

Richtlinien für die Ernennung zum/zur

Spezialist*in für Zahnerhaltung (präventiv und restaurativ) der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)

(Stand: 13.01.2020)

1 Präambel

Mit Beschluss vom 04.06.1999 eröffnet die Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) interessierten Zahnärztinnen und Zahnärzten die Möglichkeit zum Erwerb der Bezeichnung

"Spezialist/Spezialistin für Zahnerhaltung der DGZ".

Damit ist die Absicht verbunden,

- besonders qualifizierte Zahnärzte im Bereich der Zahnerhaltung, d. h. insbesondere in der zahnärztlichen Prävention, der Kariologie, der restaurativen Zahnerhaltung, der Alterszahnheilkunde und in den assoziierten Therapien, sowie in der Therapie nichtkariöser Zahnhartsubstanzdefekte öffentlich auszuweisen.
- Dies beinhaltet u.a. die Möglichkeit im Bereich der Zahnerhaltung
 - das Wissen zu vertiefen,
 - überdurchschnittliche praktische Fähigkeiten zu erwerben,
 - sich wissenschaftlich zu betätigen und
 - Know-how zu erwerben, um eigene Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durchzuführen.
- Insgesamt wird damit die präventive und restaurative Zahnerhaltung in der Patientenversorgung, Lehre und Forschung gefördert.

2 Beschreibung des Kompetenzprofils

Das Kompetenzprofil umfasst die Gesundheitsförderung, die Prävention oraler Erkrankungen sowie die Behebung eingetretener Schäden mit dem Ziel der Zahnerhaltung.

Gesundheitsförderung und Präventivzahnmedizin

Die Gesundheitsförderung verfolgt jene wissenschaftlich begründeten Strategien, die auf eine Verbesserung von Gesundheits*chancen* in der Bevölkerung abzielen. Sie konzentriert sich dabei auf eine Analyse der körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen, die auf die Balance zwischen oraler Gesundheit und oraler Krankheit sowie deren Interaktion mit allgemeiner Gesundheit und Erkrankung Einfluss nehmen. Im angloamerikanischen Sprachraum wird dieser Wissenschaftszweig zum Teil durch Bezeichnungen wie (Oral) Public Health bzw. (Dental) Public Health sowie Community Dentistry beschrieben.

Die präventive Zahnmedizin richtet ihre Aktivitäten auf eine Reduktion von Krankheits*risiken*. Hauptziel ist die Vorbeugung von Plaque assoziierten Erkrankungen (Karies und Gingivitis) sowie von nicht-kariesbedingten Zahnhartsubstanzschäden (Erosionen, Abrasionen, Attritionen, Traumata, Strukturanomalien usw.). Die präventive Zahnmedizin setzt auf verschiedenen Ebenen (streng kollektive Ebene, semi-kollektive Ebene (Gruppen), individuelle Ebene) an. Präventive Maßnahmen untergliedern sich in Strategien der Primärprävention (Verhinderung oraler Erkrankungen), der Sekundärprävention (Früherkennung und Frühbehandlung, Vermeidung des Voranschreitens bereits bestehender Schäden) und der Tertiärprävention (Behandlung bereits symptomatisch gewordener oraler Erkrankungen mit dem Ziel einer Vermeidung von Folgeschäden oder Rezidiven) in allen Altersgruppen.

Restaurative Zahnheilkunde

Die restaurative Zahnheilkunde umfasst die Diagnose, Risikobeurteilung, Behandlungsplanung und Therapie von Zahnhartsubstanzdefekten. Hinzu kommen Möglichkeiten der medizinisch indizierten Farb- und Formkorrekturen von Zähnen.

Diese Tätigkeit dient vor allem

- der Erhaltung oder Schaffung eines gesunden ökologischen Systems in der Mundhöhle (Beseitigung von Nischen für oralpathogene Keime, Gewährleistung hygienefähiger Verhältnisse usw.),
- der Prävention von Erkrankungen des marginalen Parodonts, des Endodonts und der umgebenden Gewebe,
- der Erhaltung oder Wiederherstellung der Kaufunktion und der phonetischen Funktion,

- der Erhaltung oder Wiederherstellung eines ansprechenden Aussehens („ästhetische“ Funktion) sowie
- der Vermeidung oder Beseitigung von Schmerzen.

