

BETRIEBSWIRTSCHAFT TRIFFT ZAHNMEDIZIN

Wann lohnt sich die Investition?

von StB Prof. Dr. Johannes Georg Bischoff, Köln, www.bischoffundpartner.de

Investitionen wirken langfristig. Sie binden erhebliche finanzielle Mittel, die in der Folgezeit erwirtschaftet werden müssen. Und: Fehlentscheidungen sind nur in geringem Maße revidierbar. Daher empfiehlt es sich, vor jeder Investition die Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Nicht bei allen Investitionen lässt sich aber konkret berechnen oder voraussagen, ob diese voraussichtlich den Gewinn der Praxis erhöhen oder nicht. Auch die Quantifizierbarkeit stellt häufig ein Problem dar. Was ist z. B. der Mehrwert eines professionellen und ergonomischen Umfelds – erzielt durch hochwertige Geräte – in welchem Behandelnde entspannt arbeiten können? |

1. Erstinvestition

Bei Erstinvestitionen, wie z. B. in ein Cerec-System oder ein DVT- bzw. OPG-Gerät, lässt sich die Rentabilität einer Investition berechnen. Dazu bietet sich als Methode die Deckungsbeitragsrechnung an.

Deckungsbeitragsrechnung

■ Deckungsbeitragsrechnung

Die Deckungsbeitragsrechnung beurteilt die Wirtschaftlichkeit einer einzelnen Investition. Sie zeigt auf, welchen Beitrag eine Investition zur Deckung der Fixkosten und zur Gewinnerzielung leistet. Im Kern basiert sie auf der Unterscheidung zwischen variablen und fixen Kosten. Variable Kosten sind abhängig von der Produktions- oder Absatzmenge (z. B. Rohstoffe, Fertigungslöhne). Fixkosten bleiben innerhalb eines bestimmten Zeitraums konstant (z. B. Miete, Gehälter). Der Deckungsbeitrag ist definiert als Umsatzerlöse abzgl. Summe der variablen Kosten. Er dient zur Deckung der Fixkosten. Bleibt danach ein Überschuss übrig, entspricht dieser dem Gewinn des Unternehmens. Als Break-even wird der Punkt bezeichnet, ab dem mit der Investition Gewinn erwirtschaftet wird.

Auf die Praxis bezogen bedeutet das: Eine Investition erhöht den Praxisgewinn dann, wenn die durch sie zusätzlich erwirtschafteten Praxiseinnahmen die zusätzlichen Kosten, die durch diese Investition entstanden sind, übersteigen. Diesen Betrag bezeichnet man als Deckungsbeitrag. Er steht der Praxis zur Abdeckung der fixen Kosten, wie Miete, Personal etc., zur Verfügung. Ein einfacher Grundgedanke, dessen realistische Berechnung im Detail herausfordernd ist, wie die folgenden beiden Beispiele verdeutlichen.

Auf die Praxis übertragen

1.1 Beispielinvestition Cerec

Mit einem Cerec-Gerät stellt die Praxis überwiegend Kronen und Inlays „chairside“ her. Vor den technisch möglichen, größeren Versorgungen mit Cerec schrecken aber gerade Neuanwender häufig zurück, weil deren kostendeckende Fertigung viel Erfahrung mit dem System erfordert.

Kronen und Inlays „chairside“ erstellen

Heute rechnen die meisten Praxen die reinen Eigenlaborleistungen mit 200 EUR bis 270 EUR pro Krone/Inlay ab. Aber die Abrechnungshöhe dieser Eigenlaborleistungen unterliegt starken Schwankungen. Insbesondere bei individuell optischer Nachbearbeitung liegen die Preise höher. Auch die Sofortversorgung dient zum Teil als Argument für eine höhere Abrechnung. Vereinzelt rechnen Praxen Cerec-Kronen und -Inlays jedoch auch zu Niedrigpreisen von 99 EUR bis 140 EUR pro Stück ab.

