

„Zähne sind nicht alles – aber ohne Zähne ist alles nichts!“

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) stellt einen eigenen Verband neben dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dar. Aufgabe des Berufsverbandes ist die Vertretung der beruflichen und wissenschaftlichen Interessen seiner im Öffentlichen Gesundheitsdienst stehenden Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihrer Fortbildung. Bereits seit 1967 ist der BZÖG auch eine wissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung des Öffentlichen Gesundheitswesens. Ihr Ziel: Die Verbreitung des Gedankens der sozialen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist auf Bevölkerungsebene insbesondere unter gesundheitsfördernden und präventiven Gesichtspunkten zu unterstützen und weiter zu entwickeln.



Hervorgegangen ist der BZÖG am 26. Februar 1955 aus dem Verband der beamteten und angestellten Zahnärzte, der wiederum unter maßgeblicher Führung der Schulzahnärzte Tholuck und v. Donath am 15. Februar 1951 in Köln seine Gründungsversammlung hatte.

Bereits seit dem 01. Oktober 1971 erscheint das Organ des Bundesverbandes, der „Zahnärztliche Gesundheitsdienst“, in dem seit dieser Zeit die zahlreichen Facetten der Tätigkeiten, Stellungnahmen und Empfehlungen veröffentlicht werden. 1975 schließlich erfolgte die Durchsetzung der Fachgebietenanerkennung „Öffentliches Gesundheitswesen“ für Zahnärzte. Als maßgeblich beteiligte „Externe“ müssen hier Dr. A. C. Eberwein, damaliger Präsident der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und Professor J. Kostlan, Vertreter der WHO, genannt werden.

Entwicklung

Kariesprophylaxe als allgemeiner Bestandteil der Vorschul- und Schulhygiene ist heute in Deutschland eine Selbstverständlichkeit. Jedes Kind, das einen Kindergarten besucht, und das können die meisten in Deutschland lebenden Kinder, wird vom 3. Lebensjahr an in fast allen Bundesländern mit dem Besuch einer Zahnärztin/eines Zahnarztes im Kindergarten oder bei einem Zahnarzt in dessen Praxis vertraut gemacht. Bei diesen Kindern wird oftmals die erste Untersuchung des kindlichen Gebisses und der Mundhöhle vorgenommen und wenn erforderlich, den Eltern Mitteilung gemacht, einen Zahnarzt ihrer Wahl zur Behandlung aufzusuchen. Des Weiteren wird der Gebrauch einer Zahnbürste nähergebracht und den Kindern die Möglichkeit geboten, in Gemeinschaft das Zähneputzen zu üben. Während der Schulzeit werden die Kinder vom Schulzahnarzt untersucht und o. g. Verfahren verstetigt.

Diese sozialhygienische Betreuung der Kinder gehört heute zu den selbstverständlichen Aufgaben in den Städten und Kreisen.

Vor etwas mehr als hundert Jahren kannte man diese staatliche Vor- und Fürsorge noch nicht. Seit der Mitte des 18. Jahrhun-

„Zähne sind nicht alles –
aber ohne Zähne ist
alles nichts!“

derts wurden zwar die ersten medizinisch begründeten Forderungen zur Zahnhygiene bei Kindern erwähnt, Mitte des 19. Jahrhunderts stellten Ärzte und Zahnärzte diese Forderungen zusammen und trugen sie den Behörden vor, eine Konsequenz wurde daraus jedoch nicht gezogen.

So sei in diesem Zusammenhang an den Satz Rudolf Virchows erinnert, der 1848 in seiner Wochenschrift „Medizinische Reform“ den Satz veröffentlichte „Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiction“.

Ende des 19. Jahrhunderts wurden erneut Forderungen laut, die eine systematische Erfassung und Untersuchung der Kinder beinhalteten. Oft war Unverständnis die erste Reaktion.

