



Präventionsstrategien im Blickpunkt der 42. Bodenseetagung in Lindau

## Bohren oder monitoren?

Fotos: BZK Tübingen

Drill-and-fill-Mentalität ist von gestern – Prohylaxe ist in aller Munde. Prävention von Karies und Parodontitis in den verschiedenen Lebensphasen werden gefordert. Die Flut verschiedener Produkte zu ordnen, sinnvolle Strategien in der Praxis herauszuarbeiten und nicht zuletzt ein Ausblick auf Entwicklungen, die uns in nächster Zeit erwarten, waren die Zielsetzungen der diesjährigen Bodenseetagung in Lindau. Trotz bestem Spätsommerwetter haben sich wieder rund 600 Kolleginnen und Kollegen aus nah und fern eingefunden, um den Worten der Experten aus Wissenschaft und Praxis zu folgen.

Der erste Vorsitzende der BZK Tübingen, Dr. Wilfried Forscher, spannte zur Eröffnung der Veranstaltung wieder einen weiten Bogen. Zu den leidvollen Diskussionen um Leitlinien zitierte er Theodor Heuss mit den Worten „Qualität ist das Anständige“. Professor Dr. Bernd Haller folgte den Leitlinien eines Tagungsleiters, sprach nicht lange und führte gleich den ersten Referenten ein.

**Indikatoren.** Professor Dr. Stefan Zimmer aus Düsseldorf gab zu bedenken, bei der Bestimmung des Kariesrisikos das Risiko, neue Läsionen zu entwickeln, von den eigentlichen Risikofaktoren bzw. Risikoindikatoren zu unterscheiden. Der Nachweis von Mutansstreptokokken beispielsweise ist zunächst nur ein Risikofaktor. Bei kariesfreien Kindern im Alter zwischen zwei und fünf Jahren birgt der Nachweis im Speichel ein 2,1-fach erhöhtes Risiko, der Nachweis in der Plaque aber ein fast vierfach erhöhtes Ri-

siko, in der Zukunft Karies zu entwickeln. Risikoindikatoren wie verfärbte Fissuren oder Kreideflecken sind Zeichen für die Manifestation eines erhöhten Kariesrisikos.

Der Plaque formation rate index (PFRI) nach Axelsson kombiniert mit dem Nachweis von Mutansstreptokokken ist ein sehr valides Verfahren für die Einschätzung des Kariesrisikos. Für Kinder zwischen 6 und 12 Jahren ist das Dentoprog ein unkompliziertes und damit sinnvolles Werkzeug ([www.gabadent.de](http://www.gabadent.de)) für die tägliche Praxis. Hier wird aus der Anzahl gesunder Milchmolaren, der Anzahl der 6-Jahr-Molaren mit verfärbten Fissuren und der Anzahl der Glattflächen mit Kreideflecken an den 6-Jahr-Molaren das persönliche Kariesrisiko in verschiedenen Altersgruppen bestimmt.

**Eisberg und Waage.** Monitoring und Management der Karies war das Thema von Privatdozent Dr. Wolfgang Buchalla aus Zürich. Da-

bei zeigte er zunächst die Problematik der Kariesdiagnostik anhand des Eisberg-Modells nach Pitts auf. „Die Karies, die bis in die Pulpa reicht, steht dabei an der Spitze, und die sieht jeder. Aber wie detektieren wir die große Masse der subklinischen Initialläsionen unter der Wasseroberfläche? Die Diagnose kategorisiert schlussendlich nur das Phänomen, das wir auch erkennen.“

Getunt mit Licht und Lupe ist die sorgfältig durchgeführte Inspektion kombiniert mit der Bissflügelaufnahme nach wie vor ein probates Vorgehen für das Kariesmonitoring. Nach sorgfältiger Reinigung ist das Diagnostent ein sehr sensitives und auch spezifisches Tool für die Beurteilung und Dokumentation von Glattflächen- bzw. Okklusalläsionen. Doch für die Anwendung im Approximallbereich kann selbst der Diagnostent-Pen nicht empfohlen werden. Er ist noch zu voluminös – nur ca. 20 Prozent der Approximallräume werden erreicht – und durch seine spröde Quarzglasspitze fraktur anfällig.

