

Kindesmisshandlung

Anna-Christina Zysset

Das Tabu, mit dem das Thema Kindesmisshandlung lange belegt war, ist langsam am Abbröckeln. Auf Grund eines Postulates von Judith Stamm legte eine Expertengruppe 1992 dem Bundesrat einen Bericht über Kindesmisshandlung vor. Dieser zeigte mit aller Deutlichkeit, dass wir unsere Augen vor dieser unbequemen Realität nicht verschliessen dürfen. Seither beeindruckt der rasante Anstieg der registrierten Erfassung von Kindesmisshandlung in der Schweiz auf Grund verbesserter Strukturen zur Erfassung von Kindesmisshandlung. Die meisten Misshandlungen bleiben aber auch heute im Dunkeln. Die Information und Sensibilisierung zu diesem Thema soll mithelfen, Gewalt erst gar nicht entstehen zu lassen. Wo sie trotzdem ausgeübt wird, sollen Opfer die nötige Hilfe erhalten, um weitere Misshandlungen zu verhindern sowie Anteilnahme an ihrem Leid erleben zu dürfen. Den Tätern ist die Chance zu geben, ihre Fehler zu erkennen und neue gewaltfreie Verhaltensweisen einzuüben. Nach dem Grundsatz Helfen statt Strafen richtet der Schweizerische Kinderschutzbund SKSB, als politisch und konfessionell neutraler Verein im Sinne von Art. 60 ff. ZGB alle seine Kräfte auf eine gewaltlose Erziehung zum Wohle unserer Kinder.

Was ist Kindesmisshandlung

Gewöhnlich wird bei Kindesmisshandlung nur an schwere körperliche Verletzungen des Kindes gedacht. Kindesmisshandlung hat jedoch fließende Grenzen, sie reicht von der so genannt gesunden Ohrfeige über die «wohlverdiente» Tracht Prügel bis zum sexuellen Missbrauch und lebensbedrohenden Verletzungen. Angst erregende Erziehungsmaßnahmen, bedrohendes, unterdrückendes Erziehungsklima, Lieblosigkeit, Ablehnung, Zurückweisung, Erniedrigung, Inkonsistenz in der Erziehung gehören zu den seelischen Misshandlungen, die – da versteckter und unauffälliger – noch weniger erkannt werden als die körperlichen.

Gratwanderung

«Gewalt in der Familie ist ein schwerwiegendes Problem, bei dem sich die heikle Frage nach den Grenzen staatlichen Eingreifens stellt. Sich in das Geschehen im Familienkreis einzumischen, ist nicht leicht. Es bedeutet in die intimste aller Sphären einzudringen; sich zu einem der letzten Zufluchtsorte des Individuums gegenüber der Gesellschaft Zugang zu verschaffen. Der Staat muss diese Intimität natürlich respektieren, er darf aber nicht dulden, dass die Grundrechte eines



Menschen hinter verschlossener Tür mit Füßen getreten werden», so die Worte unserer Sozialministerin Bundesrätin Ruth Dreifuss.

Die Sünder der Väter ...

Bleibend sind in jedem Fall die seelischen Schäden. Die Gefahr, dass misshandelte Kinder später ihre eigenen Kinder misshandeln, ist gross, auch wenn der Wunsch vorhanden ist, es den Eltern nie gleichzutun!

Mitteilungsrecht und Mitteilungspflicht

Beamte und Berufsleute wie Mediziner, Anwälte und Geistliche stehen unter dem Amts- und Berufsgeheimnis. Wenn

es jedoch um die Misshandlung eines Kindes geht, dürfen sie ihr Schweigen brechen, wie Artikel 358^{ter} des Schweizerischen Strafgesetzbuchs besagt.

Mitteilungsrecht «Ist an einem Unmündigen eine strafbare Handlung begangen worden, so sind die zu Wahrung des Amts und Berufsgeheimnisses (Art. 320 und 321) verpflichteten Personen berechtigt, dies in seinem Interesse den vormundschaftlichen Behörden zu melden.» Strafuntersuchungsbehörden und Gericht sind sogar gesetzlich verpflichtet, die Vormundschaftsbehörde zu benachrichtigen. Artikel 358^{bis}.

Mitteilungspflicht «Stellt die zuständige Behörde bei der Verfolgung von strafbaren Handlungen gegenüber Unmündi-

gen fest, dass weitere Massnahmen erforderlich sind, so informiert sie sofort die vormundschaftlichen Behörden.»

Weitere hilfreiche Informationen finden Sie in dieser Broschüre: «Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken», Broschüre 15 Seiten, herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie und für Pädiatrie. Zu beziehen zum Preis von Fr. 5.– bei: Sekretariat Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich

Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
Fax 01/266 76 45 oder im Internet:
www.sgp.hin.ch/main/guidelines/index.htm

Und führe uns nicht in Versuchung

Gewalt in der Familie ist eigentlich ein Symptom für andere Probleme, die es zu lösen gilt. Von denen gibt es viele: Die Schwierigkeit – vor allem für Alleinerziehende –, berufliche und familiäre Aufgaben miteinander zu vereinbaren. Zu kleine hellhörige Wohnungen, schwierige finanzielle Verhältnisse bringen kinderreiche Familien oft in Bedrängnis. Durch falsche politische Entscheide wie die Streichung von Geldmitteln zur Betreuung von Kinderkrippen, Tagesschulen sowie die Kürzung für Spezialunter-



richt u. a. m. zwecks Steuersenkung erhöhen wir die Gewaltbereitschaft, denn viele Kindesmisshandlungen geschehen aus Überforderung und Stress.

Mit dem gezielten Einsatz gegen Armut und gesellschaftliche Ausgrenzung kön-

nen wir zum Abbau von Gewalt beitragen. Christine Vetter hat in der zm einen interessanten Artikel zu diesem heiklen Thema verfasst, den wir hier praktisch unverändert abdrucken. ■

fort und die Eltern verhalten sich gegenüber den Kindern gewalttätig, selbst wenn sie sich bewusst vorgenommen haben, ein solches Verhalten gegenüber ihren eigenen Kindern nie zu zeigen.

Dabei muss man sich bewusst bleiben, dass die Kindesmisshandlung, so Jungjohann, viele Gesichter hat und auch von Ärzten nicht immer leicht zu erkennen ist. Neben der körperlichen Misshandlung und dem sexuellen Missbrauch nennt der Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch den emotionalen und den foetalen Missbrauch, zwei Formen, die nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch in medizinischen Lehrbüchern bislang vernachlässigt werden.

Kindesmisshandlung

Quelle: Christine Vetter, zm

Ausgeschlagene Zähne, Druckstellen, Schürfwunden und Hämatome – die Mutter erklärt, der Fünfjährige sei auf dem Spielplatz gestürzt. Mag sein, dass sie Recht hat. Andererseits können auch Sie als Zahnarzt mit dem Problem der Kindesmisshandlung konfrontiert werden. Worauf zu achten ist und was im Verdachtsfall weiterhilft, soll in diesem Beitrag dargestellt werden.

