

Jubiläumstagung zum 70-jährigen Bestehen der Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft für ZMK an der Universität Leipzig

Zum 70-jährigen Bestehen der Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Leipzig e. V. fand vom 06. bis 07.04.2018 eine Jubiläumstagung zur Thematik „Zahnmedizin in Leipzig – Wo und wofür stehen wir?“ im Penta-Hotel Leipzig statt.

Nach Eröffnung durch den Vorsitzenden, Prof. Holger Jentsch, und Verlesen des Grußworts der Rektorin, Prof. Beate Schücking, gratulierte der neue Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Christoph Josten, der Gesellschaft zum Jubiläum. Er hob die interdisziplinäre Verzahnung von Medizin und Zahnmedizin in der täglichen Praxis hervor und ermunterte den wissenschaftlichen Nachwuchs zum Engagement in der Fachgesellschaft. In dem nachfolgend vom Vorsitzenden übermittelten Grußwort des Medizinischen Vorstandes des Universitätsklinikums, Prof. Wolfgang Fleig, wünschte er der Gesellschaft einen erfolgreichen Tagungsverlauf und weitere Erfolge. Der Präsident der DGZMK, Prof. Michael Walter, hob in seinem Grußwort die interdisziplinären Verflechtungen von Medizin und Zahnmedizin hervor und verwies u. a. auf die Zusammenarbeit von Kinderzahnheilkunde und Pädiatrie bei der Aktualisierung einer gemeinsamen Leitlinie zur Fluoridapplikation. Um sich und seine Mitarbeiter auf dem aktuellsten Stand zahnmedizinischen Fachwissens zu halten, empfahl er neben Tagungsbesuchen auch die Webseite der DGZMK und die zahnmedizinische Wissensplattform www.owidi.de, die sowohl aktuelle Themen, als auch ein umfangreiches Kursangebot präsentiert. Anschließend verlas Prof. Jentsch das Grußwort des Präsidenten der LZKS, Dr. Matthias Wunsch. Er gratulierte der Gesellschaft zum Jubiläum und erinnerte an das Grundanliegen ihres Namenspatrons: den Fortschritt der Zahnmedizin zu fördern und zu verbreiten.

Ernennung des Ehrenvorsitzenden

Prof. Ulrich Schwantes begann seinen überaus interessanten Festvortrag über „Gesundheitswirtschaft und ärztliches Handeln“ mit der Vorstellung der zyklischen Konjunkturtheorie nach Kondratiev, die bahnbrechende Entwicklungen der Wirtschaft in zyklischen Auf- und Abschwungswellen von etwa 50 Jahren postuliert. Da Kondratiev mit seinen Theorien zum „World Economy Act“ der marxistisch-leninistischen Lehre vom gesetzmäßigen Untergang des Kapitalismus widersprach, wurde er durch Stalin inhaftiert und schließlich exekutiert. Prof. Schwantes schlug einen spannenden Bogen von Kondratiev-Zyklen bis zum Wirken Friedrich Louis Hesse und gab zu bedenken, dass Mediziner und Zahnmediziner in einem freien Beruf arbeiten, in dem rasches Zupacken genauso wichtig ist, wie Einfühlungsvermögen, Geduld und Mitgefühl. Gerade in der schnelllebigen Zeit der Digitalisierung, ausufernden Bürokratie und Gewinnmaximierung gilt es, sich als Arzt nicht nur auf Befunde zu beschränken, sondern sich auf den „ganzen Menschen“ einzulassen. Der finanziellen Optimierung als Ziel stellte Prof. Schwantes eine aktualisierte Form des ärztlichen Eides (Stiftung Dialog Ethik, 2015) entgegen, in der das Wohl des Patienten Vorrang vor allem haben sollte. Als Überraschungsgeschenk an die Gesellschaft überreichte er zum Abschluss dem Vorsitzenden aus der Reihe „Sudhoffs Klassiker der Medizin“ den 4. Band „Ausgewählte Texte Friedrich Louis Hesse (1849–1906)“.

Anschließend wurde Prof. Hans-Ludwig Graf, Experte auf dem Gebiet der Implantologie, für sein langjähriges Wirken als Vorsitzender der Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft und darüber hinaus zum Wohle der Gesellschaft zum Ehrenvorsitzenden ernannt.

