

12. DGL-Jahreskongress in Berlin (31.01.–02.02.2003)

Vergangenes Jahr noch ungewohnt, nun nahezu schon Tradition:

Die Bundeshauptstadt Berlin als Veranstaltungsort des alljährlichen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Laserzahnheilkunde, der nunmehr zum zwölften Mal ausgerichtet wurde.

DR. GEORG BACH/FREIBURG

Verstärkt durch die assoziierten Lasergesellschaften aus Österreich, der Schweiz und aus Italien sowie der Europäischen und Internationalen Gesellschaften für Laserzahnheilkunde hatten es sich die beiden wissenschaftlichen Kongressleiter, Herr Prof. Dr. Lampert und Priv.-Doz. Dr. Gutknecht zur Aufgabe gemacht, den Laser als Möglichkeit zur minimalinvasiven Therapie. Mit dem Hotel „Hilton“ als Veranstaltungsort hatten die Organisatoren erneut eine gute Wahl getroffen; neben überaus komfortablen Übernachtungsmöglichkeiten bot das Haus vor allem die Möglichkeit, wissenschaftliche Vorträge, Industrieausstellungen und Aufenthalts- und Pausenbereiche in räumlicher Nähe zusammenzubringen; damit wurde ein viel beklagtes Manko zahlreicher früherer DGL-Kongresse, damals noch in der Hessemetropole, beseitigt. Allerdings lag die Besucherzahl (ca. 150) erneut deutlich unter den Werten, die einstmals im bereits erwähnten Kongressort Frankfurt erreicht wurden, und auch unter denen des Vorjahres. Hier fordern offensichtlich die allgemein feststellbare Fortbildungsmüdigkeit und die langen Anfahrtswege zum Veranstaltungsort ihren Tribut.

Mit Eröffnungsworten des Generalsekretärs Priv.-Doz. Dr. Gutknecht wurde am Freitagmorgen das wissenschaftliche Programm eröffnet. Ein wenig stolz auf das Erreichte, war den Worten Gutknechts durchaus zu entnehmen – nicht zu unrecht!

War es dem rührigen „Motor der DGL“ doch erneut gelungen ein hochattraktives Programm mit nahezu vier Dutzend Referenten auf die Beine zu stellen, auch der hohe Anteil ausländischer Sprecher verdeutlichte einmal mehr den hohen Stellenwert, den die deutsche Laserzahnheilkunde international einnimmt – mitunter ein Verdienst der DGL und ihrer Macher. Beleg für die hohe Akzeptanz der DGL in unseren Nachbarstaaten war die Anwesenheit von sechs universitären Gastrednern der Hochschulen London, Nizza, Wien, Brüssel, Dundee und Bergamo.

Die erste Session entführte das Auditorium aus der alltäglichen Arbeit mit dem Laser hin zu künftigen Anwendungen, die allesamt im konservierenden Bereich der Zahnheilkunde angesiedelt waren. So fanden sich die beiden Chairmen, Priv.-Doz. Dr. Deppe und Dr. Bach auf eher ungewohnten Terrain, beschäftigten sich beide doch eher mit oral- und kieferchirurgischen Themen. Doch gelang es Prof. Longbottom (Universität Dundee) die potenziellen Möglichkeiten der Terahertz-Technologie an

Zahnhartsubstanz anschaulich darzustellen. Diese im tiefen Infrarot angesiedelten Wellenlängen wurden bis dato nur sehr vereinzelt in der Zahnheilkunde eingesetzt; Longbottom sieht potenzielle Anwendungen des Terahertz-Lasers in der Zahnheilkunde in der Möglichkeit der Diagnostik von Karies und Erosionen und bei der Schichtdickenmessung des Schmelzes.

Die Laser Arbeitsgruppe der Universität Bonn steuerte gleich drei Beiträge zur ersten Session bei, in denen Prof. Frentzen und Dr. Krause über morphologische Zuordnung von laserinduzierten Fluoreszenzsignalen zu verschiedenen Karieszonen und Beeinflussung von Laserfluoreszenzmessungen durch Fissurenversiegelung berichteten. Im In-vitro-Versuch wurden Präparate aus frisch extrahierten menschlichen Zähnen, die eine initiale Karies aufwiesen hergestellt, welche mit Laserfluoreszenzsystemen mit einer Emissionswellenlänge von 655 nm untersucht wurden. Noch ungeklärt bleibt die Frage, ob Fluophore als Ursache für diese Fluoreszenzphänomene zu sehen sind, dies wird im Rahmen weiterer Studien geklärt werden. Frentzen sieht die hohe Wertigkeit des Gerätes vor allem in der Diagnose von kariösen ERST-Läsionen. Ebenfalls mit dem KaVo DIAGNODent Gerät (655nm) wurde in der zweiten Bonner Studie gearbeitet; hier wurde ein eventueller Einfluss auf die Karieserkennung durch Kalibrierung der Messapparatur und eine zuvor durchgeführte Politur der Zahnoberfläche untersucht. Die Ergebnisse riefen beim Auditorium doch einiges Aufsehen hervor, konnte doch eindeutig belegt werden, dass sich die Messwerte je nach Standard- (am Creamikblock) bzw. individueller (am Zahn) Kalibrierung sowohl vor und nach (!) der Politur der Zahnoberfläche deutlich von der Standardkalibrierung unterschieden. Daraus resultierte eine deutliche Forderung des Referenten unbedingt im Rahmen eines Laser-Kariesmonitorings darauf zu achten, dass bei allen Messungen die gleiche Kalibrierungsmethode verwendet wird, eine essentielle Aussage die von allen Anwendern und künftigen Besitzern eines DIAGNODent-Gerätes unbedingt beachtet werden sollte.

In die gleiche Richtung zielte der dritte der Bonner Vorträge; hier berichtete Dr. Braun über die Beeinflussung von Laserfluoreszenzwerten durch Kalibrierung der Messapparatur und Politur der Zahnoberfläche. Er konnte aufzeigen, dass durchsichtige Fissurenversiegler für eine Kontrolle der Kariesaktivität mit der Laserfluoreszenzmessung (DIAGNODent) auch nach der Versie-