Mehrmals jährlich erschüttern Presseberichte über unfassbare Kindesmisshandlungen – nicht selten mit tödlichem Ausgang – die Öffentlichkeit. Doch das Thema «Gewalt gegen Kinder» ist nicht neu: Schon seit den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gibt es eine Art «Geschichtsschreibung» zu dieser Problematik, die zunehmend ihren Weg in die Öffentlichkeit findet. Diese ist stärker sensibilisiert als früher und doch braucht es oftmals sehr lange, ehe den betroffenen Kindern geholfen wird.

Kindesmisshandlung, Kindesvernachlässigung und auch sexueller Missbrauch von Kindern werden jedoch immer häufiger ein Thema, das die Gemüter bewegt. Ärzte und auch Zahnärzte spielen bei der Problematik eine besondere Rolle. Bei ihnen werden die Eltern mit ihrem Sprössling vorstellig, wenn dieser medizinische Hilfe braucht. Zu erkennen, dass eine Kindesmisshandlung die Ursache der Symptome ist, ist jedoch oft nicht einfach, und viele Ärzte fühlen sich in dieser Situation überfordert. Sie wissen nicht, wie sie sich juristisch richtig verhalten müssen und stehen nicht zuletzt auch wegen der Schweigepflicht vor anscheinend unlösbaren Problemen. Noch schwerer als die Kindesmisshandlung zu erkennen, kann es deshalb werden, im Verdachtsfall das Problem nicht zu ignorieren, sondern das Gefühl der Unsicherheit und der Hilflosigkeit, das sich einstellt, abzustreifen und sich zu engagieren, damit das betroffene Kind Hilfe erfährt.

Was ist Kindesmisshandlung?

Die Kindesmisshandlung ist definiert als «die nicht zufällige, bewusste oder unbewusste gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen geschieht und die zu



Verletzungen und/oder Entwicklungshemmungen oder sogar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte des Kindes beeinträchtigt oder bedroht». Nach dieser Definition dürfen die erhobenen Befunde, egal ob es sich um körperliche, psychische oder psychosoziale Auffälligkeiten handelt, nicht zufällig aufgetreten oder Folge eines Unfalls sein, wie dies von den Eltern oft vorgetragen wird. Die Definition impliziert ferner, dass das gewalttätige Verhalten Erwachsener gegenüber Kindern nicht nur Ausdruck bewusster Handlungen sein muss, sondern auch durch unbewusste psychische Abläufe bedingt sein kann. Die Kindesmisshandlung ist dabei – so schreibt es Dr. Eugen E. Jungjohann von der Kinderschutzambulanz in Düsseldorf als Herausgeber des Praxis-Leitfadens «Hilfen für misshandelte Kinder» – nicht selten Folge innerer Konflikte des schädigenden Erwachsenen.

Kindesmisshandlung hat viele Gesichter

Die Kindesmisshandlung ist nach Jungjohann ausserdem oft ein Verhalten von Erwachsenen, die in ihrer Kindheit selbst Opfer von Misshandlungen oder sexuellem Missbrauch waren. Gewalt setzt sich oft über Generationen hinweg

Die körperliche Misshandlung

Körperliche Misshandlungen bei Kindern sind weiter verbreitet, als gemeinhin bekannt sein dürfte. Das betrifft vor allem das Säuglings- und Kleinkindalter. Immerhin werden von 1000 Neugeborenen sechs so schwer verletzt, dass ein Viertel davon stirbt oder schwere Dauerschäden davonträgt.

Hochgerechnet auf die rund 700 000 Geburten pro Jahr in Deutschland ergibt sich eine erschreckende Bilanz: So ist jährlich mit 70 neuen Fällen einer Phenylketonurie zu rechnen und etwa 350 der Neugeborenen leiden an einer zystischen Fibrose (Mukoviszidose). 4000 Kinder jedoch werden Opfer einer schweren körperlichen Misshandlung, 13 000 Kinder werden Opfer des sexuellen Missbrauchs.

Eine körperliche Misshandlung liegt, so die Definition, vor, wenn durch körperliche Gewaltanwendung Kindern ernsthafte, vorübergehende oder bleibende Verletzungen oder der Tod zugefügt werden. Von einer Kindesmisshandlung spricht man ferner, wenn gewalttätiges Verhalten der Eltern oder anderer erziehender Personen ein Grundelement der Kindererziehung ist.

Besonders gefährdet sind Säuglinge und Kleinkinder, weshalb die Kinderärzte ge-

Zum Thema der Kindesmisshandlung hat der Schweizerische Kinderschutzbund zusammen mit dem Schweizerischen Komitee für UNICEF, Schweizerischen Stiftung Pro Juventute, Stiftung Kinder und Gewalt sowie Stiftung Kinderdorf Pestalozzi eine Broschüre herausgegeben:

Kindesmisshandlung, Fakten, Intervention, Prävention, zweite aktualisierte Auflage 1997, Kaufpreis Fr. 5.-, zu beziehen bei:

Kinderschutz Schweiz

Postfach Tel. 031/398 10 10

3000 Bern 14 Fax 031/398 10 11

halten sind, bei den Vorsorgeuntersuchungen gezielt auch auf potenzielle Zeichen einer körperlichen Misshandlung zu achten ebenso wie auf Entwicklungsverzögerungen des Kindes, auf seinen Pflegezustand oder Verhaltensauffälligkeiten. An die Möglichkeit einer körperlichen Misshandlung ist zudem immer auch bei einem plötzlichen Kindstod (SIDS, Sudden Infant Death Syndrom) zu denken, wenngleich nach Jungjohann dem SIDS in diesem Zusammenhang kein grosser Stellenwert zukommt.

Mannigfaltige Gewalt

Die Gewaltformen, denen Kinder ausgesetzt sind, sind dabei mannigfaltig. So wird nach Jungjohann geschlagen, mit Händen, Fäusten und auch mit Gegenständen. Kinder werden getreten, gestossen und geschleudert sowie massiv geschüttelt, was zu typischen Griffmarken an beiden Oberarmen, eventuell mit Prellmarken im Brustbereich führt. Kinder werden gewürgt und mit Kissen erstickt, verbrüht und mit Zigaretten verbrannt. Es werden ihnen ätzende und giftige Substanzen gegeben und es ist immer auch auf körperliche Verletzungen im Genital- und Anusbereich als Folgen eines sexuellen Missbrauchs zu achten.

Münchhausen-Syndrom

Eine eher seltene, aber durchaus realistische Variante stellt das so genannte Münchhausen-Syndrom by proxy dar. Der Begriff charakterisiert das psychologisch bedingte Bedürfnis, sich selbst Krankheitszeichen oder Krankheiten zuzufügen mit dem Ziel, ärztliche Behandlung und Zuwendung zu bekommen, schreibt der Mediziner in seinem Praxis-Leitfaden.

Der Ausdruck by proxy beschreibt die Tatsache, dass Ähnliches auch einem Kind zugefügt werden kann, etwa durch die Gabe toxischer Substanzen oder Medikamente oder zum Beispiel durch Beimengungen von Blut zu den Ausscheidungen des Kindes. Selbst ein kurzfristi-

ges Erstickten des Kindes, um Apnoen oder Anfälle vorzutäuschen, ist nach Jungjohann möglich, wobei die versorgenden Erwachsenen üblicherweise ein überaus besorgtes Verhalten zeigen.

