

Professionelle Dentalhygiene Stellungnahmen zum Quick Assessment

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

PROFESSIONELLE DENTALHYGIENE

Wirksamkeit und Sicherheit
von Dentalhygieneleistungen als Prophylaxemaßnahme und als Parodontitistherapie

Stellungnahmen zum Quick Assessment und deren Würdigung

Elisabeth Breyer

Wien, im März 2010
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Zu ISBN 10 3-85159-138-0
13 978-3-85159-138-5

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Einleitung

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) beschäftigt sich die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit der Schaffung eines Rahmens für Health Technology Assessment (HTA) auf Bundesebene, mit der generellen Förderung der Akzeptanz und des Bekanntheitsgrades des Konzepts HTA, der Förderung des Informationsaustausches in dem Bereich (nationale und internationale Kooperationen) sowie der Erstellung von HTA und Quick Assessments (QA). Rechtliche Grundlagen für den verstärkten Einsatz von HTA in Österreich schaffen das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) sowie die Vereinbarung vom 1. Jänner 2008 gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Wesentlich für die Akzeptanz und Umsetzung der Ergebnisse von HTA ist eine möglichst breite Einbindung verschiedener Akteure im österreichischen Gesundheitswesen. Durch die Zusammenarbeit von HTA-Erstellern und Stakeholdern soll auch eine verbesserte Umsetzung von HTA-Ergebnissen erreicht werden.

Das Quick Assessment „Professionelle Dentalhygiene“ wurde an die Mitglieder des Obersten Sanitätsrates, Kommission „Zahnmedizin, Prophylaxe“ mit der Bitte um Stellungnahme innerhalb einer gesetzten Frist versandt. Bei den Stellungnahmen war wie auch bei der HTA-Erstellung auf strenge Qualitätskriterien zu achten, die sich sowohl in formalen Standards (Sprache, fristgerechte Übermittlung) als auch in inhaltlichen Standards (alle inhaltlichen Anmerkungen sind mit Quellen und Volltexten zu belegen) niederschlagen. Da sich das Stellungnahmeverfahren erst im Aufbau befindet, wurden hier auch Kommentare berücksichtigt, die nicht mit Quellen belegt wurden.

Nach Beantwortung bzw. Berücksichtigung der Stellungnahmepunkte sind nun der Bericht und die kommentierten Stellungnahmen auf der Website der GÖG verfügbar.

Inhalt

1	Würdigung der Stellungnahmen	3
2	Diskussion der Stellungnahmen	5
3	Anhang	10
3.1	Stellungnahme der Österreichischen Zahnärztekammer	10
3.2	Stellungnahme von Univ. Lekt. Dr. Claudia Luciak-Donsberger	12

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Österreichischen Zahnärztekammer: Stellungnahme und Antworten	5
Tabelle 2.2: Dr. Claudia Luciak-Donsberger: Stellungnahme und Antworten.....	6

1 Würdigung der Stellungnahmen

Die Gesundheit Österreich bedankt sich bei Frau Dr. Luciak-Donsberger und der Österreichischen Zahnärztekammer für das Verfassen einer Stellungnahme zum Quick Assessment „Professionelle Dentalhygiene“. Mit ihren Beiträgen leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur generellen Förderung von Akzeptanz, Transparenz und Qualitätssicherung von HTA.

Wertvolle Inputs, die aufgrund der Chronologie nicht berücksichtigt werden konnten (wie beispielsweise Literatur, die erst nach der Durchführung der systematischen Literatursuche veröffentlicht wurde), werden dokumentiert und in Evidenz gehalten. Sollte der Auftraggeber eine Aktualisierung des QA beauftragen, werden selbstverständlich alle neuen und relevanten Studien eingearbeitet.

2 Diskussion der Stellungnahmen

In den nachfolgenden Tabellen werden die Stellungnahmen Punkt für Punkt kommentiert. Gegebenenfalls wird eine Begründung angegeben, warum und wie die Inhalte im Quick Assessment berücksichtigt wurden oder warum sie nicht eingearbeitet wurden.

Tabelle 2.1:
Österreichischen Zahnärztekammer: Stellungnahme und Antworten

Inhalte	Antwort
<p>Für das vorliegende Quick Assessment wurden die Daten der Zahnstuserhebung 2008 herangezogen. Wie aus derselben neben dem Befund, dass 50 % der Untersuchten an Gingivitis leiden, der Befund, dass 20 % seichte bis tiefe Zahnfleischtaschen hätten, erhoben wurde, ist nicht nachvollziehbar, da bei dieser Untersuchung keine PGU durchgeführt wurde, die die einzige wissenschaftlich anerkannte Methode zur Messung von Taschentiefen ist. Somit ist diese Aussage bedeutungslos.</p>	<p>Werte aus der Zahnstuserhebung 2008 werden lediglich zur Hintergrunddarstellung verwendet und unter Erwähnung der Limitationen zitiert (1.3). Sie sagen tatsächlich nur aus, dass die Prävalenz beachtlich zu sein scheint, aber nicht wirklich bekannt ist.</p>
<p>Auch die Sinnhaftigkeit des durchgeführten Vergleichs primär mit Zahlen aus Großbritannien ist wegen der nicht vergleichbaren Verhältnisse im Gesundheitswesen in Frage zu stellen. Ein Vergleich mit Zahlen aus der Bundesrepublik Deutschland wäre sicherlich sinnvoller, wenn auch nicht 1:1 übertragbar.</p>	<p>In Übereinstimmung mit diesem Kommentar wurde im Abriss über den epidemiologischen Hintergrund (1.3) die Vierte Mundgesundheitsstudie aus Deutschland zitiert. Die Mehrzahl der einschlägigen Studien stammt tatsächlich aus dem englischsprachigen und skandinavischen Raum. Auf die eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse wurde daher wiederholt hingewiesen.</p> <p>Eine rezente, noch nicht veröffentlichte Metastudie aus Deutschland (König, Holtfreter & Kocher 2010, Universität Greifswald) sucht europäische Prävalenzstudien für chronische Parodontalerkrankungen und stellt fest, dass es an umfassendem, detailliertem und vergleichbarem epidemiologischen Wissen dazu mangelt. Die Autoren erkennen zwischen Outcomes wie CAL, Zahnlosigkeit oder Anzahl fehlender Zähne einen Zusammenhang mit der parodontalen Versorgungssituation im jeweiligen Land (niedrige Parodontitisprävalenz und niedriger Zahnverlust korrelieren mit einem hohen DH-Anteil (Schweden, Spanien), niedrige Parodontitisprävalenz und hoher Zahnverlust mit geringem DH-Anteil (Ungarn)). Wegen der Heterogenität der Daten konnte der Einfluss der Zahnversorgung und des Gesundheitssystems auf die Zahngesundheit jedoch nicht evaluiert werden, eine Kausalität konnte nicht bewiesen werden.</p> <p>Es wird aber deutlich, dass der Großteil chronischer Parodontalerkrankungen nur eine einfache Behandlung durch Scaling erfordert.</p>

Um die Kosteneffektivität von Gesundheitsleistungen korrekt beurteilen zu können, ist es unumgänglich, dass entsprechende Daten vorliegen. Jedes Vorhaben, den Bedarf an DH für Österreich zu erheben, ist daher solange nicht ernsthaft in Angriff zu nehmen, solange diese Daten nicht vorliegen. Insofern wird die Schlussfolgerung des vorläufigen Endberichts, wonach es erforderlich ist, angesichts der hohen Prävalenz von parodontalen Erkrankungen und der bestehenden Unsicherheiten über professionelle Dentalhygiene und ihre präventive Wirkung, aber auch über ihre Sicherheit, mehr Evidenz zu schaffen, dringend befürwortet. Es sollten mehrjährige Versorgungsstudien mit großen Stichproben aus verschiedenen Populationen und mit verschiedenen Erbringergruppen durchgeführt werden.	siehe auch 1.5. Es wird nochmals darauf hingewiesen, dass vor allem bezüglich routinemäßigem supragingivalem Scale and Polish die Evidenzlage dürftig ist. Dentalhygiene als nicht-chirurgische Parodontitistherapie und Erhaltungstherapie steht kaum in Zweifel, wenn auch die Designs der identifizierten Studien nicht optimal sind.
--	---

Tabelle 2.2:

Dr. Claudia Luciak-Donsberger: Stellungnahme und Antworten

Inhalte	Antwort
Zu den Kritikpunkten gehören, dass terminologische Begriffe manchmal nicht klar definiert sind oder mit verschiedenen Bedeutungen versehen werden. In besagten Fällen wird dadurch das Verständnis der Aussage erschwert und die inhaltliche Bedeutung einiger Schlussfolgerungen verändert.	Die Tatsache, dass Fachtermini sowohl zwischen den Studien als auch innerhalb einzelner Studien unterschiedlich verwendet werden, hat auch die Interpretation der vorliegenden Literatur erschwert, wie in Kapitel 5 angemerkt.
Numerisch angegebene Schätzwerte über die Prävalenz von Parodontalerkrankungen in Österreich (z. B. 20 %) basieren ebenfalls auf Studien, deren Qualitätsniveau nicht den strengen Kriterien dieses Quick Assessments entspricht. Ebenso die Behauptung, dass Parodontalerkrankungen in Österreich unterbehandelt sind, auch wenn diese Aussage mit Erfahrungswerten von Experten übereinstimmt.	Diese Schätzwerte werden nicht im Studienteil, sondern lediglich zur Hintergrunddarstellung verwendet und unter Erwähnung der Limitationen zitiert.
Die Anregung, die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung Neu dazu heranzuziehen, um Information über den tatsächlichen parodontologischen Behandlungsbedarf der österreichischen PatientInnen heranzuziehen, ist problematisch, da ÄrztInnen nach wie vor keine Fortbildungen erhalten, wie man diese Erkrankungen erkennen kann und daher keine repräsentativen Ergebnisse zu erwarten sind, wie der Verein für Konsumenteninformation (VKI) bei einer Studie mit "mystery patients" bereits aufgezeigt hat.	Wie die Ergebnisse der Evaluation der Voruntersuchung Neu aussehen, kann nicht vorweggenommen werden. Vielleicht zeigt sich als Ergebnis, dass die untersuchenden Ärzte/Ärztinnen eine Ausbildung brauchen.
Die englische Kurzfassung sollte von native speakers korrigiert werden, da sich doch einige Fehler "eingeschlichen" haben, wodurch bei manchen Aussagen sogar der Sinn verändert wird.	Die Anregung ist umgesetzt.
Während im Text durchaus dargelegt wird, dass ein Behandlungsbedarf gegeben ist, dem nicht nachgekommen wird und dass es hierzulande kaum jemanden gibt, der qualifiziert ist, diesem Bedarf nachzukommen, und zudem aus der Evidenzlage der Schluss gezogen wird, dass international ausgebildete DentalhygienikerInnen dafür qualifiziert sind, fließen diese Ergebnisse zu wenig in die Schlussfolgerungen ein.	Diese Schlussfolgerung muss von der Politik gezogen werden. Das Quick Assessment kann im Rahmen seiner Methodik lediglich Schlussfolgerungen zu den vorher festgelegten Fragestellungen ziehen.

