SWISS SOCIETY FOR RECONSTRUCTIVE DENTISTRY
SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR REKONSTRUKTIVE ZAHNMEDIZIN
SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE DENTAIRE RECONSTRUCTIVE
SOCIETÀ SVIZZERA DI ODONTOIATRIA RICOSTRUTTIVA

SSRD

Wegleitung zur Fachprüfung SSRD

In Anlehnung an die Richtlinien für die Weiterbildung in Rekonstruktiver Zahnmedizin

Prof. Dr. C. P. Marinello, M.S.

Präambel

Am 11. Januar 2008 trafen sich die Klinikvorsteher sämtlicher Schweizerischen Universitätskliniken, die sich mit Rekonstruktiver Zahnmedizin beschäftigen sowie einzelne Mitglieder der Prüfungskommission für Rekonstruktive Zahnmedizin und der Präsident SSRD im Schloss Hüningen.

Ziel war es, die bisherigen eigenen Erfahrungen auf dem Gebiet der Weiterbildung auszutauschen sowie die Aufgaben und Tätigkeiten der Prüfungskommission im sich stark verändernden Umfeld der Weiterbildung zu diskutieren. Zudem sollten die Anforderungen an die Unterlagen und im Rahmen der Prüfung, die an spezialisierungswillige Kandidaten gestellt werden, besprochen werden.

Hierbei wurde der Präsident der Prüfungskommission gebeten, eine Unterlage zu verfassen, die als Wegleitung systematisch die minimalen Punkte beschreibt, die zur erfolgreichen Erreichung des Weiterbildungstitels «Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin» führen.

Das vorliegende Manual stellt eine erste Fassung dar, die im Hinblick auf eine Vereinfachung des Prozedere einer kontinuierlichen Anpassung zu unterliegen hat. Die Angaben im Manual basieren auf den «Richtlinien für die Weiterbildung in Rekonstruktiver Zahnmedizin» und auf den bisherigen Erfahrungen der Prüfungskommission. Sie wurden möglichst aus der Sicht des Kandidaten verfasst, da sich gezeigt hat, dass die «Richtlinien» als teilweise verwirrend empfunden werden. Das Manual soll dazu beitragen, dass der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildung in Rekonstruktiver Zahnmedizin von der gesicherten Akzeptanz der Dokumentationsfälle, dem Bestehen der Weiterbildungsprüfung und konsekutiv dem Erhalt des entsprechenden Diploms begleitet wird. Insbesondere soll ohne Vorurteile und transparent die Überzeugung gefördert werden, dass die Anforderungen erfüllt werden können.

Das Manual gibt Antworten auf folgende Fragen:

- Was bedeutet Weiterbildung im allgemeinen?
- Welches sind die allgemeinen Ausbildungsziele (Art. 3 WBO der SSO)?
- Welche Fälle gehören zur Rekonstruktiven Zahnmedizin?
- Welches sind die obligatorisch einzureichenden Unterlagen?
- Wie wird die Falldokumentation bewertet?
- Wie wird das Kolloquium bewertet?
- Was gehört zum klinischen und theoretischen Stoffkatalog?
- Wie sieht eine systematische Falldokumentation aus?

Aufgrund der Komplexität der Thematik erscheint auch diese Unterlage ausführlich. Derjenige, der minimale Angaben sucht, findet sie in «Informationen zu Patient, Behandler und Rekonstruktion (1. Seite)» und «Inhaltsverzeichnis zur Falldokumentation». Alle weiteren Angaben dienen der Erläuterung des Minimums.

Es wird vom Fachzahnarzt in rekonstruktiver Zahnmedizin erwartet, dass er selbstständig die intellektuelle Leistung vollbringt, die für seinen eigenen Fall als relevant, aufs Wesentliche beschränkt bzw. angemessen zu bezeichnenden Unterlagen, Befunde und Dokumentationen zusammenzustellen.

Die Prüfungskommission ist überzeugt, dass durch die Ausführungen eine gute und motivierende Grundlage zur Förderung von Nachwuchs auf dem Gebiet der rekonstruktiven Zahnmedizin geschaffen wurde. Beachten Sie im Anhang auch die persönlichen Überlegungen der Fachprüfungskommission.

Der Präsident der Prüfungskommission Rekonstruktive Zahnmedizin

Prof. Dr. C.P. Marinello, M.S.
Basel, den 31. August 2008

Einleitung

Was bedeutet Weiterbildung im allgemeinen (Art. 2 WBO der SSO)?

Weiterbildung ist der geregelte Erwerb der praxisnotwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeit für definierte zahnärztliche Tätigkeiten – z.B. Rekonstruktive Zahnmedizin – nach Abschluss des Studiums.

Welches sind die allgemeinen Ausbildungsziele (Art. 3 WBO der SSO)?

a) Vertiefung und Erweiterung der im Studium erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten
b) Erlangung von Erfahrung und Sicherheit in Diagnostik und Therapie speziell im gewählten Fachgebiet sowie die dazu notwendigen Qualitätssicherung
c) Vertiefung von Ehrfurcht und ethischer Haltung gegenüber menschlichem Leben und jedem Patienten unter Einbezug seines Umfeldes
d) Selbstständigkeit in zahnmedizinischen Notfallsituationen
e) Vertiefung der Kenntnisse der Massnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung und Verhinderung gesundheitlicher Störungen
f) Vertiefung der Kenntnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bezüglich ökonomischem Einsatz der Mittel
g) Einführung in die Regeln der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen im In- und Ausland und Angehörigen anderer medizinischer Berufsgruppen sowie mit den im Gesundheitswesen zuständigen Behörden
h) Sensibilisierung für und Befähigung zur ständigen Fortbildung während der ganzen Dauer zahnärztlicher Berufstätigkeit

Was ist Rekonstruktive Zahnmedizin?

Rekonstruktive Zahnmedizin ist ein medizinisches Fachgebiet, das sich schwerpunktmässig – in enger interdisziplinärer Kooperation – mit der klinischen Betreuung und der oralen Rehabilitation bei fehlenden Zähnen oder ausgeprägter Zahnhartsubstanzschädigung befasst. Es schliesst alle damit zusammenhängenden biologischen, funktionellen, psychosozialen, materialkundlichen und technologischen Aspekte ein. Das Fachgebiet deckt dabei in interdisziplinärer Kooperation auch Fragen langfristiger Betreuungsstrategien ab. Der Rekonstruktiven Zahnmedizin kommt damit eine hohe Verantwortung auf der individuellen Patientenebene und der Populationsebene zu. Im Vordergrund steht ein patientenzentrierter präventiver, auf Gesundheitsnutzen ausgerichteter Ansatz. Dieser wird ganzheitlich verstanden, zielt auf den Erhalt oraler Strukturen ab und bezieht die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität ausdrücklich ein.

