IMPLANTOLOGIE
IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN PRAXIS UND WISSENSCHAFT
NACHLESE ZUM 54. JAHRES-KONGRESS DER DGZI



„Die zahnärztliche Implantologie befindet sich in einem Spannungsfeld, das war schon früher so, aktuell gilt dies indes mehr denn je – stellen wir uns als Kollegenschaft und als Fachgesellschaft dieser bedeutenden Aufgabe!" Mit diesem Grußwort eröffnete der Präsident der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Implantologie (DGZI) den 54. Internationalen Jahreskongress der DGZI, der dieses Jahr in Hamburg stattfand.

Dr. Georg Bach

Am Vorabend des ersten Kongresstages war er im Rahmen der Mitgliederversammlung der DGZI für eine dritte Amtszeit einmütig bestätigt worden.

Flankierend zu der Erkenntnis des beschriebenen Spannungsfelds zwischen Praxis und Wissenschaft gesellt sich indes eine weitere hinzu, die man mit Fug und Recht als DNA der DGZI bezeichnen kann: Die orale Implantologie ist eine zahnärztliche Disziplin, die in zahnärztlichen Praxen etabliert und verortet ist. Beides war schon zu Beginn der oralen Implantologie Ende der Sechziger-/Anfang der Siebzigerjahre des vergangenen Jahrhunderts zutreffend, heute ebenso, wenn nicht sogar noch mehr.

Grund genug für die DGZI als älteste europäische Fachgesellschaft, den diesjährigen Kongress ganz unter das Generalmotto „Spannungsfeld zwischen Praxis und Wissenschaft" zu stellen:

Mit 50 Referenten und gut 300 Teilnehmer/-innen standen 25 Table Clinics und zwei OP-Tutorials am ersten Kongresstag im Fokus, der Samstag indes stand ganz im Rahmen der Wissenschaft: Namhafte Referenten präsentierten hier herausragende wissenschaftliche Vorträge, abgerundet mit Kursen für das Praxispersonal und einer großen begleitenden aktiven Dentalausstellung mit gut zwei Dutzend ausgesuchten, quasi „handverlesenen" Industriepartnern.

Zukunftspodium/Young Generation DGZI

Ein erster Höhepunkt gleich zu Kongressbeginn: Zwei überaus bemerkenswerte Vorträge mit – zumindest auf der Papierform – gänzlich unterschiedlichen Ausrichtungen, die aber dann in der Gesamtheit betrachtet ein klares Bild von den Zukunftsoptionen unseres Fachbereiches, ja der gesamten Zahnheilkunde zeichneten. Auch die Zielgruppe für die erste Kongresssession war klar definiert – die jüngere Implantologengeneration!

Da war zunächst der „Altmeister" – Prof. Dr. Urs Belser (Genf, Schweiz) stellte seine Erkenntnisse zur Langzeitstabilität von ästhetischen Implantatrestaurationen vor und versah den Titel seines bemerkenswerten Vortrags mit dem Hinweis: „eine kritische Analyse". Für einen Emeritus einer Abteilung für zahnärztliche Prothetik ein überraschendes Statement – „die heroische subtraktive festsitzende Zahnheilkunde ist ein Auslaufmodell!", so Belser, die „Zukunft gehört hier den adhäsiven, minimalinvasiven Verfahren!". Als Entscheidungskriterien fungieren hier hohe Vorhersagbarkeit, minimale Invasivität, geringes Risiko, eine gute Zeit-/Kosteneffizienz und die Option einer einfachen Reintervention! In der Langzeitbetrachtung von Implantaten in der ästhetisch relevanten Zone spielt das ongoing alveolar growth eine bedeutende Rolle und bedingt zumeist Änderungen an der Implantatprothetik (wegen eines markanten Schneidekantenunterschieds). Dieser Effekt bedingt die Wahl der Verschraubung, wann immer möglich. Bemerkenswert gut dokumentierte klinische Fälle von Implantaten in der ästhetisch relevanten Zone – teilweise im Dreißigjahresverlauf! – rundeten die Ausführungen des eidgenössischen Referenten ab!

