen, Vorerkrankungserfahrungen, Versorgung und den aktuellen Befunden zusammen. Die Grundlage dafür ist eine gute Diagnostik. Hier unterscheiden wir eine Basisdiagnostik. Diese wird bei jedem Patienten in jeder Sitzung gemacht. Die erweiterte Diagnostik wiederum orientiert sich an der Basisdiagnostik. Fertigt man bei einem Patienten also beispielsweise einen Parodontalen Screening Index (PSI, Basisdiagnostik) an und findet Auffälligkeiten, folgt eine ausführlichere parodontale Befunderhebung (erweiterte Diagnostik). Hier kommt auch wieder die Effizienz zum Tragen. Hat ein Patient einen unauffälligen PSI, braucht man keinen kompletten parodontalen Status zu erheben. In der täglichen Praxis verschwendet man sonst nur Zeit, Ressourcen und natürlich auch die Geduld des Patienten.

Ziebolz: Aber all diese Verfahren sind ja nicht neu. Wir beschreiben, was in der Praxis täglich abläuft. Das Neue ist, dass wir mit der erweiterten Anamnese und dem Klassifikationssystem auch die Lebensgewohnheiten und Medikation der Patienten miterfassen und entsprechende Konsequenzen für bzw. im Ablauf einer strukturierten Präventionssitzung ableiten. So können wir viele Inhalte beeinflussen, wie das individuelle Nachsorgeintervall oder Mundhygienemotivation und -instruktionen.

Welche praktischen Implikationen ergeben sich daraus für die Präventionssitzung? Beziehungsweise wie lässt sich das IPC-Konzept in der zahnärztlichen Prävention umsetzen und in den Praxisablauf integrieren?

Ziebolz: Die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung des IPC-Konzepts ist eine inhaltlich strukturierte Präventionssitzung. Das ist die Basis, auf der alles Weitere ruht. Dabei müssen die Inhalte (Einzelbausteine) dieser Präventionssitzung aber auch bespielt werden. Egal, wie man das in der Praxis nennt – ob Recall, Prävention oder UPT – das ist der Ausgangspunkt. Möchte man dann aus dieser strukturierten Präventionssitzung IPC machen, braucht es die vollumfängliche anamnestische Erhebung (allgemein und speziell) und die daraus abgeleiteten Rahmenbedingungen für weitere Präventionssitzungen sowie eine bedarfsgerechte Befunderhebung. Diese Abläufe sind wichtig und sollten regelmäßig evaluiert werden. Auf dieser Basis kann man anschließend stückweise die einzelnen Bausteine der strukturierten Präventionssitzung (wo möglich leitlinienkonform) an das Patientenklientel anpassen. Das ist gar nicht schwer und auch nichts Neues. Es muss nur gemacht werden, um die richtigen Schubladen der individualisierten Prävention auf- und zuzumachen.

Schmalz: Es braucht natürlich ganz wesentlich die Bereitschaft in Praxen, von einem Gießkannenprinzip wegzugehen und sich bewusst Zeit für eine intensive Anamnese des Patienten zu nehmen und zu schauen, welche anamnestischen Parameter für den Patienten wirklich relevant sind, fernab einer pauschalen Vorgehensweise nach Schema F. Der individuelle Patient steht damit im Mittelpunkt und es entwickelt sich eine effektive und zielgerichtete Auseinandersetzung mit ihm. Davon ausgehend kann man dann verschiedene Schwerpunkte setzen – hier lohnt

Alle Videos der Tutorialreihe finden Sie kostenlos auf ZWP online unter der Rubrik *CME* oder durch Einscannen des unten stehenden QR-Codes.

Im Rahmen der vierteiligen W&H Tutorialreihe führen die Referenten Prof. Dr. Dirk Ziebolz, M.Sc. und Priv.-Doz. Dr. Gerhard Schmalz in die Thematik der „Individualisierten Prävention (Das IPC-Konzept)" ein.

es sich, unsere Webinarreihe als Ganzes anzuschauen, da wir auf die verschiedenen Schwerpunkte, wie zum Beispiel das Komplikationsrisiko, eingehen. Nach der anfänglichen Umgewöhnung auf das IPC lässt sich das Konzept auch zügig umsetzen und im Praxisalltag anwenden.