Ziel ist es – in Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker –, qualitativ hochstehenden festsitzenden und abnehmbaren Zahnersatz auf natürlichen Zähnen und/oder Implantaten unter Berücksichtigung des Fachbereiches der Myoarthropathien und der Biomaterialkunde zu fördern und die Alters- und Behindertenzahnmedizin einzubeziehen (DGZPW).

Welches sind die Ausbildungsziele in der Rekonstruktiven Zahnmedizin?

Der Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin muss ein fundiertes theoretisches Wissen und klinische Erfahrungen in der Rekonstruktiven Zahnmedizin aufweisen und – neben Kenntnissen in Anatomie und Physiologie des stomatognathen Systems sowie in der Ätiologie, in der Pathogenese, in der Diagnostik, Prävention und Therapie oraler Erkrankungen – zudem fachbezogene theoretische und klinische Kenntnisse in den Fachbereichen Parodontologie, Endodontologie, Implantologie sowie deren Grenzgebiete haben. Medizinische Aspekte, wie Geriatrie und Innere Medizin, Neurologie, Psychologie usw., sind erwünscht. Er muss

- die fachspezifische Literatur kennen,
- sein Fachwissen vermitteln können,
- die Ehrfurcht und ethische Haltung gegenüber dem Patienten vertiefen, sowie Kenntnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bezüglich des ökonomischen Einsatzes der Mittel besitzen,
- die Verantwortung gegenüber Patient und Kollegenschaft wahrnehmen,
- die Förderung der Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker wahrnehmen,
- das Wissen und Verständnis für Biomaterialien pflegen.

Mit der Weiterbildung für den Erwerb des Fachzahnarzttitels für Rekonstruktive Zahnmedizin soll der Kandidat Kenntnisse und

Fertigkeiten erwerben, die ihn befähigen, in eigener Verantwortung auf dem gesamten Gebiet der Rekonstruktiven Zahnmedizin tätig zu sein. Am Ende der Weiterbildung soll er fähig sein:

- eigenständig Patienten mit rekonstruktiven Problemen zu betreuen
- Konsilien und spezielle Untersuchungen durchzuführen
- das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen der diagnostischen, prophylaktischen und therapeutischen Massnahmen in der Rekonstruktiven Zahnmedizin richtig einzuschätzen und diese ethisch verantwortungsvoll gegenüber menschlichem Leben und jedem Patienten unter Einbezug seines Umfeldes anzuwenden,
- interdisziplinäre Probleme und Zusammenhänge zwischen allgemeinmedizinischen Gegebenheiten und den Erkrankungen der Mundhöhle zu erkennen und zu berücksichtigen
- wissenschaftliche Arbeiten selbständig zu analysieren und zu interpretieren
- an Forschungsprojekten mitzuwirken

Fragen zur Fachprüfung

Welche Fälle gehören zur Rekonstruktiven Zahnmedizin?

- Festsitzende Prothetik
  Umfassende prothetische Versorgung komplexer* Fälle mit Einzelkronen (Teil-, Vollkronen) und/oder mit Brücken unter spezifischem Einbezug von spezifischen materialkundlichen Aspekten.

- Abnehmbare Prothetik
  Umfassende prothetische Versorgung komplexer* Fälle mit Modellgussprothese, Attachmentverankerter Teilprothese, Hybridprothese, Totalprothese unter spezifischem Einbezug von materialkundlichen Aspekten.

- Alters- und Behindertenzahnmedizin
  Zahnärztliche Betreuung und prothetische Versorgung komplexer* multidisziplinärer Heim- und/oder Alterspatienten, komplexer* Fälle mit allgemeinmedizinischen Erkrankungen (z.B. orale Manifestationen) und komplexer* Fälle mit Status nach Trauma oder chirurgischer Tumorentfernung (Resektions- und Defektprothetik)

- Myoarthropathien des Kausystems
  Umfassende Behandlung komplexer* Fälle mit Schmerzen im Kiefer-Gesichts-Bereich (MAP).

** Der Schwierigkeitsgrad soll eindeutig einer Weiterbildung entsprechen. Komplexität bezieht sich hierbei nicht nur auf die Grösse einer Rekonstruktion (im Falle prothetischer Arbeiten), sondern schliesst insbesondere die herausfordernde Problematik der Ausgangslage ein. Komplexität bedeutet aber auch Vielfalt der beteiligten Faktoren und ihrer gegenseitigen Abhängigkeiten als Ursache a) einer schwer strukturierbaren Entscheidungsfindung, b) einer Vielzahl möglicher Lösungsvorschläge und c) einer schwierigen Prognose.*

Welches sind die obligatorisch einzureichenden Unterlagen?

- Eidgenössisches Diplom als Zahnarzt oder anerkanntes ausländisches Diplom
- Nachweis einer mindestens dreijährigen Weiterbildung an einer von der SSO anerkannten Weiterbildungsstätte
- Empfehlungsschreiben des Weiterbildungsleiters mit Attest der klinischen Kompetenz
- Vorlegen von zwei wissenschaftlichen Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Rekonstruktiven Zahnmedizin in einer Zeitschrift mit Begutachtungsverfahren
  – davon mindestens einmal als Erstautor
- Nachweis über die bezahlte Gebühr gemäss Gebührenordnung der SSO
- Curriculum Vitae
- Vorlegen einer Dokumentation über die rekonstruktive Behandlung von 8 Patienten
  – 5 Fälle aus Schwerpunktgebiet
  – 3 Fälle aus andern Gebieten
  – 2 Fälle davon mit mindestens einem Jahr posttherapeutischer Nachsorge

  Die Unterlagen sind jeweils bis zum 31.12. dem Sekretär SSRD einzureichen.

Zusätzliche fakultative Unterlagen (sofern nicht im Curriculum enthalten) können beinhalten:

- Mitgliedschaften in fachlichen Vereinigungen
- Fortbildungstätigkeit
  (Datum chronologisch, Was? Organisation?)
- Tätigkeitsjournal während der Weiterbildungsphase (Studentenausbildung, besondere Sprechstundentätigkeit, Referate, Seminarien, Fortbildungskurse, Herstellung von Lehrunterlagen, Zusammenarbeit mit anderen Kliniken, Dienstleistungen, usw.)
- Operationskatalog (Implantationen, parodontalchirurgische Eingriffe)
- Übersicht zur Patientenauswahl und deren Versorgungen mit Name Patient, Kategorie der Versorgung, Versorgung im Oberkiefer, Versorgung im Unterkiefer, Besondere Vorkommnisse, Behandlungsdauer, Dauer der Nachsorge, Kosten).

