

Orale Medizin

Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Zahnmedizin

Begriffsbestimmung

Die Bezeichnung „Oralmedizin“ beruht auf William Giess von der amerikanischen Columbia University, der sie im Jahr 1926 eingeführt hat. Im Jahr 1945 wurde die American Academy of Oral Medicine (AAOM) gegründet, eine Gesellschaft, die bis heute Bestand hat. Bislang fünf „World Workshops on Oral Medicine“ unterstrichen die Bedeutung der Oralmedizin, diese wurden in Chicago 1988 erstmalig und dann folgend in einem mehrjährigen Rhythmus abgehalten, zuletzt 2010 in London. Auf Basis der dort festgelegten Definition formuliert die „British Society for Oral Medicine“ (Homepage: www.bsom.org.uk) unter „what is Oral Medicine?“ die Disziplin der Oralmedizin präzise als „... Spezialgebiet der Zahnmedizin, das sich mit der Mundgesundheit von Patienten mit chronisch rezidivierenden Erkrankungen oraler und maxillofazialer Strukturen beschäftigt sowie mit deren Diagnose und nicht-chirurgischer Behandlung. Die Oralmedizin beschäftigt sich weiterhin mit der Erforschung der Pathogenese dieser Krankheiten, wobei die Ergebnisse daraus in die Klinik umgesetzt werden sollen. Zur Oralmedizin zählen die Bereiche Forschung, Diagnose, Therapie oraler Erkrankungen sowie orale und maxillofaziale Manifestationen systemischer Erkrankungen. Zu letzteren gehören Krankheiten des Gastrointestinaltrakts, der Haut, des rheumatischen und

hämatologischen Systems, Autoimmunerkrankungen, Immundefekte und Manifestationen neurologischer oder psychiatrischer Erkrankungen.“

Dieser Definition entsprechend, spielen Oralmediziner bei der Therapie und Diagnostik medizinisch komplizierter Patienten eine wichtige Rolle. Sie beschäftigen sich mit Frühsymptomen systemischer Erkrankungen, iatrogenen Veränderungen der Mundhöhle (zum Beispiel durch Medikamente) und mit der Behandlung primärer Mundschleimhauterkrankungen, sie erstellen Therapieschemata für Patienten vor, während und nach Radiotherapie, unter Zytostatikatherapie, vor Organ- und Knochenmarkbeziehungsweise Stammzelltransplantation, vor einer Bypass-Chirurgie und Chemotherapie bei Leukämie (sogenannte Fokusdiagnostik und -therapie). Dieses setzt profunde Kenntnisse in nichtklinischen Fächern wie Pathologie, Immunologie, Mikrobiologie und Labormedizin voraus und erfordert eine permanente Weiterbildung über neue Entwicklungen auf dem biomedizinischen Gebiet. Oralmediziner stehen im intensiven Austausch mit Medizinern anderer Disziplinen und stellen die wichtige Verbindung zwischen Medizin und Zahnmedizin her.

Oralmediziner sind weiterhin spezialisiert auf die Therapie viraler (HIV, HBV, HCV, HPV), mykotischer und bakterieller Erkrankungen der Mundschleimhaut, lokalisierter Autoimmunerkrankungen, des Erythema multiforme sowie anderer

vesikulobullöser Erkrankungen der Haut und Schleimhäute. Sie sind vertraut mit Wirkungen, unerwünschten Wirkungen und Interaktionen von Medikamenten sowie deren Einfluss auf orale Gewebe.

Historischer Rückblick und Status quo

Die European Association of Oral Medicine (EAOM, Homepage www.eaom.net) wurde erst 53 Jahre nach Gründung der AAOM im Jahre 1998 ins Leben gerufen. Sie zählt bislang 300 Mitglieder und wird repräsentiert durch Österreich, Kroatien, Dänemark, Großbritannien, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Ungarn, Island, Irland, Israel, Italien, Lettland, Niederlande, Norwegen, Portugal, Rumänien, Schottland, Schweiz, Serbien, Slowenien, Spanien und Schweden. Alle zwei Jahre wird eine Konferenz wechselweise in einer europäischen Stadt abgehalten (unter anderem bisher in Amsterdam, Lissabon, Berlin), die 10. in dieser Reihe fand im Jahre 2010 in London statt. Präsidenten der Gesellschaft waren bisher:

- 1998 bis 2000: Professor Isaac van der Waal (Niederlande),
- 2000 bis 2002: Professor Antonio Mano Azul (Portugal),
- 2002 bis 2004: Professor Crispian Scully (Großbritannien),
- 2004 bis 2006: Professor Antonio Carrassi (Italien),

- 2006 bis 2008: Professor Peter Reichart (Deutschland),
- 2008 bis 2010: Professor Stephen Challacombe (Großbritannien),
- 2010 bis 2012: Professor José V. Bagan (Spanien).

In Deutschland, Österreich und der Schweiz ist die Oralmedizin keine anerkannte Spezialisierung, das heißt, eine Postgraduiertenausbildung existiert nicht. So sind Oral- und Kieferchirurgen oft erste Ansprechpartner bei Fragen auf dem Gebiet der Oralmedizin. In der deutschen zahnmedizinischen Approbationsordnung wird Oralmedizin nicht als separate Disziplin gelehrt. In der Schweiz wurde vor Einführung der Bologna-Hochschulreform im zweiten Teil des Staatsexamens das Fach „Pathologie des Kauapparates“ geprüft. In der studentischen Ausbildung wird die Oralmedizin in Deutschland im Rahmen oralchirurgischer und kieferchirurgischer Kurse/Vorlesungen gestreift, in Berlin gibt es mittlerweile eine Vorlesungsreihe im siebten bis zehnten Semester mit dem Schwerpunkt Oralmedizin. In der Schweiz unterscheidet sich der Schwerpunkt je nach Universität. In Bern werden aber im vierten und fünften Jahreskurs eigenständige Vorlesungsreihen zum Thema „Stomatologie“ und „Klinische Pathologie des Kieferknochens“ gehalten.

Aufgaben der Oralmedizin und Schnittstellen zur Medizin

Das Arbeitsgebiet der Oralen Medizin ist das biologische Umfeld der Zahnmedizin. Hierunter fällt:

1. Diagnosestellung und nicht-chirurgische Behandlung,
2. Behandlung von Patienten mit chronisch rezidivierenden Erkrankungen,
3. Behandlung oraler Manifestationen systemischer Erkrankungen (Gastrointestinaltrakt, Haut, rheumatisches und hämatologisches System, Autoimmunerkrankungen, Immundefekte und Manifestationen neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen),
4. Behandlung von Patienten mit orofazialen Schmerzen,

5. Forschung über Pathogenese dieser Erkrankungen zur Umsetzung der Ergebnisse in die Klinik.

Zur Kompetenz eines Oralmediziners zählen folgende Aufgabengebiete (entsprechend den Zielen der [1]):

Pharmakologie. Oralmediziner müssen pharmakologische Grundprinzipien und spezifische pharmakotherapeutische Substanzklassen kennen (theoretische Kompetenz). Sie müssen in der Lage sein, dieses Wissen anzuwenden, um Arzneimittel zu verschreiben und deren Wirkung am Patienten zu überprüfen (klinische/praktische Kompetenz, Inhalte: allgemeine Pharmakologie, Pharmakokinetik, Therapeutika).

Radiologie. Oralmediziner müssen, zur Diagnose und Therapie von Krankheiten in der orofazialen Region, in der Lage sein, effizient, angemessen und wirtschaftlich mit radiologischen Einrichtungen umzugehen. Sie müssen die Indikationen, Kontraindikationen und möglichen unerwünschten Wirkungen bildgebender Verfahren kennen (Inhalte: physikalische Grundlagen, Strahlenbiologie, indikationsgerechter Einsatz der verschiedenen radiologischen diagnostischen Verfahren, dentale Volumetomographie, Magnetresonanztomographie, radiologische Diagnostik, Knochenpathologie und -anomalien, Basiswissen Ultraschall/Sonographie).