Restaurative Techniken sollen nach aktuellem Wissensstand im Bereich der gesamten Zahnheilkunde bedarfs-, schadens- und risikogerecht eingesetzt werden. Zur Sicherung des Behandlungserfolges bedürfen restaurative Maßnahmen einer regelmäßigen Evaluation und unterstützenden Patientennachsorge.

3 Voraussetzungen zur Erlangung der Bezeichnung

3.1 Allgemeine Voraussetzungen für die Zulassung zum Spezialisierungsprogramm
Die allgemeinen Voraussetzungen für die Zulassung zum Spezialisierungsprogramm sind

- Zahnärztliche Approbation
- Premiummitgliedschaft in der DGZ
- Mindestens 36 Monate klinisch-praktische Berufserfahrung
- Eine mindestens dreijährige, ganztägige schwerpunktmäßig zahnerhaltende Tätigkeit, idealerweise an einer Universitätsklinik für Zahnerhaltung oder bei einer* einem niedergelassenen Spezialist*in der DGZ (Zahnerhaltung präventiv/restaurativ). In begründeten Fällen kann davon abgewichen werden (in diesem Fall entscheidet über die Zulassung der Vorstand der DGZ).

Der Bewerber muss mindestens 300 Stunden der Fortbildung aus den verschiedenen Teilbereichen der präventiven und restaurativen Zahnerhaltung nachweisen (z.B. Junior-Spezialist*in, Curricula, strukturierte Fortbildungen, Kongresse). Über die Anerkennung entscheidet der Vorstand der DGZ.

Fortbildungsstunden können durch wissenschaftliche Publikationen kompensiert werden (siehe Artikel 3.4). Über die Anrechnung von Stunden und über die Anrechnung von geleisteten Vortragstätigkeiten entscheidet der Vorstand der DGZ.

Die Mindestverweildauer an einer der Ausbildungsstätten kann aus wichtigem Grund unterbrochen werden (zum Beispiel Auslandsaufenthalte, Mutterschutz, Erziehungsurlaub), die drei Jahre sind aber in jedem Fall summarisch zu erbringen. Fachlich begründete und von der Leitung der Ausbildungsstätte genehmigte Auslandsaufenthalte werden bis zu einem Jahr angerechnet, sofern sie der Weiterqualifikation in diesem Fach dienen. Krankheitsbedingter Ausfall von mehr als vier Wochen pro Jahr ist zu kompensieren.

3.2 Erfahrungen in der Aus- bzw. Fortbildung (Einsatz in Spezialkursen, spezifische Betreuung entsprechender Behandlungsfälle, z. B. im Rahmen studentischer Kurse oder Fortbildungsveranstaltungen, Mitbeteiligung an Seminaren und Übungen auch als externe Referenten).

3.3 Erfüllung des im Anhang 1 aufgeführten Leistungskataloges.

3.4 Nachweis von mindestens drei Publikationen (davon mindestens eine als Erstautor*in) auf dem Gebiet der Zahnerhaltung in referierten (peer reviewed) Fachzeitschriften.

Mindestens eine der drei Publikationen muss als englischsprachige, wissenschaftliche Originalarbeit in einer der im Anhang 2 aufgelisteten Fachzeitschriften zum Druck angenommen oder publiziert sein.

Die beiden anderen in einer Fachzeitschrift mit Peer-Review Verfahren publizierten Arbeiten können ebenfalls eine wissenschaftliche Originalarbeit sein. Alternativ werden hier auch Übersichtsarbeiten oder Kasuistiken akzeptiert.

- (a) Bei drei Publikationen auf dem Gebiet der Zahnerhaltung und Prävention in einem der in Anhang 2 genannten Zeitschriften mit „Peer-Review“-System, davon mindestens eine als Erstautor*in und mindestens einer englischsprachigen Publikation, sind lediglich 100 Stunden der Weiterqualifikation nachzuweisen (vgl. Artikel 3.1).
- (b) Bei zwei Publikationen auf dem Gebiet der Zahnerhaltung und Prävention in einem der in Anhang 2 genannten Zeitschriften mit „Peer-Review“-System, davon mindestens eine als Erstautor*in und mindestens einer englischsprachigen Publikation, sind lediglich 200 Stunden nachzuweisen (vgl. Artikel 3.1).
- (c) Bei einer Publikation auf dem Gebiet der Zahnerhaltung und Prävention in einem der in Anhang 2 genannten Zeitschriften mit „Peer-Review“-System sind 300 Stunden nachzuweisen (vgl. Artikel 3.1).