Der Wunsch, den Kindern Vorsorge und Hilfe zukommen zu lassen, nahm aber zusehends Konturen an und war nicht mehr aufzuhalten. Wenn zwar immer wieder Stillstand oder auch Rückschritte in der Entwicklung der sozialen Zahnheilkunde zu verzeichnen waren, wurden doch zunehmend durch die soziale Gesetzgebung und den Eingang sozialen Denkens in die Vorstellungswelt der Entscheidungsträger um die vorletzte Jahrhundertwende schließlich die Voraussetzungen geschaffen, durch die namhafte Schulzahnärzte, unter ihnen auch Dr. Hans-Joachim Tholuck – Ehrenmitglied des BZÖG – in Frankfurt/Main ein System der Schulzahnpflege schaffen konnten, das in seinen Grundzügen der nach dem II. Weltkrieg – insbesondere auch wieder von Tholuck – wieder aufgebauten und noch heute in Deutschland in vielen Städten und Kreisen praktizierten Form gleicht. Das Herausragendste der vergangenen 50 Jahre ist im Bereich der Zahnmedizin und besonders der Mundgesundheit die Wandlung des Normalitätsbegriffes: Vor 25 Jahren wurden diejenigen für Illusionisten gehalten, die in nicht allzu ferner Zeit naturgesunde Zähne bei Kindern als normal und die Regel bezeichneten und nicht die Ausnahme.

Heute ist für Zwölfjährige das naturgesunde permanente Gebiss nahezu normal. Zwölfjährige haben im bundesdeutschen Durchschnitt weniger als einen kariösen, gefüllten oder wg. Karies extrahierten Zahn, wie Ergebnisse der Studie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ-Studie) gezeigt haben. Dass dieser spektakuläre Kariesrückgang möglich wurde, ist dem Einsatz der für die Zahngesundheit engagierten Pädagogen, Krankenkassen, Ministerien, Kinderärzten, Hebammen, Ernährungsberaterinnen, den niedergelassenen Kollegen und nicht zuletzt den Zahnärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu verdanken. Im Übrigen ein Erfolg, der durch die konzertierte Aktion aller Vorgenannten bislang in keinem Präventionsbereich unseres Gesundheitswesens so deutlich zutage tritt wie in der Kariesprophylaxe.

Nach dem Scheitern des vom Bund initiierten „Jugendzahnpflegegesetzes“ im Jahre 1964 war ein Meilenstein für die zahnmedizinische Prävention 1989 die normative Regelung durch die Paragraphen 21 und 22 Sozialgesetzbuch V. Im § 21 SGB V wurde erstmalig verbindlich festgelegt, dass die Krankenkassen und Zahnärzte und die für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen – also der Öffentliche Gesundheitsdienst – gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern haben. In Schulen und Einrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, sollen diese Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden.

Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V

Die heute im Rahmen der Gruppenprophylaxe bestehenden Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 16 Jahren zählen mit zu den am längsten bestehenden Aktivitäten dieser Art. Sie erfüllen viele der heute allgemein an Präventionsmaßnahmen gestellten Anforderungen; die Maßnahmen sind dauerhaft anzulegen, sollen nicht nur informieren und aufklären, sondern interaktiv sein und folgende Kriterien berücksichtigen:

- Motivieren statt Belehren
- Reflektieren statt Bekehren
- Mitmachen statt Zuschauen
- Erleben statt Konsumieren

Maßnahmen gelten als wirkungsvoll, wenn sie auf mehreren Ebenen wie Schule (Gruppenprophylaxe) und Familie (Individualprophylaxe) sowie der Gemeinde (strukturelle Voraussetzungen) ansetzen. Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen ist nahezu die einzige relativ flächendeckend realisierte Gesundheitsförderungsmaßnahme in Deutschland. Sie erreicht Kinder und Jugendliche aus allen Bevölkerungsschichten. Also auch die, die aus vielerlei Gründen benachteiligt sind (sozioökonomisch und/oder psychosozial) und damit einhergehend ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsbezogener Dienste aufweisen. Erfolgreiche Gesundheitsförderung basiert auf einer abgestimmten Strategie von Aufklärung, Beratung, Kompetenzentwicklung und strukturellen Maßnahmen. Die konkreten Maßnahmen müssen vor Ort greifen und den Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld begegnen (Setting). Dieser Setting-Ansatz stellt eine der Kernstrategien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der Gesundheitsförderung dar.