Tagungsprogramm

Das wissenschaftliche Programm der Tagung begann mit einem gemeinsamen Beitrag von Prof. Karl-Heinz Dannhauer, Dr. Horst-Uwe Klapper und Prof. Hans-Ludwig Graf zur Thematik „Kieferorthopädie interdisziplinär! – Behandlungsstrategien bei Nichtanlagen bleibender Zähne“. Zunächst führte Dr. Sandra Riemekasten in Vertretung für Prof. Dannhauer in die Thematik ein und erläuterte Möglichkeiten des Milchzahnerhaltes und des kieferorthopädischen Lückenschlusses.

Dr. Klapper sprach im zweiten Teil über diverse Versorgungsmöglichkeiten von Kompositaufbauten über Veneers, Klebebrücken, MOG-Retainer, Kronen- und Brückenversorgung bis hin zur implantologischen Problemlösung. Er unterstrich die bereits von Prof. Schwantes hervorgehobene Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und legte besonderes Augenmerk auf die eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten bei Jugendlichen, insbesondere die Vermeidung einer Wachstumsbehinderung durch Einsatz einflügeliger Klebebrücken, herausnehmbare Modellgussretainer mit Zahnersatz etc. anstelle konventioneller Brücken u. ä.



Prof. Alexander Hemprich sprach über „Innovation bei der interdisziplinären Behandlung von Dysgnathien und LKG-Spalten“.

Er schlug einen weiten Bogen von im Laufe der Zeit modifizierten Operationsmethoden zum Verschluss des Lippen-Nasen-Komplexes über die heutige minimalinvasive Plattentherapie bei Pierre-Robin bis hin zur digitalen 3D-Operationsplanung. Die Therapie mit der „Tübinger Platte“ bei Unterkieferrücklage mit Atmungsbehinderung findet, wie Prof. Hemprich ausführte, immer wieder Bewunderung im Ausland, wo risikoreichere invasive Behandlungen üblich sind. Er stellte auch eine aktuelle klinische Studie vor, bei der bislang jeweils fünf Patienten mit konventioneller OP-Planung und Splintherstellung mit digitaler OP-Planung und einem Splint aus dem 3D-Drucker behandelt wurden, und erläuterte erste Ergebnisse anhand eines Patientenfalles. Prof. Christian Hirsch referierte zum Thema „Kranio-mandibuläre Dysfunktion im Kindes- und Jugendalter“ und deren Implikationen für die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität junger Patienten. Er stellte dabei auch die aktuelle Forschung im Rahmen der bevölkerungsbasierten LIFE-Child-Studie der Universitätsmedizin Leipzig vor. Unter dem Titel „Infektions- und Entzündungsbekämpfung per SRP – Ist das schon alles?“ hob Prof. Holger Jentsch die Rolle einer weniger chirurgisch geprägten Parodontistherapie mit Fokus auf nicht-chirurgische Infektions- und Entzündungsbekämpfung bei strengerem Antibiotikaeinsatz mit dem Ziel langfristigen Zahnerhalts hervor. Probiotische Ansätze stellen dabei einen hoffnungsvollen Ansatz dar.

Vergabe Posterpreis

Nach der Mittagspause erhielt Felicitas Henkel den mit 500 Euro dotierten Posterpreis für die Arbeit „In-vitro-Analyse

differentier Implantatsysteme in humanen unfixierten Kieferpräparaten“. Außerdem wurde Gert Müller vom Tagungsleiter für sein langjähriges Engagement in unserer Gesellschaft im Dienste der Ton- und Bildtechnik gewürdigt.

Der Beitrag von Prof. Torsten Remmerbach (vertreten durch Theresia Reichardt) zum Thema „20 Jahre Bürstenbiopsie: Möglichkeiten und Grenzen“ verwies auf die bei 55 % stagnierende 5-Jahres-Überlebensrate beim oralen Plattenepithelkarzinom, dem sechshäufigsten Malignom weltweit, und vermittelte den behandelnden Zahnärzten die klare Botschaft, sich als „Mundhöhlenspezialisten“ zu verstehen und zur Verbesserung von Primär- und Sekundärprävention beizutragen. Prof. Sebastian Hahnel, gerade aus Regensburg auf den Lehrstuhl für Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Leipzig berufen, begann sein Referat „Zahnärztliche Prothetik 2018 – Möglichkeiten und Perspektiven“ mit einer amüsanten Betrachtung der Frontzahnästhetik am Beispiel amerikanischer Präsidenten. Aktuelle Versorgungsmöglichkeiten der Prothetik illustrierte er durch klinische Fallbeispiele und beeindruckte mit interdisziplinären Therapiekonzepten.