Und dann kamen die „jungen Wilden" Dr. Markus und Dr. Mathias Sperlich (Freiburg im Breisgau) und konterten mit „Digital-biologische Sofortbehandlung in der ästhetischen Zone". Die Breisgauer Referenten betonten zu Beginn ihrer Ausführungen die hohe Bedeutung von Patien-



tenzufriedenheit und der Messbarkeit des Erfolgs implantologischer Behandlungen. Zirkondioxidimplantate und die Option der Sofortimplantation spielen hierbei eine ganz wesentliche Rolle, „was ich nicht zerstöre, muss ich nicht wiederaufbauen", so Markus Sperlich. Das Erreichen eines Drehmoments zwischen 30 und 35 Ncm ist hierbei als Conditio sine qua non zu bezeichnen. Ferner erweisen sich präfabrizierte patientenindividuelle Verschlussschrauben als überaus dichter und nützlicher Wundverschluss.

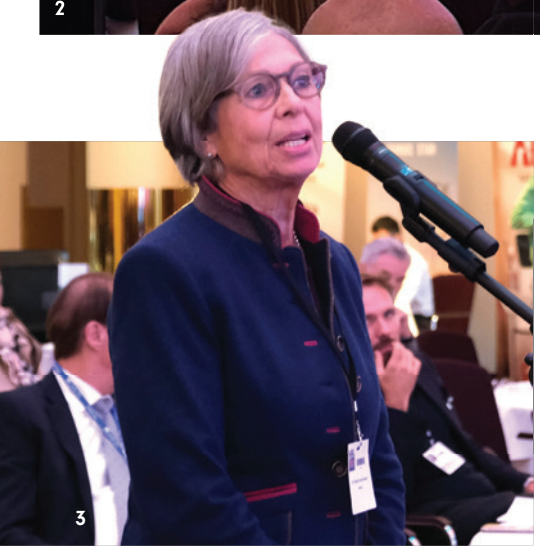
Zwei derart außerordentliche Beiträge mussten diskutiert werden, denn überspitzt könnte man im direkten Vergleich sagen „Steinzeit gegen Computerspiele" – aber war das denn wirklich so? Eindeutig nein, denn am Ende trafen sich die vermeintlichen Kontrahenten überaus versöhnlich zu einem Resümee – zur Erzielung nachhaltiger Ergebnisse in der ästhetisch relevanten Zone bedarf es nach wie vor profunder anatomischer Kenntnisse und langfristiger Konzepte. Dabei unterstützen die neuen digitalen Optionen ganz wesentlich und eröffnen auch die eine oder andere Option, die in der analogen Welt nicht möglich gewesen ist. Hier erwies sich die anschließende Podiumsdiskussion neben den beiden herausragenden Vorträgen als dritter Höhepunkt der Eröffnungssession, hatten die Kongressteilnehmer/-innen doch die Gelegenheit, mit führenden Experten „beider Welten" zu diskutieren. Die Tiefe der Diskussion und auch die Anzahl der Fragen bestätigten, dass mit den drei Referenten exakt die richtigen für das Zukunftspodium gefunden wurden. Erfreulich in diesem Zusammenhang auch die große Anzahl jüngerer Kolleg/-innen im Auditorium, die die Podiumsdiskussion mit zahlreichen Fragen befeuerten.



Abb. 1: Dr. Rolf Vollmer und Dr. Georg Bach.



2


3


4


5

Tutorials

Bereits eine kleine Tradition bei DGZI-Kongressen stellen die Vertiefung bestimmter Themen in Form von Tutorials dar: Diese ermöglichen den Teilnehmer/-innen, einen einmaligen Einblick in die Arbeit renommierter Kollegen zu erleben – und dies in bestechender Qualität. Mit der Einführung dieses Formats beschritt die DGZI dereinst Fortbildungsneuland, das ist heute anders, längst sind die Tutorials unentbehrlicher und fester Bestandteil zahlreicher Kongresse geworden. Dennoch überzeugen die OP-Tutorials der DGZI-Kongresse weiterhin inhaltlich und ferner mit aufwendiger und bemerkenswerter Übertragungsqualität.

