

Wissenschaftliche Evidenz oder Praxiserfahrung?

Online-Jahreskongress der SSO

Die Covid-Krise hat die Schweiz nach wie vor im Griff. Auch die SSO hat in diesem Jahr Einschnitte erfahren, die noch vor wenigen Monaten unvorstellbar waren. **Der Online-Jahreskongress war jedoch ein Erfolg.**

Text: med. dent. Daniel Nitschke, Bonstetten
Fotos: Martin Bichsel, Fotograf

Der grösste und wichtigste Kongress der Schweizer Dentalbranche findet im Jahr 2020 online statt. Wer vor einem Jahr einen Buchmacher zu dieser Wette hätte überreden können, könnte jetzt ein hübsches Sümmchen einstreichen. Lange hegten die Organisatoren Hoffnung. Sie hatten sogar den Kongress von April auf Ende August verschoben. Doch es half alles nichts. Letztlich war die Online-Durchführung die einzig sinnvolle Entscheidung.

SSO-Präsident *Dr. Jean-Philippe Haesler* erzählte in seiner Begrüssungsansprache, wie eine unermüdliche Vierergruppe aus dem Organisationsstab der SSO die Idee eines Online-Kongresses in die Tat umsetzte. Er hielt fest, dass trotz der ungewöhnlichen Umstände ein angenehmer Kongress zustande gekommen sei. Weiter schilderte *Haesler*, wie die SSO sich während des Lockdowns für die Interessen der Zahnärzte eingesetzt und mit den Politikern gestritten habe. Mit Erfolg – die

Zahnärztinnen und Zahnärzte konnten nach dem Lockdown als eine der ersten Berufsgruppen ihre Arbeit wieder aufnehmen.

Der Präsident der wissenschaftlichen Kongresskommission, *Prof. Dr. Andreas Filippi*, freute sich über die hohe Anzahl an Anmeldungen. Trotz der ungewöhnlichen Situation hatten sich fast 1200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer angemeldet. *Filippi* leitete das Kongressthema mit einer Frage ein: Ist es wirklich notwen-



Der frühere Delegierte des BAG für Covid-19, Dr. Daniel Koch (rechts), im Gespräch mit SSO-Präsident Dr. Jean-Philippe Haesler (Mitte) und Simon Gassmann (links), SSO-Generalsekretär.



Prof. Dr. Irena Sailer von der wissenschaftlichen Kongresskommission der SSO, führte durch den ersten Teil des Kongresses.



Die Menschen in der Schweiz halten sich gut an die behördlichen Vorgaben, lobte der frühere Delegierte des BAG für Covid-19 und Experte für Krisenmanagement, Dr. Daniel Koch.

dig, ständig neue Evidenz in die tägliche Praxisarbeit einzubauen? Oder profitieren die Patienten nicht gerade von der jahrelangen Erfahrung des Zahnarztes?

«Die Schweiz ist relativ gut davon- gekommen»

Im ersten Vortrag des Tages ging es jedoch noch nicht um zahnmedizinische Evidenz. Stattdessen stand noch einmal Covid-19 im Mittelpunkt. Der frühere Delegierte des BAG für Covid-19 und Experte für Krisenmanagement, Dr. Daniel Koch, lobte zu Beginn seines Referates, wie gut sich die Menschen in der Schweiz an die behördlichen Vorgaben hielten. Die wieder ansteigenden Fallzahlen dürfen jedoch nicht in eine zweite Welle übergehen. In Anbetracht einer gestiegenen Positivitätsrate sei das Contact Tracing momentan die einzige Alternative zu einem erneuten Lockdown. Der gegenwärtige Trend steigender Fallzahlen sollte noch vor dem Beginn der Erkältungssaison umgekehrt werden, um das Gesundheitssystem nicht noch stärker zu belasten.

Wo stecken sich die Menschen eigentlich an? Koch zeigte, dass 40 Prozent der An-

steckungen gar nicht zugeordnet werden könnten. Bei den zugeordneten Fällen drohe in der Familie das mit Abstand grösste Infektionsrisiko. Auch am Arbeitsplatz komme es zu vielen Infektionen. Diese Ergebnisse sind nicht überraschend. Interessanter sei die Erkenntnis, dass in Schulen, Bars oder Restaurants ein eher geringes Risiko bestehe. Generell mahnte der Referent zu mehr Verständnis für die junge Generation. Für sie sei es eine besonders schwere Zeit. Ein 20-Jähriger könne nicht leben wie ein 60-Jähriger. Am Ende sei es wichtig, die Bevölkerung zu informieren und zu motivieren. Denn Zwang führe auf Dauer nicht zu erhöhter Kooperation.

