



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Direction de la santé et des affaires sociales DSAS**  
**Direktion für Gesundheit und Soziales GSD**

Rte des cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 04, F +41 26 305 29 09  
[www.fr.ch/dsas](http://www.fr.ch/dsas)

Bericht zum Vorentwurf des Gesetzes über die Schulzahnmedizin

—

**Vorstellung der öffentlichen Politik der Schulzahnmedizin**

<b>1.</b>	<b>EINFÜHRUNG</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>DIE ÖFFENTLICHE POLITIK DER SCHULZAHNMEDIZIN VON 1937 BIS HEUTE</b>	<b>5</b>
2.1.	INHALT	5
2.2.	BILANZ	6
<b>3.</b>	<b>NOTWENDIGKEIT EINER GESETZESREVISION</b>	<b>8</b>
3.1.	ORGANISATION	8
3.2.	KOSTENAUFTEILUNG	9
3.2.1.	<i>Gemeindereglemente über die Subventionierung der Kosten schulzahnärztlicher Behandlungen</i>	9
3.2.2.	<i>Aufgabenteilung zwischen Staat und Gemeinden</i>	9
3.2.3.	<i>Taxpunktwert für die Leistungen des Schulzahnpflegedienstes</i>	10
3.2.4.	<i>Kosten in Verbindung mit den verschiedenen Aufträgen des Schulzahnpflegedienstes</i>	11
3.2.5.	<i>Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen oder Zahnärzten</i>	11
3.3.	HERAUSFORDERUNGEN DES FÜR DIE SCHULZAHNMEDIZIN ZUSTÄNDIGEN DIENSTES	12
3.3.1.	<i>Mangelnde Auslastung der ortsfesten Kliniken</i>	12
3.3.2.	<i>Betriebsschwierigkeiten der mobilen Kliniken</i>	12
3.3.3.	<i>Hygiene- und Sterilisationsnormen</i>	13
3.3.4.	<i>Technische Entwicklung</i>	13
3.3.5.	<i>Mangel an qualifiziertem Personal</i>	13
3.4.	ZUSAMMENFASSUNG	14
<b>4.</b>	<b>REVISIONSABLAUF</b>	<b>15</b>
4.1.	VON DER STEUERUNGSGRUPPE BERÜCKSICHTIGTE OPTIONEN	15
4.2.	PRÜFUNG DER OPTIONEN DURCH DIE ARBEITSGRUPPE	17
<b>5.</b>	<b>DAS NEUE GESETZ IN SEINEN HAUPTZÜGEN</b>	<b>18</b>
5.1.	DIE GEWÄHLTEN GRUNDLEGENDEN OPTIONEN	18
5.1.1.	<i>Beibehaltung einer Politik der Schulzahnmedizin</i>	18
5.1.2.	<i>Übernahme der Kosten der Schulzahnmedizin</i>	18
5.2.	PROPHYLAXE	19
5.2.1.	<i>Organisation</i>	19
a.	Heutige Situation	19
b.	Vorgesehene Situation	19
5.2.2.	<i>Übernahme der Kosten</i>	19
a.	Heutige Situation	19
b.	Vorgesehene Situation	20
5.3.	PÄDODONTIE	20
5.3.1.	<i>Organisation</i>	20
a.	Heutige Situation	20
b.	Vorgesehene Situation	21

(1)	Obligatorische Kontrolle .....	21
(2)	Obligatorische Behandlung.....	22
(3)	Ausdehnung der Kontroll- und Behandlungspflicht nach dem schulpflichtigen Alter .....	22
(4)	Ausdehnung der Kontrollen und Behandlungen auf die Kinder im Vorschulalter .....	23
(5)	Freie Zahnarztwahl.....	23
(6)	Vereinbarung zwischen Gemeinden und privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten.....	24
(7)	Rolle des Staates und der Gemeinden .....	24
(8)	Leistungen des Staates.....	27
(9)	Synthese .....	29
5.3.2.	<i>Kostenübernahme</i> .....	30
a.	Heutige Situation.....	30
b.	Vorgesehene Situation.....	30
(1)	Allgemein.....	30
(2)	Mobilitätsbedingte Mehrkosten .....	31
(3)	Beitragsleistung.....	32
5.4.	KIEFERORTHOPÄDIE .....	32
5.4.1.	<i>Organisation</i> .....	32
a.	Heutige Situation.....	32
b.	Vorgesehene Situation.....	32
5.4.2.	<i>Kostenübernahme</i> .....	32
a.	Heutige Situation.....	32
b.	Vorgesehene Situation.....	33
5.5.	AUFSICHT UND MONITORING .....	33
5.5.1.	<i>Aufsicht</i> .....	33
a.	Qualitätskontrolle.....	33
b.	Nachverfolgung der Kontrollen und Behandlungen .....	33
c.	Einsprachen gegen die von den Schulzahnärztinnen und -ärzten erteilten Behandlungen.....	34
d.	Kosten und nötiges Personal für die Aufsichtsaufgaben .....	34
5.5.2.	<i>Monitoring</i> .....	34
<b>6.</b>	<b>AUSWIRKUNGEN DES NEUEN GESETZES .....</b>	<b>35</b>
6.1.	FINANZIELLE UND PERSONELLE AUSWIRKUNGEN .....	35
6.2.	AUSWIRKUNGEN AUF DIE AUFGABENTEILUNG STAAT-GEMEINDEN.....	35
6.3.	AUSWIRKUNGEN FÜR DIE VERSCHIEDENEN PARTNER DER SCHULZAHNMEDIZIN .....	36
6.4.	VERFASSUNGSMÄSSIGKEIT, VEREINBARKEIT MIT BUNDESRECHT UND EUROPÄISCHEM RECHT .....	37
6.5.	REFERENDUMSKLAUSEL.....	38
6.6.	BEURTEILUNG DER NACHHALTIGKEIT DES PROJEKTS.....	38
<b>7.</b>	<b>ERLÄUTERUNG DER BESTIMMUNGEN .....</b>	<b>39</b>

## 1. Einführung

Heute, 23 Jahre nach dem Erlass des Gesetzes über die Schulzahnpflege und -prophylaxe ist es an der Zeit, sich mit der bis heute im Kanton Freiburg angewandten Politik der Schulzahnpflege zu befassen. Wie wurde diese Politik nicht nur durch die Gesetze von 1971 und 1990, sondern auch durch die von 1937-1971 gängige Praxis, die auf keiner formellen gesetzlichen Grundlage beruhte, bestimmt? Welche Bilanz lässt sich aus ihrer Anwendung ziehen? Welches sind die Gründe, die dazu geführt haben, dass die Diskussion über einen allfälligen Kurswechsel in Gang kam?

Mehrere Faktoren sprechen für eine Neudefinition der schulzahnmedizinischen Betreuung: Änderungen der Sitten und Gebräuche seit dem Erlass des Gesetzes von 1990, das – erfreuliche – Resultat der Prophylaxe- und Sensibilisierungskampagnen, die technologische Entwicklung, die in den letzten Jahren aufgetretenen neuen Risiken (zuckerhaltige und säurereiche Getränke, Piercings), aber auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, denen sich der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst gegenüber sieht. Die zentrale Frage lautet demnach: Soll der Staat weiterhin jedes Kind zu einer jährlichen Gebisskontrolle zwingen und allenfalls zur zahnärztlichen Behandlung, wenn Karies festgestellt worden ist? Müsste die Zielgruppe – heute die Kinder und Heranwachsenden im schulpflichtigen Alter – auch die 0- bis 4-jährigen Kinder sowie die Jugendlichen von 16-20 Jahren umfassen?

Sodann muss die Umsetzung der öffentlichen Politik im Bereich Schulzahnmedizin neu definiert werden. Insbesondere gilt es, die jeweilige Rolle der Gemeinden und des Staates kritisch zu überprüfen oder zumindest genauer abzustecken. Unter jedem der behandelten Themen geht es dabei auch um die Frage der Finanzierung.

Die Bemühungen der öffentlichen Hand während mehr als sieben Jahrzehnten um eine qualitativ hochwertige Schulzahnmedizin dürfen nicht nachlassen.

Auf diese Herausforderungen will dieser Bericht eingehen.

## 2. Die öffentliche Politik der Schulzahnmedizin von 1937 bis heute

Seit ihren Anfängen hat die öffentliche Politik der Schulzahnmedizin tief greifende Veränderungen erfahren. Der Inhalt und die Bilanz dieser Politik sind Gegenstand eingehender Erwägungen in einer an der Universität Bern durchgeführten wissenschaftlichen Arbeit<sup>1</sup>.

### 2.1. Inhalt

Die Schulzahnmedizin im Kanton Freiburg besteht seit mehr als 70 Jahren. Diese lange Tradition entsprang 1937 einer Erklärung von Staatsrat Joseph Piller, der sich an die Verantwortlichen der Gemeinden und der Bezirkshauptorte wandte, um ihnen «ein Projekt für die Organisation der zahnmedizinischen Versorgung der Kinder in den Schulen<sup>2</sup> zu unterbreiten.» Heute ist Karies nach wie vor eine übertragbare Infektionskrankheit. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist sie weltweit die Krankheit Nummer eins bei den Kindern. Sie tritt fünfmal häufiger als Schnupfen und siebenmal häufiger als Asthma auf.

In der öffentlichen Politik der Schulzahnmedizin lassen sich drei Zyklen unterscheiden.

Der erste Zyklus von 1937-1971 ist durch eine vorherrschende Tätigkeit der Freiburger Zahnärzte-Gesellschaft sowie der Gemeinde- und Schulbehörden der wichtigsten Gemeinden des Kantons gekennzeichnet. Schulzahnkliniken werden eingeführt, trotzdem verbessert sich die Situation bei weitem nicht<sup>3</sup>. Sie verschlechtert sich sogar, vor allem dort, wo die Kliniken mangels verfügbarer Mittel nicht zum Einsatz kommen (d.h. in rund 50 Gemeinden des Kantons). Häufig kommt es sogar vor, dass Eltern die für ihre Kinder unentbehrliche Behandlung ablehnen. Die seinerzeit erfolgte Auswertung zeigt, dass es für eine vermehrte Wirksamkeit unbedingt nötig ist, auch «die entlegensten Regionen und die am wenigsten bemittelten Familien zu erreichen<sup>4</sup>.»

Der zweite Zyklus beruht auf dem Gesetz vom 16. November 1971 über den schulzahnärztlichen Dienst (SZPD)<sup>5</sup>. Mit dem Management des neu errichteten SZPD wird die als gemeinnützig anerkannte Freiburgische Vereinigung für Schulzahnpflege betraut. Die Gemeinden müssen die nötigen Vorkehrungen für den Betrieb einer mobilen und einer ortsfesten Klinik treffen. Der Staat finanziert die Anschaffung mobiler Kliniken und übernimmt die Ausrüstung und den Materialunterhalt für sämtliche Kliniken. Er richtet der Vereinigung Beträge aus, die die Kosten der vorbeugenden Massnahmen und der Zahnkontrollen decken. Er erteilt ihr ausserdem einen Beitrag für die Kinder von Eltern in bescheidenen Verhältnissen. Konkret führt der SZPD die Erziehung zur Mund- und Zahnhygiene, jährliche Zahnkontrollen, therapeutische Behandlungen und ab 1988 kieferorthopädische Behandlungen ein. Die Gemeinden setzen selber ihre Beiträge an die Behandlungskosten fest. Ihre finanzielle Beteiligung wird unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen und Modalitäten ausgerichtet, und bestimmte Gemeinden bezahlen gar nichts. Die Kosten der von der Vereinigung erteilten Pflegeleistungen und Behandlungen gehen zu Lasten der Eltern, werden aber von den Gemeinden in Rechnung gestellt, die die Zahlung gewährleisten. Die durch das Gesetz von 1971 eingeführte öffentliche Politik ermöglicht einen Rückgang der Karies- und Parodontitisfälle in der

---

<sup>1</sup> Claude Bertelletto Küng, La médecine dentaire scolaire du canton de Fribourg, 2013 (Diplomarbeit im Rahmen des Zertifikats in Management und Politik öffentlicher Institutionen (CeMaP) der Universitäten Bern, St. Gallen und Lausanne). Die Arbeit und ihre Anhänge sind auf Verlangen beim Schulzahnpflegedienst erhältlich.

<sup>2</sup> Amtliches Tagblatt der Sitzungen des Grossen Rates des Kantons Freiburg (TGR), 1971, S. 1341.

<sup>3</sup> 1,2% der Kinder hatten ein gesundes Gebiss. Die Anzahl kariöser Zähne pro Kind belief sich auf 8 (TGR 1971, S. 1342).

<sup>4</sup> TGR 1971, S. 1343.

<sup>5</sup> ABI 1971, S. 230-231 (im Folgenden: das Gesetz von 1971).

Freiburger Bevölkerung. Dies beweist ihren Nutzen. Um Schwachstellen hinsichtlich der Organisation und der finanziellen Situation zu beheben, erlässt der freiburgische Grosse Rat im Jahr 1990 ein neues Gesetz<sup>6</sup>.

Das Gesetz von 1990 läutet den dritten Zyklus der öffentlichen Schulzahnpflege-Politik ein. Die Partner bleiben dieselben. Die Rolle des Staates wird allerdings mit der Übernahme des SZPD erheblich verstärkt<sup>7</sup>. Die Lastenverteilung zwischen Staat, Gemeinden und Eltern bleibt gleich wie nach dem Gesetz von 1971, jedoch bringen die Artikel 9 und 10 des Gesetzes von 1990 mehr Genauigkeit. Das System ist nun das folgende:

- Der Staat übernimmt die Kosten der vorbeugenden Massnahmen und der jährlichen Kontrollen sowie die Personal-, Material- und Betriebskosten des SZPD;
- Der Staat zahlt die Kosten der Ausrüstung der ortsfesten Zahnkliniken, die von den Gemeinden errichtet werden, welche beschliessen, ihren eigenen Schulzahnpflegedienst zu organisieren. Die Bau-, Unterhalts-, Renovations- und Betriebskosten dieser Kliniken gehen jedoch zu Lasten der Gemeinden;
- Die Gemeinden sind die Schuldnerinnen der Rechnungen des SZPD für die Behandlungen, die er den Kindern erteilt. Sie sind berechtigt, die Summe dieser Rechnungen an die Eltern zu überwälzen, wobei sie deren wirtschaftlicher Situation Rechnung tragen;
- Wenn die Gemeinden über ihren eigenen Schulzahnpflegedienst verfügen oder vertraglich an eine Privatzahnärztin oder einen Privatzahnarzt gebunden sind, setzt das Gemeindereglement oder die Vereinbarung den Vergütungsmodus fest<sup>8</sup>.

1994 beantragt der Staatsrat dem Grossen Rat im Rahmen des fünften Programms für die Sanierung der Staatsfinanzen, das Gesetz von 1990 dahingehend zu ändern, dass die Gemeinden künftig die Kosten der Ausrüstung ihrer eigenen Kliniken sowie zusätzlich zu den Behandlungskosten diejenigen der Zahnkontrollen zu tragen haben, mit der Möglichkeit, sie den Eltern zu verrechnen.

Derzeit verwaltet und beaufsichtigt der SZPD die meisten Tätigkeiten in Verbindung mit der Schulzahnmedizin. 2012 haben nur 34 von den 165 Gemeinden des Kantons ein System der Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen und -ärzten, die die Kontrollen und Behandlungen der Kinder sicherstellen. 13 Gemeinden übernehmen es selber, die Prophylaxe zu organisieren<sup>9</sup>. Keine einzige Gemeinde verfügt über einen eigenen Schulzahnpflegedienst<sup>10</sup>.

## 2.2. Bilanz

Aufgrund der verschiedenen Studien lässt sich sagen, dass die Aufgaben der öffentlichen Politik im Bereich Schulzahnmedizin, insbesondere diejenigen der Prophylaxe und der Pädodontie, erfüllt worden sind. Die eingesetzten Mittel wie etwa die Erziehung zu einer guten Mund- und Zahnhygiene, die obligatorischen jährlichen Zahnkontrollen und die Reinigungen können als wirksam für einen Rückgang der Karies betrachtet werden.

---

<sup>6</sup> Gesetz vom 27. September 1990 über die Schulzahnpflege und -prophylaxe (SGF 413.5.1; im Folgenden: das Gesetz von 1990).

<sup>7</sup> Heute administrativ der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) angegliedert.

<sup>8</sup> TGR 1990, S. 1925-1926.

<sup>9</sup> S. Anmerkung 2, Anhang 2

<sup>10</sup> Der schulzahnärztliche Dienst der Stadt Freiburg wurde anfangs der Jahre 2000 vom SZPD übernommen.

Mangels ausdifferenzierter Datenbanken ist es schwierig, die Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit bei den Kindern zahlenmässig zu beurteilen. Nach Aussage der Fachleute aber konnte mit den eingesetzten Mitteln das Ziel des Gesetzes von 1990 zumindest auf medizinischer Ebene erreicht werden.

