

Prüfungsordnung Kieferorthopädie

Abschluss: Master of Science (Continuing Education), (MSc) (CE)

*) Mit allen Funktionsbezeichnungen sind Frauen und Männer in gleicher Weise gemeint. Eine sprachliche Differenzierung im Wortlaut der einzelnen Regelungen wird nicht vorgenommen.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Inhalte des Studiums und Zweck der Prüfung

§ 2 Mastergrad

§ 3 Studienvoraussetzungen, Qualifikation

§ 4 Studiendauer

§ 5 Zulassungsvoraussetzungen und Zulassungsverfahren für Prüfungen und Abschlussprüfung

§ 6 Anrechnung von Studienzeiten und Studienleistungen

§ 7 Abschlussprüfung

§ 8 Prüfungskommission

§ 9 Ausschluss wegen persönlicher Beteiligung, Verschwiegenheitspflicht

§ 10 Versäumnis, Rücktritt, Täuschung, Ordnungsverstoß

§ 11 Mängel im Prüfungsverfahren

§ 12 Bewertung der Prüfungsleistungen

§ 13 Zeitpunkt der Prüfungsleistungen

§ 14 Zeugnis

§ 15 Wiederholung der Prüfungsleistungen

§ 16 Einsicht in die Prüfungsakten

§ 17 In-Kraft-Treten

§ 1

Inhalte des Studiums und Zweck der Prüfung

(1) Das Studium umfasst acht Module:

Module 1	Allgemeine Themen aus den Bereichen Biologie und Medizin
Module 2	Grundlegende Themen der Kieferorthopädie
Module 3	Allgemeine Themen der Kieferorthopädie
Module 4	Kieferorthopädische Techniken
Module 5	Multidisziplinäre Therapie
Module 6	Spezielle Behandlungsverfahren
Module 7	EHS-Management
Module 8	Praxismanagement, Verwaltung und Ethik

Module	LV- Art	ECTS	WL (h)	SWS	Präsenz- Std.	Home-Std.
Modul 1	V	17	510	10	112,5	397,50
Modul 2	V, P	16	480	8	90,00	390,00
Modul 3	V, P	16	480	8	90,00	390,00
Modul 4	V, P	13	390	6	67,50	322,50
Modul 5	V	4	120	2	22,50	97,50
Modul 6	V, P	12	360	6	67,50	292,50
Modul 7	V	2	60	1	11,25	48,75
Modul 8	V	5	150	1	11,25	138,75
Fallpräsentationen		15	450			450,00
Master-Thesis		20	600			600,00
Gesamt		120	3600	42	472,5	3127,5

Legende:

LV-Art = Lehrveranstaltungsart

V = Vorlesung

P = Praktikum

WL = Workload

SWS = Semester Wochenstunden

ECTS = European Credit Transfer System

Im Rahmen des Studiums ist eine

- Master-Thesis (s. Grundsätze für die Erarbeitung einer Master-Thesis „Master of Science (Continuing Education)“, abgekürzt „MSc (CE)“ als wissenschaftliche Arbeit zu erstellen.
- Es sind insgesamt zwölf Fallberichte von selbständig unter Anleitung geplanten und behandelten Fällen unterschiedlicher Anomalien (s. Anlage 2 Richtlinien zu Aufbau und Struktur der Fallpräsentation/-Dokumentation) vorzulegen.

(2) Das Studium soll eine interdisziplinäre, berufsbezogene und wissenschaftliche Weiterbildung in Kieferorthopädie sein. Das Studium wird mit einem Master of Science (Continuing Education), abgekürzt „MSc (CE)“ abgeschlossen.

(3) Prüfungen im Sinne dieser Ordnung sind die studienbegleitenden und abschließenden Prüfungen des Universitätslehrganges „Kieferorthopädie“ zum Erwerb des akademischen Grades „Master of Science (Continuing Education)“, abgekürzt „MSc (CE)“.

(4) Die Prüfung soll eine differenzierte Beurteilung des Studierenden und die Feststellung ermöglichen, dass der Kandidat die in den Prüfungsfächern und Leistungskatalogen relevanten Problemstellungen im angemessenen Rahmen auch mit wissenschaftlichem Instrumentarium bearbeiten kann. Er soll dabei die Urteilsfähigkeit und Kompetenz zur kritischen Reflexion von Wissenschaft und beruflicher Praxis zeigen und die Einordnung der Fragestellungen in übergreifende Zusammenhänge vornehmen können.

(5) Der Prüfungsstoff ist nach Art und Umfang auf den Inhalt der Studienordnung und des Studienprogramms abzustellen.

§ 2

Mastergrad

Aufgrund sämtlicher nach dieser Ordnung abgelegten Prüfungen wird der akademische Grad „Master of Science (Continuing Education), abgekürzt „MSc (CE)“, verliehen.

§ 3

Studienvoraussetzungen, Qualifikation

- (1) Voraussetzungen für die Zulassung zum postgradualen Universitätslehrgang sind ein international anerkannter akademischer Studienabschluss der Zahnmedizin und die Berechtigung zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes. Der Bewerber muss nach der Approbation und vor Zulassung zum Studium mindestens zwei Jahre als Zahnarzt gearbeitet haben.
- (2) Der Studiengang ist berufsbegleitend über 6 Semester organisiert. Deswegen benötigt der Bewerber mindestens Zugang zur Praxis/Klinik (= Behandlungsmöglichkeit), um das Anwendertraining der erworbenen Kenntnisse und vorgestellten Methoden in der Praxis in ausreichender Weise auch zur Fallpräsentation durchführen zu können. Dieses muss seitens des Bewerbers glaubhaft nachgewiesen werden.
- (3) Zudem muss der Bewerber einen vollständigen Lebenslauf mit Angaben bzw. Nachweisen der Fortbildung auf dem Gebiet der kieferorthopädischen Zahnmedizin bei der Bewerbung mit einreichen.
- (4) Die Zulassung zum postgradualen Universitätslehrgang erfolgt jeweils nach Maßgabe vorhandener Studienplätze. Die Höchstzahl an Studienplätzen, die jeweils für einen Universitätslehrgang zur Verfügung steht, ist vom Lehrgangsleiter nach pädagogischen und organisatorischen und klinischen Praktika-Gesichtspunkten festzusetzen.

(5) Die Zulassung der Studierenden obliegt gemäß § 60 Abs. 1 UG 2002 dem DPU-Rektorat. Die Entscheidung über das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Aufnahme zum Studium erfolgt durch die Lehrgangsleitung.

§ 4

Studiendauer

(1) Der postgraduale berufsbegleitende Universitätslehrgang Kieferorthopädie mit dem Abschluss „Master of Science (Continuing Education)“, kurz „MSc (CE)“ umfasst in 6 Semestern 120 ECTS mit 42 SS für Vorlesungen und Kurse. Im Rahmen der 120 ECTS ist die Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit, der Master-Thesis, wie die Vorlage von zwölf Falldokumentationen enthalten.

(2) Die Summe der Arbeitszeit der Studierenden für die Bearbeitung von Studienliteratur, zur Vor- und Nachbereitung von Lehrveranstaltungen und zur Vorlage und Aufbereitung der geforderten Falldokumentationen, der Behandlungsfälle unterschiedlicher Indikation, ist eingeschlossen und wird anhand einer Evaluation überprüft.