3.5 Es müssen mindestens zwei Vorträge oder Fallpräsentationen mit zahnerhaltendem Inhalt auf einer Tagung der DGRZZ, DGPZM, DGET, DGZ oder DGZMK erfolgen.

3.6 Schriftlicher Nachweis über die während der dreijährigen Tätigkeit auf dem Gebiet der angestrebten Fachdisziplin erbrachten Leistungen, differenziert nach Lehrveranstaltungen, wissenschaftlichen Publikationen und Vorträgen, Fortbil-

dungsveranstaltungen und praktischen Arbeiten (Datum, Namenskürzel und Geburtsjahr des Patienten, Art der Leistung, ggf. Kontrollen und erläuternde Bemerkungen).

- 3.7 Ein abschließendes Kolloquium vor einem aus drei Prüfern bestehenden Prüfungsausschuss der Fachgesellschaft. Das Kolloquium umfasst vom Prüfungsgremium ausgewählte Falldemonstrationen mit Diskussion sowie eine theoretische Prüfung von mindestens 30 Minuten Dauer. Die Modalitäten legt der DGZ-Vorstand fest. Das Kolloquium kann einmal (frühestens nach 3 Monaten) wiederholt werden.
- 3.8 Der Vorstand behält sich im Rahmen der Prüfung eine Supervision in der Einrichtung der Spezialisierung vor (nicht Zulassungsvoraussetzung).

4 Erwerb der Spezialisierung

Der Antrag auf Ernennung zur*zum Spezialist*in für Zahnerhaltung der DGZ ist an das DGZ-Sekretariat zu richten.

Bei der Anmeldung zum abschließenden Kolloquium sind folgende Unterlagen vorzulegen:

- Curriculum vitae
- Nachweis der in Artikel 3.1 geforderten Fortbildungsstunden aus dem Bereich der Zahnerhaltung
- Votum der Leitung der Ausbildungsstätte oder der*des betreuenden Spezialistin*en, das u. a. die Erfüllung der unter 3.1, 3.2 und 3.3 aufgeführten Voraussetzungen bestätigt.
- Bei Erwerb der Fähigkeiten außerhalb universitärer Ausbildungsstätten eine eidesstattliche Erklärung zur eigenständigen Erfüllung der unter 3.1, 3.2 und 3.3. aufgeführten Voraussetzungen
- Nachweis der genannten Publikation(en)
- Nachweis der in Anhang 1 aufgelisteten Leistungen und Vorlage der Fallberichte
- Eidesstattliche Versicherung über eine mindestens dreijährige schwerpunktmäßige Tätigkeit auf dem Gebiet der Zahnerhaltung (gemäß Vordruck)
- Eidesstattliche Versicherung über die eigenständige Durchführung der geforderten Behandlungsfälle (gemäß Vordruck)
- Nachweis über die Entrichtung der vom DGZ-Vorstand festgelegten Prüfungsgebühren.

- Im Umlaufverfahren werden die Unterlagen mindestens zwei Monate vor dem Kolloquium vom Prüfungsausschuss den Prüfenden zugeleitet; die*der Kandidat*in ist zum Kolloquium zugelassen, wenn der Prüfungsausschuss die Zustimmung gibt. Das Kolloquium wurde erfolgreich absolviert, wenn die beteiligten Prüfer*innen mehrheitlich befinden, dass die*der Kandidat*in fundierte Kenntnisse nachweisen konnte. Über jedes Kolloquium ist ein Protokoll zu führen. Nach erfolgreichem Abschluss des Verfahrens wird eine entsprechende Urkunde verliehen.

5 Prüfungsinhalte

Während des abschließenden Kolloquiums haben die Kandidatinnen und Kandidaten nachzuweisen,

- dass sie die derzeit gemäß wissenschaftlicher Evidenz gültigen präventiven, diagnostischen und therapeutischen Konzepte der Zahnerhaltung beherrschen,
- dass sie in der diesbezüglichen Fachliteratur bewandert sind,
- dass sie die Fähigkeiten zur interdisziplinären Kooperation mit anderen medizinischen und zahnmedizinischen Fachgebieten besitzen,
- dass sie über fundiertes Wissen in folgenden Bereichen verfügen:

a) Gesundheitsförderung

Aktuelle Strategien von (Oral) Public Health/(Dental) Public Health bzw. Community Dentistry.