Das Leck in der Pipeline

Dr. Rino Burkhardt eröffnete den zahnmedizinischen Teil des Kongresses mit seinem Referat über die Bedeutung der wissenschaftlichen Evidenz. Er nannte drei Voraussetzungen für eine implementierbare evidenzbasierte Medizin: Klare Antworten auf klare Fragen; gemeinsame Ziele der Wissenschaftler; klare Ideologien für eine ausschliesslich

auf empirische Belege gestützte Heilkunde.

Der Umfang der veröffentlichten Studien in der Zahnmedizin ist riesig. Daher sei es schwierig, die Ergebnisse zu bewerten und Schlussfolgerungen zu ziehen. Auch wenn sich die Qualität der Studien in den letzten Jahren verbessert habe, gebe es für den Kliniker viele Schwierigkeiten, die externe Evidenz am Patienten umzusetzen. So brauche der moderne Zahnarzt des 21. Jahrhunderts nicht nur Gesundheitskompetenz, also die Fähigkeit, wissenschaftliche Evidenz nachvollziehen zu können. Er benötige ebenso eine Gesundheitssystemkompetenz. Darunter versteht man die Kontrolle der vorliegenden Daten auf Verzerrungen und Eigeninteressen. Laut dem Referenten führen durch die Industrie unterstützte Studien vermehrt zu positiven Ergebnissen, die jedoch oft nicht nachvollziehbar sind. In der Implantologie seien gar zwei Drittel der Studien nicht unvoreingenommen.

Selbst wenn sich ein Kliniker all dieser Interessenkonflikte bewusst ist, müsste er ausserdem in der Lage sein, die richtige Situation für die Implementierung der gefilterten Daten erkennen zu können. Funktioniere das, brauche er weiter die entsprechenden manuellen Fähigkeiten. Und falls er diese hat, müsse er tatsächlich zur Tat schreiten und nicht in seinen alten Routinen bleiben. Am Ende dieser Kette stehe noch der Patient, der aus vielfältigen Gründen nicht an einer Umsetzung der neuen wissenschaftlichen Evidenz interessiert sein muss. Burkhardt vergleicht diesen Zustand mit einer leckenden Pipeline zwischen Arzt und Patient. Wenn die Evidenz beim Patienten ankomme, sei oft nicht mehr viel davon übrig.

«Die einzige Quelle des Wissens ist die Erfahrung»

«Die einzige Quelle des Wissens ist die Erfahrung», soll Albert Einstein einmal gesagt haben. Nota bene: Einstein bezeichnet die Erfahrung nicht als «eine» Quelle des Wissens, sondern als «einzige». Und wer würde schon Einstein korrigieren. Dr. Jürg Schmid jedenfalls nicht. Zwar kam auch er in seinem Referat nicht ohne David Sackett und dessen Evidenzschemata aus, die im Lauf des Kongresses ubiquitär verwendet wurden. Doch hielt Schmid auch ein interessantes Plädoyer für die klinische Erfahrung und über die Nachteile des «Literaturterrorismus».

Wissenschaftliche Evidenz sei grundsätzlich als Median zu verstehen. Der einzelne Patient sei jedoch kein Median. Er habe individuelle Erwartungen, Bedürfnisse, Erfahrungen und finanzielle Möglichkeiten. Es sei deshalb Aufgabe des erfahrenen Kliniklers, die wissenschaftliche Evidenz so zu implementieren, dass für den individuellen Patienten die optimale Behandlung resultiere. Der Referent zeigte anhand mehrerer Patientenfälle: Das sture Befolgen neuester wissenschaftlicher Evidenz muss nicht automatisch zum optimalen Ergebnis für den Patienten führen.

Das DVT in der Parodontalchirurgie

Prof. Dr. Clemens Walter sprach in seinem Referat über die wissenschaftliche Evidenz in der Parodontalchirurgie. Er bezog sich dabei vor allem auf den Nutzen der digitalen Volumetomografie (DVT) bei der Entscheidungsfindung. Dabei komme es zuerst auf die richtige Bewertung des Defektes an: Wie sieht das Parodont um die entsprechende Wurzel aus? Wie viele Wände hat der Defekt? Und wie weit sind diese Wände von der Wurzel entfernt? Um diese Fragen zu beantworten reiche eine zweidimensionale Aufnahme oft nicht aus. Ein DVT könne hier zu einem deut-



«Wenn die Evidenz beim Patienten ankommt, ist oft nicht mehr viel davon übrig.», Dr. Rino Burkhardt eröffnete den zahnmedizinischen Teil des Kongresses.



Dr. Jürg Schmid hielt ein interessantes Plädoyer für die klinische Erfahrung.



Prof. Dr. Andreas Filippi, Präsident der wissenschaftlichen Kongresskommission (links), mit Prof. Dr. Clemens Walter, der über Evidenz-basierte Aspekte in der Parodontologie referierte.



Prof. Dr. Roland Weiger war einer von vier Referenten, die für ihr Referat zugeschaltet wurden.

lich besseren Verständnis der individuellen parodontalen Situation beitragen. So helfe die dreidimensionale Aufnahme unter Umständen bei der Entscheidung, ob eine Resektion einzelner Zahnteile als Behandlung genügt, statt den Zahn zu extrahieren. Trotzdem könne er keine Empfehlung für einen Routineeinsatz des DVT aussprechen. Dies sei immer vom Einzelfall und vom Grad des Interesses am Zahnerhalt abhängig.

Evidenz in der Endodontie

Prof. Dr. Roland Weiger war einer von vier Referenten, welche ihr Referat nicht im Aufnahmestudio hielten, sondern zugeschaltet wurden. Zunächst setzte er sich mit der zahnärztlichen Bildgebung und wie sein Vorredner mit der besonderen Rolle des DVT auseinander. Der klassische Zahnfilm spiele hier nach wie vor eine zentrale Rolle. Angesichts der Alara-Leitlinien (und natürlich aus Kostengründen

für den Patienten) sei der routinemässige Einsatz des DVT zweifelhaft. Der positive Einfluss auf das klinische Ergebnis sei nicht gesichert. Bei unklaren Diagnosen könne das DVT jedoch einen Mehrwert bieten.

Auch bei der Entscheidung, ob bei tiefer Karies eine Wurzelkanalbehandlung oder vitalerhaltende Massnahmen angezeigt sind, sei keine klare Behandlungsempfehlung möglich. Die Entscheidung sollte



Dr. Beat Suters Ausführungen zu DVT und Wattlepellets waren sehr interessant.

nach folgenden Gesichtspunkten fallen: Alter, Vorschaden und Ausdehnung der Karies. Unter Vorschaden sei vor allem die präparative Erfahrung des Zahnes gemeint. Voraussetzung für einen Vitalerhalt sei jedoch das Fehlen von klinischen Anzeichen einer irreversiblen Pulpitis. Bei den vitalerhaltenden Massnahmen sei der partiellen Pulpotomie der Vorzug zu geben. Bei der Abdeckung mit MTA zeige die Studienlage ein Überleben der Pulpa von etwa 90 Prozent bei einem Beobachtungsrahmen von fünf Jahren.

Bezüglich der Verwendung von Spülflüssigkeiten gebe es nach einer Studie von JOE ET AL. (2020) keinen Unterschied zwischen der Verwendung von Natrium-Hypochlorid und Chlorhexidin. Eine Ausdehnung der Behandlung auf mehrere Sitzungen, mit mehreren Medikamentenwechseln führe nicht zu besseren Ergebnissen. Die Behandlung in einer Sitzung erhöhe die Erfolgsquoten sogar ein wenig.

Auch Revisionen der Wurzelkanalbehandlungen haben eine gute Prognose. Voraussetzung sei das Auffinden und vollständige Aufbereiten der fehlenden oder zuvor mangelhaft aufbereiteten Kanäle. In diesen Fällen sei die Erfolgsquote ähnlich hoch wie bei einer suffizienten initialen Wurzelkanalbehandlung.

Auch Dr. Beat Suter beschäftigte sich mit Aspekten der Endodontologie – jedoch eher aus der Sicht des Privatpraktikers. Auch er beurteilt die Verwendung des DVT kritisch. So betrage die maximale Auflösung eines DVT $80\ \mu\text{m}$. Eine Feile der Grösse Iso 06 ($60\ \mu\text{m}$) könne also unter Umständen einen Kanal aufspüren, der im DVT nicht darstellbar wäre. Suter sieht auch keinen Mehrwert in mehreren Einlagenwechseln. Wenn diese notwendig seien und keine Besserung eintrete, sei meist etwas übersehen worden.

