

David Wüest-Rudin
Adrian Ritz
Urs Bolz
Nadine Berger

**Organisationsüberprüfung des Schul-
zahnmedizinischen Dienstes (SZMD)
der Stadt Bern**

Wirtschaftlichkeitsanalyse und
alternative Organisationsmodelle

Die Schriftenreihe des Kompetenzzentrums für Public Management der Universität Bern wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Rudolf Blankart

Prof. Dr. Claus Jacobs

Prof. Dr. Andreas Lienhard

Prof. Dr. Doina Radulescu

Prof. Dr. Adrian Ritz

Prof. Dr. Fritz Sager

Die inhaltliche Verantwortung für jeden Band der KPM-Schriftenreihe liegt beim Autor resp. bei den Autoren.

David Wüest-Rudin
Adrian Ritz
Urs Bolz
Nadine Berger

Organisationsüberprüfung des Schulzahnmedizinischen Dienstes (SZMD) der Stadt Bern

Wirtschaftlichkeitsanalyse und alternative Organisationsmodelle

KPM-Verlag
Bern

David Wüest-Rudin ist Mitinhaber der bolz+partner consulting ag und Berater sowie Verwaltungsrat eines Privatspitals.

Prof. Dr. Adrian Ritz ist Dozent und Mitglied der Geschäftsleitung am Kompetenzzentrum für Public Management der Universität Bern.

Dr. Urs Bolz ist geschäftsführender Partner der bolz+partner consulting ag und Präsident des Verwaltungsrats.

Nadine Berger ist Beraterin und Projektassistentin bei bolz+partner consulting ag.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Organisationsüberprüfung des Schulzahnmedizinischen Dienstes (SZMD) der Stadt Bern

Wüest-Rudin David ; Ritz Adrian ; Bolz Urs ; Berger Nadine
Bern 2017
ISBN 978-3-906798-65-3

Alle Rechte vorbehalten

Copyright © 2017 by KPM-Verlag Bern

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

www.kpm.unibe.ch

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VII
TABELLENVERZEICHNIS	IX
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XI
1 EINLEITUNG	1
1.1 Zum Projekt.....	1
1.1.1 Ausgangslage, Auftrag und Fragestellung	1
1.1.2 Vorgehen in drei Phasen	3
1.2 Schulzahnpflege/-medizin in Bern.....	5
1.2.1 Auftrag der Schulzahnpflege/-medizin	5
1.2.2 Das Modell SZMD Bern	9
1.3 Vergleich mit anderen Gemeinden.....	11
1.3.1 Auswahl	11
1.3.2 Übersicht der verglichenen Schulzahnkliniken.....	14
1.4 Vergleich Wirtschaftlichkeit	15
2 WIRTSCHAFTLICHKEIT SZMD.....	19
2.1 Fakten zu Kosten und Ergebnissen	19
2.1.1 Überblick.....	19
2.1.2 Öffentliche Schulzahnpflege	26
2.1.3 Schulzahnklinik (Behandlung Kinder/Jugendliche)	32
2.1.4 Öffentliche Zahnklinik (Behandlung Erwachsener)	38
2.1.5 Differenzen zwischen Budget und Rechnung	40
2.1.6 Zusammenfassende Feststellungen	44
2.2 Fakten zur Betriebsführung	48
2.2.1 Führung und Organisation	48
2.2.2 Finanzielle Steuerung	51
2.2.3 Personal.....	55
2.2.4 Personaleinsatz und Infrastrukturnutzung.....	65
2.2.5 Zusammenfassende Feststellungen	72
2.3 Würdigung der Massnahmen	75
2.3.1 Handlungsbedarf.....	75
2.3.2 Massnahmen zur politischen Steuerung von Kosten und Leistungen	77
2.3.3 Exkurs: Option Spezialfinanzierung	82
2.3.4 Massnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit	87
3 MODELLE	102
3.1 Diskussion der Modelle der Schulzahnpflege/-medizin	102
3.1.1 Anmerkungen zur Modelldefinition.....	102
3.1.2 Modell 1: Schulzahnklinik in der Kernverwaltung.....	104

3.1.3	Modell 2: Selbstständiger Staatsbetrieb.....	107
3.1.4	Modell 3: Auftrag an Schulzahnärzte/-innen	109
3.1.5	Modell 4: Umfassender Auftrag an Privatfirma	113
3.2	Vertiefung Modell 2 am Beispiel der Zusammenarbeit mit der Universität	115
3.2.1	Varianten und Vorgeschichte	115
3.2.2	Mögliches Weiteres Vorgehen	120
3.2.3	Auswirkungen einer Zusammenführung von SZMD und ZMK Universität	121
3.3	Zusammenfassung.....	124
4	ZUSAMMENFASSUNG UND FOLGERUNGEN	126
4.1	Beantwortung der Fragen des Auftrags.....	126
4.2	Handlungsszenarien.....	133
4.2.1	Szenario 1: Status Quo optimiert	133
4.2.2	Szenario 2: Auslagerung in selbständigen Stadtbetrieb, inklusive Option Universität.....	135
4.2.3	Szenario 3: Zahnmedizinischer Leistungsauftrag an Private	140
4.2.4	Ergebnis und Entscheidungsbaum	141

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Kostenentwicklung in der öffentlichen Schulzahnpflege... 27	27
Abbildung 2: Kosten, Erlöse und Ergebnisse SZMD Schulzahnklinik.... 33	33
Abbildung 3: Kosten, Erlöse und Ergebnisse öffentliche Zahnklinik..... 39	39
Abbildung 4: Nettokosten SZMD Bern total, Abweichung Voranschlag vs. Rechnung	44
Abbildung 5: Organigramm SZMD Bern	50
Abbildung 6: Übersicht Varianten der engen Zusammenarbeit SZMD mit ZMK	117
Abbildung 7: Entscheidungsbaum	142

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Überblick über die Vergleichsmassnahmen	14
Tabelle 2: Überblick über die Schulzahnkliniken	15
Tabelle 3: Kostenstellen und ihre Verrechnung auf Produktgruppen	20
Tabelle 4: Übersicht Produktgruppen und enthaltene Kosten und Erlöse	21
Tabelle 5: Für die Analyse aufbereitete Kosten-/Ergebnisstruktur des SZMD	22
Tabelle 6: Kostenentwicklung in den Produktgruppen 2011 bis 2016	25
Tabelle 7: Vergleich der Kosten für Prophylaxeunterricht in CHF	29
Tabelle 8: Kosten für Kontrolluntersuchungen im Vergleich in CHF	31
Tabelle 9: Vergleich Kosten/Ergebnisse in der Schulzahnklinik 2016	37
Tabelle 10: Vergleich Kosten/Erlöse Budget zu Rechnung	41
Tabelle 11: Personalkosten in Tsd. CHF von 2011 bis 2017 mit Verhältniszahlen	56
Tabelle 12: Personalkosten in Tsd. CHF von 2014 bis 2016 im Vergleich der Kliniken	59
Tabelle 13: Entwicklung Fluktuation von 2010 bis 2016	62
Tabelle 14: Absenzenstunden pro FTE SZMD von 2011 bis 2016	63
Tabelle 15: Dienstalder im SZMD Bern und der Schulzahnklinik Schaffhausen	64
Tabelle 16: Absenzstatistik von drei Verwaltungseinheiten, Stunden pro FTE pro Jahr	64

Tabelle 17: Umsätze pro Stuhl im Jahr 2016.....	68
Tabelle 18: Durchschnittliche bzw. geschätzte Zeit für Kontrolluntersuchungen.....	70
Tabelle 19: Skills Mix der Schulzahnkliniken Jahr 2016 (ohne Auszubildende).....	71
Tabelle 20: Vor- und Nachteile Modell 1.....	106
Tabelle 21: Vor- und Nachteile Modell 2.....	108
Tabelle 22: Vor- und Nachteile Modell 3.....	111
Tabelle 23: Vor- und Nachteile Modell 4.....	114
Tabelle 24: Vor-/Nachteile, Chancen/Risiken der Zusammenführung von SZMD und ZMK.....	122
Tabelle 25: Übersicht über vier Modelle der Schulzahnpflege/ -medizin.....	124
Tabelle 26: Bewertung bzw. Kommentierung möglicher Modellwechsel.....	125
Tabelle 27: Szenario 1 - Status Quo optimiert.....	134
Tabelle 28: Szenario 2 - Auslagerung in selbständigen Stadtbetrieb...	139
Tabelle 29: Szenario 3 - Zahnmedizinischer Leistungsauftrag an Private.....	141

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AG	Aktiengesellschaft
Art.	Artikel
BGF	Brutto-Grundfläche
BSS	Direktion für Bildung Soziales und Sport
BS	Basel-Stadt
bzw.	beziehungsweise
CFO	Chief Financial Officer
CHF	Schweizer Franken
COO	Chief Operating Officer
DA	Dentalassistentin oder Dentalassistent/-in
DFD	Direktionsfinanzdienst
DH	Dentalhygiene oder Dentalhygieniker/-in
etc.	etcetera
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
evtl.	eventuell
FR	Fribourg
FTE	Full-time equivalent (Vollzeitstellen)

GV	Gemeindeverordnung
HR	Human Resources
HRM2	Harmonisiertes Rechnungsmodell 2
IAFP	Integrierter Aufgaben- und Finanzplan
i.d.R.	in der Regel
inkl.	inklusiv
insb.	insbesondere
kalk.	kalkulatorisch
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KO	Kieferorthopädie oder Kieferorthopäde/-in
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LU	Luzern
Min.	Minute
Mio.	Millionen
OP	Operation
OV	Organisationsverordnung
p.a.	per annum
PG	Produktgruppe

qm	Quadratmeter
SH	Schaffhausen
sog.	sogenannt
SR	Schulreglement
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft
SZK	Schulzahnklinik
SZMD	Schulzahnmedizinischer Dienst
SZMDV	Verordnung über den Schulzahnmedizinischen Dienst
TP-Wert	Taxpunkt-Wert
Tsd.	Tausend
UZB	Universitäre Zahnklinik Basel
vgl.	vergleiche
VIP	very important person
VSG	Volksschulgesetz
ZAZ	Zahnarzt/-ärztin
z.B.	zum Beispiel
ZMK	Zahnmedizinische Klinik

1 EINLEITUNG

1.1 Zum Projekt

1.1.1 Ausgangslage, Auftrag und Fragestellung

Die Prävention von zahnmedizinischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen gehört in der Schweiz zu den anerkannten öffentlichen Aufgaben und wird in der Regel im Rahmen der Schule wahrgenommen. Im Kanton Bern wird gemäss Artikel 60 des Volksschulgesetzes (VSG) den Gemeinden der Vollzug dieser Aufgabe übertragen. In der Stadt Bern ist der Schulzahnmedizinische Dienst (SZMD) zuständig.

Auf Antrag der Direktion für Bildung Soziales und Sport (BSS) hat der Gemeinderat der Stadt Bern den Auftrag erteilt, zum SZMD eine externe Struktur- und Organisationsüberprüfung durchzuführen. Insbesondere die Kostenentwicklung und die Nachkreditanträge der beiden letzten Jahre waren Auslöser für diesen Auftrag.

bolz+partner consulting ag und das Kompetenzzentrum Public Management der Universität Bern haben von der BSS den Auftrag erhalten, die Struktur- und Organisationsüberprüfung durchzuführen. Es standen grundsätzlich zwei Ansatzpunkte im Zentrum der Prüfung:

- Die Wirtschaftlichkeit des SZMD: Dabei geht es um die Beurteilung und mögliche Optimierung des heutigen Berner Modells.
- Alternativmodelle: Es sollen alternative Modelle zur heutigen Lösung der Stadt Bern aufgezeigt und diese vergleichend dargestellt werden (Konsequenzen eines Modellwechsels).

Folgende Fragen wurden zum Auftrag gestellt:

1. Wie ist die heutige Wirtschaftlichkeit des SZMD zu beurteilen? Gibt es Massnahmen, mit welchen die Wirtschaftlichkeit des SZMD verbessert werden kann?
2. Welche Folgen haben diese Massnahmen für den schulzahnmedizinischen und sozialpolitischen Auftrag des SZMD?

3. Sind Aufbau- und Ablauforganisation, der Umfang der personellen Ressourcen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Berufskategorien sinnvoll und damit letztlich auch wirtschaftlich gestaltet?
4. Sollen betreffend das heutige SZMD-Modell einzelne Dienstleistungen ausgebaut oder abgebaut werden, zum Beispiel die Kieferorthopädie oder die Erwachsenenbehandlung?
5. Soll eine vertiefte Zusammenarbeit mit der Universität im Bereich der gemeinsamen Nutzung von Infrastruktur oder bei der Aufgabenerfüllung angestrebt werden?
6. Welches sind die Vor- und Nachteile sowie die Chancen und Risiken der Errichtung einer Spezialfinanzierung für den SZMD?
7. Wie ist die Schulzahnpflege in den Städten Biel, Thun und Langenthal (oder anderen Städten) organisiert?
8. Welche Modelle für die Schulzahnpflege gibt es in anderen Städten der Schweiz?
9. Wie sind diese Modelle in Bezug auf die Qualität und aus finanz-, sozial- und gesundheitspolitischer Sicht im Vergleich zum SZMD zu beurteilen?

Mit Blick auf die formulierten Fragestellungen des Mandats liegt ein Schwerpunkt des Berichts bei der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung des SZMD. Zu deren Verbesserung sind konkrete Massnahmen vorzuschlagen und zu bewerten.

Vor diesem Hintergrund unterscheidet der Auftrag grundsätzlich zwei Ebenen:

1. Ebene Betrieb (Massnahmen Wirtschaftlichkeit; Aufbau-/Ablauforganisation; Personaleinsatz) inklusive das geführte Leistungsangebot (Aus-/Abbau von Leistungen wie z.B. Kieferorthopädie). Neben der Politik sollen die operative Leitung des SZMD und die Direktion BSS durch den Bericht einen Mehrwert erhalten.

-
2. Ebene des Modells eingeschlossen des institutionellen Rahmens (inkl. Kooperation mit Universität). Die Modelldiskussion ist stark politischer Natur und nicht neu. Bereits vor rund zwanzig Jahren diskutierte der Stadtrat eine Motion, welche die Schliessung der Schulzahnklinik forderte.¹

Diese zwei Ebenen werden im Bericht in zwei Analysebereiche unterteilt:

- Kapitel 2: Wirtschaftlichkeit des SZMD
- Kapitel 3: Modelle

Der Bericht basiert auf Angaben und Daten per Ende 2016. Danach bekannt gewordene Fakten wurden soweit relevant und möglich einbezogen oder erwähnt.

Der Bericht wurde der BSS Ende Juni 2017 zugestellt. Der weitere Prozess wird von der Auftraggeberin BSS bestimmt.

An seiner Sitzung vom 2. März 2017 hat der Stadtrat beschlossen, dass er zu gegebener Zeit über das Ergebnis der Struktur- und Organisationsüberprüfung orientiert wird (SRB 2017-94). Es wird von der Auftraggeberin BSS festzulegen sein, in welcher Form diese Orientierung erfolgt.

1.1.2 Vorgehen in drei Phasen

Der Bericht wurde in drei Phasen/Schritten erarbeitet.

Phase1: In einem ersten Schritt wurden die relevanten Informationen und Fakten aufgearbeitet, analysiert, dargestellt und Thesen dazu aufgestellt. Dies in den Bereichen der zwei genannten Ebenen. Dazu wurden Unterlagen ausgewertet sowie Interviews geführt mit Vertretern/-innen der Geschäftsleitung des SZMD, Kurzinterviews mit Vertretern/-innen von Diensten anderer Gemeinden sowie der Universität.

Zudem wurden diverse Schulzahnmedizinische Dienste angeschrieben, ob sie bereit seien, Daten für einen Benchmarkvergleich und einen Mo-

¹ Protokoll der Stadtratssitzung vom 3. September 1998, Seiten 945 ff.

dellvergleich zu liefern. Die Dienste, welche dazu bereit waren, wurden zusätzlich in einem Telefoninterview von etwa 30 Minuten befragt.

Phase 2: In einem zweiten Schritt wurden die erarbeiteten Thesen im Rahmen von zwei Workshops mit externen Experten/-innen sowie mit der Geschäftsleitung SZMD verifiziert:

- Der Expertenworkshop wurde am 3. April 2017 durchgeführt. Er hatte zum Inhalt, erstens die Modelle der Schulzahnpflege/-medizin zu besprechen und auf Vollständigkeit zu prüfen sowie Vorteile/Nachteile aufzulisten; zweitens die Konsequenzen eines Modellwechsels festzuhalten; drittens Vorteile, Nachteile und Konsequenzen einer engen Kooperation mit der Universität zu erarbeiten; viertens die Kosten-/Ertragsentwicklung des SZMD im Vergleich zu kommentieren und Massnahmen zur Kosten-/ Budgetkontrolle zu besprechen; fünftens die Wirtschaftlichkeit des SZMD und Massnahmen zu ihrer Verbesserung zu erörtern; schliesslich wurden methodische Fragen des Vergleichs angesprochen.

Teilnehmende des Workshops waren: Frau Claude Bertelletto Küng, Leiterin des Schulzahnpflegedienstes des Kantons Freiburg, Herr Daniel Buser, Direktor der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie an der Universität Bern, Herr Peter Kerschot, Leiter der Schulzahnklinik des Kantons Schaffhausen, Herr Andreas Stutz, CEO des Universitären Zentrums für Zahnmedizin Basel UZB.

- Der Workshop mit der Geschäftsleitung wurde am 12. Mai 2017 durchgeführt. Er hatte zum Ziel, dass die Geschäftsleitung die Kosten-/Ertragsentwicklung des SZMD, die Analyse der Wirtschaftlichkeit sowie die Schlussfolgerungen des Berichts und die Massnahmen zur Kenntnis nehmen, besprechen und kommentieren konnte. Zudem wurden die Vorstellungen der Geschäftsleitung zur weiteren Entwicklung angesprochen. Teilnehmende an dem Workshop waren Frau Claudia Mannhart, Stellvertretende Generalsekretärin BSS, Herr Ingo Ziswiler, Leiter SZMD, Herr Hartmut Blasczyk, Leiter Kieferorthopädie SZMD, Frau Cornelia Gasser, Leiterin Zahnerhalt SZMD, Frau Jeannette Subke, Leiterin Prophylaxe/Schul-

zahnpflege/Frühberatung SZMD, Frau Andrea Langenberg Leiterin Administration/Empfang/Backoffice SZMD (entschuldigt abwesend war Frau Franziska Schnetzler, Leiterin Dentalassistentz SZMD).

Phase 3: Im dritten Schritt wurden die Resultate der Workshops ausgewertet, die Schlussfolgerungen daraus gezogen und der Bericht abgeschlossen. Zum Berichtsentwurf wurde die Vertreterin der Auftraggeberin, die stellvertretende Generalsekretärin Frau Claudia Mannhart, sowie der SZMD in der Person des Leiters Herr Ingo Ziswiler, konsultiert. Der Berichtsentwurf wurde mit ihnen gemeinsam mit der Vorsteherin der Direktion für Bildung, Soziales und Sport (BSS), Frau Gemeinderätin Franziska Teuscher, und dem Generalsekretär Herr Sven Baumann am 12. Juni 2017 besprochen.

1.2 Schulzahnpflege/-medizin in Bern

1.2.1 Auftrag der Schulzahnpflege/-medizin

Der Auftrag der Schulzahnmedizin hat bei allen untersuchten Gemeinwesen insbesondere zwei Aspekte (vgl. für den Kanton Bern auch Art. 60 VSG): Zum einen die Prävention und Therapie zahnmedizinischer Problemstellungen bei Kindern und Jugendlichen (gesundheitspolitischer Auftrag) sowie zum anderen die Begrenzung der damit verbundenen Behandlungskosten, damit möglichst alle Bevölkerungsschichten die Prävention und Therapie in Anspruch nehmen können (sozialpolitischer Auftrag).

Gesundheitspolitischer Auftrag

Der gesundheitspolitische Auftrag hat in der Regel (nicht nur im Kanton Bern) folgende drei Elemente

1. Prävention I: Kompetenzförderung und Sensibilisierung bei Kindern und Jugendlichen, in der Regel durch Information und Instruktion (Prophylaxeunterricht) in Schulen bzw. mit den Schulkindern bzw. den Jugendlichen;
2. Prävention II: Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen, meist obligatorisch, in der Regel einmal pro Jahr.

3. Therapie: Behandlung von Kindern und Jugendlichen in zwei Disziplinen

a) Allgemeine Zahnmedizin bzw. Zahnerhalt

b) Kieferorthopädie

Die Elemente unter Ziffer 1 und 2 werden in diesem Bericht als Schulzahnpflege bezeichnet, während Ziffer 3 die Schulzahnmedizin umfasst.

Neben diesem Kernangebot gibt es Gemeinwesen, die folgendes vierte, streng genommen nicht zum gesundheitspolitischen Auftrag für Kinder/Schule gehörende Element als Teil ihres Auftrags betrachten:

4. Behandlung von Erwachsenen („Volkszahnklinik“ oder „öffentliche Zahnklinik“).

Sozialpolitischer Auftrag

In allen identifizierten Modellen der Schulzahnpflege wird ein sozialpolitischer Auftrag wahrgenommen. Es gibt dazu drei Elemente, die in unterschiedlichen Kombinationen in den Gemeinwesen vorkommen:

1. Leistungsfinanzierung für alle: Zum sozialpolitischen Auftrag gehört die Finanzierung oder zumindest Subventionierung der Angebote durch die öffentliche Hand. Dabei sind zwei Ansätze bekannt:
 - **Kostenlose Angebote:** Der Prophylaxeunterricht wird in allen Fällen kostenlos angeboten. Die in der Regel obligatorischen Kontrolluntersuchungen werden zumeist kostenlos durchgeführt.
 - **Reduzierte Tarife:** In der staatlichen Zahnklinik oder durch Verpflichtung mittels Verträgen bzw. Vereinbarungen mit der Zahnärzteschaft (Vertrag mit der örtlichen Zahnärztesellschaft oder individuell mit den örtlichen Zahnärzten) werden reduzierte Behandlungstarife angeboten, von denen alle Patientinnen und Patienten profitieren. In der Regel werden die

Tarife leicht reduziert, an manchen Orten substanziell bis zu 40% des üblichen Privattarifs.

2. Subjektfinanzierung: Ebenfalls zum sozialpolitischen Auftrag zählen die Behandlungsbeiträge. Für einen ausgewählten Personenkreis je nach Einkommenssituation werden Beiträge an Behandlungen und – dort wo sie nicht vollständig vom Gemeinwesen finanziert sind – Kontrolluntersuchungen gewährt. Dies geschieht zum Teil durch direkte Finanzierung der Leistung (aufgeteilte Faktura), zum Teil nachträglich auf Antrag. Die Kriterien werden unterschiedlich gewählt, wer von den Beiträgen profitieren soll. Es gibt Gemeinwesen, die diesbezüglich eigene Reglemente erstellen und solche, die sich Klassifizierungen von Sozialstellen anschliessen (zum Beispiel Stufen der Reduktion der Krankenkassenprämien).
3. Objektfinanzierung: Zum sozialpolitischen Auftrag im weiteren Sinne gehört die Finanzierung einer eigenen Schulzahnklinik. Eine solche Objektfinanzierung verfolgt folgende Ziele:
 - Langfristige, nachhaltige Angebotssicherung in der Kinder-/Schulzahnmedizin durch Erhalt spezifischer Ressourcen beim Gemeinwesen;
 - Niederschwelligkeit des Angebots durch Zielgruppenorientierung (z. B. spezifisch Kinder; in Fragen der Zahnhygiene und Zahngesundheit weniger autonom agierende Personen; finanziell schwache Personen betreffend Inkassorisiko);
 - Neben der zahnmedizinischen Leistung umfassende damit verbundene Beratung (z. B. Hilfe bei Gesuchsstellung, Verweise auf andere Institutionen);
 - Sicherstellung eines Angebots, das auch «schwierige» und «zeitintensive» Fälle abdecken kann, weil es nicht profitorien-

tiert ist und daher nicht Effizienzkriterien in den Vordergrund stellen muss.²

Zum Verhältnis von gesundheitspolitischem und sozialem Auftrag

Es kann festgestellt werden, dass die sozialpolitischen Elemente der Angebotsfinanzierung und der Subjektfinanzierung bei allen untersuchten Gemeinwesen eingesetzt werden, unabhängig davon, ob sie eine Objektfinanzierung (d.h. Schulzahnklinik) unterhalten oder nicht. Auf den ersten Blick kann die gesundheitspolitische Zielsetzung also von der sozialpolitischen Zielsetzung getrennt angesehen werden. Gleichwohl kann von einem Zusammenhang zwischen gesundheitspolitischem und sozialpolitischem Auftrag ausgegangen werden. Aus einer Public Health Perspektive kann argumentiert werden, dass insbesondere in Feldern wo frühzeitige Gesundheitsprävention langfristige negative Folgewirkungen verringern kann (z. B. Zahnmedizin, Immunprophylaxe), die Aktivierung von Personen mit tieferem Selbstorganisationsgrad und Wissen in Bezug auf Gesundheitsfragen durch Objektfinanzierung gesteigert werden können. Beispielsweise zeigt eine Studie zu den Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog der Krankenversicherungen in der Schweiz, dass beim Abbau von schulärztlichen Diensten hin zu privatärztlichen Diensten bzw. beim Wechsel von einer Objekt- zur Subjektfinanzierung mit einer Abnahme der Nutzung von Leistungen gerechnet werden muss.³

Insofern betrachtet der vorliegende Bericht den gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Auftrag der Schulzahnmedizin als inhaltlich voneinander unabhängig, jedoch in ihren gegenseitigen Wechselwirkungen als potenziell voneinander abhängig.

² vgl. auch Protokoll der Stadtratssitzung vom 3. September 1998, Antwort des Gemeinderats auf Motion Burri, Seite 952.

³ Vgl. Battaglia, Markus/Junker, Christoph: Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog (Wirkungsanalyse KVG): Teilbericht Impfungen im Schulalter, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern 2001.

1.2.2 Das Modell SZMD Bern

Rechtsgrundlage

Im Kanton Bern wird gemäss Art. 60 des Volksschulgesetzes vom 19. März 1992 (VSG) den Gemeinden der Vollzug zur «Gesunderhaltung der Kauorgane und deren kostengünstige Behandlung» (Abs. 1) bei volksschulpflichtigen Kindern und Jugendlichen übertragen. Der Artikel spezifiziert Prophylaxe und kostengünstige Behandlung.

Art. 38 der Verordnung über die Organisation der Stadtverwaltung (Organisationsverordnung; OV) hält zum Schulzahnmedizinischen Dienst fest, dieser habe die Gesundheit der Zähne und des Mundes von Kindern und Jugendlichen gemäss kantonalem Recht (VSG) und der Verordnung vom 18. September 2002 über den Schulzahnmedizinischen Dienst (Schulzahnmedizinverordnung; SZMDV) zu fördern.

Das Reglement der Stadt Bern über das Schulwesen vom 4. November 1993 (Schulreglement; SR) weist in Art. 60 Abs. 1 dem städtischen schulmedizinischen Dienst die Gewährleistung des schulzahnärztlichen Dienstes gemäss kantonaler Regelung zu, beauftragt die Stadt in Abs. 2 den Kindern von Eltern oder mit gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertretern in schwierigen finanziellen Verhältnissen Beiträge an die Behandlungskosten zu gewähren und delegiert an den Gemeinderat in Abs. 3, das Nähere zu regeln.

Auf dieser Grundlage hat die Stadt Bern am 18. September 2002 die Schulzahnmedizinverordnung erlassen, welche Angebot, Organisation und Finanzierung inkl. Behandlungskostenbeiträge regelt.

Organisation und Leistungen SZMD Stadt Bern

Die Stadt Bern betreibt als Teil der Verwaltung den Schulzahnmedizinischen Dienst (SZMD) mit eigener Schulzahnklinik. Dieser führt die Aufgaben der Schulzahnpflege und zahnärztliche Behandlungen aus.

Die Schulzahnklinik wird an zwei Standorten mit rund 40 Vollzeitstellen betrieben.

Der erste Leistungsbereich des SZMD umfasst die jährliche, obligatorische Kontroll-Zahnuntersuchung aller schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen (Kindergarten, Primarschule, Sekundarstufe eins), die kostenfrei durch die Schulzahnklinik des SZMD oder durch vertraglich gebundene private Schulzahnärztinnen und -zahnärzte nach Wahl durchgeführt werden (Kontrolle beim nicht vertraglich gebundenen Privatzahnarzt/-ärztin auf eigene Rechnung möglich). Von den 8906 untersuchten Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2015/2016 liessen sich 6376 im SZMD kontrollieren, was einer Quote von knapp 72 Prozent entspricht (die übrigen liessen sich privat untersuchen, 16 Prozent vom Schulzahnarzt/von der Schulzahnärztin, 12 Prozent vom/von der privaten Zahnarzt/Zahnärztin).

Der SZMD führt kollektivprophylaktische Beratungen und Massnahmen sowie zweimal im Jahr die Prophylaxeinstruktionen in Schulen und Kindergärten durch. Er organisiert und kontrolliert zusammen mit den Schulen, dass alle schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen die Instruktionen und die Kontrolluntersuchung pro Jahr absolvieren. Der SZMD entrichtet Behandlungsbeiträge an bedürftige Familien gemäss den gesetzlichen Vorgaben und leistet die entsprechenden Abklärungen. Zudem bietet der SZMD freiwillige Frühberatung für Kinder ab dem 3. Lebensjahr an.

Der zweite Leistungsbereich des SZMD umfasst die Behandlung von Kindern und Jugendlichen («Schul-zahnklinik») sowie in gewissem Umfang auch von Erwachsenen («öffentliche Zahnklinik»). Das Behandlungsspektrum reicht von Dentalhygiene und Schmerzbehandlung über zahnärztliche Behandlungen in allen Disziplinen und Kieferorthopädischen Behandlungen bis zu Kieferchirurgischen Eingriffen und Behandlungen unter Narkose.

Neben der Schulzahnklinik hat die Stadt Verträge mit etwa fünfzig privaten Schulzahnärzten/-innen abgeschlossen, die ebenfalls (für die Eltern kostenlose) Kontrolluntersuchungen sowie Behandlungen zum Tarif der Schulzahnklinik durchführen.

1.3 Vergleich mit anderen Gemeinden

1.3.1 Auswahl

Unterscheidung gleiche Modelle und Alternativmodelle

Der Bericht zieht Vergleiche auf zwei Ebenen. Es sind entsprechend jeweils Gemeinden bzw. Städte zu suchen, die je eine oder beide Ebenen des Vergleichs bedienen:

1. **Benchmark-Vergleich (gleiches Modell):** Der SZMD der Stadt Bern wird im Bereich Kosten, Leistungen, Erträgen und Ergebnissen mit möglichst ähnlichen schulzahnmedizinischen Angeboten möglichst ähnlicher Gemeinwesen verglichen, die also dasselbe Modell in der Schulzahnmedizin umsetzen. Hier werden Schulzahnkliniken anderer Städte zum Vergleich herangezogen.
2. **Modellvergleich (Alternativmodelle):** Das System des SZMD der Stadt Bern wird im Bereich der institutionellen Organisation mit möglichst unterschiedlichen Systemen verglichen, die also ein möglichst anderes Modell in der Schulzahnmedizin umsetzen. Dabei sind Gemeinwesen auszuwählen und darzustellen, deren Modell auch rechtlich für die Stadt Bern in der Umsetzung möglich wäre.

Beide Vergleichsgruppen werden zum Vergleich der Wirtschaftlichkeit in der Schulzahnpflege beigezogen. Die Vergleichsgruppe des Benchmark-Vergleichs wird zusätzlich herangezogen zum Vergleich der Wirtschaftlichkeit in der Schulzahnmedizin.

Für den Modellvergleich werden nur die Gemeinden der Alternativmodelle berücksichtigt.

Auswahl Vergleichsgemeinden

Vier Aspekte bei der Auswahl von Vergleichsgemeinden sind hervorzuheben:

- **Strukturelle Vergleichbarkeit:** Die Dienste sollten in einem vergleichbaren Umfeld eingebettet sein, ansonsten würde die Aus-

gekraft reduziert (z.B. bei einem Vergleich der Stadt Bern mit einer Kleingemeinde). Zudem sollte auch die Struktur der Institutionen in der Schulzahnmedizin im Rahmen desselben Modells etwa vergleichbar sein.

- **Praktische Vergleichbarkeit:** Das zum Vergleich vorgesehene Gemeinwesen bzw. die dortige Schulzahnklinik müssen bereit und in der Lage sein, Daten und Informationen zur Verfügung zu stellen und die vorliegenden Daten und Informationen müssen mit denjenigen des SZMD Bern eine gewisse Vergleichbarkeit aufweisen.
- **Modellrepräsentation:** Der Vergleich sollte exemplarisch den Bezug zu einem grundlegenden Modell aufzeigen können. Der Bericht konzentriert sich auf solche Beispiele unterschiedlicher Modelle und vertieft die Darstellung von Untervarianten und Variationen eines Grundmodells nicht.
- **Rechtsrahmen:** Die Auswahl der darzustellenden Dienste bzw. schulzahnmedizinischen Lösungen (für Benchmark und Alternativmodelle) sollte im vergleichbaren gesetzlichen Rahmen erfolgen, da sonst mögliche Schlussfolgerungen irrelevant sein könnten (weil rechtlich nicht umsetzbar). Das VSG lässt einen Handlungsspielraum, der es auch interessant erscheinen lässt, ausserkantonale Vergleiche anzustellen.

Die Anzahl Einwohner/-innen eines Gemeinwesens stellt eine wichtige Grösse der strukturellen Vergleichbarkeit dar. Bern zählt zu den grössten Städten der Schweiz, weshalb auch auf kleinere Vergleichsgemeinden zurückgegriffen werden musste. Um eine ausreichende Auswahl zu erhalten, wurden in einer ersten Runde Gemeinwesen berücksichtigt, die bis zu 25% der Einwohnerzahl Berns aufweisen, also mittlere oder grössere Schweizer Städte.⁴

⁴ Nach der Grösse kamen in Frage (Einwohnerzahl in Klammern): Zürich (396'027), Genf (194'565), Basel (168'620), Bern selbst (140'634), Lausanne (135'629), Winterthur (106'778), Luzern (81'284), St. Gallen (75'310), Lugano (63'668), Biel/Bienne (53'667), Thun (43'303), Köniz (39'998), La Chaux-de-Fonds (39'027), Freiburg (38'288), Schaffhausen (35'927).

Aus praktischen und kulturellen Gründen (Sprache, Herangehensweise an öffentliche Aufgaben) konzentriert sich der Vergleich auf deutschsprachige oder gemischtsprachige Städte.

Die Stadt Zürich weist in der geographischen Grösse sowie der Anzahl und Art der Standorte (6 kleinere SZK-Standorte) mehrere Einschränkungen in der Vergleichbarkeit auf. Daher wurde auf einen Vergleich mit Zürich verzichtet.

Die in Frage kommenden Städte/Gemeinden repräsentieren drei gängige Modelle. Ein viertes Modell («vollprivat beauftragt») ist unter diesen aber noch nicht abgebildet. In Riehen, Kanton Basel-Stadt, wird ein solches Modell angewendet. Daher wird diese Gemeinde zusätzlich in den Vergleich einbezogen.

Folgende Gemeinden wurden für den Vergleich ausgewählt bzw. haben Daten beigesteuert:

- für den **Benchmark der Schulzahnklinik** (gleiches Modell): Stadt Basel, Kanton Freiburg (Stadt wendet kantonale Lösung an), Kanton Schaffhausen (Stadt wendet kantonale Lösung an),
- für den **Modellvergleich** (Alternativmodelle): Stadt Basel, Stadt Biel⁵, Stadt Thun, Gemeinde Köniz, Stadt Luzern, Gemeinde Riehen.

⁵ Stadt Biel und Gemeinde Köniz sind ohne Daten und Kennzahlen im Vergleich dargestellt, sie illustrieren/unterlegen das Modell. Die Stadt Winterthur wurde ebenfalls befragt, konnte aber nicht mit den Daten/Kennzahlen in den Vergleich einbezogen werden.

Gemeinde Zahlen 2015	Stadt Bern	Kanton FR	Kanton SH	Stadt Basel	Stadt Lu- zern	Stadt Biel	Stadt Thun	Gde Köniz	Gde Rie- hen
Anzahl Einwoh- ner in Tsd. im Einzugsgebiet	141	307	80	169	81	54	44	40	21
Anzahl schulpfl. Kinder (5-16 J.) in Tsd. im Ein- zugsgebiet	8.9	28.7	9	18.3	5.8	k.A.	3.8	k.A.	2.5
Modell Schul- zahnpflege, vgl. dazu Ziffer 3.1.1	1: mit Klinik	1: mit Klinik	1: mit Klinik	2: mit Klinik	3: ohne Klinik	3: ohne Klinik	3: ohne Klinik	3: ohne Klinik	4: priv. Praxis
Stellenprozen- te öffentliches Per- sonal total in Schul- zahnpflege/- administration	3'985%	1922%	1720%	4260%	40%	k.A.	ca. 6%	k.A.	ca. 15%

Tabelle 1: Überblick über die Vergleichsmassnahmen⁶

1.3.2 Übersicht der verglichenen Schulzahnkliniken

Nur jene Gemeinden der Vergleichsgruppe, die eine Schulzahnklinik betreiben, wurden für den Benchmark der Wirtschaftlichkeit der zahnmedizinischen Leistungen herangezogen. Das sind neben der Stadt Bern die Kantone Freiburg und Schaffhausen und die Stadt Basel. Folgende Eckwerte kennzeichnen diese vier Schulzahnkliniken:

⁶ Anmerkungen zur Tabelle: Anzahl Schulpflichtige Kinder Schuljahr 2015/2016 bzw. im Jahr 2016. Kanton Schaffhausen: Einzugsgebiet inkl. einzelne Gemeinden des Kantons Zürich, welche an die Versorgung durch die Schulzahnklinik Schaffhausen angeschlossen sind. Angaben zu den Stellenprozenten im Modell 3 ohne Aufwand in der Schule/Schulverwaltung. Es wurden Stellenprozen-
ten angegeben, die explizit für die Aufgabe der Schulzahnpflege in der Gemeinde-/Stadtverwaltung beschäftigt sind.

Gemeinde 2016	Stadt Bern	Kanton Freiburg	Kanton Schaffhausen	Stadt Basel
Rechtsform	<ul style="list-style-type: none"> • Stadtverwaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kantonsverwaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kantonsverwaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Teil einer öff.-rechtl. Anstalt
Eckwerte Standorte	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Standorte • 14 Stühle total 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Standorte • 9 Stühle total • Klinikbus (Gde) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Standort • 6 Stühle total • Klinikbus (Gde) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Standort • 14 Stühle total • Klinikbus
Stellenprozente Zahnmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • 825% Zahnerh. • 230% Kieferorth. 	<ul style="list-style-type: none"> • 338% Zahnerhalt • 135% Kieferorth. 	<ul style="list-style-type: none"> • 343% Zahnerhalt • 320% Kieferorth. 	<ul style="list-style-type: none"> • 860% Zahnerh. • 570% Kieferorth
Schulkinder pro Zahnarzt/-ärztin	<ul style="list-style-type: none"> • 1'000 	<ul style="list-style-type: none"> • 8'500 	<ul style="list-style-type: none"> • 2'600 	<ul style="list-style-type: none"> • 1'280
Umsatz (in Tsd. CHF)	<ul style="list-style-type: none"> • 2'408 • 2'851 (2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2'794 	<ul style="list-style-type: none"> • 3'234 	<ul style="list-style-type: none"> • 3'051
Bemerkenswertes	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung von Erwachsenen innerhalb der Schulzahnklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung Landgemeinden mit Bus • Grosse Reform, massive Verbesserung Ergebnis 2016 • Gesetzliche Vorgabe, dass Zahnmedizin (ohne Kieferortho.) kostendeckend 	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung Landgemeinden mit Bus • Schichtbetrieb 7 bis 19 Uhr • Geteilte Stühle und Assistenzen • Fluktuation gering, hohe Dienstalster 	<ul style="list-style-type: none"> • Teil einer eigenständigen öffentlichen rechtlichen Anstalt zusammen mit der universitären Zahnmedizin.