b) Präventive Zahnmedizin

- Aktuelle Strategien der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.
- Diagnostik und Risikobeurteilung in der Zahnhartsubstanzlehre/Kariologie (kariesbedingte und nichtkariesbedingte Schäden), Parodontologie und Endodontologie einschl. der Datendokumentation.
- Umsetzung präventiver Strategien auf kollektiver, semikollektiver und individueller Ebene zur Verhinderung oder Progressionsbeeinflussung von Läsionen/Erkrankungen der Zahnhartsubstanzen, des Endodonts und des Parodonts.

c) Restaurative Zahnheilkunde

- Restaurative Behandlungsplanung und Behandlungsmanagement auf der Grundlage der Diagnostik kariesbedingter und nicht kariesbedingter Zahnhartsubstanzschäden sowie Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen des Parodonts, des Endodonts, der Funktion und des Aussehens („Ästhetik“).
- Prärestaurative parodontale, endodontische und funktionelle Interventionen.
- Restaurative Therapie von Läsionen kariesbedingter und nichtkariesbedingter Genese (Strukturanomalien, Erosionen, Abrasionen, Attritionen, Resorptionen, Traumata, funktionelle Störungen usw.) mit verschiedenen Behandlungsmitteln und unter Beachtung individueller patientenbezogener Gegebenheiten (Betreuung von Patienten mit Allgemeinerkrankungen wie Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis), Radio-/Chemotherapie, Immunsuppression/Transplantationen, psychosomatische Erkrankungen, geriatrischen Besonderheiten, Behinderungen usw.).

Zu restaurativen Maßnahmen zählen:

- Restaurative Maßnahmen mittels direkter Verfahren unter Verwendung von plastisch verarbeitbaren Restaurationsmaterialien im Front- und Seitenzahnbereich (Primär- und Sekundärversorgungen)
- Restaurative Maßnahmen mittels indirekter Verfahren unter Verwendung von Werkstücken im Front- und Seitenzahnbereich
- Erhaltung und Korrektur vorhandener Restaurationen
- Farb- und Formkorrekturen/-veränderungen von Zähnen
- Reevaluation und Weiterbetreuung systematisch behandelter Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Wechselwirkung von Restaurationen und marginalem Parodont/Endodont sowie der Gebissfunktion.

Ferner werden entsprechende Kenntnisse in folgenden Bereichen vorausgesetzt:

- Anatomie, Histologie, Embryologie und Physiologie der Mundhöhle und der sie umgebenden Gewebe
- Ätiologie, Pathogenese und Epidemiologie oraler Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Zahnhartsubstanzen, des marginalen Parodonts und des Endodonts
- Körperliche, seelische und soziale Einflussfaktoren auf die Balance zwischen gesunderhaltenden und krankmachenden Entwicklungen in der Zahn-, Mund- und Kieferregion
- Wechselwirkungen zwischen oraler Gesundheit und Allgemeingesundheit

- Nutzen-Risiko-Abwägungen von Techniken, Materialien und Medikamenten, die in der Zahnerhaltung (präventiv und restaurativ) Anwendung finden.

6 Zeitliche Begrenzung der Zusatzqualifikation

- 6.1 Die Zusatzqualifikation gilt für die Dauer von sechs Jahren. Die weitere Berechtigung zum Tragen dieser Bezeichnung muss vor Fristablauf bei der Fachgesellschaft beantragt werden.
- 6.2 Voraussetzungen für eine jeweils sechs Jahre gültige Verlängerung der Zusatzqualifikation sind:
- Premiummitgliedschaft in der DGZ
 - Nachweis über die Teilnahme an mindestens sechs Veranstaltungen der Fachdisziplin im zurückliegenden Zeitraum der Zusatzqualifikation, davon mindestens an drei wissenschaftlichen Kongressen.

7 Anerkennung von Spezialisten ausländischer Fachgesellschaften

Die Anerkennung als Spezialist*in der DGZ ist bei Vorliegen einer Spezialisierung nach den Richtlinien einer ausländischen Fachgesellschaft bei Gleichwertigkeit möglich. Über die Zulassung zur Prüfung, die in jedem Fall abgelegt werden muss (vgl. auch Abschnitt 3.7), entscheidet der Prüfungsausschuss nach Vorlage der Unterlagen und Richtlinien der jeweiligen ausländischen Fachgesellschaft.