### 3. Notwendigkeit einer Gesetzesrevision

#### 3.1. Organisation

Die Organisation der Schulzahnmedizin kann mit der folgenden Tabelle dargestellt werden:

	Prophylaxe		Pädodontie		Kiefer-orthopädie	Aufgaben der administrativen Aufsicht
<b>Organisation</b>	Staat		Gemeinden		Staat	Staat
<b>Durchführung</b>	Gemeinden (für 13 Gemeinden)	Staat (für 152 Gemeinden)	Privatzahn-ärzt/innen (für 34 Gemeinden)	SZPD (für 131 Gemeinden)	Staat	Staat
<b>Ort</b>	In der Klasse	In der Klasse	In Privatpraxis	Ortsfeste und/oder mobile Klinik	Ortsfeste Klinik	Verwaltung SZPD
<b>Häufigkeit</b>	1-3mal jährlich	1mal jährlich	Kontrollen: 1mal jährlich Behandl.: nach Bedarf		Nach Bedarf	Nach Informationen der Zahnärzt/innen
<b>Zielgruppe</b>	KG, PS, OS	KG, PS, SoS	KG, PS, SoS, OS		(KG), PS, SoS, OS	KG, PS, SoS, OS
<b>Nettokosten (Rechnung des Staates 2012)*</b>	0 Fr.	-278 300 Fr.	0 Fr.	-575 100 Fr.	+280 000 Fr.	-127 600 Fr.

\* Defizit = - / Gewinn = +      KG = Kindergarten, PS = Primarschulen, SoS = Sonderschulen, OS = Orientierungsstufe

Für die Ausübung der Pädodontie verfügt der SZPD über acht ortsfeste Kliniken im ganzen Kanton<sup>11</sup> sowie vier mobile Kliniken («caravanes dentaires»). Zwei werden nur für die Kontrollen verwendet und zwei auch für Zahnbehandlungen in den Bezirken Broye, Saane und Vivisbach. In verschiedenen anderen Schulkreisen und je nach Entfernung von der nächstgelegenen ortsfesten Klinik nimmt der SZPD Kontrollen in einer mobilen und Zahnbehandlungen in einer ortsfesten Klinik vor.<sup>12</sup>

Nach Artikel 3 des Gesetzes von 1990 müssen die Gemeinden die jährlichen Kontrollen und die Zahnbehandlungen organisieren. Um dieser Verpflichtung nachzukommen, delegieren sie die Ausführung an den SZPD oder an private Zahnärztinnen oder Zahnärzte.

Von sämtlichen Jugendlichen aus den Gemeinden, die dem SZPD angeschlossen sind und deshalb die Kontrollen und Behandlungen des SZPD beanspruchen können, suchen 60% eine private Zahnärztin oder einen privaten Zahnarzt auf. Mangels einschlägiger Daten ist es leider nicht möglich, in Erfahrung zu bringen, ob dieser Prozentsatz derselbe bleibt, wenn die Gemeinde eine Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen oder Zahnärzten getroffen hat.

<sup>11</sup> Klinik Pérolles und Klinik des Buissonnets, Freiburg; Klinik OS und Klinik Vudalla, Bulle; Klinik Marly, Klinik Villars-sur-Glâne, Klinik Romont, Klinik Düdingen.

<sup>12</sup> S. Anmerkung 2, Anhang 3

Zusammengefasst bestehen drei Typen schulzahnmedizinischer Betreuung im Kanton:

- die von privaten Zahnärzt/inn/en nach freier Wahl der Eltern sichergestellte Schulzahnmedizin;
- die von Zahnärzt/inn/en, mit denen die Gemeinde eine Vereinbarung abgeschlossen hat, sichergestellte Schulzahnmedizin;
- die vom SZPD sichergestellte Schulzahnmedizin;

An und für sich ist das Nebeneinander dieser drei Systeme unproblematisch. In praktischer Hinsicht muss aber auf bestimmte kritische Situationen hingewiesen werden:

- Die Gemeinde verfügt über keine von den kommunalen und kantonalen Instanzen beschlossene und genehmigte Vereinbarung;
- Die per Vereinbarung gebundenen Zahnärztinnen oder Zahnärzte können oder wollen ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen. In diesem Fall muss sich die Gemeinde an den SZPD wenden, der in der Folge rasch mit einer mehr oder weniger spürbaren Zunahme seiner Klientel konfrontiert ist. Dies kann sich für ihn auf Personal- und Infrastrukturebene erheblich auswirken;
- Die Gemeinde möchte auf das schulzahnmedizinische Mandat an den SZPD künftig verzichten und schliesst stattdessen eine Vereinbarung mit einer Privatzahnärztin oder einem Privatzahnarzt ab, die oder der sich häufig neu in der Gemeinde niedergelassen hat. Auch dies wirkt sich für den SZPD auf Personal- und Infrastrukturebene aus, diesmal in umgekehrtem Sinne.

### **3.2. Kostenaufteilung**

In bestimmten Punkten erfolgt diese Aufteilung nicht oder nicht mehr in Übereinstimmung mit dem Gesetz von 1990. In der Pädodontie ist sie sogar für den Staat fast unannehmbar geworden, trägt er heute doch das gesamte Defizit in Verbindung mit der Ausübung dieser Aufgabe. Dieses Defizit erklärt sich aus der Kombination mehrerer Faktoren, die in den folgenden Kapiteln eingehender untersucht werden.

#### **3.2.1. Gemeindereglemente über die Subventionierung der Kosten schulzahnärztlicher Behandlungen**

Nach Artikel 10 Abs. 2 des Gesetzes von 1990 legen die Gemeinden in einem Reglement die Bedingungen fest, unter denen die Eltern eine finanzielle Hilfe an die Kosten der jährlichen Kontrollen und der nachfolgenden Behandlungen erhalten können. Anhand einer kritischen Lektüre dieser Reglemente lässt sich eine sehr grosse Disparität in der Art der Beitragsleistung feststellen. Zudem haben die bisher erfolgten Überprüfungen ergeben, dass mehrere Gemeinden kein solches Reglement haben und bei einigen infolge eines Fusionsprozesses Rechtsunsicherheit besteht. Die Situation ist somit unbefriedigend, da im Jahr 2012 ein Viertel der 165 Gemeinden der gesetzlichen Vorschrift nicht oder nur unzureichend entspricht.

#### **3.2.2. Aufgabenteilung zwischen Staat und Gemeinden**

Die Aufgabenteilung zwischen Staat und Gemeinden ist besonders komplex, wenn die Gemeinde den SZPD mit der Organisation der Prophylaxe, der Pädodontie und der Kieferorthopädie betraut hat (131 Gemeinden im Jahr 2012). In diesen Fällen ist die Aufgabenteilung die folgende:

Staat	Gemeinden
1. Betrieb des SZPD, einschl. Anstellung des Personals für Prophylaxe, Pädodontie und Kieferorthopädie	1. Organisation der Kontrollen und Behandlungen (durch die Schulen in Zusammenarbeit mit dem SZPD, der die Termine festsetzt)
2. Inkasso der privaten Rechnungen (Unfallversicherung, IV, ausnahmsweise Kinder ausserhalb des schulpflichtigen Alters)	2. Übermittlung der Rechnungen an die Eltern, Inkasso der Kosten für Kontrollen und Behandlungen (Pädodontie und Kieferorthopädie), Verwaltung der Zahlungsausstände
3. Bereitstellung der Räume für Kieferorthopädie und Pädodontie (in mobilen Kliniken)	3. Bereitstellung der Räume für Pädodontie (in ortsfesten Kliniken)
4. Nachverfolgung der Kontrollen und Behandlungen	4. Erteilung des finanziellen Beitrags gemäss Gemeindereglement

Diese Verteilung ist problematisch, denn sie entspricht dem Sinne des Gesetzes von 1990 nicht. In der Tat müssten die unter Ziffer 3 genannten Aufgaben vollumfänglich von den Gemeinden finanziert werden. Nun übernimmt aber der Staat die Kosten der Räume, die von den kieferorthopädischen Kliniken belegt werden (Klinik Pérolles in Freiburg und Klinik in der OS des Greyerzbezirks in Bulle). Was die ortsfesten Pädodontie-Kliniken angeht, so übernimmt die Stadt Freiburg seit 2013 die Kosten für die Räume, die für einen Teil ihrer Schulen vorgesehen sind (Klinik Pérolles). Das Gleiche gilt seit 2013 für den Gemeindeverband des Greyerzbezirks für die OS. Die Klinik des Buissonnets geht nach wie vor zu Lasten der Stiftung Les Buissonnets. Bei den vier mobilen Kliniken beteiligt sich keine einzige Gemeinde an den Kosten. Dabei bedienen diese Kliniken sämtliche Bezirke für Kontrollen und insbesondere die Bezirke Broye, Saane und Vivisbach für Kontrollen und Behandlungen. Die Gemeinden Bulle, Marly, Villars-sur-Glâne und Düdingen sowie der Gemeindeverband für die OS des Glanebezirks stellen seit Jahren die nötigen Räume für den Betrieb der ortsfesten Pädodontie-Kliniken zur Verfügung.

Darüber hinaus ist die Rechtslage nicht oder nicht mehr klar. Der Artikel 9 Abs. 1 des Gesetzes von 1990 bezieht sich, wie aus der Botschaft hervorgeht, nur auf die ortsfesten Zahnkliniken von Gemeinden, die beschliessen, ihren eigenen Schulzahnpflegedienst zu organisieren. Was aber ist mit den Kliniken, die wie schon heute vollumfänglich vom Staat betrieben werden? In Anbetracht der schwachen gesetzlichen Grundlage kann man die Gemeinden nicht verpflichten, ortsfeste Kliniken zu schaffen, die dann vom Staat betrieben werden.

### 3.2.3. Taxpunktwert für die Leistungen des Schulzahnpflegedienstes

Zum Problem der Aufgaben- und Kostenverteilung kommt das Problem des Taxpunktwertes für die Leistungen des SZPD. Der soziale Taxpunktwert, derzeit 3.10 Franken, Ergebnis einer Vereinbarung vom April 1994 zwischen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO), den UVG-Leistungserbringern, der Militärversicherung und dem Konkordat der schweizerischen Krankenversicherungen, weicht in der Tat vom Taxpunktwert ab, der von den privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten angewandt wird. Für die vom SZPD betreuten Fälle ist die Anzahl der Taxpunkte fix und der Punktwert relativ niedrig. Am 1. Januar 2010 wurde er vom Staatsrat auf dem Verordnungsweg auf 3.10 Fr. festgesetzt. Ab 1. Januar 2013 wurde er für die

Pädodontie auf 3.30 Fr. erhöht, und per 1. Januar 2014 wird er auf 3.50 Fr. angehoben<sup>13</sup>. In Anbetracht des Typs von Leistungen, die der SZPD anbietet, und des Taxpunktwertes wird verständlich, dass dieser Dienst mit einem chronischen Defizit konfrontiert ist. Die Anhebung des Taxpunktwertes auf 3.30 Fr. für die Pädodontie (rund 160 000 Fr. Mehreinnahmen) im Jahr 2013 ermöglicht eine Stabilisierung der Situation.

### 3.2.4. Kosten in Verbindung mit den verschiedenen Aufträgen des Schulzahnpflegedienstes

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung des Aufwands und das Defizit bzw. den Ertrag in Verbindung mit den verschiedenen Aufgaben des SZPD. Während bestimmte Aufgaben (z. B. Prophylaxe, Aufsicht) Kosten bewirken und den Eltern nicht verrechnet werden, bringen Pädodontie und Kieferorthopädie Erträge. Dennoch ist die Pädodontie aus den genannten Gründen defizitär. Mit den der Verrechnung an die Eltern entsprechenden Leistungen der Gemeinden an den SZPD können die Kosten der Pädodontie, namentlich die auf die Mobilität zurückzuführenden Mehrkosten, nicht gedeckt werden. Der Aufwand des SZPD (vom Staat zur Verfügung gestellte Mittel: Outputs) steigt Jahr für Jahr. Für den Ertrag gilt dies hingegen nicht. Dadurch erhöht sich das jährliche Defizit des SZPD. In der Staatsrechnung 2012 beläuft sich das Gesamtdefizit des SZPD auf 701 000 Franken. Im Voranschlag 2013 hat er die Schwelle von einer Million Franken überschritten. Im Voranschlag 2014 beträgt das Defizit dank der Anhebung des Pädodontie-Taxpunktwertes auf 3.50 Fr. und einer ersten Restrukturierung auf Personalebene rund 600 000 Franken.

<b>SZPD</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Prophylaxe	- 278 500	- 278 300
Pädodontie	- 895 000	- 575 100
Kieferorthopädie	+ 450 000	+ 280 000
Verwaltung	- 135 500	- 127 600
<b>Vom Staat getragenes Gesamtdefizit</b>	<b>- 859 000</b>	<b>- 701 000</b>

Eine solche Situation wirft Fragen auf, denn sie bedeutet eine indirekte Subventionierung, für die keine gesetzliche Grundlage besteht. Diese Feststellung zwingt dazu, über neue Finanzierungsmodelle nachzudenken, insbesondere für die Pädodontie.

### 3.2.5. Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen oder Zahnärzten

Die Situation der 34 Gemeinden, die 2012 die Ausführung ihrer schulzahnmedizinischen Aufgaben per Vereinbarung einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt übertragen hatten, weist die folgenden Besonderheiten auf:

- Die Ausübung der Schulzahnmedizin in dieser Form bewirkt für die Gemeinde nur wenig Kosten, abgesehen vom allfälligen Transport der Schülerinnen und Schüler zu den Kontrollen in der Zahnarztpraxis. Einige Gemeinden überlassen es sogar den Eltern, für den Transport ihrer Kinder zu sorgen. Sie beschränken sich darauf, die Möglichkeit der Konsultation einer Schulzahnärztin oder eines Schulzahnarztes zu organisieren, und kontrollieren die Ausführung der Kontroll- und Behandlungspflicht;
- Die Anwendung des Taxpunktwertes des SZPD kann bei privaten Zahnärztinnen und -ärzten auf Schwierigkeiten stossen. Einige Gemeinden haben daher in ihrer Vereinbarung eine Anhebung des Tarifs auf 3.50 Fr. eingewilligt. Dank dieser Anhebung war es in bestimmten Regionen möglich,

<sup>13</sup> Die Berechnungen im Anhang 1 berücksichtigen einen Pädodontie-Taxpunktwert von 3.70 Fr. und einen Kieferorthopädie-Taxpunktwert von 3.10 Fr.

- weiterhin private Zahnärztinnen und -ärzte für die Ausübung der Schulzahnmedizin zu gewinnen. Sie könnte sogar wieder Interesse an der Pädodontie wecken;
- Um bestimmte Schwierigkeiten des SZPD, namentlich im Zusammenhang mit der Einholung von Attesten und der Nachverfolgung der Kontrollen und Behandlungen, kommen aber auch diese Gemeinden nicht herum.

### 3.3. Herausforderungen des für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienstes

#### 3.3.1. Mangelnde Auslastung der ortsfesten Kliniken

Die ortsfesten Kliniken für Pädodontie sind viel zu wenig ausgelastet. Abgesehen davon, dass sie fast alle im Schuljahresrhythmus funktionieren (somit rund 180 Tage im Jahr), ist die Mehrzahl der ortsfesten Kliniken nur teilweise belegt<sup>14</sup>. Mit dieser Unterbelegung kann der Fixkostenanteil nicht gedeckt werden.

Name der Klinik	Belegungsgrad in % während der Schulzeiten, somit rund 180 Tage/Jahr (für die Klinik Pérolles : 223 Tage)
Klinik Villars-sur-Glâne	40
Klinik Marly	40
Klinik Bulle OS	40
Klinik Düdingen	40
Klinik Pérolles	80
Mobile Klinik Broye	80
Klinik Romont	100
Klinik Bulle Vudalla	100
Mobile Klinik Saane/Vivisbach	100
Klinik des Buissonnets	100

#### 3.3.2. Betriebsschwierigkeiten der mobilen Kliniken

Der SZPD besitzt vier mobile Kliniken aus den Achtzigerjahren: Zwei davon sind für Zahnkontrollen und Behandlungen ausgerüstet. Die beiden anderen sind sehr veraltet und dienen seit Schuljahresbeginn 2011/2012 ausschliesslich für Kontrollen, wohingegen die Behandlungen in einer ortsfesten Klinik erteilt werden. Alle vier Fahrzeuge sind in schlechtem Zustand und müssen binnen Kurzem ausser Betrieb genommen werden

Die Mobilität bewirkt zusätzliche Schwierigkeiten im Ressourcenmanagement. Der den Eltern für die Leistungen des SZPD verrechnete Tarif ist immer gleich (3.30 Fr. pro Taxpunkt), unabhängig davon, ob die Kontrollen und Behandlungen in einer ortsfesten oder einer mobilen Klinik erfolgen. Die Gemeinden beteiligen sich finanziell nicht an den Mehrkosten der mobilen Kliniken, trotz der Vorteile, die diese Lösung hinsichtlich des Transports der Schülerinnen und Schüler für sie bedeutet. Aus den folgenden Gründen bewirkt die Pädodontie in einer mobilen Klinik mehr Defizit als in einer ortsfesten:

- Der Umsatz der in einer mobilen Klinik arbeitenden Zahnärztinnen und -ärzte ist niedriger als der Umsatz jener, die in einer ortsfesten Klinik tätig sind: Wegen der Verlegungen der mobilen Einheiten von einem Ort zum anderen gehen ganze Tage verloren. Aufgrund des Stillstands der Klinik in einem Dorf kann die Abwesenheit einer Schulklasse nicht am gleichen Tag kompensiert

<sup>14</sup> Die kieferorthopädische Klinik mit zwei Standorten, Freiburg und Bulle, ist zu 55% in Bulle und zu 170% in Freiburg belegt und arbeitet in einem gewöhnlichen Rhythmus von rund 223 Tagen im Jahr.