Aktuelle Empfehlungen für eine positive Beeinflussung der Karieswaage wurden ebenfalls gegeben. So reduzieren abendliche CHX-Gel-Applikationen in einer Konzentration von 0,12 bis 0,2 Prozent für eine Woche pro Monat über einen Zeitraum von sechs Monaten vor allem die Belastung mit Mutans-



Dr. Wilfried Forscherner



Prof. Dr. Bernd Haller



Prof. Dr. Stefan Zimmer



PD Dr. Wolfgang Buchalla

streptokokken im Biofilm spürbar. Bei Zahnpasten mit anionischen Tensiden (Natriumlaurylsulfat) darf das CHX-Gel frühestens eine Stunde später aufgetragen werden. Alternativ kann abends gleich mit CHX-Gel geputzt werden.

Der Einsatz von Duraphat-Zahnpasta und Fluoridlacken ist bei hohem Kariesrisiko als flankierende Maßnahme durchaus sinnvoll. GC Tooth Mousse (Recaldent™) soll den Einbau von Calcium und Phosphat in die Zahnoberfläche verbessern, die Literatur kann dies aber noch nicht eindeutig bestätigen. Die Idee approximaler Versiegelungen mit Kunstharzen oder Polyurethan-Pflaster bedingt frei zugängliche Approximalräume und scheidet aus diesem Grund in den meisten Fällen aus.

**Strohalm** beim Gürgeli ansetzen. Professor Dr. Adrian Lussi aus Bern gab in der Mundart des Alpenlandes einen sehr schönen und informativen Einblick in die Welt der Erosionen. Bei genauer Beobachtung lassen sich rein erosive Prozesse gut von anderen Formen der Zahnhartsubstanzverluste unterscheiden. Neben dem Verlust der Perikymatien mit seidenmatter, manchmal auch seidenmatt glänzender Oberfläche imponiert in vielen Fällen eine zahnfleischnahe intakte zum Teil plaquebelegte Schmelzleiste. Das Sulcusfluid neutralisiert die Säuren, und wenn Plaque vorhanden ist, stellt diese eine Diffusionsbarriere für die Säuren dar.

Saures Aufstoßen, Anorexie und Bulimie, die neben Erosionen auch

vor allem Vergrößerungen der Ohrspeicheldrüsen, Rötungen an Gaumen und Rachen sowie Mundwinkelrhagaden zeigen, sollten differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden.

Speichelfließrate und Pufferkapazität sind interessante Kenngrößen. Doch gerade über den wichtigen Proteinpuffer, der im Gegensatz zum Phosphat- und Carbonatpuffer gerade bei pH-Werten von 5,5-3,5 zum Tragen kommt, wissen wir wenig. Das Pellicel kann eine Schutzfunktion erfüllen, wenn geregelte Mahlzeiten die Neubildung zulassen. Neben dem pH-Wert spielt die Pufferkapazität der Nahrungsmittel eine wichtige Rolle. Joghurt beispielsweise ist nur deshalb nicht erosiv, da er das Milieu mit Calcium und Phosphat übersättigt. Dieselbe Wirkung erzielt man bei Orangensaft, wenn man ihn mit Calcium modifiziert. „Erhöht man den pH-Wert, stinkt der Saft ein bisschen.“ Leicht saure Fluoridgele bilden tendenziell eher Calciumfluoridpartikel, die sich mit Phosphat stabilisieren und so einen besseren Schutz gegen die Säureattacke gewähren. GC Tooth Mousse zeigt bei Erosionen keine Wirkung. Aber bitte: „Vor lauter Gstürm die Karies nicht vergessen!“

#### **Pepsin in der Kariestherapie.**

Härte, Farbe, Art der Dentinspäne und die Oberflächenqualität waren lange Zeit die Kriterien bei der Kariesexkavation. Aber, so gibt Professor Dr. Karl-Heinz Kunzelmann aus München zu bedenken, zeige eine aktuelle Studie, dass in acht bis 40 Prozent der Fälle eine Übertherapie

erfolge und doch infiziertes Gewebe übersehen werde. „Bilden Sie sich doch bitte nicht ein, Sie könnten mit einem Rosenbohrer jedes Bakterium eliminieren!“. Der Kariesdetektor ist in seiner Wirkung zu unspezifisch und in der Interpretation zudem sehr subjektiv. Alternativ kann die schrittweise Exkavation eine sinnvolle Methode sein. „Man entfernt zunächst den Hauptanteil des infizierten Gewebes und desinfiziert anschließend zum Beispiel mit CHX oder NaOCl. In tiefen Kavitäten ist Calciumhydroxid besser geeignet, da es „eingemauerte“ Wachstumsfaktoren löst und so nicht nur desinfiziert, sondern zusätzlich eine Dentinogenese induziert.