8 Übergangsbestimmungen

Die Richtlinien für die Ernennungen zur Spezialistin oder zum Spezialisten für Zahnerhaltung der DGZ können durch Vorstandsbeschluss geändert werden.

Diese Richtlinien treten zum n.n.2019 in Kraft.

Anhang 1: Leistungskataloge

A. Einzelnachweise

Tabellarische, chronologisch geführte Auflistung der während der Spezialisierung selbstständig erbrachten Leistungen (bei Patientenbehandlungen: Datum, Namenskürzel und Geburtsjahr des Patienten, Art der Leistung, ggf. Kontrollen und erläuternde Bemerkungen). Die Listenführung muss so gestaltet sein, dass Kontrollen der Angaben anhand von Arbeitsunterlagen möglich sind.

Gesundheitsförderung/streng kollektive Prophylaxe/semikollektive Prophylaxe
Mitwirkung an mindestens einem Projekt auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung bzw. der präventiven Zahnmedizin auf streng kollektiver Ebene und/oder auf semikollektiver Ebene (Gruppenprophylaxe). Eine gleichwertige Kompetenzausweisung ist nach Maßgabe der Leiterin/des Leiters der Ausbildungsstätte möglich.

Individualprophylaxe

Durchführung bedarfsgerechter individualprophylaktischer Maßnahmen bei mindestens 20 Patienten mit unterschiedlichem Kariesrisiko. Bei diesen Patienten sind folgende Leistungen zu erbringen:

- Diagnostik von Läsionen der Zahnhartsubstanzen kariesbedingter und nicht kariiesbedingter Ursache mit begleitender Untersuchung des marginalen Parodonts, des Endodonts sowie der Funktion des stomatognathen Systems
- Risikobeurteilung
- Behandlungsplanung und Behandlungsmanagement mit Einsatz von aktuellen Strategien zur Vermeidung der Etablierung eines oralpathogenen Milieus in der Mundhöhle
- Reduktion der Angriffsfaktoren bei bereits bestehender Etablierung eines oralpathogenen Milieus in der Mundhöhle
- Verstärkung der Wirtsabwehr bei bereits bestehender Etablierung eines oralpathogenen Milieus in der Mundhöhle
- Monitoring von Karies und parodontalen Erkrankungen mit Einsatz aktueller präventiver Strategien zur Verminderung des Erkrankungsrisikos
- Evaluierung des Behandlungserfolges und Sicherung einer unterstützenden Nachsorge

Restaurative Zahnheilkunde

- 200 direkt hergestellte Restaurationen der Klassen I bis V (mindestens 20 jeder Klasse)
- 30 indirekt hergestellte Restaurationen
- 10 Maßnahmen, die dem Bereich der “ästhetischen“ Zahnmedizin zuzurechnen sind (Farb- und Formkorrekturen mit direkten und indirekten Techniken, Zahn-aufhellungen, usw.)

B. Exemplarische Dokumentationen

Insgesamt sind mindestens zwölf ausführliche Patientendokumentationen (publizierte Kasuistiken eingerechnet) nachzuweisen, die sowohl präventive auch als restaurative Aspekte aufgreifen. Die Kontrollzeit muss jeweils mindestens ein Jahr betragen.

Bei der Zusammenstellung der Dokumentationen ist darauf zu achten, dass präventive Maßnahmen zur Senkung des Risikos oraler Erkrankungen ebenso berücksichtigt sind wie restaurative Versorgungen verschiedener Art. Dazu zählen unter anderem Wiederherstellungen verlorengegangener Zahnhartsubstanzen bei allen Kavitätenklassen, Maßnahmen zur Veränderung der Zahnkonturen (z. B. Verbreiterungen zur Lückenverkleinerung- bzw. zum Lückenschluss) und Zahnfarbe, sowie die Erhaltung und Verbesserung vorhandener Restaurationen (z. B. Reparatur-Restaurationen). Es sind sowohl direkte als auch indirekte Vorgehensweisen aufzuführen.

Dabei muss mindestens eine systematische, präventive und restaurative Betreuung von Patienten mit Allgemeinerkrankungen bzw. besonderen Ausgangsvoraussetzungen (z. B. Infektionen, Radio-/Chemotherapie, Transplantationen, psychosomatische Erkrankungen, Multimorbidität, Polypharmazie, geriatrische Besonderheiten, Behinderungen, Strukturanomalien, Folgeschäden nach Zahnverletzungen, Sanierungen von Patienten in Intubationsnarkose) vorgenommen werden.