Der Mediziner macht in diesem Zusammenhang auch darauf aufmerksam, dass das Verhalten der Eltern, die das Kind in der Praxis vorstellen, generell von Sorge, Angst und Fürsorge um das Kind geprägt ist. Dieses emotionale Verhalten kann in der Situation durchaus authentisch sein, es verschleiert nach Jungjohann jedoch die Beziehungsstörung in der Familie. Die Angaben der Eltern, die die Verletzungen des Kindes durch einen Unfall erklären, dürfen deshalb nicht vorschnell hingenommen werden, da dem Kind ansonsten nach seiner medizinischen Versorgung rasch erneute Verletzungen drohen, wobei die Eltern dann üblicherweise einen anderen Arzt aufsuchen. Andererseits darf man nach Jungjohann nicht ins andere Extrem fallen und nicht jede Verletzung des Kindes als Kindesmisshandlung ansehen.

Den «Unfall»-Hergang genau hinterfragen

Deshalb ist in jedem Einzelfall abzuklären, ob die Art der Verletzung mit der Beschreibung der Verletzungsursache durch die Eltern oder mit dem angeblichen Unfall in Einklang zu bringen ist. So kommt es vor, dass Mütter versuchen, eine schwere Schädelverletzung dadurch zu erklären, dass das Kleinkind nachts im Gitterbett mit dem Kopf von einer Seite

auf die andere schlage, und oftmals fehlt auch jede Erklärung; die Eltern geben an, man habe das Kind einfach mit der Verletzung vorgefunden. Hellhörig werden muss man nach Jungjohann ferner, wenn die Kinder mit einer deutlichen zeitlichen Verzögerung beim Arzt vorgestellt werden.

Hilfreich ist es, auf alterstypische Verletzungszeichen zu achten: So weisen Säuglinge und Kleinkinder als Folge einer Misshandlung häufig Hämatome, Hautblutungen und Schwellungen im Kopf- und Halsbereich auf, wobei auch die behaarte Kopfhaut zu untersuchen ist. Nicht selten haben die Kinder einen Schädelbruch, was nach Jungjohann in diesem Alter aber schwer festzustellen ist. Es besteht die Gefahr subduraler und intrakranieller Blutungen – unter Umständen mit Lebensgefahr –, speziell bei einer Wiederholung der Schädigung.

Kinder zwischen drei und 12 Jahren zeigen häufiger Verletzungen an den Beinen und im Gesässbereich, im unteren Teil des Rückens und an den Genitalien, während bei Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren insbesondere auf Hämatome und Verletzungen im Kopfbereich zu achten ist, im Schulterbereich und im Gesicht, sodass durchaus auch Zahnärzte mit einem solchen Problem konfrontiert werden können.

Auf Verhaltensauffälligkeiten achten

Ferner ist auf Verhaltensauffälligkeiten des Kindes zu achten und Verdacht zu schöpfen, wenn Kinder bei der Untersuchung ein unangemessenes, deutliches Abwehrverhalten zeigen, was sich insbesondere auf die körperliche Berührung durch den Arzt beziehen kann.

Auch ist auf Anzeichen einer körperlichen Verwahrlosung oder einer alimentären oder medizinischen Vernachlässigung zu achten.

Foetale Misshandlung

Eine besondere Form der Kindesmisshandlung ist die Schädigung bereits im



Mutterleib durch die Mutter oder ihren Partner. Diese Misshandlungsform hat nach Jungjohann bislang medizinisch wenig Beachtung erfahren, es muss aber immer an eine solche Möglichkeit gedacht werden, wenn die Gefahr eines vorzeitigen Schwangerschaftsabbruchs gegeben ist.

Ursache der foetalen Misshandlung sind persönliche Konfliktsituationen der Mutter, bei der das ungeborene Kind zum Gegenstand der Wut oder gar des Hasses wird. Schläge mit den Fäusten in den Bauch oder auch die Einnahme wehrentreibender Mittel können die Folge sein.

Emotionale Misshandlung

Ebenfalls noch wenig beachtet wird die emotionale Misshandlung. Sie beinhaltet, so die Definition, eine feindliche oder abweisende, ablehnende oder ignorierende Verhaltensweise von Eltern oder Erzieher gegenüber einem Kind, und der Tatbestand der Misshandlung ist erfüllt, wenn ein solches Verhalten zum festen Bestandteil der Erziehung gehört.

Eine wesentliche Form der emotionalen Misshandlung ist laut Jungjohann das Ignorieren, es handelt sich quasi um eine lautlose Form der Kindesmisshandlung. «Die Kinder erleben keine aktive Ablehnung, erleben ihre Umwelt aber wie in Watte eingepackt, sind isoliert von allem was Zuhören, Erfahrenwollen und Interessiertsein heisst». Diese Form der Misshandlung erleben nach Angaben des Kinderpsychiaters sehr viele Kinder: «Sie wird jedoch kaum bemerkt, den <lautlose Familien> haben heutzutage einen hohen sozialen Stellenwert.

Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten sind die Folge der emotionalen Vernachlässigung. Oft zeigt sich diese auch über eine verzögerte Sprachentwicklung und später über eine Verminderung der funktionellen Intelligenz und nicht selten ist sie vergesellschaftet mit einer körperlichen Vernachlässigung.

Psychische Misshandlung

Zur psychischen Misshandlung gehört ferner das Terrorisieren oder Angstmachen, zum Beispiel über Androhungen, ins Heim zu kommen, kein Essen zu bekommen oder das Essen auf der Toilette einnehmen zu müssen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Auch der Mechanismus des Korrumpierens gehört zu den Kindesmisshandlungen, etwa wenn Kinder zu Zeugen des elterlichen Geschlechtsverkehrs gemacht werden, pornographischen Filmen ausgesetzt werden oder, so die extreme

Form, zur Teilnahme an entsprechenden Produktionen gezwungen werden, wobei die Kinder für entsprechende Handlungen belohnt werden.

Sexueller Missbrauch

Der Schritt zum sexuellen Missbrauch ist nicht mehr weit, wobei dieser definiert ist als «Ausbeutung der körperlichen emotionalen und entwicklungsbedingten Abhängigkeiten eines Kindes durch sexuelle Handlungen Erwachsener oder Jugendlicher mit einer Altersdifferenz von wenigstens fünf Jahren zur sexuellen Befriedigung des Missbrauchenden. Die gegebenen Abhängigkeiten machen eine überlegte Zustimmung des Kindes unmöglich und die Verantwortung trägt in jedem Fall der Täter.

Der sexuelle Missbrauch hat nach Jungjohann verschiedene Formen, beginnt beim Exhibitionismus oder dem Darbieten von Pornographie und geht über das Berühren der genitalen und analen Körperbereiche bis hin zur genitalen, analen oder oralen Penetration und weiteren Perversionsformen bis zum ritualisierten Missbrauch.

Hinter jedem Bild steht ein Missbrauch

Der Verbreitung der Kinderpornographie übers Internet sind praktisch keine Grenzen gesetzt. Dieses Problem stellt die Strafverfolgungsbehörden vor grosse Herausforderungen. Die Ermittlungsmethoden der Polizei, gesetzliche Aspekte sowie die Rolle von Tätern und Opfern der Kinderpornographie standen diese Woche im Mittelpunkt einer Tagung in Balsthal. In der Schweiz sind Erwerb, Besitz und Beschaffung solcher Bilder im

Netz, ohne diese herunterzuladen oder auszudrucken strafflos.