Tabelle 2: Überblick über die Schulzahnkliniken

1.4 Vergleich Wirtschaftlichkeit

Auf der einen Seite sind Schulzahnkliniken ein öffentliches, niederschwelliges soziales Angebot, kein kommerzieller Betrieb und nicht in Konkurrenz zu privaten Gruppen- oder Grosspraxen. Schulzahnkliniken erbringen in der schulischen Instruktion und Prophylaxe öffentlich finanzierte Leistungen, die in der Regel so nicht privatwirtschaftlich erbracht werden (Service Public).

Auf der anderen Seite können Schulzahnkliniken grundsätzlich wie ein normaler Wirtschaftsbetrieb betrachtet werden, da sie primär Dienstleistungen erbringen, die analog auch privatwirtschaftlich von Zahnärztinnen, Zahnärzten sowie Gruppen- und Grosspraxen angeboten werden.

In diesem Kontext wurde die Wirtschaftlichkeit im Vergleich unter vier Aspekten betrachtet.

1. Im Bereich der öffentlich finanzierten Aufgaben werden für die Empfänger/-innen unentgeltliche oder im Preis stark reduzierte Leistungen erbracht. Der Ertrag und damit das Ergebnis (Verhältnis Kosten/Ertrag) spielen dabei keine oder eine untergeordnete Rolle. Wirtschaftlichkeit ist hier das bestmögliche **Verhältnis von Kosten zu den erbrachten Leistungen. In der Analyse werden die Kosten und Leistungen** in der Prävention I und II, der öffentlichen Schulzahnpflege aufgezeigt (Ziffer 2.1.2). Hierbei sind alle Vergleichseinheiten einbezogen, auch die Gemeinden ohne eigene Schulzahnklinik.
2. Im Bereich der Dienstleistungen gegen Entgelte (i.d.R. Therapie/Behandlung) kann das bestmögliche Verhältnis von Kosten und Ertrag zur Darstellung von Wirtschaftlichkeit aufgeführt werden. In der Analyse werden die **Kosten, Erträge und Ergebnisse** der Schulzahnkliniken (Ziffer 2.1.3) sowie die der öffentlichen Zahnklinik in Bern (Behandlung Erwachsener Ziffer 2.1.4) gezeigt.
3. Ein besonderer Aspekt der Wirtschaftlichkeit im öffentlichen Sektor ist die Genauigkeit der **Einhaltung des Budgets**. Sie ist in der vorliegenden Untersuchung ein relevantes Thema, denn die Nachkredite der beiden Vorjahre waren einer der Auslöser für die vorliegende Untersuchung. Problemstellungen sind hier die Kostentransparenz, Ertragsstabilität und unterjährige Controlling- und Steuerungsmöglichkeiten. In der Analyse werden Kosten, Erträge und Ergebnisse der Rechnung hinsichtlich ihrer Differenzen zu den geplanten Grössen im Budget dargestellt (Ziffer 2.1.5).

4. Wirtschaftlichkeit ist auch eine Folge von Managementleistung. In der Analyse werden Fakten der **Betriebsführung** dargestellt (Ziffer 2.2), hinsichtlich der Führung und Organisation (Ziffer 2.2.1), der Finanzsteuerung (Ziffer 2.2.2), des angestellten Personals (Personalkosten, div. Kennzahlen des Personalmanagements, Ziffer 2.2.3) sowie hinsichtlich des effizienten Einsatzes des Personals und der Nutzung der Infrastruktur (Ziffer 2.2.4).

Nach der Darstellung der Fakten werden diese gewürdigt und **Massnahmen** vorgeschlagen (Ziffer 2.3).

Für diese Analysen wurde ein Set an statistischen Grössen, Kosten-, Ertrags- und Leistungsdaten sowie betriebliche Kennzahlen definiert und beim SZMD sowie den in den Vergleich einbezogenen schulzahnmedizinischen Diensten und Schulzahnkliniken abgefragt. Die Zahlen wurden gemäss den Angaben der Vergleichsdienste im Bericht aufbereitet und dargestellt. Wo Unterschiede in der Vergleichbarkeit bekannt waren, wurden diese eliminiert oder es wird darauf hingewiesen.

2 WIRTSCHAFTLICHKEIT SZMD

2.1 Fakten zu Kosten und Ergebnissen

2.1.1 Überblick

Produktgruppen und Kostenstruktur

Der SZMD Bern verfügt über eine Vollkostenrechnung inkl. der kalkulatorischen Kosten sowie der intern verrechneten Kosten der Stadt Bern. Die Stadt Bern (Immobilien Stadt Bern ISB) verrechnet dem SZMD (marktübliche) Mieten sowie die Heiz- und Betriebskosten für die Liegenschaften an den zwei Standorten sowie die Leistungen der Informatik.⁷ Abschreibungen entstehen aufgrund eigener betrieblicher Investitionen, die Finanzierung dieser Investitionen erfolgt durch die BSS. Es finden keine Überabschreibungen statt.⁸

Die Stadt Bern hat 2004 NSB (Neue Stadtverwaltung Bern) mit Produktgruppen und Produkten eingeführt. Dannzumal wurden auch die Umlagen der Kostenstellen auf die Kostenarten und die internen Verrechnungen zwischen den Produkten definiert.

Der SZMD führt vier Kostenstellen, auf die alle Kosten gebucht werden. Die Kosten auf den Kostenstellen werden dann auf die Produkte (Kostenträger) umgelegt. Der Verteiler ist wie folgt festgelegt.⁹

⁷ Der von der Stadt verrechnete Kostenanteil der Miete an den gesamten Bruttokosten betrug 2014 und 2015 rund 6 bis 7%, die verrechneten Informatikkosten betragen rund 2.5 bis 3.5% der Bruttokosten.

⁸ Bei sehr alten, bereits vollständig abgeschriebenem Mobiliem und Materialien könnten bei Ersatzinvestitionen die Kosten demnach sprunghaft ansteigen (Anstieg der Abschreibungen). Geräte und Material sind allerdings im Verhältnis nicht sehr teuer und die Investitionen inkl. Abschreibungen werden geplant.

⁹ Besonders markiert sind die grössten Kostenblöcke. Lesehilfe zur Tabelle: Von der Kostenstelle Schulzahnpflege werden 82% der dort anfallenden Kosten auf das Produkt «Prophylaxeunterricht» umgelegt, 12% auf die «Behandlungsbeiträge» und 6% auf die «Behandlung Kinder und Jugendliche». 57.5% der Kostenstelle «Leitung/Administration» werden dem Produkt «Behandlung Kinder und Jugendliche zugerechnet», dem auch 88% der Kostenstelle «Schulzahnklinik» zugeteilt werden. 100% der Kostenstelle «öffentliche Zahnklinik» werden auch dem Produkt «Behandlung Erwachsene» zugeteilt.

Produkte \ Kostenstellen		Leitung / Administration	Schulzahn- pflege	Schulzahn- klinik	Öffentliche Zahnklinik
360110	Prophylaxeunter- richt	9 %	82 %	1 %	--
360120	Koordination Schul- zahnpflege	11 %	--	2 %	--
360130	Behandlungs- beiträge	6 %	12 %	--	--
360210	Behandlung Kinder und Jugendl.	57.5 %	6 %	88 %	--
360215	Behandlung Erwachsene	7.5 %	--	--	100 %
360220	Leistungen für Schulzahnpflege	1 %	--	9 %	--
360230	Gutachten	8 %	--	--	--

Tabelle 3: Kostenstellen und ihre Verrechnung auf Produktgruppen

Aufgrund einer Reorganisation im SZMD wurden per Januar 2016 alle Mitarbeitenden nur noch der Kostenstelle «Leitung/Administration» oder der Kostenstelle «Schulzahnklinik» zugewiesen. Dies führt für das Jahr 2016 teilweise zu erheblichen Abweichungen in den Kosten pro Produkt. Die aus Sicht der Kosten-transparenz nicht zweckdienliche Änderung wird deshalb ab der Rechnung 2017 rückgängig gemacht.

Prod. Nr.	Produkt	Beschrieb Kosten	Beschrieb Erlöse	Bemerkungen
Produktgruppe 360 100 Schulzahnpflege				
360110	Prophylaxeunterricht	Kosten Unterrichtsstunden Instruktorinnen	(vernachlässigbar)	
360120	Koordination Schulzahnpflege	Kosten Administration	(vernachlässigbar)	
360130	Behandlungsbeiträge	Beiträge an Private	In manchen Jahren Finanzierung durch Fonds (kein Erlös im betriebswirtschaftlichen Sinn)	Verrechnet aus Erlösen 360210 via 360220
		Umlage Gemeinkosten		
		Von der Stadt finanzierte Kontrolluntersuchungen		
Produktgruppe 360 200 Zahnmedizinische Leistungen				
360210	Behandlung Kinder und Jugendliche	Kosten Behandlungen	An externe Dritte verrechnete Leistungen	
		Kosten Kontrolluntersuchungen 1 X p.a.	Nicht fakturierte Erlöse der Kontrolluntersuchungen	Kosten/Erlöse Kontrollen transferiert 360220
360215	Behandlung Erwachsene	Kosten aus Behandlungen	An externe Dritte verrechnete Leistungen	
360220	Leistungen für die Schulzahnpflege	Kosten Kontrolluntersuchungen 1 X p.a.	Nicht fakturierte Erlöse der Kontrolluntersuchungen	Nettokosten sind ohne Aussage
360230	Gutachten	Kosten aus gutachterlicher Tätigkeit	Erlöse gg. Dritten aus Gutachten	

Tabelle 4: Übersicht Produktgruppen und enthaltene Kosten und Erlöse

Die obenstehende Tabelle zeigt, welche Kosten und Erlöse hinter den Produkten stehen. Zu bemerken ist, dass a) das Produkt 360220 «Leistungen für die Schulzahnpflege» vom Produkt 360210 «Behandlung Kinder und Jugendliche» Kosten der Kontrolluntersuchungen transferiert erhält. Damit werden die Kontrollen separat von den Behandlungen sichtbar. Zudem werden b) die Erlöse aus den Kontrolluntersuchungen (Produkt 360210) den Eltern nicht fakturiert, da sie von der Stadt getragen werden. Sie werden als Erlöse des Produkts 360220 «Leistungen für die

Schulzahnpflege» gezeigt und – weil sie nicht extern fakturiert werden – als Kosten des Produkts 360130 «Behandlungsbeiträge» ausgewiesen. Diese Finanzierung der Kontrolluntersuchungen durch die Stadt macht den Löwenanteil von 80 Prozent der Behandlungsbeiträge insgesamt aus (vgl. Tabelle 4). Für die Analyse werden die Kosten der Kontrolluntersuchungen separat ausgewiesen. Der Bericht bezieht sich dabei auf die Kosten im Produkt 360220 (und nicht auf die nicht fakturierten Erlöse). Konzeptionell betrachtet ergibt sich folgende Kosten-/Ergebnisstruktur:

Produkte/Kostenträger	Ergebniskaskade			
Prophylaxeunterricht	Ergebnis öffentliche Schulzahnpflege = gesundheitspolitischer Auftrag	Ergebnis Schulzahnmedizin = erweiterter gesundheitspolitischer Auftrag	Ergebnis Schulzahnmedizin gesundheits- und sozialpolitischer Auftrag	Ergebnis SZMD und öffentliche Zahnklinik (Gutachten nicht dargestellt)
Koordination Schulzahnpflege				
Kontrolluntersuchungen				
Behandlung Kinder/Jugendliche	Ergebnis SZ-Klinik			
Behandlungsbeiträge	Kosten sozialpolitischer Auftrag			
Behandlung Erwachsene	Ergebnis öffentliche Zahnklinik			

Tabelle 5: Für die Analyse aufbereitete Kosten-/Ergebnisstruktur des SZMD

Im weiteren Verlauf der Analysen und Darstellungen werden die Kosten und Ergebnisse nach dieser Logik aufbereitet. Der Bericht empfiehlt, künftig diese transparentere Darstellung zu wählen.

Kostenentwicklung 2011 bis 2016

In der unten dargestellten Tabelle sind die Kosten und ausgewählte Erlöse für den Zeitraum 2011 bis 2016 ersichtlich, geordnet nach den nummerierten Abschnitten links in der Tabelle:

1. Im ersten Abschnitt sind für die **öffentliche Schulzahnpflege** die Bruttokosten ersichtlich. Da dies für die Eltern/Kinder Gratisleistungen der Stadt darstellen, sind die Erlöse nicht erheblich und vom Umfang her vernachlässigbar.

2. Im zweiten Abschnitt stehen die Kosten, Erlöse und das Ergebnis der **Schulzahnklinik**, d.h. der Behandlungen von Kindern und Jugendlichen. Für die Zwischensumme öffentliche Schulzahnpflege und Schulzahnklinik werden die Kosten der Schulzahnpflege (Abschnitt 1) und der Schulzahnklinik (Nettoergebnis der Kosten, Abschnitt 2) addiert.
3. Im dritten Abschnitt sind die **Behandlungsbeiträge** der Stadt Bern an die Patientinnen und Patienten ersichtlich. Hier im Bericht sind nur die Bruttokosten (in diesem Fall die effektiven Kosten) aufgeführt. Nicht berücksichtigt werden die in den Jahren 2012 bis 2016 angefallenen Erlöse, da es sich dabei nicht um Entgelte, sondern um Fondsentnahmen (d.h. Finanzierungen) handelt. Die detaillierte Unterteilung der Kosten zeigt, dass rund 80% der Behandlungsbeiträge aus den von der Stadt finanzierten Kontrolluntersuchungen bestehen, rund 10% sind interne Kostenumlagen (wie z.B. Leitung/Administration) und weitere 10% sind effektive Beiträge an Behandlungen von Kindern und Jugendlichen aus finanziell schwächeren Familien (30'000-50'000 Franken jährlich).
4. Im vierten Abschnitt sind die Kosten und in Klammern die Ergebnisse der **weiteren Leistungen des SZMD** aufgeführt, jene der öffentlichen Zahnklinik (Erwachsene) und der gutachterlichen Tätigkeit. Als Lesehilfe: Kosten und Ergebnisse gelten für das angegebene Jahr. Die Ergebnisse in Klammern resultieren aus den Kosten minus den nicht dargestellten Erlösen. Zum Beispiel öffentliche Zahnklinik im Jahr 2016 in tausend: Ausgewiesene Kosten 154 (in Tabelle), abzüglich Erlöse von 576 (die nicht in der Tabelle abgebildet sind), ergibt ein Ergebnis von minus 422 (in Klammern abgebildet).

Die Tabelle enthält die Darstellung der Nettokosten. Das heisst, negative Werte stellen Erlöse bzw. Überschüsse dar, positive Werte Kosten bzw. Fehlbeträge.

Bei den Aussagen zur Entwicklung der Kosten ist hinsichtlich der Veränderungen im Jahr 2016 zu berücksichtigen, dass die Personalkosten in

diesem Jahr nur noch auf zwei Kostenstellen zugeteilt wurden, was im Folgejahr wieder rückgängig gemacht wird. Das hatte markante Auswirkungen auf die Kosten pro Produkt, wie Tabelle 4 zeigt, namentlich beim Prophylaxeunterricht (starker Rückgang), bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und damit verbunden auch bei den Kontrolluntersuchungen (Steigerung), bei der internen Kostenumlage auf die Behandlungsbeiträge (starker Rückgang) sowie bei der Behandlung der Erwachsenen (starker Rückgang). Darauf wird in der folgenden Kommentierung noch detailliert hingewiesen.

Produkte; Kosten		Jahre						
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	
1	360110	Prophylaxeunterricht	314	333	317	257	233	119
	360120	Koord. Schulzahnpflege	128	132	121	135	142	145
	360220	Kontrolluntersuchungen ¹	317	323	330	288	326	391
	Zwischensumme öffentl. Schulzahnpflege²		759	788	768	680	701	655
2	360210	Behandlung Kinder/Jug. ³	3'871	4'053	3'950	3'484	3'989	4'188
		Erlöse aus Behandlung Ki./Jug.	-2'482	-2'925	-2'698	-2'808	-2'851	-2'408
	Schulzahnklinik (SZK)	Ergebnis Kosten SZK netto	1'389	1'128	1'252	676	1'138	1'780
	Zwischensumme öffentliche Schulzahnpflege und Schulzahnklinik		2'148	1'916	2'020	1'356	1'839	2'435
3		Behandl.beiträge an Privat/Fam.	40	35	30	38	39	49
		Interne Kostenumlage ⁵	62	65	59	60	56	34
	360220	Erlöse Kontrolluntersuchungen ⁶	283	324	328	319	330	347
	360130	Behandlungsbeiträge total	385	424	418	417	424	429
4	360215	Behandlung Erwachsene (in Klammer Ergebnis)	461 (8)	519 (-108)	368 (-191)	253 (-263)	305 (-306)	154 (-422)
	360230	Gutachten (in Klammer Ergebnis)	40 (-37)	41 (-37)	34 (-40)	48 (-4)	48 (15)	42 (19)

1 = Kosten für die Kontrolluntersuchungen im Produkt 360220 Leistungen für die Schulzahnpflege transferiert aus dem Produkt 360210 Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

2 = ohne die vernachlässigbar geringen Erträge des Prophylaxeunterrichts und der Koordination Schulzahnpflege

3 = Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. Eine Unterscheidung bei den Kosten in Behandlung Zahnerhalt und Behandlung Kieferorthopädie war vom SZMD nicht möglich (Umsätze sind individuell zuteilbar).

4 = Bruttokosten 360210 minus Erlöse 360210 minus Behandlungsbeiträge Kinder und Jugendliche (vgl. Anm. 5)

5 = Kostenumlage aus den Kostenstellen 360100 Leitung/Administration und 360200 Schulzahnpflege auf das Produkt P360130.

6 = Dies sind die nicht fakturierten Erlöse der Kontrolluntersuchungen, transferiert zu den Behandlungsbeiträgen aus den Erlösen 360210 Behandlung Kinder und Jugendliche via Erlöse 360220 Leistungen für die Schulzahnpflege.

Tabelle 6: Kostenentwicklung in den Produktgruppen 2011 bis 2016

Die Zahlen in der Tabelle ermöglichen Aussagen zur Entwicklung der Kosten. Es sind keine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit machbar, dazu sind Vergleichsgrößen und Kennzahlen nötig, die unter Ziffer 2.2 dargestellt sind.

Die Bereiche 1 (Schulzahnpflege) und 2 (Schulzahnklinik) werden nachfolgend näher analysiert und dargestellt, ebenso der Bereich 4 (öffentliche Zahnklinik/Erwachsene).

2.1.2 Öffentliche Schulzahnpflege

Kostenentwicklung 2011 bis 2016

Zum Kern der Leistungen gehören jene der Schulzahnpflege, das sind die Informations-, Instruktions- und allgemein Prophylaxeangebote sowie die jährlichen Kontrolluntersuchungen. In aller Regel werden diese für die Erziehungsberechtigten kostenlos erbracht. Das Gemeinwesen kommt dafür auf, d.h. es sind öffentliche Leistungen („öffentliche Schulzahnpflege“). Es gibt Gemeinden, welche die Kosten der Kontrollen den Erziehungsberechtigten auferlegen, meist zu einem reduzierten Taxpunktansatz (z.B. Freiburg).

Die Zahlen zeigen, dass die Kosten für die öffentliche Schulzahnpflege in etwa über die Jahre stabil geblieben sind. Die Kosten für den Prophylaxeunterricht sind im Trend leicht gesunken, jene für die Administration leicht gestiegen. Auffällig ist eine Halbierung der Kosten des Prophylaxeunterrichts im Jahr 2016 gegenüber den Vorjahren, die jedoch mit der erwähnten Reorganisation und Mutation der Kostenstellenzuteilung zusammenhängt.¹⁰ Die Steigerung bei den Kontrolluntersuchungen ist auf die generell in der Schulzahnklinik gestiegenen Kosten zurückzuführen, die mit einem fixen Verteilschlüssel auf die Kontrolluntersuchungen umgelegt werden. Auch diese Veränderung wurde von der Kostenstellenmutation beeinflusst. Die nachfolgende Abbildung zeigt den Verlauf grafisch.

¹⁰ Mitarbeitende von der Kst 360200 «Schulzahnpflege» (Kosten werden zu 82% der Prophylaxe belastet) wurden auf die Kst 360300 «Schulzahnklinik» (Kosten werden zu 88% der Behandlung Kinder und Jugendlicher belastet) mutiert. Diese Änderung wird per Rechnung 2017 wieder rückgängig gemacht.

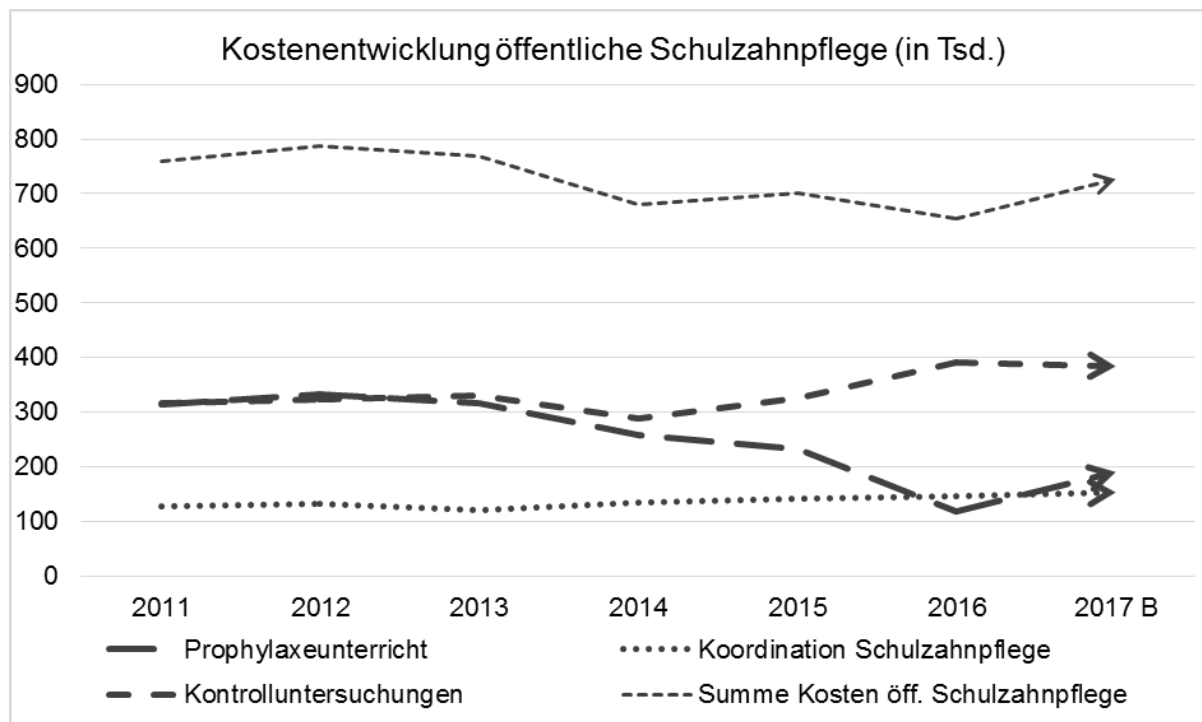


Abbildung 1: Kostenentwicklung in der öffentlichen Schulzahnpflege

Die Stadt Bern hat für den Prophylaxeunterricht in den letzten Jahren zwischen 230'000 und 330'000 Franken ausgegeben, Tendenz sinkend. Die Koordination der Schulzahnpflege (Administration für Unterricht und Kontrollen) kostete die Stadt in der Regel zwischen 120'000 und 150'000 Franken, Tendenz leicht steigend. Die Kosten für die Kontrolluntersuchungen bewegten sich immer schwankend zwischen 280'000 und 330'000 Franken (im Jahr 2016 erhöhten sie sich auf 391'000 Franken insbesondere aufgrund der Kostenstellenmutation). Diese Zahlen zeigen die Entwicklung auf, eine Einordnung ermöglicht erst der Vergleich mit anderen Gemeinwesen.

Vergleich Kosten/Leistungen in der Schulzahnpflege 2016

Die Stadt Bern trägt alle Kosten der Schulzahnpflege (Instruktion, Prophylaxe, Kontrolle). Die Wirtschaftlichkeit der Schulzahnpflege im enge-

ren Sinn bemisst sich nach den eingesetzten öffentlichen Mitteln im Verhältnis zur erzielten Leistung (Output).¹¹

Auch bei den Kontrolluntersuchungen werden die Erlöse der Schulzahnkliniken zum Vergleich der Wirtschaftlichkeit nicht berücksichtigt, da es um die Belastung der öffentlichen Hand durch die Kontrolluntersuchungen geht und nicht um die Rentabilität hinsichtlich des erzielten Preises. Dennoch kann hier angemerkt werden, dass der SZMD der Stadt Bern in der Produkterechnung den SSO-Tarif für Reihenuntersuchung verrechnet, obgleich er individuelle Einzeluntersuchungen durchführt (vgl. Ziffer 2.2.4) und entsprechend den deutlich höheren Tarif der individuellen Befundaufnahme verrechnen könnte.

Neben dem Unterricht und der Kontrolle wurden auch die Kosten für die Administration der Schulzahn-pflege verglichen. Allerdings bestanden grosse Unterschiede und Unklarheiten in Bezug auf die Vergleichbarkeit und die Datenbasis, so dass hier auf die Darstellung verzichtet wird. Der SZMD Bern befand sich innerhalb der Variation der Kostendaten. Die Ergebnisse leisten einen Beitrag zur Interpretation der Gesamtsituation in Ziffer 2.3.

Nachfolgend werden die Daten zum Prophylaxeunterricht und zu den Kontrolluntersuchungen zwischen den ausgewählten Gemeinden verglichen.

¹¹ Selbstverständlich müssten die eingesetzten Mittel auch in Bezug auf die erzielte Wirkung auf das Verhalten der Kinder und Jugendlichen (Outcome I) bzw. auf das Ergebnis der Zahngesundheit insgesamt (Outcome II) betrachtet werden. Das steht ausserhalb dieser Untersuchung, wobei ein Hinweis auf mögliche Wirkungen der Schulzahnpflege die Anzahl bzw. präziser der Anteil der Kinder mit Kariesbefund sein könnte. Der Einbezug dieser Kennzahl wurde geprüft und verworfen. Sie wird von den Vergleichsgemeinden kaum erhoben. Zudem wäre sie schwierig zu interpretieren, weil ein Effekt vorschulischer Prophylaxe zu berücksichtigen und eine langjährige Entwicklung zu untersuchen und interpretieren wäre.

Vergleich der Kosten des Prophylaxeunterrichts

Kosten/ Zahlen	Gemeinde							
	Stadt Bern	Frei- burg	Schaff- hau- sen	Basel	Luzern	Biel	Thun	Riehen
1. Kosten in Tsd. Prophylaxe- unterricht	233*	189	158	k.A.*	45	k.A.	6	9 (Pri- mar)
ad 1. Anzahl Kin- der, die unterrich- tet wurden (Tsd.)	13.9 (828 Kl.)	20.4 (1088 Kl.)	6.3 (363 Kl.)	4.1*	5.8 (309 Kl.)	k.A.	3.8	1.5 (Pri- mar)
Ziel Besuche/ Einheiten pro Klasse/Kind pro Jahr	2	1	3	(1)*	4	k.A.	6 x 15 Min.	1
ad 1. Kosten für Prophylaxeunter- richt pro Kind	17	9	25	--	7.8	--	1.6	6

* Zahl des SZMD für das Jahr 2015. Die Zahl für das Jahr 2016 ist aufgrund der Kostenstellenmutation befreit von allen Personalkosten und viel tiefer (noch die Hälfte, bei 119 Tsd.), sie entspricht nicht der Realität und wurde darum hier nicht verwendet. Für Basel konnten die Kosten nicht gesichert ausschliesslich dem Unterricht zugewiesen werden. Es werden pro Jahr jeweils alle Klassen von drei Jahrgängen unterrichtet, im Jahr 2016 waren dies die 1., 4. und 8. Klassen.

Tabelle 7: Vergleich der Kosten für Prophylaxeunterricht in CHF (Jahr 2016)

Die Stadt Bern führt zwei Lektionen Schulung pro Jahr in den Schulklassen durch (2016: 828 Klassen; 13'900 Kinder). Die Kosten belaufen sich auf 17 Franken pro Kind für beide Lektionen. Daneben wird in den Schulen das Zähneputzen mit Fluorid-Präparaten instruiert.

In Freiburg wird eine Lektion pro Jahr in insgesamt 1088 Klassen bei über 20 tausend Schülern/Schülerinnen erteilt. Schaffhausen kennt drei Lektionen für gut 6'300 Schüler/-innen in 363 Klassen, Basel unterrichtet pro Jahr lediglich drei Jahrgänge an Schüler/-innen, insgesamt waren das 4'100. Luzern unterrichtet viermal jährlich fast 6'000 Kinder und Jugendliche in 309 Klassen. Für Riehen waren nur die Zahlen der Primarschulklassen bekannt: 1'500 Kinder wurden einmal pro Jahr in der Schulzahnpraxis instruiert.

Bemerkenswert ist Thun: Dort wird der Prophylaxeunterricht von den Schulen organisiert. Die Kinder und Jugendlichen werden von der Klassenlehrperson sechsmal im Jahr etwa 15 Minuten im Rahmen des Gesundheitsunterrichts im Putzen der Zähne und im regelmässigen Fluoridieren unterrichtet. Die Lehrpersonen werden durch die Schulzahnpflegerbeauftragten instruiert, welche wiederum vom Obmann/-frau der Schulzahnärzte/-innen aus-/weitergebildet werden. Entsprechend kostengünstig ist das System.

Die Unterrichtseinheiten unterscheiden sich bezüglich Art und Dauer. Allerdings waren dazu nicht von allen Gemeinden genaue Angaben zu erhalten. Der Vergleichswert pro Kind gibt einen Anhaltspunkt zur Einordnung des Verhältnisses von Aufwand und Unterricht. Die Kosten liegen zwischen etwa 2.- (inkl. spezielles System Thun) und etwa 8.- Franken (Schulzahnkliniken) pro Kind und Lektion. Bern liegt hierbei mit 8.50 Franken pro Kind und Lektion im Wertebereich der Vergleichsgemeinden.

Vergleich der Kosten der Kontrolluntersuchungen

Für einen Kostenvergleich bei den Kontrolluntersuchungen ist das Verhältnis zur erbrachten Leistung her-zustellen, nur so ist der absolute Kostenwert aussagekräftig. Daher sind in der nachfolgenden Tabelle die Kosten pro kontrolliertes Kind berechnet und dargestellt.

Gemeinde Kosten/ Zahlen	Stadt Bern	Frei- burg	Schaff- hausen	Basel	Luzern	Biel	Thun	Riehen
3. Kosten in Tsd. CHF Kontrollun- tersuchungen	391	k.A.	313	596	121 (kalk.)	k.A.	90 (kalk.)	90
ad 3. Anzahl Kin- der mit Kontrollun- tersuchung	6'376	9'853	9'029	13'720	4'582	k.A.	3'790	2'070
ad 3. Kosten pro kontrolliertes Kind in CHF	61.30	--	34.70	43.45	26.35*	16.70*	23.80*	46.60*

* Fixe Kosten aufgrund vereinbarter fixer Preise bzw. Taxpunkte pro Untersuchung. Für Riehen gelten für die Kontrolluntersuchung in der Primarschule 33.15 Franken, in der Oberstufe 76.60.

Anm.: Zahlen sind zum Teil bezogen auf Schuljahr 2015/2016 und nicht Kalenderjahr 2016. Für den SZMD Bern sind die Kostenangaben für die Kontrolluntersuchungen fix hinterlegte Umlagerungen von den Kostenstellen «Schulzahnklinik» (davon 9%) und Leitung/Administration (davon 1%). Sie stellen also keine präzise erhobenen Angaben dar. Die Zahl für das Jahr 2016 ist aufgrund der andernorts erläuterten vorübergehenden Änderung der Kostenzuteilungen verzerrt (geschätzt plus 20%). Auf Basis der Kostenzahl 2015 (326 Tsd.) wäre der Wert bei 51.10 Franken pro kontrolliertes Kind. Für Schaffhausen beinhalten die Angaben alle Kosten für die Organisation, die Erstellung und Abgabe eines schriftlichen Befundes z.Hd. der Erziehungsberechtigten und für das erneute Einsammeln der unterschriebenen Befunde bis zur ersten Terminabgabe, inkl. Kosten für den Klinikwagen. Für Luzern und Thun sind die Werte kalkuliert aus der Anzahl kontrollierter Kinder multipliziert mit den fixen Kosten pro Kontrolle.

Tabelle 8: Kosten für Kontrolluntersuchungen im Vergleich in CHF (Jahr 2016)

Es zeigt sich, dass die Gemeinwesen, welche die Kontrollen ausschliesslich bei privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten durchführen lassen (Luzern, Biel, Thun) günstigere Werte pro Kind realisieren können. In diesen Gemeinwesen wird nach festgelegten Taxpunktwerten bzw. Tarifen untersucht. Den tiefsten Tarif für eine Kontrolluntersuchung bietet mit 16.70 Franken Biel seinen Schulzahnärztinnen und -ärzten. Luzern und Thun vergüten um 25 Franken pro Kontrolle. Riehen vergütet ihrer Klinik eher höhere Tarife (33.-/77.-), was die Gemeinde im Schnitt knapp 47 Franken pro Kind kostet. Die Kosten pro Kontrolluntersuchung liegen für Schaffhausen bei knapp 35 Franken, während sie in Bern bei gut 60 Franken liegen.

Auch stadtintern kann ein Vergleich angestellt werden, da etwa 30 Prozent der Kinder beim privaten Schulzahnarzt/-ärztin kontrolliert werden.

Er/sie erhält für eine individuelle Untersuchung 29.45 Franken bei einem ihm/ihr bekannten Kind (sog. «weitere Befundaufnahme», bei einer «ersten Aufnahme» sind es 43.40 Franken), für eine Reihenuntersuchung gibt es 26.35 Franken. Die privaten Schulzahnärztinnen und -ärzte sind für die Stadt günstiger als der SZMD, der bei über 60 Franken (bzw. über 50 Franken Basis Kostenzahlen 2015) pro Untersuchung liegt.

2.1.3 Schulzahnklinik (Behandlung Kinder/Jugendliche)

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen erzielt Erträge. Dabei werden aus sozialpolitischen Überlegungen reduzierte Preise angewandt. In Bern sind das 3.10 Franken pro Taxpunkt (Zahnerhalt und Kieferorthopädie). Erziehungsberechtigte, welche die Leistungen trotz tieferem Tarif nicht selber vollständig bezahlen können, können Behandlungsbeiträge erhalten.

Kosten- und Erlösentwicklung 2011 bis 2016

Die Kostenentwicklung des SZMD ist nachfolgend in Abbildung 2 aufgezeigt (vgl. auch Tabelle 6) Die Schulzahnklinik zeigt nach stabiler Entwicklung 2011 bis 2013 im Jahr 2014 einen Einbruch bei den Kosten (Reduktion um rund eine halbe Million Franken). Dies ist praktisch vollständig auf eine Umstellung in der Praxis der Verrechnung der Immobilien von Seiten der Stadt Bern (Rücküberführung von Stadtbauten Bern in die Stadtverwaltung) zurückzuführen. Die Rechnung des SZMD wurde mit dieser Umstellung wiederkehrend um 450'000 Franken entlastet (Kosten bis 2013 für Miete ca. 620'000, ab 2014 ca. 170'000).

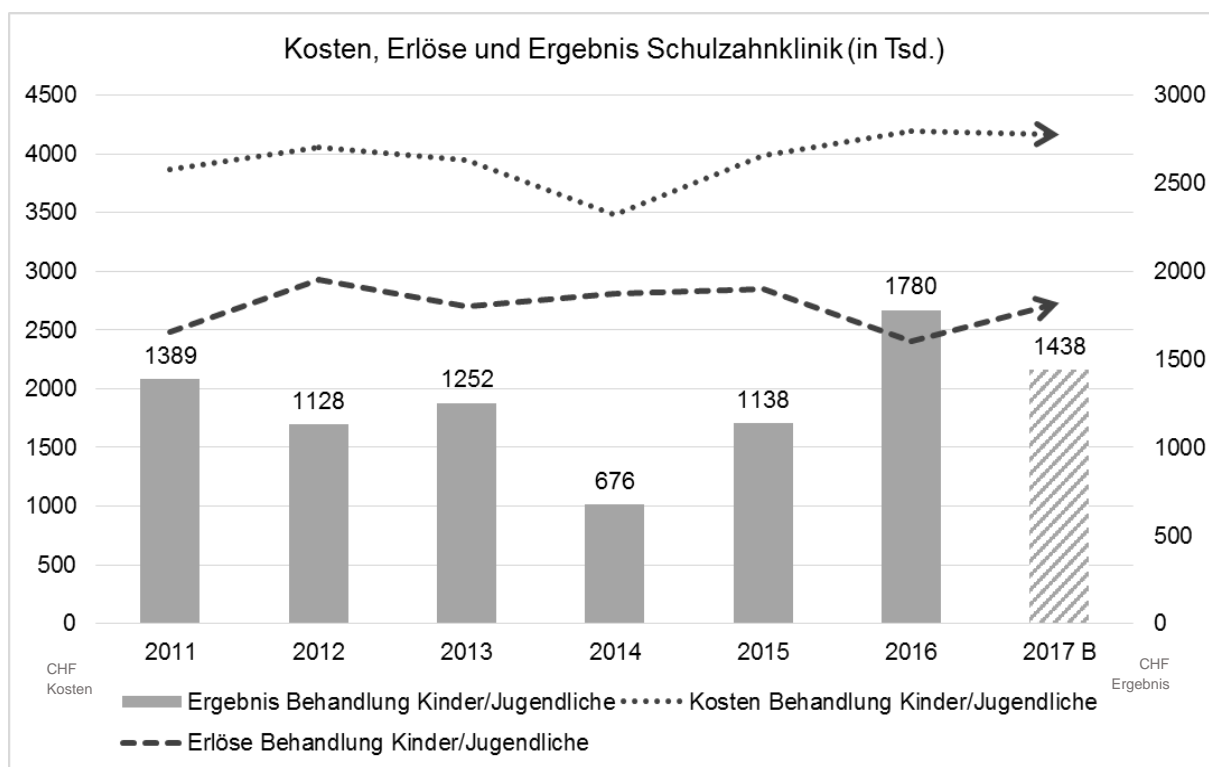


Abbildung 2: Kosten, Erlöse und Ergebnisse SZMD Schulzahnklinik

Bemerkenswert ist nun, dass diese Entlastung bereits im Folgejahr nicht mehr erkennbar ist. Statt auf tieferem Niveau konstant zu verlaufen, steigen die Kosten im Jahr 2015 auf das vorherige Niveau. Dies ist insbesondere auf gestiegenen Personalaufwand (plus 380'000) sowie Material- und Warenaufwand (plus 160'000) zurückzuführen.¹² Die Steigerung des Personalaufwands wurde auf Neueinstellungen aufgrund eines zusätzlich eingerichteten Behandlungsstuhls/-zimmers zurückgeführt. Die Bewirtschaftung des zusätzlichen Stuhls wurde anders als vorgesehen realisiert. Der Personalaufbau erfolgte vor allem im Bereich Dentalassistenten und Administration.