Orofazialer Schmerz und temporomandibuläre Dysfunktion (TMD). Oralmediziner müssen die anatomischen und physiologischen Ursachen von Schmerzen und Schmerzerkrankungen, die den orofazialen Bereich betreffen, beherrschen. Sie müssen in der Lage sein, die Diagnose und einen Therapieplan zur Behandlung des Schmerzes zu erstellen (Inhalte: Anatomie des Nervensystems und Kiefergelenks, Verletzungen und neuropathische Veränderungen, diagnostisches Vorgehen bei orofazialen Schmerzen, psychologische Gesichtspunkte der Schmerzbehandlung, evidenzbasierte Therapieansätze, Funktionsdiagnostik- und Behandlung).

Oralpathologie. Oralmediziner müssen die Histologie und Histopathologie, soweit sie häufige Erkrankungen und Veränderungen des orofazialen Bereichs betreffen, beherrschen. Die Kenntnisse müssen fundiert sein, sodass der klinische Aspekt sofort in den zu erwartenden histologischen Befund übertragen werden kann. Sie müssen mit der klinischen und histologischen Nomenklatur vertraut sein, um Veränderungen eindeutig beschreiben zu können (Inhalte: Anatomie der Mundhöhle und Zahnentwicklung, Mundschleimhauterkrankungen, potenziell maligne und maligne Erkrankungen, Speicheldrüsenerkrankungen, odontogene Zysten und Tumore, Erkrankungen odontogener Genese, nicht-neoplastische tumorähnliche Veränderungen, Infektionen der Mundschleimhaut, benigne und maligne nicht-epitheliale Neoplasien, intraossäre Läsionen, orale Manifestationen von Syndromen, orale Veränderungen durch Medikamente, orale pigmentierte Veränderungen, Veränderungen bei immunkompromittierten Individuen).

Risikopatienten. Oralmediziner müssen Aspekte der Inneren Medizin und Pathologie, das heißt die Ätiologie, Pathogenese, Diagnose und Therapie systemischer Erkrankungen kennen, die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung (ambulant und stationär) stehen – wie zum Beispiel von Erkrankungen des Herzens, der Niere, der Leber, der Lunge, des Gastrointestinaltrakts, angeborene und erworbene Koagulopathien, Malignome, endokrine Störungen, Immundefizienzen, Bindegewebserkrankungen und rheumatische Erkrankungen. Oralmediziner müssen Risiken bei der zahnärztlichen Behandlung der hiervon betroffenen Patienten kennen und eine entsprechende Risikoeinschätzung vornehmen können.

Labormedizin. Oralmediziner müssen über labormedizinisches Grundwissen verfügen, da es die Basis für die Risikobewertung zahnärztlicher und chirurgischer Eingriffe und für die Kommunikation mit anderen Ärzten ist. Kenntnisse über normale und durch systemische Erkrankungen veränderte Laborwerte, über das Vor-

gehen bei Anforderung spezifischer Labortests, die Erstellung einer Diagnose anhand von Laborwerten und die Fähigkeit zur Interpretation labormedizinischer Befunde müssen vorhanden sein.

Zusammengefasst ist es also die Aufgabe des oralmedizinisch ausgebildeten Zahnarztes, Frühsymptome zu erkennen, notwendige Untersuchungen zu veranlassen und den Kontakt zu den infrage kommenden medizinischen Fachrichtungen insbesondere zu Onkologen, Immunologen, Dermatologen und Schmerztherapeuten herzustellen. Grundpfeiler der Ausbildung sind Kenntnisse in nicht-klinischen Fächern wie Pathologie, bildgebenden Verfahren und Labormedizin [2]. Oralmediziner sind daher ein wichtiges Bindeglied zwischen Medizinerinnen und Zahnmedizinerinnen. Sie können dem Patienten, dem Zahnarzt, allen weiteren Behandlern und auch dem Gesundheitssystem unnötige Überweisungen und Kosten ersparen.

Die Oralmedizin im internationalen Vergleich

Die 1945 in den USA gegründete AAOM zählt 600 Mitglieder. Sie kann bereits auf ihre 65. Jahrestagung zurückblicken. Seit 1988 werden „World Workshops on Oral Medicine“ abgehalten, der 5. WWOM fand im Jahr 2010 in London statt.