Die Dokumentationen enthalten eine allgemeinmedizinische und zahnmedizinische Anamnese, einen klinischen und ggf. röntgenologischen Befund (einschließlich ausführlicher Dokumentation endodontischer und parodontaler Parameter), einen begleitenden Fotostatus sowie ggf. Studienmodelle, Arbeitsmodelle und Modelle nach Behandlungsabschluss.

Auf der Grundlage einer nachvollziehbaren Dokumentation ist jeweils eine zusammenfassende Beschreibung der Diagnostik, Risikobewertung, und Behandlungsplanung, eine Qualitätsbeurteilung der Behandlungsergebnisse sowie eine Prognose im Sinne einer epikritischen Beschreibung des entsprechenden Falles vorzulegen. Die durchgeführten Maßnahmen sind zu begründen und ebenso wie die Behandlungsalternativen

unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur zu erörtern. Ein Beispiel zur Systematik von Patientendokumentationen ist in Anhang 3 aufgeführt.

Anhand dieser Dokumentationen soll exemplarisch zum einen die Fähigkeit zur übersichtlichen und kritischen Aufarbeitung der Behandlungsfälle dargelegt werden; zum anderen sind in ihnen überdurchschnittliches Wissen und besondere Fertigkeiten in Prozess- und Ergebnisqualität auf dem Gebiet der Zahnerhaltung darzustellen.

Anhang 2: Zeitschriftenliste

Eine der drei geforderten Publikationen muss als englischsprachige Originalarbeit in einer international renommierten wissenschaftlichen Fachzeitschrift mit Gutachter-system gedruckt bzw. zum Druck angenommen sein. Zur Auswahl stehen aus dem Gesamtbereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde folgende Publikationsorgane:

Name	vorwiegendes Fachgebiet
------	-------------------------

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| ▪ Acta Odontol Scand | Interdisz |
| ▪ Am J Dent | Interdisz |
| ▪ Arch Oral Biol | Interdisz |
| ▪ Aust Dent J | Interdisz |
| ▪ Brit Dent J | Interdisz |
| ▪ Caries Res | Kar |
| ▪ Clin Oral Invest | Interdisz |
| ▪ Community Dental Health | Interdisz |
| ▪ Community Dent Oral Epidemiol | Interdisz |
| ▪ Cranio | Interdisz |
| ▪ Crit Rev Oral Biol M | Interdisz |
| ▪ Dent Mater | Interdisz |
| ▪ Eur J Oral Sci | Interdisz |
| ▪ Gesundheitswesen | Interdisz |
| ▪ Int Dent J | Interdisz |
| ▪ J Adhesive Dentistry | Interdisz |
| ▪ J Am Dent Assoc | Interdisz |
| ▪ J Biomed Mater Res Biomaterials | Interdisz |
| ▪ J Dent Res | Interdisz |
| ▪ J Dent | Interdisz |

▪ J Oral Pathol Med	Interdisz
▪ J Oral Rehabil	Interdisz
▪ J Prosthet Dent	Interdisz
▪ J Public Health Dent	Interdisz
▪ Oper Dent	Interdisz
▪ Oral Diseases	Interdisz
▪ Oral Health Prev Dent	Interdisz
▪ Oral Surg Oral Med Oral Pathol	Interdisz
▪ Oral Microbiol Immunol	Interdisz
▪ Oral Oncol	Interdisz
▪ Public Health Reports	Interdisz
▪ PlosOne	Interdisz
▪ Quintessence Int	Interdisz
▪ Scientific Reports	Interdisz
▪ Swed Dent J	Interdisz
▪ Endod Dent Traumatol	Endo
▪ J Endodont	Endo
▪ Int Endod J	Endo
▪ Paediatric Dentistry	Kinder
▪ Int J of Paediatric Dent	Kinder
▪ J Dent Child	Kinder
▪ Journal Clin Pediatr Dent	Kinder
▪ J Periodontol	Par
▪ Periodontol 2000	Par
▪ J Periodontal Res	Par
▪ Int J Periodont Rest	Par

- J Clin Periodontol Par

- Am J Orthop Dentofac KFO
- Angle Orthod KFO
- Eur J Orthodont KFO

- J Cranio Maxill Surg Chir
- J Oral Maxil Surg Chir
- Brit J Oral Max Surg Chir
- Cleft Palate-Cran J Chir
- Clin Oral Implan Res Chir
- Int J oral Max Surg Chir

Erscheint der Bewerberin/dem Bewerber die Einreichung eines Manuskriptes mit Inhalten aus der Zahnerhaltung (präventiv und restaurativ) oder aus Grenzgebieten bei einer anderen international renommierten (peer reviewed) Zeitschrift sinnvoll, so kann der Prüfungsausschuss auf Empfehlung der Leiterin/des Leiters der Ausbildungs-institution auch diese als gleichrangig bewerten.