- werden. Ferner kann eine Kälteperiode die mobile Klinik zu einem mehrtägigen Tätigkeitsunterbruch zwingen. Auch wenn das Höchstpotenzial an Kontrollen und Behandlungen entsprechend der Anzahl Kinder gegeben ist, lässt sich die Tätigkeit einer ortsfesten Klinik im Vergleich zu einer mobilen Klinik besser optimieren. Die Planung in einer ortsfesten Klinik kann rasch dem Bedarf und den Absenzen angepasst werden. Die Klientinnen und Klienten sind es, die sich an den Behandlungsort begeben, und nicht die Ärztinnen und Ärzte, die in der Folge während mehrerer Tage an einem bestimmten Ort festsitzen. Das Tagesziel des Pflorgeteams ist im Jahr 2010 auf 1000 Franken in mobilen Kliniken und auf 1500 Franken in ortsfesten Kliniken festgelegt worden. Zu dieser Gewinneinbusse in mobilen Kliniken kommen die Fahrkosten (Zeit) und Kilometerentschädigungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie der Assistentinnen des SZPD;
- Die Fahrkosten der mobilen Kliniken von einem Standort zum anderen machen jährlich rund 35 000 Franken aus. Zu berücksichtigen ist auch ein höherer Abnutzungsgrad der Ausrüstungen, denn diese werden durch die zahlreichen Ortswechsel stark beansprucht, sowie die Kosten für den Unterhalt der Fahrzeuge;
  - Die mobilen Zahnkliniken sind mit Sterilisationsdispositiven ausgerüstet, die den geltenden Bestimmungen nicht mehr konform sind (s. hierzu Kapitel 3.3.3.), im Unterschied zu denjenigen, mit denen alle ortsfesten Kliniken ausgestattet sind. Die einzige Lösung besteht in der Beanspruchung eines SZPD-externen Unternehmens für die Sterilisation der medizinischen Dispositive, was kostenaufwendiger ist.

### 3.3.3. Hygiene- und Sterilisationsnormen

Im Lauf der Jahre sind die die medizinischen Dispositive betreffenden Normen punkto Hygiene und Sterilisation anspruchsvoller geworden. Die vom SZPD benützten Installationen müssen diesbezüglich exemplarisch sein. Einige ortsfeste Kliniken sind den Anforderungen bereits konform (namentlich die neuen Kliniken Bulle OS und Marly), andere sind im Sommer 2013 zu geringeren Kosten umgebaut worden. Wegen der engen Räume erwiesen sich bestimmte Umbauten als schwierig. Was die mobilen Kliniken betrifft, so wurde die gewählte Lösung schon weiter oben erwähnt.

### 3.3.4. Technische Entwicklung

Der SZPD muss zwingend der technischen Entwicklung folgen. Dies ist kostenaufwendig, vor allem in Bezug auf die Units<sup>15</sup>.

Gleiches gilt für die Informatik. Der SZPD geht vom System der physischen Dossiers über zum System der digital gespeicherten Dossiers, das die Patientendossiers, die Buchhaltung, die Fakturierung und die elektronischen Agenden der Kliniken beinhaltet. Der Zugriff der Kliniken auf die Informatik-Server bedingt erhebliche technische Entwicklungen.

In der Radiologie schliesslich geht es darum, sämtliche Röntgenaufnahmen zu digitalisieren, so dass sie direkt von allen Kliniken eingesehen werden können. Die meisten Zahnkliniken des SZPD sind dementsprechend ausgerüstet. Die mobilen Kliniken haben keinen Zugriff auf den Server des SZPD und sichern ihre Aufnahmen auf einer externen Harddisk. Somit sind nicht alle Aufnahmen zentral gespeichert.

### 3.3.5. Mangel an qualifiziertem Personal

Die Rekrutierung von Kinderzahnärztinnen und -ärzten für den öffentlichen Sektor wird zunehmend schwieriger. Von den neun Zahnärztinnen und -ärzten mit unbefristeter Anstellung beim SZPD können zwei

---

<sup>15</sup> Mit Instrumenten ausgerüstete Zahnarztstühle, deren Stückpreis bei rund 50 000 Franken liegt.

im Juni 2014 und drei zwischen 2015 und 2016 in den Ruhestand treten. Die Rekrutierung neuer Zahnärztinnen und Zahnärzte wird sehr schwierig sein, was vor allem mit den Besoldungsbedingungen des Staates zusammenhängt.

Eine Lösung könnte in der Anstellung von Dentalhygieniker/inne/n für die Reinigung, Zahnsteinentfernung, Fluorierung sowie die Instruktion der Kinder und Eltern bestehen. Indessen bildet die Schweiz zu wenige Dentalhygieniker/innen aus.

In Anbetracht der heutigen Struktur der meisten Kliniken des SZPD (kleine Einheiten mit einem einzigen Zahnarztstuhl) kommt die Beanspruchung von Prophylaxe-Assistentinnen und -Assistenten im Moment leider nur für Kliniken in Frage, die über zwei Behandlungsstühle verfügen. Denn im Unterschied zu den Dentalhygieniker/innen müssen diese Personen in Anwesenheit der Zahnärztin oder des Zahnarztes arbeiten.

Die Rekrutierung von Kieferorthopädinnen und -orthopäden für den öffentlichen Sektor ist noch problematischer. Der SZPD greift auf ausländische Fachpersonen zurück, was aber Schwierigkeiten bei der Anstellung (Diplomanerkennung) und auf Integrationsebene bereitet. Eine Lösung könnte in der Beteiligung am Umsatz bestehen.

### 3.4. Zusammenfassung

Die Liste der genannten Probleme zeigt, dass die Schulzahnmedizin in ihrer heutigen Form revidiert werden muss. Lösungen sind auf vier Ebenen zu suchen:

- (1) *Die finanziellen Beziehungen zwischen dem Staat und den Gemeinden müssen geklärt werden.* Abweichungen zwischen den gesetzlichen Bestimmungen und der Realität sind unannehmbar. Einige Gemeinden, die die Leistungen des SZPD beanspruchen, übernehmen die Kosten der Räumlichkeiten, andere wiederum nicht. Dies schafft eine grosse Ungleichbehandlung. Es geht nicht mehr an, dass der Staat allein und ohne gesetzliche Grundlage das Defizit in Verbindung vor allem mit den Investitionen (Einrichtung und Ausrüstung) und dem Betrieb der Schulzahnkliniken übernimmt. Zuvörderst müssen die finanziellen Beziehungen zwischen Staat und Gemeinden auf politischer Ebene geregelt und die Rentabilität der staatlichen Einrichtungen gewährleistet werden;
- (2) *Auch die von den mobilen Kliniken generierten Betriebskosten und -schwierigkeiten zwingen zu Überlegungen, vor allem unter dem Aspekt der (nötigen oder nicht nötigen) Mobilität.* Dazu kommt die folgende Tatsache: Wenn die Pädodontie in mobilen Kliniken praktiziert wird, werden die Eltern nicht oder nur wenig in die Erziehung zu einer guten Mund- und Zahnhygiene ihrer Kinder eingebunden. Dies führt zu Desinteresse und mangelndem Verantwortungsbewusstsein auf Seiten bestimmter Eltern;
- (3) *Die Entwicklung der technischen Normen und wissenschaftlichen Anforderungen in Sachen Hygiene, Sterilisation, Radiologie und Informatik wird erhebliche Kosten für den SZPD nach sich ziehen;*
- (4) Die über eine Vereinbarung verfügenden Gemeinden zeigen, dass eine schulzahnmedizinische Versorgung heute sehr wohl zu geringeren Kosten und ohne grosse organisatorische Schwierigkeiten von *selbständigen Zahnärztinnen und Zahnärzten* sichergestellt werden kann. Es wird also von Interesse sein, die Möglichkeit eines allgemeiner verbreiteten Rückgriffs auf die bestehenden Zahnarztpraxen (allenfalls über einen Leistungsauftrag) zu prüfen, wo dies möglich ist.

## 4. Revisionsablauf

### 4.1. Von der Steuerungsgruppe berücksichtigte Optionen

Zur Vorbereitung der Grundlagen für die Gesetzesrevision wurde eine Projektorganisation aufgestellt. Es wurde eine dreizehnköpfige Steuerungsgruppe mit Personen aus den verschiedenen betroffenen Kreisen eingesetzt. Diese trat im Jahr 2012 zu neun Sitzungen zusammen. Mittels eines Fragebogens wurden auch die Gemeinden sowie die im Kanton praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzte angegangen<sup>16</sup>.

Am 23. Mai 2013 fand ausserdem eine Informationssitzung für die Gemeinderäte und Schulkommissionen statt. Schliesslich hörte die Steuerungsgruppe noch die folgenden Sachverständigen an: Dr. Y. Lee, Kantonsarzt und Präsident der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz; P. Zurich, Vorsteher des Amtes für Gesundheit; Dr. P. Wiehl, Altpräsident der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz.

Die Steuerungsgruppe gab ihren Schlussbericht im Dezember 2012 ab. Dessen Schlussfolgerungen lauteten folgendermassen:

- (1) Die Steuerungsgruppe hat mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, dass sich dank einer tatkräftigen öffentlichen Schulzahnpflege-Politik im Kanton Freiburg *die Mund- und Zahngesundheit verbessert hat und die Karies zurückgegangen ist.*
- (2) Sie ist der Auffassung, dass sich in Anbetracht der heutigen Schwierigkeiten in der Umsetzung der Schulzahnmedizin *eine Revision des Gesetzes von 1990 aufdrängt.*
- (3) Nach Auffassung der Steuerungsgruppe *muss eine Schulzahnmedizin im Kanton Freiburg zwingend beibehalten werden.* Andernfalls käme es bei den Jugendlichen höchstwahrscheinlich zu einer raschen Verschlechterung der Mund- und Zahngesundheit und einer Zunahme von Karies. Sie kommt aber zum Schluss, dass Inhalt und Mittel der Schulzahnmedizin aktualisiert werden müssen.
- (4) Vor jeder Diskussion über Inhalt und Umsetzung der Schulzahnmedizin muss der folgende Grundsatz aufgestellt werden: *die öffentliche Körperschaft, die eine Aufgabe organisiert, übernimmt auch deren Kosten; das Gleiche gilt umgekehrt.*
- (5) In Bezug auf die *Prophylaxe* kommt die Steuerungsgruppe zu den folgenden Empfehlungen:
  - Der Prophylaxe-Unterricht in den Schulklassen soll beibehalten werden;
  - Der Staat kann die Koordination von Initiativen und die Verbreitung von Informationen zugunsten der Kinder im Vorschulalter (0-4 Jahre) fördern;
  - Für die Jugendlichen ist eine spezifische Information in Berücksichtigung neu festgestellter Risiken (säurereiche Getränke, Alkopops, Piercings) angezeigt.
- (6) In Bezug auf die *Pädodontie* kommt die Steuerungsgruppe zu den folgenden Empfehlungen:
  - Sie empfiehlt die Beibehaltung einer obligatorischen jährlichen Zahnkontrolle und lehnt die Idee eines einfachen Screenings in der Klasse ab;
  - Sie empfiehlt die Beibehaltung des Behandlungsobligatoriums;
  - Umgekehrt ist sie der Meinung, dass eine systematische Ausweitung der Kontrollen und Behandlungen auf die Kinder im Vorschulalter oder nach dem schulpflichtigen Alter nicht wünschenswert ist;

---

<sup>16</sup> Wenn in diesem Bericht auf die Meinung der Gemeinden oder der Zahnarzt/inn/en verwiesen wird, handelt es sich um Antworten, die diesen Fragebögen entnommen wurden. Die Gesamtauswertung der Fragebogen steht auf Verlangen beim SZPD zur Verfügung.

- Für diese Gruppen von Kindern und Jugendlichen könnte aber eine Förderungskampagne in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern des Gesundheitswesens im Kanton Freiburg eingeführt werden.
- (7) Die Steuerungsgruppe hebt hervor, dass die *Kieferorthopädie* keinen Auftrag der Schulzahnmedizin darstellt, der Staat aber solche Behandlungen erteilen kann, sofern ein Mangel an praktizierenden Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden besteht.
- (8) In Bezug auf die Umsetzung der Schulzahnmedizin kommt die Steuerungsgruppe zu den folgenden Empfehlungen:
- Die Eltern müssen sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte ihrer Wahl wenden können, sind aber verpflichtet, die erfolgte Kontrolle und Behandlung bescheinigen zu lassen (zahnärztliches Zeugnis);
  - Der Staat ist für die Organisation und die Finanzierung der *Prophylaxe* zuständig, wobei es den Gemeinden, die diese Aufgabe selber wahrnehmen möchten, frei steht, sie selber zu übernehmen und zu bezahlen.
- (9) In Bezug auf die *Kontrollen und Behandlungen* kommt die Steuerungsgruppe zu den folgenden Empfehlungen:
- Die Organisation und die Finanzierung der Kontrollen und Behandlungen werden von den Gemeinden sichergestellt. Diesen steht es frei, eine Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen oder Zahnärzten abzuschliessen oder den SZPD zu beanspruchen (gemischtes System);
  - Sollte der Staat für keine Leistungen zugunsten der Gemeinden herangezogen werden, würde er sich darauf beschränken, die Oberaufsicht über die ordnungsgemässe Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben der Gemeinden sicherzustellen;
  - Die Steuerungsgruppe unterstützt die folgenden Varianten: Für die Gemeinden, die allenfalls an den Staat gelangen, weil sie keine Schulzahnärztin oder keinen Schulzahnarzt gefunden haben, hätte der Staat eine kleine Anzahl ortsfester Kliniken zur Verfügung, zu denen die Gemeinden ihre Schülerinnen und Schüler zu Zahnkontrollen bringen oder bringen lassen können. Aufgabe der Eltern wäre es, zur Behandlung ihre Kinder in diese Kliniken zu bringen. Auf Verlangen der Gemeinden könnte der Staat die Kontrollen mittels mobiler Einheiten in den Schulen durchführen. Die Kosten dieser Mobilität würden vollumfänglich zu Lasten der betroffenen Gemeinden gehen;
  - Der Staat hat die Möglichkeit, für die Ausführung operationeller Aufgaben (Prophylaxe, Kontrolle und Behandlungen) Leistungsaufträge zu streng definierten Bedingungen an Privatpartner zu vergeben.
- (10) Für die Wahrnehmung einer *wirksamen Aufsicht* über die öffentliche Politik der Schulzahnmedizin müsste sich der Staat leistungsstarke Statistikinstrumente nach dem Modell der von der Universität Basel durchgeführten Fünfjahresstudien zulegen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die bei den Gemeinden eingeholten Stellungnahmen und die Vorschläge der Steuerungsgruppe in Bezug auf die verschiedenen Aufgaben der Schulzahnmedizin.

Aufgaben		Gesetz von 1990/ Heutige Praxis	Meinung der Gemeinden (Fragebogen)	Vorschläge Steuerungs- gruppe
<b>Prophylaxe</b>		Staat	Staat	Staat
<b>Pädodontie</b>	Kontrollen und Behandlungen	Gemeinden	Staat (Gemeinden SZPD) Gemeinden (Gemeinden nicht SZPD)	Gemeinden
	Mit der Mobilität verbundene Kosten	Gemeinden nach dem Gesetz, Staat in der Praxis	Staat (Gemeinden SZPD) Gemeinden (Gemeinden nicht SZPD)	Gemeinden
	Gemeindebeitrag	Gemeinden	Gemeinden	Gemeinden
	Ausstände	Gemeinden	-----	Gemeinden
<b>Kieferortho- pädie</b>	Behandlungen	Gemeinden	Staat	Staat
	Gemeindebeitrag	Gemeinden	-----	-----
	Ausstände	Gemeinden	-----	Gemeinden
<b>Aufsichtsaufgaben</b>		Staat	Staat	Staat

#### 4.2. Prüfung der Optionen durch die Arbeitsgruppe

In der Folge beauftragte die Gesundheitsdirektorin eine kleinere Arbeitsgruppe damit zu prüfen, wie sich die praktische Umsetzung der von der Steuerungsgruppe berücksichtigten Optionen auf finanzieller und organisatorischer Ebene auswirken würde.

Die Arbeitsgruppe trat im ersten Halbjahr 2013 zu sechs Sitzungen zusammen, um die Machbarkeit dieser Optionen für die verschiedenen Aufgaben der Schulzahnmedizin zu untersuchen. Sie entschied sich für die Arbeitshypothesen, die ihr für die Durchführung dieser Machbarkeitsstudie am plausibelsten schienen.

Folgende Fragen wurden behandelt:

- Optimierung des Prophylaxe-Unterrichts in den Schulen;
- Möglichkeiten der Gemeinden, Privatzahnärztinnen und -ärzte für die Kontrollen und Behandlungen heranzuziehen;
- Bestimmung der Anzahl ortsfester und mobiler Kliniken, die für die Durchführung der Aufgaben der Pädodontie nötig sind;
- Bestimmung der Mittel, die einzusetzen sind, um die Aufsicht sicherzustellen;
- Veranschlagung der finanziellen Auswirkungen der Anwendung des neuen Gesetzes.

Die Schlussfolgerungen der Arbeitsgruppe werden in diesem Bericht konkret ausgeführt.

## 5. Das neue Gesetz in seinen Hauptzügen

### 5.1. Die gewählten grundlegenden Optionen

#### 5.1.1. Beibehaltung einer Politik der Schulzahnmedizin

Die Frage, ob es nicht an der Zeit wäre, die Kinder im schulpflichtigen Alter der privaten Zahnmedizin zu überlassen, kann klar mit Nein beantwortet werden.