<p>Die Aussage, dass es angesichts der "starken Verbreitung präventiver professioneller Zahngygiene " und in weiterer Folge "angesichts der hohen Prävalenz von parodontalen Erkrankungen und der bestehenden Unsicherheiten über professionelle Dentalhygiene und ihre präventive Wirkung" mehr Evidenz gesammelt werden sollte, stellt sich hier die Frage, was hier begrifflich mit Zahnhygiene, Dentalhygiene und präventiv gemeint ist. Ist es die professionelle Dentalhygiene, die im Text so definiert wurde, dass sie sekundär- und tertiärpräventive Eingriffe beinhaltet oder ist eine routinemäßige supragingivale Belagsentfernung im sichtbaren Bereich gemeint? Das Problem liegt darin, dass Scaling and Root-Planing sicherlich als sekundär und tertiär präventiv einzustufen sind und der hohen Prävalenz unbehandelter Parodontalerkrankungen entgegenwirken könnte, dass aber zu wenig wissenschaftliche Evidenz nach den fest gelegten Kriterien gibt, die die vorbeugende Effizienz der flächendeckenden "professionelle" Mundhygiene bei gesunden PatientInnen, die mit dieser Aussage wohl gemeint sein muss, belegen kann. Die Evidenz für die Sinnhaftigkeit sekundär- und tertiärpräventiver Maßnahmen wurde im Text herausgearbeitet. Diese undifferenzierte Schlussfolgerung könnte dazu führen, dass Gegner des Dentalhygieneberufs argumentieren könnten, dass man im Gegensatz zu über 20 EU-Ländern, die DH ausbilden, in Österreich die Unbehandlung in Kauf nimmt, weil die Evidenzlage für die Effektivität des DH-Berufs nicht genügend erforscht ist, während man jedoch weiterhin AssistentInnen routinemäßige supragingivale Behandlungen durchführen lässt, für die mit ministerieller Unterstützung österreichweit geworben wird (wie es derzeit der Fall ist). Das wäre für die österreichische Bevölkerung ein trauriges Resultat.</p>	<p>„Starke Verbreitung“ bezieht sich, wie vermutet, auf die sogenannte „Mundhygiene“. Die Textpassage ist präzisiert.</p>
<p>Seite 10, Paragraph 3: Debridement ist nicht dasselbe wie Kürettage (Maßnahme ist nicht mehr lege artis). Debridement bedeutet Belagsentfernung und ist Scaling und Wurzelglätten und wird meist von Dentalhygienikern durchgeführt</p>	<p>Die Definition ist aktualisiert.</p>
<p>Seite 10, Paragraph 4: bei Prävention klarstellen ob primär als auch sekundär und tertiär gemeint ist (das verändert die Aussagebedeutung z. b. in der Kurzzusammenfassung).</p>	<p>Es wird hier explizit auf Sekundär- und Tertiärprävention hingewiesen.</p>
<p>Seite 10, Paragraph 6: hier fehlen einige Länder z. b. Italien, Tschechien, Slowakei, Portugal.</p>	<p>Die Aufzählung ist keineswegs erschöpfend und erhebt nicht Anspruch auf Vollständigkeit, diese ist den zitierten Quellen (z. b. Johnson 2009) zu entnehmen.</p>
<p>Seite 11, Par 4: was sind hier konservativ chirurgische Leistungen? Was ist der Unterschied zu Parodontalbehandlungen? Bitte präzisieren, da sonst nicht aussagekräftig.</p>	<p>Mit „konservativ chirurgischen Leistungen“ sind solche gemeint, die Zahnerhaltung, nicht Zahnersatz, anstreben.</p>
<p>Seite 13, Frage 1: Diese Fragestellung erlaubt keine evidenz-basierte Beantwortung, da diese Interventionen nicht unabhängig von der Ausbildung der Erbringer erbracht werden können oder dürfen –also gibt es außerhalb Österreichs keine Ethikkommission, welche die Durchführung einer Studie zur Erbringung der Parodontitistherapie von Zahnmedizin. Assistentinnen genehmigen würde – man stellt hier also eine Frage, die nicht beantwortet werden kann, um später zu argumentieren, dass es keine Evidenz für Unterschiede gibt– es gibt auch keine Evidenz dafür, ob Friseur bessere Herztransplantationen machen könnten als Herzchirurgen – also könnte man rein theoretisch</p>	<p>Dieser Einwand scheint sich auf Frage 2 zu beziehen (Vergleich zwischen Erbringergruppen). Vorstellbar wäre durchaus eine kontrollierte retrospektive Studie, die den heutigen Status einer Population, die regelmäßig Mundhygiene konsumiert hat, mit einer Population ohne solche vergleicht.</p>