Sehr interessant – aufgrund seiner rein klinischen Beobachtung – waren die Anmerkungen von Suter bezüglich der Verwendung von Wattlepellets bei der Anfertigung eines provisorischen Verschlusses. Seit Suter konsequent auf Pellets verzichte, habe er fast keine Höckerfrakturen mehr gesehen. Er empfiehlt die Verwendung einer $\text{Ca}(\text{OH})_2$ -Paste oder Coltosol als Basis, und darüber IRM als Deckschicht.

Scheitern in der «Kons» – die unsichtbaren Gründe

Der Kliniker solle sich stets die Frage stellen, was schiefgehen kann, erklärte Prof. Dr. Thomas Attin. Er ging in seinem



Prof. Dr. Thomas Attin (rechts) ging in seinem Vortrag auf die unsichtbaren Probleme in der konservierenden Zahnmedizin ein. Links: Dr. Riccardo Kraus von der wissenschaftlichen Kongresskommission der SSO.

Vortrag auf die eher unsichtbaren Probleme in der konservierenden Zahnmedizin ein. Am Anfang der Betrachtung stehe das Substrat. So banal die Aussage auch sein möge, die Zahnoberfläche

müsse vor der Behandlung immer sauber sein. Leider sehen das zum Beispiel die Institutionen der sozialen Zahnmedizin anders, so Attin. Positionen zur vorherigen Reinigung werden daher oft nicht genehmigt. Bei der Füllung auf erodiertem Dentin müsse mit deutlich reduzierter Haftung gerechnet werden. Diese Oberflächen sollten daher – vor dem Auftragen der Haftvermittler – abgeschliffen werden.

Interessant waren auch Attins Ausführungen zum Auftragen und Entfernen des Ätzgels und der Adhäsive. So führe eine Verlängerung der Ätzzeit des Dentins (!) auf mehr als 15 Sekunden zu negativen Effekten bei der Haftung. Das Gel sollte auch nicht zu kurz abgespült werden. Die Applikation von Flusssäure auf das Dentin, beispielsweise bei der Reparatur von Keramikrestorationen, sollte komplett vermieden werden. Bei Adhäsiven hingegen führe eine längere Einwirkzeit auch zu einer besseren Haftung. Mit einer deutlich längeren Einwirkzeit können sogar die negativen Effekte der überlangen Dentinätzung ausgeglichen werden. Auch die Verlängerung der Lichthärtung des Bondings führe zu einer etwas besseren Haftung.

Eine suffiziente Lichthärtung sei auch bei der Aushärtung der Composite notwendig, fuhr Prof. Attin fort. Die empfohlene Lichtdosis (Lichtintensität \times Zeit) liege bei $16\ 000\ \text{mVs}/\text{cm}^2$. Studien hätten gezeigt: Die Lichtquellen in den Zahnarztpraxen sind oft mangelhaft – zum Teil aus



Dr. Isabelle Windecker, Mitglied der wissenschaftlichen Kongresskommission der SSO.



Dr. Alexis Ioannidis motivierte die Zuhörerinnen und Zuhörer, Restaurationen vom Ende her zu denken und sich erst dann für ein Material zu entscheiden.

so profanen Gründen wie einem verschmutzten Austrittsareal. Die Polymerisation von Kompositschichten bis zu einer Höhe von zwei Millime-

tern gelte als sicher. Bei höheren Schichten müsse deutlich länger ausgehärtet werden. Ebenso müsse auf eine rechtwinklige Applikation des Lichtstrahls geachtet werden. Abweichungen resultieren sonst in einer deutlichen Abnahme der Lichtintensität. Dasselbe gelte für den Abstand der Lichtquelle von der Kompositschicht: Eine Entfernung von sechs Millimetern führe bereits zu einer Reduktion der Lichtintensität von 50 Prozent; bei zehn Millimetern betrage die Reduktion 80 Prozent.

Restaurationen vom Ende her denken

Laut einer schwedischen Studie weisen 80 Prozent der Patienten Erosionen auf. Attritionen kommen gar bei 90 Prozent der Patienten vor. Bei fünf Prozent der Patienten zeige sich ein hohes Mass an Zahnhartsubstanzverlust. Dr. Alexis Ioannidis informierte in seinem Referat über die minimalinvasive okklusale Versorgung dieser Patienten und fragte zu Beginn: «Warum sollen wir von der erfolgreichen Einzelkronenrestauration abweichen?» Der Grund liege, neben dem hohen Zahnhartsubstanzverlust, auch in einer nicht zu verleugnenden Anzahl an Vitalitätsverlusten. Nach zehn Jahren betrage der Anteil der devitalen Zähne mit Einzelkronenrestaurationen bereits zehn Prozent. Eine gute Alternative sei die Anfertigung von okklusalen Veneers. Gerade für die Befestigung auf Zahnschmelz gebe es eine Fülle an Materialien und Herstellungstechniken. Der Referent bevorzugt jedoch Restaurationen aus gepresster Lithium-