Fast immer – und insbesondere beim Inzest – handelt es sich um einen langen zeitlichen Prozess, wobei 50 Prozent der Kinder, die in spezialisierten diagnostischen Einrichtungen gemeldet werden, jünger als sieben Jahre und 40 Prozent sogar jünger als 5 Jahre sind. Zwei Drittel der Kinder sind Mädchen, rund ein Drittel Jungs. Speziell beim Inzest müssen die Kindern nach Jungjohann den Missbrauch im Mittel zwei Jahre lang durchleben, bevor jemand die Schädigung wahrnimmt und den Kindern hilft. Diese haben bis zu diesem Zeitpunkt im Durchschnitt fünf Mal versucht, sich Gehör zu verschaffen, bei Familienangehörigen, Verwandten, Lehrern und Ärzten.

Schweigepflicht kontra Strafanzeige

Hat ein Arzt in der Sprechstunde den Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, eine Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch, so steht er vor der Entscheidung zwischen Schweigepflicht und Strafanzeige. Eine Verpflichtung zur Strafanzeige besteht, so Jungjohann, nicht grundsätzlich, und es ist immer ratsam, zunächst ein klärendes Gespräch mit den Eltern oder gegebenenfalls den Grosseltern zu suchen.

Weiterführende Massnahmen sind dann die Kontaktaufnahme mit ärztlichen Beratungsstellen und Spezialeinrichtungen sowie die Meldung bei der Fürsorge und beim Jugendamt. Um nicht selbst juristische Schwierigkeiten zu bekommen, ist es laut Jungjohann angeraten, das jeweilige Vorgehen sowie die Gründe hierfür genauestens zu dokumentieren. ■



Universität Basel

Die Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V., die Tochtergesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde hat an ihrer 31. Jahresversammlung vom 30. Juni 2002 in Sindelfingen Herrn Prof. Dr. Jakob Wirz, Vorsteher des Institutes für Werkstoffwissenschaft,



Technologie und Propädeutik am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel zu ihrem Ehrenmitglied ernannt. Prof. Wirz, der die Arbeitsgemeinschaft als 1. Vorsitzender während 9 Jahren erfolgreich geleitet und das wissenschaftliche Leben der Gesellschaft entscheidend geprägt und damit zu internationalem Ansehen beigetragen hat, ist der 1. Schweizer Fachvertreter, dem diese hohe Ehre «auf Grund seines beispielhaften Einsatzes und als Vorkämpfer für die Einführung neuer Werkstoffe mit biologischer Verträglichkeit für die Patienten» zuteil wurde.

Gratulatur!



Internet

Wie kann man bloss das wilde Poppen stoppen?

Gegenwehr gegen die Plagegeister

Sie haben sich in letzter Zeit zu einer der grössten Plagen im Internet entwickelt: lästige Pop-Up-Fenster. Beim Surfen öffnen sich, ohne dass man das will, ständig neue Browserfenster, deren Botschaften vollkommen unwichtig sind, wenn sie einen nicht gar zu irgendwelchen schmutzigen Seiten leiten. Trotzdem, wenn ein Pop-Up-Fenster erscheint, hängt man meist fest wie die Fliege am Fliegenfänger. Verzweifelt versucht man, ein Fenster nach dem anderen zu schliessen, aber Hydraköpfen gleich springen immer neue auf, und man schafft es nicht, von dieser Webseite loszukommen. Dicht gefolgt von «Disabling the Back button» (der Deaktivierung der Schaltfläche «zurück») ist dies wohl eines der nervtötendsten Dinge im Netz; man ist direkt peinlich berührt durch diese Webseite, da ihre Anhänglichkeit laut und deutlich sagt: «Ich habe nicht das, was du willst, aber ich lasse dich nie, nie wieder gehen!». Einen schönen Sommer wünscht

Thomas Vauthier
th.vauthier@bluewin.ch

Werber im Internet versuchen mit immer aggressiveren Werbeformen auf Produkte aufmerksam zu machen. Der Wildwuchs an poppenden Fenstern treibt so manche Surfer zur Weissglut. Die harmloseste Variante sind einfache Pop-Up-Fenster. Dabei springen beim Surfen unaufgefordert separate Fenster auf. Noch

schlimmer: Wie die Maus in der Falle sitzt der Surfer, wenn er auf eine Site mit «Mouse-Trapping»-Technik stösst. Diese Methode blockiert den Zurück-Button des Browsers oder öffnet beim Verlassen der Website ungewollt neue Inhalte. Eine weitere Schikane sind Pop-Up-Downloads oder Drive-by-Downloads. Klickt der ahnungslose Surfer auf das Fenster, installiert sich automatisch ein Werbeprogramm auf seinem Computer.

Wer nicht mehr belästigt werden will, kann in der Einstellung seines Browsers die Option «Javascript-Befehle ignorieren» einstellen. Allerdings funktionieren dann viele «normale» Seiten nicht mehr. Es gibt aber auf dem Web eine Anzahl Zusatzprogramme, die das Fenster-Bombardement effizient stoppen. Hier eine kleine Auswahl:

Pop-Up Stopper

Pop-Up Stopper erkennt die unerwünschten Fenster selbstständig, ohne dass irgend etwas konfiguriert oder eingestellt werden muss. Es müssen also auch keine Listen mit unerwünschten Internetadressen gepflegt werden, wie bei einigen vergleichbaren Programmen. Nach der Installation läuft Pop-Up

Stopper im Hintergrund und verhindert das Öffnen von JavaScript Pop-Ups. Pop-Up Stopper funktioniert mit Microsoft Internet Explorer und Netscape Navigator.

Es wird bereits das Öffnen des Fensters unterdrückt und nicht erst das geöffnete Pop-Up-Fenster geschlossen. HTML-Links öffnen sich nach wie vor problemlos. Möchten sie trotzdem durch einen Link explizit ein JavaScript-Pop-Up-Fenster öffnen, so müssen sie nur die «Strg»-Taste gedrückt halten und das neue Fenster öffnet sich.

www.panicware.com

Popup Killer

Ein kleines, aber feines Programm ist auch der Popup Killer. Mit 3,39 MB ist die Freeware nicht sonderlich gross, der Download geht recht schnell. Die Installation ist ganz einfach. Danach erscheint ein kleiner gelber Blitz rechts unten auf der Taskleiste. Hier können dann verschiedene Einstellungen vorgenommen werden wie Autostart, bestimmte Seiten deaktivieren, die Black List bearbeiten und noch vieles mehr. Aber es ist nicht zwingend erforderlich, so viele Einstellungen zu machen. Man kann durchaus das Programm so lassen, wie es am Anfang eingestellt ist, auch dann herrscht Ruhe vor den

Pop-Ups. Mit einem lauten Knall (ja, stimmt wirklich) wird ein Pop-Up-Fenster sofort geschlossen.