Alternativ können selbstlimitierende Feedbacksysteme wie der Smartbur (SS White Burs) – aus Polymerverbindungen gefertigt, deren Härte geringer ist als gesundes Dentin – oder auch lasergestützte Systeme eingesetzt werden. Das selbstlimitierende aber unspezifisch wirksame Carisolv fiel aufgrund nicht statthafter Zielkriterien zu unrecht in Ungnade und sollte in der aktuell auf dem Markt erhältlichen Form des Carisolv II mit Powerdrive durchaus nochmal eine Chance bekommen. Vielversprechend sind auf denaturiertes Kollagen spezifisch wirksame selbstlimitierende Systeme zur Kariesentfernung auf der Basis von Pepsin und Papain. Bei allen selbstlimitierenden Systemen lassen sich bis zu 900 µm mehr Zahnschicht erhalten. Allerdings wäre es hier vorteilhaft, die Räume nicht einfach mit Methacrylat zu füllen, sondern zunächst mittels



Prof. Dr. Adrian Lussi



Prof. Dr. Karl-Heinz Kunzelmann



Prof. Dr. Elmar Reich



Dr. Lutz Laurisch

hydroxylapatithaltiger Zemente die Remineralisation zu induzieren. Der Referent bat zum Abschluss darum, für weitere Studien extrahierte Zähne mit entsprechenden Läsionen zu sammeln ([www.kunzelmann.de](http://www.kunzelmann.de)).

**Ozon** macht Kinder behandelbar. Ozon in der Kariestherapie war Gegenstand des zweiten Referates von Professor Lussi. Als starkes Oxidationsmittel wurde Ozon zur Desinfektion von Trinkwasser eingesetzt, „und viele Jahre später haben die Amerikaner das auch entdeckt.“ Es ist sehr gut wirksam gegen Bakterien, Viren und Pilze, die nicht in einem Verband organisiert sind und vermag hier Bakterien effektiver abzutöten als CHX. Während bei der Wurzelkaries eine positive Wirkung erzielt werden kann, ist der Einsatz bei der hidden caries und auch bei offenen Kavitäten kritisch zu sehen. Im Bereich tiefer Läsionen ist die Wirkung sogar als schlecht einzustufen. Positiv ist der Angstabbau bei unbehandelbaren Kindern. „Fast alle Kinder konnten nach der Studie konventionell weiterbehandelt werden, das war ein Erfolg für uns.“ Zahnhalsüberempfindlichkeiten konnten mit Ozon zwar reduziert werden, allerdings nicht signifikant besser als bei der Kontrollgruppe. Ozoniertes Wasser in der Endodontie ist ebenfalls in Hinsicht auf die Abtötung von Bakterien im Biofilm nicht wirklich geeignet.

Auch wenn keine negativen Interferenzen mit Fissurenversiegeln und Dentinbondingsystemen auftreten, so bleiben schlussendlich noch viele offene Fragen wie

der Haftverbund oder die Wirkung von Fluoridierungsmaßnahmen bezüglich der Remineralisation nach Ozonbehandlung.

**Antibiotikum** nach Initialphase. Professor Dr. Elmar Reich aus Biberach erläuterte das Ablaufschema in seiner Praxis für die professionelle Betreuung von PAR-Patienten. So erfolgt nach Abschluss der systemischen Phase mit der Erhebung systemischer Faktoren die Hygienephase. Daran schließt sich die korrektive Phase, und über die Erhaltungsphase mit der Festlegung des Recall-Intervalls wird der Behandlungserfolg gesichert. „Die Anamnese nimmt bei mir etwa 25 Prozent der Gesamtbehandlungszeit der Initialphase in Anspruch.“ Für die korrektive Phase zeigen die Ergebnisse der Michigan Longitudinal Study keine signifikanten Unterschiede in der Wahl der therapeutischen Mittel (LOP, Scaling, ...). Über einen Zeitraum von acht Jahren konnten die Taschentiefen dauerhaft reduziert werden, aber gerade beim geschlossenen Verfahren verblieben bei tiefen Taschen von 7 bis 8 mm immer noch Resttaschen mit bis zu 6 mm. Axelsson und Lindhe konnten durch konsequentes Recall die Zahl extrahierter Zähne dauerhaft signifikant senken, so dass der Referent in seiner Praxis Patienten mit hohem PAR-Risiko mit bis zu acht Recallterminen pro Jahr betreut. Das Netzdiagramm mit den Parametern Blutung auf Sondierung, Zahl der Taschensondierungstiefen größer als 5 mm, Knochenabbau, Zigarettenkonsum und systemische Fak-