Im europäischen Ausland wurden in den letzten Jahren nicht nur nationale Gesellschaften für Oralmedizin gegründet, sondern auch Postgraduiertenausbildungen im Anschluss an das Zahnmedizinstudium angeboten. Die Ausbildung zum Oralmediziner nach Abschluss des Zahnmedizinstudiums umfasst eine zwei- bis dreijährige Weiterbildung (zum Beispiel in Skandinavien, Italien, Spanien, England, aber auch in den USA). Im deutschsprachigen Raum – das heißt in Deutschland, der Schweiz und in Österreich – ist dieses Spezialgebiet bisher nicht bekannt.

Das geringe Interesse an der Oralmedizin in Deutschland, hat seinen Ursprung schon an den Universitäten. Eine Analyse des Wissenschaftsrats vom 28. Januar 2005 zeigte, dass in nur neun von 31 Universitätskliniken schwerpunktmäßig auf dem Gebiet der Oralmedizin/Oralpathologie geforscht und gelehrt wird. In der

Bundesgesundheitsbl 2011 · 54:1061–1065 DOI 10.1007/s00103-011-1329-7
© Springer-Verlag 2011

A.M. Schmidt-Westhausen · M.M. Bornstein

Orale Medizin. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Zahnmedizin

Zusammenfassung

Die Orale Medizin oder Oralmedizin ist ein Spezialgebiet der Zahnmedizin, das die traditionelle Unterscheidung zwischen Medizin und Zahnmedizin überbrückt. Dieses spiegelt sich in internationalen Definitionen der Oralmedizin wider, in der diese bezeichnet wird als „Spezialgebiet der Zahnmedizin, das sich mit der Mundgesundheit von Patienten mit chronisch rezidivierenden Erkrankungen oraler und maxillofazialer Strukturen beschäftigt sowie mit deren Diagnose und nicht-chirurgischer Behandlung“. Zur Oralmedizin zählen die Bereiche Forschung, Diagnose, Therapie oraler Erkrankungen sowie oromaxillofaziale Manifestationen systemischer Erkrankungen. Durch die wachsende Zahl multimorbider Patienten und alter Menschen sollte ein wachsendes Interesse daran bestehen, dieses

Spezialgebiet international einzuführen, um die Diagnostik und Therapie immer komplexer werdender oraler Erkrankungen sicherstellen zu können. Es ist die Intention der Autoren, darauf hinzuweisen, dass die Oralmedizin in den deutschsprachigen Ländern weder ein anerkanntes Spezialgebiet noch eine eigenständige Fachdisziplin darstellt. Im vorliegenden Beitrag soll der Bedarf einer Postgraduiertenausbildung in Ländern, in denen die Oralmedizin nicht durch einen Fachzahnarzt vertreten ist, herausgestellt und begründet werden.

Schlüsselwörter

Orale Medizin · Postgraduiertenausbildung · Curriculum · Zahnmedizin · Medizin

Oral medicine. A specialty placed between medicine and dentistry

Abstract

Oral medicine is a dental specialty that bridges the traditional areas of health between dentistry and medicine. International descriptions reflect this and oral medicine is defined as “the dental speciality placed at the interface between medicine and dentistry and is concerned with the diagnosis and management of (non-dental) pathology affecting the oral and maxillofacial region.” Oral medicine specialists provide clinical care to patients with a wide variety of orofacial conditions, including oral mucosal diseases, orofacial pain syndromes, salivary gland disorders, and oral manifestations of systemic diseases. There is a growing need to implement this specialty globally: due to the rapid progress in both

medicine and dentistry, and to the growing percentage of senior citizens in many countries, the adequate diagnosis and treatment of oral diseases will become even more complex in the future. In this article, the authors' intention is to point out that oral medicine is neither a recognized specialty nor a distinct field of study in Germany, Austria, or Switzerland; thus, the need for postgraduate training in this field in countries where oral medicine is not a specialization is emphasized.