Marktpreise,
Anschaffungs- und
Finanzierungskosten

■ Eckwerte der Investition in ein Cerec-System

Anschatfung eines kompletten Cerec-Systems	EUR
(Primescan AC & Cerec Primemill & Speedfire) – Netto-Listenpreis	109.000
abzgl. üblicher Rabattierung	– 9.000
Anschatfungskosten	100.000
Lineare AfA pro Monat (Nutzungsdauer 8 Jahre)	1.050
Zinsen der Finanzierung pro Monat	200

Bei der Wirtschaftlichkeitsberechnung greift man statt auf AfA und Zinsen aber auch häufig auf die Leasingrate zurück. Diese liegt wegen der kürzeren Laufzeit meist höher. Wir rechnen daher im Beispiel mit einer monatlichen Belastung von 2 TEUR. Wer die vom Hersteller ab dem zweiten Jahr angebotene monatliche Pauschalvereinbarung für Wartung/Verschleiß von rd. 350 EUR abschließt, muss mit diesen höheren Kosten rechnen. Daraus ergeben sich im Beispiel an festen monatlichen Kosten 2.050 EUR bzw. 2.350 EUR.

AfA + Zinsen oder
Leasingrate

Daneben entstehen noch monatliche Wartungskosten von 50 EUR und variable Kosten für die Rohlinge, Schleifmittelzusatz, Scanspray, Quetschbissmaterial und nicht zuletzt auch für den Strom. Erfahrungswert: 50 EUR pro Inlay/Krone.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Gewinnauswirkung durch Cerec bei 20 Versorgungen pro Monat und unterschiedlichen Preisen.

Gewinn-
auswirkungen

■ Gewinnauswirkungen

	Niedrigpreis	Normalpreis	Hochpreis
Laborarbeit (netto) pro Inlay/Krone	130 EUR	220 EUR	500 EUR
./. Variable Kosten (Blöcke etc.)	– 50 EUR	– 50 EUR	– 50 EUR
Ergebnisbeitrag pro Inlay/Krone	80 EUR	170 EUR	450 EUR
× 20 Stück (pro Monat)	= 1.600 EUR	= 3.400 EUR	= 9.000 EUR
./. Leasingrate (netto)	– 2.000 EUR	– 2.000 EUR	– 2.000 EUR
./. Wartung	– 50 EUR	– 50 EUR	– 50 EUR
	– 450 EUR	1.350 EUR	6.950 EUR
× 12 Monate	× 12	× 12	× 12
Ergebnisveränderung	– 5.400 EUR p.a.	16.200 EUR p.a.	83.400 EUR p.a.

Nach dieser Berechnung rechnet sich Cerec ab zwölf Versorgungen pro Monat bei einem Durchschnittspreis pro Inlay/Krone von 220 EUR netto. Viele hören hier mit den Berechnungen auf, dabei fehlt als entscheidender Faktor die Berücksichtigung der Behandlungszeit. Sowohl die Bedienung des Geräts kostet auf der einen Seite Zeit, auf der anderen Seite spart man Zeit für den Abdruck, einen 2. Behandlungstermin und Abstimmungen mit dem Labor.

PRAXISTIPP | Bei durchschnittlichen Honoraren und Laborpreisen ergeben sich folgende Daumenregeln:

- Erhöht sich die zahnärztliche Behandlungsdauer um 1/2 h oder mehr, so lohnt sich Cerec nicht – unabhängig wie groß der Bedarf an Kronen und Inlays ist.
- Vermindert sich die Behandlungszeit durch Cerec, so lohnt sich Cerec schon unter zwölf Versorgungen pro Monat.

1. 2. Beispielinvestition: OPG oder gleich ein DVT

Wenn in Praxen über ein neues Orthopantomogramm-Gerät (OPG) nachgedacht wird, überlegen viele, ob sie nicht gleich einen digitalen Volumentomographen (DVT) anschaffen sollten.