Im folgenden Jahr 2016 steigen die Kosten in der Schulzahnklinik erneut gemäss Produktgruppenrechnung um rund 200'000 Franken. Hauptsächlich Grund ist die erwähnte Änderung in der Kostenzuweisung auf die Kostenstellen per Januar 2016 (Zuteilung der Mitarbeitenden der öffentlichen Zahnklinik auf die Schulzahnklinik), womit das Produkt «Behandlung von Kindern und Jugendlichen» stärker belastet und die «Be-

¹² Die Zunahme beim Material- und Warenaufwand liegt zum grossen Teil in einer Bestandeskorrektur Ende 2014 von 128'000 Franken begründet, als Vorräte der Kieferorthopädie Klinik Bümpliz aktiviert wurden. In den Vorjahren wurden lediglich die kieferorthopädischen Materialien Breitenrain aktiviert.

handlung von Erwachsenen» (wie auch die «Prophylaxeuntersuchungen») markant entlastet wurden (keine Personalkosten mehr). Entsprechend stiegen auch die Kosten für die Kontrolluntersuchungen (fixe Umlage von der Kostenstelle Schulzahnklinik auf das Produkt «zahnmedizinische Leistungen in der Schulzahnpflege»).

Bei den Erlösen fällt das Jahr 2016 auf: Ein Einbruch von gut 440'000 Franken ergab sich insbesondere durch den Weggang einer Kieferorthopädin und weil die Stelle erst nach einer mehrmonatigen Vakanz und zu einem kleineren Pensum wiederbesetzt werden konnte.

Im Bild der ausgewiesenen Zahlen verschlechtert sich 2016 das Ergebnis um gut 600'000 Franken in der Schulzahnklinik, d.h. im Produkt «Behandlung von Kindern und Jugendlichen» (minus 400'000 Franken Erlöse, plus 200'000 Franken Kosten), auf einen Rekord an Nettokosten von fast 1.8 Mio. Franken.

In den Jahren vor 2015 waren die Defizite relativ stabil. Das Vergleichsniveau bildet die Rechnung des Jahres 2014, die nach einer Reduktion der Verrechnung der Immobilienkosten durch die Stadt ein Defizit in der Schulzahnklinik von knapp 0.7 Mio. auswies. Das entspricht den Abschlüssen der Jahre vor 2014 und definiert den Erwartungswert für die folgenden Jahre. Das Jahr 2015 fiel im Vergleich jedoch 0.5 Mio. schlechter aus als 2014, das Jahr 2016 nochmals gut 0.6 Mio. schlechter. Kumuliert steigerte sich in zwei Jahren gemäss ausgewiesenen Zahlen das Defizit der Schulzahnklinik um über 1 Mio. Franken.

Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass die erwähnte Neuzuteilung der Mitarbeitenden zu den Kostenstellen den grossen Teil der Kostensteigerung in der Schulzahnklinik ausmacht und somit die ausgewiesenen Zahlen nicht vollständig die Realität abbilden. Das ist, neben dem grossen Erlösausfall, bei der Beurteilung zu berücksichtigen.

Kieferorthopädie

Die Kieferorthopädie ist gesondert von der allgemeinen Zahnmedizin zu betrachten. Wie alle befragten Schulzahnkliniken berichten, ist sie das umsatzstärkste und profitabelste Angebot. Das bestätigen die Ergebnis-

zahlen des schulzahnmedizinischen Dienstes Freiburg, der die Kosten und Erträge gesondert ausweist. In der Regel wird von einer Umsatzerwartung von mindestens 400'000.- Franken pro Jahr pro Spezialist-/in gesprochen mit Potential bis zu 800'000 Franken. Die Kieferorthopädie erwirtschaftet entsprechende Deckungsbeiträge an die Kosten der Schulzahnpflege. Das ist auch beim SZMD Bern so.

Die Kieferorthopädinnen und -orthopäden erbringen aktuell beim SZMD Bern im Jahr 2016 einen Jahresumsatz auf 100 Stellenprozent umgerechnet zwischen 320'000.- und 630'000.- Franken. Sie liegen also knapp über bis zu etwas unter den üblichen Umsatzerwartungen. Allerdings ist zu erwähnen, dass etwas tiefere Umsätze auch auf die Neueinführung von Personal zurückzuführen ist.

Kieferorthopäden/-innen sind sehr gesucht, weshalb die Nachfrage meist das Angebot übersteigt. Die Verdienstmöglichkeiten in der Privatpraxis sind sehr gut und um einiges besser als an einer Schulzahnklinik.

Vor diesem Hintergrund geht mit der Chance auf Deckungsbeiträge auch ein besonderes Risiko einher. Fällt die budgetierte Leistung einer Kieferorthopädin oder eines Kieferorthopäden aufgrund von Krankheit oder durch Abgang weg, so schlägt sich das unmittelbar im Ergebnis nieder. Bei längeren Ausfallzeiten, für die nicht sofort Ersatz gefunden werden kann, ist die Wirkung substanziell. Da Kieferorthopäden und -orthopädinnen sehr gesucht sind, ist bei einem Abgang meist nicht sofort Ersatz verfügbar. Zudem sind Patientinnen und Patienten oft der einzelnen Fachperson treu und gehen der Schulzahnklinik als Kunden/-innen verloren. Von dieser Erfahrung des «Klumpenrisikos» berichten mehrere Schulzahnkliniken.

Der Abgang einer Kieferorthopädin und der damit verbundene Ausfall an Umsatz haben auch beim SZMD Bern wesentlich zur aktuellen Unterdeckung im Jahr 2016 beigetragen.

Die Frage ist im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit und der Budgeteinhaltung also relevant. Verschiedene Lösungen sind bekannt, um dem Klumpenrisiko zu begegnen:

- Die Schulzahnklinik Schaffhausen zum Beispiel hat mehrere Kieferorthopäden und -orthopädinnen teilzeitlich angestellt, welche die Flexibilität aufweisen, bei Ausfällen ihr Pensum erhöhen und die betroffenen Patientinnen und Patienten übernehmen zu können.
- Eine andere Möglichkeit besteht im Verzicht auf die Festanstellung von kieferorthopädischen Spezialisten und Spezialistinnen. Stattdessen kann sich wie bei privaten Zahnarztzentren eine auf eigene Rechnung arbeitende Person einmieten. Mit einer Umsatzabgabe für Miete, Personal, Infrastruktur etc. wird der notwendige kostendeckende Ertrag generiert.
- Möglich wäre auch die Versicherung des Risikos des Umsatzausfalls.

Auf eine Darstellung der Kosten der Kieferorthopädie in der Schulzahnklinik muss hier verzichtet werden. Der SZMD kann auf der Kostenseite die Kieferorthopädie nicht separat ausweisen. Hingegen sind die Erlöszahlen separat für die Kieferorthopädie bekannt.

Vergleich der Kosten/Ergebnisse der Schulzahnklinik 2016

Tabelle 7 enthält den Vergleich der Kosten und Erlöse der Schulzahnklinik der vier Vergleichsgemeinden. Die vier Dienste wenden unterschiedliche Taxpunktwerte an: Bern 3.10 Franken, Freiburg für Allgemeine Zahnmedizin 3.70 Franken und für Kieferorthopädie 3.10 Franken, Schaffhausen für Allgemeine Zahnmedizin 2.10 Franken und für Kieferorthopädie 3.10, Basel liegt wie Bern bei 3.10 Franken. Entsprechend wurden die Ergebnisse der Kosten zur besseren Vergleichbarkeit um diese Taxpunktdifferenzen bereinigt. Allerdings konnte für Schaffhausen nur eine Schätzung aufgrund der bekannten Zahl «Taxpunkte allgemeine Kinderzahnmedizin/Zahnerhalt und Kieferorthopädie» vorgenommen werden.

Alle zahnmedizinischen Leistungen sind inkl. Kieferorthopädie. Eine Aufteilung der Zahlen nach Kieferorthopädie und allgemeinen Leistungen der Kinderzahnmedizin war nur für Freiburg möglich. Damit das Ergebnis nicht zu sehr durch den unterschiedlichen Anteil an Kieferorthopädie

verzerrt dargestellt wird, wird eine wiederum geschätzte Korrektur vorgenommen. Es bestehen zu viele Unterschiede (Umsätze, Taxpunkte) und Unbekannte (z.B. unterschiedliche Produktivität), als dass eine exakte Berechnung möglich wäre. Dabei nimmt der Bericht für Schaffhausen an, dass die Leistungen des Zahnerhaltes/allgemeine Kinderzahnmedizin zu 80% (TP 2.10) und jene der Kieferorthopädie zu 125% (TP 3.10) kostendeckend erbracht werden. Für Freiburg wurde die bekannte Aufteilung der Ergebnisse der zwei Disziplinen gemäss den Unterschieden in den Stellenprozenten verändert.

Schulzahnkliniken		Stadt Bern	Freiburg	Schaffhausen	Stadt Basel
Produkt/Zahl Jahr 2016					
Zahnmedizinische Leistungen für Kinder und Jugendliche. ¹	Kosten Tsd. CHF	4'188	2'815	2'953	4'170
	Erlöse Tsd. CHF	-2'408	-2'794	-3'234	-3'051
	Kosten netto Tsd. CHF	1'780	21	-281	1'119
Taxpunktberreinigung: Erlöse bei TP 3.10 (geschätzt)		-2'408	-2'561	-3'817	-3'051
Ergebnis Kosten netto Tsd. CHF bei TP-Wert 3.10		1'780	254	-864	1'119
Korrektur Profitabilitätsvorteil des höheren Anteils Kieferorthopädie	Anteil Kieferorthopädie ²	20%	30%	50%	40%
	Ergebnisveränderung (geschätzt)	0	45	346	358
Kosten netto Tsd. CHF (bereinigt TP-Wert, KO-Anteil)		1'780	299	-518	1'477

1 Freiburg Behandlungen inkl. Kontrollen, Reinigung, Versiegelung

2 Anteil Stellenprozent Kieferorthopädie an der gesamten Zahl Stellen Zahnärztinnen und Zahnärzte inkl. Kieferorthopädie, gerundet im Jahr 2016.

Tabelle 9: Vergleich Kosten/Ergebnisse in der Schulzahnklinik 2016

Der Vergleich zeigt, dass die vier Dienste ihre Leistungen unterschiedlich profitabel erbringen. Während Schaffhausen auch bei sehr tiefem Taxpunktwert einen Überschuss erwirtschaftet, erreicht Freiburg bei hohem Taxpunktwert gerade eine ausgeglichene Rechnung. Bern hingegen liegt mit einem mittleren Taxpunktwert stark im Minus, Basel ebenfalls – aber nicht gleich stark. Schaffhausen hat dabei einen Vorteil mit dem höheren Anteil an Kieferorthopädie als die zwei anderen Dienste. Versucht man

schätzungsweise die zwei Faktoren Taxpunktwert und Kieferorthopädie anzugleichen, so bleiben die Unterschiede bestehen. Freiburg steht etwas moderater da, aber immer noch mit deutlich höherer Kostendeckung wie Bern. Schaffhausen zeigt klar den profitabelsten Betrieb. Der SZMD weist den vergleichsweise geringsten Kostendeckungsgrad auf.

Stellt man in Rechnung, dass aufgrund der erwähnten Neuzuteilung der Kostenstellen 2016 das ausgewiesene Bild in der Schulzahnklinik um grob geschätzt etwa 200'000.- Franken nicht der Realität entspricht, so liegt der SZMD Bern im Bereich der Schulzahnklinik in Basel, jedoch immer noch hinter Freiburg und wesentlich hinter Schaffhausen.

2.1.4 Öffentliche Zahnklinik (Behandlung Erwachsener)

Die Behandlung Erwachsener ist ein zusätzliches Angebot, das nicht alle schulzahnmedizinischen Dienste anbieten. Der SZMD Bern bietet die Behandlung Erwachsener an.¹³ Ein Zahnarzt ist ausschliesslich für Erwachsene angestellt. Die weiteren Zahnärztinnen und Zahnärzte behandeln Erwachsene nach Gelegenheit und auf spezielle Nachfrage.

Folgende Gründe werden für das Angebot im SZMD Bern angeführt:

- **Sozialpolitisches Ziel:** Der Bevölkerung soll eine kostengünstige und niederschwellig zugängliche zahnärztliche Grundversorgung zur Verfügung gestellt werden.
- **Deckungsbeitrag:** Die Erwachsenen Zahnmedizin ist profitabel. Sie ist im Umgang mit den Patienten und Patientinnen nicht gleich aufwändig wie bei Kindern und es werden ertragsintensivere Behandlungen durchgeführt. Sie generiert Deckungsbeiträge an die allgemeinen Kosten. Dies ist in der untenstehenden Tabelle zu sehen. Festzustellen ist, dass die Profitabilität erst in den letzten Jahren aufgebaut werden konnte. Im Jahr 2011 waren die Erwachsenenbehandlungen knapp kostendeckend.

¹³ vgl. dazu Art. 11 sowie Art. 14 Abs. 2 der Verordnung vom 18. September 2002 über den Schulzahnmedizinischen Dienst [SZMDV; SSSB 430.51]

- **Bindung von Mitarbeitenden:** Es ist für die Zahnärztinnen und Zahnärzte beruflich attraktiv, wenn sie nicht ausschliesslich Kinder und Jugendliche behandeln. Die Möglichkeit, Erwachsene zu behandeln, unterstützt die Bestrebung, Mitarbeitende längerfristig zu binden.

In der öffentlichen Zahnklinik zeigt sich bei zwar schwankenden, aber im Trend stabilen Erlösen eine stetige Senkung der Kosten, was eine stetige Steigerung der Profitabilität (Überschuss) bedeutet. 2016 wurde nach einem Anstieg 2015 ein extremer Kostenrückgang verzeichnet. Auch diese Veränderung ist auf die Mutation der Mitarbeitenden per Januar 2016 auf den Kostenstellen zurück zu führen, die bewirkte, dass die Kostenstelle «öffentliche Zahnklinik» keine Personalkosten mehr aufwies (alle Mitarbeitenden auf «Schulzahnklinik» transferiert). Für 2017 sind denn auch wieder mehr als doppelt so hohe Kosten auf dem Niveau der Vorjahre budgetiert. Bereinigte man diese Kostenstellenumteilung im Jahr 2016 um etwa 200 tausend Franken, so wäre die Profitabilität der öffentlichen Zahnklinik gesunken.

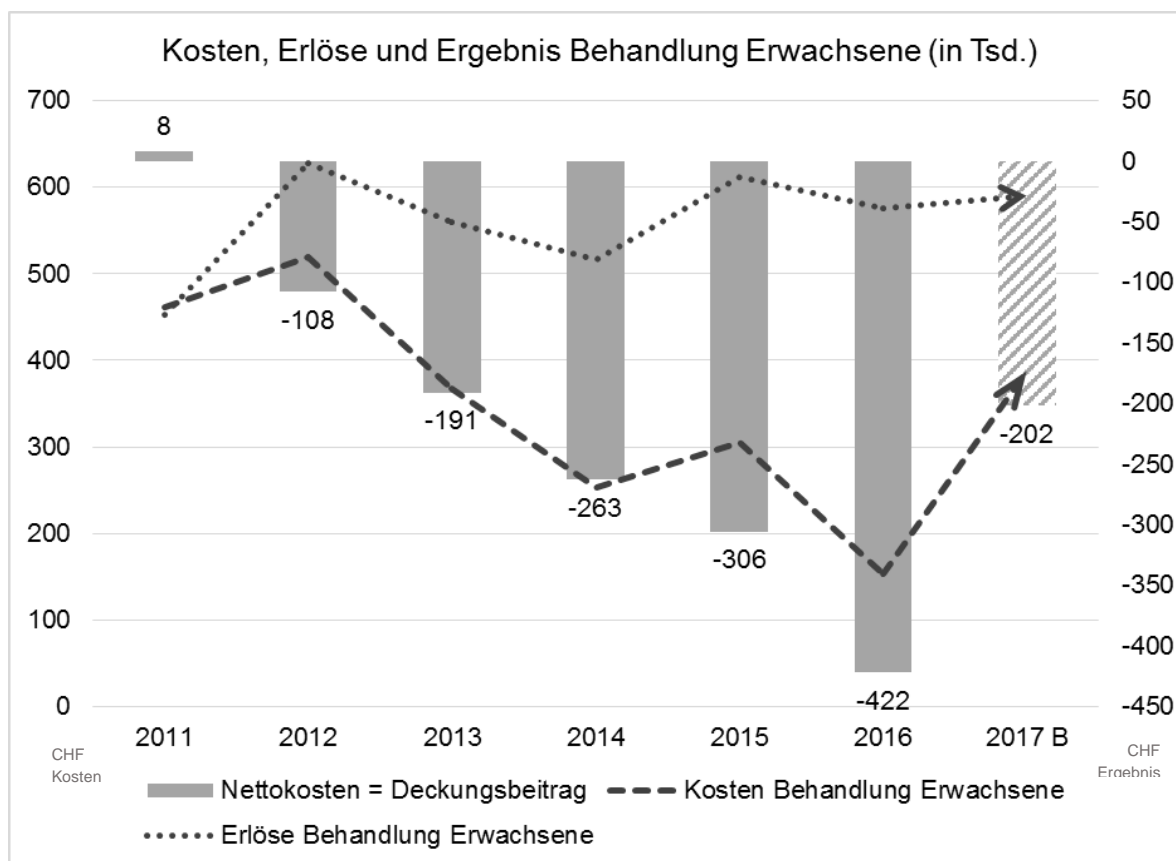


Abbildung 3: Kosten, Erlöse und Ergebnisse öffentliche Zahnklinik

Negative Werte bei den Deckungsbeiträgen sind Nettokosten, stellen also ein positives Ergebnis bzw. ein Überschuss dar. Ein Kosten-/Ertragsvergleich in der Behandlung der Erwachsenen zwischen den Vergleichsgemeinden ist nicht möglich, da die Kliniken Freiburg und Schaffhausen keine Erwachsene behandeln und die Klinik in Basel vollständig separiert ist.

2.1.5 Differenzen zwischen Budget und Rechnung

Zur Analyse der Nachkredite sind Voranschlag und Abschluss gegenüber zu stellen. Auf eine Detailanalyse der Historie von Budgets und Abschlüssen wird verzichtet. Nachfolgend sind einerseits die Nettokosten der Rechnungen der vergangenen Jahre bis ins Jahr 2011 im Vergleich zu den budgetierten Nettokosten dargestellt (Historie Netto-Ergebnisse), andererseits die Budgets aller Produkte des Jahres 2016 im Vergleich mit dem Abschluss in der Rechnung 2016 (aktuelles Jahr im Detail).

Produkte	Jahre	Rng 2011	Rng 2012	Rng 2013	Rng 2014	Rng 2015	Budget 2016	Rng 2016	Budget 2017
Prophylaxeunterricht		314	333	317	257	233	229	119	190
Koord. SZ-pflege		128	132	121	135	142	138	145	152
Kontrolluntersuchungen		317	323	330	288	326	331	391	384
Kosten Behandl. Ki/Jug.		3'871	4'053	3'950	3'484	3'989	3'616	4'188	4'168
Erlöse Behandl. Ki/Jug.		-2'482	-2'925	-2'698	-2'808	-2'851	-2'890	-2'408	-2'730
Ergebnis SZ-Klinik		1389	1128	1252	676	1138	726	1'780	1'438
Behandlungsbeiträge		386	426	419	417	424	531	429	527
Kosten Behandl. Erw.		461	519	368	253	305	617	154	388
Erlöse Behandl. Erw.		-453	-627	-559	-516	-611	-650	-576	-590
Ergebnis öff. Zahnklinik		8	-108	-191	-263	-306	-33	-422	-202
Ergebnis Gutachten		-37	-37	-40	-4	15	-6	19	6
Nettokosten SZMD		2'214	1'865	1'874	1'184	1'639	1'472	2'112	2'051
Finanzierungen Beh.beitr. und marginale Erlöse		-7	-402	-396	-392	-250	-402	-400	-1
Nettokosten Rechnung		2'207	1'463	1'478	792	1'389		1'712	
Nettokosten Voranschlag		2'129	1'554	1'327	862	1'196	1'070	1'070	2'050
Abweichung Voranschlag		78	-91	151	-70	193		642	

Tabelle 10: Vergleich Kosten/Erlöse Budget zu Rechnung

Folgende Feststellungen können hinsichtlich der Zahlen in der Tabelle gemacht werden (nachfolgend nummeriert nach den in der Tabelle abgebildeten Ziffern):

1. Die Kostenentwicklung in der Schulzahnpflege ist etwa stabil und wurde auch für das Jahr 2016 gemäss dem Trend der Rechnungen der Jahre davor budgetiert. Das Budget der Kosten des Prophyla-

xeunterrichts wird im Jahr 2016 aus den oben genannten Gründen der Neuzuteilung aller Mitarbeitenden auf die Kostenstellen verfehlt (ausgewiesene Kosten des Produkts daher nur fast halb so hoch).

2. a) Bemerkenswert sind die Entwicklung und Budgetierung der Kosten in der Schulzahnklinik. Im Jahr 2014 wurden die viel tieferen Kosten aufgrund der im Voraus bekannten Umstellung der Immobilienverrechnung (Reduktion von 0.45 Mio.) erwartet und entsprechend eine Senkung der Nettokosten von einem Drittel zum Vorjahr budgetiert. Dabei traf man das Jahresergebnis recht gut (70 Tsd.).

b) Im darauffolgenden Jahr 2015 stiegen die Kosten der Schulzahnklinik wieder auf das vorherige Niveau, obgleich sich die Immobilienkosten nicht veränderten. Verursacher hiervon waren vor allem Personalkosten und Material-/Warenaufwand. Wie die detaillierten Analysen der Kostenrechnung zeigen, überstiegen die Personalkosten um rund 200'000 Franken das Budget. Das dürfte auch in etwa die Abweichung zum Voranschlag von 191'000 Franken erklären.

c) Für das Jahr 2016 wurden für die Schulzahnklinik etwa 0.3 Mio. tiefere Kosten budgetiert als die fünf Jahre davor (minus 8%). Anstelle einer Senkung resultierte eine Steigerung der Kosten um 0.2 Mio. An der Differenz von 0.5 Mio. haben die oben erwähnte Reorganisation und Neuzuteilung der Mitarbeitenden auf die Kostenstellen einen Anteil von etwa 0.2 Mio.

d) die Kosten der Schulzahnklinik für das Jahr 2017 wurden gemäss dem Ergebnis 2016 budgetiert. Dies entspricht einem Fortschreiben auf vergleichsweise hohem Niveau. Zudem bedeutet es ein Plus von 0.5 Mio. zum Budget des Vorjahres (plus 15%). Im Gegensatz dazu wurden die Erlöse konservativ, aber gemäss dem Trend budgetiert. Das ergab einen budgetierten Kostenüberschuss von 1.4 Mio., den höchsten in der untersuchten Zeitreihe.

-
3. Die Entwicklung der Erlöse in der Schulzahnklinik war 2011 bis 2015 stabil. Es wurde im Jahr 2016 gemäss dem Trend der Rechnungen der Vorjahre budgetiert. Allerdings zeigte sich dann in der Rechnung 2016 ein Erlösrückgang (insbesondere aufgrund des Ausfalls in der Kieferorthopädie). Dieser erklärt zum Teil die Diskrepanz der Nettokosten der Rechnung zum Voranschlag.
 4. a) Bemerkenswert sind das Budget und die Rechnung der öffentlichen Zahnklinik. Wie in Ziffer 2.1.4 erläutert, nahm die Profitabilität (Differenz Kosten vs. Erlöse) stetig zu. Für das Jahr 2016 wurden allerdings um 0.3 Mio. Franken höhere Kosten budgetiert (Verdopplung im Vergleich zum langfristigen Trend) bei gleichbleibenden Erlösen. Entsprechend resultierte ein im Vergleich zum Trend kleiner Überschuss (-33 Tsd.). In der Rechnung 2016 betragen die Kosten nur ein Viertel der budgetierten Höhe. Dies entspricht jedoch nicht der Realität, da der Rückgang eine Folge der bereits erwähnten Neuzuteilung der Mitarbeitenden der «öffentlichen Zahnklinik» auf die Kostenstelle «Schulzahnklinik» ist. Bereinigt man die Kosten um diese etwa 0.2 Mio., so ergeben sich etwas höhere Kosten als im Vorjahr und ein Überschuss in der Höhe der Jahre 2013/2014.

b) Für das Jahr 2017 wurden eher hohe Kosten in der öffentlichen Zahnklinik budgetiert, aber ein mit Blick auf die Abschlüsse der Vorjahre nachvollziehbares Verhältnis von Kosten und Erlösen.
 5. Der Abschluss 2016 des SZMD zeigt entsprechend den oben gemachten Ausführungen eine Differenz von rund 640'000 Franken zum Budget (vgl. Abbildung 4). Das ist verglichen mit den Vorjahren ein hoher Wert. Nimmt man eine Abweichung zum Budget von plus/minus 2% im Verhältnis zu den Bruttokosten als normalen Wert, so fallen die Jahre 2013 mit einer Abweichung von plus 2.7% und 2015 mit plus 3.5% auf. Im Verhältnis zu den budgetierten Nettokosten stehen die Abweichungen bei plus 10% bzw. plus 14%. Ausserordentlich ist die Budgetabweichung im Jahr 2016: um über 40% sind die Nettokosten höher als budgetiert (2.1 Mio. statt 1.5 Mio.). Insgesamt betrachtet sind die negativen Abweichungen von

Rechnung und Budget über die Jahre grösser geworden. Für das Jahr 2017 wurden entsprechend korrigierte Zahlen im Budget eingesetzt.

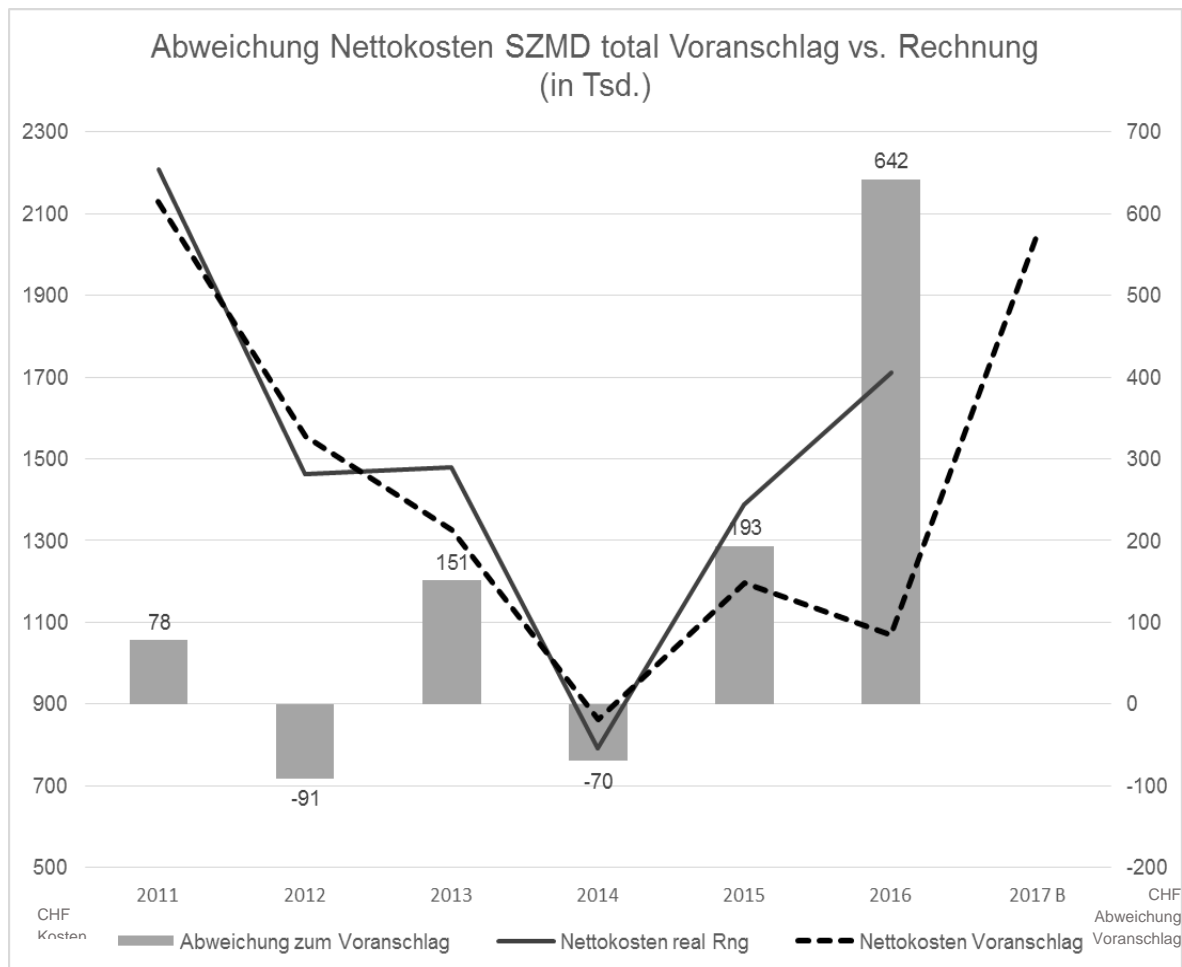


Abbildung 4: Nettokosten SZMD Bern total, Abweichung Voranschlag vs. Rechnung

2.1.6 Zusammenfassende Feststellungen

1. Kosten-/Produktstruktur

- Der SZMD hat eine Vollkostenrechnung (inkl. der gesamtstädtischen internen Verrechnungen). Die Kosten werden auf insgesamt vier Kostenstellen erfasst und nach fixen Schlüsseln auf die Produkte umgelegt.¹⁴ Den fix umgelegten Kosten auf den Produkten werden die effektiv realisierten Erlöse gegenübergestellt.

¹⁴ Für die Personalkosten im Jahr 2016 trifft dies nicht zu. Wie in der Analyse mehrfach erwähnt, wurden aufgrund der Reorganisation per Januar 2016 die Mitarbeitenden neu nur noch auf die zwei Kos-

- Im Jahr 2016 wurden infolge einer Reorganisation alle Mitarbeitenden statt auf vier nur noch auf zwei Kostenstellen zugeteilt. Dies ergab teils markante Ausschläge bei den Kosten der Produkte und grössere Differenzen zwischen Budget und Rechnung. Die realitätsverzerrende Änderung wird per Rechnung 2017 wieder rückgängig gemacht.
- Nur etwa 10 Prozent der Kosten auf dem Produkt «Behandlungsbeiträge» sind effektiv Beiträge an Familien für Behandlungen. 80 Prozent sind Kosten für die Kontrolluntersuchungen, die als Teil des Produkts «Behandlungsbeiträge» gezeigt werden.

2. Kosten Schulzahnpflege

- Die Kosten in der Schulzahnpflege sind stabil. Heute betragen sie insgesamt etwa 700'000 Franken pro Jahr. Die Kosten für den Prophylaxeunterricht sind im Trend leicht gesunken, jene für die Administration leicht gestiegen.
- Die Schulzahnpflege weist für den Prophylaxeunterricht unter Berücksichtigung der Anzahl Lektionen pro Jahr und pro Kind Kosten aus, die ähnlich hoch sind wie jene der anderen Städte.
- Die Kosten für die Administration pro Kind bewegen sich innerhalb des Streubereichs der Vergleichsgemeinden.
- Die Kosten der Kontrolluntersuchungen pro Kind sind vergleichsweise eher hoch.¹⁵ Für ein diesbezügliches Gesamtbild ist die Analyse zur Wirtschaftlichkeit in der Betriebsführung unter Ziffer 2.2 zu berücksichtigen.

tenstellen «Leitung/Administration» und «Schulzahnklinik» zugeteilt. Die Kostenstellen «Schulzahnpflege» und «öffentliche Zahnklinik» blieben ohne Personalkosten. Da dies für die Kostentransparenz nicht zweckmässig ist, wurde die Neuzuteilung für die Rechnung 2017 wie auch das Budget 2018 wieder rückgängig gemacht. Es werden dann wieder vier Kostenstellen belastet.

¹⁵ Dies gilt sowohl für die dargestellten durch die Kostenstellenneuzuteilung etwas überhöhten Zahlen für 2016 mit 61.- pro Kind/Untersuchung wie auch für die wohl reelleren Zahlen von 2015 mit gut 50.- pro Kind/Untersuchung.

3. Kosten Schulzahnklinik

- Die Kosten der Schulzahnklinik blieben bis und mit dem Jahr 2014 stabil (unter Berücksichtigung einer markanten Senkung der Nettokosten durch eine Praxisänderung in der Immobilienverrechnung).
- Die Kosten stiegen in den folgenden zwei Jahren 2015 und 2016 an (zusätzliches Personal, zusätzlicher Stuhl, Steigerung Materialkosten).
- Die Erlöse der Klinik blieben in den letzten sechs Jahren konstant, auch im Jahr 2015, trotz zusätzlichem Stuhl und 10 Prozent mehr Personal. Eine Ausnahme gilt für das Jahr 2016, in welchem sich ein markanter Erlösausfall, insbesondere in der Kieferorthopädie zeigte.
- Entsprechend verzeichnete die Schulzahnklinik im Jahr 2016 eine Steigerung des betrieblichen Defizits (Ergebnis Kosten minus Erlöse) um über eine Million Franken im Vergleich zum Jahr 2014.
- Die Kieferorthopädie birgt ein gewisses Klumpenrisiko eines Ertragsausfalls (hohe Umsätze, schwer ersetzbare Leistungen).
- Im Vergleich zu den beigezogenen Schulzahnkliniken zeigt Bern für 2016 die geringste Kostendeckung bzw. das grösste Defizit. Berücksichtigt man die vorübergehend im Jahr 2016 realisierte Zuteilung der Personalkosten auf die Schulzahnklinik, so ist ihr Ergebnis vergleichbar mit dem der Stadt Basel. Freiburg zeigt demgegenüber eine bessere Kostendeckung, Schaffhausen zeigt einen Betrieb mit Erwirtschaftung von Überschüssen.
- Es besteht somit ein Potential zur Reduktion des Defizits der Schulzahnklinik, auch unter Berücksichtigung des unvorhergesehenen Erlösausfalls und der nicht realistischen Zuteilung von Personalkosten im Jahr 2016. Als Vergleichs- und Zielgrösse in Kosten und Erlösen kann das Jahr 2014 herangezogen werden.

4. Kosten öffentliche Zahnklinik (Behandlung Erwachsene)

- Die öffentliche Zahnklinik verzeichnet in den vergangenen sechs Jahren eine stete Steigerung der Produktivität und liefert seit 2012 steigende Deckungsbeiträge.

5. Differenzen von Budget zur Rechnung

- In den Jahren 2011 bis und mit 2014 lagen die Abweichungen der Nettoergebnisse von Budget zu Rechnung im üblichen Rahmen.
- Im Jahr 2013 ergab sich aufgrund von nicht budgetiertem Erlösausfall eine erhöhte Abweichung.
- Eine grössere Differenz von Budget zu Rechnung entstand 2015. In diesem Jahr brachte die Ausweitung der Geschäftstätigkeit (plus 1 Stuhl) nicht die entsprechenden Erlöse.
- Eine enorme Differenz von Budget zu Rechnung entstand 2016. Es konnten verschiedene Budgetposten identifiziert werden, bei denen der Rechnungsabschluss massive Abweichungen aufwies. Dies betrifft namentlich die Kosten und die Erlöse in der Schulzahnklinik, die Kosten in der Erwachsenen-zahnklinik und die Kosten des Prophylaxeunterrichts. Ein Teil dieser Abweichungen ist mit der im Jahr 2016 vorgenommenen Neuzuteilung der Personalkosten auf die Kostenstellen erklärbar.
- Insgesamt, und auch im Nachkreditantrag an den Stadtrat so dargestellt, entstand im Jahr 2016 die Differenz von knapp 600'000 Franken von Budget zu Rechnung hauptsächlich aufgrund von Erlösausfällen (insbesondere Kieferorthopädie) und im Vergleich zum Budget höheren Personalkosten und höheren Aufwendungen für Dienstleistungen Dritter.

Insgesamt hat sich die Kostensituation in der Schulzahnklinik in den letzten zwei Jahren verschlechtert. Es besteht Einsparpotential. Im Jahr 2015 und vor allem im Jahr 2016 haben sich aussergewöhnliche Differenzen zwischen Budget und Rechnung gezeigt.

2.2 Fakten zur Betriebsführung

2.2.1 Führung und Organisation

Leitung und Aufbauorganisation

Die Leitungsfunktion hat verschieden Phasen der Diskontinuität erfahren. Einer Phase der schwebenden Nachfolge vor 2014 folgte eine Startphase mit Führungsvakanz (Frühjahr 2016 bis Anfang 2017). Die Leiterin Zahnerhalt und der Leiter Kieferorthopädie haben in der Zeit der Führungsvakanz ad interim die Co-Leitung des SZMD übernommen.

Per Anfang 2016 wurde im SZMD ein neues Organigramm eingeführt. Die wesentliche Änderung betraf die Einführung von zwei standortübergreifenden Fachbereichsleitungen, die eine für die allgemeine Kinderzahnmedizin/Zahnerhaltung, die andere für Kieferorthopädie. Das Organigramm wurde inspiriert von der Diskussion einer verstärkten Kooperation mit der zahnmedizinischen Klinik der Universität Bern und sollte auch in diese Richtung entwickelt werden. Zudem sollte es eine Geschäftsleitung installieren, welche den Abteilungsleiter von der Personal- und Fachführung entlastet und auf die Führung der Gesamtklinik fokussiert.¹⁶ Mit dem krankheitsbedingten Ausfall der Abteilungsleitung wurde die Leitung der Zahnerhaltung auf die Standorte aufgeteilt und die Buchhaltung wurde der Zahnerhaltung Breitenrain unterstellt. Diese Organisation wurde auch nach der Rückkehr des Abteilungsleiters so beibehalten.

Gemäss Organigramm (vgl. Abbildung 5) besteht die Geschäftsleitung aus dem Abteilungsleiter (Zahnarzt), der Leiterin Administration/Empfang/Back Office (Dentalassistentin), der Leiterin Dentalassistentenz (Dentalassistentin), der Leiterin Zahnerhaltung Breitenrain und Buchhaltung (Zahnärztin), dem Leiter Zahnerhaltung Bümpliz und Kieferorthopädie (Zahnarzt/Kieferorthopäde) sowie der Leiterin Prophylaxe, Schulzahn-pflege und Frühberatung (Dentalhygienikerin).

¹⁶ Das frühere Organigramm führte zu Fragen der Zuständigkeiten, welche von den Mitarbeitenden des SZMD angemahnt wurden. Die Mitarbeitenden wurden in die Entwicklung des neuen Organigramms einbezogen.