„Zähne sind nicht alles –
aber ohne Zähne ist
alles nichts!“



Gesund leben, zahngesund leben muss als selbstverständliche Handlungsmaxime in den Alltag integriert werden. Dies leisten im Rahmen der Gruppenprophylaxe bereits viele engagierte Akteure an vielen Orten in Deutschland.

Ländersache

Gemäß der föderalen Struktur in der Bundesrepublik Deutschland wird der gesetzliche Auftrag in den Ländern durchaus unterschiedlich umgesetzt. Die Ansätze der Gruppenprophylaxe werden von insgesamt 17 Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) gesteuert (Nordrhein-Westfalen hat traditionell zwei dieser Landesarbeitsgemeinschaften). Der BZÖG ist in fast jeder dieser LAGen mit Sitz und Stimme vertreten.

Mit Hilfe der über 390 regionalen Arbeitsgemeinschaften konnte im Rahmen der Gruppenprophylaxe im Jahre 2008 in den Kindergärten ein Betreuungsgrad von zuletzt 78%, in den Grundschulen von 73% erreicht werden. Über 14.000 Fachleute kümmerten sich im Jahr 2008 bundesweit mit den der Gruppenprophylaxe zur Verfügung stehenden Mitteln mindestens einmal um insgesamt 5 Mio. Kinder. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für die Gruppenprophylaxe beliefen sich für das Jahr 2007 auf insgesamt 40 Mill. Euro. Hinzu kommen weitere finanzielle Mittel seitens der Zahnärzteschaft und den Kommunen. Trotz dieser beeindruckenden Zahlen gibt es bei der Gruppenprophylaxe noch immer keine vollständige Flächendeckung.

Maßnahmenkatalog

Der auf die Gruppe bezogene Ansatz umfasst die Untersuchung, Zahnschmelzhärtung (Fluoridierung), Ernährungsberatung, Dokumentation und schließlich die Gesundheitserziehung. Für jeden Kindergarten, jede Grund-, Haupt- und Sonderschule sowie Behinderteneinrichtung werden die Themen Mundhygiene, Ernährung oder der Zahnarztbesuch durchaus unterschiedlich bearbeitet. Die Zubereitung eines gesunden Frühstücks und die sich daran anschließende gemeinsame Frühstücksrunde sind neben Zahnputzübungen oft zentraler Bestandteil.

Durch die Gesundheitserziehung kann die Zahn- und Mundhygiene dauerhaft verfestigt, gleichsam als Norm etabliert werden. Über Gesundheitserziehung kann zudem ein Gesundheitsbewusstsein entwickelt werden. Kinder können das Pflegen ihrer Zähne durch üben, bestärken und nachahmen lernen und dies alles innerhalb von sozialen Beziehungen in einer vertrauten Umgebung. Zahnpflege ist zunächst kein unmittelbares menschliches Bedürfnis, sondern wird als solches in einer Kombination von sozialem, kognitiven und sensomotorischem Lernen sowie kulturell vermittelten Werten erworben. Mit der Ausbildung von Zahnpflege als Gewohnheit

„Zähne sind nicht alles –
aber ohne Zähne ist
alles nichts!“

wird diese zu einem automatisierten Ablauf. Hierzu trägt die Gesundheitserziehung erheblich bei.

Zwar ist bekannt, dass schulische Zahngesundheitserziehung keinen messbaren Einfluss auf die Effektivität des Zähneputzens anhand des Indikators Zahnbeläge hat, die Entwicklung persönlicher Fertigkeiten bei der Zahnpflege birgt jedoch ein hohes präventives Potential.

Zahnärztliche Untersuchungen in der Gruppe vermögen nachweislich den Besuch einer Zahnarztpraxis zu fördern und bilden so eine wichtige Brücke zur Individualprophylaxe und Behandlung in der zahnärztlichen Praxis.

Die Erhebung der Indikatoren der Mundgesundheit (Dokumentation) dient darüber hinaus einer sinnvollen und handlungsgenerierenden Gesundheitsberichterstattung.

