



**SSRD**

# **Reglement für die Weiterbildung in Rekonstruktiver Zahnmedizin**

**( Swiss Society for Reconstructive Dentistry)**

## **§ 1 Strukturierte Weiterbildung nach dem Staatsexamen**

### **a) Weiterbildungsziele**

Der Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin muss ein fundiertes theoretisches Wissen und klinische Erfahrungen in der Rekonstruktiven Zahnmedizin sowie gute Kenntnisse in deren Grenzgebieten haben.

Er muss die fachspezifische Literatur kennen und sein Fachwissen vermitteln können. Vertiefung der Ehrfurcht und ethische Haltung sowie Kenntnisse des Gesundheitswesens, inklusive des ökonomischen Einsatzes der Mittel, sind Voraussetzung. Er nimmt Verantwortung gegenüber Patient und Kollegenschaft wahr.

### **b) Grundlagen**

Erarbeiten fundierter und erweiterter Kenntnisse für Klinik und Praxis auf dem Gebiet der rekonstruktiven Zahnmedizin, sowie kritisches Werten der speziellen Fachliteratur. Über die dazu notwendigen Lehrveranstaltungen (Seminare, Kurse etc.) soll in den Weiterbildungsstätten ein Plan vorliegen. Vom Bewerber muss darüber Buch geführt werden.

Der zeitliche Rahmen ist ein Dreijahreskurs und basiert auf ca. 3900

Weiterbildungsstunden, die wie folgt verteilt sind:

Seminarien, Tutorien und Fallpräsentationen	15%
Patientenbehandlung	50%
Forschung	15%
Lehre	20%

Die reine Dienstleistung darf 40% nicht überschreiten.

Innerhalb der Weiterbildung finden Qualifizierungsgespräche (Zwischenprüfungen) statt.

Nach der Schlussevaluation ist die Anmeldung zur Prüfung für die Verleihung des Fachzahnarzttitels möglich. Das Evaluationsprotokoll dafür ist integraler Bestandteil dieser Richtlinien im **Anhang**, es kann bei Bedarf ergänzt und abgeändert werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Kandidat in den Grundlagen der rekonstruktive Zahnmedizin tangierenden Fachbereiche auskennt. Diese sind: Physiologie des stomatognathen Systems; Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik, Prävention und Therapie oraler Erkrankungen. Gute Kenntnisse in Parodontologie, Implantologie und Endodontie werden vorausgesetzt. Des weitern muss er interdisziplinäre Probleme und Zusammenhänge erkennen und berücksichtigen können. Der Stoffkatalog befindet sich im **Anhang** und beschränkt sich auf die *rein* rekonstruktiven Belange, er ist stichwortartig und nicht abschliessend.

### **c) Klinik**

Der Schwerpunkt des Curriculums liegt in der klinischen Weiterbildung, so dass der Kandidat die Fähigkeit erlangt,

1. mit Anamnese und Befundaufnahme Diagnosen zu stellen und Gesamtbehandlungspläne zu erarbeiten,
2. diese durchzuführen und die Resultate kritisch zu bewerten,
3. sich durch Reevaluation und Weiterbetreuung früher sanierter Patienten eine Langzeiterfahrung anzueignen.

Die abgeschlossenen und dokumentierten Fälle müssen das Spektrum der zahnärztlich rekonstruktiven Zahnmedizin zum Ausdruck bringen.

### **d) Forschung**

Dem Kandidaten muss Gelegenheit geboten werden, Forschung zu betreiben. Er muss mindestens zwei Originalarbeiten veröffentlicht haben (siehe § 2).

### **e) Unterricht**

Der Kandidat soll während seines Weiterbildungsprogramms Lehrerfahrungen sammeln.

### **f) Besuch von Fortbildungsveranstaltungen**

Dieser soll dem Kandidaten nach Ermessen des Weiterbildungsprogrammleiters ermöglicht werden. Insbesondere die Veranstaltungen der SSRD sollten berücksichtigt werden.

### **g) Austauschprogramme**

Besuche bei anderen Weiterbildungsstätten sind erwünscht.

