

Richtlinien für die Zertifizierung zum Abschluss der Curriculums Kinder- und Jugendzahnheilkunde von DGKiZ und APW

1. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer reichen drei komplexe Behandlungsfälle beim Fortbildungsreferenten der DGKiZ ein, die Therapiemaßnahmen im Milchgebiss, in der Wechseldentition sowie in der bleibenden Dentition dokumentieren. Im Allgemeinen werden diese Anforderungen durch die Altersgruppen 0 – 5 Jahre, 6 – 10 Jahre und 11 – 16 Jahre erfüllt. Die Fälle sollen unterschiedliche Behandlungsthemen der Kinder- und Jugendzahnheilkunde abdecken. Es darf maximal ein ITN-Fall und ein weiterer Fall mit medikamentöser Bewusstseinsbeeinflussung (ohne ITN-Fall: zwei Fälle mit medikamentöser Bewusstseinsbeeinflussung) eingereicht werden.
2. Die Fälle werden in schriftlicher Form beim Fortbildungsreferenten 6 Wochen vor dem Zertifizierungstermin eingereicht. Die Unterlagen müssen in digitalisierter Form mit akzeptabler Qualität vorgelegt werden (pdf-Format). Der Umfang jeder Falldokumentation darf 12 DIN A 4 Seiten (Schriftart Arial, Schriftgröße 12, Zeilenabstand 1,5fach) nicht überschreiten. Daher sollten Wiederholungen etwa bei der Darstellung der Therapie vermieden werden. Die Anamnese sollte auf die für den Fall wichtigen Aspekte gekürzt werden.
3. Die Fälle werden in drei getrennten Dateien im pdf-Format abgespeichert und beim Fortbildungsreferenten eingereicht. Der Dateiname muss dann jeweils an erster Stelle den Namen der einreichenden Zahnärztin bzw. des einreichenden Zahnarztes enthalten.
4. Die Behandlungsunterlagen werden von einer vom Fortbildungsreferenten beauftragten Prüfungskommission begutachtet. Die Prüfungskommission bleibt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gegenüber anonym. Die Kommission hat 3 Wochen Zeit die Fälle zu bewerten und dem Fortbildungsreferenten das Ergebnis der Evaluation mitzuteilen.
5. Die Dokumentation muss den Fall nachvollziehbar wiedergeben. Dazu sind aussagekräftige klinische Bilder vor, während und zum Abschluss der Betreuung vorzulegen, die durch zahnmedizinisch indizierte Röntgenbilder ergänzt werden. Die Therapieschritte sollen bei der schriftlichen Darstellung nachvollziehbar und vollständig dargestellt werden. Zur übersichtlichen Ausführung muss die vorgegebene Gliederung der DGKiZ berücksichtigt werden, da ansonsten eine Bewertung nicht möglich ist (Anlage 1).
6. Um eine prognostische Abklärung zu ermöglichen, ist eine Mindestbetreuungszeit des Patienten von 6 Monaten erforderlich.
7. Jeder Fall muss ausreichend „komplex“ sein. Komplexe Fälle können beispielsweise durch folgende Kriterien gekennzeichnet sein:
 - hoher Kariesbefund mit aufwändiger Füllungstherapie in der 1. und 2. Dentition
 - Behandlung von Strukturanomalien
 - endodontische Maßnahmen (Pulpotomie- und/oder Pulpektomieverfahren) in der 1. und/oder 2. Dentition
 - prothetische Maßnahmen im Milchgebiss
 - Therapie nach komplexen dentalem Trauma
 - kieferorthopädische Maßnahmen, Lückenhalter
 - aufwändige verhaltensführende Maßnahmen