§ 5

Zulassungsvoraussetzungen und Zulassungsverfahren für Prüfungen und Abschlussprüfung

(1) Die Teilnahme an den Lehrveranstaltungen der Module ist verpflichtend, nur aus wichtigem Grunde – von der Lehrgangsleitung zu bestätigen – können einzelne Module versäumt werden. Für die Zulassung zur Abschlussprüfung ist ein Nachweis anhand der Teilnahmeüberprüfung der Lehrveranstaltungen von 80% notwendig.

- (2) Der Studierende hat zu jeder Lehrveranstaltung ein Testat (üblicherweise Fragentestat im multiple-choice-Verfahren) abzulegen. Für die Zulassung müssen mindestens 60% der Antworten in einer Auswertung der Testate richtig beantwortet sein. Im Rahmen der Studienmodule muss der verantwortliche Dozent die Studierenden in ein mündliches und praktisches Leistungsbewertungsprogramm einbeziehen.
- (3) Voraussetzung für die Zulassung zu den Teilprüfungen ist der Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen nach § 3. Mit der Vorlage der Nachweise gemäß § 3 gilt der Bewerber zu den studienbegleitenden Teilprüfungen in den Lehrveranstaltungen, an denen er teilnimmt, als angemeldet.
- (4) Die Zulassung zur Anfertigung der Master-Thesis setzt neben dem Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen nach § 3 voraus, dass der Kandidat 30 Leistungspunkte im Rahmen der studienbegleitenden Teilprüfungen zu den Lehrveranstaltungen erworben hat.
- (5) Die Master-Thesis ist entsprechend der „Grundsätze für die Erarbeitung einer Master-Thesis“ zu erstellen (s. Anlage 1 zur Prüfungsordnung).

Die Master-Thesis dient der Qualifizierung der Studierenden zum wissenschaftlichen Arbeiten. Ergebnisse eigener wissenschaftlicher Untersuchungen oder wissenschaftliche Recherchen und Auswertungen sollen in geeigneter Form dargestellt werden. Der berufsbegleitende Workload für die Master-Thesis ist mit 600 Std. (= 20 ECTS) angegeben.

Der Studierende erhält aus dem Bereich der Dozenten einen „Betreuer“ zur Seite gestellt. Die Master-Thesis und deren Verteidigung ist ein wichtiger Bestandteil der Abschlussprüfung. Deren Vorlage 12 Wochen vor dem Prüfungstermin und deren positive Bewertung stellen eine der

Voraussetzungen für die Zulassung dar.

Das Thema der Masterarbeit kann nur einmal und nur aus triftigem Grund mit Einwilligung des Vorsitzenden der Prüfungskommission zurückgegeben werden.

Der wissenschaftliche Lehrgangsleiter reicht, wenn er nicht selbst die Begutachtung vornimmt, die Arbeit an den von ihm beauftragten Gutachter zur Beurteilung weiter. Wird die Masterarbeit mit „nicht ausreichend“ bewertet, so ist sie von einem zweiten Gutachter aus der DPU oder dem Lehrgangs-Dozentenkreis zu beurteilen. Die Gutachten sollen spätestens vier Wochen nach Übertragung der Arbeit an den Gutachter vorliegen.

Die definitive Master-Thesis ist nach Korrektur aufgrund der Gutachter-Empfehlung bei der Prüfungskommission in drei Exemplaren einzureichen. Ferner ist die Arbeit in digitalem Format und in einer Kurzfassung zu einer möglichen Publikation abzuliefern.

Die Master-Thesis ist im Rahmen der mündlichen Prüfung vorzustellen und die Ergebnisse sind gegenüber der Prüfungskommission in einem wissenschaftlichen Disput zu vertreten.

(6) Mindestens acht Wochen vor dem Termin der Abschlussprüfung sind zwölf Behandlungsfälle unterschiedlicher Indikation aus dem selbst oder in Assistenz behandelten Patientenkontext in digitaler Form vorzulegen.

- Die Fälle sollen unterschiedliche Anomaliearten aufweisen; mindestens je ein Patient mit skelettaler Klasse II/I und II/2, sowie Klasse III im Wachstumsalter. Ferner ein Extraktionsfall, ein erwachsener Patient und nach Möglichkeit eine Frühbehandlung (Milch- oder frühes Wechselgebiss). Die zur Behandlung zu verwendenden Therapieformen werden durch die wissenschaftliche Leitung des Studiengangs festgelegt.
- Der Umfang der diagnostischen Maßnahmen, die Qualität und Aussagefähigkeit der Unterlagen (Modelle, Fotos, Röntgenbilder), die Art und die Dokumentation des Therapieverlaufes haben den erhöhten Ansprüchen zu genügen, welche zur Erlangung eines Master of Science (Continuing Education) Grades gefordert werden.
- Die Beschreibung der Befunde (Modellbefund, Intraoraler Befund, Funktionsbefund, Röntgenbefund, etc.), die Anamnese, die Therapieplanung, der Behandlungsverlauf und die Epikrise sind genau, nachvollziehbar und in anerkannt wissenschaftlicher Nomenklatur abzufassen. Vor dem Behandlungsbeginn steht eine Differenzialdiagnostische Abklärung der individuellen Diagnose.
- Während der Behandlung muss eine regelmäßige Kontrolle des Therapieverlaufes durch Gegenüberstellung der aktuellen Befunde zu den Anfangsbefunden und zum geplanten Behandlungsziel erfolgen.
- Vor Beendigung der aktiven Behandlung ist es grundsätzlich erforderlich, die Anfangsbefunde mit dem erreichten Behandlungsziel zu vergleichen.
- Zwei Fälle aus den Falldokumentationen werden für die Prüfung von der Prüfungskommission ausgesucht und müssen dort präsentiert und vertreten

werden. Anhand dieser Dokumentationen soll ein fundiertes Wissen und Können in der Kieferorthopädie belegt werden.

Die Richtlinien zu „Aufbau und Struktur der Fallpräsentation/-Dokumentation“ (siehe Anlage 2 zur Prüfungsordnung) sind einzuhalten.

(7) Es ist eine aktuelle Bestätigung der „Approbation“ vorzulegen.

(8) Das Rektorat kann die Nachreichung von Unterlagen gestatten, wenn ihre Beibringung in der zu setzenden Frist möglich ist und hinreichend glaubhaft gemacht wird. Ist der Kandidat ohne sein Verschulden nicht in der Lage, die erforderlichen Unterlagen in der vorgeschriebenen Weise zu erbringen, so kann der Lehrgangleiter gestatten, die Nachweise in anderer Art zu führen.

(9) Die Zulassung zur Prüfung ist zu versagen, wenn

- 1) der Kandidat die nach den Abs. 1 bis 6 jeweils vorgeschriebenen Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt hat,
- 2) die Zulassungsvoraussetzungen nicht innerhalb eines Jahres nach regulärem Studienabschluss erfüllt sind,
- 3) die geforderten Unterlagen unvollständig sind oder
- 4) der Kandidat unter Verlust des Prüfungsanspruchs vom weiteren Studium ausgeschlossen wurde oder
- 5) der Kandidat die Prüfung in demselben Studiengang endgültig nicht bestanden hat.

§ 6

Anrechnung von Studienzeiten und Studienleistungen

(1) Studienzeiten in denselben Fächern eines Masterstudiengangs und dabei erbrachte Studien- und Prüfungsleistungen an anderen anerkannten

postgradualen Einrichtungen werden angerechnet, es sei denn, dass diese nicht gleichwertig sind.