Keywords

Oral medicine · Graduate education · Curriculum · Dentistry · Medicine

Ausbildung ist die Oralmedizin dementsprechend unterrepräsentiert. Zusammenfassend wird in den Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland gefordert:

1. die starke Betonung zahntechnischer Lehrinhalte zugunsten der Prophylaxe, allgemeinmedizinischer Aspekte und wissenschaftlicher Inhalte zu reduzieren,
2. die überfrachteten Lehrpläne und damit die rezeptive und repetitive Lernweise zugunsten einer problemorientierten Lernweise und Förderung des wissenschaftlichen Denkens zu verändern,
3. eine substantielle Neugewichtung der Ausbildungsinhalte vorzunehmen, damit die Zahnmedizin als Querschnittsfach für das Kauorgan vermittelt werden kann,
4. Bezüge zwischen Zahn- und Allgemeinmedizin zu berücksichtigen,
5. den Regelumfang der künftigen Approbationsordnung für Zahnärzte zu reduzieren, sodass die Entwicklung von Lehrplänen zum Bestandteil der Standortprofile der medizinischen Fakultäten werden kann.

Ein weiterer, nach wie vor aktueller Aspekt ist die Feststellung des Wissenschaftsrats, dass die Zahl der Fachgebiete, in denen derzeit in Deutschland eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt möglich ist, nicht ausreicht. Daher hält es der Wissenschaftsrat für erforderlich, neben den bereits bestehenden Fachzahnärzten für Kieferorthopädie und Oralchirurgie bundesweit einheitlich weitere Fachzahnarzt-titel zu etablieren. Entsprechende Weiterbildungsprogramme müssen von den Kliniken der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universitäten angeboten werden, da bei ihnen eine ausreichende klinische und wissenschaftliche Expertise vorhanden ist. Parallel dazu empfiehlt der Wissenschaftsrat den Medizinischen Fakultäten, kostenpflichtige Masterstudiengänge anzubieten, die es auch niedergelassenen Zahnärzten ermöglichen, eine klinische Spezialisierung zu erwerben. Zudem wird vom Wissenschaftsrat gefordert, für den wissenschaftlichen Nachwuchs in Deutschland vermehrt wissen-

schaftlich ausgerichtete Postgraduierten-Programme wie strukturierte Promotionsprogramme oder Ph.D.-Studiengänge anzubieten [3]. Solche Programme sind im europäischen Ausland zum Teil bereits etabliert.

Ein weiterer Grund für das geringe Interesse an der Oralmedizin in Deutschland ist das Abrechnungswesen. Die komplexe Betreuung gesundheitlich komplizierter oder polymorbider Patienten wird nicht entsprechend honoriert. Dies gilt auch für die Schweiz. Hier sind im zahnärztlichen Tarif oralmedizinische Therapieschritte wenig vertreten, was zu Problemen bei der Abrechnung führt. Zudem fallen oralmedizinische Verfahren in das Spannungsfeld zwischen privaten und kassenpflichtigen Leistungen. Dies verdeutlicht, dass die medizinische/zahnmedizinische Versorgung oft nicht auf Basis eines evidenzbasierten Vorgehens beruht, sondern vielmehr vom jeweiligen Gesundheitssystem beeinflusst wird.

Es wäre zu wünschen, dass die deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Oralmedizin mehr Aufmerksamkeit widmet, da sonst die Gefahr besteht, dass dieses Gebiet von der Dermatologie, der Inneren Medizin oder der HNO-Heilkunde vereinnahmt wird. Die Oralmedizin wird zukünftig auch aufgrund demografischer Veränderungen eine immer größere Rolle spielen. Das durchschnittliche Alter der Bevölkerung steigt, das heißt, medikamentöse Dauerbehandlungen und komplexe Systemerkrankungen müssen bei der Behandlung vermehrt berücksichtigt werden. Die Zahl multimorbider Patienten, die zahnmedizinisch betreut werden müssen, wird in den nächsten Jahren weiter steigen.