Im Abschlussvortrag „Zahnerhaltung durch Endodontie – Welche Erfolge sind realistisch?“ setzte sich Prof. Christian Gernhardt, Vorsitzender der GZMK Halle, kritisch mit der These „Das Implantat ist der bessere Zahn“ auseinander und belegte eindrucksvoll, dass das endodontische Wissen, die Professionalität des Behandlers und letztlich die prothetische Versorgung entscheidende Faktoren für den Langzeiterfolg einer Wurzelkanalbehandlung sind.

Dr. med. dent. Bianca Gelbrich
Universitätsklinikum Leipzig – AÖR
Poliklinik für Kieferorthopädie



Medical & Dental Service
Ihre Partner mit Qualität
www.mds-dental.de

Ihre Ansprechpartner für Sachsen



Ines Mayerhoffer

mobile Festnetz-Nr.:
02624 9 06 92 68
ines.mayerhoffer@mds-dental.de



Matthias Faltus

mobile Festnetz-Nr.:
02624 9 06 92 66
faltus.mds@gmail.com



das gibt's nur bei uns!
citoMant XXL/Retard
– das Original mit Diamantdepot

T 140-014 NEM – für eine angenehme Trennung

Aus einem Stück Hartmetall, dadurch kaum Bruchgefahr – auch geeignet:

- Zum Trepanieren, da vor Kopf durchgespannt.
- Zum Ausbohren alter Füllungen.



citoGum – Präzisionsabformsystem
citoPrint – Elastikalginat

Knochenaufbau mit **Curasan** Produkten – exklusiv bei mds!



CERASORB® ... mit Sicherheit Knochen

Medical & Dental Service GmbH

Büroanschrift:

Am Damm 8
D – 56203 Höhr-Grenzhausen
E-Mail: service@mds-dental.de
Tel.: +49(0) 26 24 - 94 99 - 0
Fax: +49(0) 26 24 - 94 99 - 29

Anzeige

Systemische Antibiotika in der Parodontitistherapie

Ab der Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die mechanische nicht-chirurgische Therapie der Parodontitis als die grundlegende Therapieform anerkannt. Mit diesem Trend einher gingen die Entwicklung der mikrobiologischen Diagnostik und die Erkenntnis, dass Parodontitis eine durch intraorale Bakterien verursachte Infektionserkrankung ist. Bis in die 80er Jahre hinein war die nicht-chirurgische Therapie im Sinn eines supra- und subgingivalen Scalings der Goldstandard der Parodontitistherapie. Therapieziel war die Reduktion der intraoralen Bakterienmenge.

Dies sollte neben der initialen Behandlung durch eine lebenslange professionelle Nachsorge sowie die adäquate häusliche Mundhygiene des erkrankten Patienten erreicht werden. Weitere, genauere Studien zur qualitativen mikrobiologischen Besiedlung der menschlichen Mundhöhle zeigten schnell, dass nicht die in der „unspezifischen Plaquehypothese“ postulierte absolute Bakterienanzahl, sondern vielmehr bestimmte Bakterienspezies mit der Parodontitis assoziiert sind („spezifische Plaquehypothese“).

Mit dem einsetzenden Boom der systemischen Antibiotika war es absehbar, dass bald systemische Antibiotika auch zur Behandlung der Parodontitis verwendet werden würden. Die erste Beschreibung des Effektes eines systemischen Antibiotikums auf die parodontale Situation kommt aus dem Jahre 1962. In einem Fallbericht wurden die intraoralen Auswirkungen einer systemischen Behandlung mit Metronidazol bei einer an einer Vaginitis erkrankten Frau beschrieben. Neben der Vaginitis bestand bei der Patientin auch eine nekrotisierende, ulzerierende Gingivitis, deren Symptomatik sich unter der Metronidazolbehandlung deutlich verbesserte. Die Verbesserung der Symptome beider Erkrankungen beschrieb der Autor als „double cure“.