## **§ 2 Anmeldebedingungen für die Prüfung**

Der Kandidat, der sich für den Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin bewirbt, hat folgende Unterlagen einzureichen:

1. Eidgenössisches Diplom als Zahnarzt oder gleichgestelltes ausländisches Diplom, sofern mit dem betreffenden ausländischen Staat ein Gegenrecht besteht.
2. Nachweis einer mindestens dreijährigen Weiterbildung an einer von der SSO anerkannten Weiterbildungsstätte.
3. Empfehlungsschreiben des Weiterbildungsleiters.
4. Vorlegen einer Dokumentation über die rekonstruktive Behandlung von 8 Patienten. Maximal sechs der acht Fälle dürfen aus dem schwerpunktmässig praktizierten Gebiet des Kandidaten sein. Die zwei restlichen Fälle müssen aus einem anderen Gebiet stammen. Bei mindestens zwei der acht Fälle soll die Dokumentation eine Nachsorgephase von mindestens einem Jahr beinhalten. (Die Richtlinien über den Umfang der Falldokumentation zur Bewerbung zum Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin werden jeweils von der Spezialisierungskommission vorgegeben. Die Beschreibung der Fallauswahl befindet sich im Anhang).

5. Vorlegen von 2 wissenschaftlichen Veröffentlichungen aus dem Gebiet der rekonstruktiven Zahnmedizin und ihrer Grenzgebiete. Eine davon darf als Übersichtsarbeit abgefasst sein. Der Bewerber muss wenigstens bei einer der beiden Arbeiten Erstautor sein. Die Publikationen müssen in Zeitschriften veröffentlicht oder zum Druck angenommen sein, die einem Begutachtungsverfahren unterliegen.
6. Nachweis über die einbezahlte Gebühr gemäss Gebührenordnung der SSO.

Die Bewerbung ist dem Präsidenten der Spezialisierungskommission der SSRD bis zum 31.12. eines Jahres einzureichen. Dieser prüft die Vollständigkeit der Bewerbungsunterlagen. Erfüllen diese die gestellten Anforderungen, so informiert er den Vorstand und den Kandidaten. Erweisen sich die Unterlagen als unvollständig, so wird dies der SSO mitgeteilt. Diese erlässt die entsprechende einsprachefähige Verfügung (WBO SSO Art. 15).

### **§ 3 Prüfungsprocedere**

#### **Qualitative Beurteilung der Unterlagen**

Nach Einreichen der Unterlagen beurteilt die Spezialisierungskommission SSRD innerhalb von zwei Monaten die eingereichten Falldokumentationen und Publikationen. Die Beurteilung muss in einem schriftlichen Gutachten festgehalten werden.

Die Kommission muss bestimmen, in welcher Reihenfolge mindestens drei der eingereichten acht Fälle im Kolloquium diskutiert werden sollen. Die Auswahl der Fälle wird dem Kandidaten mindestens 2 Wochen vor dem Kolloquium mitgeteilt. Die Mehrzahl der diskutierten Fälle muss aus dem schwerpunktmässig praktizierten Gebiet des Kandidaten stammen.

Werden die dokumentierten Fälle von der Spezialisierungskommission SSRD als ungenügend beurteilt, wird das Prüfungsverfahren eingestellt. In diesem Fall wird der schriftlich begründete Entscheid der Spezialisierungskommission SSRD durch deren Präsidenten innert 10 Tagen an den SSO-Sekretär weitergeleitet. Dieser erlässt eine einsprachefähige Verfügung gemäss WBO SSO, Art. 15. Gleichzeitig wird der Präsident SSRD zuhanden des Vorstandes SSRD informiert. Der Kandidat hat die

Möglichkeit, höchstens zwei Mal neue Unterlagen einzureichen.

### **Kolloquium**

Innerhalb von zwei Monaten nach der qualitativen Beurteilung der eingereichten Unterlagen muss das Kolloquium stattfinden, das aus zwei Teilen besteht:

- Präsentation und Diskussion der vorbestimmten Fälle (Präsentation maximal 15 Minuten)
- Fragen aus dem Gesamtgebiet.

Es dauert maximal 120 Minuten. Über das Kolloquium muss ein schriftliches Protokoll geführt werden. Auf Wunsch des Kandidaten kann das Kolloquium auf einen Tonträger aufgezeichnet werden.

Es gilt folgender Bewertungsschlüssel:

- Präsentation und Diskussion der vorbestimmten Fälle 50%
- Fragen aus dem Gesamtgebiet 50%

Besteht der Kandidat das Kolloquium nicht, hat er die Möglichkeit, dieses höchstens zwei Mal, jeweils innert Jahresfrist, zu wiederholen. Das Verfahren bei Nichtbestehen erfolgt gemäss Art. 15 WBO SSO.