toren sind ein gutes Instrument zur anschaulichen Dokumentation der individuellen Risikoeinschätzung des Patienten. Die adjuvante antibiotische Therapie setzt Reich erst nach unzufriedenstellenden Ergebnissen der Initialtherapie begleitend zu eventuell notwendigen chirurgischen Maßnahmen ein. „Zu häufiges Scaling (alle drei Monate) tailliert den Zahn, sieht aber trotzdem nicht sexy aus.“ Vector ist vor allem für die Erhaltungsphase ein sinnvolles Instrument, wohingegen die Wirkung von Pulverstrahlen gerade in tiefen Taschen zu hinterfragen ist. GC Tooth Mousse ist nach Ansicht des Referenten bei Zahnüberempfindlichkeiten infolge konsequenter PAR-Therapiestrategien eine sinnvolle Ergänzungsmaßnahme.

**Von kurativ zu präventiv.** Da die Infektion der Mundhöhle – „getreu nach dem Motto SM statt Dreck“ – in jedem Alter erfolgen kann und eine Kolonisation ab dem Zahndurchbruch erfolgt, hat Dr. Lutz Laurisch aus Korschbroich in seiner Praxis als Konzept für Kinder die Vermeidung der Übertragung und der Kolonisation sowie bei erfolgter Kolonisation deren Kontrolle zu den drei zentralen Zielen in seiner Praxis erklärt. Für die Basisprophylaxe ein- bis zweimal pro Jahr ist die Keimanalyse im Plaqueabstrich, Abfragen des Zuckerkonsums und professionelle Zahnreinigung mit regelmäßigen Cervitec-Applikationen, Fluoridierungsmaßnahmen und Fissurenversiegelung sinnvoll.

Restauration oder Prävention – Peaks der Kariesprävalenz liegen



Prof. Dr. Johannes Einwag



Dr. Curtis Goho



PD. Dr. Rainer Seemann



Dr. Klaus-Dieter Bastendorf

Fotos: BZK Tübingen

im Alter von 6, 14, 30 und 60 Jahren. Die Progressionsrate ist allerdings durch Fluoridierung in großen Bevölkerungsanteilen in den letzten Jahren stark verlangsamt. Und wenn man kariöse Läsionen über einen längeren Zeitraum beobachtet, so münden überhaupt nur 58 Prozent der D1-D2-Läsionen in einer Kavitation, die eine Behandlung notwendig macht. Zuletzt unterliegen Progressionsraten auch großen inter- und intraindividuellen Schwankungen. Bedenkt man zudem, dass ein unregelmäßiges Recall den Risikoanstieg für einen Attachmentverlust bis zu 50-fach erhöht, so ist ein präventiv-orientiertes Praxis-konzept mit consequentem Recall unabdingbar.

**Kinderkronen** gibt es noch. Professor Dr. Johannes Einwag zeigte in seinem Vortrag eine ganz andere Perspektive auf. Es mag zwar stimmen, dass 80 Prozent der unter Dreijährigen naturgesunde Gebisse aufweisen und 10 Prozent wenig umfangreiche Einzelzahnversorgungen benötigen. Übrig aber bleiben 10 Prozent, die meist von Fachzahnärzten für Kinderzahnheilkunde versorgt werden. Bei diesen Kindern sind etwa 50 Prozent der Zähne sanierungsbedürftig. Und gerade bei diesen Kindern mit hohem Kariesrisiko und ausgedehnten Defekten sind Kinderkronen oft die bessere Wahl. „Wenn da vorher kein Kontaktpunkt war, dann muss der später auch nicht hin. Die Lücke wird von der Wurzel offen gehalten!“ Bei der Pulpotomie sei die Begründung der DGZMK gegen den Einsatz von