Erfolgsgeschichte

Die Prophylaxe lebt von der Pluralität. Die unterschiedlichen Konzepte, Umsetzungen und Ideen haben in den letzten Jahren unter maßgeblicher Beteiligung des ÖGD – respektive des BZÖG – zum Erfolg geführt. 20 Jahre nach Einführung der vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen zeichnet sich ein deutlicher und stabiler Kariesrückgang in der bleibenden Dentition ab. Mit dem Rückgang der Kariesprävalenz wird die Konzentration der Karies auf eine relativ kleine Zielgruppe innerhalb einer Jahrgangskohorte sichtbar. Doch auch für diese risikobehaftete Gruppe hat sich die Karieslast reduziert.

Der Gesetzgeber sieht für die Gruppe der Schüler, deren durchschnittliches Kariesrisiko überproportional hoch ist, vor, die oben aufgeführten Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchzuführen. Überdies gilt es hier, spezifische Programme zu etablieren (beispielsweise die zweimal jährliche Applikation von hochkonzentriertem Fluorid).

Mit dieser zugehenden Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe kann es gelingen, besonders kariesgefährdete Kinder und Jugendliche dauerhaft zu erreichen. Die aufsuchende Betreuung für eine Risikopopulation in Einrichtungen vereinigt folgende Vorteile:

- es gibt kein Problem mit der individuellen Identifikation
- es erfolgt keine Diskriminierung durch die individuelle Identifikation
- hoher Erreichungsgrad
- geringe Kosten

Insbesondere durch die Fluoridierungen kann die Gruppenprophylaxe ein sehr gutes Wirksamkeitspotential entfalten. Speziell für die unter hoher Karieslast leidenden Kinder und Jugendlichen kommt es überdies darauf an, dass sich Gruppen- und Individualprophylaxe intensiv ergänzen und verzahnen.

Das herausragende Kennzeichen der lokalen Arbeitsgemeinschaften stellt die Multiplikatorenwirkung auf Erzieherinnen und Lehrerinnen, die Vernetzung mit anderen Akteuren und die Kompetenzentwicklung bei den Kindern und Jugendlichen dar.

Zukünftige Herausforderungen an die Gruppenprophylaxe werden eine weitere Erhöhung der Betreuungsgrade in den einzelnen Einrichtungen sowie eine Steigerung der bislang noch nicht ausgeschöpften präventiven Potentiale im Rahmen der Fluoridierung sein.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat in allen Bundesländern Zugang zu Kindertagesstätten und Schulen. Er nimmt eine zentrale Stellung beim Schutz und bei der Förderung der Gesundheit ein, beobachtet und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung. Die flächendeckenden zahnärztlichen Untersuchungen sowie die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen sollten daher vom Öffentlichen Gesundheitsdienst getragen werden.

Die Erhebung von Mundbefund und Zahnstatus im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchungen dient als Vorsorgemaßnahme und der Mitteilung von Behandlungsbedarf an Sorgeberechtigte zum frühzeitigen Therapiebeginn. Der Brief an die Eltern enthält in der Regel zudem Informationen über Prophylaxebedarf und/oder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Die Untersuchungsergebnisse dienen der Datenerhebung als Basis für die Gesundheitsberichterstattung (epidemiologische Betrachtungen, Tendaussagen usw.) sowie der Entwicklung und Überprüfung von Prophylaxestrategien (Bedarfsanalysen für zielgruppenorientiertes Vorgehen und effektiven Ressourceneinsatz).

Die zahnärztliche Untersuchung hilft beim Angstabbau und schafft eine Grundlage für eine nachgehende sozialkompensatorische Fürsorge.

Mundgesundheit ist Teil der Kindergesundheit. Gesunde Zähne sind nicht nur entscheidend für Kaufunktion, Lebensqualität und Ästhetik sondern auch für die Sprach- und Kommunikationskompetenz. Erkrankungen im orofazialen Bereich sind ein enormer Kostenfaktor im Gesundheitswesen.