Wie wird die Falldokumentation bewertet?

Die Falldokumentationen werden von sämtlichen Mitgliedern der Prüfungskommission, die für das entsprechende Jahr aufgeboten werden, gesichtet. Dies sind im Normalfall 6 Kollegen. Jedes Mitglied beurteilt selbständig und gibt eine schriftliche Wertung über die Einzelfälle und das gesamte Werk des Kandidaten ab. Zudem werden die drei im Kolloquium zu besprechenden Fälle bestimmt. Die Wertungen werden durch den Präsidenten der Prüfungskommission zusammengefasst. Bei positivem Ergebnis wird der Kandidat zum Kolloquium aufgeboten. Bei Unklarheiten trifft sich die Kommission und entscheidet im Gremium über das weitere Vorgehen. Folgende Faktoren werden gewertet:

- Vollständigkeit der Dokumentation bezüglich der für den entsprechenden Fall relevanten Punkte
- Selektion der Dokumentation im Hinblick auf die Art der Rekonstruktion (Kategorie)
- Diagnostische, intellektuelle und therapeutische Auseinandersetzung mit der entsprechenden Fallproblematik; Patientenführung, Kostenaufwand, Effizienz des Arbeitsablaufes
- Systematische Fallplanung und Durchführung der rekonstruktiven Therapie mit Reevaluationen
- Fotografische Dokumentation adäquat, d.h. auf den individuellen Fall bezogen relevant/sinnvoll
- Schwierigkeitsgrad bzw. Komplexität des Falles
- Klinische Ausführung
- Respektierung der in den Weiterbildungszielen vorgegebenen Aspekte

Wie wird das Kolloquium bewertet?

Am Kolloquium nehmen als Prüfende die gleichen Mitglieder teil, die bereits die Fälle beurteilt haben. Das Kolloquium dauert 2 Stunden. Zur Vorstellung werden pro Fall höchstens 10 Minuten aufgewendet; anschliessend erfolgen Fragen zum Fall und aus dem Gesamtgebiet der rekonstruktiven Zahnmedizin (siehe «Stoffkatalog»). Hierbei wird Rücksicht auf den angegebenen Schwerpunkt (Fachbereich) der Fachzahnarztweiterbildung genommen. Folgende Faktoren werden gewertet:

- Fähigkeit, die Fälle konzentriert, relevant und bezüglich Problematik vollständig zu präsentieren,
- Fähigkeit, das eigene Therapievorgehen argumentativ auf wissenschaftlichen Daten abgestützt zu erklären,
- Kenntnis der klassischen und relevanten neueren Literatur,
- Grundlegende Kenntnis der im Stoffkatalog enthaltenen Fachgebiete aus klinischer und wissenschaftlicher Sicht.

Was gehört zum klinischen und theoretischen Stoffkatalog?

1. Festsitzende Prothetik

(parodontal-, implantatgetragen)

- Vor- und Nachteile von:
  Vollkronen (Gerüstdesign, VMK, Vollkeramik); Teilkronen (Onlay, Laminate veneers); Brücken (Gerüst-, Ponticdesign; VMK, Vollkeramik); Extensionsbrücken; Adhäsivbrücken usw.
- Praktische Aspekte wie:
  Pfeilerpräparation (Design, Auswirkungen), Abformverfahren (Abformlöffel, Abformmaterialien), Bissnahme/Okklusion, Provisorische Versorgung (Verfahren und Materialien: Kurzzeit, Langzeit), Farbwahl/Ästhetik, Arbeitsmodell- und Laborverfahren, Elemente von Implantatsystemen; Eingliederung und Nachsorge usw.

2. Abnehmbare Prothetik

(parodontal-, implantat-, schleimhautgetragen)

- Vor- und Nachteile von:
  Modellgussprothetik, Attachmentverankerte Prothetik (extrakoronal, intrakoronal, Teleskop, Adhäsivattachment usw.), Hybridprothetik, Totalprothetik
- Praktische Aspekte wie:
  unter «Festsitzende Prothetik» aufgezählt sowie zusätzlich Modellvermessung, Systematik und Richtlinien der Zahnaufstellung, Prothetik- und implantatbezogene Konstruktionselemente, Modellgussgerüstdesign

3. Alters- und Behindertenzahnmedizin
(Defekt- und Resektionsprothetik)

- Entwicklungsstörungen und Missbildungen (Hart- und Weichgewebe); Resektions- und Defektprothetik; Spezielle Problematik in der Behandlung behinderter und betagter Patienten, inkl. orale Manifestationen allgemeinmedizinischer Erkrankungen, Infektionskrankheiten usw.

4. Myoarthropathien des Kausystems

- Ätiologie und Pathogenese der Myoarthropathien, Schmerzphysiologie, Diagnostik (Anamnestisches Gespräch, Klinische Untersuchung des Kausystems unter Einbezug angrenzender Strukturen), Diagnose (Differentialdiagnose verschiedener Myoarthropathieformen sowie von Kopf-, Gesichts- und anderen Schmerzen)
- Therapien (Initialtherapie, Physiotherapie, Medikamentöse Therapie, Schienentherapie, Psychologische Therapie).

5. Biomaterialkunde

Keramik, Kunststoffe, Legierungen, Implantate, Abformmaterialien, Zemente, zahntechnische Materialien usw.

Falldokumentation

Sämtliche vom Kandidaten selbst behandelte Fälle müssen vollständig mit Anamnese, Befunden (Anfang, Reevaluation, Schluss), angemessen bezüglich Planung und Therapieablauf dokumentiert sein.

Informationen zu Patient
Behandler und Rekonstruktion (1. Seite)

Fachbereich

Defektprothetik, Teilprothetik, Implantatprothetik usw.

