

Richtlinien für die Zertifizierung zum Abschluss der Curricula Kinder- und Jugendzahnheilkunde

1. Die Teilnehmer reichen drei komplexe Behandlungsfälle, die sich möglichst auf unterschiedliche Altersgruppen beziehen (0 – 5 Jahre, 6 – 10 Jahre, 11 – 16 Jahre) beim Fortbildungsreferenten der DGK ein. Die Fälle werden in schriftlicher Form beim Fortbildungsreferenten 6 Wochen vor dem Zertifizierungstermin eingereicht. Die Unterlagen müssen in zweifacher Ausfertigung vorliegen. Zur Vorbereitung sollte ein Textverarbeitungsprogramm (z.B. Word) verwendet werden. Der Umfang darf 12 DIN A 4 Seiten (Schriftgröße 12, Zeilenabstand 1,5fach) nicht überschreiten. Daher empfiehlt es sich Wiederholungen etwa bei der Therapie zu vermeiden. Die Anamnese sollte auf die für den Fall wichtigen Aspekte gekürzt werden.

2. Die Behandlungsunterlagen werden von einer unabhängigen Prüfungskommission begutachtet. Bei positivem Votum und Nachweis der vollständigen Teilnahme an dem Kurswochenende erfolgt die Zulassung zur Prüfung. Die dokumentierten Fälle sind Gegenstand der Abschlussprüfung und des kollegialen Fachgesprächs. Das Gespräch wird grundsätzlich durch zwei unabhängige Prüfer durchgeführt.

3. Die Dokumentation muss den Fall nachvollziehbar wiedergeben. Dazu eignen sich klinische Bilder, Modelle und Röntgenbilder vor, während und zum Abschluss der Betreuung. Die Therapieschritte sollen bei der schriftlichen Darstellung nachvollziehbar und vollständig dargestellt werden. Zur übersichtlichen Ausführung soll die vorgegebene Gliederung der DGK berücksichtigt werden (Anlage).

3. Um eine prognostische Abklärung zu ermöglichen, ist eine Mindestbetreuungszeit des Patienten von 6 Monaten erforderlich.

4. Der Fall muss ausreichend „komplex“ sein. Komplexe Fälle können beispielsweise durch folgende Kriterien gekennzeichnet sein:

- hohes begründetes Kariesrisiko mit aufwendiger 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 Trauma
- kieferorthopädische Maßnahmen, Lückenhalter
- aufwendige verhaltensführende Maßnahmen
- chirurgische Maßnahmen
- Betreuung von Patienten mit systemischen Erkrankungen und Auswirkungen der Erkrankungen auf den oralen Bereich

5. Bei interdisziplinärer Betreuung muss die Begleittherapie (z.B. Kieferorthopädie, Chirurgie) im Rahmen der Therapie oder Epikrise dargestellt werden.

6. Fälle können aus folgenden Gründen abgelehnt werden:

- Das Therapiekonzept ist nicht akzeptabel.
- Die Dokumentation ist unzureichend.
- Die durchgeführten Maßnahmen widersprechen aktuellen Stellungnahmen/Leitlinien der

DGZMK.

- Die Dokumentation ist nicht nachvollziehbar (objektivierbar).
- Es liegt keine unterschriebene Erklärung des/der Behandler/in vor.
- Es wurde mehr als 1 ITN-Fall eingereicht.
- Der Fall ist nicht ausreichend komplex.

7. Das Zertifikat der APW/DGK/DGZ erhalten die Teilnehmer des Curriculums Kinder- und Jugendzahnheilkunde nach bestandener Abschlussprüfung und vollständig absolviertem Curriculum.

Anlage 1

Name des/der Behandlerin: XX

1 Stammdaten

| | |
|--------------------|--|
| Kurztitel: | 1 - 5 Schlüsselbegriffe, die den Fall charakterisieren |
| Patient: | X. X (Kürzel) |
| Geb.: | XX.XX.XX |
| Behandlungsbeginn: | XX.XX.XX |
| Behandlungsende: | XX.XX.XX (außer Recall) |

2 Anamnese

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, Anliegen des Patienten/der Eltern, besondere Erwartungen

3 Befunde

Befunde können 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. Diagnodont, ERM), Erosionen, Abrasionen; endodontische Befunde (Schmerzen, Sensibilität, Perkussionstest, Zahnlockerung, Fistel)
 - Gingiva- und Mundhygienebefunde (Indizes)
 - Zahnform- und Strukturanomalien
 - Zahnstellungsanomalien und Okklusionsabweichungen (ggf. Modellfotos)
 - Besonderheiten (akutes Trauma, Funktionsstörungen, ästhetische Beeinträchtigungen)
- Röntgenologische Befunde
(ggf. Kopien der Röntgenaufnahmen)

Sonstige Befunde

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

Verhalten des Kindes

Einschätzung der Compliance; es wird auf die Möglichkeit der Videodokumentation verwiesen; ansonsten verbale Darstellung.

Fotodokumentation

Es ist jeweils abzuwägen, ob eine fotografische Dokumentation möglich und sinnvoll ist (unkooperative Kinder).

Fotos können als Diaduplikate oder Prints eingereicht oder als digitale Bilder in den Text eingeordnet werden.

Bei Portraits auf Patienteneinverständnis oder Anonymisierung achten; Dias oder Prints nummerieren und mit Patientenkürzel, Behandlername und Bildunterschrift versehen.

4 Diagnosen

- Diagnose(n)
- Differentialdiagnose(n), Risiko-Einschätzung

5 Therapie

Behandlungsplanung

- Behandlungsziele
- Behandlungsmittel
- Behandlungsalternativen (mit Nutzen-/Risikoabwägung)
Aufklärung, Beratung, weiterführendes Ärztliches Gespräch über die geplanten Maßnahmen
Vorgenommene Behandlungsmaßnahmen
Nachsorge/Recall
- Zusammenfassende Nachsorgeanamnese
- **Nachsorgebefunde**
- Zeitliche Abfolge einzelner Behandlungsschritte (tabellarische und/oder grafische Übersicht); ggf. Verlaufsdokumentation anhand klinischer Bilder und/oder Modellfotos
- Interdisziplinäre Maßnahmen (mit Angabe, wer welche Therapieschritte durchgeführt hat)
- Abschlussbefund (inkl. Foto)
- Befund bei Recall nach > 1 Jahr (inkl. Foto)

6 Epikrise und Prognose

- Kritische Einordnung der vorliegenden Erkrankung
- Differentialdiagnostik, Differentialtherapie
- Wertung der individuellen Risikofaktoren
 - Überlegungen zur künftigen Strukturierung des Recalls
 - Abschließende Aussagen zur Prognose (i) zahnmedizinisch, (ii) verhaltensbezogen

Erklärung des Behandlers:

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