Formokresol nicht nachvollziehbar. Denn Calciumhydroxid helfe nicht bei der Blutstillung nach der Amputation. Wichtiger sei es zu prüfen, ob wirklich nur eine Pulpitis coronalis vorliege. „Die Amerikaner und die Europäer befürworten den Einsatz von Formokresol, und die Drei-Jahres-Überlebensraten von mehr als 70 Prozent geben ihnen Recht“ (CaOH nur 19 Prozent). Sein Vorschlag: Amputation, Formokresol/Eisen-III-Sulfat fünf Minuten zur Blutstillung und als Therapeutikum einwirken lassen, dann Mumifikationspaste im Bereich der gesamten Kavität, um eine Reinfektion der weit verzweigten Dentinkanäle zu verhindern. Eine sinnvolle Maßnahme, um das Risiko der Rekolonisierung zu vermeiden, stellt für Einwag neben den bisher genannten Maßnahmen auch der Gebrauch von Xylit-Kaugummis dar.

**Hallo, ich bin Curt!** Anschauungsunterricht vom Feinsten bot Dr. Curtis Goho aus Sommerhausen. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen und Kinder behandeln heißt, die Eltern mitbehandeln. Know your child – Pre-Visit-Letter für die Eltern und für das Kind. See the world through the eyes of a child – Die Welt mit den Augen der Kinder sehen, heißt, einmal selbst in seiner Praxis auf die Knie zu gehen. Das Wartezimmer soll kein McDonald's-Spielplatz sein, und bunte Bilder – vielleicht auch selbst von den Kindern gemalt – ist auf Augenhöhe der Kinder viel besser wahrnehmbar. Ein Aquarium wirke wahre Wunder, und es müssen nicht die teuren tropischen Fische

sein. „Die sterben genau so schnell!“ Auch Fernsehen an der Decke muss nicht sein. „Bob darf nicht wichtiger werden als ich, und ich will mit dem Kind kommunizieren können. Ein Bild, vielleicht ein Rätsel, ist oft viel besser.“ Und warum nicht auch ein oder zwei Tage im Jahr verkleiden. Meeting and greeting – Ansprache der Kinder auf Augenhöhe, bei der Begleitung in das Wartezimmer das Kind an der Hand nehmen, Lagerung des Kindes und die Kommunikation während der Behandlung. Wichtig ist auch der Quiet-Chair für die Eltern. „Weißt Du, Deine Mama sitzt jetzt auf einem Zauberstuhl und kann jetzt nicht sprechen.“ Tell-Show-Do klingt einfach, und doch kann man so vieles falsch machen. Praise and prizes – Lob oder altersgerechte Geschenke zeitnah und spezifisch. Involve the child – Sauger halten ist sehr gut, aber zuschauen mit dem Handspiegel ist keine gute Idee. Der Spiegel hängt besser am OP-Licht. Voice control and the „king child“. Und, und, und... Der Mann versteht einfach etwas von Kindern. Und er gibt immer wieder zu: „Es klappt nicht bei allen, aber bei sehr vielen.“ Kurz und gut: Wer Kinder behandeln möchte, der sollte unbedingt einen Kurs bei diesem Mann in der Karlsruher Akademie besuchen! Und Professor Haller zum Schluss: „Vieles kann man ja auch bei Erwachsenen anwenden!“

**Mundgeruch oder Körpergeruch?** Privatdozent Dr. Rainer Seemann aus Konstanz zeigte das Problem mit dem Mundgeruch an einer Umfrage unter Zahnärzten auf. So wür-

den zwar immerhin sieben Prozent der Kolleginnen und Kollegen von sich behaupten, dauerhaft Mundgeruch zu haben. Aber 56 Prozent kennen andere Zahnärzte mit Mundgeruch. „Kennen die alle denselben?“ Putrefaktion ist die Grundlage allen Übels. Proteine werden durch Proteolyse in Aminosäuren und diese über Aminolyse in Stoffwechselprodukte mit so lautmaleischen Namen wie Putrescin oder Cadaverin zersetzt. Von besonderem Interesse sind allerdings die so genannten flüchtigen Schwefelverbindungen (VSC – Volatile Sulfur Compounds), weil die für unsere Nase so empfindlich sind. Neben allgemeinen Faktoren wie Diabetes, Leberversagen oder Nierenversagen sind als lokale Faktoren Tonsillitis, Fremdkörper, offene Wurzelkanäle oder Tumore auszuschließen. Die häufigste Ursache stellt aber eine reduzierte Mund-, Zungen-, bzw. Prothesenhygiene dar.