Die eingereichten Unterlagen, die Prüfungsprotokolle und eventuell vorhandene Tonträgeraufnahmen werden nach der mündlichen Prüfung dem Sekretär SSRD zugeschickt. Die eingereichten Unterlagen werden dem Kandidaten nach Abschluss des

Verfahrens zurückgeschickt. Die Prüfungsprotokolle werden vom Sekretär SSRD archiviert, eventuelle Tonträger nach rechtskräftiger Erledigung des Verfahrens vernichtet.

### **Ernennung zum Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin**

Der Präsident der Spezialisierungskommission stellt innert 10 Tagen nach dem Kolloquium den schriftlich begründeten Entscheid der Spezialisierungskommission SSRD dem SSO-Sekretär zuhanden des SSO-Vorstandes zu. Gleichzeitig informiert er auch den Präsidenten SSRD zuhanden des SSRD Vorstandes.

Liegt ein positiver Entscheid vor, verleiht der SSO-Vorstand den Fachzahnarztstitel für Rekonstruktive Zahnmedizin an den Kandidaten und veranlasst die Eintragung ins Fachzahnarzt- Register.

Liegt ein negativer Antrag der Spezialisierungskommission SSRD vor, eröffnet der SSO-Sekretär dies dem Bewerber mit einer einsprachefähigen Verfügung. Der Kandidat kann solche Entscheide innert 30 Tagen bei der Einsprachekommission Weiterbildung der SSO (Reg. EKW) gemäss dem „Reglement über die Einsprachekommission Weiterbildung der SSO“ anfechten.

### **Sonderregelung**

Dem Vorsteher einer zahnmedizinisch rekonstruktiv ausgerichteten universitären Klinik mit einem im Ausland erworbenen Fachzahnarzttitel kann nach entsprechendem Gesuch und nach Prüfung des Antrages durch den Vorstand SSRD und SSO der Titel Fachzahnarzt SSO für Rekonstruktive Zahnmedizin verliehen werden.

### **Liste der Fachzahnärzte für Rekonstruktive Zahnmedizin**

Die erfolgte Ernennung zum Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin wird im Publikationsorgan der SSO veröffentlicht.

## **§ 4 Spezialisierungskommission**

Der SSRD Vorstand bestimmt die Zusammensetzung der Spezialisierungskommission (jeweils acht Mitglieder und ein Vorsitzender). Der Vorsitzende und die Mitglieder sind Fachzahnärzte für Rekonstruktive Zahnmedizin. Die Hochschulen müssen im Minimum durch 3 Sitze in der Kommission vertreten sein. Die Mitglieder der Spezialisierungskommission werden ebenso wie der Vorsitzende auf drei Jahre gewählt. Eine einmalige Wiederwahl möglich ist.

Beim Kolloquium müssen der Vorsitzende und mindestens vier Mitglieder der Spezialisierungskommission anwesend sein. Es ist ein Protokoll zu führen. Der Programmleiter sowie direkt an der Weiterbildung der Kandidaten beteiligte Personen dürfen bei der Prüfung eigener Kandidaten nicht anwesend sein.

## **§ 5 Fortbildung**

Von den 80 pro Jahr zu absolvierenden Fortbildungsstunden, sind 30 Stunden strukturiert nach Vorgaben der Fachgesellschaft, 20 Stunden aus anderen Gebieten und 30 Stunden Selbststudium zu absolvieren.

## **§ 6 Reglement für die Falldokumentation**

Das Reglement für die Falldokumentation ist verbindlich. Die Spezialisierungskommission hat aber Interpretationsspielraum. Die Auflistung erfolgt im **Anhang**. Die Fallberichte müssen Anamnese, Befunde, Diagnose, Planung und Therapie umfangreicher Fälle dokumentieren.

Die Dokumentation von Patienten, die mit enossalen Implantaten versorgt wurden, wird gewünscht. Kenntnisse im Rahmen der präimplantologischen Diagnostik sowie der Planung und Durchführung implantologisch-rekonstruktiver Rehabilitationen werden gefordert.

Bei mindestens zwei der acht Fälle soll die Dokumentation eine posttherapeutische Betreuung von mindestens 1 Jahr aufweisen.

Alle weiteren Angaben zur Falldokumentation (Wegleitung etc.) sind Hilfsmittel oder Orientierungshilfen ohne verbindlichen Charakter.