Der SZMD ist auf zwei nicht gleiche, aber gleichwertige Standorte aufgeteilt (Breitenrain und Bümpliz). Die Geschäftsleitung tagt wechselweise an beiden Standorten. Die Führung der Zahnärzte/-innen an den zwei Standorten wird von den Fachbereichsleitungen Zahnerhalt (Breitenrain) und Kieferorthopädie (Bümpliz) wahrgenommen. Die Administration, Prophylaxe, die Kieferorthopäden/-innen und die Dentalassistentinnen werden standortübergreifend geführt.

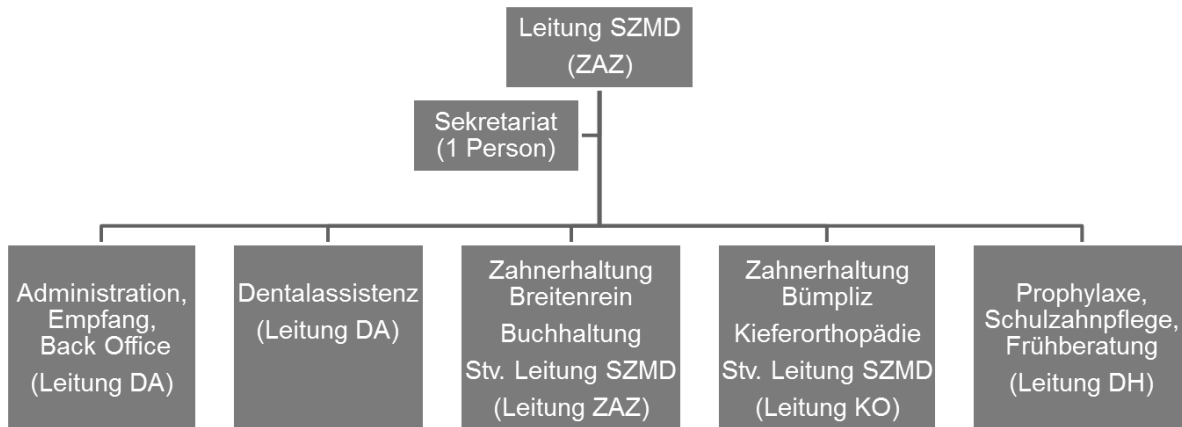
Die beiden Standorte sind unterschiedlich gross: Bümpliz hat fünf Stühle, Breitenrain neun. Am Standort Breitenrain werden auch Eingriffe unter Narkose durchgeführt, ansonsten bieten sie dasselbe Behandlungsspektrum.

Es gibt Funktionen, die an einem Standort angesiedelt sind, aber für beide Standorte wahrgenommen werden, zum Beispiel die Beauftragte für Sicherheit/Risiko am Standort Breitenrain. Die Wahrnehmung solcher Doppelfunktionen ist mit entsprechender Wegzeit verbunden.

In der Mitarbeitendenbefragung vom Mai 2016 wurde die im Januar 2016 eingesetzte Geschäftsleitung kritisch beurteilt. Knapp ein Drittel der Befragten zeigte eher bis gar kein Vertrauen in die Geschäftsleitung. Ähnlich kritisch wurde beurteilt, ob die Geschäftsleitung den SZMD in die richtige Richtung steuert und ob sie ihn gut für die künftigen Herausforderungen rüstet. Anzumerken ist, dass die Umfrage sehr kurz nach der Einsetzung der neuen Geschäftsleitung durchgeführt wurde, sich diese also noch nicht beweisen und noch keinen Leistungsausweis erarbeiten konnte. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Befragung der Mitarbeitenden viele weitere Themen umfasste, zu denen auch positive Rückmeldungen zu verzeichnen waren (vgl. dazu Ziffer 2.2.3).

Ergänzt wird das Bild durch die eigene Wahrnehmung der Geschäftsleitung. Deren Mitglieder erwähnen selbst, dass sich Zusammenarbeit, Funktionieren als Gremium, Vertrauen, gegenseitiges Kennen und Unterstützen noch besser entwickeln müssen. Auch Transparenz und Klarheit betreffend Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen seien zu verbessern. Die Rahmenbedingungen seien dazu nicht optimal gewesen. Es fehlten Kontinuität und Stabilität. Der Ausfall der Leitung sowie

der stark erhöhte Druck von aussen wie von innen erlaubten es bisher nicht, die seit Anfang 2016 bestehende Geschäftsleitung zu konsolidieren. Die Distanz zwischen den Teams aufgrund der zwei Standorte würde diesen Prozess zudem erschweren.



Legende: ZAZ = Zahnarzt/-ärztin; DA = Dentalassistent/-in; KO = Kieferorthopäde/-in

Abbildung 5: Organigramm SZMD Bern

Unterstützung in Administration und Informatik

Der SZMD organisiert und administriert jene Bereiche selbst, welche direkt mit der Leistungserstellung zu tun haben: Einsatzplanung, Kundenmanagement und -betreuung, Faktura, Bewirtschaftung von Material und Infrastruktur. Als einziger Querschnittsbereich wird die Buchhaltung selbst geführt.

Einige Funktionalitäten der betrieblichen und administrativen Führung sind aufgeteilt zwischen der weiteren Stadtverwaltung (insbesondere Direktionsstabsdienste BSS, Informatikdienste) und dem SZMD. Im Wesentlichen betrifft dies das Personalmanagement einerseits und die Informatik andererseits, aber auch Leistungen in Kostenrechnung und Controlling. Während die Personalselektion im Betrieb abgewickelt wird, geschieht die Administration im Direktionspersonaldienst der BSS.¹⁷ Die Informatikinfrastruktur sowie Betrieb und Unterhalt von Hard- und Soft-

¹⁷ Daneben werden der Abteilungsleiter und die Geschäftsleitungsmitglieder durch den Direktionspersonaldienst allgemein in allen Personal- und Führungsfragen unterstützt und beraten.

ware werden von den Informatikdiensten, welche der Finanzdirektion angegliedert sind, gewährleistet. Die Evaluation und Beschaffung von Software liegen in der Hand des SZMD, in Zusammenarbeit mit den Informatikdiensten und der Fachstelle Beschaffungswesen.

Die Informatik des SZMD ist nicht mehr ausreichend funktional. EDV-unterstützte Tätigkeiten wechseln sich mit papierbasierten Tätigkeiten ab. Vor drei Jahren wurde im SZMD ein entsprechendes Informatikprojekt gestartet zur Eigenentwicklung einer neuen Software, welche die Kernprozesse unterstützt. Im September 2015 wurden die Kreditmittel für die Ersatzbeschaffung bewilligt. Auf die Ausschreibung ging kein Angebot ein. Das Informatikprojekt des SZMD musste ein zweites Mal ausgeschrieben werden. Die neue Software soll nun per Ende 2017 definitiv eingeführt werden.

2.2.2 Finanzielle Steuerung

Die finanzielle Steuerung wird in einen jährlichen Budgetprozess und in einen unterjährigen Controlling-Prozess unterteilt. Die Wirtschaftlichkeit wird gefördert, wenn der Budgetprozess transparent, auf einer sicheren Informationsgrundlage und unter Einbezug der zuständigen Leitungsverantwortlichen durchgeführt wird. Die Einhaltung des Budgets muss unterjährig überprüft werden, so dass nötigenfalls früh- und rechtzeitig Korrekturmassnahmen ergriffen werden können. Von daher ist die Abstimmung der beiden Prozesse wichtig.

Finanzkompetenzordnung und Budgetprozess

Die Finanzkompetenzen sind in der Stadt Bern umfassend und im Einklang mit dem übergeordneten Recht geregelt (insbesondere Gemeindeordnung, HRM-Handbuch der Stadt Bern u.a.).

In der Stadt Bern beschliesst der Souverän obligatorisch über das Budget, unabhängig davon, ob die Steueranlage ändert oder nicht. Seit der Umstellung auf NSB (Neue Stadtverwaltung Bern NSB, new public management) kennt die Stadt Bern das System der Globalbudgets, mit Produktgruppen und Produkten, sowie übergeordneten Zielen, Steuerungsvorgaben und Kennzahlen. Der Schulzahnmedizinische Dienst ist in die zwei Produktgruppen Schulzahnpflege (PG 360100) und zahnme-

dizinische Leistungen (PG 360200) unterteilt. Die übergeordneten Ziele, die Steuerungsvorgaben und die Kennzahlen werden durch den Stadtrat festgelegt. Im Rahmen des Jahresberichts (Produktgruppenrechnung) hat die Verwaltung Rechenschaft abzulegen.

Der Stadtrat (Parlament) verabschiedet das Budget zuhanden der Volksabstimmung.

Der Gemeinderat erlässt jährliche Budgetweisungen, welche von den Direktionen umzusetzen und herunter zu brechen sind.

Die Budgets werden an Hand des Integrierten Finanz- und Aufgabenplans (IAFP) erstellt. Änderungen dazu sind zu begründen.

Die operative Verantwortung für die Erstellung und die unterjährige Kontrolle des Budgets liegen bei der Abteilungsleitung. Die meisten Abteilungen verfügen deshalb über einen eigenen Finanzstabsdienst, der über betriebswirtschaftliches Know how verfügt und insbesondere zuständig ist für Budgeterstellung, Kostenkontrolle, Forecast und Jahresrechnung. Der SZMD verfügt über keine eigene Betriebswirtschaftsstelle. Die BSS wird per August 2017 eine betriebswirtschaftliche Stelle innerhalb des SZMD schaffen. Der Direktionsfinanzdienst (DFD) bietet den Abteilungen Finanz-Support an, greift aber nicht in deren Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereich ein. Der DFD koordiniert auf Direktionsebene den Budget- und Rechnungsprozess, sorgt für die Einhaltung der Termine und insbesondere Budgetvorgaben und stellt die stufengerechte Information und Einbindung der Direktorin sicher. Der DFD-Leiter sowie der Generalsekretär oder die stellvertretende Generalsekretärin nehmen an den jährlichen Budgetgesprächen teil, welche die Direktorin mit den einzelnen Abteilungsleitern/-leiterinnen führt. Hier wird über die Antragstellung der Direktion an den Gemeinderat entschieden.

Budgetprozess im SZMD

Der Budgetprozess zwischen der Direktion BSS und dem SZMD ist durch einen zeitlichen Ablaufplan definiert.¹⁸ Für den SZMD intern existiert kein schriftlich festgehaltener Prozess der Budgetierung. Auch die Unterlagen der Qualitätsmanagementzertifizierung beinhalten keinen Prozess zur Budgetierung.

Konkret werden dem SZMD vom Gemeinderat die globalen Vorgaben gemacht (via Direktionsfinanzdienst DFD, Plan zu den Produktgruppenbudgets). Im SZMD werden durch die für die Buchhaltung zuständige Person in einem Excel-File die Kostenarten der Erfolgsrechnung (Kosten und Erlöse) geplant, d.h. in der Regel fortgeschrieben unter Berücksichtigung bekannter absehbarer Änderungen. Das so erstellte Budget wird dem Direktionsfinanzdienst eingereicht. Dieser erteilt Rückmeldung, ob das Ergebnis im Rahmen der globalen Vorgabe liegt oder nicht und ob Anpassungen notwendig sind. Der SZMD nimmt dann Anpassungen vor, in der Regel werden die Zahlen auf die Vorgaben hin angepasst.

Dieser Budgetablauf spielt sich hauptsächlich zwischen der Leitung des SZMD, der dort zuständigen Person für die Buchhaltung und dem DFD ab. Die Geschäftsleitung des SZMD ist in diesen Prozess nicht oder kaum involviert.

Unterjährige Steuerung von Finanzen und Leistungen

Seit 2014 wird einmal pro Jahr eine Hochrechnung («Forecast») zuhanden des Gemeinderats erstellt (Stichtag 31.07.). Es ist den Abteilungen überlassen, zusätzliche Forecasts zu erstellen. Im Mai und im Oktober wird von Seiten der Buchhaltung des SZMD intern eine Hochrechnung auf Ende Jahr zur Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen gemacht.

¹⁸ Terminplan gemäss Direktionsfinanzdienst, basierend auf den Terminen der Finanzverwaltung. Für die Budgetierung gibt es daneben gesamtstädtisch festgelegte Abläufe und Informationen (Finanzverwaltung, z.B. HRM-Handbuch) und Budgetweisungen (Gemeinderat), die durch Budgetweisungen der BSS ergänzt werden.

Aufgrund der kritischen Entwicklung im Jahr 2016 wird heute zudem zusammen mit dem DFD monatlich die Faktura des SZMD ausgewertet und nachverfolgt.

Aus den Unterlagen ist ersichtlich, dass zur Entwicklung des Umsatzes im SZMD Informationen vorliegen. Zum Entwicklungsstand der Kosten ist die Informationslage geringer.

Finanzsteuerung im Vergleich: Management der Einnahmen

Die Vertreterinnen und Vertreter der im Vergleich einbezogenen Schulzahnkliniken bestätigen drei Problemstellungen:

- Die Erstellung des Budgets erfolge allgemein bei Verwaltungsstellen sehr früh, noch bevor die Ergebnisse des zweiten Quartals bekannt sind. In der Stadt Bern wird dies akzentuiert, weil aufgrund der Volksabstimmung die Termine früher angesetzt sind.
- Kurzfristige Einnahmefälle durch Absenzen/Personalwechsel oder andere Gründe insbesondere in der Kieferorthopädie seien die Hauptursache für Abweichungen zwischen Budget und Rechnung. Die Kosten seien in der Regel gut vorhersehbar und stabil (Materialkosten eher sinkend).
- Der unterjährige Handlungsspielraum sei bei kurzfristigen markanten Änderungen der Einnahmen gering, eine Reaktion aber möglich.

Die verglichenen Schulzahnkliniken wenden aus diesen Gründen intensiver Planungs-, Steuerungs- und Monitoringinstrumente zur Einnahmensteuerung an. Erstens werden Vorgaben betreffend Umsatz gemacht: Zum Beispiel Taxpunkte pro Stellenprozent, Umsatz pro Tag pro Klinik oder andere personalisierte oder gruppenbezogene Leistungsvorgaben. Zweitens werden diese laufend oder zumindest monatlich nachvollzogen, auf individueller Ebene und pro Gruppe (z.B. Klinikstandort).

Weitere Massnahmen zur Kontrolle bzw. Stabilisierung der Einnahmen sind:

- Kontrolle und Reduktion der unentschuldigten Absenzen von Patientinnen und Patienten bzw. die aktive Bewirtschaftung von so entstandenen Leerzeiten;
- Kontrolle und Reduktion der krankheitsbedingten Absenzen der Mitarbeitenden, insb. des umsatzrelevanten medizinischen Personals.
- Optimierung des Personaleinsatzes des umsatzrelevanten Personals um Personalwechsel auffangen zu können, z.B. durch Teilzeitanstellungen bei den Kieferorthopäden/-innen.

2.2.3 Personal

Personalkosten

Nachfolgend ist die Entwicklung der Personalkosten dargestellt. Die Personalkosten alleine können noch keine Aussagekraft entwickeln. Allenfalls wurde mit mehr Personen mehr Leistung erbracht. Deshalb sind die Stellenprozente mit zu berücksichtigen. Als Hinweis auf die Leistung werden die Entgelte als Vergleichsgrösse aufgeführt.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Personalkosten im Vergleich zu den Entgelten, Stellenprozenten und Gesamtkosten.

Kosten \ Jahre	Rng 2011	Rng 2012	Rng 2013	Rng 2014	Rng 2015	Rng 2016
Personalkosten total in Tsd. CHF.	3'503	3'658	3'541	3'533	3'915	3'996
Personalkosten im Vergleich zu 2011	100%	104%	101%	101%	112%	114%
Entgelte* in Tsd. CHF	(3'305)	3'962	3'665	3'697	3'827	3'356
Personalkosten: Verhältnis Entgelte	(1.06)	0.92	0.97	0.96	1.02	1.19
Stellenprozent total	3'475	3'437	3'310	3'460	3'950	3'985
Personalkosten CHF pro Stellenprozent	1'008	1'064	1'069	1'021	991	1'003
Gesamtkosten* total in Tsd. CHF	5'132	5'403	5'119	4'463	5'043	5'040
Pers.-kosten: Verhältnis Gesamtkosten	68%	68%	69%	79%	78%	79%

* Entgelte sind Erlöse aus zahnmedizinischen Leistungen, d.h. ohne Erlöse Behandlungsbeiträge (da diese keine Erlöse aus Betriebstätigkeit, sondern reine Fondsfinanzierungen sind). Rechnung 2011 nur bedingt Aussagekräftig, da wahrscheinlich systematische Änderung in Entgeltstruktur vorliegen (Jahr 2010 = 3'150 tausend). Gesamtkosten ohne Kosten Behandlungsbeiträge, die im wesentlichen Kosten für Kontrolluntersuchungen enthalten, die schon als Teil des Produkts «zahnmedizinischen Leistungen an die Schulzahnpflege» enthalten sind.

Tabelle 11: Personalkosten in Tsd. CHF von 2011 bis 2017 mit Verhältniszahlen

Die Personalkosten blieben über Jahre bis Ende 2014 stabil. Im Jahr 2015 stiegen sie um gut 10 Prozent sowie im Jahr 2016 erneut um weitere 2 (zum Vorjahr) bzw. 14 Prozent (im Vergleich zum Jahr 2011). Diese Steigerung der Personalkosten begründet sich zum Teil damit, dass bei Stellenvakanzen teureres Personal als bisher angestellt werden musste. Ein Wachstum von gut fünf zusätzlichen Stellen ist festzustellen. Die fünf Stellen werden auf die Einrichtung eines zusätzlichen Behandlungsstuhls/-zimmers zurückgeführt. Die Bewirtschaftung des zusätzlichen Stuhls wurde anders als vorgesehen realisiert. Der Personalaufbau erfolgte vor allem im Bereich Dentalassistenten und Administration.

Das Verhältnis von Personalkosten und Entgelten blieb 2012 bis 2014 im Rahmen von 0.91 bis 0.96, ein Ausnahmejahr bildete 2011 mit tieferen Entgelten. Allerdings lag gemäss zusätzlichen Recherchen (nicht in der

Tabelle abgebildet) auch das Jahr davor mit 3.1 Mio. Franken tiefer als die Durchschnitte ab 2012 (bei gleichbleibendem Personalaufwand), was für eine systematische Änderung in der Entgeltstruktur spricht (Anpassung Taxpunktwert).

Für die Jahre 2015 und 2016 zeigt sich neben den gestiegenen Personalkosten zusätzlich ein Rückgang der Entgelte im Jahr 2016, was zu einer Umkehr des Verhältnisses zwischen Personalkosten und Entgelten führt, nämlich ein Anstieg von 0.95 (2014) zu 1.18 (2016). Dies entspricht einer Veränderung um über +25%. Es entstand eine Schere zwischen höheren Personalkosten und tieferen Entgelten.

Auch beim Verhältnis der Personalkosten zu den Gesamtkosten lässt sich ein Anstieg beobachten. Der Anteil stieg von 70 auf 80 Prozent aller Kosten. Für das Jahr 2014 sind die Gesamtkosten geprägt von einem Rückgang aufgrund des Wechsels in der Vermietung bzw. Verrechnung der Immobilienkosten von Immobilien Stadt Bern an den SZMD.

Personalkosten im Vergleich

Die Personalkosten im SZMD sind in den letzten drei Jahren um über 10% stark angestiegen, während Freiburg seine Personalkosten stark senken konnte und Schaffhausen in etwa stabil blieb (vgl. untenstehende Tabelle 12).

Die Reduktion der Personalkosten in Freiburg ging einher mit einer gewissen Reduktion der Entgelte. Diese fiel jedoch nicht so stark aus wie die Kostensenkung. Es resultierte eine markante Steigerung der Produktivität bzw. Kostendeckung (Verhältnis Personalkosten zu Entgelten).

Schaffhausen blieb in etwa gleich kostendeckend, allerdings mit einem Verhältnis der Personalkosten zu den Entgelten von 0.8 auf einem im Vergleich der drei Kliniken guten «profitablen» Niveau (nota: ohne Entgelte der Kontrolluntersuchungen und mit einem Taxpunktwert von 2.10 Franken). Freiburg entwickelte sich von einem eher tieferen Kostendeckungsgrad (nota: Entgelte inkl. Kontrolluntersuchungen und Taxpunktwert 3.70 Franken) zu einem höheren in Richtung des Verhältnisses von Schaffhausen.

Demgegenüber zeigen sich in Bern steigende Personalkosten bei stabilen (2015) bzw. rückläufigen Entgelten (2016, Einbruch wegen Kieferorthopädie). Die schon eher tiefe Kostendeckung sinkt noch, die Personalkosten übersteigen 2016 die Entgelte (ohne Kontrolluntersuchungen). Ist 2014 Bern von den Kosten-/Entgeltverhältnissen vergleichbar mit Freiburg (nota: bei unterschiedlichen Taxpunktwerten), so haben sich die beiden in den letzten zwei Jahren gegenläufig entwickelt (bessere Kostendeckung Freiburg, ungünstigere Bern).

Dabei gibt es keine Anzeichen, dass Bern zu teures Personal beschäftigt. Die Verhältniszahlen pro Stellenprozent und zu den Gesamtkosten deuten eher darauf hin, dass das Personal des SZMD tendenziell günstiger ist bzw. dass mit eher günstigerem Personal gearbeitet wird.

Kosten \ Jahre	Bern			Freiburg			Schaffhausen		
	Rng 2014	Rng 2015	Rng 2016	Rng 2014	Rng 2015	Rng 2016	Rng 2014	Rng 2015	Rng 2016
Personalkosten total	3'533	3'915	3'996	3'394	2'914	2'478	2'330	2'163	2'246
Vergleich 2014	100%	111%	113%	100%	86%	73%	100%	93%	96%
Entgelte*	3'697	3'827	3'356	3'426	3'087	2'795	3'234	2'651	2'877
- zu Entgelte	0.96	1.02	1.19	0.99	0.94	0.89	0.72	0.82	0.78
Stellenprozent total	3'460	3'950	3'985	k.A.	k.A.	1'922	1'602	1'636	1'720
- pro Stellenprozent	1'021	991	1'003	k.A.	k.A.	1'289	1'454	1'322	1'306
Gesamtkosten* total	4'463	5'043	5'404	4'385	3'616	3'112	3'376	2'903	2'999
- zu Gesamtkosten	79%	78%	79%	77%	81%	80%	69%	75%	75%

* Legende:

- Gesamtkosten SZMD mit Abzug der Behandlungsbeiträge (sie bestehen aus Kosten Kontrolluntersuchungen, die bereits in den zahnmedizinischen Leistungen enthalten sind und aus Transferleistungen).

- Entgelte Bern zu TP-Wert 3.10 ohne Entgelte für Kontrolluntersuchungen.

- Entgelte Freiburg inkl. Kontrolluntersuchungen, TP-Wert 3.70 für allgemeine Kinderzahnmedizin, 3.10 für Kieferorthopädie.

- Schaffhausen nur Entgelte für Behandlungen zu einem TP-Wert 2.10 für allgemeine Kinderzahnmedizin und 3.10 für Kieferorthopädie, ohne Entgelte für Kontrolluntersuchungen

- Die Taxpunkte wurden hier nicht bereinigt, da die Entwicklung der Personalkosten gezeigt wird und für Schaffhausen wie auch für Freiburg mit zwei verschiedenen Taxpunkten eine Bereinigung komplex ist. Der Vergleich mit den Entgelten soll die Tatsache neutralisieren, dass Veränderungen in den Personalkosten durch Veränderungen in der verrechenbaren Leistung entstehen können.

Tabelle 12: Personalkosten in Tsd. CHF von 2014 bis 2016 im Vergleich der Kliniken

Arbeitszufriedenheit und Motivation

Zufriedene und motivierte Mitarbeitende sowie funktionierende Teamarbeit sind zentrale Faktoren für die Wirtschaftlichkeit eines Betriebs. Zudem sind eine tiefe stabile Personalfuktuation und geringe Absenzen wesentlich für die Produktivität, Umsatzstabilität und Planungssicherheit. Hohe Raten bei Fluktuation und Absenzen deuten vielfach auf tiefe Iden-

tifikation mit dem Betrieb, Motivation und nicht optimal funktionierende Teamarbeit hin.

Im Mai 2016 wurde im SZMD eine Mitarbeitendenbefragung durchgeführt. Im vorliegenden Zusammenhang sind die folgenden Ergebnisse erwähnenswert: Die Angestellten

- sind auf mittlerem positivem Niveau zufrieden mit der Arbeit. Jedoch äussern sich ein Viertel der Mitarbeitenden eher (14%), grösstenteils (9%) oder sehr (2%) unzufrieden mit der Arbeitssituation. Ein Fünftel (21%) ist zudem gerade eher zufrieden;
- bewerten die Kultur beim SZMD als sehr kritisch, vertrauen einander zu wenig und wagen oft nicht, Probleme anzusprechen;
- empfinden zu einem grossen Teil das Arbeitsklima als eher nicht bis gar nicht motivierend (31%);
- sehen zu 60% den SZMD als nicht attraktiven Arbeitgeber;
- identifizieren sich sehr mit dem SZMD, wollen ihm treu bleiben und sind sehr leistungsbereit;
- finden ihre Arbeit überdurchschnittlich abwechslungsreich und sinnvoll und sehen auch für sich Entwicklungsmöglichkeiten (wobei ein Viertel hier Verbesserungspotential sieht);
- beurteilen die Professionalität und Patientenorientierung als gut;
- sind einigermaßen zufrieden mit der internen Information und Kommunikation und sehen die Partizipation als Stärke beim SZMD;
- empfinden die Arbeitsressourcen und Arbeitsbelastung sehr unterschiedlich, aber auf einem positiven Mittelwert;
- geben ihren direkten Vorgesetzten gute Noten, sind aber sehr kritisch gegenüber der im Januar 2016 eingesetzten Geschäftsleitung (vgl. Ziffer 2.2.1).

Fluktuation

Die Fluktuation und der Ausfall von Mitarbeitenden sind ein wichtiges Thema der Führung des SZMD. Einerseits bringen die Fluktuation bzw. die Personalausfälle Umsatzeinbussen mit sich. In einigen spezifischen Fällen, in der Regel insbesondere in der Kieferorthopädie, wurden auch starke Umsatzschwankungen verzeichnet, weil Leistung und Kunden/Kundinnen aufgrund der persönlichen Bindung verloren gingen und vakante Stellen nicht immer sofort wiederbesetzt werden konnten. Für die Kieferorthopädie ist dieser Zusammenhang aufgezeigt, er entspricht auch den Erfahrungen anderer Schulzahnkliniken (vgl. dazu Ziffer 2.1.3).

Insgesamt hat sich die Fluktuation im SZMD über die letzten Jahre nicht wesentlich verändert. Nach Aussagen in den Gesprächen mit den Vertreterinnen/Vertretern des SZMD ist sie im Bereich der Zahnärztinnen und Zahnärzte schon immer ausgeprägt gewesen, da junge Zahnärztinnen und Zahnärzte die Schulzahnmedizin bzw. den SZMD als Zwischenstation und Sprungbrett für ihre weitere Entwicklung sehen würden. Dies hat mit der Stellung der Kinderzahnmedizin und insbesondere der Schulzahnmedizin zu tun. Die Schulzahnmedizin ist für Zahnärztinnen und Zahnärzte in finanzieller Hinsicht weniger attraktiv. Die Kinderzahnmedizin ist zwar bislang eher weniger geschätzt, sie holt aber an Bedeutung auf und es ist durchaus motiviertes und längerfristig loyales Personal zu finden.

Nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Fluktuationsrate beim SZMD.

Fluktuations- rate in %/Jahr	Jahre						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Beeinflussbar ¹⁹	13	27	2	10	13	14	7.2
Nicht beeinflussbar ²⁰	3	5	5	10	2	0	14.5
Total	16	32	7	20	15	14	21.7

Tabelle 13: Entwicklung Fluktuation von 2010 bis 2016

Die Fluktuationsraten (beeinflussbar wie nicht beeinflussbar) schwankten in den letzten Jahren beim SZMD stark. Insgesamt lag die Fluktuation bei Werten zwischen 7 und 32 Prozent pro Jahr. Betreffend die beeinflussbaren Fluktuationen stechen die Jahre 2011 mit einem hohen Wert von 27 Prozent hervor sowie die Jahre 2014 und 2015 mit 13 bzw. 14 Prozent.²¹

Absenzen

Der Ausfall von Mitarbeitenden durch Abwesenheit ist ein wesentlicher Faktor der Produktivität und damit Wirtschaftlichkeit des Personals. Nachstehend sind die Abwesenheitsstunden pro 100%-Stelle dargestellt. Es sind Absenzen aufgrund Krankheit und Unfall, aber nicht Mutterschaft aufgeführt.

¹⁹ Folgende Austrittsgründe zählen als beeinflussbare Fluktuation: Kündigung Arbeitnehmer (Alle Austrittsgründe mit Bezug zur bisherigen Tätigkeit: Arbeitsaufgabe, Arbeitsinhalt, Lohn, Arbeitsorganisation, Arbeitsklima, Arbeitsort, Entwicklungsmöglichkeiten, Work-Life-Balance, Führungsverhalten des Vorgesetzten), Befristete Anstellung, vorzeitige Pensionierung.

²⁰ Folgende Austrittsgründe zählen als nicht beeinflussbare Fluktuation: Kündigung Arbeitnehmer (Austrittsgründe ohne Bezug zur bisheriger Tätigkeit: Selbständige Tätigkeit, temporäre Aufgabe der Erwerbstätigkeit, Wohnortwechsel oder Rückkehr ins Heimatland), Kündigung Arbeitgeber, Ordentliche Pensionierung (und aufgeschobene Pensionierung), Tod und Invalidität.

²¹ Begründungen der Austritte:

Jahr 2011 = 10% Lohn, 10% Entwicklungsmöglichkeiten, 20% Führungsverhalten Vorgesetzte, 60% keine Angaben

Jahr 2014 = 25% Entwicklungsmöglichkeiten, 25% Work-Life-Balance, 25% Führungsverhalten Vorgesetzte, 25% Arbeitsklima

Jahr 2015 = 12.5% Arbeitsaufgaben / Inhalte, 12.5% Lohn, 12.5% Entwicklungsmöglichkeiten, 25% Führungsverhalten Vorgesetzte, 12.5% Arbeitsklima, 25% keine Angaben

Absenz- stunden/FTE	Jahre	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Total SZMD Stadt Bern		134	100	99	137	172

Lesehilfe: Beim SZMD der Stadt Bern hat im Jahr 2016 im Schnitt ein/e Vollzeitmitarbeitende/r 161 Stunden gefehlt (das sind bei einem Achtstundentag rund 20 Tage).

Tabelle 14: Absenzenstunden pro FTE SZMD von 2011 bis 2016

Vergleich von Fluktuation und Absenzen

Vergleich Dienstaltes im SZMD Bern und der Schulzahnklinik Schaffhausen

Bei der Fluktuation ist kein Vergleich zwischen den Gemeinwesen möglich, da praktisch keine Daten vorliegen. Für Basel wurde im Jahr 2015 eine Quote unter 1% ausgewiesen.

Für Schaffhausen und Bern liegen Daten zum Dienstaltes der Mitarbeitenden vor (siehe unten stehende Tabelle). Das Dienstaltes kann als Indiz für die Fluktuationsrate der vergangenen Jahre herangezogen werden. Dies ist nur eine Annäherung, wird die Dienstaltesstruktur doch zum Beispiel auch durch eine Ausdehnung des Personalkörpers beeinflusst. Die Vergleichszahlen verdeutlichen, dass das Dienstaltes in Schaffhausen abgesehen von der Kieferorthopädie deutlich über demjenigen in Bern liegt.

Kategorie	Bern: Dienstalter in Jahren				Schaffhausen: Dienstalter in Jahren			
	Max.	Min.	Median	Mittelw.	Max.	Min.	Median	Mittelw.
Klinikleitung	3.25	3.25	3.25	3.25	25	25	25	25
Zahnärzte	20.83	0.58	2.58	6.17	22	3	11	11
Kieferorthopäden	22.17	0.67	5.58	7.08	11	1	2	5
Prophylaxe	6.75	1.75	5.67	5.2	33	10	21.5	21.5
Dentalassistenten	22.17	0.33	2.58	6.58	24	7	13	14.3
Admin./ Buchhaltung	26	2.33	5.79	7.79	--	--	--	--

Tabelle 15: Dienstalter im SZMD Bern und der Schulzahnklinik Schaffhausen

Vergleich Absenzenstunden pro Vollzeitstelle

Auch zu den Absenzen liegen nur wenige vergleichbare Daten vor. Stellt man diejenigen des SZMD Bern den Durchschnitten der Direktion BSS sowie den Werten der Schulzahnklinik Schaffhausen gegenüber (siehe Tabelle unten), so ist ersichtlich, dass der SZMD Bern in den letzten drei Jahren etwa doppelt so viele (im Vergleich zu BSS) bis hin zum fünffachen Wert (im Vergleich zu Schaffhausen 2015 und 2016) an Absenzenstunden der Vergleichseinheiten aufweist. Dies verdeutlicht, dass der SZMD Bern sehr hohe Absenzenstunden aufweist. Ob das auf viele Absenzen bei vielen Mitarbeitenden oder wenige aber lange Absenzen bei einzelnen/wenigen Mitarbeitenden zurückzuführen ist, ist aus den Daten nicht ersichtlich und sollte bei der Umsetzung der empfohlenen Massnahmen (vgl. Ziff. 2.3.4) analysiert werden.

Jahre	SZMD Stadt Bern	BSS Stadt Bern	Schulzahnklinik Schaffhausen
2014	137	78	61
2015	172	94	34
2016	161	80	33

Tabelle 16: Absenzstatistik von drei Verwaltungseinheiten, Stunden pro FTE pro Jahr

2.2.4 Personaleinsatz und Infrastrukturnutzung

Die Wirtschaftlichkeit der einzelnen medizinischen Mitarbeitenden ist ein wesentlicher Faktor für die gesamte Wirtschaftlichkeit einer Zahnklinik. Sie ist im SZMD Bern sehr unterschiedlich ausgeprägt, je nach Art der Leistung und der Art der Kunden/Kundinnen, aber auch je nach Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden.

Management der Infrastrukturnutzung im Vergleich

Ein wesentlicher Faktor für die Wirtschaftlichkeit ist die Ausnutzung der Infrastruktur durch das Personal. Wie stark wird die Infrastruktur durch den Personaleinsatz ausgelastet bzw. wie viele Patientinnen und Patienten werden untersucht oder behandelt? Hierzu konnten zum Management der Infrastrukturnutzung folgende Feststellungen gemacht werden.

Agendagestaltung: Beim SZMD Bern verfügen Zahnärztinnen und Zahnärzte frei über die Behandlungszimmer und «ihren» Stuhl und gestalten die Agenda unabhängig von den Vorgesetzten selbst. Es gibt keine zentralen Vorgaben und keine Steuerung der wesentlichen Ressourcenauslastung. Eine kosteneffiziente Auslastung der Infrastruktur liegt in der Bereitschaft und dem Ermessen der Mitarbeitenden.

Ein anderes Beispiel bietet Schaffhausen. Dort werden die Termine zentral vergeben. Der Abstand des Folgetermins wird jeweils vom Zahnarzt/von der Zahnärztin festgelegt. Der konkrete Termin (inkl. Zuteilung des Stuhls) wird dann zentral vergeben. Dabei werden durchschnittliche Behandlungszeiten angenommen, wobei es auch mal Ausreisser bei der Dauer geben kann (z.B. 45 Min. für eine Füllung statt 30 Min.). Es wird aber davon ausgegangen und eingefordert, dass alle Zahnärzte oder Zahnärztinnen im Schnitt die Behandlungen in der angenommenen Zeit durchführen und die Termine einhalten.

Auch in Winterthur werden die Termine zentral bewirtschaftet. Für jede Behandlung wird ein Kostenvoranschlag erstellt inkl. Planung der benötigten Zeit. Hierzu gibt es überwachte Standards und Vorgaben, sowohl zum Umfang (20 Minuten einfache Behandlung, sonst 30 Minuten oder ggf. mehr) wie auch zur Einsatzplanung. Diese wird bewirtschaftet, um zu grosse «Lücken» zu vermeiden und eine effiziente Ausnutzung der

Stühle zu gewährleisten. Treten dennoch leere Plätze auf (z.B. durch Abmeldungen), werden diese aktiv bewirtschaftet, zum Beispiel durch Anbieten eines Termins an Familien, deren Kind auf einer Befundliste der Klinik steht.

Zuteilung der Stühle: Zahnarztstühle und Behandlungszimmer werden beim SZMD Bern nicht geteilt, jede/r Zahnarzt oder Zahnärztin hat den «eigenen» Stuhl (den er/sie selbst bewirtschaftet, siehe Agenda). Das Teilen der Stühle hat man versucht, ist aber wieder davon abgekommen, weil Prophylaxe, Kieferorthopädie, Chirurgie, Paradontologie, Kinder und Erwachsene usw. unterschiedliche Geräte und Einrichtungen bräuchten.

Ein Gegenbeispiel bietet hier wiederum die Schulzahnklinik Schaffhausen. In Schaffhausen sind drei Stühle grundsätzlich für die allgemeine Kinderzahnmedizin vorgesehen und drei Stühle für die Kieferorthopädie (wovon einer jederzeit für die Allgemeinzahnmedizin). Niemand hat seinen festen Stuhl, obgleich es natürlich Gewohnheiten gibt. Es gibt auch keine feste Zuteilung der Assistenzen, diese assistieren die allgemeine Kinderzahnmedizin und die Kieferorthopädie. Das Angebot unter Narkose wird an einem Stuhl der Kieferorthopädie vorgenommen. Die Zahnreinigung wird dort vorgenommen, wo gerade Platz ist. Voraussetzungen für diese Lösung: 1. Flexibilität der Mitarbeitenden, die auch eingefordert wird, 2. eine etwas andere Organisation der Arbeit, zum Beispiel mit Materialwagen, 3. Planung der Schichten mit Zuteilung Raum/Stuhl zwei bis drei Monate im Voraus mit zentraler Vergabe der Termine.

Öffnungszeiten/Einsatzzeiten: Die Kliniken im Breitenrain und in Bümpliz sind jeweils 07.45 bis 12.00 Uhr und 12.45 bis 16.45 Uhr geöffnet (Freitag bis 16.15 Uhr). Das sind durchaus übliche Öffnungszeiten (z.B. Vergleiche mit Zürich oder Winterthur), obgleich natürlich auch einige Beispiele durchgehender Öffnungszeiten anzutreffen sind (z.B. Basel). Ein anderes Modell verfolgt die Schulzahnklinik Schaffhausen, die schon seit zwanzig Jahren im Schichtbetrieb von 7.00 bis 19.00 Uhr arbeitet, was die Nutzung der Infrastruktur erhöht bzw. den Bedarf an Infrastruktur reduziert (nur 6 Stühle plus Klinikwagen). Die Zahnärzte und Zahnärztinnen arbeiten in Schichten von 7.00 bis 14.00 Uhr und 12.00 bis 19.00 Uhr. Gemäss Auskunft der Klinikleitung Schaffhausen sei die

Effizienz beim Arbeiten dadurch höher, da Schichten à 7 Stunden optimal seien (die Leistung sei gleich gross wie 8.5 Stunden verteilt auf Vor-/Nachmittag).

Umsatzkennzahlen

Umsatz pro Zahnarzt/-ärztin

Bei effizientem Personaleinsatz und Ausnutzung der Infrastruktur generiert in der Regel eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt das Zwei- bis Dreifache seines/ihrer Lohns an Umsatz, um alle Kosten zu decken.

