

Prophylaxe in der Praxis: die betriebswirtschaftliche Sicht

In immer mehr Zahnarztpraxen wird die Prophylaxe und Prävention als zukunfts-trächtige Leistungssparte erkannt, allgemein zu Recht, doch tatsächlich nur, wenn sie anhand der wirtschaftlichen Fakten der Praxis betriebswirtschaftlich kalkuliert, betrachtet und strukturiert wird. Kennen Sie die Arbeitskosten in Ihrer Praxis ganz genau und leiten Sie daraus die entsprechenden Kalkulationen für die Prophylaxeleistungen ab? Im folgenden Beitrag werden Ihnen die wichtigen Kenngrößen und Berechnungen und die daraus abzuleitenden Leistungsentgelte praxistreffend vorgestellt.

Die gute Nachricht lautet: Prophylaxe liegt im Trend, Prävention ist „in“! Vorbeugend vorzusorgen, statt Defekte abwarten und reparieren, wird allgemein, d. h. auch außerhalb des Gesundheitswesens als richtig und logisch stringent betrachtet. Demgemäß ist auch der offizielle Tenor der Gesundheitspolitik auf Prävention ausgerichtet. Kein Wunder, könnte man sagen, denn last not least ist vorbeugen regelmäßig preiswerter als heilen – und Geld ist knapp im Gesundheitswesen!

Die schlechte Nachricht für die Praxis darf dennoch nicht verschwiegen werden: Trotz der beschriebenen positiven Grundvoraussetzungen ist Prophylaxe als Angebots-schiene der Praxis kein wirtschaftlicher „Selbstläufer“, keine „cash cow“ per se!

Um Prävention in der Zahnarztpraxis zu einem betriebswirtschaftlich interessanten Standbein zu machen, sind wichtige Voraussetzungen zu erfüllen, von denen im Folgenden die Rede sein soll.

Die wirtschaftliche Seite

Grundsätzlich gilt in der Zahnarztpraxis die Maxime, dass letztlich alle Leistungen, die den Patienten erbracht werden, zwei Voraussetzungen erfüllen:

- Das dafür abrechenbare Honorar muss mindestens die entstehenden Kosten decken,
- und darüber hinaus einen Überschuss (Zahnarzteinkommen) belassen, der

das eigentliche Entgelt für die Behandlerleistung darstellt. Denn schließlich „lebt“ der niedergelassene Zahnarzt vom verbleibenden Einnahmenüberschuss.

Bei durch BEMA oder GOZ umrissenen Leistungsvergütungen, die (mit gewissen definierten Abstufungen bei der GOZ) den Charakter von Festpreisen haben, spielen zwei Gesichtspunkte eine wirtschaftlich entscheidende Rolle:

1. Die für die Leistungserstellung benötigte Zeit (Mengenkomponente) sowie
2. die Lohnkosten dieser Zeit, sei es in Form von Gehalt der Praxismitarbeiter oder kalkulatorischer Lohn des Behandlers (Preiskomponente).

Beide oben genannten Komponenten definieren in ihrem Zusammenwirken die anteiligen Kosten der Leistung, die dem entsprechenden Erlös gegenübergestellt werden muss. Im Umkehrschluss lässt sich auch sagen, dass zu hohe Kosten für das Erbringen der Praxisleistung zwei Ursachen haben können:

- zu hohe faktische oder kalkulatorische Arbeitskosten und/oder
- zu großer Zeitbedarf für die Leistungserstellung.

Es empfiehlt sich daher in drei rechnerischen Schritten

1. die Arbeitskosten der Praxis zu ermitteln
 - a) für den Behandler sowie
 - b) für die Praxismitarbeiter;
2. die benötigte Arbeitszeit zu messen, die für die Erstellung der präventiven Praxisleistungen benötigt wird;