<http://software.xfx.net/downloads.htm> oder
www.boesherz-online.de



Naviscope 8.7

Nach dem Start klinkt sich Naviscope als eine Art Schnellstartleiste am oberen Bildschirmrand ein. Es besitzt nicht nur eine äusserst mannigfaltige Konfigurationsmöglichkeit für Werbefilter, es bringt auch eine Menge anderer höchst nützlicher Internettools mit. So, z. B. einen Prefetcher, der Weblinks im Voraus in den Speicher lädt, um das Surfen zu beschleunigen. Der Werbefilter ist sehr vielseitig: Man kann jede einzelne Website mit individuellen Konfigurationen belegen. Naviscope unterstützt die Filterung von Werbebannern, Textlinks, Animationen, Pop-Up-Fenstern und Cookies. Wer Platz sparen und nur sehr wenige Tools auf seiner Festplatte haben möchte, dem sei Naviscope wärmstens zu empfehlen.

<http://www.naviscope.com>

Proxomitron 3.0 – Tool für Fortgeschrittene

Proxomitron ist ein weiterer kostenloser Werbefilter, der jedoch leider seit einer geraumer Zeit nicht mehr geupdatet wird. Die Filteroptionen sind vielfältig, und die Oberfläche ist funktionell gehalten. Die Filteroptionen selbst sind jedoch meist zu kompliziert für den Anfänger. Auch das Hinzufügen von eigenen Werberegeln scheitert oft an mangelnden HTML-Kenntnissen. Das Programm selbst ist recht stabil und verrichtet anstandslos seinen Dienst. Das Programm unterstützt die Filterung von vordefinierten Werbebannern, Cookies, als auch Pop-Up-Fenstern. Alles in allem kann man sagen, dass Proxomitron eher ein Tool für Fortgeschrittene bzw. Profis als für Einsteiger ist.

<http://proxomitron.cjb.net>



Fortsetzung folgt ...



KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Bericht von der 17. Jahresversammlung der Academy of Osseointegration 14.–16. März; Dallas, Texas

Expanding the vision of implant dentistry

Susanne Naumann, Basel

Die Tagung wurde am 14. März mit dem IndustrieForum eröffnet. Hier wurden die neuesten Trends aus Implantologie, Augmentationstechnik und Osseointegration vorgestellt. A. M. Melzer präsentierte für 3i das Osseotite-Implantatdesign, es wurden Anwendungsbeispiele für Risikoversorgungen, wie bei Rauchern, Patienten mit schlechter Knochenqualität, kurze Implantate, sowie Frühbelastung gezeigt. Bei dem einseitigen, einteiligen, transgingivalen Design sind die obersten drei Schraubenwindungen im Halsbereich glatt poliert, was das Risiko einer Periimplantitis, die sich schnell und unkontrolliert ausbreitet, deutlich mindert. Die exponierten Windungen sind im Fall einer Periimplantitis einfacher zu reinigen als die normalerweise geätzt-gestrahnten Oberflächen.

Bei Altatec Biotechnologies wurde das Camlog-System vorgestellt, hierbei handelt es sich um ein komplettes Implantatsystem, das sowohl für die Einzelzahnversorgung, wie auch für komplexere Situationen geeignet ist. Zusätzlich zur Implantat-«Hardware» wurden auch eine systemspezifische «Software» in Gestalt von klinischen Versorgungsprotokollen und Fallbeispiele präsentiert.

L. F. Cooper zeigte bei Astra Tech produktbezogen die Prinzipien der Sofortbelastung und ihre praktische Umsetzung. Bei Bicon Dental wurde ein Abutment-system gezeigt, das vor allem für vollkeramische Restaurationen bei einfacher Applikation eine herausragende Ästhetik bietet.

Friadent North America präsentierte vor allem Augmentationsmaterialien und Membranen in ihrer Anwendung im ästhetischen Bereich. Eine interdisziplinäre Betrachtung aus chirurgisch-parodontaler und prothetischer Sicht zum Erzielen eines optimalen Ergebnisses zeigte Weichgewebsregeneration und Weichgewebeerhaltung auch bei Sofortimplantaten, die mit abnehmbaren, zementierten, verschraubten, aber auch gebondeten Provisorien erzielt wurden.

R. A. Horowitz zeigte bei Lifecore Biomedical die Möglichkeiten der Implantatla-

gerverbesserungen schon zum Zeitpunkt der Extraktion. Die Wurzel sollte möglichst lange belassen werden, um durch eine kieferorthopädische Extrusion einer möglichen Resorption vorzubeugen, und um die Breite der keratinisierten Gingiva zu erhalten.

Bei der Firma Straumann wurde das neue Implantatdesign vorgestellt, das sich in seiner Form mehr der Alveolenform annähert als die bekannte, zylindrische Vollschrabe. Somit sind Sofortimplantationen einfacher durchführbar, da durch die neue Form eine exaktere Platzierung möglich ist.

Nachmittags wurde das Symposium durch M. K. McGuire eröffnet. Er stellte die Unterschiede zwischen Zell- und Molekül-induzierter «Biomimikry» und Tissue-Engineering mittels Membranen und Ersatzmaterialien dar. Biomimikry imitiert die Zahnentwicklung durch Matrixproteine wie Emdogain®. Normale Zellfunktionen werden so verstärkt und ausgenutzt. Vor allem in der Parodonto-

Bundesrat bestätigt Teilmonopol der SUVA

Gestützt auf die Ergebnisse einer vom Eidgenössischen Departement des Innern eingesetzten Arbeitsgruppe hat der Bundesrat beschlossen, dass die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt SUVA ihren heutigen Status als selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt mit einem ihr fest zugewiesenen Tätigkeitsbereich (Teilmonopol) beibehalten soll. Ferner soll sie weiterhin das hauptsächliche Durchführungsorgan zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (Arbeitssicherheit) mit hoheitlichen Funktionen bleiben.

Neu soll indessen die SUVA – nach Schaffung der erforderlichen gesetzlichen Grundlagen – in ihren Kernkompetenzen zusätzliche Aufgaben übernehmen und neue Aktivitäten entfalten können:

- Sicherheit und Gesundheitsschutz
- Risikoträger und Fallmanagement
- Finanzanlagen und Aktiven-/Passiven-Management
- Dienstleistungen für das Gesundheitswesen Schweiz.

Der Bundesrat stellt fest, dass das Unfallversicherungssystem effizient ist und deshalb keiner grundsätzlichen Änderungen bedarf. Bei jeder Erweiterung eines Geschäftsfeldes der SUVA wird die Frage der Vereinbarkeit privatwirtschaftlicher Tätigkeit mit den hoheitlichen Kontrollaufgaben im Bereich der Arbeitssicherheit und der Monopolstellung zu prüfen sein.

Damit bereits heute Grundlagen für künftige Diskussionen über die Organisation dieser Sozialversicherung zur Verfügung gestellt werden können, gibt der Bundesrat eine Kosten/Nutzen-Analyse des heutigen Systems der Unfallversicherung in Auftrag.



logie haben sich Matrixproteine bewährt, es wurden einige Fälle der Rezessionsdeckung vorgestellt, die zeigten, dass die Therapie technisch einfacher durchzuführen ist, ohne umständliche Applikation von Membranen, die Patienten deutlich geringere Schwellungen zeigten, das Infektionsrisiko kleiner war und sich ein ästhetisch besseres Ergebnis zeigte, als bei der üblichen Vorgehensweise. Zudem besteht auch die Möglichkeit der Entnahme lebender Fibroblasten und deren Kultivierung, um Weichgewebsaugmentationen durchzuführen. Es lassen sich auch angiogenetische Wachstumsfaktoren kultivieren, um beispielsweise lokale Durchblutungsengpässe während der Heilung zu lösen.