Für die beiden anderen geforderten Publikationen ist die oben genannte Auflistung nicht obligatorisch. Sie können auch in referierten deutschen Fachzeitschriften (vorzugsweise Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, DZZ International Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde, Quintessenz) publiziert worden sein.

Anhang 3: Beispiel für eine Systematik von Patientendokumentationen für das Spezialisierungsprogramm Zahnerhaltung (präventiv und restaurativ)

- 1 Stammdaten
- 2 Anamnese und Ärztliches Gespräch
 - 2.1 Soziale Anamnese
 - 2.2 Familienanamnese
 - 2.3 Allgemeinmedizinische Anamnese
 - 2.4 Spezielle zahnärztliche Anamnese/Vorgeschichte (bisherige zahnärztliche Maßnahmen, dentales Trauma usw.)
 - 2.5 Spezielle Schmerzanamnese
 - 2.6 Präventionsanamnese (Mundhygiene, Ernährung, Fluoridangebot usw.)
 - 2.7 Ergebnisse des ärztlichen Gesprächs, Anliegen des Patienten, besondere Erwartungen
- 3 Ausgangsbefunde
 - 3.1 Extraorale Befunde
 - 3.2 Intraorale Befunde
 - Allgemeine intraorale Befunde (einschl. Schleimhautbefunde)
 - Befundschemata
 - Situation der Zahnhartsubstanzen; kariesbedingte Veränderungen (Initialkaries, Defektkaries); nicht kariesbedingte Veränderungen (Erosionen, Abrasionen, Attritionen, traumatisch bedingte Schäden, Form- und Strukturanomalien usw.)
 - Befunde zur konservierend-restaurativen und prothetisch-restaurativen Situation (Art und Qualität der restaurativen Versorgung)
 - Befunde zur endodontischen Situation (Farbe, Sensibilität, Perkussion, Lockerung, Weichteilveränderungen (Fistel, Schwellung) usw.)
 - Befunde zur parodontalen Situation
 - Funktionsbefunde
 - KFO-Befunde
 - Befunde zum Aussehen
 - 3.3 Röntgenbefunde

3.4 Sonstige Befunde

- Sonstige zahnmedizinisch relevante Befunde (z. B. mikrobiologische Befunde)
- Allgemeinmedizinische Befunde

3.5 Verhaltensbefunde/Einschätzung der Kooperation/Compliance

3.6 Photo-, ggf. Modelldokumentation

4 Diagnosestellung und vorläufige prognostische Beurteilung

4.1 Diagnose(n)

4.2 Risikoabschätzungen/vorläufige prognostische Beurteilungen

5 Behandlung

5.1 Behandlungsplanung

- Behandlungsziele
- Behandlungsmittel
- Behandlungsalternativen (mit Nutzen-/Risikoabwägung)

5.2 Aufklärung, Beratung, weiterführendes ärztliches Gespräch über die geplanten Maßnahmen

5.3 Vorgenommene Behandlungsmaßnahmen mit zeitlicher Abfolge der einzelnen Behandlungsschritte (tabellarische und/oder grafische Darstellung ist möglich); ggf. Verlaufsdokumentation anhand von Röntgenaufnahmen, klinischen Bildern und/oder Modellfotos); ggf. interdisziplinäre Maßnahmen mit Angabe, wer welche Behandlungsschritte durchgeführt hat; Abschlussbefunde (inkl. Röntgenaufnahmen, Fotos)

5.4 Nachsorge/Recall

- Zusammenfassende Nachsorgeanamnese
- Nachsorgebefunde

6 Epikrise und Prognose

- Kritische Einordnung der vorliegenden Erkrankung
- Erläuterungen zur Differentialdiagnostik und Differentialtherapie
- Wertung individueller Risikofaktoren
- Überlegungen zur künftigen Strukturierung des Recalls
- Abschließende Aussagen zur Prognose

Literatur

Anhang

(z. B. Formblätter zur Risikobewertung)