Dipl. Kfm. Dr. Andreas M. Bouveret

*Von 1986-1987 Professor und kommissarischer Inhaber des Lehrstuhls für Bank- und Kreditwirtschaft der Universität Würzburg
Nebenberuflich Privat-Dozent für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Würzburg
Hauptberuflich Geschäftsführender Gesellschafter der Haupt + Partner GmbH, Wirtschaftsberatung
Jahrelange Beratungserfahrung im Dentalhandel, Zahntechnischen Labor, im Bundesverband des Dentalmed. Großhandels, dem VDZI, der Einrichtungsgruppe der Dentalindustrie und dem BDZ
Mehrere Studien und Untersuchungen über spezielle Aspekte des Dentalmarktes
Zahlreiche Beiträge in Fachzeitschriften über betriebswirtschaftliche Aspekte der Zahnarztpraxis Autor und Verleger des Prophylaxespieles „Dentipoli – Wer hat die schönsten Zähne?“
Beratende Tätigkeit für Dentallabore und Zahnarztpraxen im gesamten Bundesgebiet
Referent auf nationalen und internationalen Fachkongresse, Seminaren und Workshops*

3. die Vergütungen für die jeweiligen Prophylaxeleistungen einerseits und die Kosten für die Erstellung der Leistungen andererseits gegenüberzustellen,

um ermitteln zu können, in welchem Maße eine Kostenüberdeckung (bzw. ggf. -unterdeckung) besteht.

Ermittlung der Arbeitskosten

A. Behandler-Arbeitskosten

Für die Ermittlung der Arbeitskosten des Behandlers ist eine differenzierte individuelle Betrachtung erforderlich. Sie setzt in einem ersten Schritt bei der Ermittlung der Arbeitszeit an. Dies soll folgendes Beispiel verdeutlichen:

Beispiel für Individuelle Zeitermittlung, Behandler

Arbeitstage des Behandlers p.a. (ohne Samstage)	255 Tage
Abzug der Urlaubstage p.a., z. B.	- 30 Tage
Ausfalltage (Krankheit, Fortbildung) p. a.	- 15 Tage
Summe der effektiven Arbeitstage pro Jahr	210 Tage
Behandler-Arbeitsstunden pro Tag	8 Stunden
Arbeitsstunden p.a	1.680 Stunden
Abzüge für Verwaltungstätigkeit, Beratungszeit, z. B. 20 %	- 336 Stunden
Behandler-Arbeitsstunden am Stuhl, p.a.	1.344 Stunden

In einem nächsten Rechenschritt wird die Höhe der Arbeitsentgelte ermittelt, die Grundlage der Berechnung des kalkulatorischen Behandler-Stundensatzes sind.

Hierzu gibt es mehrere denkbare Ansätze. Drei in der Praxis bewährte Verfahren seien im Folgenden ausgeführt:

1. Kostenermittlung nach Speich

Als erstes sei die Kostenermittlung pro Stunde unter Einbezug aller kalkulatorischer Kosten der Praxis ausgeführt, wie sie beispielsweise von Speich vorgenommen wird.

Die Kostenermittlung nach Speich erfasst neben den faktischen Kosten der Praxis, wie den Mitarbeiter- und den Praxiskosten, auch kalkulatorische Posten, wie z. B. kalkulatorischen Unternehmerlohn für den Praxisinhaber, Kosten der Ausbildung, Rücklagen für Reinvestition usw.

1.1 Kapitalkosten

Gesamtinvestition:	}	z. B. € 450.000.–
- Kosten der Praxisgründung		
- Praxiseinrichtung		
- Kosten der Ausbildung		
- Einkommensverlust durch Studium		
Verzinsung der Gesamtinvestition (z.B. mit 15 %)		≈ € 67.500.– p.a.

1.2 Mitarbeiterkosten p.a.:

- Gehälter	}	z. B. € 130.000.– p.a.
- Arbeitsgeberanteile		
- Freiwillige soz. Leistungen		
- Sonstiges		

1.3 Praxiskosten p.a.:

- Miete	}	z. B. € 75.000.– p.a.
- Strom, Wasser, Müll		
- Reinigung		
- Materialien		
- Medikamente		
- Zinsen für Betriebsmittel		

1.4 Behandlerkosten:

Was würde ein angestellter Zahnarzt für die Tätigkeit erhalten (zzgl. Arbeitgeberanteile zur Soz.Vers., Freiwillige soziale und sonstige Leistungen)?

z. B. € 75.000.– p.a.