In der Tat sind die positiven Ergebnisse, die durch die oben beschriebene öffentliche und während drei Zyklen betriebene Politik erzielt worden sind, aussagekräftig. In unserer modernen und individualistischen Gesellschaft ist es zwar gang und gäbe, jeden seiner Eigenverantwortung zu überlassen. Für alles, was mit Mund- und Zahnhygiene zu tun hat, geht dies aber nicht an und zwar aus den folgenden Gründen: Es besteht die echte Gefahr, dass die Erfolge der seit mehreren Jahrzehnten erfolgten Anstrengungen ernsthaft in Frage gestellt werden. Ein solcher Systemwechsel würde zahlreiche Nachteile bringen und ungewisse Auswirkungen zeitigen. Und genau diese würden die Kinder treffen, die der zahnärztlichen Versorgung am meisten bedürfen. Die Eltern aufzufordern, sich alleine um die Mund- und Zahnhygiene ihrer Kinder zu kümmern, setzt voraus, dass sie über die unverzichtbaren Massnahmen Bescheid wissen. Dies aber ist insbesondere bei sozial benachteiligten Familien oder Familien mit schwierigem Migrationshintergrund wahrscheinlich nicht der Fall. Die positive Bilanz über die Mund- und Zahngesundheit der Freiburger Kinder ist die Frucht einer während mehr als 70 Jahren angewandten öffentlichen Schulzahnpflege-Politik. Diese heute in Frage zu stellen, würde einen nicht zu rechtfertigenden Rückschritt bedeuten.

Darüber hinaus hat eine Umfrage der SSO ergeben, dass dort, wo sich die Behörden damit begnügten, an die Eltern von Kindern im schulpflichtigen Alter Gutscheine zu verteilen, mit denen sie für die nötigen Kontrollen und Behandlungen die Zahnärztin oder den Zahnarzt ihrer eigenen Wahl konsultieren können, nur rund die Hälfte dieser Gutscheine eingelöst wurde<sup>17</sup>.

Die befragten Gemeinden schliesslich treten quasi einhellig für die Beibehaltung einer öffentlichen Schulzahnpflege-Politik ein. Das Gleiche gilt für die Zahnärztinnen und Zahnärzte, unabhängig davon, ob sie der SSO angehören oder nicht. Im Übrigen wäre es ihnen unmöglich, die 13 000 Kinder, die heute vom SZPD versorgt werden, zu bewältigen.

#### 5.1.2. Übernahme der Kosten der Schulzahnmedizin

Es kommt vor, dass ein Projekt reiflich durchdacht und diskutiert wird, aber schlussendlich aufgrund von Finanzierungsfragen nicht zustande kommt. Regelmässig beklagen sich die Gemeinden, dass ihnen der Kanton neue Lasten aufbürdet, ohne ihnen im Gegenzug Entscheidungsbefugnisse zuzugestehen. Dem Staat wiederum halten sie den kantonalen Charakter bestimmter Aufgaben vor, um ihre Weigerung, deren Finanzierung wenigstens teilweise sicherzustellen, zu rechtfertigen.

Es erwies sich als notwendig, diese heikle Frage ab Beginn der Überlegungen der Steuerungsgruppe anzusprechen. Sonst hätte die eine oder andere wichtige Wahl am Ende der Arbeiten ins Wanken geraten können. Aus diesem Grund wurde der folgende Grundsatz berücksichtigt: Die Kollektivität, die diesen oder jenen Auftrag organisiert beziehungsweise diese oder jene Aufgabe übernimmt, trägt auch deren Kosten. Umgekehrt gilt: Die Kollektivität, die diese oder jene Dienstleistung zu bezahlen hat, ist auch für sie verantwortlich. Die Anwendung dieses Grundsatzes dient dazu, Inhalt und Mittel der Schulzahnmedizin in ein Verhältnis zu setzen.

---

<sup>17</sup> Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin 2008, Bd. 118, S. 1127.

## 5.2. Prophylaxe

Unter *Prophylaxe* zu verstehen ist der Unterricht in den Massnahmen zur Verhütung von Mund- und Zahnerkrankungen.

### 5.2.1. Organisation

#### a. *Heutige Situation*

Derzeit erhalten alle Schülerinnen und Schüler der *Kindergarten-, Primarschul- und Sonderschulklassen (KG, PS, SoS)* eine praktische und theoretische Unterweisung in Mund- und Zahnhygiene (Prophylaxe). Dieser Klassenunterricht wird heute von Prophylaxe-Instruktorinnen des SZPD erteilt. In der Region Murten greifen 13 Gemeinden auf anderes Personal zurück, das sie für die Prophylaxe anstellen, auch in den Klassen der Orientierungsstufe.

Im Schuljahr 2011/2012 suchte der SZPD 1 019 Klassen auf; dies sind insgesamt 18 848 Schülerinnen und Schüler.

2013 beschäftigte der SZPD drei Prophylaxe-Instruktorinnen mit insgesamt 1.65 VZÄ.

#### b. *Vorgesehene Situation*

Das heutige System des Prophylaxe-Unterrichts in den Klassen, der fast für die meisten von ihnen vom Staat organisiert und durchgeführt wird, stiess auf keine Vorbehalte. Es wird deshalb beibehalten.

Die den SZPD beanspruchenden Gemeinden sind mehrheitlich der Meinung, dass der Staat für die Organisation der Prophylaxe zuständig sein sollte. Eine schwache Minderheit der Gemeinden, die den SZPD nicht beanspruchen, ist derselben Auffassung.

Es ist nötig, die Präventionsbemühungen in diesem Bereich fortzusetzen, da sonst bestimmte benachteiligte Kategorien keinen Zugang mehr zur Prophylaxe hätten. Der Bedarf ist aber nachgewiesen. Neu zu definieren ist indessen die Frage der Prophylaxe-Zielgruppen (im Wesentlichen Vorschul- und Primarschulalter, Einrichtungen der Betreuung von Kindern im Vorschulalter, Kinderkrippen, Orientierungsschulen, Mensa usw.). Eine Strategie müsste entsprechend der erwünschten Auswirkung festgelegt werden.

Um die Eltern von Kindern *im Vorschulalter* zu sensibilisieren, könnten Informationskampagnen für die Gesundheitsfachpersonen (Gynäkolog/inn/en, Kinderärzt/innen, Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen) und die bestehenden Einrichtungen (Kinderkrippen, Einrichtungen der Betreuung von Kindern im Vorschulalter, Tageselternvereine) organisiert werden. Angesichts der von Alkopops und säurereichen (den Zahnschmelz aufweichenden<sup>18</sup>) Getränken ausgehenden Gefahren braucht es eine *spezifische Information* für die Jugendlichen in den Orientierungsschulen, in der Berufsausbildung und in den Schulen der Sekundarstufe II.

### 5.2.2. Übernahme der Kosten

#### a. *Heutige Situation*

Mit Ausnahme der Kosten, die von den dreizehn die Prophylaxe selber organisierenden Gemeinden getragen werden, gehen sämtliche Ausgaben dieses Sektors zu Lasten des Staates. Sie machen eine Summe von mehr als 270 000 Franken aus:

---

<sup>18</sup> Zahninfo, Patientenzeitung der SSO, Nr. 25, Frühjahr 2004.

Rechnung 2012	
VZÄ	1.65
Lohnkosten	177 325.00
Allgemeine Kosten	38 952.10
Verwaltungskosten (0.2 VZÄ)	64 018.34
Ertrag	-1 926.00
<b>TOTAL</b>	<b>278 369.44</b>

### b. *Vorgesehene Situation*

In Anwendung des beschlossenen Grundsatzes, wonach die Kollektivität, die eine Ausgabe organisiert, sie auch finanziert<sup>19</sup>, wird vorgeschlagen, dass diese Aufgabe weiterhin vom Staat übernommen wird. Der Staat hat zu diesem Zweck Fachpersonen angestellt, die damit beauftragt sind, die Klassen aufzusuchen. Diese Lösung ist voll und ganz zufrieden stellend. Die Gemeinden, die es vorziehen, den Prophylaxe-Unterricht selber zu organisieren, müssen ihn natürlich weiterhin selber finanzieren.

Um die Kosten des Prophylaxe-Unterrichts zu senken, werden mehrere Massnahmen ergriffen (Art der Verteilung der Unterrichtseinheiten, Konzentrierung der Einheiten auf den Vormittag in ein und derselben Schule, Kürzung der Unterrichtseinheit auf 45 Minuten, weniger Fahrten). Mit diesen Massnahmen gedenkt der Staat im Prophylaxe-Bereich nahezu 50 000 Franken einzusparen, indem der Bestand an Prophylaxe-Instruktorinnen von 1.65 auf 1.15 VZÄ<sup>20</sup> zurückgeht.

## 5.3. Pädodontie

Unter *Pädodontie* zu verstehen sind die Massnahmen in Verbindung mit den Kontrollen und Behandlungen der Jugendlichen in einer Zahnarztpraxis. Unter *Kontrolle* zu verstehen ist die Untersuchung auf Zahnerkrankungen mittels einer vollständigen medizinischen Ausrüstung, unter Einschluss der Radiologie entsprechend dem Bedarf. Unter *Behandlung* zu verstehen sind therapeutische Behandlungen (Füllungen) sowie prophylaktische Behandlungen. Letztere können in einer Zahnsteinentfernung oder Fissurenversiegelung bestehen.

### 5.3.1. Organisation

#### a. *Heutige Situation*

Derzeit haben sich die Schülerinnen und Schüler einer jährlichen Zahnkontrolle zu unterziehen, entweder bei den Schulzahnärztinnen und -ärzten oder bei der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt ihrer Wahl. Im letzteren Fall müssen sie ein zahnärztliches Attest vorweisen. Bei den Schülerinnen und Schülern, die nicht ihren eigenen Zahnarzt konsultiert haben, erfolgt die jährliche Kontrolle durch die Zahnärztinnen und Zahnärzte des SZPD oder durch private Zahnärztinnen und -ärzte, mit denen die Gemeinde eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Diese Kontrollen finden in ortsfesten oder mobilen Kliniken statt. Die Kontrolle wird vom SZPD den Gemeinden verrechnet, die sie ihrerseits den Eltern in Rechnung stellen, unter Vorbehalt des finanziellen Beitrags, den sie ihnen gewähren.

---

<sup>19</sup> S. weiter oben, Kapitel 5.1.2.

<sup>20</sup> Anhang 1: Vergleichstabelle nach Sektor 2012 und 2016.

Für die Ausführung dieser Aufgaben betreibt der SZPD im Jahr 2013 acht ortsfeste und vier mobile Kliniken<sup>21</sup>. Er verfügt zu diesem Zweck über neun Zahnärztinnen und Zahnärzte (6.5 VZÄ), von denen eine heute die Funktion als Dienstchefin hat, und zehn Dentalassistentinnen (7.81 VZÄ)<sup>22</sup>.

## *b. Vorgesehene Situation*

### **(1) Obligatorische Kontrolle**

Folgende Fragen sind zu diskutieren:

- Muss man eine *obligatorische* Einzelkontrolle für die Kinder im schulpflichtigen Alter beibehalten?
- Sollte man die Option eines einfachen, *systematischen und obligatorischen* Screenings im Klassenzimmer wählen, das durch eine obligatorische Einzelkontrolle in grösseren Zeitabständen ergänzt wird (z. B. 1., 3., 6. PS, 3. OS)?

Im Unterschied zur Einzelkontrolle, die eine eingehendere Untersuchung beinhaltet, besteht ein solches Screening in der Suche nach Zahnerkrankungen (insbesondere Karies), die mit einer einfachen visuellen Untersuchung des Mundes mittels eines Spiegels und einer Sonde diagnostiziert werden können. Es findet im Klassenzimmer statt. Würde man sich für dieses Screening entscheiden, müsste es *systematisch* in den Klassen erfolgen, ohne dass Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit hätten, ein Zeugnis vorzuweisen, um sich davon befreien zu lassen.

Die Überlegungen wurden durch die folgenden Faktoren bestimmt:

- Mit einem Screening könnten die Risikogruppen rasch und kostengünstiger identifiziert werden, und dies würde es erlauben, die Mittel der Schulzahnmedizin auf eben diese Kinder zu konzentrieren;
- Andere Kantone (vor allem der Kanton Wallis) kennen das Screening-System, ohne dass die Kinder unter der Situation zu leiden scheinen.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte betonen die Risiken, die der Übergang von einem System der jährlichen Kontrolle – das sich flächendeckend bewährt hat – zu einem Screening-System beinhaltet. In der Tat kann sich eine Karies in sehr kurzer Zeit entwickeln und wird mit einem einfachen Screening nicht unbedingt entdeckt. Zwar könnten mit einem einfachen Screening rasch die Risikogruppen identifiziert werden, jedoch bestünde bei Infektionen, die sich ausschliesslich durch eine vollständige Kontrolle feststellen lassen, die Gefahr, dass sie nicht rechtzeitig behandelt werden, sich deshalb verschlimmern und in der Folge hohe medizinische und soziale Kosten verursachen. Hinzu kommt, dass die den Screening-Ergebnissen vertrauende Klientel jede weitere Bemühung (d.h. eine vollständige Kontrolle) als überflüssig betrachten könnte. Die Erfahrungen anderer Kantone, die den «Dentalgutschein» eingeführt haben, bestätigen diese Befürchtungen: Mehr als die Hälfte dieser Gutscheine wurde von den Bezügerinnen und Bezüger nicht eingelöst<sup>23</sup>.

Anders als die Kantone Bern und Wallis kennt der Kanton Freiburg die Tradition des hier beschriebenen Screenings nicht. Die Bevölkerung, die Eltern und die Lehrpersonen sind sich gewohnt, dass die Kinder einmal jährlich von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt kontrolliert werden. Ein Systemwechsel würde erhebliche Erziehungsanstrengungen bedingen, um auf die Grenzen des Screenings und die Notwendigkeit, alljährlich eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt für eine vollständige Kontrolle aufzusuchen, zu sensibilisieren. Ansonsten sähen sich die Schulzahnärztinnen und -ärzte dem Vorwurf ausgesetzt, diese oder jene Infektion, die sich allenfalls verschlimmert und hohe Behandlungskosten verursacht hat, nicht erkannt zu haben.

---

<sup>21</sup> S. oben, Kapitel 3.3.1 und 3.3.2.

<sup>22</sup> S. Anhang 1.

<sup>23</sup> S. oben, Kapitel 5.1.1.

Die Meinung der Gemeinden, die sich zu diesem Punkt geäußert haben, geht in die gleiche Richtung. Dies gilt auch für die Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Was hätte man von einer Senkung des Standards, der seit mehr als 40 Jahren im Kanton Freiburg besteht? Aufgrund dieser Erwägungen wird empfohlen, eine obligatorische jährliche Kontrolle beizubehalten.

## **(2) Obligatorische Behandlung**

Eine der hauptsächlichen Neuerungen des Gesetzes von 1990 bestand in der Verstärkung der Behandlungspflicht dadurch, dass Eltern, die es ablehnen, die nötigen Behandlungen vornehmen zu lassen, sanktioniert werden<sup>24</sup>. Die im Rahmen der Revisionsarbeiten eingeholten Stellungnahmen haben gezeigt, dass dieses System gut ist und die gewünschten Ergebnisse bringt, nämlich eine nachhaltige Sorge für die Mund- und Zahngesundheit der Jugendlichen. Wenn eine Kontrollpflicht besteht, muss eine Behandlungspflicht damit einhergehen. Andernfalls liefe die Zahnkontrolle Gefahr, ein nutzloses Unterfangen zu bleiben<sup>25</sup>.

## **(3) Ausdehnung der Kontroll- und Behandlungspflicht nach dem schulpflichtigen Alter**

### **(A) HEUTIGE PRAXIS**

Derzeit betreut der SZPD die Schülerinnen und Schüler bis zum Ende des 3. OS-Jahres (einschl. der Jugendlichen in Institutionen). Nach diesem Zeitpunkt sind sie der Kontroll- und Behandlungspflicht nicht mehr unterstellt. Sie können daher nicht mehr die Leistungen des SZPD beanspruchen, der zur Aufgabe hat, die Kinder und Heranwachsenden *im schulpflichtigen Alter* zu behandeln. Einfacher ist die Situation für die Jugendlichen, wenn sie von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt betreut werden, mit der oder dem die Gemeinde eine Vereinbarung abgeschlossen hat, da sie im Prinzip automatisch in die Privatklientel dieser Ärztin bzw. dieses Arztes übergehen. Diese Jugendlichen werden also künftig weiter betreut, ohne dass ein Zahnarztwechsel zwingend ist.

Ist es demzufolge angezeigt, die bestehende Praxis zu ändern und die Schulzahnmedizin auf die Jugendlichen von über 16 Jahren auszudehnen? Die Zahnärztinnen und Zahnärzte sind geteilter Meinung. Die Mitglieder der SSO, die sich geäußert haben, sind eher gegen eine Ausweitung der Kompetenzen des Staates, die Nichtmitglieder hingegen eher dafür. Die heutige Praxis muss fortgesetzt werden, jedoch ist es nicht die Rolle des Staates, an die Stelle der privaten Zahnärztinnen und Zahnärzte zu treten, um Pflegeleistungen über das schulpflichtige Alter hinaus zu erteilen. Nichtsdestotrotz muss der Übertritt vom SZPD zu den privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten optimal gestaltet werden. Die Aufgabe des Staates soll indessen nicht wie in den Kantonen Basel-Stadt und Genf auf die Errichtung einer Volkszahnklinik ausgedehnt werden, die auch Erwachsene betreut, welche sehr genauen Kriterien von Bedürftigkeit entsprechen.