Art der Arbeit

Oberkiefer: Teleskop-Defektprothese (Teleskope 17, 16, 25, 26)
Unterkiefer: Procera-Einzelkronenversorgung 46, 47
Implantatgetragene Brücke 41 – 36

Portraitfoto Patient

Patient

Name, Vorname
Geburtsdatum
Zivilstand
Beruf
Kinder
Kostenträger (Selbstzahler, Versicherung, Fürsorge)
Wichtige soziale Angaben zur Person

Behandler

Name

Zahntechniker

Name, Ort Zahntechnisches Labor

Behandlungszeitraum

Datum Behandlungsbeginn
Datum Behandlungsschluss
Datum Nachsorgephase seit …
Datum letzte Kontrolluntersuchung

Kosten

Klinischer Teil
Zahntechnischer Teil

Zusammenfassung

Die Falldokumentation soll durch ein A4-Blatt ergänzt werden, das auf der Vorderseite – neben stichwortartigen Angaben zum

Patient (siehe oben) – eine bildliche Zusammenfassung der Ausgangslage und auf der Rückseite – neben stichwortartigen Angaben zur Rekonstruktion – eine bildliche Zusammenfassung der Schlusssituation aufzeigt. Die Zusammenfassung beinhaltet im Normalfall ein Portrait des Patienten sowie einen intraoralen 5-er Fotostatus sowie ein OPT und/oder einen Einzelzahnbild-Röntgenstatus. Das Ziel ist es, dem Aussenstehenden kurzfristig eine Gesamtübersicht des Falles zu erlauben.

Inhaltsverzeichnis zur Falldokumentation
(schliesst nicht Map-Fall ein)

1. Anamnese
1.1. Anliegen, Patientenwunsch
1.2. Erster Eindruck
1.3. Medizinische Anamnese
1.4. Zahnmedizinische Anamnese

2. Befunde
2.1. Klinische Befunde
2.1.1. Befund extraoral
2.1.2 Befund intraoral
2.1.2.1. Stomatologischer Befund
2.1.2.2. Dentaler Befund (event. inkl. endodontischer Befund)
2.1.2.3. Parodontaler Befund
2.1.2.4. Endodontischer Befund
2.1.2.5. Beurteilung der prothetischen Versorgung
2.1.3. Röntgenologischer Befund
2.1.4. Funktionsbefund
2.1.5. Ästhetikbefund (extraoral, intraoral)
2.1.6. MAP-spezifischer Befund
2.1.7. Andere Befunde
2.2. Modellanalyse
2.2.1. Intramaxillär
2.2.2. Intermaxillär
2.2.3. Diagnostik

3. Diagnose
3.1. Allgemeinmedizinische Diagnose
3.2. Stomatologische Diagnose
3.3. Dentale Diagnose
3.4. Parodontale Diagnose
3.5. Endodontische Diagnose
3.6. Andere Diagnosen

4. Problemkatalog/Ätiologie

5. Prognose
5.1. Einzelzahnprognose
5.2. Gesamtprognose

6. Behandlungsplanung
6.1. Behandlungsziele
6.2. Therapiealternativen
6.3. Eigene Therapieplanung
6.4. Behandlungsplan

7. Verlaufsdokumentation
7.1. Vorbehandlung
7.2. Reevaluation
7.3. Rekonstruktive Phase
7.3.1. Diagnostische Phase
7.3.2. Vorbehandlung
7.3.3. Provisorische Versorgung
7.3.4. Reevaluation
7.3.5. Abformung
7.3.6. Klinisch-rekonstruktive Phase und Laborphase
7.3.7. Definitive Rekonstruktion und Inkorporation
7.3.8. Mund- und Prothesenhygiene

8. Behandlungsabschluss
8.1. Schlussbefund klinisch
8.1.1. Schlussbefund extraoral
8.1.2. Schlussbefund intraoral
8.1.2.1. Stomatologischer Schlussbefund
8.1.2.2. Dentaler Schlussbefund
8.1.2.3. Parodontaler Schlussbefund
8.1.2.4. Endodontischer Schlussbefund
8.1.2.5. Beurteilung der prothetischen Versorgung
8.1.3. Röntgenologischer Schlussbefund

8.1.4. Funktioneller Schlussbefund
8.1.5. Ästhetik Schlussbefund
8.1.6. MAP-spezifischer Befund
8.1.7. Andere Schlussbefunde
8.2. Nachuntersuchung/Nachbetreuung
8.3. Recallbefund

9. Epikrise

10. Originalunterlagen/Beilagen
10.1. Journalblätter Patientenkarte
10.2. Röntgenbilder, Parodontalstatus
10.3. Modelle, Konstruktionszeichnungen, (event. provisorische Versorgung)
10.4. Einverständniserklärung Dokumentation
10.5. Einverständniserklärung Implantation
10.6. Spezielle, für den Fall relevante Unterlagen

11. Materialliste

Erläuterungen zur Falldokumentation

1. ANAMNESE

1.1. Anliegen, Patientenwunsch
– Warum kommt Patient (Überweisung, Lückenversorgung, Ästhetik, Funktion); welches sind seine Hauptprobleme?
– Was ist bislang zahnärztlich passiert?
– Was wurde bislang zahnärztlich gemacht?
– Welche finanziellen Mittel stehen zur Verfügung?
– Welches sind Risikofaktoren und/oder für die Therapie limitierende Faktoren?

1.2. Erster Eindruck
– Beschreibung Patient (gepflegt, umgänglich, introvertiert, optimistisch, verständlich, gewissenhaft, flexibel, kompliziert, starr, ...)
– Familiäre Situation (Zivilstand, Freundeskreis)
– Berufliche Situation (selbständig, angestellt)
– Bedeutung und Stellenwert Zähne; Interesse und Zeitinvestition

1.3. Medizinische Anamnese
– Physischer und psychischer Zustand
– Medikamente (Typus, Menge/d, Zielwirkung)
– Krankheiten in der Vergangenheit
– Raucher-, Alkoholanamnese
– Behandelnde Ärzte/Zahnärzte
– Spezielle Risiken?

1.4. Zahnmedizinische Anamnese
– Zahnärztliche Betreuung in Vergangenheit (Wie häufig, wann letztmals, Kariesrisiko, parodontales Risiko)?
– Dentalhygienische Betreuung in Vergangenheit?
– Mundhygienegewohnheiten, Hilfsmittel?
– Eventuell alte Unterlagen (Röntgenbilder, Befunde, Modelle) zur Dokumentation
– Gründe für Zahnverlust? Event. familiäre Anamnese (Karies, Parodontitis)?

2. BEFUNDE

2.1. Klinische Befunde

Die Befunde sollen mit fotografischen Dokumentationen adäquat – d.h. auf den individuellen Fall bezogen relevant und sinnvoll – illustriert werden. Extraoral gehören En-Face-, Profil- und Detailbilder soweit von Interesse dazu. Intraoral sind ein 5-er Status (Front, OK und UK okklusal, Seiten re und li) sowie Detailfotos soweit von Interesse notwendig.