1.5 Rücklagen für Reinvestition z. B. € 10.000.– p.a.

1.6 Gesamtsumme der Kosten pro Jahr € 357.500.– p.a.

Teilt man nun die Gesamtkosten pro Jahr durch die Anzahl der jährlich vom Behandler (oder den Behandlern, wenn in der Praxis mehrere tätig sein sollten) zu leistenden Arbeitsstunden am Stuhl, so ergibt sich ein Behandler-Stundensatz zur Abdeckung der reinen Kosten in Höhe von

€ 266.–/h

Berücksichtigt man darüber hinaus noch einen kalkulatorischen Aufschlag für Gewinn und Gewinn (z.B. in Höhe von 10 %), so ergibt sich ein Behandler Honorar-Satz pro Stunde in Höhe von

€ 292,60/h

Dies entspricht einem Honorar-Satz von € 4.88 pro Minute.

Die Kostenermittlung nach Speich ist wegen der Berücksichtigung sowohl der faktischen als auch der kalkulatorischen Kosten die umfassendste Methode. Sie führt im Ergebnis demgemäß zu den höchsten Kostenwerten für die Behandler-Stunde (und der davon im Halbwert-Verfahren abgeleiteten Helferinnen-Stunde. Letztere läge bei € 2,44).

2. Kostenermittlung nach Durchschnittswerten

Eine zweite Variante orientiert sich an den Durchschnittszah-

len deutscher Zahnarztpraxen, wie sie in den Statistischen Basisdaten der KZBV-Jahrbücher, aufgeteilt nach Alten bzw. Neuen Bundesländern jährlich veröffentlicht werden.

Kosten der Zahnarztstunde, Jahr 2000 (in DM)

	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Wochenarbeitszeit	48,0 Stunden	48,9 Stunden
Behandlungszeit am Stuhl	35,7 Stunden	36,4 Stunden
Jährliche Behandlungszeit	1.499 Stunden	1.529 Stunden
Praxisausgaben	499.742,- DM	335.353,- DM
davon: Fremdlaborkosten	161.213,- DM	115.820,- DM
Kosten pro Stunde (ohne Labor)	226,- DM/115,55 €	144,- DM/73,63 €
Einkommen (Zahnarzt)	130,- DM/66,47 €	106,- DM/54,20 €
Stundenhonorarumsatz (Zahnarzt)	356,- DM/182,02 €	250,- DM/127,82 €
Stundenhonorarumsatz (ZFA, ZMF, DH)	178,- DM/91,- €	25,- DM/63,91 €
Stundengesamtumsatz (einschl. Fremdlaboraausgaben)	463,- DM/236,73 €	326,- DM/166,68 €

(Quelle: KZBV Jahrbuch 2001, S. 31)

Aus den obigen statistischen Durchschnittswerten ergeben sich Honorarsätze pro Minute von DM 5,93 (€ 3,03) bzw. Minutengesamtumsätze (einschl. Laborkosten) von DM 7,72 (€ 3,95) in den Alten Bundesländern.

Für die Neuen Bundesländer liegen die entsprechenden Durchschnittswerte bei DM 4,17 (€ 2,13) für den Honorar-Minutensatz bzw. DM 5,43 (€ 2,78) für den Gesamtumsatz pro Minute.

Die hier vorgestellte Methode greift also nicht auf die eigenen Praxiszahlen zurück, sondern bedient sich der statistischen Durchschnittswerte für Zahnarztpraxen in den Alten bzw. Neuen Bundesländern. Sie „stimmen“ somit nur dann und nur insoweit, als die Praxisdaten in etwa den Durchschnittswerten entsprechen. Ansonsten können sie lediglich als Anhaltswerte dienen.

3. Kostenermittlung nach BWA

Ein anderer Ermittlungsansatz basiert auf den faktischen Praxiszahlen, wie sie z. B. aus der eigenen Praxis-BWA entnommen

werden können. Er vernachlässigt die im Verfahren nach Speich zusätzlich berücksichtigten kalkulatorischen Kosten.