Beim SZMD streuen die Umsätze pro Lohn von Faktor 0.8 (Mitarbeiter/-in erwirtschaftet 80% des eigenen Lohns) bis zu Faktor 3 (Mitarbeiter/-in erwirtschaftet das Dreifache des Lohns) bei einem Median von 1.8 (die Hälfte der Mitarbeitenden erwirtschaftet das 1.8-fache des Lohns oder weniger). Geht man vom Zweifachen des Lohns aus, liegt die Mehrzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte des SZMD darunter.

Unabhängig vom Lohnniveau ist das Verhältnis zu den Stellenprozenten darstellbar. Die Verhältniszahl kann in Umsatz oder in Taxpunkten ausgedrückt werden. In der Schulzahnklinik Schaffhausen zum Beispiel liegt die Mindestvorgabe bei 850 Taxpunkten pro Stellenprozent und Jahr, was im SZMD Bern bei einem Taxpunktwert von 3.10 Franken einem Mindestumsatz von gut 260'000.- bei 100% bzw. 2'600.- pro Stellenprozent entsprechen würde. Als Richtwert für eine gute Leistung gelten etwa 1'400 Taxpunkte (ca. 4'300.- Franken pro Stellenprozent), für eine herausragende Top-Produktivität etwa 2'000 Taxpunkte pro Jahr (6'200.- Franken pro Stellenprozent).

Die Umsätze pro Stellenprozent der Zahnärztinnen und Zahnärzte des SZMD wurden entsprechend erhoben (ohne Kieferorthopädie) und den Richtwerten gegenübergestellt.²² Die Umsätze bewegen sich in etwa

²² Es wurden «klinische» Stellenprozente herangezogen, d.h. die Stellenprozente, welche einzelne Zahnmediziner/-innen offiziell eingeplant für Leitungs-/Administrationsaufgaben beauftragt sind, wurden nicht berücksichtigt bzw. abgezogen. Beispiel: Leitung Zahnerhaltung Breitenrain, 100% angestellt, 40% Abzug, weil in dem Umfang für Leitungsaufgaben eingesetzt.

plus/minus 25% um die Minimallinie Benchmark Schaffhausen. Dem «guten» Leistungsbenchmark nähert man sich selten an.

Es gibt unter den Mitarbeitenden ein herausragendes Beispiel mit einem Verhältnis von Umsatz pro Stellenprozent, das kaum zu überbieten ist. Dieser Umsatz liegt in etwa Faktor 2 höher als die anderen Umsätze. Ob das Hinwirken auf so hohe Umsätze für Kunden wie für den Betrieb sinnvoll ist, kann hier nicht beantwortet werden. Zumindest wird das mögliche Potential aufgezeigt.²³

Umsatzkennzahlen im Vergleich

Für einen Vergleich des Kostendeckungsgrads der Leistungen sind Verhältniszahlen wie dargestellt anzuwenden, also zum Beispiel Umsatz pro Stellenprozent. Umsatzzahlen zu vergleichen, ist allerdings nur eingeschränkt aussagekräftig, weil dahinter unterschiedliche Taxpunktwerte und Verrechnungspraxen von Kosten stehen können. Der Bericht stellt hier eine für die zahnmedizinische Branche gängige und für den SZMD verfügbare Zahl dar: den Umsatz pro Stuhl (vgl. Tabelle 17 unten).

Kennzahl \ Kliniken	Stadt Bern	Freiburg	Schaffhausen	Stadt Basel
Umsatz in Tsd. CHF pro Stuhl pro Jahr*	219	302*	542	288*

* von den Betrieben gemeldete Verhältniszahlen, mit einem Stern versehen sind selbst errechnete Werte aus gemeldetem Umsatz und gemeldeten Anzahl Stühlen.

Tabelle 17: Umsätze pro Stuhl im Jahr 2016

Der SZMD liegt beim Umsatz pro Stuhl unter den verglichenen Betrieben. Herausragend wie bei anderen Kennzahlen ist Schaffhausen, wo mehr als das doppelte an Umsatz pro Stuhl erwirtschaftet wird (bei viel tieferem Taxpunktwert nota bene). Zu beachten ist bei diesem Vergleich, dass die verglichenen Schulzahnkliniken unterschiedliche Taxpunktwerte anwenden und in unterschiedlichem Umfang Kieferorthopädie anbieten.

²³ Diese Mitarbeiterin verfüge über mehrjährige Erfahrung in der freien Praxis, über detaillierte Abrechnungskennnisse und habe ihre Agenda straff organisiert und würde jeden Terminausfall (vortags und täglich) mittels Warteliste kompensieren.

Beide Faktoren sind sehr umsatzrelevant. Mit Blick auf diese Tatsache dürfte Bern zwar hinter Freiburg und Basel zurückliegen, aber weniger markant, als in der Tabelle ersichtlich. Allein der Unterschied zu Schaffhausen bleibt augenfällig.

Von Vorteil wäre ein Vergleich von fakturierten Taxpunkten pro Stellenprozent gewesen. Die Taxpunkte sind aber nur für einen Teil der verglichenen Betriebe verfügbar und insbesondere nicht für den SZMD. Daher wird auf eine Darstellung verzichtet.

Organisation der Kontrolluntersuchungen im Vergleich

Die obligatorischen Schuluntersuchungen beim SZMD sind als Einzeluntersuchungen unter Beisein der Eltern organisiert. Andere schulzahnmedizinische Dienste organisieren die Untersuchungen als Reihenuntersuchungen. Die Kantone Freiburg und Schaffhausen versorgen die Gemeinden mit Bussen. Die Untersuchungen, Zahnreinigungen und ggf. Versiegelungen werden im Bus vorgenommen. Die Untersuchungen gelten als Triage, um je nach Resultat eine vertiefte Abklärung oder Behandlung vorzunehmen.

Eine vergleichbare Grösse ist die Anzahl Kontrolluntersuchungen, die pro Stunde durchgeführt werden kann oder die durchschnittliche Zeit, welche für die eine Kontrolluntersuchung benötigt wird.

Im SZMD sind hierzu keine Angaben verfügbar. Eine Aufstellung der Entwicklung des Zeitaufwands pro Kontrolluntersuchung über die letzten Jahre ist nicht möglich. Pro Patient oder Patientin in werden 15 Minuten eingeplant und es wird eine individuelle Befundaufnahme durchgeführt. Die Individualkontrollen in der Klinik werden inkl. Beratung/Motivation zusammen mit den Eltern durchgeführt, allenfalls werden aber gleich Reinigung, Prophylaxe oder Behandlungen vorgenommen. In diesen Fällen dauert die «Kontrolle» (die de facto mehr ist) dann bis zu 45 Minuten.

Die nachstehende Tabelle zeigt die durchschnittlich benötigte Zeit für eine Kontrolluntersuchung. Für den SZMD ist der Wert als Mindestzeit geschätzt (genaue Zeit unbekannt, da Individualuntersuchung). Für eine

Würdigung des Vergleichs ist der Unterschied im System der Kontrollen zu berücksichtigen.

Kennzahlen \ Jahre	Stadt BE	FR	SH	Stadt BS	Stadt LU	Biel	Thun	Rie- hen
Durchschnittl. bzw. ge- schätzte Zeit pro Kon- trolle in Minuten	(mind. 15)	6	3	3.5	3 bis 4	k.A.	k.A.	3

Tabelle 18: Durchschnittliche bzw. geschätzte Zeit für Kontrolluntersuchungen

Wirtschaftlicher Skills-Mix: Vergleich der Personalzusammensetzung

Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit eines schulzahnmedizinischen Betriebs können auch auf die Zusammensetzung des Personalkörpers zurückgeführt werden. Deshalb wird im Folgenden der so genannte Skills-Mix analysiert (vgl. Tabelle 19 unten).

Die Verteilung der Stellenprozente auf die Kategorien von Mitarbeitenden zeigt in der Spalte «Admin+Ltg zu alle» den Anteil von Stellenprozente in Administration, Leitung und Stab gemessen an in der Tabelle gezeigten Gesamtpersonalbestand. In der Spalte «Admin+Ltg+DA zu KO+ZAZ» wird der Anteil von Stellenprozente in der Dentalassistentenz, der Administration und der Leitung und Stab gemessen an den Stellenprozente in der Zahnmedizin (Kieferorthopädie plus Zahnerhalt) gezeigt.

Klinik \ Skill	Kieferorthop.	Zahnarzt / Zahnärztin	Dentalassistentenz	Prophylaxe Instruktion	Admin.	Leitung Stab	Admin+Ltg zu alle	Admin+Ltg +DA zu KO+ZAZ.
Stadt BE ²⁴	210	785	1'260	470	560	320	0.24	2.2
Kanton FR	135	338	954	145	250	100	0.18	2.8
Kanton SH	320	343	785	172	(DA)	100	0.06	1.3
Stadt BS	570	860	1'510	1'060	260	(100) ²⁴	0.08 ²⁴	1.3 ²⁴

Tabelle 19: Skills Mix der Schulzahnkliniken Jahr 2016 (ohne Auszubildende)

Die Administration und Leitung macht beim SZMD Bern 23% aller Stellen aus. In eine ähnliche Richtung geht nur noch Freiburg mit 18% (an drei Standorten), während Schaffhausen auf sehr geringen 6% liegt. Dort werden die administrativen Arbeiten alle von der Dentalassistentenz erledigt. Es fällt lediglich eine Leitungsstelle an. Für Basel musste ein Wert geschätzt werden. Wobei man auch dort bei einer Annahme von 100 Stellenprozenten für Stabsleistungen auf lediglich 8% kommt.

Zu berücksichtigen ist, dass gemäss den Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern des SZMD die Auslastung der Dentalassistentenz beim SZMD Bern eher tief sei und dort noch Kapazitäten ausgemacht werden. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Dentalassistentenz je nach Aufgabenzuteilung auch administrativ eingesetzt werden kann (siehe Schaffhausen).

²⁴ Für Bern wurden für ein möglichst präzises Bild 20% der Kieferorthopäde sowie 40% bei den Zahnärzten/-innen zu gleichen Teilen der Administration und der Leitung zugeteilt. Das entspricht der Belastung der Leitungspersonen, welche die Leitung Zahnerhaltung Breitenrain und Buchhaltung sowie Leitung Zahnerhaltung Bümpliz und Kieferorthopädie innehaben. Für Basel ist die Leitungsfunktion in der Administration enthalten. Die im «Konzern» mit drei quasi Betrieben für die Schulzahnklinik geleisteten Administrations- und Stabsdienste konnten nicht exakt zugeteilt werden. Angenommen wurden für Stabsleistungen 100%.

Daher wird das Verhältnis von Dentalassistenten plus Administration und Overhead (Admin und Leitung/ Stab) zu den zahnmedizinischen Ressourcen gezeigt (Spalte rechts). Die Tabelle zeigt, dass Freiburg im Vergleich mit einem hohen Anteil an Dentalassistenten und Administration zur Erbringung seiner zahnmedizinischen Leistung arbeitet. Basel arbeitet mit weniger, ebenso Schaffhausen. Bern arbeitet im Vergleich mit viel Dentalassistenten und Administration.

Auch bei diesem Vergleich ist zu berücksichtigen, dass die Arbeitsteilung und Zuweisung von Aufgaben auf die Kategorien unterschiedlich ausfallen kann und die Verhältnisse ggf. schwer vergleichbar bzw. erklärbar sind. Dennoch sind die Ergebnisse wertvoll, insbesondere der Fall Schaffhausen ist interessant.

2.2.5 Zusammenfassende Feststellungen

1. Führung und Organisation

- Der SZMD war in den letzten drei Jahren mit mehreren Veränderungen in der Führung konfrontiert (2014 neuer Abteilungsleiter, 2016 Einsetzung veränderte Geschäftsleitung, 2016 Ausfall des Abteilungsleiters, Interimsführung).
- Der SZMD ist in funktionale Bereiche gegliedert und auf zwei Standorte aufgeteilt. Die Standorte werden im Organigramm teilweise abgebildet. Zwei der Bereichsleitungen führen zugleich die Zahnärztinnen und Zahnärzte pro Standort.
- Die Geschäftsleitung besteht aus dem Abteilungsleiter SZMD und den Bereichsleitungen. Ihre Mitglieder haben Ausbildungs- und Berufshintergründe in den Feldern Zahnmedizin, Dentalassistenten oder Dentalhygiene.
- Bei der Geschäftsleitung besteht Verbesserungspotential (Basis Mitarbeitendenumfrage 2016 und Gespräche im Rahmen der Überprüfung), einerseits hinsichtlich ihres internen Zusammenwirkens, andererseits hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im Betrieb.

- Die Kernprozesse führt der SZMD selbst. Von den Unterstützungsprozessen hat er die Finanzen teilweise bei sich (Buchhaltung). Die Personalselektion, -anstellung und -führung obliegen der SZMD-Leitung. Die Personaladministration wird durch den Direktionspersonaldienst BSS sichergestellt, das Informatikwesen werden durch den Direktionsfinanzdienst und die städtischen Informatikdienste gewährleistet.
- Die Informatik im SZMD ist seit einigen Jahren nicht mehr ausreichend funktional. Wegen ausbleibender Eingaben in der Ausschreibung konnte dieser Mangel noch nicht behoben werden. Die Behebung sollte nun im 2017 erfolgen.

2. Finanzielle Steuerung

- Die Leitung des SZMD ist für die Budgeterstellung und -kontrolle sowie für die Finanzplanung und Berichterstattung zuhanden der Direktion BSS resp. zuhanden Gemeinderat und Stadtrat verantwortlich.
- SZMD-intern liegt kein schriftlich festgehaltener Budgetierungsprozess vor. Die Geschäftsleitung ist kaum in den Prozess der Budgetierung eingebunden.
- Die Umsatzentwicklung wird heute monatlich verfolgt, die Transparenz bei der Kostenentwicklung ist demgegenüber geringer.
- Übereinstimmend mit den Erfahrungen anderer Kliniken erscheint der unterjährige Handlungsspielraum für Reaktionen auf Kosten- oder Erlösschwankungen klein. Die Kosten sollten erfahrungsgemäss eher stabil sein, die Erlöse können stärker schwanken. Entsprechend kontrollieren andere Kliniken die Erlösgrössen relativ straff (Controlling, kurzfristige Massnahmen).

3. Personal

- Das angestellte Personal des SZMD ist im Vergleich (Kosten pro Stellenprozent) nicht zu teuer, aber die Kosten insgesamt sind durch zusätzliche Anstellungen gestiegen.

- Die Produktivität des Personals (Verhältnis von Personalkosten zu Entgelten) ist tiefer als bei den verglichenen Kliniken und ist in den letzten zwei Jahren gesunken.
- Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden weist Verbesserungspotential auf. Kritisiert werden insbesondere die Unternehmungskultur, das Arbeitsklima und die Attraktivität des Arbeitgebers. Hingegen sind die Identifikation mit dem Betrieb und die Leistungsbereitschaft vergleichsweise hoch und die Professionalität der Arbeit sowie die Partizipationsmöglichkeiten werden geschätzt.
- Die Fluktuation beim Personal ist schwankend und war im Jahr 2014 und 2015 hoch. Im Vergleich mit Schaffhausen zeigen sich in der Dienstaltersstruktur Hinweise auf eine vergleichsweise hohe Fluktuation bei Zahnärzten/-innen und in der Dentalassistentenz.
- Die Absenzenwerte sind absolut und im Vergleich sehr hoch.

4. Nutzung der Infrastruktur

- Im Unterschied zu anderen Kliniken haben die Zahnärztinnen und Zahnärzte des SZMD ihren «eigenen» Stuhl (dieser wird nicht geteilt). Sie führen eine «eigene» individuelle Agenda und es gibt kaum Vorgaben über Auslastungen und Behandlungsdauer. Das Management der Infrastrukturnutzung ist weniger straff als in anderen Kliniken.
- Die Umsätze pro Stellenprozent bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten weisen eine Grösse auf, die von anderen Kliniken als Minimum genannt wird. Die Umsätze im Verhältnis zum Lohn streuen relativ stark bei einem Median von unter zwei (Umsatz ist kleiner als das Doppelte des Lohns). Faktor zwei oder höher wird als Zielgrösse genannt.
- Beim Umsatz pro Stuhl im Jahr 2016 liegt der SZMD im Vergleich zu den anderen Kliniken zurück. Allerdings sind diese Zahlen nicht taxpunktbereinigt und berücksichtigen nicht den aussergewöhnlichen Ertragsausfall beim SZMD im Jahr 2016.

- Bei den Kontrolluntersuchungen wendet der SZMD ein anderes System an als die verglichenen Schulzahnkliniken (Individualuntersuchung statt Reihenuntersuchung). Entsprechend ist der durchschnittliche Zeitbedarf pro Untersuchung höher (genaue Zahlen für Bern sind nicht vorhanden).
- Der SZMD Bern beschäftigt im Vergleich zu den anderen Kliniken eher viel Assistenzpersonal für Zahnärztinnen/Zahnärzte. Im Bereich der Administration beschäftigt der SZMD im Vergleich auch eher viel Personal (hoher Anteil am gesamten Personalbestand). Zusammengenommen ist der Anteil der Dentalassistenten plus der Administration am zahnmedizinischen Personal hoch.

2.3 Würdigung der Massnahmen

2.3.1 Handlungsbedarf

Auf Grund der Wirtschaftlichkeitsanalysen kann festgehalten werden, dass Handlungsbedarf sowohl im Bereich der Wirtschaftlichkeit wie der Betriebsführung besteht. Es besteht indes keine unmittelbare Dringlichkeit. Der SZMD funktioniert, die Leistungen werden erbracht. Obgleich dies nicht explizit geprüft werden konnte, gibt es keine Anzeichen, dass die Qualität der erbrachten Leistungen kritisch wäre.

Folgende Handlungsfelder zeigen sich:

- Die politische Steuerung der Kosten und Leistungen von Seiten der Stadt kann deutlicher profiliert werden. Die übergeordneten Ziele und die Steuerungsvorgaben sind präziser zu fassen, damit klarer wird, welche Leistungen zu welchen Konditionen vom SZMD erwartet werden.
- Der SZMD unterscheidet seine Leistungen bereits in Produktgruppen und Produkten. Diese sind hinsichtlich der «Leistungsbestellung» weiter zu entwickeln bzw. anzupassen.
- Grundsätzlich ist Kostentransparenz und Kostensteuerung vorhanden. Um einen Betrieb wie die Schulzahnklinik zu führen, sind die-

se aber weiter zu entwickeln. Die Kosten sind präziser zuzuweisen und das unterjährige Controlling ist zu stärken.

- In der Frage der Wirtschaftlichkeit des SZMD ist Handlungsbedarf gegeben. Die Schulzahnklinik zeigt im Vergleich zu anderen Kliniken und im Rückblick auf die Jahre bis und mit 2014 Einsparungspotential.
- Der Handlungsbedarf betreffend die Wirtschaftlichkeit zeigt sich namentlich beim Personaleinsatz und bei der Infrastrukturnutzung. Handlungsbedarf in der Führung und Organisation, vor allem der betriebswirtschaftlichen Steuerung sowie zur Kulturentwicklung, besteht zur Unterstützung der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. In diesen Bereichen ist insbesondere die Leitung des SZMD gefordert.
- Die Reaktion auf diesen Handlungsbedarf wird den sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Auftrag nicht oder nur punktuell tangieren.
- Die Einführung einer Spezialfinanzierung erscheint aufgrund der spezifischen Situation des SZMD plausibel und könnte die Wirtschaftlichkeit unterstützen. Eine vertiefte Prüfung wäre nötig.
- Betreffend Leistungsangebot besteht kein dringlicher Handlungsbedarf. Bei den Kontrolluntersuchungen (Systemeffizienz) und in der Kieferorthopädie (Umgang mit Erlösausfall) ist eine Optimierung der Organisation der Leistungserbringung anzustreben.

Die nachfolgende Aufführung von möglichen Massnahmen wird unter der Prämisse formuliert, dass der SZMD als Verwaltungsorganisation bestehen bleibt. Sollte sich die strukturelle Form bzw. das gewählte Modell ändern, gelten die Massnahmenvorschläge sinngemäss, soweit sie noch anwendbar sind.

2.3.2 Massnahmen zur politischen Steuerung von Kosten und Leistungen

Präzisere Kostentransparenz

Vor über zehn Jahren wurde in Bern gesamtstädtisch das System der Kostenstellen und fixen Umlagen der Kosten auf Produkte eingerichtet. Die für den SZMD festgelegte und seither unveränderte Struktur hat den Nachteil, dass sie einerseits eher kompliziert und intransparent ist (wo sind welche Kosten für welche Leistungen zugeteilt), andererseits wenig aussagekräftig ist in der Unterscheidung der öffentlich bezahlten Leistungen (Prophylaxeunterricht; Administration Schulzahnpflege; Kontrolluntersuchungen), der Defizitdeckung der gemeindeeigenen Zahnmedizin (Behandlung von Kindern und Jugendlichen) und der Beiträge an Behandlungen von Kindern und Jugendlichen, welche die Eltern zurück erstattet erhalten. Verstärkt wird dieser Effekt durch die unterschiedliche Art der Zuteilung von Kosten und Erlösen: Während die Kosten via Belastung der Kostenstellen und fix anteilmässiger Umbuchung auf die Produkte verteilt werden, werden die Erlöse direkt den Produkten zugehalten. Damit ist nicht gesichert, dass die Erlöse auch wirklich jenen Kosten gegenübergestellt werden, die zu ihrer Erwirtschaftung eingesetzt wurden.

Eine Anpassung in diesem Bereich würde mehrere positive Effekte zeigen: Zum einen würde durch eine erhöhte Transparenz die bessere Steuerung der Kosten sowie eine straffere Führung ermöglicht, zum anderen könnte in der Berichterstattung, insbesondere an die politischen Instanzen, besser aufgezeigt werden, für welche Leistungen wie viele Mittel eingesetzt wurden. Damit würden der sachliche politische Diskurs und die politische Steuerungsmöglichkeit gestärkt.

Stärkung der politischen Bestellerfunktion

Durch die heutige Strukturierung der Produkte und die Art der Kostenumlage und internen Umbuchungen innerhalb der Produkte des SZMD ist zu wenig ersichtlich, welches die bestellten Leistungen sind und welche öffentliche Aufgabe oder auch privatwirtschaftlich angebotene Leistung (wie Kieferorthopädie) zu welchem Preis erbracht wird. Die BSS und

letztlich der Stadtrat müssen dies auch einfordern wollen. Es geht um die Präzisierung der Frage, welche Leistungen – oder «Produkte» – der SZMD erstellt und was dies die Stadt jeweils kostet bzw. welche Erträge sie abwerfen. In den Produkten, in ihren Kosten, Erträgen und Ergebnisdarstellungen ist deshalb klarer zu unterscheiden, welches a) zu 100% öffentlich bezahlte Leistungen oder von der Stadt getragene individuelle Transferleistungen sind, weil sie öffentliche gesundheitspolitische oder sozialpolitische Aufträge enthalten, welches b) teilsubventionierte Leistungen sind (mit einem möglichst präzisen Auftrag), und welches c) selbsttragende Leistungen sind. Diese Unterscheidung wird heute so nicht transparent, zum Beispiel in der Intransparenz der «Behandlungsbeiträge», der Umbuchungen der Kontrolluntersuchungen oder der fehlenden Unterscheidung von Kieferorthopädie und Zahnerhalt/allgemeiner Kinderzahnmedizin.

Das Beispiel der «Behandlungsbeiträge» kann das Thema illustrieren. Das Produkt beinhaltet gemäss Definition auf dem städtischen Produkteblatt das «Gewähren von Beiträgen an zahnärztlichen Behandlungskosten einschliesslich Kieferorthopädie» für den Kundenkreis der «minderbemittelten Eltern der Stadt Bern». Die in den Abschlüssen der letzten Jahre ausgewiesenen Bruttokosten von in der Regel etwa gut 400'000 Franken beinhalteten jedoch zu 80 Prozent die Kosten der Kontrolluntersuchungen, zu 10 Prozent Kostenumlagen (zum Beispiel aus der Administration) und zu weiteren 10 Prozent die effektiven Beiträge an bedürftige Familien im Umfang von zwischen 30'000 und 50'000 Franken. Die auf dem Produkt ausgewiesenen Nettokosten beinhalteten zudem für die Jahre 2012 bis 2016 jeweils zwischen 250'000 und 400'000 Franken als Erlös dargestellte Entnahmen aus einem Fonds, der «die Förderung und Unterstützung von wenig bemittelten Betagten, Kranken und Behinderten mit Wohnsitz in der Stadt Bern» zum Inhalt hat.²⁵ Sowohl die Bruttokosten wie auch die Nettokosten geben daher kein Bild ab über die Kosten der von der Stadt aus gesundheitspolitischen Gründen bestellten Kontrolluntersuchungen oder die effektiv ausgerichteten Beiträge an Familien, womit auch das finanzielle Ausmass

²⁵ vgl. Art. 2 der Verordnung über den Fonds für Betagte, Kranke und Behinderte FVBKB.

des sozialpolitisch relevanten Arguments der Unterstützung bedürftiger Familien nicht ausgewiesen ist.

Massnahme 1: Weiterentwicklung der Transparenz und Aussagekraft des Budgets und der Rechnung durch Anpassung der Produkte und der Zuteilung der Kosten auf die Produkte.

Ein Vorschlag für die Neuaufstellung der Kosten und Leistungen der Produktgruppen bzw. Produkte findet sich in Ziffer 2.1.1. Er lehnt sich auch an die Struktur der Schulzahnmedizinverordnung an, welche in Schulzahnpflege (Abschnitt 3, Art. 5 ff) und Schulzahnklinik (Abschnitt 4, Art. 10ff) unterteilt. Er sieht in der Logik zusammengefasst folgende Stufen vor:

1. Öffentlich bezahlte Prävention in drei Produkten:
 - a) Prophylaxe/Unterricht/Instruktion, 100 Prozent öffentlich finanziert;
 - b) Kontrolluntersuchung, 100 Prozent öffentlich finanziert;
 - c) Administration der Schulzahnpflege, 100 Prozent öffentlich finanziert.
2. Defizit/Überschuss der Schulzahnklinik: Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterteilt in
 - a) Zahnerhalt/allgemeine Kinderzahnmedizin, teilsubventioniert oder selbsttragend.
 - b) Kieferorthopädie, selbsttragend bzw. Deckungsbeitrag.
3. Öffentlich bezahlte Beiträge an Behandlungen von Kindern und Jugendlichen an der Schulzahnklinik oder beim/bei der privaten Zahnarzt/-ärztin, Transferleistung (die in der Rechnung evtl. im Bereich «Soziales» untergebracht werden könnte).
4. Defizit/Überschuss der öffentlichen Zahnklinik: Behandlung von Erwachsenen, selbsttragend bzw. Deckungsbeitrag.
5. Defizit/Überschuss weiterer zahnmedizinischen Tätigkeit wie Gutachten etc., selbsttragend.

Als Ansatz wird eine leichte Anpassung in der Definition und Gruppierung der Produkte (Unterscheidungen heute meist vorhanden) verbunden mit einer Präzisierung der Kostenzuteilungen (vgl. Massnahme 3) vorgesehen.

Anpassung der Steuervorgaben der Stadt

Gemäss der entwickelten Logik der Bestellung von Leistungen sind entsprechend die Steuerungsvorgaben zu überprüfen. Heute sind im Bereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie von Erwachsenen zwei Steuerungsvorgaben relevant: Der «Kostendeckungsgrad» und die «Senkung der Sonderabfallmenge».

Die erstere Vorgabe des «Kostendeckungsgrads» bezieht sich auf alle vier Produkte Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Behandlung Erwachsener, zahnmedizinische Leistungen für die Schulzahnpflege und die Gutachten zusammen. Es werden dabei zum Beispiel Kontrolluntersuchungen, Kieferorthopädie, Erwachsenenbehandlung und gutachterliche Tätigkeit in einer Zahl ausgewiesen. Für eine präzise Bestellung von Leistungen mit Vorgabe des dafür auszurichtenden Preises ist das zu grob. Die Produktegruppe liesse differenzierte Steuerungsvorgaben zu (die PG 360100 hat zum Vergleich fünf Steuerungsvorgaben), so zum Beispiel eine Vorgabe der Kostendeckung in der Schulzahnklinik oder den Deckungsbeitrag der öffentlichen Zahnklinik, Vorgaben zu den Kosten der Kontrolluntersuchungen pro Kind oder Steuerungsvorgaben differenziert nach Kieferorthopädie (z.B. Überschuss) und allgemeine Zahnmedizin bzw. Zahnerhaltung (z.B. Kostendeckung).

Die «Senkung der Sonderabfallmenge» kann eine Nebenposition als mittelfristige Vorgabe sein, aber keine Steuerungsvorgabe, mit der Leistungen bestellt und gesteuert werden.

Massnahme 2: Überprüfung der städtischen Steuerungsvorgaben im Bereich der zahnmedizinischen Leistungen und präzisere Ausrichtung auf die Bestellung von Leistungen und den von der Stadt dafür zu entrichtenden Preis.

Präzisere Kostenbudgetierung und unterjährige Finanzsteuerung

Drei Themenfelder sind betreffend Budgetierung und Finanzsteuerung hervorgetreten. Erstens existiert ein unklares Kostenstellenkonzept. Das Beispiel des Jahres 2016 zeigt dies auf: Infolge der per Januar 2016 in Kraft tretenden Reorganisation wurden im SZMD sämtliche Personalkosten auf nur noch zwei Kostenstellen konzentriert. Damit wurde das Bild der Kostenentwicklung und der Ergebnisse auf den Produkten stark verändert und nicht mehr realitätsgerecht abgebildet. Budgets und Rechnung klafften auseinander. Die Kosten- und Betriebssteuerung wird so erschwert.

Zweitens gilt es die Kostenentwicklung in der Schulzahnklinik besser in den Griff zu kriegen. Ihre Kosten waren bis zum Jahr 2014 stabil. Dann steigerten sie sich in nur zwei Jahren um etwa 20 Prozent (rund 700'000 Franken, zu dieser Entwicklung und allfälligen Massnahmen vgl. die Ausführungen in Ziffer 2.1.3). Diese Steigerung ist wesentlich auf den Personalaufbau im Jahr 2015 zurückzuführen.

Die Kosten in den Bereichen der öffentlich bezahlten Schulzahnpflege mit Unterricht und Kontrolle sind demgegenüber stabil bis sinkend. Daneben konnte die öffentliche Zahnklinik ihre Profitabilität in den letzten sieben Jahren stetig steigern. Für diese zwei Bereiche sind die Situation der Kosten und Erlöse sowie ihre Budgetierung im Griff. Eine Anmerkung bleibt allerdings betreffend die Kontrolluntersuchungen: Hier ist nicht klar, ob die fixe Kostenumlage die effektiven Kosten trifft, zumal auch die Information fehlt, wie viel Zeit die Kontrollen benötigen. Hier ist mehr Transparenz und Kostenmanagement/-controlling angezeigt (vgl. auch Massnahme 11).

Zum unklaren Bild trägt drittens auch die seit über einem Jahrzehnt unveränderte Kostenumlage bei. Letztlich werden nicht reale und möglichst präzise Kosten den Erlösen gegenübergestellt, sondern von Kostenstellen prozentual auf Produkte umgelegte Kosten den präzise fakturierten Erlösen des Produkts. Das gibt ein weniger klares und steuerbares Bild. Das System der Strukturierung und Zuteilung von Kosten und Erlösen ist

zu überarbeiten. Die Kosten-/Erlösdarstellung sollte sich an der Massnahme 1 ausrichten.

Viertens fehlt in der Schulzahnklinik bei den Kosten die Unterscheidung zwischen Kieferorthopädie und Zahnerhaltung. Entsprechend können die Deckungsbeiträge bzw. Defizite nicht getrennt ausgewiesen und damit auch nicht betrieblich separat gesteuert werden.

Zu beachten ist: Bei der Verbesserung von Kostenmanagement und -controlling ist eine potentielle Überadministrierung zu vermeiden, der Aufwand muss der Grösse des SZMD angemessen bleiben.

Massnahme 3: Anpassung der Kostenallokation, Kostenkontrolle und Kostenbudgetierung, insbesondere in der Schulzahnklinik. Die Kenntnisse und Steuerbarkeit der Kosten sind zu erhöhen. Die unterjährige Kosten- und Einnahmenkontrolle ist zu stärken sowie der mögliche unterjährige Handlungsspielraum zu definieren.

2.3.3 Exkurs: Option Spezialfinanzierung

Ausgangslage

Spezialfinanzierungen in den Gemeinden sind in der Gemeindeverordnung (GV) des Kantons Bern in Artikel 86ff. geregelt. Mit einer Spezialfinanzierung werden finanzielle Mittel an eine bestimmte Aufgabe - hier zum Beispiel das Betreiben einer stadteigenen Schulzahnklinik inkl. der Erbringung der Schulzahnpflegeleistungen gemäss Art. 2 SZMDV – gebunden (Art. 86 GV). Die Spezialfinanzierung müssen sich auf übergeordnetes Recht oder auf ein Gemeindereglement abstützen (Art. 87 GV). Die Zweckbindung hat zur Folge, dass die Mittel nicht mehr der Jährlichkeit der Gemeinderechnung unterliegen. Aufwand- oder Ertragsüberschüsse aus der Aufgabenerfüllung sind möglich; sie werden beim Jahresabschluss saldiert in die Bestandesrechnung übertragen. Aufwandüberschüsse müssen durch Ertragsüberschüsse (evtl. zukünftige) abgedeckt werden. Ertragsüberschüsse dienen der künftigen Aufgabenerfüllung bzw. dazu, Aufwandüberschüsse des Aufgabenbereichs zu decken. Ein Aufwandüberschuss, der nicht unmittelbar durch aufgelaufene Ertragsüberschüsse (Eigenkapital der Spezialfinanzierung) kompensiert

werden kann, ist innerhalb von acht Jahren durch entsprechende zukünftige Ertragsüberschüsse abzutragen (Art. 88 GV). Damit Ertragsüberschüsse generiert werden können, bedarf es unter Umständen konkreter Sanierungsmassnahmen. Diese können sowohl aufwands- wie ertragsseitige Massnahmen umfassen.

Eine Spezialfinanzierung ermöglicht die Übertragung von Gewinn und Verlust auf die Folgejahre, ohne dass damit eine Verschiebung von Organisationen, Kreditkompetenzen oder Personal für die spezialfinanzierte Einheit verbunden wäre.

Spezialfinanzierung gezielt für die Schulzahnklinik

Einer stabilen Nettokostenentwicklung beim SZMD der Jahre bis 2011 folgten Jahre von Schwankungen in den Nettokosten, welche die Frage aufwerfen, ob mit einer Ermöglichung der Übertragung von Gewinnen und Verlusten des SZMD der Realität besser Rechnung getragen würde, als mit Nachkrediten operieren zu müssen.

Die Zahlen zur Kostenentwicklung zeigen jedoch, dass die Schulzahnpflege (Prophylaxe, Instruktion, Kontrolle) stabile Aufwendungen aufweist, die vor dem Hintergrund der mittelfristigen Entwicklungen der Schülerzahlen gut planbar sind. Die Schulzahnpflege ist diesbezüglich gut geeignet für den Budget-Rechnungs-Prozess der Verwaltung.

Das gilt auch für die Behandlungsbeiträge an finanzschwache Familien. Dieser Betrag war in den vergangenen Jahren gering und keinen grossen Schwankungen unterworfen.

Schulzahnpflege und die Gewährung von Behandlungsbeiträgen sind von der Natur und Charakteristika her unterschiedliche Aufgabengebiete als die Schulzahnklinik. Sie sind öffentlich finanzierte staatliche Aufgaben, während die Schulzahnklinik stärker betrieblichen Charakter hat und vergleichbare Strukturen in der Privatwirtschaft bestehen (und es auch Modelle gibt, bei denen die zahnmedizinischen Leistungen rein privatwirtschaftlich sichergestellt sind). Es gibt daher drei Hauptgründe, die für eine Spezialfinanzierung für die Schulzahnklinik sprechen könnten:

1. Ausgleich von Schwankungen in der Rechnung: Bei der Schulzahnklinik (Kinder und Jugendliche) und der öffentlichen Zahnklinik (Erwachsene) tragen unternehmerische Risiken dazu bei, dass ihre Rechnungen jeweils stärkeren Schwankungen unterworfen sein können. Insbesondere bei Personalausfällen und -fluktuationen können abrupt Erlöse fehlen, während die Kosten aufgrund der fehlenden kantonalen Krankentaggeldversicherung weiter anfallen bzw. teure Stellvertretungen organisiert werden müssen. Ebenso können Kosten sich erhöhen, wenn Personalabgänge ersetzt werden müssen und auf dem Markt allenfalls nur teureres Personal gefunden werden kann. Die Möglichkeiten zur Kosten- und vor allem zur Einnahmenkontrolle sowie der unterjährigen Reaktion auf Veränderungen – das bestätigt auch der Vergleich mit anderen Schulzahnkliniken – sind begrenzt. Dies gilt insbesondere für die Schulzahnmedizin, dort wiederum insbesondere für die Kieferorthopädie.
2. Transparenz über den Betriebscharakter der Schulzahnklinik: Mit einer Spezialfinanzierung würde deutlicher hervorgehoben, dass die Schulzahnklinik von ihrer Art her betrieblichen Charakter aufweist und auch unternehmerisch geführt werden kann und soll – unter Beibehaltung der öffentlichen Aufgaben und der von der Stadt bestellten Leistungen. Der SZMD könnte als Klinikbetrieb gestärkt werden.
3. Stärkung einer mittelfristigen Finanz- und Ergebnissteuerung: Die Einführung einer Spezialfinanzierung für die Schulzahnklinik würde es erlauben, von einer kurzfristigen jährlichen Budget-Rechnungssicht wegzukommen und eine mittelfristige Finanz- und Ergebnissteuerung zu realisieren. Die Direktion könnte in der aktuellen Situation mittelfristige Ziele der Kostenreduktion bzw. Ergebnisverbesserung formulieren (durch entsprechende Ausstattung der Spezialfinanzierung), die vom SZMD unter Einbezug der jährlichen betrieblichen Schwankungen und mit einer zeitlichen Flexibilität umgesetzt werden können. Negative Abschlüsse können und dürfen dabei in Kauf genommen werden (Defizite sind innerhalb

von acht Jahren auszugleichen). Eine strategische Ausrichtung der Finanz- und Ergebnissteuerung des SZMD würde so gestärkt.

Aufgrund dieser Argumentation der drei Punkte wäre es prüfenswert, für die Schulzahnklinik – und nur dort und nicht für den gesamten SZMD – die Spezialfinanzierung einzuführen. Es würden also die «überobligatorischen» nicht unentgeltlich zu leistenden Behandlungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen der Spezialfinanzierung unterstellt und nicht die unentgeltlichen Schulzahnuntersuchungen, ebenfalls nicht die unentgeltlichen Leistungen in der Prophylaxe.

Voraussetzung dafür wäre die Umsetzung der Massnahme 1, d.h. eine Anpassung in der Strukturierung des Ausweises von Kosten und Erlösen, damit die Schulzahnklinik in der Finanzsteuerung separat behandelt werden könnte.

Bei einer vertieften Prüfung einer Spezialfinanzierung sind auch die Gegenargumente zu berücksichtigen und ihre Auswirkungen zu vertiefen: Eine Spezialfinanzierung für die Schulzahnklinik...