### **(B) DAS SYSTEM DER «DENTALGUTSCHEINE»**

Für die Jugendlichen von 16 bis 20 Jahren, die während ihrer obligatorischen Schulzeit vom SZPD betreut worden waren, wurde im Kanton Freiburg während der Jahre 1993 und 1994 ein Gutscheinsystem eingeführt. Dieser Versuch erfolgte in Zusammenarbeit mit der Freiburger Sektion der SSO. Diese hatte erreicht, dass sich alle ihre Mitglieder an der Aktion beteiligten (ein Gutschein für vier unentgeltliche Jahreskontrollen und zwei Röntgenaufnahmen zu einem Vorzugspreis von 40 Franken). Am Ende ihrer

---

<sup>24</sup> Art. 7 und 11 des Gesetzes von 1990.

<sup>25</sup> Die Verwaltungsarbeit, um die Einhaltung der Behandlungspflicht zu gewährleisten, darf übrigens nicht unterschätzt werden.

obligatorischen Schulzeit erhielten alle Jugendlichen den Gutschein zusammen mit ihrem medizinischen Dossier. Rund 8% der Gutscheine wurden eingelöst. Angesichts des geringen Interesses und des erheblichen administrativen Aufwands wurde dieses System rasch wieder aufgegeben.

Andere Versuche hatten mehr Erfolg. So verwenden seit mehreren Jahren die Murtener Gemeinden ein Gutscheinsystem für die 16- bis 19-Jährigen, die während ihrer obligatorischen Schulzeit durch die von den Gemeinden beauftragten Schulzahnärztinnen und -ärzte betreut worden sind. Diese Jugendlichen können eine (von den behandelnden Zahnärzt/inn/en angebotene) Gratiskontrolle und wenn nötig Behandlungen zu einem Taxpunktwert von 3.50 Fr. in Anspruch nehmen. Die Gemeinde übernimmt die Verwaltungskosten in Verbindung mit Druck und Versand der Gutscheine. Nach den Informationen der Gemeinde Murten werden rund 50% der Gutscheine verwendet. Das System findet demnach guten Anklang, und der Endzweck (jährliche Kontrolle und wenn nötig Behandlung) wird zur Hälfte erreicht. Dieses System kann freilich nur funktionieren, wenn die Zahnärztinnen und Zahnärzte einverstanden sind, ihre Leistungen zu diesen Bedingungen anzubieten, was sich heute nicht von selbst versteht.

Seit 1991 verteilt die Waadtländer Zahnärztesgesellschaft (SVMD) Gutscheine an die Jugendlichen in den Schulen und den zahnärztlichen Praxen der Mitglieder dieser Gesellschaft. Für den bescheidenen Betrag von 20 Franken kann jede und jeder Jugendliche zwischen 16-18, sodann von 18-20 Jahren eine Kontrolle mit zwei Röntgenaufnahmen in Anspruch nehmen. Für eine vermehrte Publizität dieser Förderung organisierte die SVMD im Jahr 2001 eine Promotionskampagne in der Presse, im Kino und in Form von Plakaten. Seit 1. Mai 2011 können die Gutscheine von der Website der SVMD herunter geladen werden. Nach Meinung der SVMD werden diese Gutscheine regelmässig verwendet.

Dieses Vorgehen ist interessant. Dank ihm kann eine besonders vulnerable Bevölkerungskategorie erreicht werden. Ausserdem ist die Benutzerfreundlichkeit ein weiteres Argument dafür, einen erneuten Versuch auf Kantonsebene zu starten. Es wäre zu prüfen, ob eine Zusammenarbeit mit der Freiburger Sektion der SSO nach dem Vorbild des Kantons Waadt möglich ist.

#### **(4) Ausdehnung der Kontrollen und Behandlungen auf die Kinder im Vorschulalter**

Das Gesetz von 1990 sieht keine schulzahnmedizinische Versorgung der Kinder im Vorschulalter vor (0-4 Jahre). Mit einer solchen könnte aber Problemen, die viele Kinder betreffen und die erst bei der ersten obligatorischen Kontrolle erkannt werden, vorgegriffen werden. Auf praktischer Ebene wäre ein solches Obligatorium sehr schwierig umzusetzen. Im Übrigen hat der Staat ab Beginn der Einführung seiner Schulzahnpflegepolitik die Option gewählt, sich auf die Zielgruppe der «Kinder im schulpflichtigen Alter» zu konzentrieren<sup>26</sup>. Angesichts der Resultate besteht kein zwingender Grund, das Obligatorium auf die Kinder auszudehnen, die noch nicht zur Schule gehen. In Ausnahmefällen könnte der Staat aber ermächtigt werden, im Rahmen der Schulzahnmedizin Kinder zu behandeln, die das erforderliche Alter noch nicht erreicht haben. Dies könnte etwa bei Geschwistern der Fall sein, bei denen schon beim ersten Kind schwere Infektionen beobachtet wurden, die vor allem mit einer schlechten Mund- und Zahnhygiene verbunden sind. Tatenlos abzuwarten, bis auch die übrigen Geschwister das Alter von vier Jahren erreicht haben, wäre stossend. Eine solche Betreuung würde jedoch eine Ausnahme bleiben, die Kindern vorbehalten bleibt, deren Gebiss besonders von der «Kleinkind-Karies» befallen ist.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich zu dieser Frage äusserten, sind sehr geteilter Meinung. Die SSO-Mitglieder finden, eine solche Ausdehnung sei unnötig, wohingegen die Nichtmitglieder dafür wären.

#### **(5) Freie Zahnarztwahl**

Derzeit steht es den Eltern frei, für ihr Kind entweder die Schulzahnmedizin, wie sie von der Gemeinde organisiert ist, zu wählen oder private Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte ihrer Wahl zu konsultieren. Im letzteren

---

<sup>26</sup> Art. 2 Abs. 1 des Gesetzes von 1990.

Fall haben sie ein zahnärztliches Attest vorzuweisen. Dieses System gilt für die Kontrollen und die Behandlungen. Von sämtlichen Kindern aus den 131 Gemeinden, die dem SZPD angeschlossen sind, gehen etwa 60% zu privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten.

Dieses System zeitigt die erwünschten Resultate: Die Kinder werden kontrolliert und behandelt. Es besteht demzufolge kein Grund, sämtliche Kinder zu den von der Schulzahnmedizin erteilten Kontrollen und Behandlungen zu zwingen. Nicht nur würde ein solcher Zwang eine erhebliche Einschränkung der elterlichen Wahlfreiheit bedeuten, sondern es kommt hinzu, dass die Schulzahnmedizin unmöglich die rund 17 000 Kinder, die alljährlich ein Attest privater Zahnärztinnen und Zahnärzte vorweisen, absorbieren könnte. Der einzige Nachteil des bestehenden Systems besteht in der administrativen Belastung, die mit dem Einsammeln der Atteste durch die Lehrpersonen verbunden ist. Dies ist aber kein ausreichender Grund, das heutige System in Frage zu stellen.

Die Eltern müssen sich sowohl für die Kontrollen als auch für die Behandlungen an private Zahnärztinnen und Zahnärzte ihrer Wahl wenden können. Es ist an diesen Ärztinnen und Ärzten, die erteilte Kontrolle und/oder Behandlung zu bescheinigen.

## **(6) Vereinbarung zwischen Gemeinden und privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten**

Den Gemeinden steht es wie schon heute frei, eine Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten abzuschliessen. Mit dieser Vereinbarung werden die Voraussetzungen, unter denen die privaten Zahnärztinnen und Zahnärzte die Schulzahnmedizin für die Gemeinde ausüben werden, geregelt. Der den Eltern verrechnete und in der Vereinbarung festgesetzte Taxpunktwert kann zwischen den Partnern frei ausgehandelt werden. Auch das Vorgehen für den Ablauf der Kontrollen und Behandlungen muss vereinbart werden. Das Inkassowesen und die Übernahme von Ausständen sind ebenfalls wichtige Punkte, die in die Vereinbarung eingehen müssen. Aufgrund ihres Inhalts kann diese Vereinbarung vom Gemeinderat beschlossen werden.

Für Einsprachen in Verbindung mit den Leistungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die per Vereinbarung an die Gemeinde gebunden sind, kann sich die Klientel an die Vertrauenszahnärztin oder den Vertrauenszahnarzt des für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienstes wenden (Art. 20 Vorentwurf).

Die Frage der Verantwortlichkeit der Zahnärztin oder des Zahnarztes, die oder der per Vereinbarung an die Gemeinde gebunden ist, muss geregelt werden. Entweder deckt ihre bzw. seine eigene Haftpflichtversicherung den Schaden, oder aber die Gemeinde muss eine Haftpflichtversicherung für solche Fälle abschliessen. Diese Situation besteht übrigens schon heute für die Gemeinden, die eine Vereinbarung mit Schulzahnärztinnen oder -ärzten abgeschlossen haben.

## **(7) Rolle des Staates und der Gemeinden**

### **(A) ALLGEMEIN**

Derzeit *obliegt die Organisation der Kontrollen und der Mund- und Zahnbehandlungen den Gemeinden.*

Um ihre Pflichten zu erfüllen, können sie wahlweise:

- ihren eigenen Schulzahnpflegedienst schaffen;
- auf private Zahnärztinnen und Zahnärzte zurückgreifen;
- die Aufgabe dem SZPD anvertrauen<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Art. 3 des Gesetzes von 1990.

2012 hatten nur 34 von 165 Gemeinden ein System der Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten, die die Kontrollen und Behandlungen der Jugendlichen sicherstellen. Die übrigen 131 gelangen an den SZPD<sup>28</sup>. Heute verfügt keine Gemeinde über ihren eigenen Schulzahnpflegedienst.

Drei Modelle wurden geprüft:

- Der Staat organisiert sämtliche mit der Pädodontie verbundenen Aufgaben und führt sie durch;
- Die Gemeinden organisieren sämtliche mit der Pädodontie verbundenen Aufgaben und führen sie durch;
- Die Gemeinden organisieren frei die mit der Pädodontie verbundenen Aufgaben, wohingegen der Staat ihre Durchführung sicherstellt, wenn die Gemeinde keine eigenen Massnahmen getroffen haben.

Bei der Prüfung des letzten Modells stellte sich die Frage der Kostenübernahme für die Interventionen des SZPD für Gemeinden, die keine eigenen Massnahmen getroffen haben. Zwar bezahlen die Eltern die Kontrollen und Behandlungen, jedoch können mit dem vom SZPD angewandten Taxpunktwert (3.30 Fr. im Jahr 2013 und 3.50 Fr. im Jahr 2014) nicht sämtliche Kosten gedeckt werden. Dafür verantwortlich sind hauptsächlich drei Faktoren: (1) die auf den Betrieb der mobilen Kliniken zurückzuführenden Mehrkosten, (2) die Spezifität der Pädodontie und (3) die administrativen Aufgaben, die für die Organisation der Kontrollen und Behandlungen mit den Schulverantwortlichen und OS-Direktionen nötig sind. Die selbständigen Zahnärztinnen und Zahnärzte kennen die Schwierigkeiten in Verbindung mit diesen drei Faktoren praktisch nicht. Hinzu kommt, dass der Staat (entgegen dem heutigen Gesetz) sämtliche Kosten der kieferorthopädischen Kliniken in Freiburg und Bulle (auch die Mietkosten) sowie die Kosten in Verbindung mit den mobilen Kliniken trägt – nachdem die letzten Anpassungen im Zusammenhang mit der Mietkostenübernahme für die päodontischen Kliniken Freiburg und OS Bulle am 1. Januar 2013 in Kraft getreten sind. Müsste man demzufolge alle Gemeinden zwingen, den SZPD zu benützen? Auf diese Weise würde die Rentabilität bestimmter Kliniken verbessert.

Es ist nicht am Staat, sämtliche Aufgaben in Verbindung mit der Pädodontie auf sich zu nehmen, so wenig, wie es angezeigt ist, alle Gemeinden zu zwingen, für die Kontrollen und Behandlungen den für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienst heranzuziehen. Die Gemeinden, die eine Vereinbarung mit Privatzahnärztinnen und -zahnärzten abgeschlossen haben, sind mit dieser Situation zufrieden. Wenn einige Gemeinwesen diesen Weg nicht gewählt haben, so liegt dem nicht eine Frage des Taxpunktwertes zugrunde, sondern der Wunsch nach einer bequemeren Lösung oder weil sie Schwierigkeiten haben, Zahnärztinnen und Zahnärzte zu finden, die in eine Vereinbarung einwilligen (zentrumserne Gemeinden, Zahnärztemangel in der Region). Das Argument, wonach das heutige gemischte System zu einer Ungleichbehandlung der Eltern führt, ist nicht ausschlaggebend: Jede Gemeinde hat einen eigenen Steuersatz und eigene Gebührenskaalen. Wenn die Gemeindebehörde der Auffassung ist, dass der Rückgriff auf private Zahnärztinnen und Zahnärzte zweckmässig ist, gibt es keinen Grund, sie daran zu hindern. Kurz gesagt: Wenn der Staat die Gemeinden beauftragt, die Kontrollen und Zahnbehandlungen zu organisieren, soll er ihnen kein Einheitsmodell aufzwingen, sondern sie im Gegenteil ermuntern, die Lösung zu wählen, die ihnen am geeignetsten erscheint. Unter dieser Voraussetzung würde die Rolle des Staates subsidiär: Sie bestünde darin, eine Oberaufsicht auszuüben und für Gemeinden, die weder einen eigenen Schulzahnpflegedienst errichtet noch eine Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen oder Zahnärzten abgeschlossen haben, Dienstleistungen zu erbringen.

---

<sup>28</sup> S. oben, Kapitel 3.1.

Für die Lösung, wonach Zahnärztinnen und Zahnärzte per Vereinbarung mit den Kontrollen und Behandlungen beauftragt werden, stimmen die Gemeinden, die den SZPD nicht beanspruchen. Bei den Gemeinden, die den SZPD benutzen, ist das Verhältnis umgekehrt: Die Mehrheit der Gemeinden, die sich geäußert haben, findet, es sollte sich um eine Aufgabe handeln, die vollumfänglich vom Staat übernommen wird. Nur einige wenige melden, sie könnten allenfalls private Zahnärztinnen oder Zahnärzte heranziehen. Diese Ergebnisse zeigen, dass jene Gemeinden, die die Kontrollen und Behandlungen selber übernommen haben, damit zufrieden sind und diese Aufgabe nicht dem Staat zu überlassen wünschen. Sobald der Staat diese Aufgaben praktisch auf sich nimmt, betrachtet die Gemeinde ihre Verantwortlichkeit auf dem Gebiet als rein theoretisch.

Die Privatzahnärztinnen und -ärzte scheinen mehrheitlich an einer solchen Vereinbarung mit den Gemeinden interessiert zu sein. Einer der wichtigsten Punkte wird vermutlich die Festsetzung des Taxpunktwertes sein; dieser muss frei zwischen der Gemeinde und den Privatzahnärztinnen und -ärzten ausgehandelt werden können.

Aus diesen Überlegungen können die folgenden Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Die Organisation der Kontrollen und Behandlungen muss in der Zuständigkeit der Gemeinden bleiben;
- Für die Kontrollen und Behandlungen müssen die Gemeinden wahlweise ihren eigenen Schulzahnplegedienst errichten oder eine Privatzahnärztin bzw. einen Privatzahnarzt beauftragen können; der Taxpunktwert muss frei zwischen den Partnern verhandelbar sein;
- Wenn die Gemeinde keine eigenen Massnahmen getroffen hat, wird der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst die Ausführung der ihr obliegenden Aufgaben sicherstellen (subsidiäre Rolle des Staates).

## **(B) ART UND FORM DER BEZIEHUNGEN ZWISCHEN GEMEINDEN UND STAAT**

Wenn der Staat Leistungen für eine Gemeinde erbringen muss, die weder ihren eigenen Schulzahnplegedienst errichtet noch eine Vereinbarung mit einer Privatzahnärztin bzw. einem Privatzahnarzt hat, setzt dies eine Verfügung voraus (Art. 10 Abs. 1 Vorentwurf). Diese Verfügung wird die Modalitäten für die Ausführung der Kontrollen und Behandlungen (ausser den Modalitäten nach Art. 10 Abs. 2-4 Vorentwurf), den angewandten Tarif sowie die Gültigkeitsdauer beinhalten. In der Tat ist es unumgänglich, dass der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst planen und sich mit den Infrastrukturen und dem Personal versehen kann, die für die Wahrnehmung seiner entsprechend der Anzahl betroffener Gemeinwesen variierenden Aufgaben nötig sind. Der Wortlaut dieser Verfügung wird vorgängig mit den betroffenen Gemeinden besprochen.

## **(C) VERRECHNUNG DER KONTROLLEN UND BEHANDLUNGEN**

Derzeit bestehen drei Systeme nebeneinander:

- Die Jugendlichen werden von einer privaten Zahnärztin oder einem privaten Zahnarzt kontrolliert und behandelt, und die gesetzlichen Vertreter/innen bezahlen die entsprechende Rechnung direkt. Zu den Bedingungen des Gemeindereglements können sie einen finanziellen Beitrag der Gemeinde erhalten<sup>29</sup> ;
- Die Jugendlichen werden von einer privaten Zahnärztin oder einem privaten Zahnarzt kontrolliert und behandelt, mit der oder dem die Gemeinde eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Die Bezahlung der Rechnung bestimmt sich nach den Vereinbarungsbestimmungen oder der Praxis. Häufig verpflichtet sich die Gemeinde zur Verwaltung der Zahlungsausstände;

---

<sup>29</sup> Art. 10 Abs. 1 des Gesetzes von 1990.

- Die Jugendlichen werden vom SZPD kontrolliert und behandelt. In diesem Fall und nach Artikel 9 Abs. 3 des Gesetzes von 1990 richtet der SZPD die Rechnung an die Gemeinde, diese zieht sie bei den gesetzlichen Vertreter/innen ein und verwaltet die Ausstände.