Ermittlung des Stunden-Kostensatzes, bzw. Honorarsatzes aus eigenen BWA-Zahlen der Praxis

Praxis-Gesamtumsatz p.a.	€ 430.000,-
- Laborleistung (Eigen- und Fremdlabor)	€ 130.000,-
= Zahnärztlicher Honorarumsatz p.a.	€ 300.000,-
- Einnahmen-Überschuss	€ 110.000,-
= Praxisaufwand p.a.	€ 190.000,-

Der Praxiskosten-Stundensatz wird mittels Division des Praxisaufwands (€ 190.000,-) durch die vom Behandler am Stuhl zu leistenden Arbeitsstunden (im Beispiel: 1.344 Stunden) ermittelt. Er liegt bei € 141,37, d.h. für die reine Kostendeckung müssen im angenommenen Beispiel € 141,37 pro Stunde umgesetzt werden. Der Minutenwert liegt demnach bei € 2,36.

Um den Honorarumsatz pro Stunde zu ermitteln, wird der Zahnärztliche Honorarumsatz (€ 300.000,-) durch die Behandlerstunden am Stuhl (1.344 Stunden) geteilt: Der zahnärztliche Mindestumsatz pro Stunde liegt im Beispiel bei € 223,21. Der Honorar-Minutensatz liegt somit bei € 3,72.

Bezieht man zusätzlich die Fremdlaboraausgaben mit ein, ergibt sich nochmals ein höherer Wert. Unter Annahme, dass rund 80 Prozent der Laborleistungen Fremdlaborleistungen betreffen, wird zum Beispiel € 242,56 (€ 4,04 pro Minute) ermittelt.

B. Praxismitarbeiter-Arbeitskosten

Für die Ermittlung der Arbeitskosten der Praxismitarbeiter werden deren jeweilige Bruttogehälter, zuzüglich den Arbeitgeberanteilen zur Sozialversicherung, in Höhe von derzeit rund 22 Prozent, durch die Anzahl der zu leistenden Arbeitsstunden pro Monat, bzw. pro Woche, pro Tag und pro Stunde geteilt.

Man erhält damit die Arbeitskosten pro Arbeitsstunde der jeweiligen Helferin. Nimmt man alle Bruttogehälter (zzgl. Nebenkosten des Arbeitgebers) zusammen und teilt sie durch die Anzahl der von den Praxismitarbeitern zu leistenden Stunden, so erhält man den durchschnittlichen Arbeitskostensatz der Praxismitarbeiter.

Beispiel für die Ermittlung der Arbeitskosten pro Helferin

Bruttogehalt	€ 1.428,- p.m.
Zusatzleistungen ¹	€ 171,- p.m.
Arbeitgeberanteile	€ 351,- p.m.
Gesamtkosten	€ 1.950,- p.m.
Anzahl der Arbeitsstunden	150 p.m.
Arbeitskosten pro Stunde	€ 13,-

¹ Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Vermögenswirksame Leistungen

Die reine Erfassung der Arbeitszeitkosten ist jedoch nur bedingt aussagefähig, da durch die Tätigkeit der Praxismitarbeiter zusätzlich auch die sonstigen Kosten der Zahnarztpraxis mit erwirtschaftet werden müssen. Eine entsprechende anteilige Umlage der allgemeinen Praxiskosten wäre dafür erforderlich.

Da der Einsatz der Mitarbeiter über die reine Kostendeckung hinaus zusätzlich auch einen unternehmerischen positiven Ertrag erwirtschaften sollte, müsste ferner ein entsprechender kalkulatorischer Zuschlag erfolgen, der sich in seiner Höhe an den Renditeerwartungen der Praxis orientiert. In der Praxis hat sich, wegen der offensichtlich etwas komplizierten Zurechnung, daher ein Verfahren durchgesetzt, welches die Ermittlung der Behandlungskosten- bzw. Behandlerhonorarsätze als gewichtigsten Faktor in den Vordergrund stellt.

Der Ansatz der Helferinnen-Stundensätze wird an den Behandler-Stundenergebnissen orientiert, wobei üblicherweise die Hälfte der Behandlerstundensätze für die Praxismitarbeiter angesetzt werden.

Es bleibt dem einzelnen Praxisinhaber überlassen, welchen der alternativen Ermittlungs- bzw. Anhaltmethoden er für seine eigenen kalkulatorischen Ansätze wählt. Dies ist in erster Linie eine Frage der Zweckmäßigkeit und der gewünschten Genauigkeit. In keinem Fall kann es darum gehen, damit die Basis für eine freie Gestaltung der Leistungsentgelte zu ermitteln; die „Preise“ sind durch BEMA bzw. GOÄ/GOZ weitgehend determiniert.

Es geht vielmehr darum, mit Hilfe der zugrunde gelegten Kostenstruktur den **Zeitraumen** zu bestimmen, den Behandler oder Praxismitarbeiter als Leistungserbringer zu beachten haben.

Mit anderen Worten: da im Prinzip keine oder zumindest nur begrenzte Preisvariabilität besteht und die Kostenstruktur der Praxis determiniert ist, ist die Zeitkomponente die einzige Variable, mit der die Praxis steuernd agieren kann. Bei gegebenen Preisen und feststehender Kostenstruktur ist der Zeitaufwand, der für die Leistungserbringung eingesetzt wird, entscheidend dafür, wie viel Kostendeckung (und darüber hinaus „Zahnarzt-einkommen“) bei jeder Prophylaxeleistung entsteht.

Der Zeitkorridor von Prophylaxeleistungen

Die ermittelten bzw. zugrunde gelegten Werte kennzeichnen die Kostenseite der Praxis, wobei zum einen die reine Kostendeckung, zum anderen das darüber hinaus erforderliche Erwirtschaften eines Behandler Einkommens für den niedergelassenen Zahnarzt (in Form eines Einnahmenüberschusses) unterschieden wurde.

Der Kostenseite wird nun die Erlöseite gegenübergestellt. Dabei ist naturgemäß vor allem wichtig zu wissen, wie viel an Einnahmen für definierte zahnärztliche Leistungen, wie z. B. Prophylaxe-Leistungen, erzielt wird.

Wie eingangs bereits erwähnt, sind die Vergütungen für die Leistungen der Zahnarztpraxis regelmäßig durch den BEMA oder die GOZ bzw. GOÄ umrissen und sind insoweit weitgehend als Festvergütungen anzusehen – wobei im Hinblick auf die Steigerungsfaktoren bei GOZ/GOÄ gewissen Gestaltungsmöglichkeiten bestehen. Dies gilt auch für Prophylaxeleistungen.

Es ist insoweit wichtig festzuhalten, welcher Zeitkorridor dem Behandler und seinen Praxis-Mitarbeitern verbleibt, um bei gegebenem quasi-festen Vergütungen einerseits und der ermittelten Kostenstruktur andererseits, die gewünschten Prophylaxeleistungen wirtschaftlich erbringen zu können.

Demgemäß wird der Zeitraum ermittelt, der für eine Leistungserbringung maximal, unter der Maxime der Kostendeckung bzw. dem Erzielen des gewünschten Behandler Einkommens zur Verfügung steht. Unter Ansatz der Punktwerte für die einzelnen Behandlungspositionen und der ermittelten Werte für die Praxis-Mitarbeiter haben sich in einer Praxis beispielsweise folgende „Zeiteinsatz-Werte“ ergeben:

Zeiteinsatz-Werte

	Position	Zeit in Minuten
BEMA	IP1	10
	IP2	15
	IP3	6
	IP4	6
	IP5	8
GOÄ	Ä1	4
	Ä3	7
	Ä76	6
GOZ	100	17
	101	9
	102	4
	200	8

Angesetzter Mitarbeiter-Stundensatz € 82,83 (DM 162,-)

Würde man statt den Mitarbeiter-Werten den doppelt so hohen Stundensatz für den Behandler ansetzen, würden sich die Zeiteinsatz-Werte halbieren, d. h. es stünde nur mehr die Hälfte der obigen Zeit für die Leistungserbringung zur Verfügung. Ganz offensichtlich wäre dies nicht mehr darstellbar. Daraus ergibt sich die wichtige Erkenntnis, dass Prophylaxeleistungen in der Regel schon aus wirtschaftlichen Gründen nicht vom Behandler, sondern von den Praxismitarbeitern zu erbringen sind. Die ermittelten Zeitwerte in Minuten lassen sich wie folgt interpretieren:

Um beispielsweise die BEMA-Position IP1 (€ 17,62) kosten- und einkommensdeckend zu erfüllen, dürfen in dieser Praxis maximal 10 Minuten aufgewandt werden.

Wird die Zeitdauer von 10 Minuten unterschritten, entsteht ein höherer als der kalkulatorisch geplante Einnahmenüberschuss (Behandler Einkommen).

Wird der Zeitwert von 10 Minuten dagegen überschritten, dann wird nur ein geringerer als der kalkulierte Einnahmenüberschuss erzielt, d. h. das Behandler Einkommen sinkt. Im Extremfall, d. h. bei starker Überschreitung des Zeitwertes sinkt das Behandler Einkommen an dieser Position nicht nur auf Null, sondern zusätzlich ist nur mehr partielle Kostendeckung gegeben!

Im Bereich der GOÄ/GOZ kann mit entsprechender (begründeter) Veränderung des Steigerungssatzes der Zeitkorridor, der zur Kosten- und Einkommensdeckung nicht überschritten werden darf, erweitert werden, wie die nachfolgende Übersicht verdeutlicht.

Zeitberechnung

GOZ	2,3 = DM/€	Min	3,5 = DM/€	Min
400	40,48 / 20,70	15,0	61,60 / 31,50	23,0
491 je KH od. Front	12,65 / 6,47	5,0	19,25 / 9,84	7,0
402 je Sitzung	11,38 / 5,81	4,5	17,33 / 8,86	6,5
402 je KH od. Front	8,85 / 4,53	3,5	13,48 / 6,89	5,0
404 je Sitzung	11,38 / 5,82	4,5	17,33 / 8,86	6,5
405 je Zahn	2,76 / 1,41	1,0	4,20 / 2,15	1,5
406 je Zahn	1,61 / 0,82	0,6	2,45 / 1,25	1,0
407 je Zahn	27,83 / 14,22	10,0	42,35 / 21,65	15,5
619	35,42 / 18,11	13,0	53,90 / 27,56	20,0
Ä76	18,35 / 9,38	7,0	27,93 / 14,28	10,0

Zugrunde gelegter Mitarbeiter-Stundensatz € 82,83 (DM 162,—)

Die Zeitwerte sind auf der Basis von **Praxismitarbeiter**-Stundensätzen ermittelt worden (Halbwert-Ansatz). Würde man den Kostensatz für Behandler ansetzen, würden sich die Zeitwerte halbieren, d. h. es stünde nur die Hälfte der Zeit zur Verfügung – offensichtlich wäre es dann aber kaum möglich, die entsprechende Prophylaxeleistung wirtschaftlich zu erbringen!

Die Betrachtung der Relation von auf die Zeitschiene projizierten Kosten und Erlösen zeigt demgemäß, dass Prophylaxeleistungen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten in der Regel nicht vom Behandler geleistet werden können, sondern ausschließlich von den Praxismitarbeitern (ZMF, ZFA, DH)!

Ein Stundenhonorarsatz von z. B. € 182,02 (DM 356,—), wie er sich als Durchschnittswert für die alten Bundesländer im Jahr 2000 ergab, kann vom Behandler in der Regel mit Prophylaxeleistungen nicht erwirtschaftet werden!

Des Weiteren ist ersichtlich, dass auch für die Praxismitarbeiter selbst, angesichts der gegebenen Kosten- und Erlössituation der Praxis, im Hinblick auf Prophylaxeleistungen nur relativ

wenig Zeit zur Verfügung steht, wenn das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung für die Praxis gewahrt bleiben soll!