Bildgebende Verfahren

■ Begriffserläuterungen

Digitale Volumentomographie (DVT): Hier geht es um ein dreidimensionales, hochauflösendes Röntgenverfahren. Es wurde speziell für die Diagnostik im Kopf- und Kieferbereich entwickelt und liefert – anders als klassische zweidimensionale Röntgenbilder – detaillierte 3D-Bilder von Knochenstrukturen, Zähnen und angrenzenden Weichteilen. Die Strahlenbelastung ist niedriger als bei einer Computertomographie (CT) bei ähnlichen diagnostischen Möglichkeiten. Ein DVT eröffnet verbesserte Diagnosemöglichkeiten, gerade in der Implantologie, Funktionsdiagnostik und Endodontie.

Orthopantomogramm (OPG): Hier wird eine zweidimensionale Panoramaaufnahme des gesamten Kiefers, der Zähne und der umgebenden Strukturen erstellt. Es handelt sich um ein Verfahren der Standarddiagnostik mit einer Reihe von Vorteilen: Es ist einfach, schnell, hat eine vergleichsweise geringe Strahlenbelastung und bietet mit einer Aufnahme einen Überblick über die Zahngesundheit. Verglichen mit der DVT ist die OPG weniger detailliert, aber schneller und kostengünstiger.

Doch wie viele 3D-Aufnahmen sind mindestens zusätzlich erforderlich, damit sich diese zusätzliche Investition „rechnet“?

Ab wie vielen Bildern lohnt sich ein DVT-Gerät?

■ Eckwerte der Entscheidung: OPG oder DVT?

Preisunterschied zwischen einem 2D und 3D Orthophos SL 42 TEUR	EUR
in den Anschaffungskosten	42.000
in der monatlichen Leasingrate	750.000
Wartungs- und Stromkosten im Monat	300.000

Aufnahmen können z. B. nach 5370 und 5377 GOÄ mit mindestens 163,20 EUR und höchstens mit 408 EUR abgerechnet werden. Manchmal ersetzt auch die DVT-Aufnahme eine OPG-Aufnahme. Deshalb soll hier mit durchschnittlichen (Mehr-)Einnahmen von 200 EUR pro DVT-Aufnahme gerechnet werden. Damit liegt die Gewinnschwelle bei etwa fünf Aufnahmen pro Monat:

$$(750 + 200) \text{ EUR p.m.} / 200 \text{ EUR/DVT-Aufnahme} = 4,75$$

Bei durchschnittlich 20 DVT-Aufnahmen pro Monat erhöht sich im Beispielfall der Jahresgewinn um rd. 28 TEUR.

3. Ersatzinvestitionen

Jede Praxiseinrichtung unterliegt einem Verschleiß und muss ersetzt werden. Wann ist der richtige Zeitpunkt? Das Ende der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer ist jedenfalls kein zwingender Grund dafür, ein neues Gerät anzuschaffen. Und das Argument, man habe sonst ja nichts mehr zum „Abschreiben“ ist wirtschaftlich unsinnig. Eine zwölf Jahre alte Behandlungseinheit, die immer noch einwandfrei funktioniert und bei der Behandlung keine Probleme bereitet, muss nicht ausrangiert werden.

Ist dies nicht mehr gegeben, sieht das anders aus. Leider lässt sich bei Ersatzinvestitionen keine Wirtschaftlichkeitsberechnung durch Gegenüberstellung von zusätzlichen Einnahmen und zusätzlichen Kosten erstellen. Hier ist zu empfehlen, die Mehrbelastung pro Behandlungs- oder pro Stuhlbewirtschaftungsstunde zu berechnen. Diese liegen erfahrungsgemäß bei 10–11 EUR/Stuhlstunde für eine durchschnittliche Behandlungseinheit (Anschaffungskosten 50 TEUR). Viel Geld, wenn es keinen zusätzlichen Nutzen bringt. Aber wenig Geld, wenn Patienten sich wohler fühlen und der Behandelnde entspannter arbeiten kann. Und eine stark abgenutzte Behandlungseinheit fordert nicht unbedingt das Vertrauen von Patienten in eine fortschrittliche zahnärztliche Behandlung.