Im Anschluss zeigte *D. Buchbinder* neue Möglichkeiten der Hart- und Weichgewebsrekonstruktion. Er stellte vor allem die kieferchirurgischen Aspekte von Biomaterialien zur Defektdeckung vor. Entscheidend für die Auswahl solcher Biomaterialien ist auch das Hart- oder Weichgewebslager und ob eine Integration oder eine Substitution des Biomaterials erreicht werden soll. Zudem ist eine Knochenaugmentation ab einer Partikelgröße von $> 100 \mu\text{m}$ möglich, sind die Partikel kleiner, ist keine Augmentation möglich. Er gab noch einen Ausblick zu Wachstumsfaktoren sowie genetisch modifizierter Proteine, die die Integration von Biomaterialien beschleunigen bzw. fördern sollen.

W. V. Giannobile stellte die Möglichkeiten der Härtegewebsaugmentation mittels Gentherapie vor. Die Wiederherstellung von durch Periimplantitis oder parodontale Erkrankungen verlorener Knochen substanz ist das Hauptziel der regenerativen Therapie. Bisher wurden hierfür Knochenersatzmaterialien in Kombination mit Membranen verwendet, um die verlorene Substanz wiederherzustellen,



mittlerweile gibt es Möglichkeiten mit gezielter Gabe von Signalmolekülen, wie Wachstumsfaktoren, Hartgewebe zu ersetzen und die Osseointegration von Implantaten zu verbessern.

Zum Schluss der Hauptvorträge wurde an *A. Wennerberg* der Preis für die beste Veröffentlichung im International Journal of Oral and Maxillofacial Implants 2000 vergeben. *T. Ogawa* erhielt die Forschungsauszeichnung der Osseointegration Foundation.

Der zweite Tag wurde mit den freien Vorträgen eröffnet. *P. Periklis* präsentierte eine Untersuchung über Block-grafts aus Kinn oder Ramus ascendens zur vertikalen Augmentation. An 10 Patienten wurden diese Grafts eingesetzt, es wurden jeweils radiologische Kontrollen durchgeführt. Während der Implantation, die nach 6–8 Monaten erfolgte, wurden Biopsien entnommen, in allen Fällen wurde Klasse I–II-Knochen vorgefunden. Die Auswertung der Röntgenbilder ergab eine Resorptionsrate von 17%. Grundsätzlich kann dieses Verfahren bei vertikalen Knochendefekten empfohlen werden.

M. Lorenzoni zeigt vorläufige Resultate nach einem Jahr mit sofortbelasteten Oberkiefer-Einzelzahnimplantaten in der Frontzahnregion. 9 Patienten wurden mit insgesamt 12 Frialit-II-Syncro-Schrauben versorgt, 8 Implantate waren Sofortimplantate, 4 verzögerte Sofortimplantate. Die Implantate wurden nach einem Standardprotokoll eingesetzt und sofort mit provisorischen Kronen versorgt. Nach 6 Monaten erfolgte die definitive

Versorgung. In der Zwischenzeit erfolgten radiologische Kontrollen (koronaler Knochenverlust nach 6 Monaten Median 0,5 mm, nach 12 Monaten 0,75 mm), sowie Periotest-Messungen (nach 6 Monaten Median -2 , nach 12 Monaten Median -3). Die Erfolgsrate nach 12 Monaten lag bei 100%.

G. M. Raghoobar stellte eine Arbeit zur vertikalen Distraction der stark atrophischen Mandibula vor. Bei 10 Patienten mit einer anterioren Restknochenhöhe von 5–7 mm wurden mit den Groningen Distraction Device Distractionen vorgenommen, 2 Monate nach der letzten Drehung wurden mit dem Trepanbohrer Proben entnommen und histologisch ausgewertet sowie gleichzeitig Implantate inseriert. Die Patienten wurden mit Overdentures versorgt, diese zeigten sich im Beobachtungszeitraum von 1 Jahr funktionstüchtig in situ.

D. Miranda zeigte in einer Untersuchung an Affen den Einfluss von rh-BMP-2 auf die Regeneration von alveolären Knochendefekten. Es wurden in jedem Quadranten im zahnlosen Bereiche jeweils standardisierte Defekte gesetzt, 4 Augmentationstechniken wurden verglichen: rh-BMP-2 mit Kollagen (ACS) und Tricalciumphosphat (TCP), ACS und TCP allein, rh-BMP-2 mit einem Calciumphosphatzement sowie der Calciumphosphatzement allein. Es wurden jeweils 0,4 mg/ml rh-BMP-2 zugesetzt. Nach 12–16 Wochen wurden Proben entnommen und untersucht. Die Defekte, bei denen rh-BMP-2 zugesetzt worden war, zeigten eine signifikante Zunahme trabekulären Knochens, eine höhere Dichte sowie weniger Knochenmark. TCP und ACS, wie auch Calciumphosphatzement erwiesen sich als gute Trägermaterialien für das rh-BMP-2.

Der Nachmittag war bestimmt von der These-Antithese-Session. Im ersten Ab-

schnitt wurde die Sofortbelastung der konventionellen verzögerten Belastung gegenübergestellt. *T. Jemt* und *P. A. Schnitman* stellten ihre Sichtweisen jeweils dar.

T. Jemt hob den Unterschied zwischen der bedingten Primär- (rein mechanisch) und der Sekundärstabilität (Osseointegration) hervor. Die RFA-Werte im Verlauf sind entscheidend für den Zeitpunkt der Belastung. In der Maxilla ist auf Grund der lockeren Knochenstruktur mit einer grösseren Zunahme der Werte zu rechnen. Sie sollte für eine erfolgreiche Osseointegration auch abgewartet werden. In der Mandibula dagegen sind schon die Ausgangswerte deutlich höher. Wenn eine Sofortbelastung angestrebt wird, ist die Erfolgswahrscheinlichkeit im Unterkiefer höher.

P. A. Schnitman wies auf die Vorteile der Sofortbelastung hin, zeigte aber auch Grenzfälle, bei denen das konventionelle Verfahren beibehalten werden sollte. Die Voraussetzung für eine Sofortbelastung ist die Verwendung von Schraubenimplantaten, eine bicortikale Verankerung, ein Insertionstorque von > 30 Ncm, eine Knochendichte von > 1000 Hounsfield-Einheiten, eine fest sitzende Versorgung, eine weite Pfeilerverteilung, wenig okklusale Kräfte und keine Sofortimplantationen. Die Primärstabilität ist das entscheidende Kriterium.

Dann folgten *K. S. Hebel* und *E. A. McGlumphy* mit ihren Vorträgen zu verschraubten bzw. zementierten Restaurationen. *K. S. Hebel* stellte fest, dass ursprünglich Schraubenfixierungen favorisiert worden waren, um mögliche Misserfolge leichter therapieren zu können. Mit zunehmender Erfahrung und steigenden Erfolgsraten kann darauf verzichtet werden. Maschinengefertigte Abutments erhöhen die Stabilität und verbessern die Passung. Schrauben haben nur Vorteile bei extrem kurzen Abutments. *E. A. McGlumphy* stellte eine Internetumfrage diesbezüglich vor. 54% aller Befragten bevorzugten die Verschraubung, allerdings werden weiterhin



Laudatio für Marc Baumann

Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO verleiht hiermit

Dr. Marc A. Baumann

Die Ehrenmitgliedschaft. Sie würdigt damit sein langes und erfolgreiches Wirken als Präsident der Wissenschaftlichen Kongresskommission, als Mitglied der Weiter- und Fortbildungskommission der SSO und als Chef des Zahnärztlichen Dienstes der Armee.