mit dieser Fragestellung und Methodik auch zu dieser Fragestellung keine evidenzbasierte Empfehlung abgeben.	
Frage 2: Was ist hier gemeint mit professioneller Zahnreinigung? Routinemäßige supragingivale Belagsentfernung oder die Reinigung des gesamten Zahnes (inklusive Wurzel) was bei Bedarf ja gemacht werden sollte – gleicher Einwand wie bei Frage 1.	Alle Leistungen professioneller Zahnhygiene, für die Studien mit Erbringervergleich auffindbar waren (z. B. parodontale Diagnose, Motivation zur häuslichen Hygiene, supragingivales Scaling...)
Seite 13, Paragraph 2: Kürettage von entzündetem Gewebe wird seit 2 Jahrzehnten nicht mehr durchgeführt, deshalb sollte dieser Terminus im gesamten Assessment entfernt werden.	Der Terminus kann leider dort nicht entfernt werden, wo ältere Studien beschrieben werden, die sich dieses Terminus' bedienen.
Seite 13, Paragraph 4: In Österreich wird die Durchführung der nicht-chirurgischen Parodontaltherapie zumeist den AssistentInnen überantwortet (daher auch die Anregung, im Gesetzesentwurf zu Fortbildung für ProphylaxeassistentInnen, dass diese Parodontalerkrankungen behandeln dürfen sollen).	Hier ist Bezug genommen auf die rechtliche Situation, die jede Art von Therapie den Ärzten vorbehält.
Seite 14, nach Paragraph 1 Suchbegriffe auflisten, „Dental Team“ wäre wichtig.	Die Suchstrategie mit allen Suchbegriffen ist im Anhang 8.1 vollständig veröffentlicht.
Seite 14 Ende: Bitte hinzufügen, dass epidemiologische Daten zur Beschreibung der Sachlage in Österreich und Deutschland auf Untersuchungen beruhen, die nicht dem hier festgelegten Studienniveau entsprechen, – bitte um Erklärung warum die Zahlen dennoch Eingang in diese Studie fanden.	Die Daten sind ausschließlich in der Hintergrunddarstellung als die besten verfügbaren zitiert.
Seite 19, Paragraph 4: „seichte“ Taschen können nicht als < 3mm definiert sein – bei allen Erhebungen beginnt die Tasche bei > 3mm. Bei dieser Definition kann bei einer Intervention gar keine Verbesserung eintreten, da es sich um eine normale, nicht verbesserungswürdige Situation handelt	Diese Stratifizierung ist der eingeschlossenen Literatur entnommen (z. B. Antczak-Bouckoms 1993, Heitz-Mayfield 2002, Hung & Douglass 2002)
Seite 23, 4.2: Hier sollte auch nach der Sicherheit der chirurgischen Intervention gefragt werden – die ja auch Scaling beinhaltet – d.h. behandeln im Gegensatz zu nicht behandeln – wenn diese Frage nicht geklärt werden kann, sollte man infolge dieses Assessments dann besser gar nichts tun?	Die Frage „behandeln vs. nicht behandeln“ beantwortet z. B. Tonetti 2007 implizit (4.2.2).
Seite 24: Es fehlt im gesamten Text eine klare Definition von scaling and polishing, welches in diesem Assessment manchmal als ausschließlich supragingival, dann wieder als supra- und subgingival (was der gängigen Literatur entspricht) verstanden wird – ebenso eine Darstellung der diagnostischen Ausgangslage – waren diese Patientinnen parodontal gesund? Wie ist hier Verbesserung zu verstehen?	Das Verständnis von <i>Scale and Polish</i> in diesem Assessment ist jeweils abhängig von den zitierten Publikationen, und ist zumeist um den Zusatz „supra-“, oder „subgingival“ ergänzt. Wenn explizit supra- und subgingivales Scaling inkl. Wurzelglätten gemeint ist, wird es <i>Scaling and Root Planing</i> genannt.
Seite 28: Heasman et al: Wesentliche Schlussfolgerung nicht berücksichtigt: “The best available evidence indicates that SPC regimens of supragingival prophylaxis and subgingival debridement are comparable with respect to the clinical outcomes of probing depth and attachment levels at 12 months post non-surgical treatment”.	Die Schlussfolgerung ist in 4.2.2 ergänzt.
Seite 29: Ende Paragraph 4: Erhaltungstherapie wird international fast überall von DH gemacht (siehe z. B. Standards in Dentistry – K. Eaton UK) – was ist mit „beliebiger Dentalhygiene-Maßnahme“ gemeint? Dentalhygiene-Interventionen wurden zuvor doch klar definiert. Bitte	Die Aussage ist präzisiert.