Prof. Dr. Michael Bornstein sprach über die Folgen der zunehmend alternden Gesellschaft für Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Disilikat-Keramik. Dies gelte sowohl für die Befestigung auf Zahnschmelz als auch auf Dentin. Ioannidis motivierte die Zuhörer, die Restaurationen vom Ende her zu



von links: Monika Lang vom SSO-Kongresssekretariat, Dr. Oliver Zeyer und Dr. Lorenzo Reali vom SSO-Zentralvorstand, und Simon Gassmann, SSO-Generalsekretär

denken und sich erst dann für ein Material zu entscheiden.

Polypharmazie und Multimorbidität

Der zweite Kongresstag begann mit den interessanten Referaten zweier Lieblinge jedes Kongressjournalisten: Prof. Dr. Michael Bornstein und Prof. Dr. Jens Türp von der Universität Basel. Wenn Bornstein oder Türp kommen, gibt es immer was zu schreiben.

Prof. Bornstein sprach in seinem Referat über die Herausforderung der Behandlung einer immer älter werdenden Bevölkerung. Dieser Zustand deute primär auf ein erfolgreiches Gesundheitswesen hin. Er bringe jedoch auch Probleme mit sich. Zuerst sei dabei das Dilemma der Polypharmazie zu nennen. Von Polypharmazie spricht man, wenn ein Patient regelmäßig täglich mindestens fünf Medikament einnimmt. Dazu kommt die Multimorbidität, wovon 30 Prozent der Schweizer Bevölkerung betroffen sind.

Das hat Folgen für die tägliche Arbeit in der Zahnarztpraxis. Die meisten der häufigsten Erkrankungen der über 50-Jährigen beeinflussen die Arbeit des Zahnarztes nur am Rande. Während zum Beispiel Rückenleiden oder Hörverlust die Behandlung nur erschweren, sieht das bei Osteoporose und kardiovaskulären Erkrankungen schon ganz anders aus. Der Referent betonte, dass von Osteoporose nicht nur Frauen betroffen sind. Auch Männer werden ab dem 70. Lebensjahr mehr und mehr mit anti-resorptiven Medikamenten behandelt. Bisher waren dies meist Bisphosphonate, eine für den Zahnarzt sehr problematische Medikamentengruppe. Mittlerweile werden die Bisphosphonate vermehrt durch neue anti-resorptive Medikamente ersetzt. Als wichtigster Vertreter ist dabei Denosumab zu nennen (Prolia, Xgeva). Das Problem für den Zahnarzt: Patienten unter Denosumab-Therapie haben ein noch höheres Risiko für die Ausbildung einer Osteonekrose des Kiefers (MRONJ).

Auch die Einnahme von Antikoagulantien stelle ein potenzielles Risiko in der Zahnarztpraxis dar, so Bornstein. In den vergangenen Jahren wurde eine ganze Reihe neuer Medikamente dieser Gruppe eingeführt. Als Beispiele nannte er Apixaban (Eliquis), Dabigatran (Pradaxa) und Rivaroxaban (Xarelto). Diese neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) haben meist einen positiven Effekt auf die Behandlung der Patienten. Für den Zahnarzt machen sie die Risikobewertung jedoch nicht ein-



«Evidenzbasiert» meint nicht «gute Qualität», betonte Prof. Dr. Jens Türp in seinem Referat über die Beurteilung wissenschaftlicher Studien.

facher. Wie Bornstein erklärte, stelle sich meist die Frage: Absetzen oder Belassen? Die Leitlinien seien hier jedoch eindeutig. Eine zahnmedizinische Behandlung stelle keine Indikation für eine Unterbrechung der antikoagulierenden Behandlung dar.

