

Anforderungen und Erläuterungen zur Falldokumentation WBA „allgemeine Zahnmedizin“

Die 10 eingereichten Fälle müssen lückenlos dokumentiert sein und das Spektrum der allgemeinen Zahnmedizin abdecken. Dazu werden die Patientenfälle den einzelnen Fachgebieten gemäss Stoffkatalog WBA allgemeine Zahnmedizin zugeordnet. Alle Fälle müssen mindestens nach 6 Monaten nachdokumentiert werden. Von drei Fällen muss eine Nachdokumentation nach 1 Jahr oder später vorliegen. Die Kommission WBA „allgemeine Zahnmedizin“ kann die Einsicht in die Krankenakte verlangen, um die Richtigkeit der Angaben zu prüfen.

Bereich A: Praxisführung, KMU-Betrieb

Mindestens 1 Fall bei welchen die Kostenübernahme durch Dritte erfolgte (Versicherungen, Sozialdienst) oder aus nicht optimalen sozioökonomischen Verhältnissen.

Bereich B: Allgemeine Medizin und Stomatologie

Mindestens 1 Fall mit einer Allgemeinerkrankung oder mit einer Erkrankung der oralen Schleimhäute.

Bereich C: Diagnostik und Planung

Mindestens ein Fall mit hohem Kariesrisiko oder mit schwerer dentoalveolärer Traumatisierung (Trauma, Bisshöhenverlust >3 mm, stark reduzierte Dentition, Planung Defektprothetik).

Bereich D: Orale Chirurgie, Parodontologie und chirurgische Implantologie

Mindestens ein Fall, bei dem eine chirurgische Intervention durchgeführt wurde, beziehungsweise eine grössere nicht-chirurgische Parodontaltherapie notwendig war.

Bereich E: Orale Restaurationen und Rekonstruktionen

Mindestens zwei Fälle, bei denen eine aufwändigere Sanierung (Restauration/Rekonstruktion) von >6 Zähnen notwendig war.

Bereich F: Spezielle Zahnmedizin

Mindestens ein Fall, der die Kinderzahnmedizin, die Alters- oder Behindertenzahnmedizin betrifft oder bei welchem Laser in der Behandlung angewendet wurde oder mit Methoden der Komplementärzahnmedizin therapiert wurde.

Angaben zur Falldokumentation:

- Initialen und Geburtsdatum dem Patienten. Bereichszuteilung und Nachdokumentation.
- Hauptanliegen des Patienten
- Anamnese (sozial, systemisch, dental)
- Befunde (Zähne, Parodont, Schleimhaut, Kausystem, Röntgenbefund)
- Diagnosen
- Diskussion von Therapievarianten
- Erfolgte Therapie, Behandlungsplan, Kostenschätzung
- Behandlungsverlauf (inklusive Reevaluation)
- Kritische Schlussbetrachtung

Mit der Dokumentation sind die Röntgenbilder, Fotos und allfällige Bilder der Modelle in digitaler Form abzugeben. Die Fälle müssen auf einem digitalen Träger eingeschickt werden (Format Word oder PowerPoint). Ist der Patient auf allfälligen

extraoralen Fotografien erkennbar, so muss das entsprechende Einwilligungsförmular des Patienten (Anhang 2) der Falldokumentation beigelegt werden. Zusätzlic muss der Gesuchsteller die Erklärung, dass er alle Fälle selber behandelt und dokumentiert hat, beilegen (Anhang 1).

Erläuterungen zur Falldokumentation

Anamnese

Beruflicb-soziales Umfeld des Patienten, allgemeinmedizinische Erkrankungen, Medikamente, Raucherstatus, Bericht des Patienten über frühere Traumata oder Zahnbehandlungen.

Befunde

Ausführlicber Zahnstatus mit vorhandenen Restaurationen/Rekonstruktionen, endodontischer und parodontaler Zustand der Dentition, Mundhygiene. Bisslage und Funktion (Okklusion, Vorkontakte), Kiefergelenksbefundung, stomatologische Befunde, Röntgenstatus, sowie Fotostatus.