daher die Schlussfolgerungen präzisieren.	
Seite 35 Ende Paragraph 2: Hier wird suggeriert, dass Zahnverlust eine Folge der Parotherapie sein könnte– ich denke es ist implizit verständlich, dass wenn man durch eine Intervention, die den Knochenrückgang signifikant reduzieren kann (wie in vorangegangenen Paragraphen festgestellt), dass dann auch die Zähne weniger oft ausfallen. Auch sollte fairerweise untersucht werden, was sicherer ist – die nicht-chirurgische Parodontaltherapie oder die chirurgische. Gibt es Sicherheitsstudien zur chirurgischen Intervention? Wenn nein sollte auch dies erwähnt werden, da sie die einzige Intervention ist, die von den Sozialversicherungsträgern bezahlt wird!	Die Forderung, auch die Sicherheit chirurgischer Interventionen zu prüfen, ist nachvollziehbar, hätte aber das vorliegende Review gesprengt. Hier wurde nur geprüft, ob in den Vergleichsstudien <i>chirurgisch vs nicht-chirurgisch</i> Sicherheitsaspekte berücksichtigt wurden.
Seite 35: 4.3.1. Ist die Definition von „professioneller Zahnreinigung“ die routinemäßige supragingivale Belagsentfernung – wenn ja bitte präzisieren – sollte hier auch die subgingivale Therapie gemeint sein, kann es gar keine Studien dazu geben, da diese Tätigkeit nirgendwo "offiziell" von Assistentinnen erbracht werden darf – also eine derartige Studie ethisch gar nicht genehmigt werden kann. Zu dieser Frage gibt es keine Studien – die dazu herangezogenen haben dies nicht untersucht.	Die Frage ist so offen gemeint, wie sie formuliert ist: jede Intervention, die in den Tätigkeitsbereich von DH fällt und in einer Studie mit einer anderen Erbringergruppe verglichen wurde, wurde zugelassen (von Sealing bis Kariesdiagnose).
Seite 41 : Schlussfolgerungen Snoad & Eaton: Hier ist die Interpretation der Schlussfolgerung des Artikels inkorrekt, es geht auch nicht um Grunduntersuchungen, sondern um eine parodontale DIAGNOSTIK, – die Frage (im Titel) ist, ob Dentalhygienikerinnen und niedergelassene Zahnärztinnen bei der parodontalen Diagnostik (nicht bei einer Grunduntersuchung) vergleichbare Resultate erzielen – das Ergebnis der Studie ist, dass DH viel präziser sind als ZÄ und ihre Resultate mit den Resultaten der Spezialisten für Parodontologie vergleichbar sind.	Der Terminus ist korrigiert.
Seite 46: Schlussfolgerungen: keine der internationalen Untersuchungen meint die Grunduntersuchung, sondern die parodontale Diagnostik (das Messen der Sondierungstiefen an 6 Stellen pro Zahn – es geht ja nicht um Epidemiologie sondern um Behandlungsplanung) – das sollte definiert und im gesamten Text unmissverständlich festgelegt werden) Es wurde auch nicht angeführt, dass die besagte Studie zum Schluss kommt, dass der erhöhte Zeitaufwand der DH zu besseren Ergebnissen führt.	Die Aussage ist präzisiert.
Seite 59, erster Paragraph: Das Stabilisieren einer Parodontitis bedeutet einen Entzündungsrückgang, was medizinisch als Behandlungserfolg einzustufen ist (auch im Sinne der Allgemeinerkrankungen) daher ist nicht nachvollziehbar, warum wiederholt in Frage gestellt wird, ob hier ein Behandlungserfolg vorliegt.	Das Stabilisieren als Behandlungserfolg wurde nicht in Frage gestellt. Die Formulierung wurde aber wegen offensichtlicher Missverständlichkeit verbessert.

3 Anhang

3.1 Stellungnahme der Österreichischen Zahnärztekammer

Österreichische
Zahnärztekammer

Körperschaft öffentlichen Rechts
Mitglied der Fédération Dentaire Internationale

Kohlmarkt 11/6
1010 Wien
Tel. ++43 - (0) 5 05 11 - 0
Fax ++43 - (0) 5 05 11 - 1167
office@zahnarztekkammer.at
www.zahnarztekkammer.at

Gesundheit Österreich GmbH
zHd. Hrn. Dr. Arno Melitopoulos
Stubenring 6
1010 Wien

Ergeht per email an:
Elisabeth.Breyer@goeg.at

Wien, 24. 2.2010
KAD Dr. Kr/Mag. Ro.-

Betreff: Stellungnahme zum vorläufigen Endbericht „Professionelle Dentalhygiene“ (Zahl: III-45957-1/10)

Sehr geehrter Herr Dr. Melitopoulos!