(2) Über das Vorliegen der Voraussetzungen für die Anrechnung entscheidet der wissenschaftliche Leiter des Lehrganges im Einvernehmen mit einem zuständigen Fachvertreter.

(3) Bei der Anrechnung der Studienleistungen wird das European Credit Transfer System (ECTS) verwendet.

§ 7

Abschlussprüfung

Die Abschlussprüfung umfasst folgende Bereiche:

1. Schriftliche Prüfung (ca. 150-200 Fragen) aus den Vorlesungen und Seminaren der Module und Lehrveranstaltungen.
2. Fachgespräch mit der Prüfungskommission und mindestens drei Fragestellungen aus dem Modul-Lehrveranstaltungskatalog im wissenschaftlichen Disput
3. Vorstellung und Verteidigung von zwei Behandlungsfällen, die von der Prüfungskommission aus der vorgelegten Diagnose-/Therapie-Dokumentation über zwölf Patientenfälle vorgegebener Indikation aus der Behandlungspraxis des Studierenden ausgewählt und den Richtlinien entsprechend mit den notwendigen Unterlagen vorgestellt und im wissenschaftlichen Disput besprochen werden.
4. Vorstellung und Verteidigung der Master-Thesis (ca. 20 Minuten) im wissenschaftlichen Disput mit den Mitgliedern der Prüfungskommission mit der Darstellung des
 - Zieles der Master-Thesis
 - Studiendesigns und der
 - Diskussion und Ergebnisse.

§ 8

Prüfungskommission

- (1) Für jeden postgradualen Universitätslehrgang Kieferorthopädie mit dem Abschluss „Master of Science (Continuing Education)“, abgekürzt „MSc (CE)“ wird eine Prüfungskommission vom Rektor der DPU eingesetzt, deren Vorsitz der „Wissenschaftliche Leiter“ des Universitätslehrganges übernimmt.
- (2) Der Prüfungskommission gehört mindestens ein weiterer Beisitzer an. Neben dem Vorsitzenden und einem Beisitzer können weitere zwei bis drei Beisitzer der Kommission angehören. Die Beisitzer sollen möglichst als Dozenten im Rahmen des Universitätslehrganges eingesetzt gewesen sein. Prüfer als Beisitzer kann aber auch jeder wissenschaftliche Dozent der Fakultät Medizin/Zahnmedizin der DPU sein.
- (3) Die Prüfungskommission achtet darauf, dass die Bestimmungen der Prüfungsordnung eingehalten werden. Sie berichtet dem Rektorat über die Entwicklung der Prüfungen und gibt ihm gegebenenfalls Anregungen zur Änderung der Studien- und Prüfungsordnungen. Mit Ausnahme der Durchführung der Prüfungen und deren Bewertungen trifft der Rektor alle anfallenden Entscheidungen. Er stellt die Prüfungsurkunden aus, nachdem er die Bewertung der Prüfungsleistungen auf ihre Rechtmäßigkeit überprüft hat. Prüfungsurkunden, durch die jemand in seinen Rechten beeinträchtigt werden kann, bedürfen der Schriftform; sie sind zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Dem Bewerber ist vor Erlass der ablehnenden Entscheidung Gelegenheit zur Äußerung unabhängig der Form zu geben. Einen Widerspruch kann der Rektor der Universität in fachlich-prüfungsrechtlichen Fragen im Einvernehmen mit der Prüfungskommission und nach Anhörung der zuständigen Prüfer einlegen.

§ 9

Ausschluss wegen persönlicher Beteiligung, Verschwiegenheitspflicht

- (1) Der Ausschluss von der Beratung und Abstimmung in der Prüfungskommission sowie von einer Prüfungstätigkeit wegen persönlicher Beteiligung kann vorgesehen werden.

- (2) Mitglieder der Prüfungskommission, Prüfer, Prüfungsbeisitzer und sonstige mit Prüfungsangelegenheiten befasste Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

§ 10

Versäumnis, Rücktritt, Täuschung, Ordnungsverstoß

- (1) Eine Prüfungsleistung gilt als mit „nicht ausreichend“ bewertet, wenn der Kandidat zu der betreffenden Prüfung ohne triftige Gründe nicht erscheint, die geforderten Arbeiten nicht bei der DPU eingelangt sind oder wenn er nach Beginn der Teilprüfung ohne triftige Gründe von einer einzelnen Prüfung zurücktritt.

- (2) Die für das Versäumnis oder den Rücktritt geltend gemachten Gründe müssen dem Vorsitzenden der Prüfungskommission unverzüglich schriftlich angezeigt und glaubhaft gemacht werden. Eine Erkrankung ist durch Vorlage eines ärztlichen Attests glaubhaft zu machen; in begründeten Zweifelsfällen kann der Vorsitzende der Prüfungskommission das ärztliche Attest eines Vertrauensarztes oder des Amtsarztes verlangen.

- (3) Versucht der Kandidat, das Ergebnis einer einzelnen Prüfung durch Täuschung oder Benutzung nicht zugelassener Hilfsmittel zu beeinflussen, gilt die

betreffende Prüfungsleistung als mit „nicht ausreichend“ zu bewerten. Das Mitbringen nicht zugelassener Hilfsmittel in den Prüfungsraum gilt als Täuschung. Ein Kandidat, der den ordnungsgemäßen Ablauf der Prüfung erheblich stört, kann von dem jeweiligen Prüfer oder Aufsichtsführenden von der Fortsetzung der Prüfungsleistung ausgeschlossen werden; in diesem Fall gilt die betreffende Prüfungsleistung als mit „nicht ausreichend“ zu bewerten.

§ 11

Mängel im Prüfungsverfahren

- (1) Erweist sich, dass das Prüfungsverfahren mit Mängeln behaftet war, die das Prüfungsergebnis beeinflusst haben, ist auf Antrag eines Kandidaten oder von Amts wegen anzuordnen, dass von einem bestimmten oder von allen Kandidaten die Prüfung einzelner Teile derselben wiederholt werden.

- (2) Angebliche Mängel des Prüfungsverfahrens oder eine vor oder während der Prüfung eingetretene Prüfungsunfähigkeit müssen unverzüglich beim Vorsitzenden der Prüfungskommission oder beim Prüfer geltend gemacht werden.

- (3) Sechs Monate nach Abschluss der Prüfung dürfen Anordnungen nach Abs. 1 nicht mehr getroffen werden.

