



Seitenzahnbereich ist die VMK mit Keramikschulter vorzuziehen, da die Vollkeramik hier nicht die notwendige Stabilität aufweist. Mögliche Lösungen sind die bereits auf dem Markt befindlichen oder aufkommenden Zirkonoxydkeramiken, wie z.B. das Procerasystem. Auch die Herstellung der Gerüste mit Hilfe von CAD/CAM-Systemen wird in naher Zukunft die Herstellung von bruchsicheren Vollkeramikbrücken ermöglichen. Vor den bisherigen Vollkeramikbrückensystemen warnte Prof. Schärer ausdrücklich. Er zeigte Erfolge und Misserfolge in sehr eindrücklichen Bildern und wissenschaftlichen Studien.

Züricher Meßlatte

An einem Patientenfall zog er alle Register der modernen zahnärztlichen Therapie. Von der ästhetischen Befundaufnahme, dem Parodontalbefund, der Vorbehandlung mit Eierschalenprovisorien und Kammaufbauten, Papillengestaltung, Endpräparation und Abdrucknahme bis zur erfolgreichen Eingliederung, Nachsorge und Langzeitdokumentation.

Es war sein Vermächtnis, seine Zürcher Schule, die uns all die Jahre die „Meßlatte“ in der restaurativen Zahnheilkunde war und noch lange bleiben wird. Er hatte Skripten mitgebracht, die man auch nach wie vor noch bestellen kann, in einer Qualität und Schlüssigkeit – besser als manches Lehrbuch!

Alles Gute, Herr Professor!

Im nächsten Jahr möchte er seine Vortragstätigkeit einstellen und seine Dias verbrennen. Wenn er uns sagt wo, stehen wir sicher alle mit dem Feuerlöscher parat. Seinen Abschied von seiner Abteilung hat er schon vollzogen - momentan ordnet er noch die wirtschaftlichen Dinge des Zahnärztlichen Instituts – er möchte auf Schärerart alles ordentlich hinterlassen. Dann, so sagt er, möchte er von Zähnen eigentlich nichts mehr wissen. Dann wird sicher sein Golfhandycap besser.

Auf einen erfüllten Lebensabend! Alles Gute, Herr Professor!

Dr. Wolfram Bücking, Wangen

Aus der Forschung: Schlüsselloch-Chirurgie auch bei Zahnimplantaten

Eine neue endoskopische Technik mit dem (musikalisch klingenden) Namen „Salsa“ (Subantroskopisch Laterobasale Sinusboden Augmentation) wird von Wissenschaftlern der Universität Göttingen seit einiger Zeit angewandt. Sie ermöglicht ohne die bis dato übliche Knochenentnahme aus der Hüfte das Einbringen nur kleiner Mengen Knochenersatzmaterials, Wachstumsfaktoren und eigenen Knochens durch eine Öffnung von nur fünf Millimetern in einen künstlich mit dem Endoskop erzeugten Raum zwischen Kieferknochen und Kieferhöhlenschleimhaut. Laut Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke, Abteilung Zahnärztliche Chirurgie, hat die neue Technik auch bei ungünstigem Implantatlager des seitlichen Oberkiefers eine Erfolgsquote von 94%. Das habe eine Untersuchung an mehr als 200 Implantaten an der Göttinger Klinik über einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren nachgewiesen. Während des en-

doskopischen Eingriffs kann der Zahnarzt in einem Arbeitsgang auch dentale Implantate einsetzen. Der Einsatz des Endoskops ermöglicht es, den Knochenverlust beim Kieferhöhlenaufbau sehr gering zu halten, vergleichbar mit dem Verlust an Zahnschubstanz bei der Füllung eines Molaren. Die für die Knochenregeneration wesentliche Blutversorgung wird erhalten und der gefürchteten Komplikation, einer Mund-Antrum-Fistel, vorgebeugt. Die neue Technik ist das Ergebnis 10jähriger Forschungsarbeit des ursprünglich aus der HNO kommenden Prof. Engelke. Durch Verbesserung der endoskopischen Systeme zur sog. Stütz-Immersion-Endoskopie können jetzt sogar die Bohrstollen für Implantate während der OP genau untersucht und das geeignete Implantat nach der Beschaffenheit des Implantatlagers ausgewählt werden. Die Endoskopie gibt auch Auskunft über die Belastbarkeit des Knochens und dessen Regenerationspotential, so daß insgesamt die zahnärztliche Implantatbehandlung durch die Schlüssellochtechnik sicherer wird.

Ulrike Nover/Pressemeldung des Univ. Klinikums Göttingen