In der Beitragsleistung sind zwei Verfahrensweisen üblich: Einige Gemeinden ziehen den Beitrag bei der Abrechnung ab. Andere gewähren den Beitrag nur auf ausdrückliches Gesuch der gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter.

Das vom SZPD abgewandte System scheint bei den Gemeinden auf keine grösseren Schwierigkeiten zu stossen. So etwa erhält die Gemeinde, die die meisten Rechnungen verwaltet – das heisst die Stadt Freiburg – monatlich 300 bis 400 Rechnungen des SZPD, ausser im Dezember, wo 800 bis 900 Rechnungen eingehen. Das Gemeindesekretariat zieht von diesen Rechnungen die Höhe der Beiträge ab bzw. behält diejenigen zurück, die von der Sozialhilfe übernommen werden. Diese Aufgaben bedeuten zwei Tage Arbeit. Die Daten werden sodann in das Informatiksystem eingegeben und die Rechnungen an die Eltern versandt. Die Stadt Freiburg veranschlagt die Gesamtzahl der Zahlungserinnerungen auf 12% und die Zahl der ausgestellten Verlustscheine auf 1%.

Die Gemeinden scheinen definitiv am besten in der Lage zu sein, diese Fragen zu managen, da sie die finanzielle Situation der Eltern kennen. Somit können sie besser beurteilen, welches Inkassoverfahren anzuwenden ist. Die heutige Praxis muss also beibehalten werden.

## **(8) Leistungen des Staates**

Um die Ausführung der mit den Kontrollen und Behandlungen verbundenen Aufgaben sicherzustellen, wenn keine gemeindeeigenen Massnahmen bestehen, muss der Staat über seine eigenen Infrastrukturen verfügen oder auf Dritte zurückgreifen.

### **(A) MODALITÄTEN DER BENÜTZUNG DER STAATLICHEN INFRASTRUKTUREN**

In Berücksichtigung der Defizite, mit denen der SZPD konfrontiert ist<sup>30</sup>, wurden mehrere Lösungen für eine vermehrte Leistungsstärke seiner Infrastrukturen und Installationen geprüft. Drei Modelle wurden insbesondere untersucht:

<b>Modell</b>	<b>Kontrollen</b>	<b>Behandlungen</b>
<b>1</b>	Mobil (in mobilen Einheiten vor den Schulen)	Ortsfest (in 2 oder 3 Kliniken entsprechend dem Bedarf und auf individuellen Termin)
<b>2</b>	Ortsfest (Transporte von den Gemeinden zu organisieren)	Ortsfest (in 2 oder 3 Kliniken entsprechend dem Bedarf und auf individuellen Termin)
<b>3</b>	Mobil (in mobilen Einheiten vor den Schulen)	Mobil (in mobilen Einheiten vor den Schulen)

Das *Modell Nr. 3* kommt nicht in Frage. Erstens ist es mühsam, ganze Tage lang Behandlungen im beschränkten Raum einer mobilen Einheit zu erteilen. Zweitens erschwert ein solches System den direkten Kontakt mit den Eltern oder verunmöglicht ihn sogar. Das Gespräch mit den Eltern in der Klinik, in Anwesenheit des Kindes und sogar von dessen jüngeren Geschwistern ermöglicht aber eine Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit der stark von Karies betroffenen Zielgruppe. Drittens würde dieses Modell prohibitive Kosten verursachen: Die mobilen Einheiten müssten ausgewechselt und neu ausgerüstet werden,

<sup>30</sup> S. oben, Kapitel 3.3.

um den Hygiene- und Sterilisationsnormen sowie den technologischen Fortschritten zu entsprechen. Dieses Modell würde die heutigen Schwierigkeiten des SZPD verschärfen: Die systematische Verlegung der mobilen Einheit von einem Ort zum andern wäre sehr kostenaufwendig; der Umsatz der Zahnärztin oder des Zahnarztes würde sich noch mehr verringern.

Die auf wirtschaftlicher Ebene ideale Lösung wäre ganz klar das *Modell Nr. 2*. Dieses würde eine optimale Nutzung der ortsfesten Kliniken gewährleisten, die auch ausserhalb der Unterrichtszeiten oder sogar in den Schulferien geöffnet sein könnten. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte müssten nicht mehr von einer Gemeinde zur anderen fahren. Die Ausrüstungskosten wären auf die Anzahl ortsfester Kliniken reduziert. Mit diesem Modell käme man der Tätigkeit einer Privatpraxis am nächsten. Nur die Klientel bliebe eine andere, und dies ist kein unerheblicher Faktor in Bezug auf die Kostenanalyse. Es hat sich aber gezeigt, dass eine solche Lösung Schwierigkeiten für die Gemeinden beziehungsweise die Eltern bereiten könnte. In der Tat müssten sich alle betroffenen Kinder an den Ort begeben, wo sich die Klinik für die Kontrollen und Behandlungen befindet. Dies würde bedeuten, dass entweder die Gemeinden oder die Eltern den Transport sicherstellen müssten. Auch könnte der Schulbetrieb beeinträchtigt werden. Die Fahrzeit der Schülerinnen und Schüler würde auf die Unterrichtszeiten fallen. Sollte die Gemeinde den Transport den Eltern überlassen, würde dies bedeuten, dass jede Schülerin und jeder Schüler einzeln einen Termin bei der Zahnklinik vereinbaren müsste, so dass sich die Lehrpersonen einer Verzettelung der Absenzen in ihrer Klasse gegenüber sähen.

Um diese Schwierigkeiten zu umgehen und die Familien zu unterstützen, drängt sich die Wahl des *Modells Nr. 1* auf: Die Kontrollen werden systematisch in mobilen und die Behandlungen in ortsfesten Kliniken durchgeführt. Auf diese Weise kann der Staat eine optimale Organisation bezüglich Planung und Personaldotation vorsehen.

Die zu diesem Punkt befragten Gemeinden befürworteten in grosser Mehrheit das *Modell Nr. 1*. Jene Gemeinden, die das *Modell Nr. 2* bevorzugten, sind solche, für die es am leichtesten wäre, ortsfeste Kliniken zu benützen. Nicht überraschend ist, dass auch die Gemeinden, die den SZPD nicht beanspruchen, für das *Modell Nr. 2* sind, das sie ja heute schon praktizieren.

## **(B) ANZAHL NÖTIGER ORTSFESTER KLINIKEN**

Um die Anzahl ortsfester Kliniken zu bestimmen, die für die Wahrnehmung der Aufgaben des für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienstes nötig sind, brachte die Arbeitsgruppe die Anzahl betroffener Kinder (Statistik SZPD 2012), die Nähe der Privatzahnärztinnen und -ärzte<sup>31</sup> sowie die Standorte der Schulen in Anschlag.

Die Vernehmlassung wird es ermöglichen, die Anzahl Kliniken genauer zu bestimmen, da die Gemeinden aufgefordert werden, die Wahl, die sie vor dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes treffen werden, anzugeben (Errichtung eines kommunalen Schulzahnpflegedienstes, Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten, subsidiäre Übernahme durch den für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienst). Zur Stunde gründen die Organisation und die Kosten auf der folgenden Hypothese: Der Staat verfügt über 3 ortsfeste Kliniken: eine für den Saanebezirk, die zweite für den Greyerzbezirk, die dritte für den Glane- und den Broyebezirk. Die Gemeinden des Sense- und des Seebezirks ziehen schon heute zu einem grossen Teil Privatzahnärztinnen und -ärzte heran, so dass der Bedarf an einer ortsfesten Klinik in diesen beiden Regionen vermutlich nicht gegeben ist.

---

<sup>31</sup> Anhang 2 : Karte der privaten Zahnarztpraxen, Stand 2013.

### **(C) ANZAHL NOTWENDIGER MOBILER KLINIKEN**

Die Arbeitsgruppe kam aufgrund der Anzahl der im Jahr 2012 durchgeführten Kontrollen zum Schluss, dass für die Ausführung der Kontrollen drei mobile Einheiten erforderlich wären. Diese mobilen Einheiten wären mit dem bestehenden medizinischen und Informatikmaterial ausgerüstet, ohne Radiologie und Sterilisation<sup>32</sup>.

### **(D) LEISTUNGSaufTRAG AN DRITTE**

Immer häufiger erfüllt der Staat Aufgaben, die nicht unter seine Hauptfunktionen fallen, in Zusammenarbeit mit Privatunternehmen. Zu den von ihm benützten Instrumenten zählen Auslagerung, Leistungsauftrag, Vergabe von Unteraufträgen, Vorbereitung und Durchführung von Aufgaben in Form von Public Private Partnership (PPP). Die letztere Lösung nimmt in der Schweiz an Bedeutung zu: Sie stellt einen dritten Weg zwischen einer internen Neuorganisation der Verwaltung und der völligen Privatisierung dar.

Derzeit besteht im Kanton Wallis ein Leistungsauftragssystem. Mit der Schulzahnmedizin ist die « Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse » betraut. Diese Vereinigung hat kürzlich einen Teil der Pädodontie (Screening und Behandlungen) in den am weitesten entfernten Seitentälern an Privatzahnärztinnen und -ärzte abgetreten. Die mobilen Kliniken wurden aufgegeben und nur ein paar grosse ortsfeste Kliniken in der Ebene beibehalten.

Der Kanton Freiburg kennt schon heute das Leistungsauftragssystem, mit dem die Ausführung der Schulzahnmedizin gewährleistet wird: Im Jahr 2012 greifen 34 Gemeinden aufgrund einer Vereinbarung auf Privatzahnärztinnen und -ärzte zurück. Die betreffenden Gemeinden sind damit so zufrieden, dass sie das gewählte System auf keinen Fall ändern möchten.

Obwohl Leistungsaufträge Nachteile aufweisen können, sollte nicht auf diese Formel verzichtet werden. Um Risiken auszuschalten, können vor allem Klauseln in die Auftragsvereinbarung eingebaut werden, dank denen es möglich ist, (1) die Qualität der geleisteten Arbeit zu überprüfen, (2) die zumutbaren Kosten der Leistungen zu gewährleisten, (3) Sofortmassnahmen zu ergreifen, wenn die Qualitätsanforderungen nicht erfüllt werden, und (4) sich zu vergewissern, dass die Struktur in der Lage ist, alle ihr anvertrauten Jugendlichen zu betreuen.

Die Vereinbarung zwischen dem Staat und einer Privatpraxis, eine echte, auf die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben gegründete Partnerschaft, müsste somit die folgenden Fragen abdecken:

- Inhalt der erwarteten Leistungen;
- Kosten der den Eltern verrechneten Leistungen (Taxpunktwert);
- Qualitätskriterien in Bezug auf das beschäftigte Personal und die Personalpolitik;
- Staatliche Kontrolle der Modalitäten für die Ausführung des Mandats (Art und Qualität der erteilten Leistungen, Rechnungserstellung, Einhaltung der gesetzlichen Normen).

Sollte diese Option gewählt werden, müsste überprüft werden, inwieweit solche Vereinbarungen den gesetzlichen Bestimmungen über die öffentlichen Märkte unterstellt sind<sup>33</sup>.

## **(9) Synthese**

Aufgrund der obigen Erwägungen können die folgenden Vorschläge formuliert werden:

- Die Kontroll- und Behandlungspflicht wird beibehalten;

---

<sup>32</sup> S. unten, Kapitel 6.1.

<sup>33</sup> S. hierzu ZUFFEREY, J.-B., Le droit des « PPP », état des lieux, Marchés publics 2010, S. 257ff.

- Die Kontrollpflicht wird nicht auf die Kinder im Vorschulalter und die Jugendlichen nach dem schulpflichtigen Alter ausgedehnt;
- Zusammen mit der SSO-Freiburg wird die Möglichkeit eines Verbilligungsgutscheins geprüft, mit dem die Jugendlichen eine Kontrolle nach dem schulpflichtigen Alter beanspruchen können;
- Die freie Zahnarztwahl für die Kontrollen und Behandlungen bleibt bestehen;
- Die Gemeinden sind nach wie vor für die Organisation der Kontrollen und Behandlungen verantwortlich;
- Den Gemeinden steht es nach wie vor frei, ihren eigenen Schulzahnpflegedienst zu errichten oder eine Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen oder Zahnärzten abzuschliessen;
- Wenn die Gemeinde keine eigenen Massnahmen getroffen hat, stellt der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst auf dem Verfügungsweg die Ausführung der schulzahnmedizinischen Aufgaben sicher (subsidiäre Rolle des Staates);
- Für die Gemeinden, die die Ressourcen des für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienstes beanspruchen, erfolgen die Kontrollen in mobilen Einheiten in der Nähe der Schulen und die Behandlungen in ortsfesten Kliniken;
- Für die Ausführung seiner Aufgaben verfügt der Staat grundsätzlich über drei ortsfeste Kliniken (Behandlungen) und drei mobile Einheiten (Kontrollen);
- Für den Betrieb der ortsfesten Kliniken kann der Staat allenfalls Leistungsaufträge mit privaten Partnern abschliessen;
- Der heutige Verrechnungsmodus wird beibehalten.

### 5.3.2. Kostenübernahme

#### a. *Heutige Situation*

2012 betrug das Defizit des Sektors Pädodontie mehr als 575 000 Franken<sup>34</sup>.

Für die ortsfesten pädodontischen Kliniken übernimmt die Stadt Freiburg seit 2013 die für einen Teil ihrer Schulen vorgesehenen Räume (Klinik Pérolles). Das Gleiche gilt seit 2013 beim Gemeindeverband des Greyerzbezirks für die OS. Die Klinik des Buissonnets geht nach wie vor zu Lasten der Stiftung Les Buissonnets. An den Kosten der vier mobilen Kliniken beteiligt sich keine Gemeinde. Die Gemeinden Bulle, Marly, Villars-sur-Glâne und Düdingen sowie der Gemeindeverband des Glanebezirks für die OS stellen seit Jahren die nötigen Räume für den Betrieb der ortsfesten pädodontischen Kliniken zur Verfügung.

#### b. *Vorgesehene Situation*

##### (1) **Allgemein**

Die heute disparate und ungerechte Situation muss korrigiert werden. Im Bereich der Pädodontie drängt sich eine Klärung der Rollen von Staat und Gemeinden auf: Die Gemeinden sind für die Organisation zuständig und tragen deren Kosten. Der Staat stellt für die Deckung des Bedarfs jener Gemeinden, die keine eigenen Massnahmen ergriffen haben, Personal und Infrastrukturen guter Qualität zur Verfügung. Die entsprechenden Kosten werden durch die den Eltern verrechneten Kosten gedeckt, mit Ausnahme der mobilitätsbedingten Mehrkosten, die von den Gemeinden übernommen werden müssen<sup>35</sup>.

Im Übrigen müssen verschiedene Massnahmen ergriffen werden, um die Ressourcen an Infrastrukturen und Personal des für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienstes zu rationalisieren. So werden die ortsfesten Kliniken künftig an 223 Tagen im Jahr geöffnet sein (somit auch während der Schulferien), statt wie heute

---

<sup>34</sup> S. Anhang 1.

<sup>35</sup> S. unten, Kapitel 5.3.2.b., Ziffer (2).

an nur 180 Tagen. Auf diese Weise werden die Eltern über zusätzliche Zeitfenster für die Behandlung ihrer Kinder verfügen. In der Tat besteht kein Grund dafür, dass eine Klinik nur während der Unterrichtstage geöffnet ist. Dank einer besseren Verteilung der Zuständigkeiten und Ressourcen wird es mit einer praktisch gleichen Anzahl VZÄ möglich sein, eine Ausweitung der Öffnungstage der Kliniken um rund 30% zu bewältigen. Weil der Staat künftig die Kosten in Verbindung mit den ortsfesten Kliniken trägt, fallen neu Mietkosten für ihn an. Anhand der beiliegenden, verschiedene Kriterien umfassenden Tabelle<sup>36</sup> können die Kosten der Pädodontie ab dem Inkrafttreten des Gesetzes aufgrund der Statistik 2012 der Pädodontie-Klientel beziffert werden. Wie sich feststellen lässt, wird ein ausgeglichenes Budget für die Pädodontie künftig praktisch erreicht.

## **(2) Mobilitätsbedingte Mehrkosten**

Die Mobilität hat ihren Preis: Ausrüstung, Auswirkung auf den Umsatz der Zahnärztinnen und Zahnärzte, Fahrkosten. Dieser Preis kann nicht voll und ganz auf dem Weg der Leistungsverrechnung an die Eltern überwältigt werden. Ebenso wenig geht es an, dass der Staat diesen nicht gedeckten Anteil vollumfänglich übernimmt. Obwohl das Gesetz von 1990 vorschreibt, dass die Gemeinden die Räume für die Pädodontie in ortsfesten Kliniken zur Verfügung stellen, übernimmt heute der Staat allein sowohl die Anschaffung als auch den Betrieb der mobilen Einheiten. Es ist nur gerecht, wenn die Gemeinden, die von den mobilen Dienstleistungen profitieren, auch ihre Mehrkosten tragen. In der Tat haben sie zwei andere Alternativen, um diese Kosten zu vermeiden: den Abschluss einer Vereinbarung mit einer Privatzahnärztin bzw. einem Privatzahnarzt oder die Errichtung ihres eigenen Schulzahnpflegedienstes.