§ 12

Bewertung der Prüfungsleistungen

(1) Für die Beurteilung der einzelnen Prüfungsleistungen wird folgende Notenskala verwendet; die Zwischenwerte sollen eine differenzierte Bewertung der Prüfungsleistungen ermöglichen:

- a. „sehr gut“ (eine hervorragende Leistung) 1,0 oder 1,3
- b. „gut“ (eine Leistung, die erheblich über den durchschnittlichen Anforderungen liegt) 1,7 oder 2,0 oder 2,3
- c. „befriedigend“ (eine Leistung, die durchschnittlichen Anforderungen entspricht) 2,7 oder 3,0 oder 3,3
- d. „ausreichend“ (eine Leistung, die trotz ihrer Mängel noch den Anforderungen genügt) = 3,7 oder 4,0
- e. „nicht ausreichend“ (eine Leistung, die wegen erheblicher Mängel den Anforderungen nicht mehr genügt) = 5,0
- f. Weitere Notenstufen sind nicht zulässig.
- g. Bei der Bildung der Prüfungsgesamtnote wird nur die erste Dezimalstelle hinter dem Komma berücksichtigt; alle weiteren Stellen werden ohne Rundung gestrichen. Die Note lautet:
- h. Bei einem Durchschnitt bis einschließlich 1,5 = sehr gut
- i. Bei einem Durchschnitt von 1,6 bis einschließlich 2,5 = gut
- j. Bei einem Durchschnitt von 2,6 bis einschließlich 3,5 = befriedigend
- k. Bei einem Durchschnitt von 3,6 bis einschließlich 4,0 = ausreichend

(2) Die Gesamtnote wird gebildet als das Mittel der gewichteten Noten der Prüfungsleistungen. Die Gesamtnote ergibt sich aus dem gewichteten Gesamtergebnis der Einzeltestate, dem schriftlichen Teil der

Abschlussprüfung, der Bewertung des Fachgesprächs wie der Falldokumentation und deren Verteidigung im wissenschaftlichen Disput wie der Bewertung der Master-Thesis und deren Verteidigung. Die Prüfungskommission kann im Einvernehmen mit den jeweiligen Prüfern für Teilprüfungen zulassen, dass anstelle von Noten die Wertung „bestanden“ bzw. „nicht bestanden“ vergeben werden. In diesem Fall gehen diese Teilleistungen nicht in die gewichtete Gesamtnote ein.

- (3) Mündliche Prüfungen dauern in der Regel 40 bis 60 Minuten. Die Prüfung wird von einem Prüfer unter Heranziehung mindestens eines Beisitzers durchgeführt. Der Beisitzer fertigt über die mündliche Prüfung ein Ergebnisprotokoll, das vom Prüfer und vom Beisitzer unterschrieben werden muss.

§ 13

Zeitpunkt der Prüfungsleistungen

- (1) Die Masterprüfung besteht aus studienbegleitenden Teilprüfungen zu allen Modulen gemäß der Master-Abschlussprüfung gemäß § 7. Einzelne Teilprüfungen für ausgewählte Lehrveranstaltungen in Abstimmung mit den Vortragenden finden in unmittelbarem Anschluss an die jeweilige Lehrveranstaltung statt.
- (2) Die studienbegleitenden Teilprüfungen gemäß Abs. 1 werden in der Form von Testaten (multiple choice), mündlichen Prüfungen, Studienarbeiten, Projektarbeiten, Gruppenarbeiten und/oder Referaten erbracht; bei Gruppenarbeiten haben die Prüflinge identifizierbare Teilleistungen zu erbringen.

- (3) Die Abschlussprüfung zum „Master of Science (Continuing Education)“, abgekürzt „MSc (CE)“ im Fachgebiet Kieferorthopädie ist frühestens zum Ende des sechsten Semesters, innerhalb eines Jahres nach regulärem Studienabschluss gemäß §5, (9) 2. abzulegen.
- (4) Überschreitet ein Kandidat eine Prüfungsfrist, weil er nicht alle Prüfungstermine seit seiner erstmaligen Teilnahmepflicht wahrgenommen hat, kann ihm eine Nachfrist zur Wahrnehmung weiterer Prüfungstermine gewährt werden, wenn für jeden dieser nicht genutzten Termine Gründe vorliegen, die er nicht zu vertreten hat. Diese Gründe müssen schriftlich unter Beifügung von Beweismitteln (ärztliche Atteste u.ä.) geltend gemacht werden. Anträge auf Fristverlängerung wegen Überschreitens einer Prüfungsfrist müssen unverzüglich gestellt werden.
- (5) Auf Antrag ist bei Fristen und Terminen die Inanspruchnahme der Schutzfristen gemäß Mutterschutz wie für die Gewährung von Urlauben nach den jeweiligen Bestimmungen zu gewährleisten

§ 14

Zeugnis

- (1) Über die bestandene Gesamtprüfung wird innerhalb von sechs Wochen nach Bewertung der letzten Prüfungsleistung vom Vorsitzenden der Prüfungskommission und von Rektor/Präsidium ein Zeugnis ausgestellt, in dem die Noten der einzelnen Prüfungsleistungen und die Gesamtnote aufgeführt sind.

(2) Gleichzeitig mit dem Zeugnis wird dem Kandidaten eine vom Rektorat unterzeichnete Masterurkunde über die Verleihung des akademischen Grades „Master of Science (Continuing Education)“, abgekürzt „MSc (CE)“, ausgehändigt.

(3) Zusätzlich wird ein Diploma Supplement ausgestellt werden.

§ 15

Wiederholung der Prüfungsleistung

(1) Nicht bestandene einzelne Prüfungsleistungen sind jeweils beim nächsten Prüfungstermin zu wiederholen. Jede studienbegleitende Teilprüfungsleistung kann zweimal wiederholt werden, die Masterarbeit einmal.

(2) Die terminliche Festlegung für die Wiederholung von Prüfungsleistungen obliegt dem wissenschaftlichen Leiter des Lehrganges und soll in einer Frist von sechs Monaten erfolgen.

(3) Die freiwillige Wiederholung einer bestandenen Teilprüfung ist nicht zulässig.

§ 16

Einsicht in die Prüfungsakten

- (1) Nach Abschluss jeder studienbegleitenden Teilprüfung wird dem Kandidaten im Rahmen der organisatorischen Möglichkeit auf Antrag Einsicht in seine Prüfungsarbeiten, die darauf bezogenen Gutachten und die Prüfungsprotokolle gewährt.

- (2) Der Antrag ist binnen eines Monats nach Bekanntgabe des Ergebnisses der Teilprüfung beim Vorsitzenden der Prüfungskommission zu stellen.

§ 17

In-Kraft-Treten

Die Prüfungsordnung tritt am 21.12.2021 in Kraft.

Anlage 1 zur Prüfungsordnung Kieferorthopädie

Grundsätze für die Erarbeitung einer Master-Thesis

Mit der Master-Thesis weist der studierende Zahnarzt am Studiengang Kieferorthopädie der Danube Private University (DPU) Krems nach, dass er in der Lage ist, ein gegebenes Thema wissenschaftlich abzuhandeln. Die Master-Thesis ähnelt insofern einer Dissertation. Sie gliedert sich in aller Regel in die folgenden Kapitel:

1. Einleitung
2. Literaturübersicht
3. Problemstellung
4. Material und Methoden
5. Ergebnisse
6. Diskussion
7. Zusammenfassung

In der „**Einleitung**“ wird die Problematik, deren Aufklärung die Master-Thesis dienen soll, kurz dargestellt (eine oder zwei Seiten).

Die Einleitung endet mit der Benennung der Zielsetzung der wissenschaftlichen Untersuchung („Es war das Ziel dieser Untersuchung ...“) und wird in der „Zusammenfassung“ fortgeführt.

Für die „**Literaturübersicht**“ muss die vorhandene relevante und das Thema betreffende Literatur zusammengetragen und in sinnvoller Reihenfolge (entweder chronologisch, alphabetisch oder themenbezogen) aufgeführt werden. Es muss aus dieser aktuellen Literaturübersicht hervorgehen, welche Erkenntnisse es über das zu behandelnde Problem heute bereits gibt.