Eine ergänzende Analyse der Leistungsentgelte in Relation zur Zeitschiene zeigt ferner, dass auch bei Prophylaxeleistungen wirtschaftlich interessantere und weniger ergebnisreiche unterschieden werden können. So ist z. B. die Professionelle Zahnreinigung ein betriebswirtschaftlicher „Winner“: Die Relation von GOZ-Erlösen und Kosten für einen ca. 30-minütigen Zeitaufwand ergibt bei einem PZR-Stundensatz von z. B. € 90,— volle Kostendeckung und einen darüber hinausreichenden Überschuss.

Schwieriger ist die Situation dagegen z. B. beim Speicheltest (Messen der Speichelsekretion, Pufferkapazität, Mutans-Streptokokken-Test, Laktobazillen-Test): Hier wäre bei einem Erlös von z. B. € 46,— der Zeitaufwand als solcher noch darstellbar, der Materialeinsatz ist aber nur zum Teil gedeckt.

Die Praxis ist also gut beraten, eine Gegenüberstellung von Kosten und Erlösen unter Beachtung der Zeitschiene, in der die Leistungen erbracht werden müssen, für alle Prophylaxeleistungen als Orientierungsmaßstab vorzunehmen. Die Mitarbeiter sollten diese Orientierungsgrößen und ihre Aussagekraft kennen!

Resümee

Insgesamt zeigt sich, dass die Prophylaxe als Leistungsschiene der Praxis nicht zuletzt auch eine betriebswirtschaftliche Ausrichtung erfordert.

Erfolgreiche Prävention sollte folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Hohe Professionalität der Leistungserbringung
- Hohe Kapazitätsauslastung der „Prophylaxeabteilung“
- Schnelles präzises Arbeiten der Praxismitarbeiter
- Strukturieren der Prophylaxe-Patienten durch Recall
- Hohe Motivation der Praxismitarbeiter

Von zentraler Bedeutung ist erfahrungsgemäß, dass eine ausreichend große Zahl von Patienten für die Prophylaxe gewonnen werden kann, um die vorhandene Kapazität auszulasten und damit eine Behandlungsroutine dergestalt entsteht, dass die gewünschten Leistungen auch schnell genug, d. h. im Rahmen der aufgezeigten Zeitkorridore erbracht werden können.

Die aufgeführten Punkte erfordern zudem ergänzende Marketingmaßnahmen, wie z.B. die zielgerichtete Organisation des Prophylaxe-Recalls. Mit seiner Hilfe wird versucht, die Nachhaltigkeit der Prävention sicherzustellen. Zugleich wird damit aber auch für eine möglichst planmäßige Auslastung der aufgebauten Prophylaxe-Kapazität der Praxis gesorgt.

Die für die Einrichtung eines eigenen Prophylaxeraumes erforderliche Investitionssumme ist betriebswirtschaftlich ebenfalls relevant.

Sie hängt weitestgehend von spezifischen Faktoren der Praxis ab, wie

1. Neuniederlassung?
2. Erweiterung einer bestehenden Praxis?
3. Behandlungsraum bereits vorhanden?
4. Einfacher oder gehobener Ausstattungsstandard erwünscht?
5. Umfang der gewünschten Ausstattung?

Je nach vorhandenen Gegebenheiten und gewünschtem Ausstattungsniveau kommen naturgemäß unterschiedliche Investitionssummen zustande. Als Essentials seien beispielhaft angeführt:

- Prophylaxe-Behandlungseinheit	€	12.500–15.000,-
- Materialausstattung	€	3.000,-
- Plaqueoskop	€	4.000,-
- Intraoralkamera	€	5.000,-
- Mitarbeiterfortbildung zur ZMF	€	3.000,-

Diese Investitionen müssen, soweit sie ursächlich mit der Aufnahme von Prophylaxeleistungen in das Angebotsspektrum der Zahnarztpraxis im Zusammenhang stehen, unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten durch Praxisleistungen amortisiert werden. Die Investitionssumme muss durch Erlöse nicht nur wieder eingespielt, sondern darüber hinaus eine Verzinsung des eingesetzten Kapitals und ein Äquivalent für das eingegangene Risiko sowie ein unternehmerischer Gewinn erwirtschaftet werden.