Bezug nehmend auf Ihr email vom 1. Februar 2010 (gerichtet an Dr. Müller) geben wir zum vorläufigen Endbericht zum Thema „Professionelle Dentalhygiene“ folgende Stellungnahme ab:

In der Kommission Zahn des Obersten Sanitätsrats (OSR) wurde seitens der Vertreter der Österreichischen Zahnärztekammer wiederholt eine epidemiologische Studie bezüglich des Parodontalzustandes der österreichischen Bevölkerung gefordert. Leider wurde diese Forderung bis dato nicht erfüllt.

Für das vorliegende Quick Assessment wurden die Daten der Zahnstuserhebung 2008 herangezogen. Wie aus derselben neben dem Befund, dass 50% der Untersuchten an Gingivitis leiden, der Befund, dass 20% seichte bis tiefe Zahnfleischtaschen hätten, erhoben wurde, ist nicht nachvollziehbar, da bei dieser Untersuchung keine PGU (parodontale Grunduntersuchung) durchgeführt wurde, die die einzige wissenschaftlich anerkannte Methode zur Messung von Taschentiefen ist. Somit ist diese Aussage bedeutungslos.

Auch die Sinnhaftigkeit des durchgeführten Vergleichs primär mit Zahlen aus Großbritannien ist wegen der nicht vergleichbaren Verhältnisse im Gesundheitswesen (z.B. strikte Trennung zwischen nationalem Gesundheitsdienst und privater Versorgung, die es in Österreich in dieser Form nicht gibt) in Frage

zu stellen. Ein Vergleich mit Zahlen aus der Bundesrepublik Deutschland wäre sicher sinnvoller, wenn auch in diesem Fall das Ergebnis nicht 1:1 übertragbar wäre.

Um die Kosteneffektivität von Gesundheitsleistungen korrekt beurteilen zu können, ist es unumgänglich, dass entsprechende Daten vorliegen. Jedes Vorhaben, den Bedarf an Dentalhygienikerinnen für Österreich zu erheben, ist daher solange nicht ernsthaft in Angriff zu nehmen, solange diese Daten nicht vorliegen. Insofern wird die Schlussfolgerung des vorläufigen Endberichts, wonach es erforderlich ist, angesichts der hohen Prävalenz von parodontalen Erkrankungen und der bestehenden Unsicherheiten über professionelle Dentalhygiene und ihre präventive Wirkung, aber auch über ihre Sicherheit, mehr Evidenz zu schaffen, dringend befürwortet. Es sollten mehrjährige Versorgungsstudien mit großen Stichproben aus verschiedenen Populationen und mit verschiedenen Erbringergruppen durchgeführt werden.

Wir weisen weiters darauf hin, dass sich die Kommission Zahn des OSR schon in der Vergangenheit eingehend mit der Frage der DentalhygienikerInnen und ProphylaxeassistentInnen auseinandergesetzt hat. Daher sollte der OSR auch im Rahmen dieser Studie befasst werden.

Mit freundlichen Grüßen

MR, DDr. H. Wessermayer
Zahnärztin
Präsident

3.2 Stellungnahme von Univ. Lekt. Dr. Claudia Luciak–Donsberger

24. 2. 2010: Das vorliegende "Quick Assessment" zur professionellen Dentalhygiene beruht auf umfangreichen Recherchen. In den meisten Fällen ist die Bewertung der Literatur und ihrer Aussagekraft sehr gut gelungen, daher ist diese Arbeit für Fachpersonen eine wertvolle Resource. Spezifische Anregungen für weitere Forschung sollten, wenn umgesetzt, die Evidenzlage betreffend die gegebenen Fragestellungen maßgeblich verbessern.

Zu den Kritikpunkten gehören, dass terminologische Begriffe manchmal nicht klar definiert sind oder mit verschiedenen Bedeutungen versehen werden. In besagten Fällen wird dadurch die das Verständnis der Aussage erschwert und die inhaltliche Bedeutung einiger Schlussfolgerungen verändert.

Numerisch angegebene Schätzwerte über die Prävalenz von Parodontalerkrankungen in Österreich (z. B. 20 %) basieren ebenfalls auf Studien, deren Qualitätsniveau nicht den strengen Kriterien dieses Quick Assessments entspricht. Ebenso die Behauptung, dass Parodontalerkrankungen in Österreich unterbehandelt sind, auch wenn diese Aussage mit Erfahrungswerten von Experten übereinstimmt. Die Anregung, die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung neu dazu heranzuziehen, um Information über den tatsächlichen parodontologischen Behandlungsbedarf der österreichischen PatientInnen heranzuziehen, ist problematisch, da ÄrztInnen nach wie vor keine Fortbildungen erhalten, wie man diese Erkrankungen erkennen kann und daher keine repräsentativen Ergebnisse zu erwarten sind, wie der Verein für Konsumentinformation (VKI) bei einer Studie mit "mystery patients" bereits aufgezeigt hat .

Die englische Kurzfassung sollte von native speakers korrigiert werden, da sich doch einige Fehler "eingeschlichen" haben, wodurch bei manchen Aussagen sogar der Sinn verändert wird.