- ist eine finanztechnische Änderung, die noch keine strukturelle Änderung oder Veränderung des Führungsprozesses im SZMD bringt. Die Probleme wären konkret noch nicht gelöst. Die Spezialfinanzierung könnte eine Überforderung der Organisation bringen, wenn Struktur, Kultur und Management nicht zugleich entwickelt werden.
- stellt eine Erhöhung der Vielfalt an Sonderfinanzierungen dar («Kässeli»-Steuerung). Es ist politisch zu entscheiden, ob eine Ausdehnung dieser Form der Finanzsteuerung gewünscht ist.
- kann eine Einschränkung der Transparenz bedeuten, wenn sie nicht konsolidiert wird. Die Behandlung der Spezialfinanzierung in der Rechnungslegung unter HRM2 ist sicher näher zu beleuchten.

Rechtliche Umsetzung

Eine Spezialfinanzierung müsste sich auf ein Gemeindereglement abstützen (Art 87 GV), das vom Stadtrat erlassen werden müsste Die Di-

rektionsverordnung reicht als Verankerung nicht aus. Die Vorgehensweise wäre noch zu definieren.

Die heutige Rechtslage zur Ausscheidung der Schulzahnklinik bezieht sich auf die Verordnung über den Schulzahnmedizinischen Dienst (Schulzahnmedizinverordnung; SZMDV). Diese hält in Art. 3 Abs. 2 fest, dass sich der SZMD in die Bereiche Schulzahnpflege und Schulzahnklinik gliedert und in Art. 4 Abs. 2, dass er die Aufgaben der Schulzahnpflege und der Schulzahnklinik erfüllt.

Art. 10 Abs. 1 definiert die Aufgabe der Schulzahnklinik, dass sie erkrankte Kauorgane sowie Zahn- und Kieferstellungsanomalien behandelt. Im Weiteren werden Behandlungsberechtigung (Art. 11), Behandlungszeit (Art. 12), der Ausschluss von der Behandlung (Art. 13) sowie der Tarif (Art. 14) geregelt, zudem Beiträge an die Kosten und die Rechnungsstellung.

Die Schulzahnklinik wird in den bestehenden rechtlichen Grundlagen also separat definiert, die Schulzahnpflege und die Schulzahnklinik haben eigene Abschnitte im Regelwerk.

Massnahme 4: Die Einführung einer Spezialfinanzierung für die Schulzahnklinik (nicht für den gesamten SZMD) ist auf Basis einer noch vorzunehmenden Legiferierung des Stadtrats vertiefter zu prüfen. Allfällige Fachfragen sind zu klären und mögliche Nachteile zu prüfen und bei Realisierung einzudämmen, namentlich auch die Frage der Transparenz in der Rechnungslegung.

Zu vertiefende Fragen vor definitiver Umsetzung

Nach einem Grundsatzentscheid, ob eine Spezialfinanzierung effektiv angestrebt wird, sind Fragen vor der konkreten Umsetzung zu klären. Dazu zählen unter anderem die Folgenden:

- Der Umgang mit der «öffentlichen Zahnklinik» (Behandlung Erwachsener) wäre zu prüfen, wird sie als Teil der spezialfinanzierten Schulzahnklinik geführt, oder separat? Im Gegensatz zu vielen anderen Schulzahnkliniken werden in der Stadt Bern auch Erwach-

sene behandelt.²⁶ Eine integrierte Führung wäre wohl am einfachsten, was auch eine reduzierte Finanzierung ermöglicht (sie liefert Deckungsbeiträge).

- Es müsste geprüft werden, ob die Einführung einer Spezialfinanzierung über mehrere Produkte hinweg für eine ganze Produktgruppe Komplikationen mit sich bringen würde. Ansonsten wäre die Restrukturierung der Produkte zu erwägen, und zum Beispiel die Schulzahnklinik sowie öffentliche Zahnklinik wie auch gutachterliche Tätigkeiten in ein Produkt unterzubringen – separiert davon das Produkt «Kontrolluntersuchungen».
- Die Frage des Vorgehens zum Erlass eines Reglements wäre zu klären (separates Reglement oder Integration in bestehendes Reglement? Wenn letzteres, welches?).
- Mögliche Fragen zur Rechnungslegung im Rahmen von HRM2 wären zu vertiefen, insbesondere wäre sicherzustellen, dass die Transparenz nach üblichen Standards eingehalten wird.

2.3.4 Massnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit

A. Entwicklung von Führung und Organisation

Stärkung der betriebswirtschaftlichen Führung

Der Schwerpunkt der Leitung des SZMD liegt auf der kompetenten fachlichen Führung. Die betriebswirtschaftliche Führung, Information und Führungsunterstützung sind weniger entwickelt und in der Geschäftsleitung unterrepräsentiert. Heute fehlen sowohl Kompetenz wie auch Kapazität einer betriebswirtschaftlich unternehmerischen Führung und Administration des SZMD.

Die Funktion des Chief Financial Officer CFO (Finanzen/Controlling, Administration, HR, Informatik) ist in der Struktur nicht abgebildet. Die Funktion des Chief Operating Officers COO (zum Beispiel Standortma-

²⁶ Art. 11 der Schulzahnmedizinverordnung hält unter dem Titel der Behandlungsberechtigung fest, dass die Behandlung in der Schulzahnklinik allen Personen offensteht, unabhängig von Alter und Wohnsitz.

nagement, Management der Dienste und technischen Infrastruktur, Geräte und Materialien) ist undeutlich. Auch die Administrative Führungsunterstützung ist wenig ersichtlich. Die betriebswirtschaftliche Führung ist zu stärken, sie ist untervertreten in der Klinikleitung bzw. Geschäftsleitung.

Der SZMD stützt sich als Verwaltungsabteilung in einigen betriebswirtschaftlichen Kernfunktionen auf Querschnittsleistungen der Stadtverwaltung ab, so zum Beispiel bei Finanzen/Controlling, Personaladministration oder Informatik. Das ist auch richtig so, die Übernahme gewisser Dienstleistungen durch den Direktionsfinanzdienst, den Direktionspersonaldienst oder den Informatikdienst sind willkommene Supportleistungen gegenüber den Abteilungen, damit diese sich auf ihr Kernfachgebiet konzentrieren können. Die letztliche Verantwortung für Finanzen, Personal, Informatik usw. bleibt aber beim SZMD. Da die Supportstellen nicht vor Ort in die Betriebsführung eingebunden sind, muss der SZMD die Anleitung und Führung der Prozesse wahrnehmen. Auf Seiten des SZMD sind diesbezüglich jedoch Unsicherheiten feststellbar, welche Dienststelle – SZMD oder Direktionsstabdienste oder Informatikdienste – für welche Aufgaben federführend und zuständig sind und die Verantwortung trägt.

Die Notwendigkeit einer Stärkung der betriebswirtschaftlichen Führung wurde unter anderem deutlich an den Beispielen des Kostenmanagements, des Informatikprojekts, des Personalaufbaus 2015 oder der Neuzuteilung des Personals auf die Kostenstellen 2016.

Massnahme 5: Die betriebswirtschaftliche Führung ist zu optimieren und zu professionalisieren sowie die Führungsunterstützung sicher zu stellen. Die Kompetenzen, Kosten/Erlöse, Personal, HR und Informatik zu bewirtschaften und die Administration effizient zu führen, sind im SZMD sicherzustellen.

Es sind verschiedene Optionen der Umsetzung denkbar.²⁷ Eine Möglichkeit wäre, eine Funktion Betriebswirtschaftliche Leitung für Finanzen,

²⁷ Die BSS schafft per August 2017 eine betriebswirtschaftliche Stelle im SZMD.

Personal und Administration zu schaffen und als Teil der Geschäftsleitung einzusetzen. Der Stelle/Person werden Finanzen/Controlling, Buchhaltung, Informatik, Qualitätsmanagement, Empfang und Administration unterstellt. Sie berät und unterstützt den Leiter des SZMD in Fragen der betriebswirtschaftlichen Führung, insbesondere der Budgetierung und des Controllings, unterstützt die Bereichsleitungen bei Anstellungen und ist Ansprechstelle für Direktionspersonaldienst und Direktionsfinanzdienst der Direktion BSS.

Stärkung der Leitungsfunktion und der Geschäftsleitung

Auf der Grundlage der Interviews sowie mit Blick auf die Mitarbeitendenbefragung von 2016 können aus Sicht der Gutachter zudem folgende Feststellungen gemacht werden. Die Führung wird intern als eher wenig durchschlagskräftig empfunden. Es zeigen sich Indizien, dass die Geschäftsleitung Mühe hat, in sich geeint und als Gremium aufzutreten. Dies kann verschiedene Ursachen haben, die in der Diskontinuität der letzten Jahre liegen, in den Führungspersonen selbst, im Personal oder in der Tatsache, dass die Geschäftsleitung erst seit gut einem Jahr geschaffen worden ist und ihre Rolle erst finden muss.

Massnahme 6: Die Kontinuität in der Leitungsfunktion wird wiederhergestellt. Mit einer Team- und Führungsentwicklung der Geschäftsleitung werden Teamgeist, Vertrauen, Akzeptanz und Durchsetzungskraft der Geschäftsleitung gestärkt.

Präzisere Klärung der Aufbauorganisation inkl. Thematisierung der zwei Standorte

Die Aufbauorganisation muss die Herausforderung abbilden, dass in Fachbereichen und zugleich an zwei Standorten geführt wird. Die Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen der Leitung der Fachbereiche und der Leitung der Standorte scheinen dabei nicht vollständig klar zu sein. Während der Abwesenheit des Abteilungsleiters wurde die Leitung Zahnerhalt sowie die Leitung Kieferorthopädie je als Leitung der Zahnärztinnen und Zahnärzte pro Standort eingesetzt. Nach Rückkehr des Leiters wurde dies so beibehalten, die Abgrenzung und Führungslinien scheinen aber noch nicht klar definiert zu sein.

Grundsätzlich sind die Bewirtschaftung und Führung von zwei Standorten zu thematisieren sowie die Ablauforganisation mit zwei Standorten oder einem Standort zu prüfen, insbesondere hinsichtlich einer Reduktion von Wegzeiten, der Ermöglichung unmittelbarer Führung der Mitarbeitenden (Konzipierung Fachführung und Standortführung) sowie des Aspekts der Quartiernähe.

Das Beispiel Freiburg hat gezeigt, dass eine Reduktion von Standorten zu Einsparungen führen kann – wobei zu berücksichtigen ist, dass Freiburg viele sehr kleine Standorte zusammengelegt hat (in Bern zwei mittlere/grössere Standorte).

Massnahme 7: Die Bewirtschaftung und Führung von zwei Standorten werden definiert und die Matrix der Standortführung vs. Fachführung (Bereiche) geklärt. Eine Zusammenlegung der zwei Standorte wird geprüft.

B. Veränderungen am Leistungsangebot

Grundsätzlich keine Änderung mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit

Eine Veränderung des Leistungsangebots kann einen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit des SZMD haben. Daher ist diese Frage im Bericht auch zu prüfen.

Der Bereich der Schulzahnpflege mit Instruktion und Jahreskontrolle ist unbestritten, er ist gesetzlich vorgegeben und als öffentliche Leistung anzubieten. Die wirtschaftliche Optimierung der Kontrolluntersuchungen sollte überprüft werden (vgl. nachfolgend).

Die zahnmedizinischen Behandlungen für Erwachsene zeigen in der Entwicklung zunehmende Deckungsbeiträge. Vor fünf Jahren war der Saldo noch leicht negativ. Das ist offensichtlich eine positive Entwicklung.

Folglich: Eine Veränderung bei der Behandlung Erwachsener lässt keine Aussicht auf wesentliche Änderung in der Wirtschaftlichkeit erwarten. Es besteht eher die politisch-strategische Frage, ob die Zahnmedizin für Erwachsene in ein Portfolio eines Kinderzahnmedizinischen Kompetenz-

zentrums gehört. Diese Frage muss aber aus Sicht der Wirtschaftlichkeit nicht vordringlich behandelt werden.

Die gutachterliche Tätigkeit ist für die Wirtschaftlichkeit nicht wesentlich, da in Bezug auf Kosten und Erträgen wenig bedeutend.

Bleibt der grosse Block der Behandlung von Kindern und Jugendlichen: Ohne grundsätzlichen Systemwechsel gehört diese neben der Schulzahnpflege zum Kern einer Schulzahnklinik. Die Kinderzahnmedizin ist in Zahnerhalt/allgemeine Kinderzahnmedizin und Kieferorthopädie zu unterteilen.

Im Bereich Zahnerhalt/allgemeine Kinderzahnmedizin sind ebenfalls keine grösseren Verschiebungen in der Wirtschaftlichkeit aufgrund einer Veränderung des Angebots ersichtlich. Die Ansatzpunkte einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sind andere (vgl. unten zur «Wirtschaftlichkeit in der Schulzahnklinik»). Zudem ist eine detaillierte Beurteilung der Wirtschaftlichkeit dieses Angebots heute im SZMD auf Basis der verfügbaren Daten nicht möglich (keine präzise Zuteilung Kostendaten, keine Unterteilung Kieferorthopädie und Zahnerhaltung).

Im Bereich der Kieferorthopädie besteht tatsächlich die Frage, ob eine Ausweitung des Angebots angezeigt ist. Dazu sind zwei Aspekte zu betrachten: Einerseits würde sich nicht die Wirtschaftlichkeit des SZMD an sich verbessern, sondern bloss das Ergebnis der Nettokosten positiver ausfallen. Das würde an einem grundlegenden Wirtschaftlichkeitsproblem (im Sinne der Produktivität und Effizienz) im SZMD nichts ändern. Zum anderen würde sich das unternehmerische Risiko von starken Umsatzschwankungen verschärfen. Zudem wäre zu beurteilen, ob der private Markt nicht schon ausreichend Angebote bereitstellt oder nicht, das ist je nach Standort/Gemeinde unterschiedlich stark der Fall.

Keine Massnahme: Der Bericht schlägt keine unmittelbare Änderung im Leistungsangebot vor. Zuerst sind die Themen der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in Produktivität und Effizienz in Angriff zu nehmen. Danach könnte evtl. über eine Ausweitung des Angebots in der Kieferorthopädie nachgedacht und eine solche allenfalls geplant werden.

Optimierung bei den Kontrolluntersuchungen

Die öffentliche Schulzahnpflege (Unterricht und Kontrollen) zeigt beim SZMD stabile Kosten mit eher einer sinkenden Tendenz (vgl. Ziffer 2.2.4). Im Vergleich scheinen allerdings die Kosten und zeitlichen Aufwände für die Kontrolluntersuchungen eher hoch. Wobei beim SZMD aufgrund der fixen Kostenumlage auf die Produkte die effektiven Kosten unpräzise sind. Es besteht beim SZMD auch keine Transparenz über Dauer und Umfang der Untersuchungen.

Der Vergleich mit anderen Gemeinden zeigt, dass die benötigte Zeit pro Kind beim SZMD im Vergleich hoch ist. Dies ist auf die unterschiedliche Art und das Konzept der Kontrolluntersuchung zurück zu führen: Beim SZMD werden Einzeluntersuchungen mit Beratung unter Anwesenheit der Eltern und mit ggf. direkt anschliessenden Folgemaßnahmen durchgeführt, keine Reihenuntersuchungen. Im Vergleich mit den Reihenuntersuchungen des Modells der privaten Schulzahnärzte/-ärztinnen ist diese Art etwa doppelt so teuer.

Offen ist, ob diese höheren Kosten durch bessere Qualität kompensiert werden. Für das SZMD-Modell spricht, dass die individuelle Kontrolle als Teil von Sozialisation und Prophylaxe gesehen werden kann und dass die Schulen nicht mit Reihenuntersuchungen belastet werden.

Für die Würdigung ist zu berücksichtigen, dass in der Stadt etwa 30 Prozent der Kinder beim/bei der privaten Schulzahnarzt/-ärztin kontrolliert werden. Die privaten Schulzahnärztinnen und -ärzte sind dabei für die Stadt kostengünstiger als die Untersuchung des SZMD (vgl. dazu Ziffer 2.1.2 zum Vergleich der Kontrolluntersuchungen). Das wäre nicht unbedingt zu erwarten, scheint doch eine grosse Schulzahnklinik die infrastrukturellen Voraussetzungen für eine rationellere Abwicklung zu bieten als eine Privatpraxis.

Kostenrelevant ist, dass mit der individuellen Kontrolle die Zeitdauer der Infrastrukturnutzung schwerer planbar ist. Schaffhausen und Riehen, welche die Untersuchungen auch an der Klinik bzw. der Praxis erledigen (inkl. Befundbericht und Administration), liegen rund 10-30 Prozent unter den Kosten des SZMD.

Diese Überlegungen ergeben folgende Massnahmenempfehlung:

Massnahme 8: Prüfung einer Systemumstellung bei den Kontrolluntersuchungen auf kurze Reihenuntersuchung mit Screening zur Triage. Dabei werden nur Kinder mit Auffälligkeiten zu einer ausführlicheren Kontrolle bzw. Weiterbehandlung sowie zur Beratung, Instruktion und Motivation inkl. Eltern einbestellt. Zudem sollte die Transparenz der Kostendarstellung geprüft werden.

Allenfalls sind neue Formen der Reihenkontrolluntersuchungen zu prüfen (zum Beispiel Praxisbus mit klassenweiser Kontrolle vor Ort mit parallel laufendem Instruktionsprogramm). Oder es könnte auf das bekannte Modell der Gruppenreihenuntersuchungen umgestellt werden. Dabei wurden die Klassen zur Reihenuntersuchung in die Schulzahnkliniken einbestellt.

Geklärt werden sollte auch die transparente Darstellung der Kosten. Mit der fixen Kostenumlage von der Kostenstelle «Schulzahnklinik» ist nicht gesichert, dass der effektive Aufwand der individuellen Befundaufnahme aufgenommen wird. Das ist relevant, da relativ hohe Opportunitätskosten bestehen.²⁸ Da offenbar lediglich der Taxpunktwert für Reihenuntersuchung der Schulzahnpflege verrechnet wird, ist auch das Bild auf der Erlösseite unpräzis. Will die Stadt als Auftraggeberin die individuelle Befundaufnahme beibehalten, so sollte zumindest der Preis dafür möglichst präzis ausgewiesen werden.

Stabilisierung der Kieferorthopädie

In der Kieferorthopädie stellt sich das bei allen befragten Schulzahnkliniken bekannte Risiko des markanten Erlösausfalls bei personellen Schwankungen (Ausfälle, Abgänge). Deswegen die Kieferorthopädie komplett aufzugeben, scheint angesichts ihrer Ertragskraft nicht angemessen und auch nicht nötig.

²⁸ Bei Umstellung auf eine Gruppenreihenuntersuchung ergäbe sich, unter Einhaltung der Leistungslegende zur Position 4008 (Reihenuntersuchung), eine erhöhte Frequenz der Untersuchung mit 8-12 Schülern pro Stunde. Je Untersuchungsstunde würden so im Vergleich zur heutigen Situation 1 bis 2 Stunden für zahnärztliche Behandlungstätigkeit frei. Dies könnte bei einem zahnärztlichen Stundenumsatz von 200 bis 400 Franken und hochgerechnet auf die zahnärztlichen Stellenprozente der Zahnärzte/-innen einen bedeutenden umsatzsteigernden Effekt haben.

Um hier aber dem SZMD mehr Stabilität zu verschaffen, sind Massnahmen zu ergreifen, welche allfällige Erlösschwankungen ausgleichen können. Dies ist insbesondere im Hinblick eines möglichen Ausbaus in der Kieferorthopädie vorzusehen. Ein solcher würde den SZMD sonst zusätzlich anfällig machen.

Am sinnvollsten scheint die Lösung, welche die Schulzahnklinik Schaffhausen gewählt hat: Die Etablierung von Teilzeitpensen mit entsprechender Flexibilität der Mitarbeitenden, bei Ausfällen von Kolleginnen oder Kollegen diese zu ersetzen.

Selbstverständlich hat diese Lösung ihre Tücken und muss auf ihre rechtliche Umsetzbarkeit in der Stadt Bern überprüft werden. Es ist auszuloten, was bezüglich Flexibilität im Einsatz möglich ist.

Massnahme 9: Für die Kieferorthopädie ist die rechtliche Umsetzbarkeit von flexibel einsetzbaren Teilzeitstellen zu überprüfen. Mittelfristig sollen die Pensen in der Kieferorthopädie als Teilzeitstellen eingerichtet werden. Zudem wird eine Planung der Stellvertretungsorganisation für die unverzüglich interne Kompensation von Ausfällen erstellt (Notfallszenario).

C. Wirtschaftlichkeit in der Schulzahnklinik

Klare Zielsetzung der Kostenreduktion

Der wesentliche Fokus der Wirtschaftlichkeit richtet sich auf die Schulzahnklinik. Auch wenn die Vergleichbarkeit eingeschränkt und schwierig ist: Im Vergleich hat sie ein ungünstiges Kosten-Ertrags-Verhältnis (vgl. Ziffer 2.1.3). Die Unterschiede zu Freiburg und Schaffhausen sind so gross, dass die Annahme einer ungenügenden Wirtschaftlichkeit der Kinderzahnmedizin berechtigt ist, auch wenn berücksichtigt wird, dass das zum Vergleich herangezogene Jahr 2016 einen besonders grossen Erlösausfall in der Kieferorthopädie sowie nicht unwesentliche Veränderungen in der Zuteilung der Kosten beinhaltet.

Der Vergleich mit Basel zeigt, dass dort zwar mit weniger Defizit, aber in ähnlicher Grössenordnung abgeschlossen wurde. Neben der Produktivi-

tät bzw. Effizienz des Einsatzes der Mitarbeitenden wäre insbesondere zu berücksichtigen, welche Vorhalteleistungen (Notfall, Narkosebehandlungen, etc.) erbracht werden, wie die Lohnstrukturen ausgestaltet sind (z.B. teure Pensionskassenlösungen) und die Anzahl unterhaltenen Standorte (tendenziell teuer, wie das Beispiel Freiburg mit der Verringerung von 10 auf 3 Standorten zeigt).

Zu dem vergleichsweise ungünstigen Kosten-Ertrags-Verhältnis 2016 kommt beim SZMD als wesentlicher Faktor eine ungünstige Kostenentwicklung der letzten zwei Jahre hinzu. Blickt man auf den Abschluss im Jahr 2014, lagen dazumal die Nettokosten der Schulzahnklinik um eine Million tiefer als im Jahr 2016.

Zur Bestimmung einer Grössenordnung in der Zielsetzung der Kostenreduktion kann denn auch das Jahr 2014 als Referenzgrösse angesehen werden. In den Jahren davor war das Kosten-Ertrags-Verhältnis relativ stabil. Im Jahr 2014 wurde durch eine buchhalterische Umstellung (Immobilien) die Kostenseite wiederkehrend dauerhaft um knapp eine halbe Million entlastet, die Erlösseite blieb weiterhin stabil. Es sollte daher möglich sein, mittelfristig wieder an das Ergebnis des Jahres 2014 anknüpfen zu können.

Hinzu kommt, dass in der Fachwelt erwartet wird, dass die Leistungen mit dem angewandten Tarif kostendeckend erbracht werden können. Der Kanton Freiburg zum Beispiel untersteht diesbezüglich der gesetzlichen Pflicht, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen inklusive die jährliche Kontrolluntersuchung kostenneutral erfolgen muss, d.h. die eingenommenen Erträge müssen kostendeckend sein (allerdings bei einem Taxpunktwert von 3.70 Franken, Bern liegt bei 3.10).

Aus diesen Überlegungen erscheint in der Schulzahnklinik ein Einsparpotential im höheren sechsstelligen Bereich als realistisch. Diese Schätzung beruht auf den oben aufgeführten drei Beobachtungen:

- Andere Schulzahnkliniken schliessen mit geringeren Nettokosten ab (im höheren sechsstellig bis zu siebenstelligen Bereich). Die Schulzahnklinik Schaffhausen erwirtschaftet sogar einen Überschuss.

- Die Nettokosten in der Schulzahnklinik des SZMD waren im Jahr 2014 um eine Million geringer als im Jahr 2016.
- Die Fachwelt (und der Gesetzgeber in Freiburg) hält eine kostendeckende Führung einer Schulzahnklinik auch bei reduzierten Taxpunktwerten für möglich. Kostendeckung in der Schulzahnklinik des SZMD würde eine Defizitreduktion von gut einer Million Franken bedeuten.
- Hinzu kommt, dass die im Bericht dargestellten Umsatzvergleiche Potential im Entgelt pro eingesetzten Personalressourcen aufzeigen.

Das Augenmerk wird wohl stark auf den Bereich Zahnerhalt/allgemeine Kinderzahnmedizin gerichtet werden müssen, da die Kieferorthopädie im Quervergleich quantitativ eine geringere Bedeutung aufweist (nur 20% mit Blick auf die Stellenprozente) und keine konkreten Anzeichen eines besonderen Kostenproblems in dem Bereich vorliegt (Problem Erlösschwankungen, vgl. weiter unten). Das ist aber noch vertieft zu prüfen.

Die Realisierung des Einsparpotentials ist mit zeitlichen Zielsetzungen zu kombinieren. Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit ist nicht kurzfristig erreichbar. Die Planung eines Projekts der Optimierung und Organisationsentwicklung müsste realistische Vorgaben des Zeithorizonts ergeben.

Massnahme 10: Für die Schulzahnklinik werden Reduktionsziele bei den Nettokosten mit dem Jahr 2014 als Benchmark definiert. Der SZMD orientiert sich dazu an Diensten wie Freiburg oder Schaffhausen. Die Kostenreduktion ist nicht kurzfristig realisierbar (abgesehen von allfälligen hier nicht aufgeführten radikalen Einschnitten). Bei der Terminierung der Reduktionsziele ist dem SZMD ausreichend Zeit zur Umsetzung der Massnahmen einzuräumen.

Effizienzsteigerung des Personaleinsatzes und der Ausnutzung der Infrastruktur

Es gibt mehrere klare Anzeichen, dass die Effizienz im Personaleinsatz und bei der Ausnutzung der Infrastruktur ein Kernthema ist, das eine straffere Führung benötigt:

- Das Ergebnis der Nettokosten der Schulzahnklinik gehört im Quervergleich nicht zu den besten.
- Im Quervergleich sind die Personalkosten zu hoch im Vergleich zu den Entgelten (vgl. Tabellen in Ziffer 2.2.3). Mit den bestehenden Personalkosten sollten im Vergleich mehr Entgelte erwirtschaftet werden können.
- Das Personal ist im Quervergleich nicht zu teuer (im Verhältnis pro Stellenprozent und zu den Gesamtkosten), es wird zu wenig kostendeckend eingesetzt.
- Die Personalkosten nahmen eine ungünstige Entwicklung in den letzten zwei Jahren, gerade im Vergleich zu den Entgelten. Ein Teil des entsprechenden Stellenaufbaus war nicht strategisch gesteuert und nicht geführt. Die Beispiele Schaffhausen und Freiburg zeigen eine steigende Produktivität.
- Der Umsatz pro Stuhl ist im SZMD 2016 im Vergleich tiefer als bei den Vergleichskliniken (Ziffer 2.2.4).
- Das Management der Infrastrukturnutzung wie Zuteilung der Stühle, Agendagestaltung, Sicherstellung einer effizienten und vollen Auslastung, Etablierung und Durchsetzung von Vorgaben und Standards ist beim SZMD im Quervergleich weniger straff nicht zentral gesteuert.
- Die Umsätze pro Zahnärztin/Zahnarzt und das Verhältnis zum Lohn sind uneinheitlich. Das zahnmedizinische Personal arbeitet nicht einheitlich produktiv, was auf eine nicht betriebseinheitliche Bewirtschaftung der Produktivität hinweist.

- Zudem liegen die Umsätze pro Stellenprozent der Zahnärztinnen/Zahnärzte im Vergleich zu Minimalbenchmarks und Standardbenchmarks eher tief. Auch das ist ein Hinweis auf vorhandenes Potential an Produktivität.
- Aktuell scheint auch die Leistungsfähigkeit (Krankheitsstände; Umsätze pro Lohn) nicht in der erforderlichen Breite der zahnmedizinischen Mitarbeitenden vorhanden.
- Im Vergleich setzt der SZMD viel administratives Personal ein und weist ein eher weniger kostengünstiges Verhältnis von Dentalassistenten zu Zahnärztinnen/Zahnärzten aus.

Aus diesen Beobachtungen und Schlüssen ergibt sich folgende Massnahme:

Massnahme 11a): Von der SZMD-Leitung werden eine einheitliche Leistungsorientierung und unternehmerisches Denken bei den zahnmedizinischen Mitarbeitenden (insb. Zahnärztinnen/-ärzte) eingefordert und durchgesetzt. Die personalrechtlichen Möglichkeiten sind dabei auszuschöpfen. In der wirtschaftlichen Organisation und Führung des Einsatzes der Mitarbeitenden werden verbindliche Vorgaben gemacht. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte sind nicht nur fachlich, sondern auch betriebswirtschaftlich zu führen. Entsprechende Führungsinstrumente sind zu entwickeln und personalrechtlich verbindlich durchzusetzen.

Massnahme 11b): Die Zusammensetzung und Aufgabenzuteilung beim unterstützenden Personal (Administration und Dentalassistenten) werden vertieft auf eine Kostenoptimierung überprüft.

Konkretisiert werden könnte die Massnahme wie folgt:

- Die Behandlungszimmer werden von Bereichsleitern Zahnerhalt und Kieferorthopädie bewirtschaftet und die Einsätze den Zahnärztinnen/-ärzten werden zentral zugeteilt.
- Eine gemeinsame Nutzung der Stühle wird umgesetzt.

-
- Den Zahnärztinnen/-ärzten und Kieferorthopädinnen/-en werden, im Verbund mit der Dentalassistenten (Umsatzleistung ist auch Teamleistung), Umsatz- bzw. Auslastungsvorgaben der Behandlungszimmer gemacht, welche unter dem Jahr stetig nachvollzogen werden.
 - Die Zusammensetzung und Aufgabenzuteilung betreffend Personal in der Administration und der Dentalassistenten wird optimiert.
 - Die personalrechtlichen Spielräume zur betriebswirtschaftlichen und verbindlichen Führung des Personals sind zu prüfen, aufzuzeigen und wahrzunehmen. Dabei bleibt die Stadt bzw. der SZMD ein fairer und sozialer Arbeitgeber nach städtischem Standard.
 - Es werden Massnahmen ergriffen, um die hohen Absenzenwerte im Personal einzudämmen.
 - Termin-/Patienten/innenenausfälle werden konsequent bewirtschaftet und Lösungen dazu geprüft.²⁹
 - Die Öffnungszeiten werden entsprechend den Anforderungen geprüft und allenfalls angepasst.

Eine solche Veränderung der Betriebsorganisation und -kultur muss von der Geschäftsleitung gut vorbereitet, kommuniziert und eingeführt werden. Die Geschäftsleitung insgesamt und jedes Geschäftsleitungsmitglied einzeln muss hierfür seine/ihre Rollen- und Führungsverantwortung wahrnehmen.

Ziel soll es nicht sein, möglichst viele oder teure Behandlungen durchzuführen, um den Umsatz zu steigern, sondern die Organisation und Personalführung so anzupassen, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte eine gleichzeitig hohe und situationsadäquate Produktivität erreichen können.

²⁹ Zum Beispiel werden alle umsatzrelevanten Termine ab einer gewissen Zeitdauer den Patienten und Patientinnen in Erinnerung gerufen (telefonisch/SMS/E-Mail) und trotzdem eintretende Terminausfälle durch Personen der Warteliste kompensiert.

Die Gutachter empfehlen, sich dabei auch an Beispielen der «best practice» anderer Schulzahnkliniken zu orientieren, solche gezielt zu suchen, daraus zu lernen und angepasst für Lösungen im eigenen Betrieb anzuwenden.

Schwerpunkt der Führung des Personals soll auch nicht die einseitige und rechtliche Durchsetzung von Vorgaben werden. Vielmehr ist Ziel, dass eine geeinte und führungsstarke Geschäftsleitung in den nächsten ein bis zwei Jahren einen Kulturwandel beim SZMD initiiert.

Kultur- und Teamentwicklung sowie Absenzenmanagement

Die Werte der Zufriedenheit der Mitarbeitenden in der Befragung 2016 betreffend Kultur, Arbeitsklima und Attraktivität des Arbeitgebers weisen darauf hin, dass im SZMD Fragen der Zusammenarbeit geklärt werden müssen, die auf eine Entwicklung der Kultur und Verbesserung des Arbeitsklimas hinwirken.

Diese Hinweise werden gestärkt durch die geführten Gespräche innerhalb des SZMD. Darin wurden Themen angesprochen hinsichtlich zu grosses Konkurrenzdenken versus Teamdenken oder Verfolgen von Eigeninteressen versus Teaminteressen (Arbeit für sich selbst, nicht für andere).

Die eher höheren Werte der Fluktuation sowie insbesondere die im Vergleich hohen Werte im Bereich der Absenzen stützen von den Zahlen her diese Interpretation. Den Absenzwerten und möglichen Gegenmassnahmen ist denn auch besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Das Thema betrifft sowohl den Bereich der Massnahme 11 (effizienter bzw. produktiver Personaleinsatz) wie auch die Massnahme 12 der Kultur- und Teamentwicklung (es könnte auch als eigene Massnahme aufgeführt werden).

Massnahme 12: a) Von der Geschäftsleitung sind Massnahmen zur Kultur- und Teamentwicklung zu prüfen und umzusetzen. b) Dabei sollen auch Fluktuations- und Absenzenwerte regelmässig erfasst, bewirtschaftet und individuell thematisiert werden.

Wir führen die Massnahme zur Senkung der hohen Zahl an Absenzen als ein Teil der Massnahme 12 auf, weil sie in den Prozess der Kultur- und Teamentwicklung eingebunden sein sollte. Massnahmen der Senkung von vergleichsweise stark überdurchschnittlichen Absenzenwerten sind beaufsichtigender Natur wie auch motivierend-fördernder Natur. Sie können zum Beispiel folgende Elemente aufweisen:

- Monitoring der Absenzen, unmittelbare persönliche Begründungspflicht gg. der Leitung SZMD;
- Offene wertschätzende individuelle Gespräche, mit klarer Ansprache der Problemstellung, Konsequenz in den Folgen, Berücksichtigung der unterschiedlichen Leistungsfähigkeiten;
- Förderung der Identifikation und Motivation sowie die Unterstützung der Mitarbeitenden;
- Personalpolitischer Prozess der Beurteilung und Entwicklung von Mitarbeitenden;
- Personalpolitischer Prozess der Früherkennung reduzierter Arbeitsfähigkeit (ggf. Reduktion Arbeitspensum oder IV Anmeldung).

3 MODELLE

3.1 Diskussion der Modelle der Schulzahnpflege/-medizin

3.1.1 Anmerkungen zur Modelldefinition

Zur Identifikation der möglichen Modelle wurden alle Vergleichsgemeinden auf ihre institutionelle Organisation hin geprüft und dargestellt. Unterscheidungskriterien dabei waren:

- Wie ist der Prophylaxeunterricht organisiert, insbesondere wer führt ihn durch?
- Wie werden die Kontrolluntersuchungen organisiert und wer führt diese durch?
- Wie ist die Koordination der Schulzahnpflege (Prophylaxe und Kontrolle) organisiert?
- Wer erbringt die zahnmedizinischen Leistungen? Gibt es eine eigentliche Schulzahnklinik, d.h. eine Art Kompetenzzentrum für zahnmedizinische Leistungen?
- Wer leistet entsprechend die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie von Erwachsenen?
- Wie wird der sozialpolitische Auftrag umgesetzt, d.h. wer kommt für welche Kosten auf und welche Unterstützung gibt es?

Aus den Vergleichsgemeinden können drei verschiedene Modelle abgeleitet werden. Städte wie Bern kennen den verwaltungseigenen schulzahnmedizinischen Dienst mit eigener Schulzahnklinik. Eine besondere Lösung hat Basel mit der ausgelagerten Schulzahnklinik in einer eigenständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt. Zudem bezeichnen bzw. beauftragen viele Gemeinwesen private Schulzahnärzte/-innen, die zahnmedizinischen Leistungen zu erbringen, welche die grösseren Gemeinden/Städte in eigenen Kliniken anbieten. Ein viertes Modell konnte zusätzlich identifiziert werden: Es gibt Gemeinden (zumindest eine), welche

die Leistungen der Schulzahnpflege und der Schulzahnmedizin im Auftrag an eine private Praxis vergeben haben.

Aus diesen Überlegungen definiert der Bericht für die weitere Diskussion 4 Modelle, welche im Folgenden vertieft werden. Sie entsprechen gleichzeitig grundsätzlichen organisatorischen Varianten:

- Modell 1: Staatlich, d.h. die Leistungen werden in der staatlichen Kernverwaltung erbracht.
- Modell 2: Staatlich eigenständig, d.h. die Leistungen werden an eine Rechtsperson in staatlichem Eigentum ausgelagert, unbesehen davon, welche staatliche Ebene das Eigentum innehat, ob es zum Beispiel eine stadt-eigene Aktiengesellschaft oder die kantonseigene Universität ist.
- Modell 3: Teilweise Auslagerung an Private. Die Schulzahnpflege wird staatlich, die Zahnmedizin wird von privaten Zahnärzten/-innen auf Vertragsbasis erbracht (Auftrag an Schulzahnärzte).
- Modell 4: Vollständige Auslagerung an Private. Sowohl Schulzahnpflege wie auch Zahnmedizin werden im Leistungsauftrag von einer privaten Praxis erbracht. Theoretisch können es auch mehrere Praxen sein (wurde bei den untersuchten Gemeinden nicht vorgefunden).

Hier ist darauf hinzuweisen, dass die Stadt Bern (wie andere auch) das Modell 1 mit dem Modell 3 kombiniert, die Stadt hat Verträge mit privaten Schulzahnärzten/-innen abgeschlossen, die ebenfalls für Eltern kostenlose Kontrolluntersuchungen sowie Behandlungen zum Tarif der Schulzahnklinik durchführen.

Verzichtet wird auf die Darstellung eines «Nullmodells». Ein Aufgeben des gesundheits- oder sozialpolitischen Auftrags steht nicht zur Diskussion, da dies schon rechtlich im Kanton Bern nicht möglich ist (Vorgaben im Volksschulgesetz Art. 60). Daher ist zum Beispiel eine vollständige materielle «Privatisierung» der Schulzahnpflege und Schulzahnmedizin im Sinne eines Rückzugs des Gemeinwesens aus allen gesundheitspoli-

tischen und sozialpolitischen Gewährleistungsverpflichtungen kein darzustellendes Modell.

Ebenso wird aufgrund der Differenzen in den kantonalrechtlichen Vorgaben ein «Opting Out Modell», wie es zum Beispiel im Kanton Basel-Landschaft anzutreffen ist, nicht dargestellt.³⁰

Im Folgenden werden die identifizierten Modelle kurz beschrieben und in Bezug auf Vor- und Nachteile gewürdigt. Die als «kontrovers» gekennzeichneten Argumente waren in den Gesprächen, Interviews und an den zwei Workshops umstritten, das heisst es gab unterschiedliche Aussagen und Interpretationen dazu. Anschliessend werden jeweils die Auswirkungen eines Wechsels dargestellt. Die Würdigungen reflektieren die Gespräche mit dem SZMD und den Vertretungen der verglichenen Organisationen sowie die Diskussionen in den Workshops.