Es wird vorausgesetzt, dass für die Erstellung der Master-Thesis Verbindung mit (nächstgelegenen) Bibliotheken von Universitätszahnkliniken oder anderer

Quellen aufgenommen wird. Dort wird man nach entsprechend getroffener Abmachung zunächst die aktuellen Lehrbücher konsultieren, ob sie Angaben zum Thema enthalten. Ein fundiertes Lehrbuch enthält im allgemeinen Hinweise auf weiterführende Literaturstellen. So kann ein sehr gutes Bild über den Kenntnisstand der zu untersuchenden Angelegenheit gewonnen werden.

Literaturstellen, die älter als 20 Jahre sind, sollten nicht referiert werden. Die Literatur ist nach den Vorschlägen der DGZMK abzukürzen (Internet) und möglichst in alphabetischer Reihenfolge der Erstautoren oder in der Reihenfolge aufzulisten, wie sie sich aus den Zitaten aus der Textfolge ergibt.

Als Literaturquelle können die neuen Medien (z.B. Internet, Med-line, Pubmed, Cochrane, u.a.) herangezogen werden, allerdings wird man den dort erhältlichen Literaturnachweisen in der Universitätsbibliothek nachgehen müssen, indem man die angegebenen Artikel in voller Länge liest und sich die daraus gewonnenen Erkenntnisse notiert.

Unter “**Material und Methoden**” sind alle die Mittel aufzuführen, die der Untersucher zur Bearbeitung des Themas heranzieht. Bei einer Arbeit mit Patienten sind hier das Patientenkollektiv näher zu benennen, sowie die zur Anwendung herangezogenen Untersuchungsmethoden. Auch Instrumente und Geräte, die bei der Untersuchung angewendet wurden, müssen genannt und ggf. beschrieben werden. Ferner ist die Art der Auswertung der erhobenen Daten zu dokumentieren.

Unter “**Ergebnisse**” müssen die ermittelten Daten und Befunde übersichtlich dargestellt werden. Eine Präsentation dieser Daten und Befunde sollte in Form von übersichtlichen Schaubildern, Grafiken, Tabellen oder Abbildungen (bei klinischen Abbildungen farbig) erfolgen.

Eine Interpretation der gewonnenen Daten erfolgt in der „**Diskussion**“, wobei die Ergebnisse kritisch durchleuchtet und im Spiegel der vorhandenen Literatur und im Hinblick auf die Relevanz dieser Ergebnisse diskutiert werden. Es sollte sich aus der Diskussion ein Erkenntnisfortschritt ergeben, auf dessen Basis ein anderer Untersucher weiterarbeiten kann.

Unter „**Zusammenfassung**“ ist die gesamte Arbeit einschließlich der daraus gewonnenen Erkenntnisse kurz (maximal zwei Seiten) vorzustellen. Die Master-Thesis darf 30 Seiten nicht unterschreiten, sollte aber auch nicht deutlich mehr Umfang haben (zuzüglich Literaturliste, Zusammenfassung und ergänzende Fotos, Tabellen, etc.).

Die Arbeit wird mit Nennung aller von anderen Seiten erhaltenen Hilfen (z.B. bei der Literatursuche oder bei der Formulierung der Arbeit) abgeschlossen.

Sie enthält die Versicherung, dass die Arbeit auf der Grundlage des eigenen Gedankenguts angefertigt und geschrieben worden ist.

Die Master-Thesis darf sich thematisch nicht mit einer vom Autor bereits erstellten Dissertation thematisch überschneiden.

Den Schlusspunkt der Master-Thesis bildet ein tabellarischer Lebenslauf.

Als Themen einer Master-Thesis kommen überwiegend klinische Fragestellungen infrage:

1. Eine Darstellung eines Problems allein anhand der Literatur und die Erarbeitung einer daraus gewonnenen Lösung sind möglich.

2. Eine epidemiologische Studie, eine Erhebung des Zustandes von kieferorthopädisch unbehandelten Patienten (PAR, KG, Karies).
3. Die Erarbeitung einer neuartigen Behandlungsmethode und deren Ergebnisse in der Praxis.
4. Die Überprüfung des Effektes eines Recallsystems nach abgeschlossener Behandlung und Retention.
5. Eine Untersuchung von Materialien im Hinblick auf die Behandlungserfolge.
6. Die Entwicklung eines neuartigen Instruments und die Erfahrung der Anwendung in der Praxis z.B. MRT bei KG-Dysfunktion im Vergleich zum klinischen Bild und zur instrumentellen Analyse.
7. Die Untersuchung bzw. Anwendung von modernen Diagnosesystemen zur Feststellung von pathologischen Veränderungen und Überprüfung der Therapieerfolge und Verlaufskontrollen.

Diese Themen stellen nur Anregungen dar. Darüber steht es dem Autor der Master-Thesis frei, der Prüfungskommission Vorschläge zu unterbreiten. Auf jeden Fall muss vor Beginn eine definitive Disposition der Master-Thesis vorgelegt werden. Dabei ist zusätzlich der Lebenslauf unter Schilderung der akademischen Ausbildung und der bisherigen fachlichen Weiterentwicklung einschließlich des Themas der Dissertation oder der Diplomarbeit vorzunehmen.

Die Master-Thesis ist im Rahmen der mündlichen Prüfung vorzustellen und die Ergebnisse sind zu vertreten.

Die definitive Master-Thesis ist nach Korrektur aufgrund der Gutachter-Empfehlung bei der Prüfungskommission in drei Exemplaren einzureichen. Ferner ist die Arbeit als digitales Format und in einer Kurzfassung zu einer möglichen Publikation abzuliefern.

Anlage 2 zur Prüfungsordnung Kieferorthopädie

Richtlinien zum Inhalt und Aufbau der Fallpräsentation/-dokumentation

Gefordert ist die Vorlage von zehn selbständig unter Anleitung geplanten und behandelten Fällen.

Die Fälle sollen unterschiedliche Anomaliearten aufweisen; mindestens je ein Patient mit skelettaler Klasse II/1 und II/2, sowie Klasse III im Wachstumsalter. Ferner ein Extraktionsfall, ein erwachsener Patient und nach Möglichkeit eine Frühbehandlung (Milch- oder frühes Wechselgebiss).

Kieferorthopädische Behandlungen sind Langzeitbehandlungen

Eine umfassende Dokumentation der Patientenbefunde ist die **Grundlage** von Diagnose- und Therapieplanung. Sie ist weiterhin erforderlich für die Beurteilung des Therapieverlaufes und Retentionsplanung einschließlich prognostischer und epikritischer Bewertung.

Eine genau dokumentierte fortlaufende Diagnostik ist für eine Erfolg versprechende, patientengerechte Kieferorthopädie erforderlich.

Der Umfang der diagnostischen Maßnahmen, die Qualität und Aussagefähigkeit der Unterlagen (Modelle, Fotos, Röntgenbilder), die Art und die Dokumentation

des Therapieverlaufes haben den erhöhten Ansprüchen zu genügen, welche zur Erlangung eines Master of Science Grades gefordert werden müssen.

Die Beschreibung der Befunde (Modellbefund, Intraoraler Befund, Funktionsbefund, Röntgenbefund, etc.), die Anamnese, die Therapieplanung, der Behandlungsverlauf und die Epikrise sind genau, nachvollziehbar und in anerkannt, wissenschaftlicher Nomenklatur abzufassen. Vor dem Behandlungsbeginn steht eine Differenzialdiagnostische Abklärung der individuellen Diagnose.