Einen furiosen Auftakt liefert hier Prof. Dr. Puria Parvini, der über „Schlüsselfaktoren für erfolgreiche Sofortimplantation und -versorgungen mit innovativem Implantatdesign" sprach. Sein Kongressthema ist auch seine Paradedisziplin, dies war ab Minute eins des Parvinischen Vortrags spürbar. „Heilungsprozess bedeutet Resorption, und dies wiederum bedeutet Verlust", so der Frankfurter Hochschullehrer. Um diesem Verlust vorzubeugen, sollte wann immer möglich das Instrument der Sofortimplantation genutzt werden. Faktoren, die die Sofortimplantation beeinflussen, wurden durch Prof. Parvini vorgestellt und umfassend erläutert. Vom Phänotyp über die Planung und das zur Anwendung kommende Material bis hin zum Protokoll. Seine Ausführungen und Thesen untermauerte Parvini mit zahlreichen klinischen Beispielen. Ein praxisnaher Tipp – „Verwenden Sie möglichst geringe Implantatdurchmesser, denn breite verursachen Knochen- und Volumenverlust sowie Resorption!"

Dr. Stefan Reinhardt stellte seine Langzeiterfahrungen zur „Sofortimplantation und Sofortversorgung im Praxisalltag – Konzept und Erfahrungen aus 15 Jahren“ vor. Um diese zu erreichen, stellte Dr. Reinhardt folgende Forderungen auf: „1,5 mm subkrestal der vestibulären Knochenlamelle ist die ideale vertikale Position für ein Sofortimplantat“, so der Münsteraner Implantologe. Die ideale Distanz des Spalts zwischen Implantat und bukkaler Lamelle ist bei 2 bis 3 Millimetern zu suchen. Um einen direkten Kontakt von Implantat zu Knochenersatzmaterial zu vermeiden, verwendet Kollege Reinhardt Eigenknochen, und dann erst kommt das Knochenersatzmaterial zum Einsatz. In einigen Details unterscheidet sich das von ihm angewandte Prozedere vom allgemein konsentierten.

Table Clinics

Für manchen Teilnehmer klassischer Frontalkongressformate ein ungewohnter Anblick – statt der üblichen auf die Bühne ausgerichteten parlamentarischen Bestuhlung nun Rundtische im Sinne einer Bankettbestuhlung! An diesen fanden in drei Staffeln Tischdemonstrationen zu unterschiedlichsten Spezialthemen der Implantologie statt. Jede ausstellende Firma hatte einen Tisch zur Verfügung gestellt bekommen und Referenten verpflichtet, die die Demonstrationen durchführten – hier erwiesen sich die unmittelbar zur Demonstration stattfindenden und auch die anschließenden Diskussionen und Austausche als sehr Erkenntnis bringend. Ein neues Format, welches erneut auf hohe Akzeptanz sowohl der Kongressteilnehmer als auch der Dentalaussteller stieß.

Der zweite Kongresstag – der „Wissenschaftstag“

Nachdem der erste Kongresstag stark praktisch ausgerichtet war, standen am zweiten Kongresstag speziell die wissenschaftlichen Aspekte im Mittelpunkt. Ausgehend von einer Bestandsaufnahme zu aktuellen Trends ging es aber auch hier verstärkt um die Frage, wie wird die Implantologie der Zukunft aussehen? Das Samstagsprogramm des 54. Internationalen Jahreskongresses der DGZI bot somit wissenschaftliche Überblicksvorträge zu allen relevanten Bereichen der oralen Implantologie wie digitale Implantologie/Prothetik, Knochen und Gewebe sowie Materialien und Design.
Die DGZI-Kongressmacher verfolgten hier erneut das Ziel, dass es bei diesen Vorträgen vorrangig darum gehen sollte, darzustellen, was sein wird, daher nicht um Case Reports oder Vorstellung einzelner Studien, sondern um die Entwicklungsrichtungen und Visionen. Drei Themenblöcke zogen das Auditorium in den Bann:

Session 1: Prothetische Konzepte zwischen Troubleshooting und Schlüssel zum langfristigen Erfolg
Seit vielen Jahren ein Experte auf dem Gebiet des implantatprothetischen Troubleshootings – Prof. Dr. Matthias Karl, der jüngst als Ordinarius von Homburg nach Marburg wechselte, sprach über „Trouble in der Implantatprothetik“. Der Marburger Hochschullehrer definierte zahlreiche „Problemzonen“ der Implantatprothetik und untermauerte seine Ausführungen mit zahlreichen Fallbeispielen. Da waren primär die planungsfehlerhaften Kom-



6



7


8

Abb. 2: Impression.
Abb. 3: Dr. Elisabeth Jacobi-Gresser im Referententalk.
Abb. 4: Dr. Navid Salehi im Referententalk.
Abb. 5: Priv-Doz. Dr. Stefan Röhling im Referententalk.
Abb. 6: Impression.
Abb. 7: Einleitende Worte zum Kongressauftakt.
Abb. 8: Die Beiträge wurden für ein internationales Auditorium simultan übersetzt.



10

ponenten, dann die biologischen und letztendlich die technisch-mechanischen Komplikationen. „Wir reden hier über ein praxisrelevantes Thema!", so Prof. Karl, Abhilfe schaffen in der Hybridprothetik die strikte Beachtung einer gemeinsamen Einschubrichtung mehrerer Implantate zur Vermeidung von Abrasion und Fraktur von Abutments. Das Auftreten einer technischen Komplikation, so Prof. Karl, kann als Hinweis auf eine eventuell später auftretende Implantatfraktur gewertet werden. Überraschend auch sein Fazit: „Arbeiten Sie genau, aber vergessen Sie das Thema passive fit!" Neben dem Implantat-Abutment-Interface spielen seiner Ansicht nach auch Copy-Cat-Implantate eine wesentliche Rolle für das Auftreten technischer Komplikationen. Und wie kommen wir nun aus diesem Dilemma? Die Antwort von Prof. Karl: gute Dokumentation, bewährte Komponenten und kooperative Hersteller!

„Verbundbrücken – das Stiefkind oder der Joker?" – Dr. Olivia Höfer definierte klar und fundiert, wann Verbundbrücken in der oralen Implantologie funktionieren und wann eben nicht. Die an der Universitätszahnklinik Freiburg tätige Oberärztin wartete ebenfalls mit hervorragend dokumentierten Fallbeispielen auf. Gleich zu Beginn ihrer Ausführungen startete Dr. Höfer eine Saalumfrage, die belegte, dass auch die Mehrheit im Auditorium Verbundbrücken eher kritisch gegenübersteht. Dr. Höfer unterschied zwischen technischen und biologischen Komplikationen. Die Zahnintrusion trifft vor allem bei ungünstigen Verbindungen einer Verbundbrücke, hier haben sich die nonrigiden Verbindungen als günstig erwiesen. Die Zahnfraktur wird zwar immer wieder als Komplikation angegeben, ist in der Literatur mit unter 5 Prozent Wahrscheinlichkeit aber eher als untergeordnet zu betrachten, wobei Parodontitis und Periimplantitis höhere Relevanz (Wahrscheinlichkeit um die 13 Prozent) aufweisen. Bei den technischen Komplikationen haben sich Frakturen als häufigste Komplikationen erwiesen, wobei vollkeramische Brücken wesentlich schlechter abschnitten als Verblendbrücken. Eine weitere technische Komplikation stellt die Schraubenfraktur dar. Letztendlich weisen Verbundbrücken signifikant geringere Überlebensraten als rein implantatgetragene Brücken auf. Unter Berücksichtigung der gerade in der Überarbeitung befindlichen Leitlinie empfiehlt Dr. Höfer eine sehr strenge Indikationsstellung und sieht Verbundbrücken eher als Therapie der zweiten Wahl als – um in ihrem Thema zu bleiben – als „Joker in der Hinterhand"!