2.1.1. Befund extraoral

Beurteilung von Gesichtshaut, Mund, Lippen, Nase, Kinn, Innervation (motorisch, sensibel), Lymphknoten usw. Symmetrie/Asymmetrie, Physiognomie (vgl. auch 2.1.5 Ästhetikbefund).

2.1.2. Befund intraoral

2.1.2.1. Stomatologischer Befund

Beurteilung von Wange, Zunge, Harter Gaumen, Alveolarkamm, Mundboden, Speicheldrüsenausführgänge, Tonsillen, Speichel (Quantität, Qualität) usw. Angaben zu zahnlosen Kieferarealen inkl. Alveolarkammbeurteilung.

2.1.2.2. Dentaler Befund

Klinischer Anfangsbefund mit Zahnschema (Zahnstatus): Sensibilität, Füllungen, Substanzverluste, Keilförmige Defekte, Achsenneigung der Zähne, Angle Klasse, Wurzelfüllungen (Periapikale Veränderungen), Implantate usw. sowie spezifische Aspekte. Kurze zusammenfassende Beschreibung der wichtigsten Befunde. Beurteilung von Suffizienz/Insuffizienz der bestehenden zahnärztlichen Arbeiten.

2.1.2.3. Parodontaler Befund

Klinischer Anfangsbefund mit Zahnschema: Sondierungstiefenmessung, Furkationsmessung, Bluten auf Sondierung, Zahnbeweglichkeit. Kurze zusammenfassende Beschreibung der wichtigsten parodontalen Befunde. Zusammenhang mit Mundhygiene. Angaben zu Attachment und gingivalen Rezessionen.

2.1.2.4. Endodontischer Befund

Sensibilität, Wurzelkanalfüllungen (Periapikale Veränderungen). Beurteilung von Suffizienz/Insuffizienz der endodontischen Massnahmen.

2.1.2.5. Beurteilung der prothetischen Versorgung

Beurteilung von bestehenden Rekonstruktionen bezüglich Ästhetik, Funktion, Passgenauigkeit, Parodontalhygiene, Adaptation (wichtig im Hinblick auf Ersatz). Event. spezielle fotografische Dokumentation. Event. Hinweis auf materialkundliche Aspekte.

2.1.3. Röntgenologischer Befund

Panoramaschichtaufnahme, Einzelzahnbild-Röntgenstatus, Bite Wings, Spezialröntgenbilder (CT, DVT, MRI usw.). Jeweils Beschreibung der wichtigsten pathologischen Befunde. Zusammenhänge mit klinischen Befunden herstellen.

2.1.4. Funktionsbefund («Normalfall»)

Mobilität Unterkiefer. Schmerzen bei Unterkieferbewegungen. Maximale Kieferöffnung aktiv (und ggf. passiv). Vertikaler und horizontaler Überbiss (Overbite, Overjet).
Ruhelage, Muskelbefund: Palpation Kaumuskeln (dolent/indolent), Muskelverspannung. Kiefergelenkbefund: Palpation Kiefergelenk (Geräusche, Bewegungseinschränkung, Schmerzen).
Direkte Okklusionsanalyse. Angaben in Schema oder einzeln. Auf universitätsspezifische Besonderheiten wird Rücksicht genommen.

2.1.5. Ästhetikbefund (extraoral, intraoral)

Gesicht: Form, Proportion, Bipupillarlinie, Okklusionsebene, Gesichtsmittellinie, Lippenlinie, (As)symmetrie, Nasenachse
Mittellinie: dental im OK und UK; Philtrum, Gesichtsachse
Profil: Proportionen, Länge Oberlippe, Lippenunterstützung, Stellung und Achse Ober- und Unterkieferfrontzähne
Phonetik: deutlich, undeutlich (nasal, Sigmatismus) mit Begründung
Lachen: Lachlinie (Position nach Vig und Brundo 1978)
Inzisalkantenposition OK und UK Frontzähne: Sichtbarkeit, Harmonie Schneidekantenverlauf bzw. bukko-linguale Position
Bisshöhe: Engster Sprechabstand, Ruheschwebelage
Zahnform, Zahnfarbe
Gingivalsaumverlauf usw.

2.1.6. MAP-spezifischer Befund

Es wird darauf hingewiesen, dass komplexe Fälle mit myoarthropathischen Schmerzen sowohl als Einzelfälle als auch als Schwerpunkt präsentiert werden können. Hierbei sind ausgedehnte anamnestische, psychosoziale, funktionelle und spezielle klinische

sowie bildgebende Befunde erforderlich. Für den «Normalfall» sind die funktionellen Befunde unter Punkt 2.1.4. genügend. Auf universitätsspezifische Besonderheiten wird Rücksicht genommen.

2.1.7. Andere Befunde

z.B. Mikrobiologischer Befund, Speichelsekretion, Fernröntgenanalyse usw.

2.2. Modellanalyse

Anfangsmodelle gesockelt oder im Artikulator (in Abhängigkeit der Komplexität des Falles). Fotografische Dokumentation in Okklusion rechts, links, von frontal und okklusal sowie Detailaspekte, sofern informativ.

2.2.1. Intramaxillär

Beschreibung in vertikaler, sagittaler und transversaler Dimension, (A)Symmetrie, Zahnbogenverlauf, zahnloser Kieferkamm, Kammdefekte, Lückengrösse, Kippung, Rotation, Migration, event. Bestätigung von klinischen Befunden.

2.2.2. Intermaxillär

Beschreibung in vertikaler (Infraokklusion, Elongation, Knochen-/Weichgewebsdefekt), sagittaler (Angle Klasse, Kippung, Migration) und transversaler (Kippung, Migration, Nonokklusion, Knochen-/Weichgewebsdefekt) Dimension.

2.2.3. Diagnostik

Wax-up und/oder Set-up mit Prothesenzähnen zur diagnostischen Dokumentation der provisorischen/definitiven Versorgung. Präimplantologische Diagnostik und Operationsplanung. Implantatselektion. Kann bereits im Rahmen der Befundaufnahme sinnvoll sein und/oder während der Vorbehandlung.

3. DIAGNOSE

Die Diagnose kann entweder wie in diesem Manual strukturiert (komplexer Fall) oder aber zusammenfassend (einfacher Fall) formuliert werden.

3.1. Allgemeinmedizinische Diagnose

Physischer und psychischer Zustand; physische und psychische Einschränkungen. Ärztliche Diagnose. Raucher/Nichtraucher (Pack/d) usw. vgl. Befunde.