Daraus lassen sich die individuell gezeigten Behandlungsaufgaben ableiten und der günstigste Zeitplan für die notwendigen geplanten Behandlungsschritte festlegen.

Während der Behandlung muss eine regelmäßige Kontrolle des Therapieverlaufes durch Gegenüberstellung der aktuellen Befunde zu den Anfangsbefunden und zum geplanten Behandlungsziel erfolgen. Diese fortlaufende Diagnostik ermöglicht es, Planmäßigkeit oder Unplanmäßigkeit zu erkennen und zu objektivieren sowie entsprechende diagnostische und therapeutische Konsequenzen zu ziehen.

Vor Beendigung der aktiven Behandlung ist es grundsätzlich erforderlich, die Anfangsbefunde mit dem erreichten Behandlungsziel zu vergleichen.

Eine prognostische Bewertung nach Art, Umfang, Ausmaß und Zeit der Retention ist damit verbunden. Unmittelbar vor, oder bei Abschluss der Retention hat eine letzte fortlaufende diagnostische Auswertung zu erfolgen. Die Art und der

Umfang der diagnostischen Untersuchung ist vom Schwierigkeitsgrad des Krankheitsbildes und vom Verlauf der Behandlung abhängig. Eventuell erforderliche zahnärztliche oder präventive Maßnahmen nach Abschluss der Kieferorthopädischen Behandlung sind festzuhalten und zu veranlassen.

Für den Erhalt einer Qualifikation des Master of Science wird erwartet, dass nicht nur die vertragszahnärztliche Diagnostik und Dokumentation von Befunden dem Behandlungsverlauf, von Unplanmäßigkeiten und erforderlichen Behandlungsmitteln etc. erfolgt, sondern eine darüber hinaus gehende Dokumentation und Diagnostik, welche jederzeit ein nachvollziehen der indizierten diagnostischen und therapeutischen Schritte erlaubt.

Planungsmodelle

Planungsmodelle müssen sämtliche durchbrochenen / oder im Durchbruch befindlichen Zähne sowie die Alveolarfortsätze – einschließlich der Tubera und Retromolarenbereiche - ,die Umschlagfalte und die inserierenden Bänder präzise darstellen, frei von okklusionsstörenden Gipsüberschüssen sein, bei 3-Dimensionaler Orientierung nach Raphe-Median-Okklusal, und Tuberebene getrimmt und – auf den Rückenflächen aufgestellt – ohne Wachsbissregistrat eindeutig die habituelle Interkuspitation, bei schädel- gelenkbezoglicher Montage die Zentrik wiedergeben.

Hinweis:

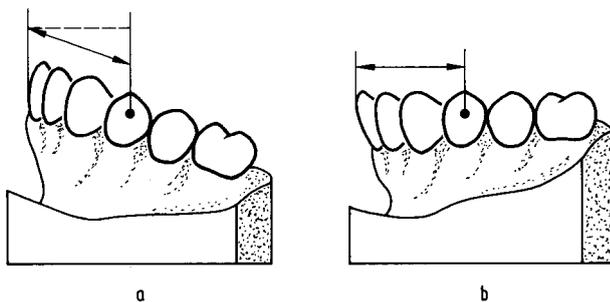
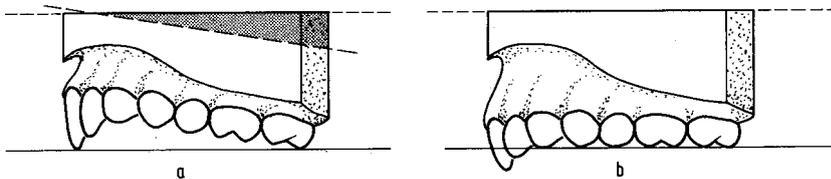
Arbeits- und Technikmodelle sind keine Planungsmodelle.

Oberkiefer

Kauebene kann definiert werden in:

- a. Ebene die die Höckerspitzen tangiert von mesio-buccal 4+4, beide von 5+5, mesiopalatinalem Hocker 6+6, oder
- b. Verlauf möglichst vieler Höckerspitzen der Seitenzähne (Eckzähne bis Molaren) des Oberkiefers, aber immer im Oberkiefer zu bestimmen.

1. Modellboden parallel zur Okklusionsebene planschleifen.

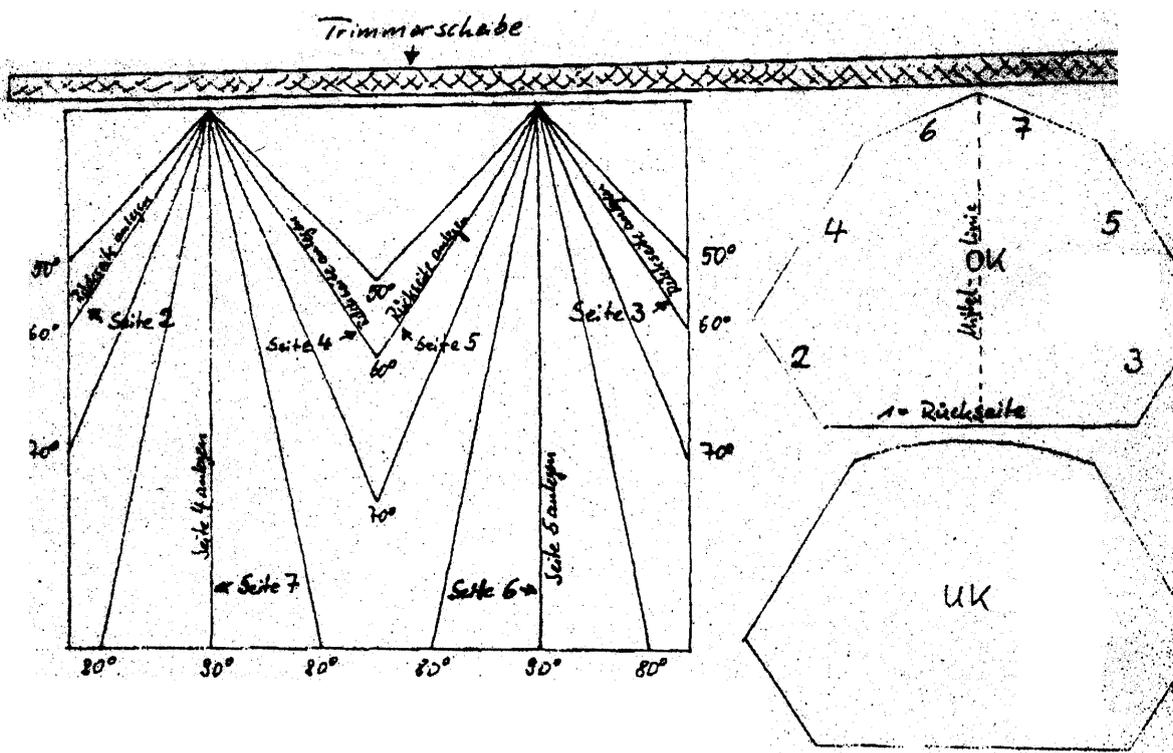


2. An der Modellrückseite des OK-Modells: Mittellinie (Raphe-Median-Ebene) einzeichnen sowie dazu die Senkrechte möglichst durch beide oder dem dorsalen Tuberpunkt. (Geodreieck !).
3. Seite 2 und 3 trimmen: Rückseite an der 120° Markierung anlegen (äußere

Markierung).

