

„Eine Therapie ohne saubere Diagnose kann nicht zu einer Heilung führen“

Interview: Prof. Dr. Stefan Zimmer zur diagnosegestützten Individualprophylaxe

Angeht die diagnostischen Möglichkeiten, mit Chairside-Tests das Kariesrisiko zu bestimmen, etwa dem KariesScreenTest von Dr. Lutz Laurisch, stellt sich die Frage, ob Chairside-Tests nicht zum festen Bestandteil der Individualprophylaxe werden sollten. Wir wollten von Prof. Dr. Stefan Zimmer, Lehrstuhlinhaber und Abteilungsleiter für Zahnerhaltung und Präventive Zahnmedizin (Universität Witten/Herdecke), wissen, ob es sinnvoll ist, die IP künftig zur DIP aufzuwerten.

Herr Professor Zimmer, in der DGZ-Leitlinie findet sich der Satz „... besonders Patienten mit erhöhtem Kariesrisiko profitieren von Präventionsprogrammen ...“ (S2K-Leitlinie).

Wie lassen sich diese Patienten identifizieren?

Prof. Dr. Stefan Zimmer: Zuerst einmal ist wichtig, dass man Kariesrisiko nicht mit Kariesaktivität verwechselt. Manche denken, das

„Im Sinn der ‚echten‘ individualisierten Prävention, bei der die Berücksichtigung des individuellen Krankheitsrisikos essenziell ist, kann es tatsächlich sinnvoll sein, von diagnosebasierter Individualprophylaxe, also DIP statt IP, zu sprechen.“

sei das Gleiche nach dem Motto „einmal Kariesrisiko – immer Kariesrisiko“. Aber das stimmt nicht. Das Kariesrisiko ändert sich in Ab-

hängigkeit des Lebensalters deutlich und natürlich auch individuell. Es wäre ja eine Katastrophe für die Prävention, wenn sich dieses Risiko nicht beeinflussen ließe. Am besten ist es natürlich, wenn wir das Kariesrisiko bestimmen, bevor bereits erste bleibende Schäden entstanden sind, damit wir ihr Eintreten verhindern können. Glücklicherweise ist das ja mit den vielfältigen Instrumenten, die die Kariesprävention zu bieten hat, möglich. Aber zurück zu Ihrer Frage: In Abhängigkeit vom Lebensalter gibt



Prof. Dr. Stefan Zimmer

Foto: UWH

Wo immer möglich, gilt es heute partizipative Entscheidungsprozesse zu etablieren – sind Kariestests dazu dienlich?

Zimmer: Die aktive Einbeziehung des Patienten in die Therapieentscheidung ist ein ganz wichtiger Entwicklungsschritt in der Medizin, der sich auch in der Zahnmedizin längst durchgesetzt hat. Die Ressourcen eines Patienten können in einem Heilungsprozess dann am besten genutzt werden, wenn er aktiv an der Therapiefindung beteiligt ist. Kariesrisikotests können dabei eine wichtige Rolle spielen, wenn der Patient damit intrinsisch motiviert wird. Der Patient erkennt durch den Risikotest die Wichtigkeit der Prävention, erarbeitet mit seinem Behandler im Sinn der partizipativen Entscheidung die für ihn beste Präventionsstrategie und entwickelt so durch die Förderung der intrinsischen Motivation die Bereitschaft für ein Präventionsprogramm, dessen Gelingen ja ganz erheblich von seiner Mitwirkung abhängig ist.

Ist der Begriff IP also unvollständig? Sollte man nicht den Aspekt „diagnosebasiert“ ergänzen? Also „DIP“ statt „IP“?

Zimmer: Ja, das kann man so sehen, obwohl es eigentlich in „IP“ schon drinsteckt. Ich will das kurz erläutern: In der Humanmedizin ist die individualisierte oder personalisierte Medizin längst etabliert. Diese geht so weit, dass für einen Patienten nach Diagnose seines genetischen Codes eine speziell auf seine Bedürfnisse zugeschnittene Pharmakotherapie Anwendung finden kann. Diese individualisierte Medizin setzt eine besonders intensive Diagnose, die bis in die Genetik reicht, voraus. Insofern müssten wir als Zahnmediziner, wenn wir von IP sprechen, eigentlich auch implizieren, dass diese eine intensive Diagnose, nämlich wie bereits gesagt, eine Risikodiagnose, voraussetzt.

Aber der Begriff IP kommt aus einer anderen Zeit, weshalb zumindest die meisten von uns das nicht automatisch assoziieren. Wir denken bei IP eigentlich eher daran, dass diese Form der Prävention im Gegensatz zur Kollektiv- und Gruppenprophylaxe auf einer individuellen Betreuung im Sinn einer Eins-zu-eins-Beziehung basiert. Eine Prophylaxeassistentin beschäftigt sich mit einem Patienten. Im Sinn der „echten“ individualisierten Prävention, bei der die Berücksichtigung des individuellen Krankheitsrisikos essenziell ist, kann es zur Verdeutlichung tatsächlich sinnvoll sein, von diagnosebasierter Individualprophylaxe, also DIP statt IP, zu sprechen, obwohl diese eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein sollte.

es verschiedene Tests, um das Kariesrisiko zu bestimmen. Insbesondere im Kindesalter spielen mikrobiologische Tests, mit denen die orale Besiedlung mit Mutansstreptokokken bestimmt werden kann, eine Rolle. Im Milchgebiss kann ein solcher Test der alleinige Test sein, im Wechsel- und bleibenden Gebiss kann er Teil einer umfassenderen Risikodiagnose, zum Beispiel mit dem von Douglas Bratthall entwickelten Cariogram, sein.

Profitieren nur Patienten, die bereits ein erkennbares Kariesrisiko besitzen – hohe DMFT-Werte –, oder auch die, deren Risiko man nicht kennt?

Zimmer: Der DMFT gibt die Kariesaktivität und nicht das Risiko an. Gerade der junge Patient mit einem DMFT von null ist ja unsere wichtigste Zielgruppe, weil wir wollen, dass das so bleibt. Würden wir den DMFT als Risikoindikator nutzen, wären ja alle mit einem DMFT von null keine Risikoträger. Und wenn der DMFT größer als null ist, sind ja bereits Schäden entstanden, die wir lieber durch eine rechtzeitige Bestimmung des Kariesrisikos mit anschließender individualisierter Prävention verhindern wollen.

Nun zu Ihrer eigentlichen Frage: Natürlich kann es sein, dass ein Risiko vorliegt, das man nicht erkennt, denn kein Test hat eine 100-prozentige Treffsicherheit, es gibt immer falsch-positive und falsch-negative Ergebnisse. Aber man sollte dennoch nicht den Fehler machen, alle Menschen zu jeder Zeit als Karies-Risiko-Patienten zu betrachten. Gerade in der individualisierten Prävention, die ja risikoorientiert arbeitet, würde das zu einer Überversorgung mit Prävention führen. Das wollen wir auch nicht, weil es unnötig Kosten verursacht.

Diagnosebasierte Therapien werden heute im medizinischen Umfeld erwartet – ist das in der Zahnmedizin anders?

Zimmer: Nein, natürlich nicht. Das war auch schon immer so. Denn wie will man eine Krankheit behandeln, die nicht diagnostiziert wurde? Eine Therapie ohne saubere Diagnose kann nicht zu einer Heilung führen, höchstens als Glückstreffer. Und auf Glück wollen wir uns nicht verlassen.

kaufst euer!

dentalfox
DEIN DENTALSHOP