3.1.2 Modell 1: Schulzahnklinik in der Kernverwaltung

Eckwerte

Das Modell ist charakterisiert durch folgende Elemente:

- Teil der staatlichen (städtischen) Kernverwaltung;
- Vollintegrierte verwaltungsinterne Zahnmedizin bzw. Zahnklinik;
- Dem öffentlichen Personalrecht unterstehendes Personal;
- Prophylaxeunterricht in staatlicher Schulzahnklinik oder durch diese (via Busse; in Schulen), staatliches Personal;
- Kontrolle in der Regel jährlich und obligatorisch durch Schulzahnklinik, diverse Grade an Wahlmöglichkeit zu privatem/r Zahnarzt/Zahnärztin;

³⁰ Der Kanton Basel-Landschaft übernimmt die Instruktion/den Prophylaxeunterricht. Die Gemeinden stellen ein System der Schulzahnpflege zur Verfügung (zum Beispiel Stadt Liestal). Dabei können die Erziehungsberechtigten wählen, ob sie an der Schulzahnpflege (bzw. Kinder- und Jugendzahnpflege) teilnehmen wollen, oder nicht. Die Abmeldung bzw. Nicht-Anmeldung hat allerdings zur Folge, dass der reduzierte Kontroll- und Behandlungstarif entfällt und auch keine Behandlungsbeiträge geleistet werden. Die Anmeldung ist mit der Verpflichtung zur Kontrolluntersuchung verbunden (vgl. z.B. Informationsblatt der Gemeinde Liestal: http://www.liestal.ch/dl.php/de/558a790d8e3f4/Infoblatt_KJZ.pdf).

- Koordination Schulzahnpflege durch staatliche Schulzahnklinik;
- Behandlung Kinder und Jugendliche in staatlicher Schulzahnklinik, zum Teil nur Zahnerhalt (ohne Kieferorthopädie). Zudem Behandlung in privaten Praxen mit Auftrag;
- Behandlung Erwachsener unterschiedlich, teils Nein, teils Ja („öffentliche Zahnklinik“);
- Umsetzung des sozialpolitischen Auftrags: Schulzahnklinik; gratis Leistungen; reduzierte Tarife; Behandlungsbeiträge an finanzschwache Haushalte.

Vor- und Nachteile Modell 1

	Vorteile	Nachteile
nicht kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzzentrum: einfachere/bessere Behandlung, insb. bei jüngeren Kindern (Umgang; Fachkompetenz), Spezialbehandlungen (z.B. Lachgas). • Optimale Organisation Prophylaxe, z.B. Schuluntersuchungen, Sicherstellung Präventionsmassnahmen und Behandlungen. • Bessere Einheitlichkeit und Qualitätssicherung in Prophylaxeunterricht und Behandlung. • Entspricht der Entwicklung in der Berufsstruktur (Feminisierung, Teilzeit statt Praxis) und sichert so Angebot in Kinderzahnmedizin. • Für Kunden attraktiv: Kurze Wege, ein Ansprechpartner, Kompetenz, Vertrauen. Dadurch auch breite Nutzung. • Zusatzleistungen bei Menschen mit reduzierter Gesundheitskompetenz möglich (wie z.B. Intensivprophylaxe). • Möglichkeit der Quersubventionierung von nicht kostendeckenden Leistungen. • Variante Spezialfinanzierung ermöglicht Ausgleich von Aufwands- / Ertragsüberschüssen 	<ul style="list-style-type: none"> • teurer als «private» Modelle (z.B. Stadt Luzern Kostenhaltung; SZMD Bern Defizit wiederholt ca. 1 Mio.). Kostennachteile, Ineffizienz (z.B. fehlende kritische Grösse). • Unternehmerisches Risiko (Kündigungen, Umsatzenschwankungen etc.) schlägt voll auf die Rechnung der Stadt durch. • Besondere Herausforderung Schwankungen und Risiken bei Kieferorthopädie. • Kontinuität der Betreuung nach der Schulzeit nicht gewährleistet (bricht ab falls keine Erwachsenenbehandlung). • Kaum kompetitiv im Lohnangebot, private Praxen sind im Lohn attraktiver, Schwierigkeiten in der Rekrutierung medizinisches/ akademisches Personal. • Fehlende Flexibilität Personal (öffentliches Personalrecht).
kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> • Sichert das Angebot für Kinder, weil dies für private nicht interessant/rentabel ist, vs. Gewährleistung auch mit Privaten möglich, Beispiel Luzern, genügend Angebote. Bsp. Biel und Thun. Zahnärzte sind interessiert an der Kundengewinnung. • Bessere Niederschwelligkeit des Zugangs, vor allem für vulnerable, wenig gesundheitskompetente Gruppen, vs. kein Unterschied, z.B. Privatzahnärzte mit Migrationshintergrund. • Versorgung aus einer Hand, Einheitliche Umsetzung der öffentlichen Gesundheitspolicy vs. Kooperation nötig: Neben Zahnklinik sind private Zahnärzte aktiv. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Fluktuation der Kinderzahnärzte (Kinderzahnmedizin weniger attraktiv) vs. Langfristige Anstellung von engagiertem Personal sehr wohl möglich. • Damit verbunden allenfalls häufiger Wechsel der behandelnden Person, weniger Behandlungsstabilität, während beim persönlichen Zahnarzt/der persönlichen Zahnärztin eine langfristige Betreuung eher gewährleistet ist.

Tabelle 20: Vor- und Nachteile Modell 1

3.1.3 Modell 2: Selbstständiger Staatsbetrieb

Eckwerte

Das Modell ist charakterisiert durch folgende Elemente:

- Aus der staatlichen (städtischen) Kernverwaltung ausgelagerte rechtlich eigenständige Einheit mit Eignerstrategie und/oder Leistungsauftrag.
- Im öffentlichen Eigentum stehende, beherrschte, aber eigenständige Zahnmedizin bzw. Zahnklinik;
- Dem öffentlichen Personalrecht unterstehendes Personal;
- Prophylaxeunterricht in ausgelagerter Schulzahnklinik oder durch diese (via Busse; in Schulen), Personal der Schulzahnklinik;
- Kontrolle in der Regel jährlich und obligatorisch durch ausgelagerte Schulzahnklinik, diverse Grade an Wahlmöglichkeit zu privatem Zahnarzt/privaten Zahnärztin;
- Koordination Schulzahnpflege durch ausgelagerte Schulzahnklinik;
- Behandlung Kinder und Jugendliche in ausgelagerter Schulzahnklinik, i.d.R. Zahnerhalt und Kieferorthopädie. Zudem Behandlung in privaten Praxen mit Auftrag;
- Behandlung Erwachsener unterschiedlich, teils Nein, teils Ja („öffentliche Zahnklinik“);
- Umsetzung des sozialpolitischen Auftrags: Schulzahnklinik; gratis Leistungen; reduzierte Tarife; Behandlungsbeiträge an finanzschwache Haushalte.

Vor- und Nachteile Modell 2

	Vorteile	Nachteile
nicht kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> • wie Modell 1, zusätzlich: • Stärkung von Transparenz und Zielausrichtung durch den Leistungsauftrag • Auslagerung der Erfolgsrechnung aus der Gemeinderechnung • flexible Finanzsteuerung • Glättung der Kosten für die Stadt (mehrjähriger Leistungsauftrag) • Unternehmerische Freiräume/Anreize • Einbindung von externem Fachwissen in das Aufsichtsgremium • Möglichkeit der Krankentaggeldversicherung (Reduktion von Ausfallrisiken) • Weitere Vorteile Modell «Universität» vgl. Ziffer 3.2.3 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei fehlender kritischer Grösse nur eingeschränkte Kosten-/Effizienzvorteile.
kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> • Gewisse Flexibilisierung des Personalrechts allenfalls möglich. 	<ul style="list-style-type: none"> • I.d.R. nach wie vor öffentliches Personalrecht (Kündigungsschutz vs. unternehmerische Freiheit).

Tabelle 21: Vor- und Nachteile Modell 2

Auswirkungen eines Wechsels zu Modell 2 (ausgelagerte Schulzahnklinik)

Allgemein hätte eine Auslagerung des SZMD aus der Kernverwaltung in einen Staatsbetrieb folgende Auswirkungen:

Betreffend **Qualität** gibt es keine Hinweise, dass diese sich verändern würde. Die Schulzahnklinik bliebe bestehen bei gleichen Leistungen und gleichem Auftrag. Die Stadt kann via Formulierung und Überwachung des Leistungsauftrags auf die Qualität einwirken wie über die Produktesteuerung.

Hinsichtlich der **Finanzen** sind Auswirkungen zu erwarten. Die Erfolgsrechnung wird aus der Gemeinderechnung ausgelagert, die Finanzsteuerung geschieht via Abgeltung des Leistungsauftrags. Der unternehmerische Handlungsspielraum mit den diesbezüglichen Freiheiten und Anreizen ist einiges grösser. Entsprechend ist eher eine Senkung der finanziellen Belastung der Stadt zu erwarten.

Der **sozialpolitische Auftrag** kann durch eine ausgelagerte Schulzahnklinik ebenso wahrgenommen werden wie durch eine in der Kernverwaltung. Die geänderte Rechtsform und finanzielle Steuerung ändern daran nichts Grundlegendes.

Dasselbe gilt für den **gesundheitpolitischen Auftrag**. Allerdings sind durch die Formulierung eines Leistungsauftrags positive Effekte auf den Auftrag zu erwarten, da beide Seiten angehalten sind, klar die Zielsetzung und ihre Messung zu formulieren.

3.1.4 Modell 3: Auftrag an Schulzahnärzte/-innen

Eckwerte

Das Modell ist charakterisiert durch folgende Elemente:

- Rechtsform: Vertrag mit den Schulzahnärzten/-innen. Schulzahnpflege in der Kernverwaltung;
- Keine staatliche Zahnmedizin; Auftrag an Private;
- Prophylaxeunterricht vor Ort in den Schulen, zum Teil an anderen Orten. Zwei Varianten: Staatliches oder beauftragtes Personal;
- Kontrolle durch private Zahnärzte in privaten Praxen mit Auftrag oder per Gutscheine;
- Koordination der Schulzahnpflege durch Schuladministration (ggf. zum Teil in Verwaltung);
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen in privaten Praxen mit Auftrag, Zahnerhalt und Kieferorthopädie;

- Keine besondere Behandlung von Erwachsenen, in privaten Praxen zu marktüblichen Tarifen.
- Umsetzung des sozialpolitischen Auftrags: Gratisleistungen; reduzierte Tarife; Behandlungsbeiträge an finanzschwache Haushalte.

Vor- und Nachteile Modell 3

	Vorteile	Nachteile
nicht kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> • Günstiger als staatliche Modelle (Beispiel Stadt Luzern Halbierung der Kosten; SZMD Bern Defizit SZK regelmässig ca. 1 Mio.) • Kein unternehmerisches Risiko für die öffentliche Hand • Reduktion der offenen Debitoren, weil Inkasso bei privaten Zahnärzten (mit Abtretungsmöglichkeit an Gde) • Bei Problemen Durchgriffs-/Sanktionsmöglichkeiten (Kündigung des Auftrags) • Wahlfreiheit besser gewährleistet, dadurch auch Akzeptanz bei Eltern. • Langfristige Beziehung zum Zahnarzt/zur Zahnärztin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Information zu Zahngesundheit: Staatl. Präventionsstellen weniger direkt informiert, (Kennzahlen/Vergleichszahlen Zahngesundheit könnten aber bei Zahnärzten erhoben werden). • Qualitätssicherung der Kontrolluntersuchungen (und Behandlungen) schwieriger. • Gemeinde in ungemütlicher «Sandwichposition» zwischen Eltern, Zahnärzten und weiteren Stellen (wie Sozialamt). • Einheitliche Präventionsmassnahmen und Gesundheitspolicy erschwert. • Einheitliche Doktrin in Prophylaxe und Behandlung erschwert. • Entspricht nicht Wandel in der Berufsstruktur (Feminisierung, Teilzeit, Gruppenpraxis).
kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Akzeptanz bei Zahnärzten, Interesse an Teilnahme auch als «Marketingtool» vs. Angebot nicht sichergestellt (es finden sich nur Junge und Praxiszentren). 	<ul style="list-style-type: none"> • Finden sich erfahrene und kompetente Zahnärzte/-innen? Nur junge und Zentren? (vgl. kontrovers bei Vorteile) • Aufwändiger: Kontrolle, ob Präventionsmassnahmen bezogen werden (einzeln statt klassenweise) und generell aufwändiger: Divergierende Systeme der Privatzahnärzte (z.B. Anmeldungen, Faktura etc.), individuelle Bedürfnisse, individuelle Betreuung nötig. vs. kleinerer administrativer Aufwand, mit Kontrollblättern einfach zu handhaben.

	Vorteile	Nachteile
		<ul style="list-style-type: none"> • Erschwerte Aufsicht, Vielzahl von Ansprechpartner vs. bessere Aufsicht, weil Durchgriff durch Kündigung Auftrag möglich
Untervariante Gutscheinsystem	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion des Aufwands für Organisation/Sicherstellung Kontrolluntersuchungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gutscheine werden weniger eingelöst, geringe Rücklaufquote, • Weniger Prävention • Wenn Gemeinden den Bezug der Leistungen sicherstellen wollen, dann ist der Kontrollaufwand grösser

Tabelle 22: Vor- und Nachteile Modell 3

Auswirkungen eines Wechsels zu Modell 3 (Schulzahnmedizin durch private Schulzahnärzte)

Die Erfahrungen in Riehen und der Stadt Luzern haben gezeigt, dass bei einem solchen Modellwechsel erst zu klären ist, wie gross der Mindestbedarf an Schulzahnärztinnen und Schulzahnärzten ist, um die Leistungen der bisherigen Schulzahnklinik zu übernehmen und ob ausreichend Interesse der privaten Zahnärztinnen und Zahnärzte an der Leistungserbringung vorhanden ist.

Ist geklärt, ob ein ausreichendes Angebot grundsätzlich möglich ist, so werden die Leistungen ausgeschrieben. In Luzern wurde der Mindestbedarf auf etwa 12 Schulzahnärztinnen und Schulzahnärzte geschätzt, beworben hatten sich 14. In Riehen schien eine Abdeckung durch private Zahnärzte/-innen nicht möglich, worauf man eine Ausschreibung an eine private Praxis in Angriff nahm (Wechsel zu Modell 4).

Die Auswirkungen eines Modellwechsel Richtung einer Aufgabe der Schulzahnklinik und Beauftragung an private Schulzahnärzte/-innen erscheinen zum aktuellen Diskussionsstand auch mit Blick auf die Vor- und Nachteile der Modelle wie folgt:

Die **Qualität** der zahnmedizinischen Leistungen dürfte im Grossen und Ganzen vergleichbar bleiben. Allerdings sind in der Behandlungskompe-

tenz bei Kindern/Jugendlichen (Umgang, Fachkompetenz, Spezialbehandlungen) eher Nachteile zu erwarten. Zudem dürfte die Qualitätssicherung der Kontrolluntersuchungen und Behandlungen und die Einheitlichkeit der Doktrin in Prophylaxe und Behandlung erschwert werden. Zumindest müssten hierzu besondere Massnahmen getroffen werden.

Ein deutlicher Effekt ist bei den **Finanzen** zu erwarten. Hier besteht Einsparpotential für die Stadt, wie diverse Beispiele in der Schweiz (jüngst Luzern) zeigen. Hinzu kommt, dass das unternehmerische Risiko für die Stadt wegfällt, wozu auch die Reduktion von offenen Debitoren gehört, wie aus verschiedenen Gemeinwesen berichtet wird.

Betreffend den **sozialpolitischen Auftrag** ist die Beurteilung nicht ganz einfach, da viele Faktoren kontrovers diskutiert werden. Der Vorteil wird je nach Ausgestaltung im System gesehen, das die Wahlfreiheit besser gewährleistet und bei Eltern gut akzeptiert ist und das eine langfristige und vertrauensvolle Zahnarztbeziehung fördert. Dem wird entgegengehalten, dass das Modell 3 nicht der Entwicklung der Berufsstruktur entspricht (Feminisierung, Teilzeit statt Praxis) und daher das Angebot nicht so gut sicherstellen kann. Für die Eltern fällt das attraktive und breit genutzte Kompetenzzentrum Schulzahnklinik weg. Damit entfallen auch allenfalls sozialpolitisch erwünschte Zusatzleistungen bei Menschen mit reduzierter Gesundheitskompetenz.

Der **gesundheitpolitische Auftrag** wird auch durch das Modell 3 erfüllt, bei Schwierigkeiten in der Umsetzung sind im Modell 3 die Durchgriffs- und Sanktionsmöglichkeiten besser (Kündigung des Auftrags an den Schulzahnarzt/-ärztin möglich). Demgegenüber stehen einige Nachteile wie reduzierter Informationszugang betreffend Zahngesundheit, die weniger optimale und einheitliche Organisation von Prophylaxe und Gesundheitspolicy sowie dem möglichen Verlust direkter Steuerungsmöglichkeiten.

3.1.5 Modell 4: Umfassender Auftrag an Privatfirma

Eckwerte

Das Modell ist charakterisiert durch folgende Elemente:

- Rechtsform: Private Organisation mit Leistungsauftrag;
- Keine staatliche Zahnmedizin; Auftrag an Private;
- Prophylaxeunterricht in der Praxis der beauftragten privaten Organisation. Von privater Organisation angestelltes Personal.
- Kontrolle durch beauftragte private Organisation / Praxis; Wahlmöglichkeit privater Zahnarzt/-ärztin;
- Koordination der Schulzahnpflege durch Schuladministration (ggf. zum Teil in Verwaltung);
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der beauftragten privaten Organisation oder Praxis, Zahnerhalt und Kieferorthopädie;
- Keine besondere Behandlung von Erwachsenen, in privaten Praxen zu marktüblichen Tarifen.
- Umsetzung des sozialpolitischen Auftrags: Gratis Leistungen; reduzierte Tarife; Behandlungsbeiträge an finanzschwache Haushalte.

Vor- und Nachteilemodell 4

	Vorteile	Nachteile
nicht kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätskontrolle gut möglich (mittels umfassende Dokumentation, Beschwerdemonitoring, Vertrauensarzt/-ärztin). • Alles aus einer Hand: Unterricht, Untersuchung, Behandlung. • Organisatorisch optimal für Schulen, weil Kombination Untersuchung und Instruktion • Einheitliche Doktrin in Prophylaxe und Behandlung. • Günstiger als staatliche Lösung (Erfahrung Riehen). • Höhere Kostentransparenz. • Dadurch einfachere Kostensteuerung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Steht nur ein Anbieter zur Verfügung, Abhängigkeit von Monopolanbieter • Ausschreibungs- und Betreuungsaufwand, • Zu Beginn aufwändig: Vertragskonstruktionen und Abmachungen (Leistungen, Erwartungen, Standards, etc.) • Enge Begleitung/Kontrolle zur Einhaltung von Vertrag/Abmachungen notwendig; Problematik der internen Fachkompetenz / Gefahr von Parallelitäten • Einschränkung Wahlfreiheit Eltern (wenn wie in Riehen Behandlung in der Praxis Voraussetzung für eine Reduktion ist) • Politische Machbarkeit (insbesondere in Bern), braucht spezielle Voraussetzungen

Tabelle 23: Vor- und Nachteile Modell 4

Auswirkungen eines Wechsels zu Modell 4: (Auftrag aller Leistungen an eine private Praxis)

Das Modell 4 ist nicht sehr gängig, die erhobenen Erfahrungen noch jung (keine Langfristperspektive) und eine Umsetzung dürfte vielerorts umstritten sein. Daher sind hier die möglichen Auswirkungen eines Modellwechsels Richtung einer Aufgabe der Schulzahnklinik und Beauftragung an eine private Praxis nur kurz diskutiert:

Die **Qualität** der Leistungserbringung scheint eher zu profitieren. Sie wird von der Stadt klar vorgegeben und mittels umfassender Dokumentation, Beschwerdemonitoring und Beaufsichtigung durch eine/n Vertrauensarzt/-ärztin gestärkt.

Ebenso sind Vorteile für die **Finanzen** zu erwarten. Insgesamt zeigt das Beispiel Riehen, dass der Modellwechsel zu Einsparungen geführt hat. Zudem ist die Kostentransparenz erhöht und dadurch auch die Kostensteuerung von Seiten der Stadt einfacher.

Der **sozialpolitische Auftrag** kann im Modell 4 wie in Modell 1 wahrgenommen werden. Die Leistungen werden aus einer Hand angeboten und die Stadt kann per Auftrag und Monitoring Einfluss auf sozialpolitische Anliegen nehmen. Diesen Aufwand muss die Stadt allerdings auf sich nehmen.

Auch der **gesundheitspolitische Auftrag** sollte in diesem Modell vergleichbar mit dem Modell 1 sichergestellt sein. Aber auch hier muss die Stadt den Aufwand auf sich nehmen, die Vorgaben zu definieren und ihre Einhaltung eng zu begleiten. Das kann auch als Vorteil für den gesundheitspolitischen Auftrag gesehen werden – es entstehen Anreize, diesen zu definieren und seine Umsetzung zu überwachen.

3.2 Vertiefung Modell 2 am Beispiel der Zusammenarbeit mit der Universität

3.2.1 Varianten und Vorgeschichte

Drei Varianten der Zusammenarbeit, Grundlage räumliche Zusammenlegung

Eine Ausprägung des Modells 2 mit staatlicher, aber ausgelagerter eigenständiger Schulzahnklinik ist die zusammengeführte Organisation mit der universitären Zahnmedizin ausserhalb der Stadtverwaltung, wie sie zum Beispiel kürzlich in Basel beschlossen wurde.

Einleitend zu beachten ist, dass die Situation in Bern heute nicht direkt mit Basel und der dort realisierten Zusammenführung von Schulzahnklinik, Volkszahnklinik und Universitärer Zahnmedizin in die Universitären Zahnkliniken Basel (UZB) vergleichbar ist. Basel hatte eine andere Ausgangslage:

- Die Universität stand vor dem Entscheid, die Zahnmedizin aufzugeben. Die Zusammenführung mit der Schul-/Volkszahnmedizin sicherte die Fortführung der universitären Zahnmedizin.
- Die Zahnmedizin wurde aus der Universität herausgelöst und in eine eigenständige Einheit mit eigener Rechtspersönlichkeit integriert.
- Vorbild waren in Basel die ausgelagerten Spitäler.
- Die Volkszahnklinik (für Erwachsene) hatte in Basel als eigenständige Struktur eine andere Geschichte, anderen Stellenwert und Ausbau als die öffentliche Zahnklinik in Bern.
- Basel ist ein «Stadtkanton». Es ist üblich, eingespielt und vom Territorium her zweckmässig, dass kantonale Rechtsträger städtische Aufgaben wahrnehmen.
- Die UZB haben zwei Leistungsaufträge: Einen der Universität für Forschung und Lehre und einen des kantonalen Gesundheitsdepartements für die soziale Zahnmedizin.
- Die UZB bilden ein Dach für die drei Sparten/Kliniken Schulzahnklinik, Universitätszahnklinik und Volkszahnklinik.

Bei der Diskussion der Möglichkeiten einer vertieften engen Zusammenarbeit zwischen schulzahnmedizinischem Dienst der Stadt Bern (SZMD) und den zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern (ZMK) ist als eine Variante die Auslagerung in einen neuen Rechtsträger nach dem Modell Basel zu berücksichtigen. Eine weitere Variante im Rahmen des Modells 2 («selbständiger Staatsbetrieb») wäre die Integration des SZMD in die ZMK. Die Universität ist eine kantonale, öffentlich-rechtliche Anstalt, eine Integration des SZMD käme einer Auslagerung in einen selbständigen, kantonalen Staatsbetrieb gleich. Eine zusätzliche Variante ist als drittes zu erwähnen: Der SZMD bleibt rechtlich selbständig, wird aber räumlich mit den ZMK zusammengelegt, um die entsprechenden betrieblichen Synergien zu nutzen.

Es sind im Überblick also drei Varianten der engen Kooperation zu unterscheiden:

1. SZMD und ZMK werden unter einem Dach eines neuen öffentlich-rechtlichen Trägers zusammengeführt (Modell Basel), Leistungsauftrag der Stadt (Schulzahnpflege/-medizin) und der Universität.
2. Der SZMD wird in die ZMK voll integriert, Leistungsauftrag der Stadt für die Schulzahnpflege und die soziale Schulzahnmedizin.
3. Der SZMD bleibt eigenständig, wird aber räumlich mit den ZMK zusammengelegt.

Bei einer Integration in die ZMK (Variante 2) bestehen nach heutigem Kenntnisstand zwei Untervarianten:

- a) Der SZMD wird mit der Abteilung Kinderzahnmedizin fusioniert und als Teil der Klinik für Zahnerhalt innerhalb der ZMK geführt;
- b) Die Kinderzahnmedizin wird als Kompetenzzentrum eine eigene Klinik innerhalb der ZMK und ist nicht mehr Teil des Zahnerhalts;

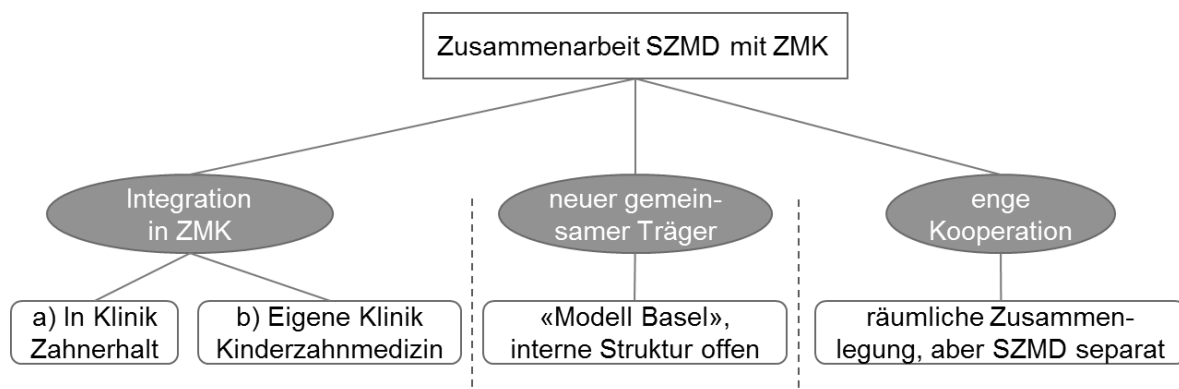


Abbildung 6: Übersicht Varianten der engen Zusammenarbeit SZMD mit ZMK

Welche Form der vertieften Zusammenarbeit letztendlich gewählt wird, ist noch offen. Von Seiten des Interviewpartners der Universität denkt man im Moment eher in den für sie naheliegenden und konkret beschreibbaren Szenarien einer Vollintegration des SZMD. Das schliesst

auch seitens der Universität alle anderen Kooperationsformen nicht aus. Für die Stadt Bern war die Rechts-/Organisationsform einer Kooperation bislang noch offen, es liegen alle skizzierten Varianten auf dem Tisch. Blieben die Partner rechtlich getrennt, liessen sich gewisse Vorteile wie im Personalbereich oder die integrierte Führung allenfalls nicht realisieren. Beide Partner verbindet, dass die unabdingbare Voraussetzung einer zweckmässigen und vorteilhaften Kooperation die räumliche Zusammenlegung von SZMD und ZMK darstellt. Ein gemeinsamer Standort ist daher der zentrale Aspekt einer Prüfung dieser Zusammenarbeit.

Vorgeschichte und räumliche Rahmenbedingungen

Nach ersten informellen Gesprächen im Zuge der aufgetretenen Nachkredite und mit Blick auf die Entwicklungen in Basel wurde am 14. August 2015 ein erstes Sondierungsgespräch für eine engere Kooperation des SZMD mit der Zahnmedizinischen Klinik (ZMK) der Universität Bern geführt unter Beteiligung der Stadt, des SZMD und der Universität.

Die ZMK entwickelten sich in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren dynamisch (klinische Tätigkeit, Studierende, präklinische Forschung). Die Studentenklinik muss renoviert und erweitert werden. Die ZMK sehen den grossen Bedarf an einer Ausweitung der Ausbildung (Bevölkerungswachstum; Feminisierung der Zahnmedizin mit Teilzeitpensen der Ausgebildeten) und möchte diesem Bedarf mit einer Ausweitung auf ca. 40 Studienplätze pro Jahrgang entsprechen.

Die Erstbeurteilung einer engeren Zusammenarbeit war sehr positiv, man erkannte grosses Synergiepotential. Als Potential wurde an der Sitzung insbesondere erkannt:

- Bessere Qualität zu tieferen Preisen aufgrund der Synergien im Bereich Personal und Infrastruktur;
- ZMK vergrössern ihren Pool an Patientinnen/Patienten für den Assistenten- und Studentenbetrieb;
- Renommée der ZMK der Universität Bern steigt.

Man einigte sich auf eine Weiterverfolgung des Projekts. Zentraler Aspekt war die räumliche Zusammenlegung. Allerdings standen bauliche und baurechtliche Fragen im Raum. Nach vertiefter Abklärung zeigten sich grössere Hindernisse und eine engere Kooperation wurde zwischenzeitlich nicht weiterverfolgt. Die bauliche/baurechtliche Situation zeigt sich heute wie folgt:

- Die ZMK ist platzmässig sehr beengt und müsste ausbauen können (auf ca. 7'000 qm BGF).
- Die heutigen Gebäude sind für den Standard einer universitären Zahnklinik nicht mehr ausreichend.
- Das Hauptgebäude kann nicht erweitert werden (Masterplan Insel), steht unter Denkmalschutz und kann nicht zweckmässig renoviert werden.
- Im Gegenteil muss ein Teil der Gebäude (Annexbau) abgerissen werden.
- Die ZMK können aber kurzfristig nicht ausziehen bzw. die Fläche des Annexbaus aufgeben, es wird diesbezüglich eine Übergangslösung (Ausnahmebewilligung) brauchen.
- Ausweichmöglichkeiten in unmittelbarer Nachbarschaft für einen Neubau (Parkplatz) sind nicht möglich (gemäss baurechtlichen Abklärungen).
- Für die ZMK stellt sich die Frage eines Neubaus auf dem Campus Insel und die Weitergabe des aktuellen Hauptbaus, der an bester Lage liegt, an das Inselspital. Zeithorizont für einen möglichen Neubau: ca. 2025, etwa in 10 Jahren (Voraussetzung Aufnahme in Investitionsplanung des Kantons). Allenfalls wäre auch eine Einmietung auf ca. 7'000qm oder ca. 8'000qm (inkl. SZMD) BGF in einem neuen Gebäude des Insel-Campus möglich (kein eigener Neubau).

Die räumlichen Voraussetzungen für eine enge Kooperation sind kurz- und mittelfristig also nicht gegeben. Zwei Optionen stehen kurzfristig zur Diskussion:

- Eine Auslagerung der Forschung aus den heutigen Gebäuden würde Platz schaffen für eine zumindest teilweise Integration der Schulzahnklinik.
- Im ersten Stock sind Räumlichkeiten von Juni bis September jeweils ungenutzt (Semesterunterbruch). In diesen Räumlichkeiten könnten Reihenuntersuchungen stattfinden.

Dass die Voraussetzungen von Seiten der Universität für eine räumliche Zusammenlegung erst in etwa zehn Jahren vorliegen, ist ein limitierender Faktor einer engeren Zusammenarbeit. Je nach anvisiertem Träger bzw. Rechtsform einer Partnerschaft könnten für eine Lösung in kürzerer Frist allenfalls Standorte ausserhalb des Campus Insel geprüft werden, die früher zur Verfügung stünden. Ein solcher Ansatz ist im Moment allerdings als theoretische Möglichkeit anzusehen, vorab wären entsprechende strategische Zielsetzungen betreffend vertiefter Zusammenarbeit zu definieren.

3.2.2 Mögliches Weiteres Vorgehen

In der aktuellen Situation sind folgende Schritte zentral:

- Grundsatzentscheid, ob 1. eine Zusammenführung mit gemeinsamem Rechtsträger, 2. eine Integration in die Universität oder 3. zumindest eine räumliche Zusammenlegung angestrebt wird.
- Danach Erarbeitung einer Konzeptstudie zu Machbarkeit und Nutzen inkl. Grobkonzept, parallel dazu Planung einer Übergangslösung SZMD sowie Klärung Neubau ZMK bzw. räumliche Entwicklung.
- Danach Start eines Projekts «Integration» mit einer Übergangslösung für den SZMD. Optionen:
 - schrittweise Vertiefung der Zusammenarbeit,

-
- Ausgliederung des SZMD (Modell 2) und ganze oder teilweise Führung durch die Universität,
 - rechtliche Zusammenlegung bei gleichzeitiger vorübergehender räumlicher Trennung (wobei die Auslagerung der Forschung und Teilintegration eines Standorts des SZMD zu prüfen wäre),
 - aus diesen Elementen gestaffelter Übergang (Zusammenarbeit, Ausgliederung, Übernahme).

Zu den Grundvoraussetzungen, dass ein Kooperationsprojekt gelingen kann, gehören:

- Grundsatzentscheid, ob 1. eine Zusammenführung mit gemeinsamem Rechtsträger, 2. eine Integration in die Universität oder 3. zumindest eine räumliche Zusammenlegung angestrebt wird.
- Beschlüsse des Gemeinderats und des Stadtrats.
- Wille der Universität und Bekenntnis in den ZMK, insbesondere der Klinik für Zahnerhalt.
- Verbindliche Aufnahme des Neubaus oder von Mieträumlichkeiten in die Investitionsplanung.
- Inselspital stimmt Neubau auf Campus oder Einmietung ZMK/SZMD in neues Campus-Gebäude zu.

3.2.3 Auswirkungen einer Zusammenführung von SZMD und ZMK Universität

Allgemeines

Für die Beschreibung der Auswirkungen wird hier von einer räumlichen Zusammenlegung des schulzahnmedizinischen Dienstes der Stadt Bern (SZMD) und der zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern (ZMK) an einem neuen gemeinsamen Standort ausgegangen. Es ist für die Auswirkungen relevant, ob die zwei Organisationen dabei in einem gemeinsamen Rechtsträger oder ob sie rechtlich getrennt zusammenfin-

den. Für die Darstellung der Vorteile und Nachteile wurde von einem gemeinsamen Rechtsträger ausgegangen, was auch die Vollintegration des SZMD in die Universität einschliessen würde.

Vor- und Nachteile, Chancen und Risiken

	Vorteile / Chancen	Nachteile / Risiken
nicht kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenreduktion (I): Synergien technischer Dienst, Informatik, Beschaffungswesen, Betrieb/Auslastung Geräte und Apparaturen (z.B. Radiologie). • Kostenreduktion (II): Günstigere Personalkosten durch Einsatz von Zahnarztassistenten/-innen. • Kostenreduktion (III): Effizienz im Personalmanagement durch Bildung von Personalpools. • Kostenreduktion (IV): Beiträge Ausbildung, Weiterbildung, Forschung Lehre. • Einfachere Rekrutierung Personal, weil Angebot zertifizierter Weiterbildung. • Stärkung der praktischen Arbeit der Universität, die wichtig ist für Forschung und Lehre. • Steigerung Bekanntheit ZMK. • Mehr Patientinnen und Patienten für angestrebte Steigerung Ausbildungsplätze an der Universität. • Auslastung Studentenklolik Universität. • Auslastung Kieferorthopädie Universität. • Möglichkeit der Entlastung der städtischen Rechnung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Lösung erst in etwa 10 Jahren realistisch • Kulturrisiken Personal (wie bei Zusammenführungen, Integrationen und Fusionen bekannt, hier sogar akzentuiert)
kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung Qualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwächung der Schulzahnpflege, Stärkung der (universitären) Kinderzahnmedizin

Tabelle 24: Vor-/Nachteile, Chancen/Risiken der Zusammenführung von SZMD und ZMK

Einige kontroverse Punkte der Argumentation sind hier besonders hervorzuheben. Wie auch in Basel wird für Bern die Frage diskutiert, ob von einer Zusammenführung der Schulzahnmedizin mit der universitären

Zahnmedizin die Schulzahnpflege effektiv in der Qualität profitiert oder nicht sogar geschwächt wird. Die Schulzahnmedizin verliere ihren «Spirit», Kultur und pragmatische-praktische Grundlage, die essentiell für ihre Qualität sei (z.B. «Verwissenschaftlichung», Zunahme an Narkosebehandlungen). Eine Möglichkeit, diesem Risiko zu begegnen, ist eine Ausrichtung einer universitären Schulzahnmedizin als Klinik mit klarem Auftrag, kein Ordinariat, Reduktion der Forschungsambitionen.

Was dies für die interne Strukturierung einer universitären Schulzahnklinik bedeutet (integriert oder neben Kinderzahnmedizin; integriert oder neben Zahnerhaltung etc.) ist noch offen und muss sorgfältig definiert werden. Forschungsorientierung versus Leistungsorientierung sind abzuwägen und klar zu profilieren.

Auswirkungen auf Qualität, Finanzen und Auftrag

Die Auswirkungen eines Modellwechsels Richtung einer Zusammenführung des SZMD mit den ZMK der Universität erscheinen auch mit Blick auf die Vor- und Nachteile der Modelle wie folgt:

Die Auswirkungen auf die **Qualität** der Schulzahnpflege werden kontrovers diskutiert. Bei entsprechenden flankierenden Massnahmen (Leistungsaufträge der Stadt, Ausrichtung als Klinik etc.) kann von einer Steigerung der Qualität ausgegangen werden.

Es besteht die Chance einer Reduktion der **finanziellen Belastung** für die Stadt Bern.

Der **sozialpolitische Auftrag** kann wahrgenommen werden. Im Thema Niederschwelligkeit des Zugangs sind allenfalls Massnahmen vorzusehen, sollte sich ein universitäres Umfeld ungünstig auf Wahrnehmung und Vertrauen auswirken (wovon allerdings nicht per se auszugehen ist). Hier wären Fragen der Gestaltung des Angebots und des Personalkörpers zu betrachten.

Für den **gesundheitpolitischen Auftrag** dürften sich keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Eher dürfte von einem Vorteil ausgegangen werden, das zusätzliche Patientengut der Erwachsenen stärkt die Ausbildung der Zahnärztinnen und Zahnärzte.

3.3 Zusammenfassung

Die nachfolgend dargestellten Modelle der Schulzahnpflege/-medizin wurden beschrieben und diskutiert.

Modelle Merkmale	1. Staatlich: «Schulzahn- klinik in der Kernverwal- tung»	2. Ausgela- gert: «Selbständi- ger Staats- betrieb»	3. Teilprivat: «Auftrag an Schulzahnärzte/- innen»	4. Vollprivat: «Umfassender Auftrag an Privat- firma»
Kurzbe- schrieb Governance und Ange- bot	Schulzahnklinik in der Verwal- tung mit staat- lich angestell- tem Personal, Komplettes Angebot. Div. Grade der Wahlmöglich- keit bezüglich Privatzahnarzt/- ärztin. <i>Untervariante: Kontrolle keine Wahlmöglich- keit.</i>	Schulzahnkli- nik ausgela- gert, aber im Eigentum des Staates, Per- sonal bei ausgelagerter Einheit ange- stellt, Kom- plettes Ange- bot. Integrati- on in Univer- sität möglich	Keine Schulzahn- klinik; Instrukti- on/Prophylaxe staatlich (Schulen); Zahnmedizin (Kon- trolle; Behandlung) private Praxen im Auftrag <i>Untervariante: Gutscheinsystem</i>	Keine Schulzahn- klinik; Instrukti- on/Prophylaxe und Zahnmedizin durch eine (oder theore- tisch mehrere) pri- vate Organisation im Auftrag
Gewährlei- stung und Vollzug	Gewährleistung staatlich; Vollzug staat- lich	Gewährlei- stung staatlich; Vollzug parastaatlich	Gewährleistung staatlich; Vollzug halb staatlich, halb privat	Gewährleistung staatlich; Vollzug privat
Gemeinden des Ver- gleichs	Bern; Schaff- hausen; Freiburg (teil- weise kombi- niert mit Modell 3)	Basel	Biel; Luzern; Thun; Köniz	Riehen (BS)

Tabelle 25: Übersicht über vier Modelle der Schulzahnpflege/-medizin

Die Überlegungen zu einem möglichen Modellwechsel werden in einer tabellarischen Übersicht zusammenfassend dargestellt (siehe Tabelle unten). Es war Teil des Auftrags die Auswirkungen eines Wechsels des Modells auf die Qualität, auf die Finanzen, den sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Auftrag aufzuzeigen. Entsprechend sind in den Zei-

len der Tabelle die Alternativen aufgeführt (in welches Modell würde gewechselt) und in den Spalten der Tabelle Auswirkungen auf die Kriterien.