In der Folgezeit wurden klinische Studien durchgeführt, in denen unterschiedliche Therapieformen für Parodontitis verglichen wurden. So wurden beispielsweise die Therapieergebnisse

nach supra- und subgingivalem Scaling alleine, nach Scaling mit systemischen Antibiotika, nach systemischer Antibiotikatherapie alleine und keiner Therapie gegeneinander ausgewertet. Meist resultierten diese Studien in der Erkenntnis, dass die mechanische Therapie mit Scaling eine äußerst effiziente Behandlungsmethode ist und die zusätzliche – adjuvante – systemische Antibiotikatherapie keinen über das alleinige Scaling hinausgehenden Nutzen bringt. Die systemische Antibiotikatherapie alleine war jedoch der alleinigen mechanischen Therapie immer unterlegen. So war es bis in die 90er Jahre hinein allgemeine akzeptierte Lehrmeinung, dass bei der Therapie der Parodontitis keine systemischen Antibiotika eingesetzt werden müssen. Vielmehr wurde das Nichtansprechen eines Patienten auf die mechanische Therapie oft als Folge deren insuffizienter Ausführung oder mangelnder Mitarbeit des Patienten erklärt.

90er Jahre leiten Therapiewandel ein

Diese Ansicht begann sich zu wandeln, nachdem Anfang der 90er Jahre Studien veröffentlicht wurden, die zeigten, dass durch die adjuvante systemische Antibiotikagabe bei Patienten mit schwerer Parodontitis die Operationsnotwendigkeit gegenüber ausschließlich mit supra- und subgingivalem Scaling behandelten Patienten reduziert werden konnte. In den USA legte Walter Loesche beispielsweise 1992 die klinischen und radiologischen Befunde von Parodontitispatienten Fachzahnärzten für Parodontologie

vor und bat um die Einschätzung, bei wie viel Zähnen diese die Indikation für parodontalchirurgische Maßnahmen sehen. Die Parodontologen diagnostizierten bei zwölf Zähnen die Notwendigkeit für parodontalchirurgische Maßnahmen. Loesche behandelte daraufhin die Patienten mit supra- und subgingivalem Scaling, wobei er der Hälfte der Patienten adjuvant systemisch Metronidazol verordnete. Nach sechs Monaten wurden die klinischen und radiologischen Befunde erneut erhoben und wiederum den Parodontologen vorgelegt. Diese wussten nicht, dass die Patienten unterschiedlich therapiert wurden. Bei Patienten, welche die adjuvante Antibiose erhielten, wurde nur noch bei fünf Zähnen die Operationsnotwendigkeit festgestellt, bei Patienten, die ohne Antibiotika behandelt wurden, waren es etwa zehn Zähne. Dies waren die ersten Hinweise, dass die systemische Antibiose möglicherweise die parodontale Heilung beschleunigt.

Durch Weiterentwicklung der mikrobiologischen Diagnostik konnte der Kreis der potenziell parodontalpathogenen Bakterien immer präziser beschrieben werden, und Bakterienspezies, wie *Porphyromonas gingivalis* oder *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, rückten immer mehr in den Fokus der Forschung. Im Jahre 1994 veröffentlichten Pavicic und van Winkelhoff eine Laborstudie, in der sie zeigen konnten: Wird der *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* auf einem Medium kultiviert, welches neben Metronidazol auch Amoxicillin enthält, dann wächst die



Kultur schlecht. Der Zusatz von Amoxicillin im Medium bewirkte, dass das Bakterium mehr von dem für ihn toxischen Metronidazol aufnahm. In einer Fallstudie konnten bei mit Amoxicillin und Metronidazol adjuvant behandelten Parodontitispatienten *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* und *Porphyromonas gingivalis* in der Kultur nicht mehr nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse führten zur Etablierung der Kombination Amoxicillin und Metronidazol bei der adjuvanten Antibiose bei Parodontistherapie. Durch die schnelle Entwicklung der sensitiveren und spezifischeren molekularbiologischen Nachweisverfahren konnte jedoch gezeigt werden, dass der *Porphyromonas gingivalis* nicht und der *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* nur in der Hälfte der Fälle aus dem intraoralen Ökosystem entfernt werden kann. Da offensichtlich die Elimination parodontalpathogener Bakterien aus der Mundhöhle meist nicht vorhersehbar möglich war, richtete sich das Interesse auf die Identifikation von Patienten, die vorhersagbar von einer adjuvanten Antibiose klinisch profitieren.