**In der Diagnostik** ist die Unterscheidung der objektiven und subjektiven Einschätzung sehr wichtig. „Eine Halitophobie kriegt der Zahnarzt allein nicht in den Griff“, so Dr. Seemann. Differenziere: Kommt der Geruch aus Mund, Nase oder Lunge? Die organoleptische Untersuchung mit Einteilung von „kein Mundgeruch“ bis „extrem fauliger Geruch“ ist in der Praxis schwierig. „Ich lasse meine Patienten die Augen schließen und bis auf zehn zählen. Dann verkürze ich den Abstand

von einem Meter (Grad 3) auf 30 cm (Grad 2) und schließlich auf 10 cm (Grad 1). Korreliert mit dem VSC-Gasdetektor, dem sogenannten Halimeter, kann man den Mundgeruch gut charakterisieren. Selbst-Diagnose ist schwierig, aber eine Vertrauensperson um eine ehrliche Meinung zu bitten, ist eine gute Idee. „Oder beobachten Sie doch einfach Ihre Mitmenschen!“ „In der Therapie werden Sie allein mit einem Zungenschaber nicht glücklich.“

**Kapieren nicht Kopieren.** In der Praxis von Dr. Klaus-Dieter Bastendorf aus der Stauferstadt Eislingen längst fester Bestandteil der Praxisphilosophie. Nur drei Prozent der Akademiker-Unternehmen haben niedergeschriebene Ziele – diese Unternehmen sind aber 100 Prozent erfolgreicher. „Ich verdiene mein Geld lieber mit Gesundheit als mit Krankheit. Zahnärztlicher Idealismus ist Perfektion ohne Ökonomie, zahnärztlicher Realismus ist Perfektion mit Ökonomie. Ethik und Monetik sind deshalb für mich kein Widerspruch.“ Axelsson sagte bereits 1972, dass die Gesunderhaltung der Zähne ein Leben lang möglich ist. Ziel: 99 Prozent der 77-Jährigen haben 22 Zähne. Zum Thema Qualitätsmanagement durch externe Beratung sagt Bastendorf lapidar: „Setzen Sie sich besser auf Ihren eigenen Hintern.“

**Teamarbeit.** Prophylaxe muss man als Teamarbeit begreifen. „In

meiner Praxis arbeiten drei Dentalhygienikerinnen. Meine Helferinnen bekommen sechsmal im Jahr eine praxisinterne Fortbildung und zweimal im Jahr dürfen meine Damen, wohin sie wollen“, so Dr. Bastendorf. Nach der kariologischen Grunduntersuchung wird zunächst nur die Frage gestellt: „Ist ein Karierisiko gegeben, ja oder nein. Wenn ja, dann bekommt der Patient einen individuellen Mix, der ihm schmeckt. Ein Patient kommt, ein zufriedener Patient kommt immer wieder. Der Drop-out ist die wichtigste Kenngröße für die Qualität des Praxiskonzeptes. Unsere 3.500 Patienten im Recall ergeben 42 Prozent des Umsatzes. Bei 16 Prozent mehr Gewinn verkraftet man vier Prozent mehr Personalkosten ohne Probleme. Drill-and-fill-Mentalität ist von gestern, professionelle Zahnreinigung und Recall sind die Zukunft.“

**Take-Home-Message.** Professor Haller formulierte die Take-Home-Message: „Wir kennen die Werkzeuge, jetzt müssen wir nur noch die Konzepte umsetzen.“

Schließlich sollte man nicht vergessen, Frau Hildegard Vöhringer und ihrem Team für die gelungene Organisation, Dr. Knut Hochleitner für das Rahmenprogramm und Professor Dr. Bernd Haller für die Zusammenstellung der wissenschaftlichen Referate zu danken. Freuen wir uns auf das nächste Jahr.

*Dr. Elmar Ludwig, Ulm*

### Pressekonferenz zur 42. Bodenseetagung



**Pressekonferenz.** Im Vorfeld der 42. Bodenseetagung in Lindau, zu der im September über 600 Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Lindau kamen, wurden die Medienvertreter im Rahmen einer Pressekonferenz über das Tagungsthema „Prävention und Risiko-orientierte Intervention“ informiert.