«Wir leben und praktizieren in Unsicherheit»

Auch Prof. Türp ist dafür bekannt, eher langweilig anmutende Themen kurzweilig vortragen zu können. Am SSO-Kongress beschäftigte er sich mit der Beurteilung von Qualität und Evidenz wissenschaftlicher Studien. Die Unsicherheit in der Medizin sei durch drei Faktoren geprägt. Erstens: Die Variabilität psychosozialer Phänomene; damit seien in erster Linie die Patienten gemeint. Dieser Faktor sei schwer zu beeinflussen. Zweitens, die individuellen Wissensdefizite der Kliniker; dagegen könne man mit Fortbildung und persönlicher Recherche etwas tun. Als dritten Faktor nannte Türp die Defizite im kollektiven Wissensbestand der Zahnmedizin. Doch wie kann man gegen diese Defizite vorgehen? Wie kann der Zahnarzt sicherstellen, dass die er-



Dr. Patrick Assal, Mitglied der wissenschaftlichen Kongresskommission der SSO.

worbene externe Evidenz, die er dringend als Korrektiv zu seiner persönlichen klinischen Erfahrung (interne Evidenz) braucht, auch tatsächlich den aktuellen, unvoreingenommenen Stand des Fachwissens darstellt?

Der Autor David Sackett habe mit seinem Buch «Evidence Based Medicine» ein neues Zeitalter der medizinischen Publikationen eingeleitet, erzählte Türp. Danach habe sich die Qualität medizinischer Studien deutlich verbessert. Jedoch sei es durchaus als problematisch anzusehen, dass der Begriff der medizinischen Evidenz überhaupt geprägt werden musste. Auch heute sei aufgrund der Masse an Publikationen die Unterscheidung von guten und schlechten Studien schwierig. Türp warnte von der Lektüre von sogenannten Raubzeitschriften. Diese seien rein kommerziell und würden praktisch alles veröffentlichen. Um diese Zeitschriften zu detektieren, sei unter Umständen der Impact Factor der Zeitschrift ein hilfreicher Hinweis. Dieser werde jedoch oft kritisiert. Auch Internetseiten wie die des «Equator Network» können bei der Verbesserung der Qualität der

eigenen wissenschaftlichen Literaturauswahl helfen. Für die generelle Recherche zur eigenen Entscheidungsfindung verwies der Referent u.a. auf die Plattformen Pubmed, Livivo, Google scholar oder DOAJ und auf die Leitlinien der AWMF. Der Referent wies ausserdem darauf hin, dass mit «evidenzbasiert» nicht «gute Qualität» gemeint sei. Die praktische evidenzbasierte Medizin sei dadurch begründet, dass der Kliniker das eigene Handeln an der vorliegenden Evidenz ausrichtet – oder auch begründet davon abweicht.

Zahnerhalt oder Implantat?

PD Dr. Frank Strietzel verglich in seinem Vortrag die Therapieoptionen endodontisch-chirurgische Behandlung vs. Extraktion mit anschliessendem Implantat. Gemäss der gängigen Meinung erscheine der Zahnerhalt unsicherer. Doch ist das wirklich so? Anhand mehrerer Studien entkräftete Strietzel diesen Eindruck. Beide Therapieoptionen würden ähnliche Erfolgsraten aufweisen. Langfristig schneide die Implantatoption sogar etwas schlechter ab und benötige mehr Folgeinterventionen. Gehe ein Implantat ver-

loren, geschehe dies meist früher, als bei endodontisch-chirurgisch behandelten Zähnen. Die Weichgewebsästhetik sei beim Zahnerhalt besser, die Kosten deutlich geringer.

Strietzel erklärte jedoch auch, dass die Bewertung und der Vergleich der Methoden und Studien mit Schwierigkeiten verbunden sei. Frage man die Patienten, sprechen sich diese eher für einen Zahnerhalt aus. Letztendlich seien beide Methoden jedoch keine konkurrierenden Therapieoptionen. Wichtig sei das informierende Gespräch mit dem Patienten,



Chirurgischer Zahnerhalt oder Implantat? PD Dr. Frank Strietzel verglich Aufwand oder Nutzen beider Optionen.



«Der Behandler darf mit neuen Technologien und Material nicht wieder in den alten Trott verfallen», erklärte Dr. Sven Mühlemann.

inklusive einer suffizienten Aufklärung. Bei der idealen Lösung für den einzelnen Patienten solle man sich nicht vom Marketing der Industrie leiten lassen. Der Referent gab ausserdem zu verstehen, dass mit steigender Kommerzialisierung der Zahnheilkunde auch die Erwartungshaltung des Patienten steige.

Vereinfachte Kommunikation durch digitale Technologien

Über digitale Technologien in der rekonstruktiven Zahnmedizin sprach Dr. Sven Mühlemann. Er definierte vier Faktoren

der Praxiserfahrung, die durch digitale Technologien positiv beeinflusst werden können. Als erstes nannte Mühlemann das Prinzip der Partizipation. Intraorale Scanner ermöglichten heute eine sofortige Visualisierung. Diese vereinfache die Kommunikation mit dem Patienten. Im besten Falle könne auch eine produktive Diskussion zwischen Arzt und Patient entstehen. Durch sofortige Datenverarbeitung seien auch Simulationen möglich. Dadurch könne dem Patienten der Ursprung und das Ziel der Behandlung besser geschildert werden.