Nicht mehr aus der deutschen Kongresslandschaft wegzudenken ist Priv.-Doz. Dr. Dr. Keyvan Sagheb, der über „Stabile periimplantäre Gewebe – Schlüssel zum langfristigen Erfolg" sprach. Dr. Sagheb ist Mitarbeiter der überaus rührigen kieferchirurgischen Abteilung der Universitätszahnklinik Mainz und dort in Funktion eines Oberarztes tätig. Erstaunlicherweise findet sich in der Literatur kein eindeutiger Hinweis für die bedingungslose Erfordernis stabiler Weichteilverhältnisse für einen implantologischen Langzeiterfolg. Evidenz liegt aber dafür vor, dass bei ungünstigen Schleimhautverhältnissen an Implantaten eine operative Verbreiterung der marginalen Gingiva zu einer wesentlichen Verbesserung der Implantatprognose führt. Auch in der Phenotypänderung oder in der Kombination aus beiden sieht Dr. Sagheb einen hoffnungsvollen Lösungsansatz. Besonderen Wert legte der Mainzer Hochschullehrer auf das Alveolenmanagement. Bei ungünstigen Ausgangsbedingungen hat sich hier sowohl auf Weich- wie auf Hartgewebsseite die Anwendung rein autologischer Materialien als Conditio sine qua non erwiesen.

Session 2: Knochen und Hartgewebe – Regeneration

Auch Prof. Dr. Dr. Johannes Kleinheinz hatte ganz wie sein Vorredner das Weichgewebe im Fokus, aber nicht nur dieses, der an der Universität zu Münster tätige Hochschullehrer nahm auch das Hartgewebe in seine Ausführungen auf. Prof. Kleinheinz sprach über „Knochen und Weichgewebe – welche biologischen Zusammenhänge bestehen?" Während Knochendefizite mittels radiologisch bildgebender Verfahren recht einfach mess- und beurteilbar sind, so trifft dies für die Beurteilung von Weichgewebsdefiziten nur eingeschränkt zu, da uns hier oftmals Messinstrumente und -Verfahren fehlen. Prof. Kleinheinz hat sich in den vergangenen Jahren sehr intensiv mit dem Zusammenspiel Weichgewebe und Gefäßversorgung beschäftigt und hier ausgezeichnete Grundlagenforschung betrieben, die u. a. in vielbeachteten Empfehlungen für Schnittführungen mündeten. Aus diesem reichen Erfahrungsschatz leitete Prof. Kleinheinz zahlreiche praxisrelevante Tipps für chirurgische Vorgehensweisen ab, so z. B. unbedingt im Rahmen der Sofortimplantation auf ein freies Schleimhauttransplantat zu verzichten, wenn die bukkale Lamelle unter einem Millimeter dick ist. Periimplantäres Hart- und Weichgewebe besitzen eine bidirektionale Funktion, wobei dem Weichgewebe eine Schutzfunktion zugeordnet werden kann. Aus diesen Überlegungen heraus definierte Prof. Kleinheinz seine Empfehlungen zum Phänotyp: Aus dickem Knochen resultiert grundsätzliche eine dünne Weichteilbedeckung und umgekehrt, eine typische reverse Relation. Abschließend empfahl Prof. Kleinheinz grundsätzlich zuerst eine hartgewebige Behandlung von Knochendefiziten und dann erst die Behandlung der Weichgewebsdefizite. Und – „glauben Sie mir, momentan wird viel zu viel Weichteilaufbau durchgeführt, dies meine Erfahrung!", so das Schlusswort des Münsteraner Kieferchirurgen.