Seine Tätigkeit für die Standesorganisation begann Marc Baumann 1983 als Präsident der Wissenschaftlichen Kongresskommission, die er während 16 Jahren leitete und mit der er an unzähligen hochkarätigen SSO-Kongressen für das wissenschaftliche Programm verantwortlich zeichnete. Von 1988 bis 1999 war er zusätzlich Mitglied der Weiter- und Fortbildungskommission der SSO und war dort u.a. massgeblich an der Realisierung der 1. Interdisziplinären Fortbildungswoche 1993 beteiligt. 1984 war er Gründungsmitglied und bis 1990 erster Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Orale Implantologie. Von 1999 bis 2002 präsierte er die neu gegründete Schweizerische Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie. Neben seiner Tätigkeit in seiner Praxis für Oralchirurgie wirkte er als Lehrbeauftragter der medizinischen Fakultät der Universität Zürich und fand noch Zeit, sich auch militärisch zu engagieren. Nach verschiedenen Stabsfunktionen wurde er im Jahre 1987 als Major zum Chef des Zahnärztlichen Dienstes der Armee berufen, den er ab 1988 als Oberstleutnant und 1992 als Oberst bis Ende 2001 leitete. Seine wichtigsten Aufgaben in den letzten Jahren waren u.a. der Kampf zur Aufrechterhaltung des zahnärztlichen Dienstes für die Rekruten auf den Waffenplätzen und damit verbunden die Schaffung eines neuen Konzepts der dezentralen Untersuchungen durch Militärzahnärzte und der Behandlung in regionalisierten Zentren, die Anpassung des Ernstfalls-Einsatzes der Militärzahnärzte an die veränderte sicherheitspolitische Lage und letztlich die Durchsetzung, dass alle Zahnärzte nach bestandener Offizierschule ihr Abverdienen in einem Fachkurs an einer der vier Universitätskliniken für Kiefer- und Gesichtschirurgie absolvieren können. Mit der Ernennung zum Ehrenmitglied dankt die SSO Marc A. Baumann nicht nur für seinen grossen Einsatz zu Gunsten unserer Standesorganisation, sondern auch für sein enormes Engagement als Chef des Zahnärztlichen Dienstes der Armee, das nicht nur uns Zahnärzten, sondern allen Angehörigen der Armee gedient hat und dienen wird.

bei schlechten Winkeln und im Unterkieferfrontzahnggebiet Zementierungen empfohlen.

Zum Schluss sprachen *C. E. Misch* und *D. P. Tarnow* über den Zusammenhang zwischen okklusaler Überbelastung und krestalem Knochenverlust. *C. E. Misch* verwies auf die Literatur, die keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Stress, Überbelastung und marginalen Knochenabbau zulässt. Dagegen stellte *D. Tarnow* den Zusammenhang zwischen biologischer Breite und marginalem Knochenverlust bei Implantaten, wie auch bei Kronenversorgungen deutlich dar (*COCHRAN et al. 1997, HERMANN et al. 2000*), gleichzeitig sei auch gemäss seinen eigenen Untersuchungen die Einhaltung eines minimalen interimplantären Abstands für die Aufrechterhaltung

einer ausreichenden approximalen Knochenhöhe entscheidend (*TARNOW et al. 2000*). Zudem könne eine Überbelastung bereits integrierter Implantate zur Des-Integration führen (*ISIDOR 1996*).

Der Samstag war dem Planungscurriculum gewidmet, das sich in 3 Teile gliederte:

Teil I

M. J. Engelman fasste Prinzipien zur Behandlungsplanung in der Implantatversorgung zusammen, die Begutachtung des Implantatlagers, die genaue Planung der notwendigen Implantatanzahl zur Wiederherstellung der Kaufunktion bzw. Ästhetik sowie das genaue Festlegen der Insertionsstelle bis zur Planung der prothetischen Versorgung, eventuell mit provisorischer Übergangsphase.



H. R. Shafie analysierte verschiedene Implantatoberflächen und Designs und deren Einfluss auf die Erfolgsprognose. Die Oberflächenstruktur hat einen direkten Einfluss auf die initiale Einheilung und auch die Verankerung der Implantate im umgebenden Knochen. Eine strukturierte oder behandelte Oberfläche ermöglicht einen höheren Grad zellulärer Adhäsion und einen grösseren Ausdrehwiderstand.

R. A. Kraut stellte chirurgische Vorüberlegungen in der Behandlungsplanung, Vorerkrankungen und allgemeinmedizinische Risiken (z.B. Rauchen) des Patienten sollten eingeschätzt werden, der dentale Ausgangsstatus des Patienten (Hinweis auf eine parodontale Vorerkrankung), und zuletzt sollten auch die Wünsche und Erwartungen des Patienten bezüglich temporärer und definitiver Versorgung berücksichtigt werden.

Teil II

F. Khoury zeigte Erfolg verbessernde Techniken in der Block-graft-Augmentation. Die Technik der Onlay-Augmentation wurde vereinfacht, um das Infektionsrisiko zu verringern, Knochenaugmentate werden mit zweischichtigem Wundverschluss geschützt, das Expositionsrisiko wird durch eine Tunnelpräparation minimiert. Es werden provisorische Implantate verwendet, um grosse Augmentate vor einer Frühbelastung zu schützen. Die Knochenentnahmen mit der MicroSaw aus der Retromolarregion des Unterkiefers hat sich mit einer Komplikationsrate von < 3% bewährt.

A. Valentin zeigte Möglichkeiten zur Verbesserung des Implantatlagere. Da sich die Implantatversorgung mittlerweile von der Notversorgung zur Standardtherapie etabliert hat, sind auch die ästhetischen Ansprüche gestiegen, die korrekte Platzierung für eine optimale Ästhetik ausschlaggebend. Ein atraumatisches Vorgehen steigert den Erfolg. Zuletzt stehen verschiedene Abutments zur Verfügung, mit denen das Weichgewebe individuell konturiert werden kann.

E. Bedrossian präsentierte die Versorgung mit Zygomatikumimplantaten in der stark atrophierten Maxilla vor. Unter Ausnutzung des soliden Knochens im

Jochbogen können auch Tumorpatienten prothetisch rehabilitiert werden, deren Versorgung andernfalls oft unmöglich ist. R. J. Lazzara zeigte Möglichkeiten der Weichgewebsaugmentation im ästhetischen Bereich. Vor allem nach Setzen der Implantate ist oft eine Korrektur des Weichgewebes notwendig, um eine gute Ästhetik zu erreichen. Gleichzeitig kann Weichgewebe nur auf knöcherner Grundlage erhalten bleiben. Somit sind die Massnahmen zur Papillenregeneration ohne interdentalen bzw. interimplantären Knochen zum Scheitern verurteilt.