Einen Schritt in Richtung Oralmedizin vollzog die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) im August 2008: Seit diesem Zeitpunkt wird ein kostenloser Service für Zahnärzte angeboten, die Fragen zu Mundschleimhautveränderungen bei ihren Patienten haben. Per E-Mail (mundschleimhaut@dgzmk.de) werden dem Koordinator Anamnese- und Befundbogen des Patienten sowie Fotos der Veränderung übermittelt. Dieser leitet die Informationen an acht Experten weiter, die meist noch am selben Tag Arbeitsdia-

gnosen und Empfehlungen zum Vorgehen formulieren. Diese werden vom Koordinator zusammengefasst und dem Zahnarzt zugesendet. Pro Jahr werden circa 200 Anfragen – mit steigender Tendenz – beantwortet.

Postgraduiertenausbildung: Eine eigenständige Fachdisziplin

Wie vom deutschen Wissenschaftsrat gefordert, sollten neben den bereits bestehenden Fachzahnärzten für Kieferorthopädie und Oralchirurgie weitere Fachzahnarzt-titel bundesweit einheitlich etabliert werden. Es wäre wünschenswert, eine eigenständige Fachzahnarztweiterbildung „Oralmedizin“ beziehungsweise zumindest ein oralmedizinisch orientiertes Curriculum für Zahnärzte beziehungsweise Oral-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen anzubieten [3]. Zurzeit existieren weder national noch international gemeinsame einheitliche Richtlinien; die Auslegung der Inhalte ist folglich höchst unterschiedlich. Dies schlägt sich auch in einer kürzlich erschienenen Publikation mit dem Thema „Internationale Befragung zur Postgraduiertenausbildung in der Oralmedizin“ nieder. Universitäten und Institute aus Ländern, von denen angenommen wurde, dass sie eine Postgraduiertenausbildung anbieten, erhielten per E-Mail standardisierte Fragebögen, um das Spektrum der Ausbildung zu erfragen. Von 37 Ländern, deren Vertreter antworteten, gaben 22 an, ein spezielles Postgraduiertentraining in Oralmedizin anzubieten. Während zurzeit ein erheblicher Unterschied bei Weiterbildungsparametern wie Dauer der Weiterbildung, allgemeinzahnärztliche Tätigkeit vor Beginn der Spezialisierung, erforderlichen Voraussetzungen [Promotion oder Master of Science (MSc)] besteht, ist ein einheitliches Konzept bei den klinischen Inhalten des Lehrplans festzustellen. So wurde in jedem Weiterbildungsprogramm die Fähigkeit, Mundschleimhauterkrankungen zu diagnostizieren und zu behandeln, evaluiert. Diese Pilotstudie bietet erste Anhaltspunkte für ein internationales Weiterbildungsprogramm. Darauf basierend, könnten Empfehlungen für ein internationales Curriculum abgeleitet werden, um eine Weiterbildung in der Oralmedizin praktikabler und einfacher zu gestalten [4].

Ausblick

Die deutschsprachigen Vertreter der EAOM (Deutschland, Schweiz, Österreich) sollten sich gemeinsam auf ein oralmedizinisches Curriculum verständigen. Gegenwärtig ist es im deutschsprachigen Raum noch dem Zufall überlassen, ob das Fach Oralmedizin an einer Universität gelehrt wird – je nach Interessenlage des oder der Hochschullehrer(s). Ziel muss sein, das Fachgebiet Oralmedizin zu institutionalisieren. Dies würde nicht nur die wissenschaftliche Zusammenarbeit fördern, sondern auch die Behandlung des Patienten vereinheitlichen und vereinfachen. Ein erster Schritt in diese Richtung wurde bereits unternommen: Die EAOM arbeitet an der Etablierung einer Prüfung zur Erlangung eines europäischen Zertifikats auf dem Gebiet der Oralmedizin (P.A. Reichart, Mitglied der Kommission und ehemaliger Präsident der EAOM, pers. Mitteilung, 18.1.2011).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A.M. Schmidt-Westhausen