Der demografische Wandel hinterlässt überall seine Spuren – auch in der zahnärztlichen Implantologie! Prof. Dr. Thomas Weischer sprach über „Moderne Implantologie bei einem zunehmend älter werdenden Patientenklientel". 2035 wird Deutschland die älteste Bevölkerung der Welt haben, dies – verbunden mit gesundheitsbedingten Limitationen – bedingt die Entwicklung patientenindividueller Therapiekonzepte beim alten (Implantat-)Patienten. Beim Patientenkontingent der „alten Alten" fehlen uns viele Daten und Erkenntnisse. Beim geriatrischen Patienten ist ein ganzheitlicher Therapieaspekt entscheidend, der seine Limitationen (Hören, Sehen, Lesen, Farbempfinden, taktile Fähigkeiten, kognitive Fähigkeiten etc.) berücksichtigt. Polypharmazie und Art der Medikamente (Antiresorptiva/Psychopharmaka etc.) limitieren zudem den Implantaterfolg. Ziel muss es sein, in Abhängigkeit der physischen und psychischen Situation die individuell beste Therapie zu finden. Die Verwendung zweiteiliger Implantate, die mehr prothetische Lösungen bieten, die Option der Sofortimplantation mit schnellem Behandlungsabschluss und die Wahl minimalinvasiver, einfacher, in der Regel abnehmbarer Versorgungskonzepte, haben sich hierbei als hilfreich erwiesen, so Prof. Weischer.

„Digitaler Workflow in meiner Praxis – wie wir Zeitersparnis und Patientenkomfort verbinden" – ein anspruchsvolles Thema, dem sich Jil de Jonghe-Veenhuis stellte. Die in Hamburg tätige Kollegin hat das gesamte implantologische Prozedere ihrer Praxis auf digitalen Workflow umgestellt. de Jonghe-Veenhuis sieht im digitalen Workflow eine geeignete Option, Komplikationen zu vermeiden und erwies sich bei der Präsentation ihrer klinischen Fälle als ausgeprägte Befürworterin eines französischen Implantatsystems.


11



12

Abb. 10: Young Generation DGZI.

Abb. 11: Gute Laune am DGZI-Stand.

Abb. 12: Impression aus der Industrieausstellung am Stand der Fa. Straumann.

Mehr Bilder finden Sie in der Onlinegalerie.



Abb. 13: Prof. Dr. Tobias Fretwurst in der Camlog Table Clinic.

Session 3: Weichgewebe, keramische Implantate und Langzeitkonzepte

Die dritte Session widmete sich implantologischen Randgebieten, von denen indes alle hohe Praxisrelevanz aufweisen – drei Vorträge mit stark unterschiedlichem Fokus ergänzten sich dennoch in idealer Weise:

„Welcher Einfluss hat ein endodontologischer Misserfolg auf die prospektive Implantologie?", in der Tat ein drängendes und forderndes Thema, dem sich Prof. Dr. Christian Gernhardt widmete. Der Hallenser Hochschullehrer plädierte klar für den primären Zahnerhalt, dem dann später eine Implantatbehandlung folgen kann, aber nicht folgen muss. Um dies zu gewährleisten, ist eine konsequente Risikobeurteilung geboten, ebenso wie deutliche Verbesserungen des Outcomes von Wurzelbehandlung erfolgen müssen – die endodontogische Lernkurve ist hier entscheidend, so Prof. Gernhardt. Fakt ist indes, dass bei günstigem Behandlungsverlauf neun von zehn Zähnen erhalten werden können und auch bei sehr schweren Fällen mit ausgeprägten periapikalen Läsionen sieben von zehn Zähnen – deshalb das klare Fazit des Hallenser Hochschullehrers: „Endo first, implantology second!"