4. Seite 4 und 5 trimmen: Rückseite an der 60° Markierung anlegen (innere Markierung).

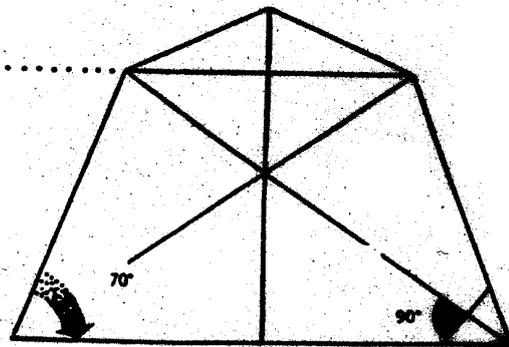
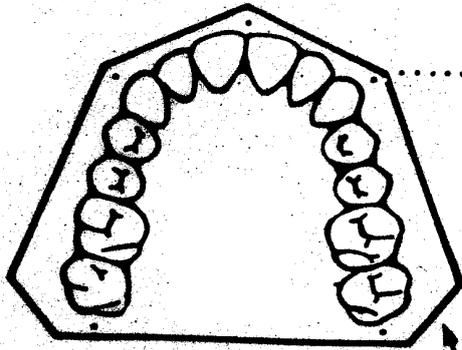
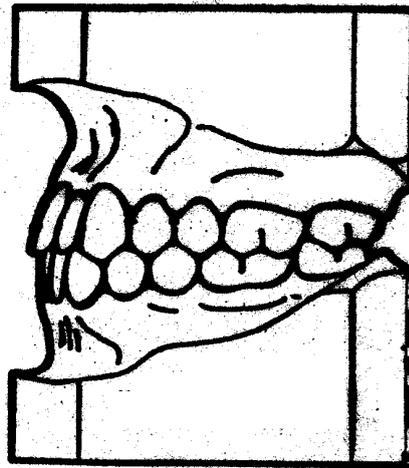
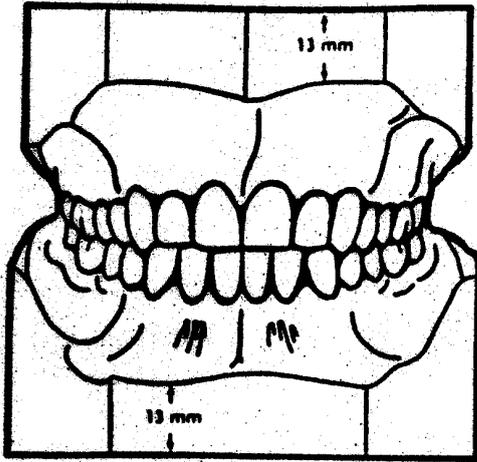
5. Seite 6 und 7 trimmen: Seite 4 bzw. 5 an der 90° Markierung anlegen und bis zur Mittenmarkierung (= Verlängerung der Mittellinie auf dem Modell vor den mittleren Schneidezähnen) beschleifen.



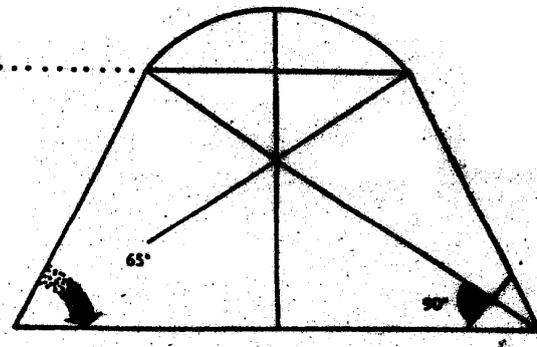
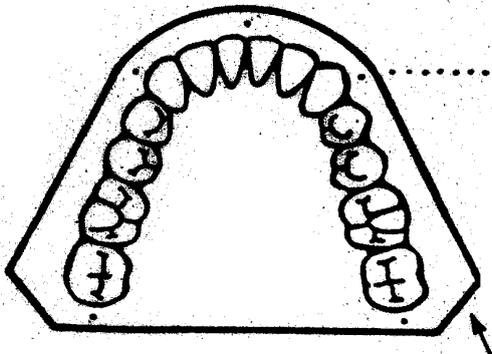
Unterkiefer

1. Wachsbiss auf das OK-Modell setzen und die Gesamthöhe von 6 cm zirkulär anzeichnen.

2. UK-Modell mit dem Wachsbiss auf das Modell setzen. Zuerst die Rückseite (OK-Modell auf Trimmertisch), dann die Höhe trimmen (OK und UK-Modelle liegen mit der Rückseite auf dem Trimmertisch).
3. Alle Seiten des UK-Modells zutrimmen (OK-Modell nach oben, UK-Modell unten ausrichten; schleifen bis die Seiten des OK-Modells Kontakt zur Trimmerscheibe haben). Vordere Spitze (Modellmitte des OK-Modells zurückschleifen und abrunden).



13 mm



Entsprechen der Gewohnheiten internationaler Gesellschaften werden Anfangsmodelle (Ober- und Unterkiefer getrennt) mit einem roten, Zwischenmodelle mit einem blauen und Abschlussmodelle mit einem grünen Aufkleber gekennzeichnet.

Fotos

Fotos müssen eine Mindestgröße von 50x50 mm haben, die sowohl eine sichere Auswertung nach kieferorthopädischen Gesichtspunkten, als auch eine zeichnerische Auswertung erlauben. Sie müssen Achsengerecht die klinische Ist-situation erfassen. Ein Vergleich der möglichst standardisierten Fotos des gleichen Patienten (Ist-Situation) zu unterschiedlichen Zeitpunkten sollte möglich sein.

Als Anforderungen werden gestellt:

1. Qualitätsorientierte standardisierte Gesichtsfotografie, hergestellt entweder in schwarz-weiß oder farbig.
2. Der Kopf des Patienten ist sorgfältig nach allen drei Raumebenen und der Frankfurter Horizontalen ausgerichtet.
3. Eine laterale Ansicht, das Gesicht nach links gewendet; ernster Gesichtsausdruck; geschlossene Lippen mit gut erkennbaren Muskeldysbalancen und Dysharmonien.
4. Eine Ansicht von vorn; ernster Gesichtsausdruck.
5. Zur Auswahl eine Seitenansicht und, oder eine Frontalansicht mit gespreizten Lippen.
6. Zur Auswahl eine Frontalansicht lachend.
7. Klarer Hintergrund.
8. Qualitätsorientierte, gut erkennbare Gesichtskonturen; schattenfreier Hintergrund.
9. Die Augen gerade ausgerichtet.
10. Die Augen geöffnet und nach vorne schauend; Brillen sind abzunehmen.







Die Fotounterlagen sind zu beschriften mit Namen, Vorname, Geburts- und Erstellungsdatum.