3.2. Stomatologische Diagnose

Prothesenstomatitis, Candidiasis usw. vgl. Befunde.

3.3. Dentale Diagnose

Kennedy Klasse Restgebiss. Füllungen. Rekonstruktionen festsitzend und abnehmbar usw. vgl. Befunde.

3.4. Parodontale Diagnose

Diagnose gemäss Klassifizierung International Workshop for Classification of Periodontal Diseases and Conditions (Annals of Periodontology, Vol. 4:1,1999):

– Gingivale Erkrankungen (plaquebedingt, nicht plaquebedingt)
– Chronische Parodontitis (lokalisiert, generalisiert); Schweregrad
– Aggressive Parodontitis (lokalisiert, generalisiert); Schweregrad

Zusammenfassende Beurteilung von Rezession, Attachmentverlust, Furkation, Zahnbeweglichkeit beim Zahn und periimplantär mukosale Situation beim Implantat. Mundhygienezustand usw. vgl. Befunde.

3.5. Endodontische Diagnose

Besonderheiten zur Sensibilität, Apikale Parodontitis usw.
vgl. Befunde.

3.6. Andere Diagnosen

Funktionelle Diagnosen, Kieferorthopädische Diagnose usw.
vgl. Befunde.

4. PROBLEMKATALOG/ÄTIOLOGIE

Aufzählung, der für den Patienten spezifischen Probleme, die gelöst/nicht-gelöst/unter Kompromissbedingungen gelöst werden können.

– Persönliche Faktoren (Bereitschaft, Belastbarkeit)
– Zahnmedizinische Faktoren zusammenfassend gemäss Diagnose und Prognose

Aufzählung, der aus Sicht des Behandlers spezifischen Probleme, die gelöst/nicht-gelöst/unter Kompromissbedingungen gelöst werden sollen.
Die Ursachen der Erkrankungen und die den Therapieablauf und die Prognose beinflussenden Faktoren können in diesem Punkt diskutiert oder separat aufgeführt werden.

5. PROGNOSE

5.1. Einzelzahnprognose

Verwendung des Prognoseschemas mit Einteilung «schlecht/hoffnungslos, fraglich/zweifelhaft, gut/sicher». Ergänzung mit erläuterndem Kommentar notwendig; Angaben zur strategischen Bedeutung. Risikobeurteilung von Implantaten.

5.2. Gesamtprognose

Beschreibung der Gesamtsituation und lokal unterschiedlicher Situationen unter Berücksichtigung der Befunde sowie der Mitarbeit des Patienten (Mundhygiene und finanzielle Möglichkeit sowie persönliche Bereitschaft des Patienten, Adaptationsfähigkeit). Inwieweit können Wünsche (funktionell, ästhetisch) des Patienten erfüllt werden?

6. BEHANDLUNGSPLANUNG

6.1. Behandlungsziele

Eine entzündungsfreie Mundhöhle, die subjektiv als funktionell und ästhetisch adäquat eingestuft wird, steht im Vordergrund. Auch sollte an die grundsätzliche zahnärztliche Aufgabe des Zahnerhalts gedacht werden. Behandlungsziel, das i) die Wünsche des Patienten, ii) die Befunde, iii) die dental/parodontal/endodontische usw. Diagnosen und iv) die Kooperation und Finanzen des Patienten berücksichtigt.
«Nach Etablierung entzündungsfreier Verhältnisse durch die parodontale Initialtherapie und durch die provisorische Versorgung der kariesbefallenen Pfeiler mittels XX, wurde ....»
«Ästhetisch soll ...»; «Funktionell soll ...»

6.2. Therapiealternativen

Therapiealternative 1 Was (festsitzend, abnehmbar, implantatgetragen, welche Pfeilerzähne)? Vorteile? Nachteile? Kosten? usw.

Therapiealternative 2 Was (festsitzend, abnehmbar, implantatgetragen, welche Pfeilerzähne)? Vorteile? Nachteile? Kosten? usw.

Therapiealternative 3 usw.

«Da der Patient weitere chirurgische Eingriffe ablehnte, schieden Knochen- und Weichgewebsaugmentationen aus. Auf eine Retention des prothetischen Ersatzes mittels Implantaten sollte ebenfalls verzichtet werden, so dass nur eine konventionelle dental abgestützte abnehmbare Versorgung mit prothetischem Ersatz des Hart- und Weichgewebsdefekts in Betracht kam ...»
«Der Patient war Selbstzahler und konnte für die Behandlungskosten aufkommen. Er nannte (k)ein definiertes finanzielles Limit von X Franken; er wollte aber die Gesamtbehandlung in Teilbeträgen bezahlen ...»

6.3 Eigene Therapieplanung

Beschreibung des eigenen gewählten Vorgehens. Entscheidungsfindungsprozess unter möglichster Integration von klinischen und wissenschaftlichen Argumenten («evidence based dentistry»).

6.4 Behandlungsplan

Basierend auf den Befunden, den Diagnosen, den Patientenwünschen und den finanziellen Möglichkeiten wird ein Behandlungsplan definiert. Grundsätzlich werden folgende Phasen durchlaufen:

Initialbehandlung und Hygienephase: hier werden die biologisch und technisch notwendigen dringlichen Massnahmen durchgeführt. Zudem werden die parodontal notwendigen Massnahmen inkl. der Mundhygiene aufgelistet, die entweder selbständig oder in Zusammenarbeit mit der Dentalhygienikerin durchgeführt werden.

Reevaluation: Nach Herstellung parodontal gesunder Verhältnisse erfolgt eine dentale und parodontale Reevaluation der Restpfeilerzähne, der Implantate, der Mukosa, der Kooperation usw. (siehe unten).

Vorbehandlung: hier werden die chirurgisch (implantologisch), parodontal und konservierend notwendigen Massnahmen aufgelistet, die entweder selbständig oder in Kooperation mit andern Fachkollegen durchgeführt werden. Zudem, endodontische, kieferorthopädische, provisorische Versorgung usw. Massnahmen festlegen.

Prothetische Phase: hier werden die vorgesehenen prothetischen Massnahmen in chronologischer Reihenfolge aufgelistet.

Nachbetreuung/Erhaltungsphase: hier werden Art und Intervall des Recalls unter Berücksichtigung der Möglichkeiten und Grenzen des Patienten festgelegt.