Dr. Elisabeth Jacobi-Gresser ist seit vielen Jahren auf dem Gebiet der immunologischen Grundlagenforschung bei Implantaten tätig und hat dieses Thema im Rahmen ihrer Tätigkeit als Fortbildungsreferentin der Deutschen Gesellschaft für Implantologie auch zu einem der Fokusthemen der DGZI gemacht. Priv.-Doz. Dr. Stefan Röhling verdanken wir die wesentlichen wissenschaftlichen Grundlagen und Forschungsergebnisse zu Zirkondioxidimplantaten. Somit ein ideales Referentenduo! Ihr Thema: „Keramik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Patient". Die Aktivierung des Interleukinkomplexes, so Dr. Jacobi-Gresser, die auch als Umweltzahnmedizinerin tätig ist, kann sich bei manchen Patienten als unvorteilhaft erweisen. Hier stehen nichtmetallische Implantate ohne umgebende dünne Oxidschicht als hochwertige Alternative zur Verfügung. Auch die Weichteilheilung und die periimplantäre Situation sprechen für die Anwendung von Zirkondioxidimplantaten. Osseointegration, Ästhetik/vorgängige PARO-Historie und die klinischen Daten sprechen für die Verwendung von Keramikimplantaten, so das Referentenduo.

Die DGZI ist traditionell international sehr gut vernetzt. Eine besonders intensive und fruchtbare Kooperation besteht seit vielen Jahren mit japanischen Kolleg/-innen und deren implantologischer Fachgesellschaft.

Ein beredtes Zeichen dieser außerordentlichen Zusammenarbeit war der Beitrag von Dr. Hidetaka Furuya, der einen in englischer Sprache vorgetragenen Beitrag „Cases of alveolar ridge preservation and immediate implant placing using hydroxyapatite/collagen nanocomposite bone graft tissues" zum wissenschaftlichen Programm beisteuerte.

Ein kurzes Fazit

Auch beim 54. Jahreskongress der DGZI in Hamburg konnten die Kongressteilnehmer/-innen in der Tat ein besonderes und innovatives Fortbildungsereignis erleben. Bemerkenswert war, dass der Kongress in Hamburg erfreulich gut besucht war und wie bereits im Vorjahr eine deutliche Verjüngung des Auditoriums festzustellen war. Aber nicht nur das: Aus verschiedenen Blickwinkeln von Wissenschaft, Praxis, Politik und Industrie wurde eine attraktive Ebene der Interaktion erreicht. Mit dem Versuch, der dringenden Frage nachzugehen, wie die Implantologie in fünf oder vielleicht zehn Jahren aussehen wird und wie dann neben den fachlichen Aspekten die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sein werden, hat sich die DGZI der Aufgabe „Auflösung des Spannungsfelds" gestellt und entsprechende Antworten gegeben. Darüber hinaus standen überaus namhafte Referent/-innen der deutschsprachigen zahnärztlichen Implantologie auf der Bühne des Elysée Hotels und sorgten für einen überaus gelungenen Kongress!

„Hamburg war ein gutes Pflaster für die DGZI, ein herzlicher Dank gilt der Hansestadt", so DGZI-Präsident Dr. Bach in seinem Schlusswort.

Abbildungen: © OEMUS MEDIA AG

kontakt.

Dr. Georg Bach
Präsident der DGZI
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Rathausgasse 36
79098 Freiburg im Breisgau
doc.bach@t-online.de

Infos zum Autor

Infos zur Fachgesellschaft

ANZEIGE



© seqoya – stock.adobe.com

DRESDNER IMPULSE
NEUES UND BEWÄHRTES IN DER ORALEN IMPLANTOLOGIE
55. JAHRESKONGRESS DER DGZI

13./14. NOVEMBER 2026
MARITIM HOTEL & INTERNATIONALES CONGRESS CENTER DRESDEN

Wissenschaftlicher Leiter:
Dr. Georg Bach

DGZI
Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland · Tel.: +49 341 48474-308 · event@oemus-media.de