Therapie für erweiterten Patientenkreis nutzen

Anfang der zweitausender Jahre konnte gezeigt werden, dass insbesondere die Stellen mit initialen Taschensondierungstiefen von 7 mm oder mehr von einer adjuvanten systemischen Antibiose profitieren. Dies drückte sich zum einen durch eine stärkere Reduktion der tiefen Taschensondierungstiefen und zum anderen durch weniger neue Attachmentverluste aus. Viele der Antibiotikastudien hatten jedoch nur wenige Patienten eingeschlossen oder waren auf sehr schwer erkrankte Patienten limitiert. Das erschwerte die Generalisierbarkeit und Vergleichbarkeit dieser Untersuchungen. Auch systematische Übersichtsarbeiten führten aufgrund der inhomogenen Studiendesigns und

der unterschiedlichen Zielparameter nicht zu klaren Empfehlungen.

Im Projekt „Antibiotika und Parodontitis (ABPARO)“ sollten die in den systematischen Übersichtsarbeiten identifizierten offenen Fragen bei der systemischen Antibiose bei Parodontistherapie adressiert werden.

Das Projekt wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert. Das Multizenterprojekt wurde von den parodontologischen Abteilungen der Universitätsklinik Berlin, Dresden, Gießen, Greifswald, Frankfurt, Heidelberg, Münster und Würzburg getragen. Ziel war es, den Effekt einer adjuvanten Antibiose auf das Fortschreiten der Parodontitis zu bestimmen und darüber hinaus generalisierbar anhand klinischer Parameter diejenigen Patienten zu identifizieren, die von einer systemischen Antibiose klinisch relevant profitieren. In der Studie wurden vor allem Patienten mit chronischer Parodontitis eingeschlossen.

Alle Patienten erhielten als Initialtherapie das supra- und subgingivale Scaling. Danach wurde den Patienten randomisiert entweder Amoxicillin und Metronidazol oder zwei gleich aussehende Placebopräparate ausgehändigt. Die Reevaluation wurde nach acht Wochen durchgeführt. Von diesem Zeitpunkt an wurde bei den Patienten über zwei Jahre, in dreimonatigen Abständen, die parodontale Nachsorgebehandlung durchgeführt.

Insgesamt wurden von den über 3.000 gescreenten Patienten 550 in die Studie eingeschlossen. Über 400 Patienten schlossen alle Untersuchungen nach 27,5 Monaten ab. Das Fortschreiten der Parodontitis wurde anhand des Anteils von Stellen pro Patient mit neuem Attachmentverlust von $\geq 1,3$ mm bestimmt. Diese Rate von neuen Attachmentverlusten betrug in der Placebogruppe 5,3 % und in der An-

tibiotikagruppe 7,8 %. So betrug der absolute Unterschied zwischen beiden Behandlungsgruppen 2,5 %. Wurden nicht 1,3 mm, sondern 2,0 mm als Raster zur Definition von neuen Attachmentverlusten benutzt, betrug der Anteil von Stellen mit Attachmentverlust in der Placebogruppe 3,3 % und in der Antibiotikagruppe 2,1 %. Die Rate von neuen Attachmentverlusten war in dem untersuchten Patientenkollektiv gering und beide Therapien – mit und ohne adjuvanten Antibiose – waren sehr effektiv. Da die absoluten Unterschiede der Rate neuer Attachmentverluste gering waren, lässt sich eine klinische Relevanz nur schwer bestätigen. Der geringen Reduktion der Attachmentverlustrate muss die Gefahr der Resistenzbildung durch einen leichtfertigen Umgang mit systemischen Antibiotika gegenübergestellt beziehungsweise gegenüber diesem abgewogen werden. So ließen sich auf der Basis der rein mittelwertorientierten Betrachtung – aufgrund der geringen absoluten Unterschiede – keine klinisch relevanten Unterschiede feststellen.