Diagnose

Ausführlicbe Diagnostik mit Aufstellen der Problemliste.

Therapievarianten

Mögliche Therapiemöglichkeiten und Diskussionen, die mit dem Patienten anlässlich der Therapiebesprechung geführt wurden.

Erfolgte Therapie, Behandlungsplan, Kostenschätzung

Darstellung der gewählten Therapie, Aufstellung des Behandlungsplans. Der Behandlungsplan ist in vier Behandlungsphasen: systemische Phase, Hygiene- phase, Restaurative/Rekonstruktive Phase, sowie Erhaltungsphase gegliedert. Die Kostenschätzung wird beigelegt mit Angabe der Tarifpositionen und Taxpunkte.

Behandlungsverlauf

Die einzelnen Termine des Patienten werden aufgeführt und die einzelnen Behandlungsschritte festgehalten. Die einzelnen Therapieschritte sind radiologisch oder fotografisch dokumentiert. Allfällige Komplikationen und Planänderungen werden aufgezeigt und diskutiert.

Der Behandlungsabschluss wird fotografisch dokumentiert. Spätestens bei der ersten Nachkontrolle ist zudem auch eine radiologische Kontrolle notwendig. Bei der Nachkontrolle wird erneut ein Fotostatus angefertigt.

Das Konzept der Erhaltungsphase wird festgehalten.

Kritische Schlussbetrachtung

Eine ausführlicbe Diskussion des Falles mit Pro und Kontra beziehungsweise Gründen, die zum Erfolg / Misserfolg geführt haben wird festgehalten. Eine selbstkritische Evaluation der durchgeführten Therapie ist erwünscht.

Es besteht die Möglichkeit die Falldokumentation mit einem Schlusswort abzuschliessen.

Fallnummer	Initialen	Geburtsdatum	Bereich(e)	Beschreibung	Nachdokumentation
Bsp. 0	B. Z.	07.07.1976	B,D,E	Behandlung dentaler Erosionen mit Kompositrestaurationen	1 Jahr
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Anhang 1: Erklärung des Gesuchstellers

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Falldokumentationen für den Weiterbildungsausweis „allgemeine Zahnmedizin“ selbständig erarbeitet habe. Die Bilder entsprechen der Realität und wurden nicht digital verändert. Allfällige Probleme und Misserfolge im Behandlungsablauf wurden wahrheitsgetreu wiedergegeben und entsprechen den Einträgen im Patientendossier. Allfällige Behandlungsschritte, die durch andere Behandler als mich durchgeführt wurden, sind als solche klar erkennbar. Wissenschaftliche Zitate habe ich unter Angabe der Originalautoren und des Publikationsjahres verwendet. Mir ist bekannt, dass der Fachausschuss der SSO berechtigt ist, mir den Weiterbildungsausweis abzuerkennen, sollte ich entgegen der oben genannten Erklärung gehandelt haben.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Anhang 2: Einverständniserklärung des Patienten

Anrede
Name
Strasse
PLZ Ort

Ort, Datum

Einverständniserklärung

Sehr geehrte XX,

Im Rahmen der Weiterbildungsregelung in allgemeiner Zahnmedizin werde ich einem Prüfungsgremium der SSO (Schweiz. Zahnärzte-Gesellschaft) zehn dokumentierte Patientenfälle vorlegen müssen. Ich wäre Ihnen deshalb dankbar, wenn ich zu diesem Zweck auch diejenigen Unterlagen benutzen dürfte, welche im Laufe Ihrer Behandlung erstellt wurden (inkl. Fotos). Die Unterlagen werden selbstverständlich vertraulich behandelt, nicht öffentlich publiziert und dienen nur zu Prüfungszwecken.

Besten Dank für Ihre Mithilfe.

Ich bestätige, dass meine Unterlagen zu oben beschriebenem Zweck verwendet werden dürfen.

Ort, Datum.....

Unterschrift.....