Die mit der Mobilität verbundenen Mehrkosten sind errechnet worden<sup>37</sup>: Sie machen einen durchschnittlichen Aufwand von 600 Franken pro Stationierungstag aus. Die durch die Ausführung der Kontrollen anfallenden Kosten (Gehalt der Zahnärztinnen und Zahnärzte, Assistentinnen und Assistenten während der Kontrollen und medizinische Produkte) sind in diesem Betrag natürlich nicht inbegriffen. Diese werden der Gemeinde in Rechnung gestellt, die ihrerseits ihre Rückerstattung von den Eltern verlangen kann. Immerhin bleiben die Mehrkosten in einem zumutbaren Rahmen, verglichen mit den Vorteilen, die der Gemeinde durch die Präsenz einer mobilen Einheit in Schulnähe erwachsen. Die Stationierung zu diesem Preis ist aber nur möglich, wenn 50 Kinder pro Tag kontrolliert werden können. Dank dieses gemeindenahen Angebots können die Schulbehörden die Kontrollzeiten sehr genau planen. Ausserdem wird sich auf diese Weise die Verzettelung der Absenzen in Verbindung mit den Fahrten der Schülerinnen und Schüler, die sich sonst für die obligatorische Kontrolle zu den Zahnärztinnen und Zahnärzten begeben müssen, vermeiden lassen.

Die Beteiligung der Gemeinden an diesen Mehrkosten ist gerechtfertigt, denn der Staat übernimmt das ganze Defizit der Pädodontie und stellt den Gemeinden Infrastrukturen und Personal bester Qualität zur Verfügung. Im Gegenzug werden die Gemeinden nicht mehr, wie heute vom Gesetz verlangt, die Kosten der Räume zu tragen haben.

---

<sup>36</sup> S. Anhang 1.

<sup>37</sup> Diese Summe setzt sich insbesondere aus den folgenden Elementen zusammen: (1) Zeitverlust des Personals während der Umplatzierungen und der Installierung der mobilen Klinik; (2) Mehrkosten der Infrastruktur gegenüber einer ortsfesten Praxis (Unterhaltskosten für Fahrzeug und Apparate, Fahrzeugbenutzungskosten).

### **(3) Beitragsleistung**

Heute müssen die Gemeinden den auf ihrem Gebiet wohnhaften Eltern, die in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen leben, eine finanzielle Hilfe an die Kosten der Kontrollen und Behandlungen gewähren. Zu diesem Zweck erlassen sie ein Reglement<sup>38</sup>.

Dieser Punkt wurde namentlich von den befragten Gemeinden nicht angefochten. Die Gemeinden sind mehrheitlich für einen solchen Beitrag an die Kontrollen und Behandlungen.

Demzufolge soll das heutige System beibehalten werden. Die Gemeinden müssen ein Reglement aufstellen, das dann von der Direktion genehmigt wird.

## **5.4. Kieferorthopädie**

### **5.4.1. Organisation**

#### **a. Heutige Situation**

Seit 1988 stellt der SZPD die kieferorthopädischen Behandlungen für die Jugendlichen im schulpflichtigen Alter sicher. Diese Aufgabe scheint aus dem heutigen Gesetz hervorzugehen, das die kieferorthopädischen Behandlungen den Zahnbehandlungen gleichstellt<sup>39</sup>. Obwohl der Artikel 10 Abs. 1 die Gemeinden verpflichtet, Eltern, die in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen leben, einen finanziellen Beitrag an die Kosten der Zahnkontrolle *und die Behandlungskosten* zu gewähren, betrachten die Gemeinden kieferorthopädische Behandlungen immer weniger als *Zahnbehandlungen*.

In der Vergangenheit wurden die kieferorthopädischen Behandlungen eingeführt, um das finanzielle Defizit der Pädodontie zu kompensieren. Das Resultat ist überzeugend: 2012 verschaffte die Kieferorthopädie dem SZPD einen Gewinn in Höhe von 280 000 Franken. Nichtsdestotrotz beinhaltet die Praxis der Kieferorthopädie erhebliche Risiken in Verbindung mit dem Personal, namentlich die Schwierigkeit, bei krankheitsbedingten oder anderen Absenzen Stellvertretungen zu finden.

#### **b. Vorgesehene Situation**

Die kieferorthopädischen Behandlungen gehören nicht zu den grundlegenden Aufgaben der Schulzahnmedizin. Wo die Gesundheit des Kindes auf dem Spiel steht, werden solche Behandlungen durch private Kieferorthopädinnen und -orthopäden durchgeführt, die für die Finanzierung auf die Leistungen der Invalidenversicherung zurückgreifen. Es ist nicht am Staat, an die Stelle dieser Leistungen zu treten.

Der SZPD zählte im November 2013 rund 800 Jugendliche (mit einer herausnehmbaren oder festsitzenden Zahnsperre) in seiner aktiven Klientel. In Anbetracht des Kieferorthopädenmangels geht es nicht an, diese Klientel heute in die freie Medizin zurückzuschicken.

Der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst muss deshalb kieferorthopädische Behandlungen erteilen können, wenn ein Mangel an privat praktizierenden Fachpersonen für Kieferorthopädie herrscht.

### **5.4.2. Kostenübernahme**

#### **a. Heutige Situation**

Heute werden die Kosten der Kieferorthopädie den Gemeinden in Rechnung gestellt, die sie ihrerseits den Eltern oder anderen gesetzlichen Vertretungen verrechnen.

---

<sup>38</sup> Art. 10 des Gesetzes von 1990.

<sup>39</sup> Art. 2 Abs. 1 und 3 des Gesetzes von 1990.

## *b. Vorgesehene Situation*

Wenn der Staat kieferorthopädische Behandlungen unter den oben genannten Voraussetzungen sicherstellen muss, muss er dies weiterhin in eigener Verantwortung tun. Da diese Behandlungen in keiner Weise obligatorisch sind, besteht kein Grund, sie den Gemeinden in Rechnung zu stellen. Es ist also an dem für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienst, seine Rechnungen einzutreiben.

Die Gemeinden begrüssen nahezu einhellig diesen Vorschlag.

Was die Beitragsleistung angeht, so sind die Gemeinden stark gegen die Beibehaltung eines finanziellen Beitrags an kieferorthopädische Behandlungen. Da es sich um keine Behandlungen handelt, die unter volksgesundheitlichem Aspekt unverzichtbar sind, muss es den Gemeinden frei gestellt werden zu entscheiden, ob sie Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen einen Beitrag gewähren wollen oder nicht.

## **5.5. Aufsicht und Monitoring**

### **5.5.1. Aufsicht**

#### *a. Qualitätskontrolle*

Nachdem also die Gemeinden künftig ihren eigenen Schulzahnpflegedienst errichten, Zahnärztinnen oder Zahnärzte ihrer Wahl oder, wo dies nicht möglich ist, die Leistungen des für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienstes beanspruchen können, besteht die Gefahr einer gewissen Disparität in den Umsetzungsmodalitäten. Es ist Sache des Staates, auf dem ganzen Kantonsgebiet eine Mindestqualität in diesem Bereich sicherzustellen. Hier ist die Frage der Gleichbehandlung der Jugendlichen von grösster Bedeutung.

Zu diesem Zweck wird der Staat überprüfen müssen, dass jede Gemeinde ihren Aufgaben im schulzahnmedizinischen Bereich einwandfrei nachkommt. Er wird auch kontrollieren, ob die Vereinbarung zwischen Gemeinde und privater Zahnärztin bzw. privatem Zahnarzt einen Standard bezüglich der Mindestqualität enthält. Wenn Probleme auftreten, kann er Kontrollen auf dem Terrain durchführen. Der Staat wird aber darauf bedacht sein müssen, den Gemeinden nicht derart detaillierte Anweisungen zu erteilen, dass sie jede Autonomie in der Ausführung ihres Auftrags einbüßen.

Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben verfügt der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst vor allem über eine Vertrauenszahnärztin oder einen Vertrauenszahnarzt.

#### *b. Nachverfolgung der Kontrollen und Behandlungen*

Der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst muss sich auch vergewissern, dass die Jugendlichen einer jährlichen Zahnkontrolle und den von den Privat- oder Schulzahnärzt/inn/en empfohlenen Behandlungen unterzogen worden sind. Die Jugendlichen, die Privatzahnärztinnen oder Privatärzte konsultiert haben, müssen vor dem Termin der Jahreskontrolle ein Attest bei der Schule einreichen. Andernfalls werden sie von den Schulzahnärztinnen und -ärzten kontrolliert. Wenn die obligatorischen Behandlungen nicht durchgeführt worden sind, sendet der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst den gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern auf Verlangen der behandelnden Zahnärzt/inn/en ein Erinnerungsschreiben. Wird auch diesem nicht stattgegeben, kommt es zu einer Verfügung und einer Strafanzeige beim Oberamt.

Dieses seit langem bewährte Vorgehen hat sehr zufrieden stellende Ergebnisse gezeitigt. Es muss beibehalten werden. Allerdings darf die administrative Arbeitsbelastung nicht unterschätzt werden.

c. *Einsprachen gegen die von den Schulzahnärztinnen und -ärzten erteilten Behandlungen*

Es kommt vor, dass die von den Schulzahnärztinnen und -ärzten erteilten Kontrollen und Behandlungen Gegenstand von Einsprachen seitens der Eltern oder gesetzlichen Vertretungen sind. Die Vertrauenszahnärztin oder der Vertrauenszahnarzt untersucht diese Einsprachen und entscheidet darüber.

d. *Kosten und nötiges Personal für die Aufsichtsaufgaben*

Diese Kosten werden vom Staat übernommen. Derzeit machen sie eine Summe in Höhe von 127 000 Franken aus<sup>40</sup>. Mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes können die Aufgaben teilweise rationeller ausgeübt werden, so dass sich, mit aller Vorsicht, für die Zukunft eine Gesamtsumme von 110 000 Franken veranschlagen lässt<sup>41</sup>.

### 5.5.2. Monitoring

Der Staat muss die Entwicklung der Instrumente für das Monitoring und die Kontrolle der öffentlichen Politik im Bereich Schulzahnmedizin weiterhin vorantreiben. Diese sind in mehrerer Hinsicht unentbehrlich:

- Sie ermöglichen es, die Auswirkungen der angewandten Politik zu überprüfen, rasch die nötigen Korrekturen vorzunehmen und Neuausrichtungen zu definieren;
- Dank dieser Instrumente kann der Staat die Risikogruppen besser identifizieren und seine Interventionen effizient steuern. Zugunsten von gezielten und effizienten Massnahmen wird die Verteilung von Massnahmen, die für eine Mehrheit der Empfänger redundant wären, nach dem Giesskannenprinzip vermieden;
- Mit Hilfe eines gut definierten Instruments lassen sich die Erfahrungen, die den in anderen Kantonen oder im Ausland durchgeführten Studien zu entnehmen sind, aufgreifen.

Der Kanton Basel-Land führt im Fünfjahresrhythmus zusammen mit der Universität Basel eine Befragung auf den verschiedenen Schulstufen durch. Diese Befragung zentriert sich auf die Mund- und Zahnhygiene, die Ernährungsgewohnheiten sowie die Einführung prophylaktischer Massnahmen. Sie berücksichtigt auch die Daten in Verbindung mit der Staatsangehörigkeit der Jugendlichen. Dank dieser Studie ist der Kanton Basel-Land in der Lage, seinen DT-Index *CAO*<sup>42</sup> (schadhafte bleibende Zähne) beziehungsweise *cao* (schadhafte Milchzähne) zu ermitteln und so dessen Entwicklung über fünf Jahre hinweg zu untersuchen. Angesichts der Erfahrung dieses Kantons wäre es von Nutzen, diese Art Monitoring zum Vorbild zu nehmen.

---

<sup>40</sup> S. Anhang 1.

<sup>41</sup> S. Anhang 1.

<sup>42</sup> Mittelwert, der sich ergibt, indem man die Gesamtzahl kariöser Zähne, wegen Karies fehlender Zähne und plombierter Zähne durch die Anzahl untersuchter Personen dividiert. Anhand dieses Mittelwerts lässt sich das Niveau des Kariesbefalls einer bestimmten Bevölkerungsgruppe messen.

## **6. Auswirkungen des neuen Gesetzes**

### **6.1. Finanzielle und personelle Auswirkungen**

Anhand der Vergleichstabelle mit den Sektoren Pädodontie, Prophylaxe sowie den Aufsichtsaufgaben kann festgestellt werden, dass die Umsetzung des Gesetzes einen Rückgang des Defizits von 981 197 Franken in der Rechnung 2012 auf 349 849 Franken im Jahr 2016 bewirken wird. Dank der strukturellen Massnahmen gemäss dem neuen Gesetz wird sich die Pädodontie praktisch selbst finanzieren können, indem das Defizit um mehr als 500 000 Franken zurückgeht. Das Gesamtergebnis könnte je nach der künftigen Entwicklung des Sektors Kieferorthopädie und des allenfalls daraus resultierenden Gewinns verbessert werden. Diese Entwicklung hängt hauptsächlich von den Schwierigkeiten der Rekrutierung von Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden ab.

Beim Personalbestand (ohne Berücksichtigung des Sektors Kieferorthopädie) wird das neue Gesetz zu einem Rückgang von 20.71 auf 18.22 VZÄ führen. Dieser Personalabbau kann namentlich für die Sektoren Prophylaxe und Pädodontie durch Pensionierungen aufgefangen werden.

Die Umsetzung des Gesetzes bedingt bestimmte Investitionsausgaben, die heute noch nicht genau zu evaluieren sind. Es handelt sich um die folgenden Elemente:

- Mobile Kliniken: Anschaffung von drei Fahrzeugen und Ausrüstung (mit schon vorhandenem Material)<sup>43</sup>;
- Umbau oder Verlegung der bestehenden Kliniken für Pädodontie und Kieferorthopädie, je nach den betroffenen Gemeinden und gewählten Standorten.

### **6.2. Auswirkungen auf die Aufgabenteilung Staat-Gemeinden**

Das neue Gesetz ermöglicht eine nötige Klärung in der Verteilung der Aufgaben zwischen dem Staat und den Gemeinden sowie eine den Entscheiden des Gesetzgebers konforme Umsetzung. Die folgende Tabelle zeigt die künftige Situation im Vergleich zur heutigen:

---

<sup>43</sup> Nach einer ersten Schätzung ist mit einem Gesamtbetrag von etwa 160'000 Fr. pro Fahrzeug zu rechnen.

<b>Aufträge</b>		<b>Gesetz von 1990/ Heutige Praxis</b>	<b>Neues Gesetz</b>
<b>Prophylaxe</b>		Staat	Staat
<b>Pädodontie</b>	Kontrollen und Behandlungen	Gemeinden	Gemeinden
	Räume	Gemeinden nach dem Gesetz, unterschiedlich in der Praxis	Staat Gemeinden, wenn Vereinbarung mit privater Zahnärztin / privatem Zahnarzt
	Kosten in Verbindung mit der Mobilität	Gemeinden nach dem Gesetz, Staat in der Praxis	Gemeinden
	Beitragsleistung der Gemeinde	Gemeinden	Gemeinden
	Ausstände	Gemeinden	Gemeinden
<b>Kieferorthopädie</b>	Behandlungen	Gemeinden	Staat
	Beitragsleistung der Gemeinde	Gemeinden	Freiheit der Gemeinden
	Ausstände	Gemeinden	Staat
<b>Aufsichtsaufgaben</b>		Staat	Staat

### 6.3. Auswirkungen für die verschiedenen Partner der Schulzahnmedizin

Die Auswirkungen des neuen Gesetzes für die verschiedenen Partner der Schulzahnmedizin können mit der nachstehenden Tabelle zusammengefasst werden:

Betroffene Kollektivität	Auswirkungen	
Staat	1	Verglichen mit 2012 Rückgang des Gesamtdefizits um die Hälfte (praktisch Selbstfinanzierung der Pädodontie)
	2	Erweiterung des Leistungsangebots: - Öffnung der pädodontischen Kliniken an 223 Tagen (statt an 180 Tagen im Jahr 2012) - Vermehrte Mobilität für die Jahreskontrollen, die alle mobilen Kliniken vor den Schulen stattfinden (daher weniger Fahrten von Schülerinnen und Schülern) -
Gemeinden	1	Gleichbehandlung der Gemeinden: - Die Räume werden nicht mehr von den Gemeinden, wo sich die Kliniken befinden, zur Verfügung gestellt - Die Mehrkosten der Kontrollen in mobilen Kliniken werden jeder Gemeinde in Rechnung gestellt, unabhängig von ihrer Entfernung von einer ortsfesten Klinik und nach der Anzahl Stationierungstage
	2	Beibehaltung der freien Wahl der Leistungserbringer für die Schulzahnmedizin (Prophylaxe und Pädodontie)
	3	Rückgang der Kosten in Verbindung mit dem Transport der Schülerinnen und Schüler für die Kontrollen
Eltern / gesetzliche Vertreter/innen	1	Beibehaltung der freien Wahl der Leistungserbringer für die Kontrollen und Behandlungen
	2	Akzeptable Kosten der Leistungen in der Pädodontie (Taxpunktwert 3.30 Fr. im Jahr 2013, 3.50 Fr. im Jahr 2014, 3.70 Fr. mit der Gesetzesrevision)
	3	Öffnung der Kliniken an 223 Tagen
	4	Einbusse an Gemeindenähe (Behandlungen erfolgen nur in drei ortsfesten Kliniken)
Lehrpersonen		Bessere Einbindung der Prophylaxe in den Stundenplan durch eine Dauer, die derjenigen einer Unterrichtseinheit entspricht (45 Minuten)

#### 6.4. Verfassungsmässigkeit, Vereinbarkeit mit Bundesrecht und europäischem Recht

Die Bundesverfassung enthält keine Bestimmung in Bezug auf die Zahngesundheit der Jugendlichen. Nach Artikel 68 Abs. 1 der Verfassung des Kantons Freiburg bemüht sich der Staat um die Gesundheitsförderung und sorgt dafür, dass jeder Person die gleichen Pflegeleistungen zugänglich sind. Nach Artikel 34 Abs. 2 haben Kinder und Jugendliche Anspruch auf besonderen Schutz ihrer körperlichen und geistigen Unversehrtheit, auch innerhalb ihrer Familie. Das neue Gesetz fügt sich klar in diese Aufträge ein.