Während im Text durchaus dargelegt wird, dass ein Behandlungsbedarf gegeben ist, dem nicht nachgekommen wird und dass es hierzulande kaum jemanden gibt der qualifiziert ist, diesem Bedarf nachzukommen, und zudem aus der Evidenzlage der Schluss gezogen wird, dass international ausgebildete DentalhygienikerInnen dafür qualifiziert sind, fließen diese Ergebnisse zu wenig in die Schlussfolgerungen ein. Die Aussage, dass es angesichts der "starken Verbreitung präventiver professioneller Zahngygiene" und in weiterer Folge "angesichts der hohen Prävalenz von parodontalen Erkrankungen und der bestehenden Unsicherheiten über professionelle Dentalhygiene und ihre präventive Wirkung" mehr Evidenz gesammelt werden sollte, stellt sich hier die Frage, was hier begrifflich mit Zahngygiene, Dentalhygiene und präventiv gemeint ist. Ist es die professionelle Dentalhygiene die im Text so definiert wurde, dass sie sekundär- und tertiärpräventive Eingriffe beinhaltet oder ist eine routinemäßige supragingivale Belagsentfernung im sichtbaren Bereich gemeint? Das Problem liegt darin, dass Scaling and Root-Planing sicherlich als sekundär und tertiär präventiv einzustufen sind und der hohen Prävalenz unbehandelter Parodontalerkrankungen entgegenwirken könnte, dass aber zu wenig wissenschaftliche Evidenz nach den fest gelegten Kriterien gibt, die die vorbeugende Effizienz der flächendeckenden "professionelle" Mundhygiene bei gesunden PatientInnen, die mit dieser Aussage wohl gemeint sein muss, belegen kann.

Die Evidenz für die Sinnhaftigkeit sekundär- und tertiärpräventiver Maßnahmen wurde im Text herausgearbeitet. Diese undifferenzierte Schlussfolgerung könnte dazu führen, dass Gegner des Dentalhygienebe-

rufs argumentieren könnten, dass man im Gegensatz zu über 20 EU Ländern die DH ausbilden, in Österreich die Unbehandlung in Kauf nimmt, weil die Evidenzlage ob die Einführung des DH Berufs Vorteile bringen würde, nicht genügend erforscht ist, während man jedoch weiterhin AssistentInnen routinemäßige supragingivale Behandlungen durchführen lässt, für die mit ministerieller Unterstützung österreichweit geworben wird (wie es derzeit der Fall ist). Das wäre für die österreichische Bevölkerung ein trauriges Resultat.

Ansonsten gratuliere ich zu dem umfangreichen Assessment, das wertvolle Anregungen für weiteren Forschungsbedarf beinhaltet. ExpertInnen im Bereich der Parodontologie werden die meisten Schlussfolgerungen (vor allem wenn präzisiert) verstehen und nachvollziehen können.

Im Weiteren finden sich spezifische Anregungen, die sich auf einzelne Textpassagen beziehen.

Seite 10, Paragraph 3: Debridement ist nicht dasselbe wie Kürettage (letzteres bitte im Text entfernen, da diese Maßnahme nicht mehr lege artis ist). Debridement bedeutet Belagsentfernung und ist Scaling und Wurzelglätten und wird meist von Dentalhygienikern durchgeführt

Seite 10 Paragraph 4: bei Prävention klar stellen ob primär als auch sekundär und tertiär gemeint ist (das verändert die Aussagebedeutung z. B. in der Kurzzusammenfassung)

Seite 10 Paragraph 6: hier fehlen einige Länder z. B. Italien, Tschechien, Slowakei, Portugal.

Seite 11 Par 4: was sind hier konservativ chirurgische Leistungen? Was ist der Unterschied zu Parodontalbehandlungen? Bitte präzisieren da sonst nicht aussagekräftig

Seite 13 Frage 1: Diese Fragestellung erlaubt keine evidenz-basierte Beantwortung, da diese Interventionen nicht unabhängig von der Ausbildung der Erbringer erbracht werden können oder dürfen -also gibt es außerhalb Österreichs keine Ethikkommission, welche die Durchführung einer Studie zur Erbringung der Parodontitistherapie von Zahnmedizin Assistentinnen genehmigen würde - man stellt hier also eine Frage die nicht beantwortet werden kann um später zu argumentieren, dass es keine Evidenz für Unterschiede gibt - es gibt auch keine Evidenz dafür ob Friseur bessere Herztransplantationen machen könnten als Herzchirurgen - also könnte man rein theoretisch mit dieser Fragestellung und Methodik auch zu dieser Fragestellung keine evidenzbasierte Empfehlung abgeben

Frage 2: Was ist hier gemeint mit professioneller Zahnreinigung? Routinemäßige supragingivale Belagsentfernung oder die Reinigung des gesamten Zahnes (inklusive Wurzel) was bei Bedarf ja gemacht werden sollte – gleicher Einwand wie bei Frage 1

Seite 13 Paragraph 2: Kürettage von entzündetem Gewebe wird seit 2 Jahrzehnten nicht mehr durchgeführt deshalb sollte dieser Terminus im gesamten Assessment entfernt werden

Seite 13 Paragraph 4: in Österreich wird die Durchführung der nichtchirurgischen Parodontaltherapie zumeist den AssistentInnen überantwortet (daher auch die Anregung, im Gesetzesentwurf zu Fortbildung für ProphylaxeassistentInnen, dass diese Parodontalerkrankungen behandeln dürfen sollen)