„Zähne sind nicht alles –
aber ohne Zähne ist
alles nichts!“

Als nach wie vor in der Bevölkerung weit verbreitete Erkrankung hinterlassen Karies und ihre Folgen ohne Behandlung irreparable Schäden. Der Zahnstatus sowie der Sanierungsgrad der Zähne können ein sensibler Indikator für einen besonderen Bedarf der Kinder an Unterstützung sein. Der progrediente Zerfall dieses Körperorgans ohne Veranlassung einer adäquaten Therapie ist eine Gefährdung des Kindeswohls.

Im Kleinkindalter ist Karies die häufigste chronische Erkrankung, die frühkindliche Karies ist nach wie vor weit verbreitet und der Sanierungsgrad zu gering. Um hier positive Entwicklungen zu befördern, sind werdende Eltern sowie Organisationen und Institutionen, die Beratungsangebote für Eltern und Familien anbieten, einzubinden.

Die Zusammenführung von Bildung, Erziehung und Betreuung als Aufgabe der Kindertageseinrichtungen mit Angeboten der Beratung und Hilfe für Familien muss erreicht werden. Hierfür sollten Familienzentren mit Familienberatungsstellen, Familienbildungsstätten und anderen Einrichtungen kooperieren. Frühe Beratung, Information und Hilfestellung soll für Eltern leicht zugänglich gemacht werden. Perspektivisch auch zahnärztliche Beratungen in Familienzentren und Bürgerhäusern aufzunehmen kann zum frühzeitigen Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten beitragen. Stellungnahmen des BZÖG verdeutlichen diese Position, der Verband unterstützt Kooperationen auf dieser Ebene ausdrücklich.

Nicht nur Kinder und Jugendliche

Der BZÖG sieht in seinem aktuellen Grundsatzpapier die Aufgaben eines öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienstes zudem in der Betreuung der erwachsenen Bevölkerung. Diese ist durch komplizierte Zuschussregelung für Zahnersatz bei zunehmender Liberalisierung auf dem Gesundheitsmarkt verunsichert und benötigt in vielen Fällen Hilfestellung im Dickicht von Kostenvorschlägen, möglichen Therapien oder Versorgungsalternativen. In einer wachsenden Zahl von Städten und Kreisen wird deshalb durch die Zahnärztlichen Dienste eine unabhängige zahnmedizinische Patientenberatung angeboten, die „öffentlichen“ Zahnärztinnen und -ärzte stehen den Bürgerinnen und Bürgern bei Fragen zu Implantaten, Prothetik oder Kieferorthopädie hilfreich zur Seite.

Auch Behörden beanspruchen die Dienste der Gesundheitsamtszahnärzte

Die Zahnärztlichen Dienste erstellen als Teil der Unteren Gesundheitsbehörde Gutachten, gutachterliche Stellungnahmen sowie amtliche Bescheinigungen und Zeugnisse. Das amts Zahnärztliche Gutachten ist eine sachverständige Beratung auf der



„Zähne sind nicht alles –
aber ohne Zähne ist
alles nichts!“

Grundlage der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen für den öffentlichen Dienst und die Verwaltung. Letztere sind bei komplexen zahnmedizinischen Zusammenhängen beispielsweise für beihilferechtliche Regelungen auf fundiertes und differenziertes zahnmedizinisches Wissen angewiesen. Als notwendige und geforderte Hilfe beantworten die Zahnärztinnen und Zahnärzte unter (zahn-) medizinischen Gesichtspunkten in für medizinische Laien verständlicher Darstellung spezifische Fragestellungen der Auftraggeber und leisten entscheidende Unterstützung bei der Entscheidungsfindung.

In den gutachterlichen Stellungnahmen für die Sozialämter werden in erster Linie Fragen nach Notwendigkeit, Art und Umfang von prothetischen, parodontologischen oder kieferorthopädischen Maßnahmen beantwortet und gemäß der verschiedenen Behandlungsrichtlinien bei gebotener Wirtschaftlichkeit beurteilt. Es handelt sich in der Mehrzahl der Fälle um Personen, bei denen das Asylbewerberleistungsgesetz zur Anwendung kommt. Gutachterliche Stellungnahmen der besonderen Art werden gefordert, wenn durch das Gebiss eine Identifizierung von Toten erfolgen muss und selbst auf diesem Gebiet sind öffentliche Zahnärzte tätig.