55 Lebensjahre als Schwellenwert für Therapie

Aufgrund der großen Patientenzahl im ABPARO-Projekt konnten weitere Untergruppen gebildet werden. Zunächst wurden die Patienten auf der Basis des Anteils von Taschensondierungstiefen von ≥ 5 mm gruppiert. Ein Schwellenwert konnte hier bei 35 % festgelegt werden. Lagen die Patienten unter diesem Schwellenwert, zeigten Patienten der Placebogruppe an 6,8 %, Patienten der Antibiotikagruppe an 5,7 % der Stellen neuen Attachmentverlust. Lag der Anteil von Taschensondierungstiefen initial über 35 %, entwickelten Patienten der Antibiotikagruppe an 4,5 % und in der Placebogruppe an 11,6 % der Messstellen neue Attachmentverluste. Wenn zu Therapiebeginn der Anteil von Stellen mit Taschensondierungstiefen



Mit 16 Niederlassungen auch in Ihrer Nähe.

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme!



BUST Niederlassung Dresden:

Jägerstraße 6
01099 Dresden

Telefon: 0351 828 17-0
Telefax: 0351 828 17-50
E-Mail: dresden@BUST.de

www.BUST.de

Fortbildung

über 35 % beträgt, profitiert der Patient von der adjuvanten Antibiose. Bei diesem Ausgangsbefund werden relevante Verbesserungen der klinischen Parameter gefunden. Als ein weiterer Parameter konnte das Lebensalter der Patienten identifiziert werden. Mit steigendem Lebensalter konnte ein abnehmender Effekt der systemischen Antibiose gemessen werden. Ein Schwellenwert konnte bei einem Lebensalter von 55 Jahren gefunden werden. Betrug das Lebensalter des Patienten weniger als 55 Jahre, traten bei Patienten der Placebogruppe neue Attachmentverluste an 9 % der Messstellen auf, wohingegen nur 5,2 % der Messstellen in der Antibiotikagruppe neue Attachmentverluste zeigten. Lag das Lebensalter der Patienten bei 55 Jahren oder höher, betrug die Rate der neuen Attachmentverluste 5,8 % in der Antibiotika- und 6,5 % in der Placebogruppe. Patienten mit einem hohen Anteil von Stellen mit Taschensondierungstiefen über 5,0 mm und einem Lebensalter von unter 55 Jahren profitieren von einer systemischen Antibiose, die als Adjuvans zum supra- und subgingivalen Scaling gegeben wird. Dieser beschriebene Effekt ist noch verstärkt, wenn die Patienten jünger als 55 Jahre sind und der Anteil pathologischer Taschensondierungstiefen über 35 % liegt. Umgekehrt wird

der Unterschied zwischen Patienten mit und ohne adjuvante Antibiose geringer, wenn die Patienten 55 Jahre oder älter sind und weniger als 35 % der Stellen pathologische Taschensondierungstiefen aufwiesen.

Fazit

Die beschriebenen klinischen Schwellenwerte sollen dem praktisch tätigen Zahnarzt eine Orientierung bei der Verordnung adjuvanter Antibiotika bei der Parodontitistherapie geben und sollen helfen, die Patienten zu bestimmen, die vermutlich am meisten von der Antibiose profitieren. Die bestimmten Schwellenwerte stellen jedoch keine absoluten Ein- oder Ausschlusskriterien dar, und so kann es Situationen geben, in denen der behandelnde Zahnarzt abweicht. Insgesamt sollte die Orientierung an den identifizierten Schwellenwerten die Antibiose jedoch gezielter und wirksamer machen sowie – wichtig im Hinblick auf die Resistenzentwicklung – die Indikation reduzieren.

*Prof. Dr. med. dent. Benjamin Ehmke
Poliklinik für Parodontologie
und Zahnerhaltung
Universitätsklinikum Münster*

Literaturliste beim Verfasser

Uniklinikum Dresden wieder Gastgeber für DGMKG-Kongress

Nach 2006 richtet die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden zum zweiten Mal den Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie aus. Das Hauptthema rückt die enge Verzahnung von grundlagenwissenschaftlicher Forschung und klinischer Anwendung

in den Mittelpunkt der Tagung, wofür auch Dresden mit seiner Exzellenz-Universität steht.

6. Juni bis 9. Juni 2018

**Internationales Congress Centrum
Thema: Translationale Medizin in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**
Nähere Informationen zum Kongress:
www.mkg-chirurgie.de oder
www.dgmkg-dresden.de