Teil III

- R. J. Chapman präsentierte Möglichkeiten der Versorgung mit zementierten Restaurationen.
- T. Jemt stellte verschiedene Abformtechniken vor.
- G. Solnit zeigte gemischte zahnimplantatgetragene Versorgungen.
- N. P. Lang stellte die Technik der transmurales Implantatinserion vor.

Am Nachmittag wurden in verschiedenen Kleingruppen für Fallbeispiele Behandlungspläne erstellt und mit den Referenten diskutiert. D. A. Graber und M. A. Salama präsentierten einen Fall ante-

riorer Einzelzahnversorgung unter Berücksichtigung von Sofort- vs. verzögerter Implantation, Hart- und Weichgewebsbehandlung im Bezug auf die Ästhetik sowie kieferorthopädische Möglichkeiten beim Erwachsenen. N. P. Lang und G. Salvi zeigten einen teilbezahnten Patienten. Die Ästhetik bei multiplen anterioren Implantaten wurde diskutiert, der parodontal vorgeschädigte Patient, die nötige Implantatzahl sowie der Ersatz von Zähnen im posterioren Bereich und die Notwendigkeit von Augmentationen. M. S. Block und T. J. Salinas zeigten einen zahnlosen Patienten. Hier wurden Versorgungen der hochgradig resorbierten Maxilla und Mandibula vorgestellt, Augmentationstechniken gezeigt und die Versorgung post-traumatischer und onkologischer Defekte angesprochen.

Am Freitagabend waren alle Teilnehmer zu einem Empfang im Dallas Museum of Modern Art eingeladen. Bei einem reichhaltigen Buffet konnte man sich in der schönen Atmosphäre des modernen Baus noch über Fachliches und Nichtfachliches austauschen. Eine phantastische Jazzband untermalte den Abend musikalisch und die Teilnehmer konnten

Cad.esthetics

Ivoclar Vivadent AG löst Kooperation mit Decim AB

Das Pilotprojekt «Cad.esthetics» – ein integriertes System für die computerunterstützte Fertigung von Dental-Restaurationen – wird von Ivoclar Vivadent AG nicht weiter verfolgt.

Nach eineinhalb Jahren intensiver Zusammenarbeit hat Ivoclar Vivadent entschieden, die Vereinbarung mit Decim AB vertragskonform aufzulösen. Im Rahmen der Kooperation sei es leider nicht möglich gewesen, ein kundengerechtes und wirtschaftliches CAD/CAM-System gemäss unseren Zielen und Ansprüchen zu entwickeln, betont Unternehmenssprecherin Susanne Popp.

Weiterhin Interesse an CAD/CAM-Technologie

Ivoclar Vivadent sieht nach wie vor in der CAD/CAM-Technologie ein hohes Zukunftspotenzial und wird auch zukünftig an der Entwicklung eines qualitativ hochwertigen Gesamtsystems für die computergestützte Fertigung von Dental-Restaurationen arbeiten.

Weitere Informationen erhalten Sie bei:

Ivoclar Vivadent AG

Susanne Popp

Bendererstr. 2

FL-9494 Schaan

Tel. +423 235 3648

Fax +423 236 3727

E-Mail: susanne.popp@ivoclarvivadent.com

Internet: www.ivoclarvivadent.com

noch abschliessend in einem Museumsrundgang die Kunstschätze betrachten und sich einen Überblick über die Stilrichtungen der verschiedenen Epochen verschaffen.

Im Ganzen war die Tagung von der typischen amerikanischen Offenheit geprägt, die einen Austausch doch leicht möglich macht. Der oft betonte fachliche Unterschied trat nicht so offen zutage wie erwartet, sodass man die folgende Tagung im Februar 2003 in Boston gespannt erwarten kann.

Literatur

TARNOW, D P, CHO S C, WALLACE S S: The effect of inter-implantat distance on

the height of inter-implant bone crest. *J Periodontol* 71; 546–549 (2000)

HERMANN J S, BUSER D, SCHENK R K, COCHRAN D L: Crestal bone changes around titanium implants. A histometric evaluation of unloaded non-submerged and submerged implants in the canine mandible. *J Periodontol* 71; 1412–1424 (2000)

COCHRAN D L, HERMANN J S, SCHENK R K, HIGGINBOTTOM F L, BUSER D: Biologic width around titanium implants. A histomorphometric analysis of the implanto-gingival junction around unloaded and loaded nonsubmerged implants in the canine mandible. *J Periodontol* 68; 186–197 (1997) ■

die verschiedenen Techniken der «Papillenregeneration» und der Behandlung von Alveolarkammdefekten an. Die drei letzten Kapitel berichten über Regenerationen aller Arten, von der Regeneration von Knochendefekten mittels autologer Knochentransplantate bis zu regenerativen Massnahmen bei Furkationsdefekten mittels Membranen. Die gesteuerte Knochenregeneration (GBR) wird auch im Detail vor, während und nach Implantation beschrieben.

Alle chirurgischen Verfahren sind mit zahlreichen, qualitativ hervorragenden klinischen Fotos step by step dokumentiert. Farbige Zeichnungen veranschaulichen zusätzlich die verschiedenen Methoden. Diese wertvollen didaktischen Schemata erlauben, die Eingriffe dreidimensional zu visualisieren. Auch werden einige Tricks und Tipps gegeben, um verschiedene Operationsschritte zu vereinfachen.

Die Langzeitresultate der chirurgischen Eingriffe sowie die Indikationen und Kontraindikationen werden in Tabellen zusammengefasst.

Dieser Atlas ist ein ausgezeichnetes Hilfsmittel für den Parodontologiespezialisten wie auch für den implantologischen und ästhetisch versierten Praktiker. Der Atlas, der die Behandlung Schritt für Schritt illustriert, ist ein bestes geeignetes Hilfsmittel sowohl zum Lernen wie auch zum Lehren. Die Fotografien und Zeichnungen sind grossartig. Das schrittweise Vorgehen führt den Leser klar und präzise durch die verschiedenen Themenbereiche.

Michel Beuchat, Zürich

BUCHBESPRECHUNG



Parodontalchirurgie

Naoshi S, Übersetzung Winkler R: *Parodontalchirurgie – Klinischer Atlas* 447 S., 2820 Abb., € 280.–, Quintessenz Berlin (2001) ISBN 3-87652-693-0

Dieser Atlas ist ausschliesslich der parodontalen Chirurgie gewidmet. Er führt uns durch parodontalchirurgische Basistechniken, von der einfachen Kürettage zur plastischen und resektiven Knochenchirurgie, von der Kronenverlängerung zu komplizierten Verfahren wie mukogingivale Chirurgie und durch Regenera-

tionstechniken. Weiter zeigt er den Einsatz dieser Techniken in Zusammenhang mit der Implantologie.

Der Atlas ist in eine Einleitung, sechs Hauptkapitel und ein Literaturverzeichnis gegliedert. Das erste Kapitel beschäftigt sich mit den Zielen und Techniken der konventionellen resektiven Parodontalchirurgie wie zum Beispiel apikal positionierte Lappen, Kronenverlängerung, Wurzelamputation und Keilexzision. Zwei Kapitel werden den mukogingivalen und ästhetischen Problemen der Zähne und Implantate gewidmet. Dieses Thema wird auf äusserst attraktive Art präsentiert und geht im Besonderen