Eine umfassende fachliche Qualifizierung und durch Weiterbildung stets aktualisier-tes Wissen sind Voraussetzung sowohl für jede fundierte gutachterliche Tätigkeit als auch eine gute und rechtlich nicht zu beanstandende Patientenberatung.

Der BZÖG begrüßt deshalb durch Kooperation mit dem BVÖGD die Möglichkeit der gemeinsamen wissenschaftlichen Kongresse und arbeitet ebenfalls eng mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf zusammen.

Ausblick auf die kommende Zeit

Ein Verband allein erzeugt noch kein Verbandsleben. Hierzu bedarf es des Beitrages der dazugehörigen Mitglieder und der sollte weiterhin nicht ausbleiben. Auf jeden Fall wird es der Verband mit erwarteten und eben auch überraschenden Veränderungen zu tun haben. Es wird schwerer werden mit den Kernbotschaften die Kinder und Jugendlichen zu erreichen.

Bei der derzeitigen Finanzentwicklung wird ein weiterer Personalabbau kaum ausbleiben. Das wird Auswirkungen haben. Wir sind Gutes gewohnt, ja im Vergleich mit Ärmern vielleicht sogar verwöhnt. Wir werden uns als Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und als Verband neuen Anforderungen und Herausforderungen stellen (müssen). Das Soziale unserer Aufgabe besteht nicht nur darin so weiterzumachen wie bisher. Ein der Sache dienliches Reformieren ist allemal sozialer.

Das Bild des Zahnarztes im Öffentlichen Gesundheitsdienst wird sich weiter mehr oder weniger rasant und deutlich wandeln. Unsere Professionalität muss und wird sich weiter steigern, die Dimension „Multiplikatoren“ wird stärker werden, was gewiss nur ein Gewinn sein kann. Der Verband sollte dahingehend gestaltet werden und davon ausgehen, dass er ein viel stärkeres und auch durch kritische Zeiten tragendes Gebilde und Geschehen ist, als dass er allein von Personal- und Finanzausstattung abhinge. Voraussetzung ist aber, dass jeder seine Mitverantwortlichkeit für das Ganze begreift und annimmt. Das wird sich zeigen.

Außerdem ist eine Überprüfung der Zugangsvoraussetzungen für den Zahnarzt im Öffentlichen Gesundheitswesen notwendig. Nicht zuletzt stellte der erste deutsche Amtszahnarzt (1. April 1928) Dr. Hans-Joachim Tholuck hohe Anforderungen an sich und kommende Generationen von Amtszahnärzten.

Weitere Aufgaben für die Zukunft sind die Sicherung des hohen Niveaus in der Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen und damit einhergehend eine verbesserte und kontinuierliche Verbreitung guter praktischer Modelle.

Und nicht zuletzt, sondern eigentlich zu Anfang, wo ist das Lehrfach und die Forschungsdisziplin „Soziale Zahnheilkunde“? Es darf nicht sein, dass sich die Zahnmedizin wissenschaftlich wie praktisch den Erkenntnissen der Sozialmedizin verschließt bzw. nichts Substantielles beiträgt. Dass sie sich aus der wissenschaftlichen Aufarbeitung des Bedingungsgefüges von Armut und Gesundheit abkoppelt und aus ihrer Sicht keine neuen Erkenntnisse zum sog. Kontinuum von Gesundheit zu Krankheit hervorbringt.

Vielmehr steckt in über fünfzig Jahren Verbandsarbeit auch eine gewaltige (Aufbau-) Leistung, auf die der BZÖG stolz sein kann. Die große Schwester BVÖGD kann bereits auf stolze 60 Jahre zurückblicken.

Jubiläen sollten Anlass sein, sich ihrer bewusst zu werden und daraus Mut für die Zukunft zu schöpfen.