## **§ 7 Schlussbestimmungen**

### **Rechtsverbindlicher Text**

Der deutsche Text ist der ursprüngliche, der französische Text ist die Übersetzung. Sollten beide Texte nicht übereinstimmen, so ist der deutsche massgebend.

### **Änderungen**

Diese Richtlinien können durch den Vorstand der SSRD geändert werden. Die

Änderungen bedürfen der Genehmigung durch den SSO-Vorstand.

### **Inkrafttreten**

Diese Richtlinien treten nach der Genehmigung durch den SSO-Vorstand am 31.12.2009 in Kraft.

## **Anhang:**

### **Stoffkatalog**

#### **I. Festsitzende Prothetik** (zahn-, implantatgetragen)

1. Diagnostik
2. Behandlungsplanung (Behandlungsziel, Behandlungsablauf)
3. Vorbehandlung
4. Prognose
5. Vorteile, Nachteile von:
  - Vollkronen (Gerüstdesign; Vollguss, VMK, Vollkeramik)
  - Teilkronen (Pinledge, Onlay, Lamine veneers)
  - Brücken (Gerüst- und Ponticdesign; Vollguss, VMK, Vollkeramik)
  - Extensionsbrücken
  - Adhäsivbrücken
6. Praktische Aspekte wie:
  - Pfeilerpräparation (Design, Auswirkungen)
  - Abformverfahren (Abformlöffel, Abformmaterialien)
  - Bissnahme / Okklusion
  - Provisorische Versorgung (Verfahren und Materialien: Kurzzeit, Langzeit)
  - Farbwahl / Ästhetik
  - Arbeitsmodell/ und Laborverfahren
  - Konstruktionselemente von Implantatsystemen
  - Eingliederung und Nachsorge

#### **II. Abnehmbare Prothetik** (zahn-, implantat-, schleimhautgetragen)

1. Diagnostik
2. Behandlungsplanung (Behandlungsziel, Behandlungsablauf)
3. Vorbehandlung und provisorische Versorgung
4. Prognose

5. Vorteile, Nachteile von:

- Klammerprothetik
- Attachment verankerte Prothetik (extrakoronar, intrakoronar, Teleskop, Adhäsiv-Attachment)
- Hybridprothetik
- Totalprothetik

6. Praktische Aspekte wie:

- Modellvermessung
- Pfeilerpräparation
- Abformverfahren
- Bissnahme /Okklusion
- Farbwahl / Ästhetik
- Systematik und Richtlinien der Zahnaufstellung
- Prothetik- und implantatbezogene Konstruktionselemente
- Gerüstdesign
- Eingliederung und Nachsorge

### **III. Myoarthropathien des Kausystems**

1. Ätiologie und Pathogenese der Myoarthropathien

2. Schmerzphysiologie

3. Diagnostik

- Anamnestisches Gespräch
- Klinische Untersuchung des Kausystems unter Einbezug angrenzender Strukturen

4. Diagnose

- Differentialdiagnose verschiedener Myoarthropathieformen
- Differentialdiagnose von Kopf-, Gesichts- und Nackenschmerzen

5. Therapie

- Basistherapie
- Physikalische Therapie
- Medikamentöse Therapie
- Schienentherapie
- Definitive okklusale Therapie

6. Nachsorge

#### **IV. Alters- und Behindertenzahnmedizin**

1. Entwicklungsstörungen (Hart- und Weichgewebe)
2. Resektions- und Defektprothetik
3. Spezielle Problematik in der Behandlung behinderter und betagter Patienten, inkl. orale Manifestationen allgemeinmedizinischer Erkrankungen, Infektionskrankheiten usw.

#### **Fallauswahl**

##### **A) Festsitzende Prothetik**

1. Umfangreiche prothetische Versorgung komplexer Fälle mit Einzelkronen (Teil-, Vollkronen) und/oder mit Brücken
2. Anspruchsvolle Versorgung lokalisierter Prothetiksituationen

##### **B) Abnehmbare Prothetik**

1. Umfangreiche prothetische Versorgung komplexer Fälle mit:
  - Klammerprothese
  - Attachmentverankerter Teilprothese
  - Hybridprothese
  - Totalprothese
2. Anspruchsvolle Versorgung lokalisierter Prothetiksituationen