Zweitens könne die Vorhersehbarkeit verbessert werden. Dadurch werde die Behandlung zielführender und sicherer. Drittens haben digitale Technologien einen positiven Einfluss auf die Prävention. 3-D-Visualisierungen helfen bei der Implementierung minimal-invasiver Konzepte. Ein regelmässiges Monitoring erlaube die objektive Beurteilung des richtigen Zeitpunktes für eine Behandlung. Und viertens werde durch individuelle Lösungen für jeden einzelnen Zahn jedes Patienten die Personalisierung der Zahnmedizin gefördert.



Blick hinter die Kulissen des Aufnahmestudios in Bern

Abschliessend erklärte *Mühlemann*: Digitale Technologien erlauben zwar effizientere Behandlungsabläufe und eine grosse Zeitersparnis. Die Umsetzung liege aber auch in der Verantwortung des Behandlers. Er dürfe mit neuen Technologien und Material nicht wieder in den alten Trott verfallen.

Ernstfall von Anfang an

Einen sehr interessanten Ansatz fand *Dr. Claude Andreoni* in seinem Vortrag. Er sprach über die Möglichkeit der Verbesserung der manuellen Fähigkeiten des Behandlers. Diese sei, realistisch betrachtet, nur im vorklinischen Studium gegeben. Dort würden manuelle Fähigkeiten trainiert, und es dürfen Fehler gemacht werden. Bereits im klinischen Teil des Studiums sei das vorbei. Ab diesem Zeitpunkt beginne der Ernstfall der zahnmedizinischen Laufbahn mit sukzessive immer weniger externer Kontrolle des eigenen Schaffens. Zusätzlich sei der Zahnarzt immer stärker mentalem und wirtschaftlichem Druck ausgesetzt. Auch die regelmässige Einbindung neuer Geräte und Materialien nimmt zu. Um in dieser Situation erfolgreich arbeiten zu können,



Prof. Dr. Daniel Thoma sprach über Evidenzbasierte Aspekte in der Implantologie.

sei der Behandler auf eine gute externe Evidenz angewiesen. *Andreoni* zeigte anhand mehrere Patientenfälle jedoch auch, wie sich die klinische Erfahrung positiv auf seine Erfolgsquote auswirkte.

Therapie frühkindlicher Karies (ECC)

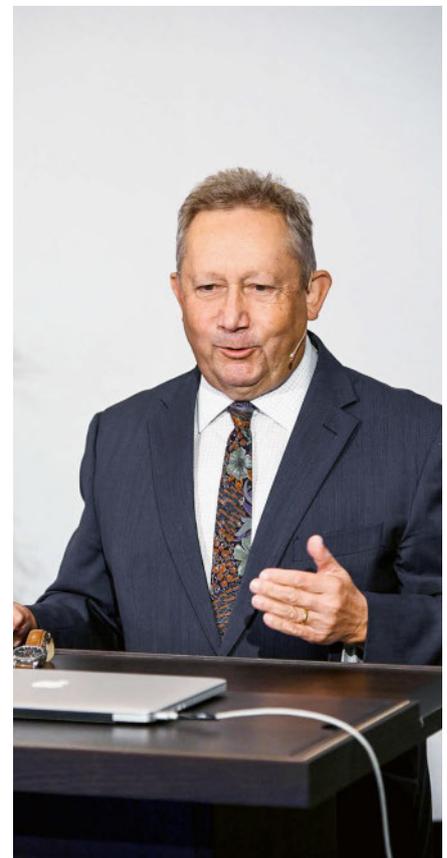
Die Qualität der wissenschaftlichen Evidenz habe sich in der Kinderzahnheilkunde verbessert, erklärte *PD Dr. Alexander Rahman* am Anfang seines Vortrages. Dies tue auch Not, da die weltweite Inzi-



Dr. Claude Andreoni sprach über die Möglichkeit der Verbesserung der manuellen Fähigkeiten eines Behandlers.



Die Bedeutung der Praxiserfahrung in der Parodontologie war das Thema von Dr. Anton Wetzel.