Das Bundesrecht enthält keine Bestimmung, die den Zielen des Gesetzes entgegensteht. Das Gleiche gilt für das europäische Recht.

## **6.5. Referendumsklausel**

Die Anwendung des Gesetzes wird keine Ausgaben bewirken, die ein obligatorisches oder fakultatives Finanzreferendum nach Artikel 45 Bst. b und 46 Abs. 1 Bst. b der Verfassung des Kantons Freiburg bedingen. Hingegen unterliegt es der fakultativen Volksabstimmung nach Artikel 46 Abs. 1 Bst. a der Verfassung.

## **6.6. Beurteilung der Nachhaltigkeit des Projekts**

Diese Überprüfung wird während der Vernehmlassung erfolgen.

## 7. Erläuterung der Bestimmungen

### Systematik

Die Systematik des Gesetzes bestimmt sich nicht nach der vorgeschlagenen Organisation, sondern nach dem Inhalt der Schulzahnmedizin.

### Titel

Die Wahl des Gesetzstitels («Gesetz über die Schulzahnmedizin») zeigt, dass der Akzent künftig auf eine Politik der öffentlichen Gesundheit und nicht auf den Inhalt der verschiedenen Aufgaben gesetzt wird.

## 1. KAPITEL

### Allgemeine Bestimmungen

#### Art. 1

Der Zweck des Gesetzes bleibt unverändert: Es bezweckt nach wie vor die Förderung der Hygiene und die Bekämpfung von Karies, parodontalen Schäden und Missbildungen im Mund- und Zahnbereich.

#### Art. 2

Aus den weiter oben erläuterten Gründen<sup>44</sup> ist es nicht angezeigt, den Geltungsbereich des Gesetzes allgemein auf die Kinder vor dem und die Jugendlichen nach dem schulpflichtigen Alter auszudehnen. Aus diesem Grund gilt das Gesetz für die Kinder und Jugendlichen, die die obligatorische Schule *besuchen* (unter Vorbehalt von Informationskampagnen nach Art. 5 Abs. 3). Dies bedeutet, dass der Besuch einer Schule Voraussetzung dafür ist, dem Gesetz unterstellt zu sein, unabhängig vom Alter (10. Schuljahr). Diese Bestimmung gilt auch für die Kinder und Jugendlichen in den Sonderschulen. Denn auch in diesen Schulen wird zwischen obligatorischer Schulzeit und nachobligatorischer Ausbildungsstufe unterschieden.

Für die Bestimmung des Wohnsitzes siehe Erläuterung zu Artikel 10.

#### Art. 3

In Anbetracht der verschiedenen Partner (Kinder und Jugendliche, gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter, Gemeinden, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Dienststellen des Staates) drängen sich klare Begriffsbestimmungen auf. Alle Partner müssen ihre Rechte und Pflichten leicht zur Kenntnis nehmen können.

#### Art. 4

Für die Ausführung ihrer Aufgaben müssen die betroffenen Behörden (Gemeindebehörden für die Rechnungstellung, der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst für die Aufsicht über die Kontrollen und Behandlungen sowie die Rechnungstellung) auf die im Rahmen der Einwohnerkontrolle angelegten Dateien zugreifen können<sup>45</sup>. Um diesen Zugriff zu erlauben, bildet der Artikel 4 die geeignete gesetzliche Grundlage.

## 2. KAPITEL

### Prophylaxe

#### Art. 5

Diese Bestimmung greift die weiter oben dargestellte Organisationsart auf<sup>46</sup>. Den Gemeinden steht es frei, den Prophylaxe-Unterricht in ihren Schulen zu erteilen, wenn sie dies möchten. In diesem Fall müssen sie die Kosten tragen. Mindestvoraussetzung ist, dass in den Klassen vom 1. Kindergartenjahr bis zur 6. Primarschulklasse alljährlich eine Prophylaxe-Lektion erteilt wird.

---

<sup>44</sup> S. oben, Kapitel 5.3.1.b, Ziffer (3) und (4).

<sup>45</sup> S. Art. 16 des Gesetzes vom 23. Mai 1986 über die Einwohnerkontrolle (SGF 114.21.1).

<sup>46</sup> S. oben, Kapitel 5.2.1.b.

Für die Kinder von 0-4 und die Jugendlichen über 16 Jahre können auf dem Weg über betroffene öffentliche und private Organismen (Kinderärzt/innen, Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen, Dienste für die Hilfe an Jugendliche, Direktionen der Schulen und Berufsschulen usw.) Informationskampagnen organisiert werden.

#### **Art. 6**

Um die Arbeit der mit der Prophylaxe beauftragten Personen zu rationalisieren, müssen Unterrichtseinheiten in ein und derselben Schule zusammengelegt werden<sup>47</sup>. Die Schulbehörden (Gemeindeexekutive, Schulkommission, Schulleiter/in) müssen in der Umsetzung dieser Massnahmen zusammenarbeiten, um für die Prophylaxe-Instruktorinnen optimale Rahmenbedingungen zu schaffen.

### **3. KAPITEL**

#### **Pädodontie**

#### **Art. 7**

Die Kontroll- und Behandlungspflicht und die freie Zahnarztwahl bilden den Kern der öffentlichen Politik im Bereich Schulzahnmedizin<sup>48</sup>.

Übrigens muss zwischen der Kontroll- und der Behandlungspflicht unterschieden werden. Die Freiheit, über eine medizinische Behandlung zu entscheiden, setzt Urteilsfähigkeit voraus, und diese wiederum bedingt, dass die betroffene Person über die nötigen Informationen verfügt, um sich eine Meinung bilden zu können. Damit diese Informationen zur Verfügung stehen, ist die Durchführung einer Zahnkontrolle unerlässlich. Die Kontrolle als solche scheint somit nicht problematisch zu sein. Im Übrigen würden Gründe des Kinderschutzes und der öffentlichen Gesundheit eine Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Freiheit rechtfertigen, sollte diese beeinträchtigt sein.

Bezüglich der Behandlungspflicht ist der Artikel 48 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes (GesG) heranzuziehen: Keine Pflege kann ohne die freie und aufgeklärte Einwilligung der urteilsfähigen Patientin oder des urteilsfähigen Patienten erteilt werden, ob sie oder er volljährig ist oder nicht. Unter diesem Aspekt könnte man auf den ersten Blick meinen, dass die Behandlungspflicht gegen diesen Grundsatz verstösst. Dies trifft aber nicht zu, und zwar aus den folgenden Gründen:

- Es handelt sich um einen Fall von Abweichung zwischen einer *lex generalis* (GesG) und einer *lex specialis* (SZMG). Das GesG (ein dem SZMG grundsätzlich gleichrangiges Gesetz) bildet kein Hindernis für eine Abweichung des SZMG (Anwendungsvorrang der *lex specialis* und der *lex posterior*);
- Materiell rechtfertigt sich die Bestimmung des SZMG über die Behandlungspflicht. Gründe des Kinderschutzes (durch den Zugang zur geeigneten Pflege) und der öffentlichen Gesundheit legitimieren diese freilich zwingende Massnahme. Um medizinisch intervenieren und die Leistung in Rechnung stellen zu können, braucht es eine klare gesetzliche Grundlage.

Was die praktische Anwendung dieser Bestimmung angeht, so scheint das heutige System mit einem Erinnerungsschreiben in der ersten und einer Anzeige beim Oberamt in der zweiten Phase angemessen zu sein. Es erlaubt eine zeitlich und im Schweregrad abgestufte Intervention. Somit wird der Grundsatz der Verhältnismässigkeit gewahrt. Mit einer systematischen Neu Beurteilung vor dem Übergang zur nächsten Phase ist es möglich, sich auf die schweren Fälle zu konzentrieren, die volksgesundheitlich relevant sind und manchmal sogar unter Misshandlung fallen. Bagatellfälle oder Fälle von Fahrlässigkeit können rasch geregelt werden, häufig mit einem einfachen Telefonanruf.

---

<sup>47</sup> S. oben, Kapitel 5.2.2.b.

<sup>48</sup> S. oben, Kapitel 5.3.1.b., Ziffer (1) und (2).

Das Bundesgericht musste sich übrigens schon im Rahmen einer abstrakten Normenkontrolle bezüglich des in Artikel 7 des Gesetzes von 1990 enthaltenen Behandlungsobligatoriums mit dieser Frage befassen. In dieser Beschwerde wurde geltend gemacht, eine solche Bestimmung beeinträchtigt die persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 Verfassung) sowie das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK). Das Bundesgericht wies die Beschwerde ab (BGE 118 Ia 427). Da die heute vorgeschlagene Bestimmung identisch ist, sind die Erwägungen dieses Entscheids nach wie vor aktuell. Die Interpretation und Anwendung dieser Bestimmung unterliegt dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit. Sie verletzt demzufolge weder die von der Bundesverfassung noch die von der europäischen Menschenrechtskonvention garantierten Rechte.

#### **Art. 8**

Die Gemeinden müssen die Ausführung der Kontrollen und Behandlungen gewährleisten. Zu diesem Zweck können sie sich frei organisieren, indem sie wahlweise ihren eigenen Schulzahnpflegedienst errichten oder eine Vereinbarung mit privaten Zahnärztinnen oder Zahnärzten abschliessen<sup>49</sup>.

Wenn eine Gemeinde die Leistungen des für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienstes beanspruchen will, erlässt der Staat eine formelle Verfügung. Der Inhalt wird vorgängig mit der Gemeinde besprochen, um in der Folge die Aufgaben auszuführen, die in der Regel Sache der Gemeinde sind<sup>50</sup>.

#### **Art. 9**

Diese Bestimmung bezweckt die Festlegung des Mindestinhalts der Vereinbarung, die mit der/dem von der Gemeinde gewählten Zahnärztin/Zahnarzt abgeschlossen werden muss. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung durch die für die Gesundheit zuständige Direktion (Art. 11). Der Staat wird eine Mustervereinbarung abfassen, die die Gemeinden frei verwenden können.

#### **Art. 10**

Diese Bestimmung beschreibt die Modalitäten, nach denen der Staat gegebenenfalls die Durchführung der Kontroll- und Behandlungsaufgaben sicherstellt. So werden die Zahnkontrollen in mobilen und die Behandlungen in ortsfesten Kliniken durchgeführt<sup>51</sup>. Der bisher praktizierte Verrechnungsmodus wird beibehalten<sup>52</sup>. Die Gemeinden müssen sich an den Mehrkosten beteiligen, die durch die Mobilität anfallen<sup>53</sup>.

Was den Absatz 4 betrifft, so definiert der Artikel 25 des Zivilgesetzbuches den Wohnsitz Minderjähriger wie folgt:

«<sup>1</sup> Als Wohnsitz des Kindes unter elterlicher Sorge gilt der Wohnsitz der Eltern oder, wenn die Eltern keinen gemeinsamen Wohnsitz haben, der Wohnsitz des Elternteils, unter dessen Obhut das Kind steht, in den übrigen Fällen gilt sein Aufenthaltsort als Wohnsitz.

<sup>2</sup> Bevormundete Kinder haben ihren Wohnsitz am Sitz der Kinderschutzbehörde.»

Um zu vermeiden, dass die Gemeinde, wo die Kinderschutzbehörde ihren Sitz hat, die Kosten zu tragen hat, muss daher auf die Gemeinde verwiesen werden, in der das Kind effektiv wohnt und die unter dem Aspekt von Artikel 25 Abs. 1 ZGB den subsidiären Wohnsitz des Kindes bildet.

#### **Art. 11**

Siehe Erläuterung zu Artikel 9.

---

<sup>49</sup> S. oben, Kapitel 5.3.1.b. Ziffer (6).

<sup>50</sup> S. oben, Kapitel 5.3.1.b. Ziffer (7) und Art. 10 Vorentwurf.

<sup>51</sup> S. oben, Kapitel 5.3.1.b. Ziffer (8).

<sup>52</sup> S. oben, Kapitel 5.3.1.b. Ziffer (7).

<sup>53</sup> S. oben, Kapitel 5.3.2.b. Ziffer (2).

#### **Art. 12**

Diese Bestimmung übernimmt das heutige, voll zufrieden stellende System<sup>54</sup>. Zu den Massnahmen, die der Dienst ergreifen kann, zählt der Kontakt mit den gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern, eine Verfügung und, wenn ihr nicht Folge geleistet wird, die Anzeige beim Oberamt (Art. 19). Auch kann in Fällen der Misshandlung die Kinderschutzbehörde kontaktiert werden (Verordnung vom 18. Dezember 2012 über den Kindes- und Erwachsenenschutz, Art. 1 Abs. 2).

#### **Art. 13**

Hier handelt es sich um eine Übernahme des heutigen Systems<sup>55</sup>.

#### **Art. 14**

Diese Formulierung zielt auf Kinder und Jugendliche, deren Eltern sich in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen befinden, und jene, die unter Vormundschaft stehen und selber in dieser Lage sind.

### **4. KAPITEL**

#### **Kieferorthopädie**

##### **Art. 15**

Aus den weiter oben ausgeführten Gründen sollen die Gemeinden nicht mehr gehalten sein, kieferorthopädische Behandlungen zu subventionieren. Die gesetzliche Grundlage wurde übrigens praktisch nicht mehr angewandt. Den Gemeinden wird es hingegen frei gestellt sein, einen Beitrag an solche Behandlungen zu leisten, wenn sie dies möchten<sup>56</sup>.

##### **Art. 16**

Da die Kieferorthopädie nicht zu den grundlegenden Aufgaben des Staates im Bereich der Zahngesundheit gehört, braucht dieser nicht an die Stelle der freien Ärzteschaft zu treten. Bei Engpässen kann der für die Schulzahnmedizin zuständige Dienst den Mangel an frei praktizierenden Kieferorthopädinnen und -orthopäden ausgleichen<sup>57</sup>. Das heutige System der Verrechnung an die Gemeinden wird aufgegeben, indem sich künftig der Staat mit der Rechnungsstellung und den Zahlungsausständen befasst.

Übrigens müssen die Jugendlichen über das obligatorische Schulalter hinaus bis zum Ende der laufenden Behandlung betreut werden können. Denn ein Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden während der Behandlung ist nicht zu empfehlen. Allfällige Rezidive bei früheren, inzwischen erwachsenen Patientinnen und Patienten nach Ablauf einer Frist für die «Garantie/Nachkontrolle» der Behandlung müssen der privaten Kieferorthopädie überlassen werden.

### **5. KAPITEL**

#### **Aufsicht**

##### **Art. 17**

Diese Bestimmung bildet die gesetzliche Grundlage, die es dem Staat erlaubt, die Entwicklung der Zahngesundheit bei den Jugendlichen nachzuverfolgen.

---

<sup>54</sup> Art. 6 Abs. 4 und 7 Abs. 2 des Gesetzes von 1990.

<sup>55</sup> Art. 9 Abs. 3 und 10 des Gesetzes von 1990.

<sup>56</sup> S. oben, Kapitel 5.4.1.b.

<sup>57</sup> S. oben, Kapitel 5.4.1.b.

## **Art. 18**

Es obliegt dem für die Schulzahnmedizin zuständigen Dienst, sich zu vergewissern, dass die Gemeinden ihren Verpflichtungen nachkommen<sup>58</sup>. Eine der Massnahmen, die die Behörde ergreifen kann, besteht darin, von der Gemeinde zu verlangen, dass sie bei schweren oder wiederholten Unterlassungen eine/n andere/n Zahnärztin/Zahnarztin wählt. Darüber hinaus gelten vollumfänglich die Bestimmungen der Gesetzgebung über die Gemeinden<sup>59</sup>.

## **6. KAPITEL 6**

### **Schlussbestimmungen**

#### **Art. 19 und 20**

Es handelt sich um eine Übernahme des heutigen Systems<sup>60</sup>, unter Vorbehalt einer Präzisierung bezüglich der Rolle der Vertrauenszahnärztin bzw. des Vertrauenszahnarztes: Klagen sind nur gegen Fälle im Zusammenhang mit den Kontrollen und/oder Behandlungen der Schulzahnärztinnen und Schulzahnärzte (Pädodontie) zulässig<sup>61</sup>.

---

## **Verzeichnis der Anhänge**

- Anhang 1: Vergleichstabelle nach Sektor 2012 und 2016  
Anhang 2: Karte der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Kanton Freiburg und Umgebung

### **Redaktion**

—

**Schulzahnpflegedienst SZPD**  
Claude Bertelletto Küng, Dienstchefin  
Alexis Overney, RA, Projektleiter

### **Auskünfte**

—

**Schulzahnpflegedienst SZPD**  
Bd de Pérolles 23, 1700 Freiburg  
T +41 26 305 98 02, F +41 305 98 09  
[www.fr.ch/SDS](http://www.fr.ch/SDS)

**Dezember 2013**

---

<sup>58</sup> S. oben, Kapitel 5.5.1.a.

<sup>59</sup> Art. 150 und folgende des Gesetzes vom 25. September 1980 über die Gemeinden (GG; SGF 140.1).

<sup>60</sup> Art. 11 und 12 des Gesetzes von 1990.

<sup>61</sup> S. oben, Kapitel 4.5.1.c.