Müsste sich nicht auch in der universitären Ausbildung/zahnmedizinischen Behandlung etwas ändern? Auch hier geht es überwiegend um restaurative Inhalte und weniger um Prävention und Patientenkommunikation.

Schmalz: Es ist noch mal wichtig, zu betonen: Prävention ist heute Therapie. Wir erleben aber in der Zahnmedizin nach wie vor ein eher reparatives Vorgehen bzw. Denken. Schauen wir uns aber die Patienten an, bei denen größerer restaurativer, reparativer Bedarf besteht, dann sind das jene Patienten, bei denen es vor dreißig Jahren Präventionsversäumnisse gab. Und wenn wir mal 30 Jahre in die Zukunft denken und jetzt Präventionskonzepte haben, die umfassend erfolgreich funktionieren, dann wird es mit großer Wahrscheinlichkeit so ein Patientenkollektiv mit umfangreichem Restaurationsbedarf nicht mehr so lange geben. Damit geht auch das Praxiskonzept nicht mehr auf, das rein auf der Sanierung beruht. Der Zahnarzt wird vielmehr zu einem Mundgesundheitsmanager. Daher ist es wichtig, jetzt Präventionsprogramme umfassend zu definieren, weil das der Zahnarzt perspektivisch auch vorrangig machen wird. Da geht es nicht mehr darum, 15 Zahnimplantate zu setzen, sondern darum, 15 Präventionspatienten kompetent zu versorgen.

Ziebolz: Das spiegelt ja auch die neue Approbationsordnung wider: mehr Prävention, weniger Restaurative Zahnmedizin. In dieser zukünftigen Rolle als Mundgesundheitsmanager tun wir den Patienten viel Gutes und bekommen dadurch auch einen anderen Stellenwert. Denn: Mundgesundheit zu erreichen und zu erhalten, gerade bei Patienten, die bisher kaum daran interessiert waren, ist eine große und auch spannende Herausforderung. Es wird gewiss nie langweilig.

Was dürfen wir zukünftig von Ihnen beiden noch erwarten? Weitere moderne Prophylaxestrategien? Gibt es aktuelle oder anstehende Forschungsprojekte?

Schmalz: Wir sind gerade dabei, Praxistools zu entwickeln, die dabei helfen sollen, das IPC-Konzept in der Praxis einfacher zu implementieren. Zum Beispiel über einen Anamnesebogen. Wichtige Aspekte integrieren wir bei uns direkt in die Studentenausbildung, zum Beispiel indem wir zahnmedizinische Inhalte in der Allgemeinmedizin einbinden. Zudem befassen wir uns momentan äußerst intensiv mit verschiedenen Strategien, um Patienten noch besser zu verstehen. Dabei verfolgen wir ganz moderne und innovative Ansätze wie Metaphorisierungen. Wir erproben, wie sich die Compliance steigern und Verhaltensweisen positiv beeinflussen lassen. Das treibt uns gerade sehr um und fließt in viele Forschungsfragen ein.

Ziebolz: Wir haben den Patienten (wieder) als Säule entdeckt und bedienen uns moderner Methoden unter anderem aus der Psychologie, um tiefer und effektiver an ihn heranzukommen, dabei auch die Perspektiven zu wechseln und nachzuvollziehen, was in dem Patienten vorgeht. Wir wollen Patienten Lösungen für zu Hause an die Hand geben und gleichzeitig die digitalisierte Anamnese weiter voranbringen.

Zudem beschäftigen wir uns mit dem Einsatz verschiedener Adjuvanzien für eine individuelle Zahnmedizin. Hier gehen wir unter anderem auch Ansätzen nach, um das Immunsystem zu stimulieren.

Vielen Dank für das interessante Gespräch.

Prof. Dr. Ziebolz, M.Sc.
Infos zur Person

Dr. Schmalz
Infos zur Person