Dr. Philippe Mojon referierte über Aspekte der Praxiserfahrung in der rekonstruktiven Zahnmedizin.

denz der frühkindlichen Karies sehr hoch sei. Welche Konsequenzen könnten daraus gezogen werden? Eine mögliche Therapieoption bestehe in der Hall-Technik. Damit ist die Versiegelung der Karies durch eine dichte Versorgung gemeint. In der Regel geschehe dies mit einer konfektionierten Stahlkrone. Mindestens ein Teil des kariösen Dentins werde dabei unter der Versorgung belassen. Die Evidenz für diese Methode sei jedoch nur moderat.

Weiter sprach der Referent über Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH). Die Therapie könne hier je nach Ausprägung aus einer intensiven Fluoridprophylaxe bestehen. Ausserdem könne restaurativ mit Komposit, Glasionomerzement oder mit konfektionierten Stahlkronen behandelt werden. Eine weitere Option sei die symmetrische Extraktion mit Einstellung der zweiten Molaren.

Zum Abschluss seines Referates sprach *Rahman* über die negative Berichterstattung über Fluoridbehandlungen in den Medien. Er erklärte, dass die meisten der Studien über eine vermeintliche Neurotoxizität von Fluorid aus China



PD Dr. Nadja Rohr sprach über die Zukunft der zu verwendenden Werkstoffe in der Zahnmedizin.



Sowohl Zahnärzte als auch Zahntechniker brauchen ein gutes Verständnis der Charakteristika der zahnmedizinischen Werkstoffe, findet Prof. Dr. Susanne Scherrer.

oder dem Iran stammten und oft methodisch fehlerhaft seien. So werde meist nur auf die Trinkwasserfluoridierung eingegangen.

Ausserdem sprachen am SSO Kongress 2020:

- *Dr. Anton Wetzel* referierte über Aspekte der Praxiserfahrung in der Parodontologie. Er erklärte, dass die wissenschaftliche Evidenz in vielen Punkten der täglichen Arbeit am Patienten nur unzureichende Antworten gebe: so zum Beispiel bei den Patientenwünschen, deren Budget oder ihrem Allgemeinzustand.
- *Dr. Roberto Spreafico* informierte die Teilnehmer über restaurative Techniken zur Versorgung posteriorer Zähne. Seiner Expertise nach gebe es keine Evidenz für unterschiedliche Ergebnisse mit indirekten Inlay/Onlay-Versorgungen aus Komposit oder Keramik.
- *Prof. Dr. Daniel Thoma* sprach über Evidenzbasierte Aspekte in der Implantologie. So seien kurze Implantate eine gut funktionierende Therapieoption zur aufwendigen Augmentation für die Verwendung längerer Implantate.
- *Dr. Philippe Mojon* referierte über Aspekte der Praxiserfahrung in der rekonstruktiven Zahnmedizin. Er erklärte, dass er sich seine Evidenz von seinen Experten aus den Universitäten, von Kollegen, Zahntechnikern und auch von Industrievertretern hole.
- *Prof. Dr. Susanne Scherrer* erklärte, dass die Untersuchung von Frakturstellen

das Verständnis für die Gründe von Misserfolgen erhöhe. Sowohl Zahnärzte als auch Zahntechniker bedürfen eines guten Verständnisses der Charakteristika der zahnmedizinischen Werkstoffe.

- *PD Dr. Nadja Rohr* sprach über die Zukunft der zu verwendenden Werkstoffe in der Zahnmedizin.

Online-Kongress war ein Erfolg

Abschliessend kann der erste Online-Kongress der SSO als Erfolg bezeichnet werden. Dabei hat vor allem die Qualität der technischen Umsetzung überzeugt. Auch mit älteren Endgeräten war ein flüssiges Verfolgen des Streams möglich. Das gleiche gilt für die Audioqualität. Lediglich bei den zugeschalteten Referenten gab es kleinere Probleme. Diese störten jedoch den Transfer des Fachwissens nicht. Auch die Partizipation der Zuschauerinnen und Zuschauer war offenbar in keiner Art und Weise problematisch. Weiter fiel die minutengenaue Durchführung der Vorträge und Pausen positiv auf. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden auch vom Komfort dieser Art der Kongressdurchführung positiv überrascht gewesen sein. Dass es einmal möglich sein würde, den SSO-Kongress zu Hause auf der Couch verfolgen zu können oder in der Kaffeepause zu duschen, wäre noch vor kurzer Zeit unvorstellbar gewesen. Dennoch wären wohl nur wenige der beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte traurig, wenn wir im nächsten Jahr wieder zum traditionellen Modus Operandi zurückkehren werden.