Je kürzer der Amortisationszeitraum ist, desto rentabler ist die Investition. Hier sollte man keine unreal kurzten Zeiträume ansetzen. 3–5 Jahre erscheinen unter betriebswirtschaftlichen Aspekten in der Regel als realistisch.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass gerade in der Einführungsphase, in der zwar erfahrungsgemäß die o. g. Ausgaben anfallen, die Prophylaxeleistungen als Einnahmenquelle aber erst anlaufen, vorübergehend durchaus defizitäre Ergebnisse entstehen können, die den Gesamteinnahmenüberschuss der Praxis mindern. Dies muss in der betriebswirtschaftlichen Planung entsprechend berücksichtigt werden.

Eine kostenrechnerische Ausgliederung der Prophylaxe schließlich dient dem Zweck, diese Leistungssparte nicht nur organisatorisch (z. B. in Form speziell fortgebildeter Praxismitarbeiter, eigenem Bestellbuch etc.), sondern auch betriebswirtschaftlich als eine separate Einheit, als eine Art „Profitcenter“, zu betrachten. Dieser Ansatz dient dem Zweck, die Wertschöpfung der Prophylaxeleistungen im Einzelnen aber auch insgesamt für die Zahnarztpraxis zu ermitteln, Zielvorgaben zu setzen („Wie viel wollen wir mit unserer „Prophylaxeabteilung“ in diesem Jahr umsetzen? Wie viel Einnahmenüberschuss wollen wir erzielen?“), den Zielerreichungsgrad zu kontrollieren („Was haben wir erreicht?“) und gegebenenfalls die Mitarbeiter am erzielten Erfolg ihrer Sparte zu beteiligen.

Zudem bietet die Prophylaxe gute „cross-selling“-Ansätze für die Praxis, da Prophylaxe-Patienten regelmäßig in die Praxis kommen und häufiger untersucht werden, wobei sich unter Um-

ständen erweiterter Behandlungsbedarf zeigt und andere Leistungsbereiche der Praxis nachgefragt werden. Informationsmaterial über Prophylaxeleistungen, sei es in gedruckter Form oder multimedial, die Überzeugungsarbeit im Patientengespräch u.a.m. sind darüber hinaus erforderliche Komponenten, um das gute Produkt „Prophylaxe“ auch adäquat zu vermarkten.

Im Zusammenspiel zwischen zukunftssträchtiger Leistungssparte (wie sie die Prävention für die Zahnarztpraxis zweifellos generell darstellt) und betriebswirtschaftlicher Strukturierung anhand der wirtschaftlichen Fakten der Praxis, entsteht letztlich die Basis für nachhaltigen planmäßigen Praxiserfolg durch Prophylaxeleistungen.

Korrespondenzadresse:

Priv. Doz. Dr. A. M. Bouveret, Dipl. Kfm.

Geschäftsführender Gesellschafter

*der Haupt + Partner GmbH Wirtschaftsberatung
97232 Giebelstadt*

Wussten Sie schon, dass Ihnen der Einsatz von Ultraschallgeräten zur Parodontologie im Vergleich zu Handinstrumenten bares Geld spart? Berechnet man die Betriebskosten pro Behandlungsstunde so ergeben sich bei Handinstrumenten 7 €/Stunde, bei dem Einsatz eines Gerätes lediglich 1,20 €/Stunde (Dr. Volker Scholz in Dentsply News 2/2001).



Die Firma Dentsply DeTrey bietet mit ihrer Cavitron-Serie professionelle Geräte für jeden Bedarf, vom Cavitron Select, dem tragbaren Ultraschallgerät, bis hin zum Kombinationsgerät Cavitron Jet SPS für Ultraschall-Scaling und Airpolishing. Auch können Sie bei Dentsply einen Abrechnungsratgeber für Prophylaxeleistungen anfordern, um ihren Praxisalltag noch effizienter zu gestalten.

Kontaktadresse: ahi@dentsply.de