##### **C) Myoarthropathien des Kausystems**

Umfangreiche Behandlung komplexer MAP-Fälle

##### **D) Alters- und Behindertenzahnmedizin**

1. Zahnärztliche Betreuung und prothetische Versorgung komplexer multidisziplinärer Heim- und/oder Alterspatienten.
2. Zahnärztliche Betreuung und prothetische Versorgung komplexer Fälle mit

- allgemeinmedizinischen Erkrankungen (z.B. orale Manifestationen).
3. Umfangreiche prothetische Versorgung komplexer Fälle mit Status nach Trauma oder chirurgischer Tumorentfernung (Resektions- und Defektprothetik)

## **Falldokumentation**

### **Umfang**

Sämtliche vom Kandidaten selbst behandelten Fälle müssen mit Anamnese, Befunden (Anfang, Reevaluation, Schluss), *angemessen* bezüglich Planung und Therapieablauf dokumentiert sein. Grundsätzlich werden Originalkopien (auf Verlangen die Originale) zu folgenden Punkten vorgestellt:

#### **a) Allgemeinanamnese**

1. Risikofaktoren
2. Limitierende Faktoren

#### **b) Zahnmedizinische Anamnese**

1. Hauptprobleme
2. Wünsche
3. Bisherige zahnärztliche Erfahrungen

#### **c) Klinischer Befund**

1. Extraoral
2. Intraoral
  - dental, parodontal, gingival / mucosal
  - direkte Funktionsanalyse

#### **d) Bildgebende Dokumentationsverfahren mit Befund**

1. Röntgen
2. Intraoraler Fotostatus (mindestens 5er Status)  
Profil-, En Face-Aufnahmen nur mit schriftlicher Einwilligung des Patienten
3. Dental Imaging
4. Computertomographie

## 5. Kernspintomographie (MRI)

### **e) Modelldokumentation (Fotos genügen)**

- Anfangsmodell (Ober- und Unterkiefer)
- Modellanalyse (indirekte Okklusionsanalyse)
- Diagnostische Modelle
- Wax up
- Set-up
- Chirurgische Modelloperation
- Kombination(en)
- Arbeitsmodelle (Ober- und Unterkiefer)
- Schlussmodelle (Ober- und Unterkiefer)

### **f) Diagnose / Vermutungsdiagnose**

- Als Einzelzahn- bzw. Einzelproblemdiagnose
- Als Hauptproblem- bzw. Gesamtdiagnose

### **g) Prognose, basierend auf realistischer Einschätzung der Anfangssituation**

1. Einzelzahn- bzw. Einzelproblem
2. Gesamtfall

### **h) Ätiologie**

Es sind die Ursachen der Erkrankung zu erläutern und die den Therapieverlauf und die Prognose beeinflussenden Faktoren zu beurteilen.

### **i) Behandlungsplan, basierend auf**

1. Befund(en)
2. Diagnose(n)
3. Patientenwünschen
4. Behandlungsziel
5. Behandlungsablauf

### **j) Verlaufsdocumentation**

1. Mit detaillierter Beschreibung und zeitlichem Verlauf der effektiv durchgeführten Therapie
2. Eine Reevaluation findet in jedem Fall nach der Vorbehandlung bzw. vor der definitiven Abformung statt (c.f. klinischer Befund)

### **k) Behandlungsabschluss**

1. Mit klinischem Schlussbefund dokumentieren (gleiche Parameter wie beim klinischen Anfangsbefund)
2. Die wichtigsten klinischen und materialkundlichen Aspekte sollen in einer Zusammenfassung erwähnt und im Spezialfall diskutiert werden

Bei allfälligen Recall-Befunden müssen die gleichen Parameter wie beim klinischen Anfangsbefund verwendet werden.

### **l) Schlussbefund**

Für den Schlussbefund sind die gleichen Unterlagen wie für den Anfangsbefund zu erstellen.

### **m) Posttherapeutischer Befund**

#### **n) Epikrise**

Der Behandlungserfolg (oder Misserfolg) und die weitere Betreuung sind in einer Epikrise zu diskutieren. Der Kandidat ist in der Lage, Varianten zu seinem Behandlungsvorgehen zu erkennen und deren Prognose zu diskutieren.

Thun, 17. Juni 2009

Leitung der Steuergruppe für die Akkreditierung

Dr. med. dent. Peter Kiener

Fachzahnarzt SSO für Rekonstruktive Zahnmedizin