Mehrbelastung pro Behandlungs- oder pro Stuhlbewirtschaftungsstunde

4. Erweiterungsinvestitionen

Wenn der Terminkalender weit in die Zukunft belegt ist und Patienten nicht mehr angenommen werden, könnte man über eine Praxiserweiterung nachdenken. Die größte Restriktion liegt aktuell wohl darin, geeignete Mitarbeitende zu finden. Stehen sie aber zur Verfügung, stellt sich die Frage, ob sich die Erweiterung lohnt.

Stuhl, Behandler/in und Assistenz

■ Beispielrechnung

Eine Einzelpraxis hat bisher drei Behandlungseinheiten. Sie stellt einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin sowie eine weitere Stuhlassistenz ein und installiert einen vierten Behandlungsstuhl. Die Auslastung ist gewährleistet.

Die zusätzlichen Belastungen durch diese Erweiterung entstehen vor allem durch die zusätzlichen Personalkosten. Die Leasingrate für die 4. Einheit und evtl. Umbaukosten fallen dagegen monatlich nicht sehr ins Gewicht.

Vor allem werden aber bestehende Strukturen besser genutzt: die Rezeption, das OPG bzw. DVT, ein evtl. vorhandenes Cerec-Gerät. Die Sterilisation wird durch zwei Behandler wesentlich besser ausgelastet. Höhere Materialvolumen führen zu günstigeren Einkaufsbedingungen. Das bewirkt eine Kostendegression.

Die Kosten pro zahnärztlicher Behandlungsstunde sinken durch die Erweiterung. Aber bei all diesen Berechnungen darf nicht übersehen werden: Dieser Erfolg hängt zurzeit an der Bindung der angestellten Zahnärztin bzw. des Zahnarztes an die Praxis sowie an deren Engagement und Leistungsfähigkeit. Deshalb fällt es manchen Praxisinhabern momentan schwer, sich trotz günstiger Rahmenbedingungen auf dem Papier für eine Praxiserweiterung zu entscheiden.

5. Erstausstattung bei Neugründung oder Übernahme

Der größte Investitionsbedarf besteht bei einer Neugründung oder bei der Übernahme einer Praxis mit in die Jahre gekommenem Inventar. Bei diesen Investitionsentscheidungen wird weniger auf die einzelnen Einrichtungsgegenstände abgestellt, sondern auf die Wirtschaftlichkeit der gesamten Neugründung. Dazu werden nicht nur die Investitionen detailliert geplant, sondern auch die erwarteten laufenden Einnahmen und Ausgaben der gesamten Praxis. Die größte Unsicherheit besteht bei der Planung der Praxiseinnahmen. Obwohl meist die laufende Belastung durch Investitionen wesentlich geringer ist als durch die Personalkosten, darf das Gesamtfinanzierungsvolumen nicht aus dem Auge verloren werden.

Um das Finanzierungsvolumen und auch den Break-even in der Anfangsphase etwas zu senken, lassen Praxisneugründer in der Anfangsphase oft zunächst ein bis zwei Behandlungszimmer „leer“. Wenn der Start dann wie erwartet verläuft, werden diese Investitionen mittelfristig nachgeholt.

FAZIT | Investitionen in die Praxis binden langfristig hohe Geldbeträge. Bei Erstanschaffung und bei Erweiterungen kann und sollte berechnet werden, ob sich diese Investition für die Praxis lohnt. Dabei wird auf die Methode der Deckungsbeitragsrechnung zurückgegriffen und es werden Schwellenwerte (Break-even) berechnet. Wichtiger und oft übersehener Einflussfaktor ist, ob durch die Investition die zahnärztliche Behandlungsdauer gesenkt werden kann oder ob zusätzliche Arbeitszeit von Behandelnden erforderlich ist. Ersatzinvestitionen führen in aller Regel zu höheren Belastungen, die aber durch bessere Arbeitsbedingungen ganz oder teilweise kompensiert werden können. Leider lässt sich dies schlecht in Zahlen fassen. Bei Gründern werden nicht einzelne Investitionen, sondern die Tragfähigkeit des gesamten Vorhabens überprüft

Planerisch am ambitioniertesten

Nach und nach die Behandlungsmöglichkeiten erweitern