Oralmedizin, zahnärztliche Röntgenologie und Chirurgie, CharitéCentrum für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde, Charité Universitätsmedizin Berlin
Assmannshäuser Str. 4–6, 14197 Berlin
schmidt-westhausen@charite.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. American Academy of Oral Medicine (2010) Oral medicine competence-based knowledge objectives. Washington
2. Savage NW (2010) Oral medicine in Australia 2000–2010. A publications overview. Aust Dent J 55(Suppl 1):3–8
3. Wissenschaftsrat (2005) Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland. S 63
4. Rogers H, Sollecito TP, Felix DH et al (2011) An international survey in postgraduate training in oOral medicine. Oral Dis 17(Suppl 1):95–98

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission veröffentlicht

„Impfungen schützen. Sie gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen auf dem Gebiet der Medizin“. Daran erinnert Reinhard Burger, Präsident des Robert Koch-Instituts, anlässlich der Veröffentlichung der aktuellen Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) im Epidemiologischen Bulletin (Ausgabe 30/2011). Die Impfempfehlungen sind gegenüber dem Vorjahr inhaltlich unverändert. Hingegen wurde die Darstellung der Empfehlungen im Impfkalendar übersichtlicher gestaltet. Zusammen mit einer redaktionellen Überarbeitung des Empfehlungstexts ist dadurch die Nutzerfreundlichkeit verbessert worden. Zuletzt hatte die STIKO im Jahr 2010 die Influenza-Schutzimpfung für alle Schwangeren und eine generelle Masern-Schutzimpfung für junge Erwachsene empfohlen.

Grund für die Erweiterung der Masern-Impfempfehlung im Jahr 2010 waren die immer wieder auftretenden Masernausbrüche in Deutschland und Impflücken vor allem in der Gruppe der jüngeren Erwachsenen. Auch bei Jugendlichen gibt es deutliche Lücken im Masernschutz; bei ihnen greift aber die schon seit Jahren bestehende generelle Empfehlung der STIKO, alle im Kleinkindalter versäumten Impfungen vor dem 18. Geburtstag nachzuholen. Die Zahl der dem RKI übermittelten Masernfälle ist bereits jetzt deutlich höher als in den Vorjahren. Nach 571 Fällen im Jahr 2009 und 780 Fällen in 2010 wurden dem RKI im ersten Halbjahr 2011 bereits 1.318 Masernfälle übermittelt. Die meisten Fälle im laufenden Jahr wurden aus Baden-Württemberg (493), Bayern (322) und Berlin (122) übermittelt.

Die Empfehlungen der STIKO sind Grundlage der öffentlichen Impfempfehlungen der obersten Landesgesundheitsbehörden und der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Mitglieder der STIKO sind ehrenamtlich tätige Experten aus unterschiedlichen Disziplinen der Wissenschaft und Forschung, aus dem Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der niedergelassenen Ärzteschaft.

Die STIKO-Mitglieder werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden alle drei Jahre neu berufen, zuletzt Anfang 2011. Neuer Vorsitzender der STIKO ist seither Jan Leidel, ehemaliger Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Köln. Stellvertretender Vorsitzender ist Rüdiger von Kries, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die weiteren STIKO-Mitglieder sind Hilke Bertelsmann, Christian Bogdan, Edeltraut Garbe, Ulrich Heining, Hartmut Hengel, Eva Hummers-Pradier, Stefanie Klug, Thomas Ledig, Thomas Mertens, Hanna Oppermann, Marianne van der Sande, Frank Falkner von Sonnenburg, Martin Terhardt, Sabine Wicker und Fred Zepp (ausführliche Informationen zu den Mitgliedern sind im Internet abrufbar).

Die STIKO, unterstützt von ihrem Wissenschaftlichen Sekretariat am RKI, analysiert kontinuierlich neue Daten und Fakten zu impfpräventablen Erkrankungen, Impfquoten und Impfstoffen, und passt ihre Empfehlungen bei Bedarf an. Großen Wert legt die STIKO auch auf die weitere Standardisierung der Entscheidungsprozesse bei der Entwicklung ihrer Impfempfehlungen, um die Transparenz und den wissenschaftlichen Standard der Empfehlungen zu gewährleisten. Dabei arbeitet sie eng mit Impfkommissionen in anderen Ländern sowie mit internationalen Organisationen wie WHO und ECDC zusammen.

Weitere Informationen

www.rki.de/stiko