7. VERLAUFSDOKUMENTATION

Die Verlaufsdokumentation kann entweder durch eine chronologische Beschreibung der einzelnen Schritte in Abstützung auf die Daten in der Patientenkarte und unter Einfügen der notwendigen Zwischenbefunde (Par-Status, Rö-Status, Reevaluationen!) sowie der fotografischen Dokumentation der wichtigsten klinischen Schritte (z.B. Vorbehandlung, provisorische Versorgung usw.) oder strukturiert wie untenstehend erfolgen. Zudem erklärende Beschreibung, warum im Einzelfall welche Massnahme gewählt worden ist.

Es liegt in der Entscheidung des Kandidaten zu bestimmen, welche Aspekte von Bedeutung sind und welche eher in den Hintergrund treten (Relevanz, Angemessenheit, Zweckmässigkeit). Rekonstruktive Aspekte stehen jedoch im Vordergrund und müssen dementsprechend dokumentiert werden. Insbesondere rekonstruktiv-diagnostische Aspekte (Wax-up, Set-up, provisorische Versorgung, Einproben usw.) bei Behandlungsbeginn und während der Behandlung haben einen hohen Stellenwert.

Auch die Zusammenarbeit mit dem Zahntechnischen Labor muss beleuchtet werden. Zudem gehören Schwierigkeiten während der Behandlung und/oder in Zusammenarbeit mit dem Zahntechnischen Labor oder Umplanungen in die Beschreibung des Falles. Nicht zu vergessen die Dentalhygienikerin, deren Einsatz im Behandlungsablauf eingeschlossen werden soll. Allfällige Therapien, die in Zusammenarbeit mit Kollegen geplant, oder durch diese durchgeführt werden, gehören selbstverständlich erwähnt. Die Materialien, die klinisch und zahntechnisch eingesetzt werden, werden im Text aufgelistet und sollen am Schluss der Dokumentation in einer Tabelle zusammengefasst werden.

Die strukturierte Verlaufsdokumentation sieht wie folgt aus:

7.1. Vorbehandlung

Chirurgisch, parodontal, konservierend, endodontisch, kieferorthopädisch, provisorisch usw.

7.2. Reevaluation!!

Dieser Schritt ist mit Ausrufezeichen versehen, da er beim «effizienten» Kliniker vereinzelt übersehen wird. Die Reevaluation ist der wichtigste Schritt im Rahmen eines kontrollierten Behandlungsablaufes, da sie entweder der Bestätigung der initial geplanten Therapie dient (Anfangsbefund und damit Entscheidungsfindung bei Behandlungsbeginn überprüfen und bestätigen), oder eine gezielte Umplanung erlaubt (bei veränderten Verhältnissen neue, begründete Entschlussfassung formulieren). Sie wird deshalb in einfachen Fällen mindestens nach der Initial- bzw. Vorbehandlung, in komplexen Fällen mehrmals (z.B. letztmals vor der definitiven Abformung) durchgeführt.

Zur Reevaluation gehören neben biologischen Aspekten auch die rekonstruktiv bedeutungsvollen funktionellen (Schmerzfreiheit, Kontrolle der intermaxillären Beziehung usw.) und ästhetischen Aspekte (Provisorische Versorgung, Plastisches Weichteilmanagement usw.) dazu (siehe auch 7.3).

7.3. Rekonstruktive Phase

7.3.1. Diagnostische Phase
7.3.2. Vorbehandlung, sofern nicht unter 7.1 erledigt
7.3.3. Provisorische Versorgung
7.3.4. Reevaluation
7.3.5. Abformung
7.3.6. Klinisch-rekonstruktive und Laborphase
Beschreibung (chronologisch) der klinischen Schritte, die notwendig sind, ab Zeitpunkt der Abformung bis zur definitiven Herstellung der Rekonstruktion (z.B. Bestimmung der vertikalen und horizontalen Dimension, Einproben usw.). Zudem Erläuterung von zahntechnischen und materialkundlichen Aspekten.
7.3.7. Definitive Rekonstruktion und Inkorporation
7.3.8. Mund- und Prothesenhygiene

8. BEHANDLUNGSABSCHLUSS

8.1. Schlussbefund klinisch

Fotografische Dokumentation des klinischen Schlussbefundes mit extraoralen und intraoralen Aufnahmen. Das Ausmass der Befunderhebung soll der Anfangsdokumentation entsprechen, damit ein Vergleich möglich ist. Eine selbstkritische Dokumentation ist erwünscht. Zudem gehören tabellarische Schlussbefunde der den-

talen, parodontalen und funktionellen Situation dazu. Im Einzelfall sind Schlussmodelle sinnvoll. Die wichtigsten klinischen und materialkundlichen Aspekte sollen zusammenfassend erwähnt und im Spezialfall diskutiert werden.

8.1.1. Schlussbefund extraoral
8.1.2. Schlussbefund intraoral
8.1.2.1. Stomatologischer Schlussbefund
8.1.2.2. Dentaler Schlussbefund
8.1.2.3. Parodontaler Schlussbefund
8.1.2.4. Endodontischer Schlussbefund
8.1.2.5. Beurteilung der prothetischen Versorgung
8.1.3. Röntgenologischer Schlussbefund
8.1.4. Funktioneller Schlussbefund
Der funktionelle Schlussbefund wird häufig vergessen. Es soll speziell das gewählte Okklusionskonzept begründet werden.
8.1.5. Ästhetik Schlussbefund
8.1.6. MAP-spezifischer Befund
8.1.7. Andere Schlussbefunde

8.2. Nachuntersuchung/Nachbetreuung

Was wurde festgestellt? Positives und Negatives erwähnen und dokumentieren, sowie die durchgeführten Massnahmen aufzeigen. Reevaluationen bzw. Recallbefunde dokumentieren. Misserfolge gehören erwähnt!!

8.3. Recallbefund

Das Ausmass der Befunderhebung soll der Anfangsdokumentation entsprechen, damit ein Vergleich möglich ist.

9. EPIKRISE

Eine Epikrise stellt eine kombiniert zusammenfassende und gleichzeitig selbstkritische Beschreibung des Falles dar, wobei insbesondere eine Diskussion der Lösung der aufgelisteten Probleme (Patientenwunsch, funktionell, ästhetisch, finanziell) sowie die Prognose der jeweiligen Problemlösung im Vordergrund stehen. Der Behandlungserfolg oder Misserfolg und die weitere Betreuung sind zu diskutieren.