S14 nach Paragraph 1 Suchbegriffe auflisten-„Dental Team“ wäre wichtig

Seite 14 Ende: Bitte hinzufügen, dass epidemiologische Daten zur Beschreibung der Sachlage in Österreich und Deutschland auf Untersuchungen beruhen, die nicht den hier festgelegtem Studienniveau entsprechen, - bitte um Erklärung warum die Zahlen dennoch Eingang in diese Studie fanden

S19 Paragraph 4. „seichte“ Taschen können nicht als < 3mm definiert sein - bei allen Erhebungen beginnt die Tasche bei >3mm. Bei dieser Definition kann bei einer Intervention gar keine Verbesserung eintreten da es sich um eine normale, nicht verbesserungswürdige Situation handelt

Seite 23 4.2. Hier sollte auch nach der Sicherheit der chirurgischen Intervention gefragt werden-die ja auch Scaling beinhaltet- d.h. behandeln im Gegensatz zu nicht behandeln - wenn diese Frage nicht geklärt werden kann sollte man infolge dieses Assessments dann besser gar nichts tun?

Seite 24: Es fehlt im gesamten Text eine klare Definition von scaling and polishing welches in diesem Assessment manchmal als ausschließlich supragingival dann

wieder als supra-und subgingival (was der gängigen Literatur entspricht) verstanden wird - ebenso eine Darstellung der diagnostischen Ausgangslage - waren diese Patientinnen parodontal gesund? Wie ist hier Verbesserung zu verstehen?

Seite 28: Heasman et al: wesentliche Schlussfolgerung nicht berücksichtigt: "The best available evidence indicates that SPC regimens of supragingival prophylaxis and subgingival debridement are comparable with respect to the clinical outcomes of probing depth and attachment levels at 12 months post non-surgical treatment".

Seite 29: Ende Paragraph 4: Erhaltungstherapie wird international fast überall von DH gemacht (siehe z. B. Standards in Dentistry-K.Eaton UK) - was ist mit „beliebiger Dentalhygiene Maßnahme“ gemeint? Dentalhygiene-Intervention wurden zuvor doch klar definiert. Bitte daher die Schlussfolgerungen präzisieren.

Seite 35 Ende Paragraph 2: Hier wird suggeriert, dass Zahnverlust eine Folge der Parodontaltherapie sein könnte- ich denke es ist implizit verständlich, dass wenn man durch eine Intervention, die den Knochenrückgang signifikant reduzieren kann (wie in vorangegangenen Paragraphen festgestellt), dass dann auch die Zähne weniger oft ausfallen. Auch sollte fairerweise untersucht werden, was sicherer ist – die nichtchirurgische Parodontaltherapie oder die chirurgische. Gibt es Sicherheitsstudien zur chirurgischen Intervention? Wenn nein sollte auch dies erwähnt werden, da sie die einzige Intervention ist, die von den Sozialversicherungsträgern bezahlt wird!

S 35: 4.3.1. Ist die Definition von „professioneller Zahnreinigung“ die routinemäßige supragingivale Belagsentfernung – wenn ja bitte präzisieren- sollte hier auch die subgingivale Therapie gemeint sein kann es gar keine Studien dazu geben, da diese Tätigkeit nirgendwo "offiziell" von Assistentinnen erbracht werden darf- also eine derartige Studie ethisch gar nicht genehmigt werden kann. Zu dieser Frage gibt es keine Studien- die dazu herangezogenen haben dies nicht untersucht

S 41: Schlussfolgerungen Snoad & Eaton: Hier ist die Interpretation der Schlussfolgerung des Artikels inkorrekt, es geht auch nicht um Grunduntersuchungen sondern um eine parodontale DIAGNOSTIK-die Frage (im Titel) ist ob Dentalhygienikerinnen und niedergelassene Zahnärztinnen bei der parodontalen Diagnostik (nicht bei einer Grunduntersuchung) vergleichbare Resultate erzielen- das Ergebnis der Studie ist, dass DH viel präziser sind als ZÄ und ihre Resultate mit den Resultaten der Spezialisten für Parodontologie vergleichbar sind

S46: Schlussfolgerungen: keine der internationalen Untersuchungen meint die Grunduntersuchung sondern die parodontale Diagnostik (das Messen der Sondierungstiefen an 6 Stellen pro Zahn-es geht ja nicht um Epidemiologie sondern um Behandlungsplanung)- das sollte definiert und im gesamten Text unmissverständlich festgelegt werden). Es wurde auch nicht angeführt, dass die besagte Studie zum Schluss kommt, dass der erhöhte Zeitaufwand der DHs zu besseren Ergebnissen führt

S59 erster Paragraph: Das Stabilisieren einer Parodontitis bedeutet einen Entzündungsrückgang was medizinisch als Behandlungserfolg einzustufen ist (auch im Sinne der Allgemeinerkrankungen) daher ist nicht nachvollziehbar, warum wiederholt in Frage gestellt wird ob hier ein Behandlungserfolg vorliegt