



SSRD

Richtlinien für die Weiterbildung in Rekonstruktiver Zahnmedizin

(Swiss Society for Reconstructive Dentistry)

**Akkreditiert durch das Eidgenössische Department des Innern: 31.Mai
2005**

**Letzte Änderung durch das Eidgenössische Department des Innern
zustimmend zur Kenntnis genommen: 31.Mai 2007**

§ 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, der Parodontologie, der Implantologie, sowie deren Grenzgebiete haben.

Er muss

- die fachspezifische Literatur kennen
- sein Fachwissen vermitteln können
- Vertiefung der Ehrfurcht und ethische Haltung, sowie Kenntnisse des

Gesundheitswesens, insbesondere bezüglich des ökonomischen Einsatzes der Mittel

- Verantwortung gegenüber Patient und Kollegenschaft wahrnehmen

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	30%
Lehre	5%

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 die rekonstruktive Zahnmedizin tangierenden Fachbereiche auskennt. Diese sind: Physiologie des stomatognathen Systems; Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik, Prävention und Therapie oraler Erkrankungen. Ein fundiertes Wissen in Parodontologie, Implantologie und Endodontie werden vorausgesetzt. Des weitern muss er inter-disziplinäre 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

Diese sollen 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. Fünf der acht Fälle müssen aus dem schwerpunktmässig praktizierten Gebiet des Kandidaten sein. Die drei restlichen Fälle müssen aus mindestens zwei andern Bereichen 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.

7. Nachweis über die einbezahlte Gebühr gemäss Gebührenordnung der SSO.

Die Bewerbung ist dem Sekretär SSRD bis zum 31.12. eines Jahres einzureichen. Der Sekretär SSRD prüft die Vollständigkeit der Bewerbungsunterlagen. Erfüllen diese die gestellten Anforderungen, leitet er diese mit einem Begleitschreiben an den Präsidenten der Spezialisierungskommission SSRD weiter und informiert den Vorstand SSRD.

Erweisen sich die Unterlagen als unvollständig, teilt dies der Sekretär SSRD der SSO mit. 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. Dieser Entscheid

darf dem Kandidaten nicht unterbreitet werden. 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,
- Fragen aus dem Gesamtgebiet.

Es dauert in der Regel nicht länger als 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 Fachzahnarzttitel 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.

Vorsteher einer zahnmedizinisch rekonstruktiv ausgerichteten universitären Klinik mit einem im Ausland erworbenen Fachzahnarzttitel können nach entsprechendem Gesuch und nach Prüfung ihres Antrags 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 sechs Mitglieder und ein Vorsitzender). Der Vorsitzende und die Mitglieder sind Fachzahnärzte für Rekonstruktive Zahnmedizin. Die Hochschulen müssen im Minimum durch 2 Sitze in der Kommission vertreten sein. Die Mitglieder der Spezialisierungs- –Kommission werden ebenso wie der Vorsitzende auf drei Jahre gewählt, wobei 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 Visitationskommission

Durch einen Ausschuss der Fachgesellschaft, der Visitationskommission, erfolgt eine periodische Reevaluation der Weiterbildungsstätte und des Weiterbildungsprogramms im Sinne der Qualitätssicherung. Die Visitationskommission setzt sich zusammen aus 2 Fachzahnärzten für Rekonstruktive Zahnmedizin von verschiedenen Universitäten, die neutral zu der zu prüfenden Weiterbildungsstätte stehen und einem Vertreter der SSO.

Programm und Weiterbildungsstätte werden anhand der Checkliste im **Anhang** überprüft. Diese Liste ist nicht abschliessend und kann periodisch angepasst werden. Der Antrag auf Anerkennung bzw. Aberkennung einer Weiterbildungsstätte ist der SSO mitzuteilen, welche diesen den Betroffenen eröffnet (Art.23 WBO). Die Weiterbildungsstätte verfügt über einen strukturierten Weiterbildungsplan mit Zielvorgaben pro Weiterbildungsjahr; der Kandidat ist darüber informiert. Die Weiterbildungsstätte definiert die Anzahl der Fachzahnartzkandidaten, die gleichzeitig betreut werden können.

§ 6 Fortbildung

Von den 80 pro Jahr zu absolvierenden Fortbildungsstunden, sind 50 Stunden strukturiert nach Vorgaben der Fachgesellschaft zu absolvieren.

§ 7 Richtlinien für die Falldokumentation

Die Richtlinien gelten als Orientierung und sind zeitlich und themenbezogen nicht abgeschlossen, hier sind die Anforderungen der Spezialisierungskommission massgebend. Die Auflistung erfolgt im **Anhang**. Die Fallberichte müssen Anamnese, Befunde, Diagnose, Planung und Therapie umfangreicher Fälle dokumentieren.

Die Dokumentation von Patienten, die mit endossalen 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.

§ 8 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

31.12.2005 in Kraft.

Anhang:

Stoffkatalog

I. Festsitzende Prothetik (parodontal-, 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 (parodontal-, 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 Kauystems

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
- Schientherapie
- 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. Umfassende prothetische Versorgung komplexer Fälle mit Einzelkronen (Teil-, Vollkronen) und/oder mit Brücken
2. Umfassende prothetische Versorgung komplexer Fälle mit spezifisch materialkundlichen Aspekten

B) Abnehmbare Prothetik

1. Umfassende prothetische Versorgung komplexer Fälle mit:
 - Klammerprothese
 - Attachmentverankerter Teilprothese
 - Hybridprothese
 - Totalprothese
2. Umfassende prothetische Versorgung komplexer Fälle mit spezifisch materialkundlichen Aspekten

C) Myoarthropathien des Kausystems

Umfassende 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. Umfassende prothetische Versorgung komplexer Fälle mit Status nach Trauma oder chirurgischer Tumorentfernung (Resektions- und Defektprothetik)

Falldokumentation

Umfang

Sämtliche vom Kandidaten selbst behandelten Fälle müssen *vollständig* 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

- 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, für

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) Verlaufsdokumentation

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. Der Behandlungserfolg (oder Misserfolg) und die weitere Betreuung sind in einer Epikrise zu diskutieren.

m) Posttherapeutischer Befund

Bei wenigstens zwei Fällen sollte die Dokumentation ein Jahr nach Abschluss der rekonstruktiven Versorgung dokumentiert werden.

Der Kandidat ist in der Lage Varianten zu seinem Behandlungsvorgehen zu erkennen und deren Prognose zu diskutieren.

Zürich, 16.05.2007

Der Präsident

Dr.Horst Kelkel