Wie war die Ausgangslage? Was wurde gemacht? Würde man im Nachhinein alles gleichartig durchführen? Was würde heute anders geplant/gemacht werden? Wie wäre die Prognose der Alternativen im Vergleich zum eigenen Vorgehen? Wie wird die Behandlung aus Sicht der Kosten-Nutzen-Analyse betrachtet? Sind die Kosten adäquat? War der Aufwand adäquat? Wie steht es mit der Behandlungseffizienz? Wie beurteilt der Patient die Behandlung im Nachhinein? Wie sieht die Hygienefähigkeit der Rekonstruktion und das Hygienemanagement des Patienten aus? Wurden die funktionellen und ästhetischen Wünsche und Erwartungen des Patienten (Ästhetik, Funktionalität, Adaptation) erfüllt? Wie sieht die Prognose der Rekonstruktion aus? Auch soll mittels Literatur das eigene Vorgehen wissenschaftlich belegt bzw. unterstützt werden.

10. BEILAGEN

10.1. Journalblätter Patientenkarte

10.2. Röntgenbilder, Parodontalstatus

Anfang: OPT, Einzelzahnröntgenbilder, Par-Status	Datum
Reevaluation: Einzelzahnröntgenbilder, Par-Status	Datum
Behandlungsabschluss:	
OPT, Einzelzahnröntgenbilder, Par-Status	Datum
Nachkontrolle: Einzelzahnröntgenbilder, Par-Status	Datum

Bei den Röntgenbildern einerseits ALARA-Regel berücksichtigen, anderseits an die vergrösserte Dokumentationspflicht im Rahmen der Fachprüfung denken.

10.3. Modelle, Konstruktionszeichnungen (event. provisorische Versorgung)

Da Gipsmodelle heikel und schwer zu transportieren sind, sollen diese (auch Artikulatoren) nur soweit notwendig mitgeliefert werden. Eine adäquate fotografische Dokumentation kann das physische Mitschicken der Gipsmodelle ersetzen.

Anfangsmodelle	Datum
Meistermodelle	Datum
Schlussmodelle	Datum
Situationsmodelle des Recallbefundes nach X Jahren	Datum

10.4. Einverständniserklärung Dokumentation

Unterschrieben von Patient mit Datum

10.5. Einverständniserklärung Implantation
Unterschrieben von Patient mit Datum

10.6. Spezielle für den Fall relevante Unterlagen

11. MATERIALLISTE
Abformmaterialien, Direkte Unterfütterungsmaterialien, Provisorienmaterialien, Komposit, Indikatorpasten, Zemente, Artikulator, Materialien im Zusammenhang mit Okklusion, Prothesenzähne, Legierungen, Kunststoffe, Keramik, Implantatmaterialien, Medikamente.
Zusätzliche zahntechnische Materialien von Bedeutung (z.B. Oberflächenkonditionierung).

Anhang

Überlegungen der Fachprüfungskommission zur Weiterbildung in Rekonstruktiver Zahnmedizin

Wer für den Weiterbildungstitel SSRD kandidiert
- erbringt allein schon zur Erfüllung der Voraussetzungen für eine Kandidatur eine höchst respektable Leistung,
- weist sich durch die Behandlung komplexer Fälle, die sich oft über Monate oder Jahre erstreckt, auf dem Gebiet der Rekonstruktiven Zahnmedizin über Wissen und Fähigkeiten aus, die dasjenige des Generalisten klar übersteigen,
- hat ein sehr grosses und sehr komplexes Fachgebiet gewählt, das neben den fachspezifischen Kenntnissen fundiertes Wissen in Parodontologie, Implantologie usw. sowie weiteren z.T. humanmedizinischen Sparten (Geriatrie, Neurologie, Psychologie etc.) voraussetzt.

Bei der Beurteilung der Fälle durch die Fachprüfungskommission ist zu unterscheiden zwischen
- objektivierbaren Kriterien (z.B. Vollständigkeit der Befunderhebung, exakte Diagnostik, Einhaltung des Behandlungsprotokolls, technisch-operativ korrekte Durchführung der Behandlung, klare Verstösse gegen das Prinzip des «primum nihil nocere», umfassende Dokumentation, Erkennen und Diskussion auftretender Probleme) und Einhaltung der in den «Richtlinien für die Weiterbildung in Rekonstruktiver Zahnmedizin» festgehaltenen Kriterien.
- (teilweise) subjektiven Kriterien (z.B. Wertung erhobener Befunde und deren Konsequenzen für Planung, Durchführung der Behandlung und Epikrise, Schwierigkeitsgrad), die durchaus die etablierte Lehrmeinung einer Ausbildungsstätte repräsentieren können und deshalb nicht unbedingt mit der Sichtweise der Experten korrespondieren müssen. Im Zweifelsfall gelten – sofern vorhanden – internationale evidenzbasierte Kriterien.
- Patientenspezifische Faktoren bzw. Wünsche können ausnahmsweise im Einzelfall vermerkt werden, dürfen jedoch nicht als systematische Therapiebegründung verwendet werden

Die Kommission setzt – auch im Interesse des Programmleiters – voraus, dass nicht

- Kandidaten zur Spezialisierung vorgeschlagen werden, die möglicherweise die reglementarisch festgelegten Voraussetzungen nicht erfüllen,
- das Risiko eingegangen wird, dass ein Kandidat im Kolloquium nicht das bringt, was ihm im Empfehlungsschreiben attestiert wird,
- ein Empfehlungsschreiben für Leistungen ausgestellt wird, die er nicht selber gecoacht oder zumindest selbst kontrolliert hat. Auch wenn der Programmleiter nicht alle eingegebenen Fälle vor der Eingabe selber begutachtet, so bleibt er für die Korrektheit der sprachlichen und inhaltlichen Aspekte verantwortlich.

Die Fachprüfungskommission muss davon ausgehen können, dass an den prothetischen Kliniken in der Schweiz

- ein punkto Inhalt und Niveau vergleichbares Weiterbildungs-Curriculum besteht,
- die an der eigenen Klinik nicht vermittelbaren theoretischen und praktisch-klinischen Aspekte in Kooperation mit internen/externen Kollegen/Kliniken erarbeitet werden,
- Kollegen mit einem hohen Leistungsausweis auf einem Fachgebiet ausgezeichnet werden und dies gegen aussen dokumentiert wird. Damit die Hauptmotivation zur Spezialisierung erhalten bleibt, darf das Anforderungsniveau nicht gesenkt werden,
- die Zusammenarbeit mit der Zahntechnik gefördert, die zahntechnische Prozess- und Ergebnisqualität (Präzision, Verarbeitung, Ästhetik usw.) beurteilt und verantwortet werden kann.