Zu empfehlen ist ein auf einem Stativ fixiertes Aufnahmegerät sowie ein ebenfalls fixer Punkt zur Positionierung des Patienten. Für extraorale Aufnahmen sollte ein Abstand von 1,1 m - für intraorale von 0,55 m gewählt werden. Bei extraoralen Aufnahmen ist zur Vermeidung von Schattenbildern und des rote Augen Effektes eine Studioblitzanlage, ggf. Blitz mit Streulicht oder indirekter Blitz zu empfehlen. Analog zu den Modellen müssen Anfangsfotos mit rotem, Zwischenfotos mit blauem und Abschlussfotos mit grünem Aufkleber gekennzeichnet sein. Für die Gesichtsaufnahmen wird die Schlussbissstellung eingenommen. Bei der intraoralen Fotografie wird sowohl die habituelle Okklusion von vorne und von der Seite als auch eine Ober- und Unterkieferaufsichtsaufnahme angefertigt. Dabei ist darauf zu achten, dass die Aufnahmen zur Darstellung der seitlichen Okklusion möglichst im rechten Winkel zu den Bukkalflächen der Seitenzähne aufgenommen werden. Bei zu schräg eingestelltem Objektiv sind die Aussagen irreführend. Als wertvolle fakultative und ergänzende Aufnahmen können Halbprofilaufnahme bzw. die Enface-Aufnahme in natürlicher Kopfhaltung angefertigt werden.

Röntgenaufnahmen

Der Umfang der Röntgendiagnostik hat den Erfordernissen des Einzelfalls zu entsprechen. Alle Aufnahmen müssen grundsätzlich den Anforderungen der Röntgenverordnung entsprechend durchgeführt werden, in standardisierter Röntgentechnik erstellt sowie Aufnahme- und entwicklungstechnisch einwandfrei sein.

Zum Röntgendiagnostischen Ausgangsbefund zur Planung einer Kieferorthopädischen Behandlung gehören im Regelfall:

A. Eine Übersichtsaufnahme des Gebisses und der relevanten knöchernen Struktur mittels Panoramaaufnahme mit Auswertung

B. Ein Fernröntgenseitbild mit Durchzeichnung und Auswertung. Im Regelfall erfolgt die Aufnahme in Schlussbissstellung. Ausnahme ist z. B. der Zwangsbiss. Bis auf wenige Ausnahmen ist ein laterales Röntgenbild des Schädels notwendig. Es sollte in Schlussbissstellung aufgenommen sein, Ausnahme Zwangsbiss und einen Kontrast aufweisen der die kephalometrische Auswertung, speziell die spätere Bestimmung von Frontzahnneigung, basalen Kieferrelationen und Weichteilverlauf erlaubt. Die schriftliche Auswertung und Durchzeichnung müssen beigefügt sein. Diese oben genannten Aufnahmen sind in Abhängigkeit von Krankheitsbild und Behandlungsverlauf zur fortlaufenden Diagnostik ggf. mehrfach zu wiederholen. Zur Feststellung der behandlungs- und wachstumsbedingten Veränderungen müssen Fernröntgenseitbilder in mindestens drei Ebenen überlagert werden.

1. Auf der Schädelbasis. Die Überlagerungstechnik ist abhängig von der kephalometrischen Analyse, die angewendet wird. Bei Verwendung von S-N wird entlang der Linie S-N in S überlagert. Bei Verwendung N-Ba (Ricketts) erfolgt die Überlagerung entlang der Linie in CC.

2. Für die Feststellung von Zahnbewegungen des Oberkiefers entlang NL in Spina nasalis ant. Für eine Bestimmung des Wachstums (Ricketts) Gesichtsebene in N und neuem Menton. Danach OK ohne A-Punkt einzeichnen. Danach N-Ba in N und unter Berücksichtigung des Zeitraumes der Therapie den Punkt A eingeben.

3. Unterkiefer: Zur Feststellung der Zahnbewegungen entweder auf ML und Deckung der inneren anterioren Symphysmusstruktur des Wachstums entlang von Corpus- und Condylarachse.

Alle Aufnahmen und Durchzeichnungen einschließlich der Überlagerungen sollten die genannte Farbkodierung

rot = Anfang,

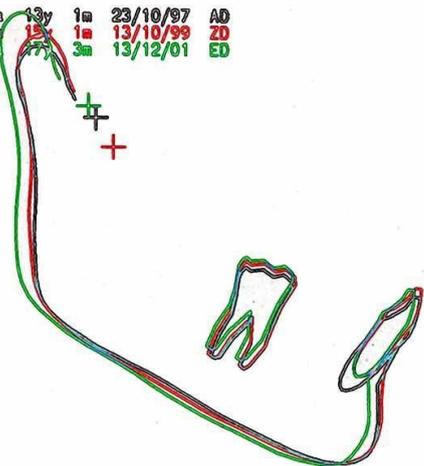
blau = Zwischenanalyse

grün = Abschlussanalyse

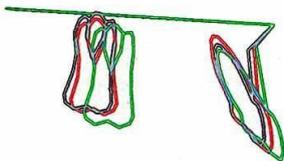
besitzen.

Weitere Röntgenaufnahmen, (z. B. Einzelzahnfilme, Aufbissaufnahmen, Handwurzelaufnahmen, Kiefergelenksaufnahmen und andere bildgebende Verfahren) können im Einzelfall zusätzlich erforderlich sein.

Schmid, Maresa 13y 1m 23/10/97 AD
Schmid, Maresa 15y 1m 13/10/99 ZD
Schmid, Maresa 17y 3m 13/12/01 ED



Schmid, Maresa 13y 1m 23/10/97 AD
Schmid, Maresa 15y 1m 13/10/99 ZD
Schmid, Maresa 17y 3m 13/12/01 ED



KFO-Uni. Regensburg
Schmid, Maresa 13y 1m 23/10/97 AD
Schmid, Maresa 15y 1m 13/10/99 ZD
Schmid, Maresa 17y 3m 13/12/01 ED



KFO-Uni. Regensburg

Systematik der Fallpräsentation

Prinzip: Von "außen" nach "innen", vom allgemeinen zum Detail.

1. Konsultationsgrund, Motivation, Alter des Patienten, evtl. "Auffälligkeiten"
2. Extraoraler Befund, bei Kindern und Jugendlichen Angaben zur Entwicklung (körperlich, psychisch, biologisch)

Enface: Schädeltyp (dolcho, brachly)

Vertikale Harmonie, Symmetrie, Lippenhaltung, Muskulatur, andere dys- und parafunktionelle Zeichen.

Profil: Konvexität, naso-fazial Winkel, Profilverlauf, Gesichtigkeit, naso-labial Winkel, Lippenrelation, dys-und parafunktionelle Zeichen

3. Intraorale Befunde evtl. ergänzt durch OPT-Befunde.

"Zahnalter", Zahnbestand, allgemeiner Eindruck des Pflegezustandes, sag. Stufe, vert. Überbiss, Platzverhältnisse auf den Bögen, Dreidimensionaler Gebissbefund, Angaben zur Zentrik und hab. Okklusion, freie Kieferbewegungen, Schliffacetten, andere dys- parafunktionelle Zeichen (Zunge, Wange, Lippen, sprechen, schlucken,..)

evtl. CMD-Problematik

Röntgenbefund: OPT vor allem Zahnzahlstörungen, Keimentwicklung,
Zahnalter, Pflegezustand, Paro, Kieferhöhle, etc.

FRS: Gesichtstyp, Bisslage, Vertikale, Wachstumstyp, Schneidezahnstellung,
Weichteilprofil

Zusammenfassung der Befunde

Diagnose oder "Problem-List" mit Prioritäten

Behandlungsaufgaben und systematische Reihenfolge

Mechanikplan, Zeitplan