Ebenfalls aufgeführt ist die Spezialfinanzierung mit den Auswirkungen ihrer Einführung. Zudem wurde als besondere Variante des Wechsels in das Modell 2 die Kooperation mit der Universität dargestellt.

Themen \ Kriterien		Qualität	Finanzen	Sozialpoliti- scher Auftrag	Gesund- heitspoliti- scher Auftrag
Alternativmodelle, Wechsel zu...	Modell 2 ausgelagert	Keine, evtl. positive Auswirkungen	Senkung der Belastung der Stadt wahrscheinlich (je nach Setting)	Keine Auswirkungen, andere Steuerung	Keine, evtl. positive Auswirkungen durch Leistungsauftrag
	Modell 2, Variante Universität	Steigerung wahrscheinlich	Senkung der Belastung der Stadt sehr wahrscheinlich	Sichergestellt, evtl. flankierende Massnahmen	Sichergestellt, Vorteile für Ausbildung
	Modell 3 teilprivat	Eher Nachteile	Markante Senkung der Belastung der Stadt sehr wahrscheinlich	Kontroverse Argumente – Vor- und Nachteile	Sichergestellt, aber eher Nachteile
	Modell 4 vollprivat	Vorteile, Stärkung von Qualität und Bewusstsein	Senkung der Belastung der Stadt sehr wahrscheinlich	Sichergestellt, evtl. höherer Aufwand der Stadt	Sichergestellt, evtl. höherer Aufwand der Stadt
	Exkurs: Spezialfinanzierung	Keine Auswirkungen	Senkung Belastung der Stadt möglich	Keine Auswirkungen	Keine Auswirkungen

Tabelle 26: Bewertung bzw. Kommentierung möglicher Modellwechsel

4 ZUSAMMENFASSUNG UND FOLGERUNGEN

4.1 Beantwortung der Fragen des Auftrags

1. Wie ist die heutige Wirtschaftlichkeit des SZMD zu beurteilen? Gibt es Massnahmen, mit welchen die Wirtschaftlichkeit des SZMD verbessert werden kann?

Die Wirtschaftlichkeit der Schulzahnklinik hat deutliches Verbesserungspotential. Mit Blick auf Dienste anderer Gemeinden und auf das Jahresergebnis 2014 ist von einem Einsparungspotential auszugehen. Im Bereich der Schulzahnpflege und der Erwachsenenbehandlung ist die Wirtschaftlichkeit angemessen. Punktuelle Verbesserungen sind evtl. bei den Kontrolluntersuchungen möglich. Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sind vorab in der Schulzahnklinik vorzusehen.

Folgende Massnahmen für den SZMD insgesamt sind im Bericht aufgeführt:

1. Präzisere Kostentransparenz und Stärkung der politischen Bestellfunktion.
2. Anpassung der Steuerungsvorgaben.
3. Präzisere Kostenbudgetierung und unterjährige Finanzsteuerung.
4. Einführung der Spezialfinanzierung für die Schulzahnklinik (optional gesamter SZMD).
5. Stärkung der betriebswirtschaftlichen Führung.
6. Stärkung der Leitungsfunktion und der Geschäftsleitung.
7. Präzisierung der Aufbauorganisation inkl. Prüfung der Reduktion von zwei auf einen Standort.
8. Optimierung bei den Kontrolluntersuchungen.
9. Stabilisierung der Kieferorthopädie.
10. Klare Zielsetzung der Kostenreduktion.

11. Effizienzsteigerung des Personaleinsatzes und der Ausnutzung der Infrastruktur.

12. Kulturentwicklung und Absenzenmanagement.

Massnahmen 1 bis 4 betreffen hauptsächlich die politische Steuerung durch die Stadt bzw. die Finanzsteuerung. Der Zeithorizont ihrer Umsetzung richtet sich entsprechend nach den Finanzprozessen der Stadt (Umsetzungshorizont frühestens Budget 2019). Die Massnahmen fünf bis zwölf betreffen den Betrieb SZMD mit unterschiedlichen Zeithorizonten der Realisierung.

Bei den betrieblichen Massnahmen ist die Massnahme 11 hervorzuheben. Sie birgt ein unmittelbares Potential der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.

Die verschiedenen Massnahmen hängen zum Teil zusammen und bedingen sich gegenseitig. So benötigt zum Beispiel die Massnahme 11 eine starke Führung mit einer klaren Idee und mit konsequentem Umsetzungswillen. Massnahme 11 setzt auch Massnahme 6 voraus (Stärkung der Leitungsfunktion und der Geschäftsleitung) und wird mit Massnahme 12 (Kulturentwicklung und Absenzenmanagement) gestärkt, oder erst ermöglicht. Auch zeitliche Abhängigkeiten sind bei der Realisierung zu berücksichtigen.

Daher sind die Massnahmen aufeinander abgestimmt umzusetzen. Nach einem Grundsatzentscheid der Geschäftsleitung sind sie im Rahmen eines Changeprojekts umzusetzen. Dabei ist besonders auf die interne und externe Kommunikation zu achten.

2. Welche Folgen haben die Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit für den schulzahnmedizinischen und sozialpolitischen Auftrag des SZMD?

Die Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit dürften keinen wesentlichen Einfluss auf den schulzahnmedizinischen oder sozialpolitischen Auftrag haben – diese können auch bei Umsetzung der Massnahmen so bestehen bleiben und werden erfüllt. Bei Aufgabe eines Standorts bzw. der Zusammenlegung der zwei Standorte müssten allen-

falls flankierende Massnahmen zur Sicherstellung des Auftrags geprüft werden. Grundsätzlich können die beiden Aufträge aber auch mit einem Standort in derselben Qualität wie heute erfüllt werden.

3. Sind Aufbau- und Ablauforganisation, der Umfang der personellen Ressourcen und deren Aufteilung auf die verschiedenen Berufskategorien sinnvoll und wirtschaftlich?

Die gegenwärtige Aufbau- und Ablauforganisation ist aus Sicht der Wirtschaftlichkeit nicht optimal und muss zu ihrer Verbesserung weiterentwickelt werden. Dazu sind diverse Massnahmen im Bericht erwähnt, namentlich eine präzisere Kostenbudgetierung und unterjährige Finanzsteuerung (M.3), die Stärkung der betriebswirtschaftlichen Führung (M.5), die Präzisierung der Aufbauorganisation inkl. der Prüfung der Reduktion auf einen Standort (M.7), die Optimierung bei den Kontrolluntersuchungen (M.8) sowie vor allem die Erhöhung der Effizienz in Personaleinsatz und Ausnutzung der Infrastruktur (M.11).

Die Aufteilung der Personalressourcen auf die Kategorien scheint im zahnmedizinischen Bereich grundsätzlich sinnvoll, wobei eine Überprüfung der Dentalassistenten angemessen scheint. Im Bereich der Administration ist eine gezielte Prüfung auf Effizienzpotential angezeigt, da der SZMD im Vergleich einen höheren Anteil an Administrationspersonal beschäftigt als die Vergleichsorganisationen und einen Überhang an Dentalassistenten zeigt.

4. Sollen betreffend das heutige SZMD-Modell einzelne Dienstleistungen ausgebaut oder abgebaut werden, zum Beispiel die Kieferorthopädie oder die Erwachsenenbehandlung?

Im Moment ist ein Aus- oder Abbau von Leistungen nicht zu empfehlen, zuerst ist das Thema der Wirtschaftlichkeit und betrieblichen Führung anzugehen.

Ein Ausbau der Kieferorthopädie kann mittelfristig zur Generierung von Deckungsbeiträgen eine Option sein; diese Dienstleistung ist im Quervergleich noch eher wenig ausgebaut. Allerdings kommt dieser Vorteil

nur zum Tragen, wenn zugleich Massnahmen zur Milderung von Ausfällen bzw. Ertragsschwankungen eingeführt werden (vgl. M.9).

Die Behandlung von Erwachsenen im Rahmen eines schulzahnmedizinischen Dienstes ist eher unüblich (i.d.R. getrennte Klinik). Mit dieser Dienstleistung werden steigende Deckungsbeiträge erwirtschaftet. Über deren weitere Entwicklung kann ebenfalls später entschieden werden.

5. Soll eine vertiefte Zusammenarbeit mit der Universität bei der Nutzung von Infrastruktur oder bei der Aufgabenerfüllung angestrebt werden?

Die vertiefte Zusammenarbeit mit der Universität sollte Teil eines näher zu prüfenden Szenarios sein. Die Form der Organisation oder die Rechtsform der vertieften Zusammenarbeit ist noch offen.

Von den Beteiligten wird das Synergiepotential einer Zusammenarbeit der räumlich und rechtlich getrennt bleibenden SZMD mit der ZMK als gering eingestuft. Insbesondere die räumliche Zusammenlegung wird als Voraussetzung von Verbesserungen gesehen.

Im Vordergrund einer vertieften Zusammenarbeit steht demnach zumindest eine räumliche Zusammenlegung mit der Universität. Eine solche könnte am Standort Campus Insel allerdings erst in etwa zehn Jahren vollständig umgesetzt werden. Wird ein Zusammengehen mit der Universität angestrebt, so ist für die Zeit bis dahin eine Übergangs- bzw. Entwicklungslösung zu prüfen. Diese könnte gestaffelt werden, wobei die einzelnen Schritte in unterschiedlicher Reihenfolge kombiniert werden können:

- Grundlegende Wirtschaftlichkeitsverbesserung des SZMD (Massnahmen 5 bis 12);
- Schrittweise Vertiefung der allgemeinen Kooperation des SZMD mit der Universität;
- Nach Möglichkeit schrittweise räumliche Zusammenführung;

- Ausgliederung des SZMD, eigenständig oder ganz bzw. teilweise unter Führung durch die Universität (Modell 2 und Szenario 2), Option einer eigenständigen gemeinsamen Organisation (Modell Basel);
- Vollständige Übernahme durch bzw. rechtliche und organisatorische Integration in die Universität (unabhängig der räumlichen Zusammenführung).

6. Welches sind die Vor- und Nachteile sowie die Chancen und Risiken der Errichtung einer Spezialfinanzierung für den SZMD?

Das System der Spezialfinanzierung eignet sich für den SZMD, insbesondere gezielt für die Schulzahnklinik, die unternehmerischen Schwankungen der Erträge unterworfen ist. In der Schulzahnpflege sind die Leistungen und Kosten planbar und daher geeignet für den Budget-Rechnungs-Prozess der Verwaltung. Dies gilt auch für die Behandlungsbeiträge.

Zu den Vorteilen der Spezialfinanzierung zählen die Aufhebung des Jährlichkeitsprinzips und damit die Möglichkeit der Glättung von Schwankungen in der städtischen Rechnung, die grössere Sichtbarkeit und Stärkung des betrieblichen Charakters der Schulzahnklinik sowie die Unterstützung der BSS und des SZMD, die anfallenden Nettokosten strategisch ausgerichtet und mit zeitlicher Flexibilität mittel- bis langfristig zu steuern.

Als Nachteil kann entgegengehalten werden, dass damit die Zahl an Sondersteuerungen («Kässeli») erhöht wird. Ein weiterer Nachteil besteht in der eingeschränkten rechnungslegerischen Transparenz, wenn die Spezialfinanzierung nicht konsolidiert wird. Ein Risiko könnte darin bestehen, dass mit der Einführung der Spezialfinanzierung zwar der Rahmen der Finanzsteuerung geändert wird, jedoch nicht Struktur, Management und Kultur der Organisation sowie auch nicht die städtischen Vorgaben betreffend zum Beispiel das Personal, Finanzen oder Informatik.

Angesichts der Vorteile und Chancen gegenüber den Nachteilen und Risiken wird die Einführung einer Spezialfinanzierung als prüfenswert eingeschätzt. Die damit verbundenen Fachfragen und Erwägungen sind dabei für eine definitive Entscheidung abzutiefen.

7./8. Wie ist die Schulzahnpflege in den Städten Biel, Thun und Langenthal (oder anderen Städten) organisiert? Welche Modelle für die Schulzahnpflege gibt es in anderen Städten der Schweiz?

Der Bericht führt insgesamt vier Modelle auf, die auf den rechtlichen Grundlagen des Kantons Bern realistisch erscheinen. Neben dem Modell des staatlichen Angebots der zahnmedizinischen Leistungen mittels einer Schulzahnklinik (1) wurde das Modell des selbständigen Staatsbetriebs (2), des Auftrags an private Schulzahnärztinnen und -ärzte (3) sowie der gänzlichen Auslagerung von Schulzahnpflege und Schulzahnmedizin an eine private Praxis (4) identifiziert.

Die Städte Basel, Freiburg und Schaffhausen führen Schulzahnkliniken bzw. Schulzahnmedizinische Dienste wie die Stadt Bern mit einem vergleichbaren Angebot (Prophylaxe mit Instruktion und Kontrolle sowie Therapie/Behandlungen) und mit vergleichbarer Organisation. In Freiburg und Schaffhausen sind die Dienste in der kantonalen Verwaltung integriert (Modell 1) und versorgen neben den Städten auch das ganze Kantonsgebiet.

Basel führt seine Schulzahnklinik als Teil einer öffentlich-rechtlichen Anstalt (Modell 2), die dem Kanton gehört und neben der Schulzahnmedizin die universitäre Zahnmedizin und eine Klinik für Erwachsene beinhaltet.

Allen Städten ist gemein, dass für die Schüler/-innen die Option besteht, sich bei einem/-r privaten, aber vertraglich eingebundenen Schulzahnarzt/-ärztin kontrollieren und behandeln zu lassen.

In Biel, Thun, Köniz und Luzern (Modell 3) obliegt die Organisation der Instruktion an den Schulen sowie der jährlichen Kontrolluntersuchungen den Gemeindeverwaltungen in Zusammenarbeit mit den Schulen. Die zahnmedizinischen Behandlungen werden von vertraglich eingebunde-

nen privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten durchgeführt und nach vertraglich vereinbarten Tarifen von der Gemeinde abgegolten.

Thun ist insofern ein Spezialfall, als dass dort die Schulzahnpflege praktisch vollständig den Schulen übertragen ist, inklusive die Organisation und Durchführung der Prophylaxeinstruktion sowie die Administration und Überwachung der jährlichen Kontrolluntersuchungen (mittels Kontrolllaufblatt und zentraler Informatik). Der Gemeinde entstehen dadurch sehr geringe Kosten. Trotzdem wird gemäss Auskunft eine Teilnahmerate der Schüler/-innen bei den Kontrolluntersuchungen von nahezu 100 Prozent erreicht.

Die Stadt Luzern hat bis ins Jahr 2013 eine Schulzahnklinik geführt, sie aus Spargründen dann geschlossen und zum System mit den privaten Schulzahnärzten/-ärztinnen gewechselt hat. Die Stadt konnte so ihre Ausgaben für die Schulzahnpflege halbieren.

Die Gemeinde Riehen hat das komplette Angebot an Schulzahnpflege und zahnmedizinischen Leistungen via Leistungsauftrag an eine private Praxis übertragen. Der Gemeinde obliegen die Überwachung und Bewirtschaftung des Leistungsauftrags sowie administrative Aufgaben und die Ausrichtung von Behandlungsbeiträgen.

Auf eine Darstellung von Langenthal wird im Einvernehmen mit der Auftraggeberin verzichtet.

9. Wie sind die verschiedenen alternativen Modelle in Bezug auf die Qualität und aus finanz-, sozial- und gesundheitspolitischer Sicht im Vergleich zum SZMD zu beurteilen?

Alle Alternativmodelle zum Modell 1 (Schulzahnklinik in der Kernverwaltung) versprechen eine Senkung der Kosten für die Stadt. Allerdings: Je mehr die Nettokosten der Schulzahnklinik durch Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit gesenkt werden können, umso geringer wird der Kostenvorteil anderer Modelle ausfallen. Die in der Kernverwaltung angesiedelte Schulzahnklinik in Schaffhausen zum Beispiel erwirtschaftet Überschüsse, was eine Senkung der Kosten durch einen Systemwechsel unwahrscheinlich erscheinen lässt.

Das Modell 2 (Selbständiger Staatsbetrieb, evtl. Kooperation/Integration Universität) bringt neben der Möglichkeit einer Kostenreduktion wahrscheinlich eine Steigerung der Qualität und kann sowohl den sozial- wie auch den gesundheitspolitischen Auftrag erfüllen.

Modell 3 (Auftrag an Schulzahnärzte/-innen) bringt neben dem grossen finanziellen Vorteil potenzielle Nachteile bei der Qualität und dem gesundheitspolitischen Auftrag.

Das Modell 4 (Auftrag an Privatpraxis/-firma) zeigt neben dem finanziellen Vorteil eher eine Stärkung der Qualität bei einem voraussichtlich etwas höheren Aufwand zur Sicherstellung des sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Auftrags.

Aus einer Gesamtsicht kann festgehalten werden, dass bei einem Wechsel in jedes Alternativmodell die Qualität gewährleistet und der gesundheits- und sozialpolitische Auftrag erfüllt werden können. Es bedarf aber je nachdem mehr oder weniger aufwändiger flankierender Massnahmen und/oder besonderer organisatorischer Vorkehrungen oder Anstrengungen der Stadt, um dies sicherzustellen.

4.2 Handlungsszenarien

4.2.1 Szenario 1: Status Quo optimiert

Szenario 1 beinhaltet im Wesentlichen die Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Da bei allen Szenarien davon auszugehen ist, dass Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit umgesetzt werden (kein «Szenario 0») bildet Szenario 1 somit die Basisvariante.

In diesem Szenario wird der SZMD in der heutigen Struktur («Status Quo») weiterentwickelt («optimiert»), so dass die Budgetstabilität steigt und das Defizit substantiell sinkt.

Der SZMD wird weiter als Teil der stadtbernischen Verwaltung geführt. Die Schulzahnklinik wird beibehalten, d.h. insbesondere die zahnmedizinischen Leistungen werden weiter von der Stadt erbracht. Die zielorientierte Steuerung des SZMD wird weiterentwickelt und könnte in diesem

Szenario auch durch einen expliziten Leistungsauftrag zwischen Direktion und SZMD, welcher den politischen Leistungsauftrag präzisiert, verstärkt werden.

In der heutigen institutionellen Struktur des SZMD bleibt die Zusammenführung mit der Universität offen, die Vorbereitung darauf ist jedoch nicht explizit kurzfristiges Ziel. Eine vertiefte Kooperation mit der Universität wird daher im Szenario 1 kurzfristig nicht angestrebt. Punktuell kann eine Zusammenarbeit zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit geprüft werden (zum Beispiel Informatik oder Einkauf). Ein Zusammengehen mit der Universität zu einem späteren Zeitpunkt ist nicht ausgeschlossen.

Ein wesentlicher Teil dieses Szenarios könnte die Einführung der Spezialfinanzierung für die Schulzahnklinik darstellen. Der Bericht empfiehlt, diese Form der finanziellen Steuerung vertieft zu prüfen, insbesondere sind noch rechtliche und rechnungslegerische Fragen zu klären.

Vorteile und Chancen Szenario 1	Nachteile und Risiken Szenario 1
<ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung Schulzahnklinik mit allen Vorteilen dieses Modells (vgl. Ziffer 3.1.2), insbesondere die Kompetenzkonzentration und die Zugänglichkeit und Einheitlichkeit der Leistungen. • Einfach und schnell realisierbar • Geringerer Aufwand für die Stadt, keine aufwändige Veränderung für den SZMD • Fokus auf Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der politischen Steuerung möglich (inkl. Option Leistungsauftrag an internen Betrieb). 	<ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der Schulzahnklinik mit allen Nachteilen dieses Modells (vgl. Ziffer 3.1.2), insbesondere bleibt die Leistungserbringung für die Stadt wohl teurer. • Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in bestehender Struktur und Organisation ist besondere Herausforderung, weil kein Impuls/Dynamik «von aussen». • Kurzfristig keine vertiefte Kooperation/Zusammenführung mit der Universität.

Tabelle 27: Szenario 1 - Status Quo optimiert

4.2.2 Szenario 2: Auslagerung in selbständigen Stadtbetrieb, inklusive Option Universität

Grundsätze

In Szenario 2 wird der SZMD aus der Stadtverwaltung ausgelagert in eine eigenständige Organisation im staatlichen Eigentum. Szenario 2 beinhaltet also den Wechsel zu Modell 2.

Offen ist, wer der Eigentümer der ausgelagerten Einheit ist. Es kann die Stadt selbst sein oder es kann ein anderer staatlicher Träger sein, zum Beispiel die Universität. Eine Zusammenführung des SZMD mit den zahnmedizinischen Kliniken der Universität stellt eine besondere Variante dieses Szenarios dar.

Die ausgelagerte Einheit wird mit einer Eignerstrategie und einem Leistungsauftrag gesteuert. Darin wird beschrieben, welche Leistungen die Stadt einkauft und zu welchem Preis (zum Beispiel Prophylaxe und Kontrolluntersuchungen) und welche Leistungen von der Organisation selbst kostendeckend erbracht werden müssen (zum Beispiel zahnmedizinische Leistungen).

Mehr Handlungsspielraum inklusive Zusammenführung mit der Universität

Ist die Zusammenführung mit der Universität das Ziel des Szenario 2, so ist zu berücksichtigen, dass eine räumliche Zusammenlegung erst in etwa zehn Jahren möglich sein wird (vgl. Ausführungen in Ziffer 3.2). Auf die Frage hin, ob eine Auslagerung an die Universität das Ziel ist oder nicht, kann das Szenario flexibel und zeitlich gestaffelt ausgestaltet werden. Konkret könnte das wie folgt aussehen:

Der SZMD wird in ein städtisches Unternehmen eingebracht in den Varianten privatrechtliche Aktiengesellschaft (OR 620) oder öffentlich-rechtliche Anstalt. Das Unternehmen ist zu 100 Prozent im Eigentum der Stadt (auch bei Aktiengesellschaft). Bei der Besetzung des Aufsichtsgremiums (z. B. Verwaltungsrat) können zweckdienliche Kompetenzen und Vernetzungen berücksichtigt werden (zum Beispiel Vertretung der

ZMK der Universität, der lokalen Zahnärztinnen/-ärzte, der Schulen usw.).

Die Stadt erteilt dem Unternehmen SZMD einen Leistungsauftrag im Bereich der schulzahnpflegerischen Prävention und Prophylaxe (Instruktion an Schulen, Kontroll-/Reihenuntersuchungen, vorschulische Prophylaxe usw.) zu einem fixierten Preis sowie kostendeckend im Bereich der taxpunktreduzierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Behandlungsbeiträge erteilt die Stadt selbst, auf Vermittlung der Unternehmung SZMD und auf Antrag der Erziehungsberechtigten hin.

Das Aufsichtsgremium (z.B. Verwaltungsrat) setzt die Geschäftsleitung des SZMD ein (auf Basis der bisherigen Besetzung). Es initiiert und begleitet die Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, überwacht die Erfüllung des Leistungsauftrags und rapportiert diesbezüglich der Stadt.

Entscheiden sich die Akteure (Stadt, Universität, Kanton) das Unternehmen SZMD nicht mit der Universität zusammenzuführen, so kann es als eigenständige Organisation im Eigentum der Stadt die Leistungen gemäss Auftrag weiter erbringen. Die Entwicklung ist offen, bei einer Aktiengesellschaft wären zum Beispiel die Beteiligung der Universität oder von Privaten möglich (auch bei einer Anstalt, aber aufwändiger).

Ist das Ziel formuliert, den SZMD in die Universität einzubringen und innerhalb von zehn Jahren am gleichen Standort zusammenzuführen, so stehen verschiedene Optionen in unterschiedlichen zeitlichen Staffellungen zur Verfügung:

- 100 Prozent Eigentum durch die Stadt (bei Anstalt oder Aktiengesellschaft); Beteiligung der Universität am Aktienkapital (bei Aktiengesellschaft: Minderheit/Mehrheit); oder 100 Prozent Eigentum durch die Universität (bei Aktiengesellschaft).
- Einsitz der Universität im Aufsichtsgremium; Mitbestimmung der Universität bei der Besetzung des Aufsichtsgremiums; oder bei Beherrschung durch die Universität eigenständige Einsetzung des Aufsichtsgremiums durch die Universität.

- Teilweise oder vollständige Übernahme des Managements durch die Universität. Vollständige Integration in die Universität, entweder sofort (Verzicht auf Gründung einer AG/Anstalt) oder nach einer Übergangszeit.

Die einzelnen Parameter können zeitlich gestaffelt variiert werden. So kann z.B. das Engagement der Universität je nach Bedarf kontinuierlich gesteigert werden.

Auch im Endzustand sind mehrere Varianten denkbar. So könnte die Universität die Unternehmung SZMD absorbieren (Integration) oder aber die Unternehmung SZMD könnte als eigenständige Rechtsperson bestehen bleiben. Ob die Stadt oder die Universität dabei eine Mehrheit/Minderheit halten, ist offen. Die Unternehmung SZMD könnte auch gänzlich von der Universität beherrscht werden.

Öffentlich-rechtliche Anstalt oder privatrechtliche Aktiengesellschaft

Als Rechtsformen für ein öffentliches Unternehmen stehen primär die öffentlich-rechtliche Anstalt und die privatrechtliche Aktiengesellschaft zur Verfügung. Beide Rechtsformen bieten breite Handlungsmöglichkeiten und können beide mit gesetzlichen Regelungen als öffentliche Unternehmen im vollständigen Eigentum der Stadt massgeschneidert werden.

Allerdings eröffnen die beiden Rechtsformen auch je spezifische Vorteile und Möglichkeiten. Die Wahl der Rechtsform sollte sich an der gewählten weiteren Strategie ausrichten. Wird zum Beispiel eine schrittweise Beteiligung der Universität an einem ausgelagerten Unternehmen SZMD angestrebt, so böte voraussichtlich die privatrechtliche Aktiengesellschaft die einfacher zu realisierenden Möglichkeiten (Splittung Aktienkapital bzw. Erweiterung Aktionariat) als die Anstalt.

Die Wahl der Rechtsform sollte also im Hinblick auf den Bedarf an spezifischen Steuervorteilen und Handlungsfreiräumen noch näher abgeklärt werden. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass sowohl die öffentlich-rechtliche Anstalt als auch die privatrechtliche Aktiengesell-

schaft grossmehrheitlich dieselben Handlungsmöglichkeiten erlauben, da sie sowohl vom Zweck als auch von der Strukturierung her dieselben Gestaltungsformen bieten. Die öffentlich-rechtliche Anstalt ist ausgesprochen anpassungsfähig und kann vom Gesetzgeber mit ausgeprägter Autonomie ausgestattet werden. Bei dieser Rechtsform hängt die gewährte Autonomie aber vom politischen Willen ab. Die privatrechtliche Aktiengesellschaft erscheint vor diesem Hintergrund weniger staatsnah. Je mehr Wert auf die autonome marktähnliche Leistungserbringung gelegt wird und je stärker der Einfluss auf die Trägerschaft, Struktur und Handlungsform durch weitere Akteure sein soll, desto eher empfiehlt sich die Form der privatrechtlichen Aktiengesellschaft. Je mehr Wert auf den öffentlichen Zweck der Aufgabe und die Durchsetzung der Eignerinteressen gelegt wird, desto eher empfiehlt sich die öffentlich-rechtliche Anstalt.³¹

Ausgewählte Vorteile der Aktiengesellschaft sind:

- Beteiligungen durch öffentliche und private Akteure möglich (z.B. durch Universität).
- Einfache Regulierung (Rückgriff auf Aktienrecht).
- Rechtsform, die üblicherweise zur Erbringung von marktähnlichen Leistungen gewählt wird.

Ausgewählte Vorteile der öffentlich-rechtlichen Anstalt sind:

- Massgeschneiderte Regulierung im öffentlichen Recht
- Gleiche Rechtsform wie Universität.

Beispiel einer aktuellen Auslagerungsfrage stellt das per Spezialfinanzierung geführte Alters- und Pflegeheim Kühlewil dar. Zwecks Investitionsfinanzierung soll ein Nachschuss in die Spezialfinanzierung geleistet und

³¹ Vgl. Freudiger, Patrick (2016): Anstalt oder Aktiengesellschaft? Zur Bedeutung der Rechtsform bei Ausgliederungen. Bern: Stämpfli; Lienhard, Andreas; Wichtermann, Jürg (2016). Public Corporate Governance. In: Bergmann, Andreas; Giauque, David; Kettiger, Daniel; Lienhard, Andreas; Nagel, Erik; Ritz, Adrian; Steiner, Reto (Hg.) Praxishandbuch Public Management (S. 823-854). Zürich: WEKA.

in diesem Zusammenhang eine Überführung in eine selbständige Trägerschaft geprüft werden. Im diesbezüglichen Stadtratsvortrag teilt der Gemeinderat dem Stadtrat mit, dass die Modelle einer städtischen Betriebsaktiengesellschaft, einer öffentlich-rechtlichen Anstalt oder einer Genossenschaft mehrerer Gemeinden im Vordergrund stünden (Seite 5 des Vortrags an den Stadtrat).

Vorteile/Chancen sowie Nachteile/Risiken

Vorteile und Chancen Szenario 2	Nachteile und Risiken Szenario 2
<ul style="list-style-type: none"> • Vorteile des Modells 1 kombiniert mit jenen des Modells 2 (vgl. Ziffer 3.1.3), insbesondere die Chance auf Senkung der Kosten für die Stadt, die Auslagerung der Erfolgsrechnung aus der städtischen Rechnung, Erhöhung der Flexibilität und die Stärkung des unternehmerischen Handelns. • Möglichkeit zur Stärkung der unternehmerischen Führung des SZMD durch einen Verwaltungsrat mit Fachkompetenz. • Wahrung der städtischen Interessen via Eignerstrategie und Leistungsauftrag. • Entlastung der Stadtverwaltung von der Verantwortung und von der Aufsicht über die betriebliche Führung und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit (übernimmt der Verwaltungsrat). • Flexible Ausgestaltung des weiteren Prozesses mit den zwei Optionen Eigenständigkeit und Zusammenführung mit der Universität. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufwand zur organisatorischen und betrieblichen Ausgliederung. • Kurzfristig zusätzliche Herausforderungen aus Führungs- und Organisations-sicht für gegenwärtig nicht optimal funktionierende Geschäftsleitung des SZMD durch neuen externen Druck. • Hinsichtlich der Option «Universität» im Modell 2 ist das Risiko bzw. der Nachteil zu erwähnen, dass eine Realisierung frühestens in zehn Jahren möglich ist und die Vorteile die räumliche Zusammenlegung bedingen.

Tabelle 28: Szenario 2 - Auslagerung in selbständigen Stadtbetrieb

4.2.3 Szenario 3: Zahnmedizinischer Leistungsauftrag an Private

Szenario 3 ist mit dem Modellwechsel hin zu Modell 3 oder 4 gleichzusetzen. Die Leistungen der Schulzahnmedizin werden dabei nicht mehr in der Stadtverwaltung und auch nicht staatlich, sondern von privaten Anbietern erbracht. Die Schulzahnklinik wird aufgegeben.

Die Stadt reduziert und konzentriert ihre Aktivitäten auf den Vollzug und die Qualität der Schulzahnpflege, das heisst die Instruktion sowie die Administration und Überwachung der jährlichen Kontrolle.³² Im Modell 4 werden auch diese Aufgaben an den privaten Partner übertragen.

Die Durchführung von Kontrollen und der Zahnbehandlungen erfolgt vollständig durch private Zahnärzte oder Gruppen-/Grosspraxen als Schulzahnärzte (Modell 3). Da bereits heute Schulzahnärztinnen und -ärzte unter Vertrag stehen (u.a. Regelung der Taxpunkte für Kontrolle und Behandlung), sind die Leistungen nicht neu auszuschreiben, es sind allerdings neue Zahnärztinnen und Zahnärzte unter Vertrag zu nehmen zur Abdeckung der Nachfrage.

Alternativ könnte ein Leistungsauftrag an eine oder mehrere private Partner erteilt werden (Modell 4).

Kernpunkt des Szenarios. Es ist erst sicherzustellen, dass ein ausreichendes und qualitativ gutes Angebot an zahnmedizinischen Leistungen für Kinder und Jugendliche zu reduzierten bzw. fixierten Taxpunktwerten in der Stadt Bern von Seiten der Privaten zur Verfügung steht. Die Erfahrungen in Riehen und Luzern haben gezeigt, dass vor/bei einer Aufgabe der Schulzahnklinik zwei sorgfältig Prüfungen vorgenommen werden sollten:

- Einerseits ist zu prüfen, ob die Leistungen durch einen Anbieter, d.h. eine Praxis erbracht werden sollen, oder ob mehrere private Anbieter die Leistungen erbringen sollen.

³² Instruktion zum Beispiel in und durch die Schulen, ergänzt mit angestellten Instruktorinnen. Bei den Kontrollen steht die Sicherstellung der über 99% Abdeckung im Vordergrund mit konsequentem Nachfassen.

- Damit zusammenhängend ist andererseits zu prüfen, ob überhaupt die Kapazität und das Interesse bei den privaten Zahnärztinnen und Zahnärzten oder eines einzelnen Anbieters vorhanden ist, die Leistungen für die Schulzahnpflege aufzunehmen.

Alsdann müsste entschieden werden, ob das bestehende Schulzahnärztesystem ausgebaut werden soll oder ob die Leistungen neu ausgeschrieben werden sollen, an einen oder mehrere Partner.

Vorteile und Chancen Szenario 3	Nachteile und Risiken Szenario 3
<ul style="list-style-type: none"> • Vorteile der Modelle 3 und 4, insbesondere Kosteneinsparung für die Stadt und Entledigung des unternehmerischen Risikos • System Schulzahnärzte einfach und rasch realisierbar (schon vorhanden) • Keine Massnahmen der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit notwendig (Schulzahnklinik wird aufgegeben) 	<ul style="list-style-type: none"> • Politische Machbarkeit fraglich • Risiko des unzureichenden Angebots: Es sind neue private Schulzahnärztinnen und -ärzte notwendig. • Nachteile des Modells 3 bzw. 4, insbesondere Informationslücke, Qualitätssicherung, Einheitlichkeit. Hier wären flankierende Massnahmen notwendig. • Flankierende Massnahmen evtl. notwendig für die Sicherstellung des sozialpolitischen Auftrags

Tabelle 29: Szenario 3 - Zahnmedizinischer Leistungsauftrag an Private

4.2.4 Ergebnis und Entscheidungsbaum

Die Organisationsüberprüfung des SZMD zeigt Handlungsbedarf auf (vgl. Ziff. 2.3.1). Nichts zu unternehmen («Szenario 0») ist keine zu empfehlende Handlungsoption.

Der **erste Ansatzpunkt** ist die **Stärkung der Wirtschaftlichkeit des SZMD**. Die Führung einer zumindest kostendeckenden, wenn nicht Ertragsüberschüsse erwirtschaftenden Schulzahnklinik ist möglich. Hierfür muss kurzfristig angestrebt werden, das Defizit in der Schulzahnklinik zu reduzieren. Dies unabhängig von der Modellwahl und ohne wesentliche Auswirkungen auf den sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Auftrag. Dazu schlägt der Bericht zwölf Massnahmen vor, die kurz- und mittelfristig realisierbar sind (Ziff. 2.3). Im Kern liegt der Handlungsbedarf bei der operativen Führung und der politischen Steuerung des SZMD.

Der **zweite Ansatzpunkt** liegt in der **Prüfung eines Modellwechsels** des heute innerhalb der Kernverwaltung angesiedelten SZMD. Offen stehen mehrere Szenarien (Ziff. 4.2).

Für die Entscheidungsfindung bietet sich folgende Schritte i.S. eines Entscheidungsbaums an:

1. Soll eine Modell-/Strukturänderung angegangen werden?
2. Wenn ja: Ist die Universität der natürliche bzw. künftig präferierte Partner?
3. Wenn Nein (nicht die Universität): Sollen die zahnmedizinischen Leistungen weiterhin staatlich oder aber ganz oder teilweise mit Privaten erbracht werden?

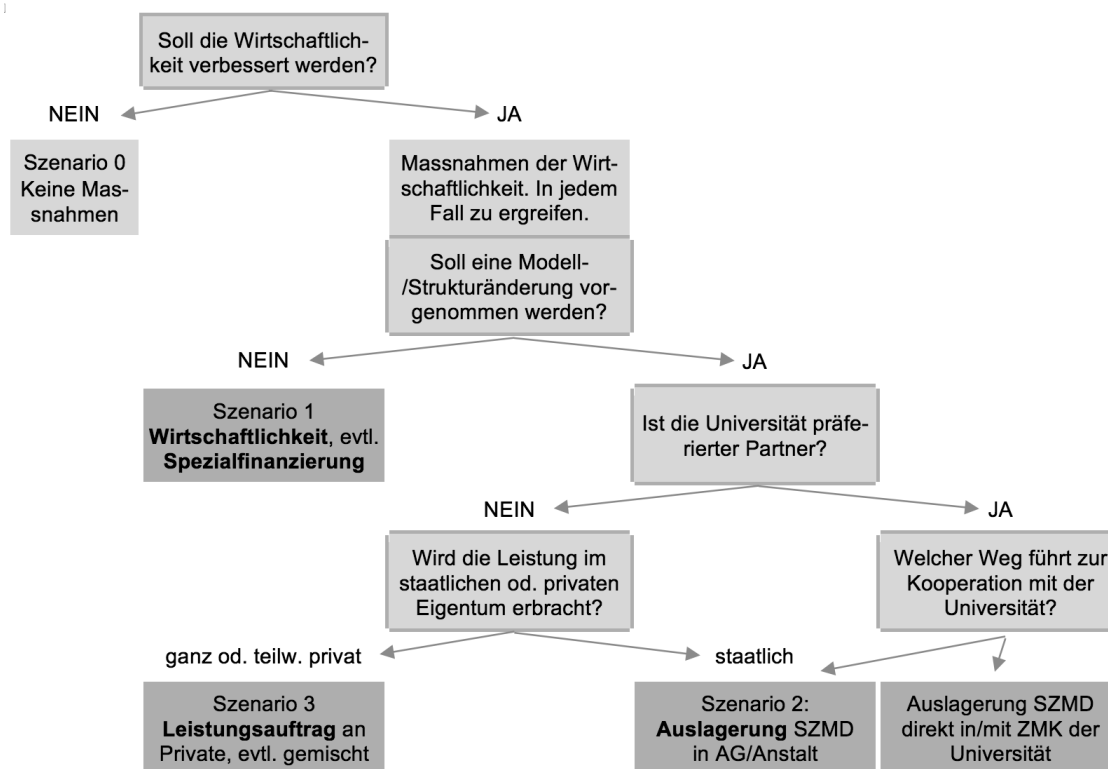


Abbildung 7: Entscheidungsbaum