- chirurgische Maßnahmen
 - Betreuung von Patienten mit systemischen Erkrankungen und Auswirkungen der Erkrankungen auf den oralen Bereich.
8. Bei interdisziplinärer Betreuung muss die Begleittherapie (z.B. Kieferorthopädie, Chirurgie) im Rahmen der Therapie oder Epikrise dargestellt werden. Es muss ebenfalls ersichtlich sein, wer welchen Teil der Therapie durchgeführt hat.
 9. Fälle können aus folgenden Gründen abgelehnt werden:
 - Das Therapiekonzept ist nicht akzeptabel.
 - Die Dokumentation ist unzureichend und/oder nicht nachvollziehbar (objektivierbar).
 - Die durchgeführten Maßnahmen widersprechen aktuellen Stellungnahmen/Leitlinien der DGZMK oder EAPD.
 - Der Fall ist nicht ausreichend komplex (z.B. die Behandlung nur eines Zahnes, der Eigenanteil bei der interdisziplinären Betreuung ist gering).
 - Die Therapie ist nicht abgeschlossen, beispielweise offene kariöse Läsionen wurden belassen.
 - Alle Fälle wurden unter medikamentöser Bewusstseinsbeeinflussung (z.B. Lachgas, Midazolam etc.) durchgeführt.
 - Es wurde mehr als 1 ITN-Fall eingereicht.
 10. Die Begutachtung erfolgt strukturiert anhand eines Formblattes (Anlage 2), das bei der DGKiZ verbleibt. Zusätzlich protokollieren die Gutachter für ihre Beurteilung ausschlaggebende Details.
 11. Die Mitteilung des Gutachtervotums erfolgt an den Fortbildungsreferenten und von diesem an die teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte. Zugleich wird dabei der weitere Fortgang des Zertifizierungsverfahrens beschrieben.
 12. Bei positivem Votum und Nachweis der vollständigen Teilnahme an den Kurswochenenden erfolgt die Zulassung zur mündlichen Prüfung. Die dokumentierten Fälle sind Gegenstand der Abschlussprüfung, die als kollegiales Fachgespräch durchgeführt wird. Allgemeine Aspekte der Kinder- und Jugendzahnheilkunde können unabhängig von den Fällen Gegenstand des Gesprächs werden. An diesem Gespräch, das vorzugsweise in Gruppen erfolgt, sind grundsätzlich zwei Prüfer beteiligt.
 13. Das negative Votum wird mit einer knappen stichhaltigen Begründung den Teilnehmern mitgeteilt.
 14. Das Zertifikat der APW/DGKiZ erhalten die Teilnehmer des Curriculums Kinder- und Jugendzahnheilkunde nach bestandener Abschlussprüfung und vollständig absolviertem Curriculum.

Anlage 1 zu den Richtlinien für die Zertifizierung zum Abschluss der Curriculums Kinder- und Jugendzahnheilkunde von DGKiZ und APW: Inhalte und Struktur der schriftlichen Falleinreichungen.

Die folgenden Hinweise sollen das Erstellen der Falldokumentationen erleichtern. In Einzelfällen kann hiervon begründet abgewichen werden.

Name der einreichenden Zahnärztin bzw. des einreichenden Zahnarztes

1 Stammdaten zum Fall

Kurztitel: wenige Begriffe, die den Fall charakterisieren

Patient: Vorname oder Kürzel

Geburtsdatum

Behandlungsbeginn: [Datum]

Behandlungsende: [Datum] (außer Recall)

2 Anamnese

Primäres Anliegen des Patienten / der Eltern

Soziale Anamnese, Familienanamnese (Geschwister, Betreuung des Kindes)

Allgemeinmedizinische Anamnese

Spezielle zahnärztliche Anamnese/Spezielle Verhaltensanamnese (bisherige zahnärztliche Maßnahmen, dentales Trauma, Habits)

Spezielle Schmerzanamnese (falls relevant)

Präventionsanamnese (Mundhygiene, Ernährung, Fluoride)

Ergebnisse des Ärztlichen Gesprächs, ggf. abweichendes Anliegen des Patienten/der Eltern, besondere Erwartungen

3 Befunde

Befunde sollten in der Regel stichpunktartig dokumentiert und auf geeigneten Formblättern grafisch oder tabellarisch dargestellt werden:

Befund extraoral

Befund intraoral

- Schleimhautbefund
- Zahndurchbruch, Stand der Gebissentwicklung
- zahnstatus: Initialkaries, Defektkaries, Restaurationen (DMF/S, dmf/s), ggf. quantitative Parameter (z.B. Diagnodent), Erosionen, Abrasionen;
- Endodontische Befunde (Schmerzen, Sensibilität, Perkussionstest, Zahnlockerung, Fistelungen)
- Gingiva- und Mundhygienebefunde (Indizes)
- Zahnform- und Strukturanomalien
- Zahnstellungsanomalien und Okklusionsabweichungen (ggf. Modellfotos)
- Besonderheiten (z.B. akutes Trauma, Funktionsstörungen, ästhetische Beeinträchtigungen)

Röntgenologische Befunde (mit anonymisierten Röntgenaufnahmen)

Sonstige Befunde. Hier können z.B. mikrobiologische oder andere relevante medizinische Befunde dokumentiert werden.

Verhalten des Kindes

Einschätzung der Compliance.

Fotodokumentation

Bei Portraits auf Patienteneinverständnis oder Anonymisierung achten.

4 Diagnosen

Diagnose(n)

Differentialdiagnose(n), Risiko-Einschätzung

5 Therapie

- Behandlungsplanung
- Behandlungsziele
- Behandlungsmittel
- Beratung und Aufklärung, ggf. weiterführendes Ärztliches Gespräch
- Vorgenommene Behandlungsmaßnahmen mit zeitlicher Abfolge einzelner Behandlungsschritte (tabellarisch und/oder stichwortartig); ggf. Verlaufsdokumentation anhand klinischer Bilder und/oder Modellfotos
- Nachsorge/Recall
- Nachsorgebefunde
- Interdisziplinäre Maßnahmen (mit Angabe, wer welche Therapieschritte durchgeführt hat)
- Abschlussbefund (inkl. Foto)

6 Epikrise und Prognose

Kritische Einordnung der vorliegenden Erkrankung

Differentialdiagnostik, Differentialtherapie

Wertung der individuellen Risikofaktoren

Behandlungsalternativen (mit Nutzen-/Risikoabwägung)

Überlegungen zur künftigen Strukturierung des Recalls

Prognose (auch Präventionsprognose) mit Begründung

Erklärung der Zahnärztin / des Zahnarztes:

Hiermit zeige ich an, dass ich die Behandlung selbst durchgeführt bzw. entsprechende Unterstützung bei Teilschritten der Betreuung durch Dritte angegeben habe. Die Angaben der Patientendokumentation sind korrekt und vollständig.

Datum/Unterschrift

Anlage 2: Template für die Begutachtung (verbleibt bei der DGKiZ)

Fall:

	JA / NEIN	
1. Komplexer Fall?	☐	☐
2. Vollständige Anamnese?	☐	☐
3. Angemessene Befunderhebung?	☐	☐
4. Treffende Diagnose?	☐	☐
5. Treffende Differentialdiagnose?	☐	☐
6. Akzeptables Behandlungskonzept?	☐	☐
7. Therapie akzeptabel durchgeführt?	☐	☐
8. Dokumentation ausreichend?	☐	☐
9. Ausreichende Epikrise?	☐	☐
10. Wurde das eigene Vorgehen kritisch hinterfragt?	☐	☐
11. Wurden Therapiealternativen diskutiert?	☐	☐
12. Widerspricht das Vorgehen aktuellen Stellungnahmen der DGZMK?	☐	☐
13. Ist die Dokumentation nachvollziehbar (objektivierbar, z.B. durch Fotos etc.)?	☐	☐
14. Ist der Fall mit einer unterschriebenen Erklärung versehen?	☐	☐

Beurteilung:

- ☐ **annehmen**
- ☐ **überarbeiten**
- ☐ **ablehnen**

Gutachterliche Anmerkungen: