



Dental-Report

Trends und Eckdaten zu Zahnärzten, Dentallaboren und Auslands-Zahnersatz

Autor: Axel Rubner, Leiter BEGO Consult, Bremen

Trends und Eckdaten zu Zahnärzten, Dentallaboren und Auslands-Zahnersatz

Axel Rubner, Leiter Bego Consult, Bremen

Zahnmedizin wird immer mehr ein Frauenberuf.

Gut ein Drittel der Zahnärzte soll unter „Bankenaufsicht“ stehen und ist bei Geldabhebungen monatlich limitiert.

Zahnärzte sind eine der investitionsintensivsten Facharztgruppen.

1

A. Überblick

In Deutschland gibt es 56.000 niedergelassene Zahnärzte inkl. 1.700 Oralchirurgen in insgesamt 46.000 ZA-Praxen. Diese setzen sich aus 81 % Einzelpraxen und 19 % Gemeinschaftspraxen zusammen. Dazu kommen noch die 4.000 ZÄ im Angestelltenverhältnis und etwa 1.000 MKG-Chirurgen (doppelapprobiert), die statistisch nicht bei den ZÄ, sondern bei Ärzten mit erfasst sind. Knapp 40 % der ZÄ sind weiblich. Im Osten ist die Frauenquote z.T. bei > 50 %. Insgesamt entwickelt sich die Zahnmedizin mehr und mehr zu einem Frauenberuf. (Analog Tiermedizin seit vielen Jahren). Junge Männer, die meist einen schlechteren Abitur-Notendurchschnitt haben, klagen heute nur noch selten vor dem Verwaltungsgericht auf einen Studienplatz. Der Grund wird in der (politisch gewollten?) Einkommensabsenkung der ZÄ seit Jahren gesehen.

Die finanzielle Attraktivität, als ZA „Millionär auf Krankenschein“ zu werden, ist schon lange vorbei. Gut ein Drittel der ZÄ soll unter „Bankenaufsicht“ stehen und ist bei Geldabhebungen monatlich limitiert. Auf einen niedergelassenen ZA kommen 2,4 niedergelassene (Nicht-Zahn-)Ärzte. Diese Gruppe beträgt noch nicht einmal 140.000 Ärzte und beinhaltet nicht nur Hausärzte und Internisten, sondern auch alle niedergelassenen Fachärzte vom Radiologen über den Augenarzt, HNO-Arzt, bis zum Kardiologen etc. Dieses unglaublich ZA-freundliche Verhältnis belegt wie viel Aufmerksamkeit dem Mund in Deutschland medizinisch gewidmet wird.

Auf einen niedergelassenen ZA kamen Ende 2007 1.247 Einwohner. Mir ist kein anderes Land der Welt bekannt, das über so viele Zahnärzte und über eine solche Zahnarzt-dichte verfügt. Dies bringt für den einzelnen ZA aber auch einen zunehmenden Wettbewerbsdruck mit sich. Ein Beispiel ist hier besonders Berlin, denn hier stehen einem niedergelassenen ZA nur 1.050 Einwohner gegenüber. Nach Berlin folgt Hamburg in Bezug auf starken Wettbewerb unter den ZÄ. Dagegen gibt es in ländlichen Regionen mancherorts einen ZÄ-Mangel, obwohl vielversprechende Einkommen winken.

Zahnärzte sind nach den Radiologen die investitionsintensivste Facharztgruppe. Das Jahreseinkommen reflektiert dies aber nicht, hier liegen ZÄ inzwischen auf einem der ferneren Ränge. Der steuerliche Gewinn (d.h. Einnahmen ./- Ausgaben) eines niedergelassenen Zahnarztes in Westdeutschland beträgt 114.000 EUR p.a., das eines Zahnarztes im Osten 90.000 EUR p.a. Lediglich 20 % der ZÄ im Westen und knapp 10 % der ZÄ im Osten weisen einen steuerlichen Gewinn (s.o.) von > EUR 150.000 p.a. aus. In dieser Spitzengruppe finden sich vor allem die fleißig implantierenden ZÄ und Oralchirurgen wieder.

Man darf die Einkommen der ZÄ nicht mit dem Jahresbruttogehalt eines Angestellten vergleichen. Denn bei den ZÄ müssen vom Gewinn (Einnahmen/Über-

Kein „rosiges“
Einkommen für
„Unternehmer“
mit hohen
Investitionen.

Im Durchschnitt
unterhalten 16%
der Zahnarzt-
praxen ein eigenes
Praxislabor.

Immer mehr Pati-
enten in Deutsch-
land tragen Aus-
lands-Zahnersatz.

schussrechnung) zunächst die Einkommensteuern beglichen werden, bevor dann aus dem Netto noch ca. 700 EUR p.m. an die Krankenkasse und mind. 1.200 EUR p.m. für das zahnärztliche Versorgungswerk abgezogen werden. Zieht man $12 \times 1.900 \text{ EUR} = \text{ca. } 23.000 \text{ EUR}$ vom steuerlichen Gewinn ab, dann sieht das jeweilige Jahreseinkommen für einen „Unternehmer“ mit hohen Investitionen gar nicht mehr so rosig aus. Allein aus dem Topf der GKV wurden 2007 10,7 Mrd. EUR für Behandlungen durch ZÄ inkl. ZE-Festzuschüssen finanziert. Der in deutschen ZA-Praxen erwirtschaftete Gesamtumsatz belief sich 2007 schon auf knapp 20 Mrd. EUR. Die Einnahmen aus privaten Leistungsquellen wie PKV, Beihilfen und der private Anteil der GKV-Versicherten machen inzwischen die Hälfte der Praxiseinnahmen aus. Der „beste Privatpatient“ ist dabei der GKV-Patient mit privater Zuzahlung, denn dieser Anteil wächst stetig. Inzwischen verfügen ca. 12 Mio. GKV-Patienten über eine Zahnzusatzversicherung bei weiter steigender Tendenz.

Der Zahnersatz (ZE), bestehend aus ZA-Honorar und Festzuschuss für den ZE, stellt im Westen 25,8 % und im Osten 30,0 % des Praxisumsatzes dar. In Deutschland lag der Anteil des zahnärztlichen Honorars an den Gesamtkosten für Zahnersatz im Jahr 2007 in einer Größenordnung von 40 %, der Anteil der Material- und Laborkosten bei 60 %. Das gesamte Marktvolumen des Sektors Zahntechnik (einschließlich der Privatpatienten und Privatanteilen beim GKV-Patienten!!!) belief sich für ZE und KfO (420 Mio.) zusammen nach Hochrechnungen auf eine Größenordnung von 5,9 Mrd. EUR.

Von den ZA-Praxen unterhalten 17 % im Westen ein eigenes Praxislabor mit mind. 1 eigenen Zahntechniker. Im Osten sind es lediglich 11 %. Im Bundesdurchschnitt sind es somit 16 %, was einer Anzahl von gut 7.000 Praxislaboren mit etwa 9.000 Zahntechnikern entsprechen dürfte. Interessant ist der hohe Umsatzanteil beim ZE, den die Praxislabore erwirtschaften, verglichen mit dem des gewerblichen Labors. Praxislabore fertigen vorzugsweise die umsatz- und ertragsstarke Kronen- und Brückentechnik. Nicht so deckungsbeitragsstarke Techniken wie, z.B. Modellguss und Totalprothetik, schicken die Praxislabore gern weiter ins gewerbliche Labor.

- Der Umsatz-Anteil der Praxislabore liegt bei ca. 25 % (West 27 %, Ost 14 %),
- Der Umsatz-Anteil der gewerblichen Dentallabore bei 75 %. (west 73%, Ost 86%)

B. Auslands-Zahnersatz

Zunächst muss angemerkt werden, dass es immer wieder Verwechslungen mit dem Dentaltourismus gibt. Beim Dentaltourismus lässt sich der Patient im Ausland von einem dortigen ZA behandeln und erhält auch dort gefertigten ZE. Das Qualitätsniveau ist fast immer unter dem in Deutschland. Im Falle von Komplikationen muss der Patient wiederholt ins Ausland zu seinem dortigen ZA reisen. Diese Art der Versorgung hat sich wegen ihres niedrigen Niveaus und ihrer Mängel nicht durchgesetzt und wird deshalb hier nicht weiter beleuchtet.

Anders ist es mit Behandlungen in Deutschland, bei denen der ZA lediglich seine ZE-Aufträge bei ZE-Importeuren platziert, die nach deutschen Maßstäben im Ausland produzieren bzw. produzieren lassen. Dieser inzwischen schon bedeutsame Anteil des Auslands-Zahnersatzes wird seit einigen Tagen nach einer Pressekonferenz der

Auslands-Zahnersatz kommt hauptsächlich aus China, der Türkei und von den Philippinen.

BZÄK und des KZBV aufgrund einer erstmaligen Untersuchung des Deutschen Instituts der ZÄ (DIZ) mit 10 % aller ZE-Fälle (nicht Umsatz!) angegeben.

Immer mehr Patienten tragen im Ausland hergestellten Zahnersatz. Mittlerweile wird in Deutschland in etwa jedem zehnten Fall importierter Zahnersatz verwendet. In den nächsten Jahren sei mit einer steigenden Tendenz zu rechnen. Von den befragten Patienten gaben 2,3 Prozent an, im Ausland hergestellten Zahnersatz zu tragen. Etwa in jedem zweiten Fall stammt der importierte Zahnersatz aus China (53 Prozent), gefolgt von der Türkei (14 Prozent) und den Philippinen (acht Prozent). Für die Patienten sind laut Studie aber nicht nur die niedrigeren Preise ausschlaggebend.

Die Qualität und auch das Vertrauensverhältnis zum eigenen Zahnarzt spielen für die meisten Befragten eine wichtigere Rolle als die Kostenersparnis. Da das Preisniveau des Auslandszahnersatzes im Vergleich zum in Deutschland hergestellten ZE bei nur ca. 50 % des deutschen Rechnungsbetrags liegt, reflektieren zunehmend Patienten darauf. Eine Zuzahlung zum von der Krankenkasse gewährten Festzuschuss entfällt somit häufig oder fällt für den Patienten nur noch sehr gering aus. Viele große Krankenkassen und auch die Betriebskrankenkassen (BKK) weisen ihre Patienten aktiv auf den preisgünstigen ZE aus dem Ausland hin, sodass sich der Trend noch weiter fortsetzen dürfte.

Die großen Anbieter von Auslands-Zahnersatz profitieren von professionellem Marketing über mehrere Kanäle

Regelmäßige Anschreiben, Callcenter und persönliche Akquise sind die Marketing-Erfolgsfaktoren der großen Anbieter.

Der mit Abstand größte Anbieter beim Auslands-ZE ist die MDH AG Mülheim/ Ruhr. Gründer und heutiges Aufsichtsratsmitglied ist Tarek Mamisch. Aufsichtsratsvorsitzender ist Dr. Horst-Ludwig Riemer. Sein Sohn, Dr. Holger-Ludwig Riemer, leitet als Vorstandsvorsitzender das operative Geschäft. Vorstandstechnik ist Friedo von Schemm. MDH arbeitet nach eigenen Angaben mit > 5.000 ZÄ, die einmalig, sporadisch oder regelmäßig dort bestellen. Das Marketing ist äußerst professionell. Zahnärzte werden deutschlandweit regelmäßig angeschrieben bzw. per Callcenter-Aktion vom Behandlungsstuhl weggeholt. Über www.zahnersatzsparen.de werden Patienten gewonnen, denen dann Referenz-ZÄ für ihre Behandlung benannt werden.

Nummer 2 in Deutschland ist Dental Trade, Bremen (Inh. Sven-Uwe Spies und Wolfgang Schultheiss) mit 2.700 ZÄ. Nummer 3 ist Interadent, Lübeck, mit großer Produktionsstätte in Manila, Philippinen. Interadent und der in fast allen ZA-Praxen bekannte Dental-Versandhändler M+W sind in derselben Eigentümerhand. Hier können noch strategische Synergieeffekte zum weiteren Gewinn von Marktanteilen beim ZE erwartet werden. Nummer 4 ist IMEX in Essen mit Produktion in China und Singapur. Alle großen Auslands-ZE-Lieferanten haben inzwischen eigene Labore in China, Singapur, der Türkei oder auf den Philippinen, mit denen sie das Gros ihrer ZE-Aufträge abwickeln. Mittlere und kleinere Anbieter lassen den ZE oft in chinesischen Großlaboren fertigen. Das größte Labor in China hat 3.500 Mitarbeiter.

Die wöchentlichen Inserate in der DZW zeigen die vielen Anbieter von Auslands-ZE. Die vom VDZI regelmäßig geschaltete QMZ-Anzeige, die für ZE der den Innungen angeschlossenen Labore werben soll, ist den von mir befragten ZÄ nicht in Erinnerung

geblieben. Leider wird in dieser Anzeige auch nicht darauf hingewiesen, dass es sich um in Deutschland hergestellten ZE handelt. Warum? Vielleicht weil viele gewerbliche Labore inzwischen auch mit Auslands-ZE „handeln“ – nur eben reaktiv.

C. Fakten: Zahnärzte

Laut KZBV-Jahrbuch 2008 ergeben sich für die Zahnärzteschaft folgende betriebswirtschaftliche Daten als Durchschnittswerte:

- reine Behandlungszeit bei 35 Std. pro Woche
- Jahreseinkommen (Median) 97.000 EUR im KJ 2007, d.h. 50 % der ZÄ liegen darüber, 50 % darunter.
- Jahreseinkommen (arithmetisches Mittel) 110.000 EUR im KJ 2007
- Honorarumsatz pro Stunde: 190 EUR, davon 75 EUR „Gewinn“ für den ZA selbst
- ZE-Auftragsvolumen pro niedergelassenem ZA: 80.000 EUR p.a.
- Etwa 50 % der Praxiseinnahmen entstammen der GKV inkl. Festzuschuss einerseits, andererseits 50% aus privaten Leistungsquellen (PKV, Privatleistungen bei GKV-Patienten etc.)

Nach Auskunft des IDZ (Instituts der Deutschen Zahnärzte) beträgt

- Das Finanzierungsvolumen für die Neugründung einer deutschen Einzelpraxis beträgt 341.000 EUR. Das sind 20 % mehr als noch vor wenigen Jahren.
- Das Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme stieg 2007 ebenfalls um 12 % auf 275.000 EUR. Ebenfalls ein Plus von 20 % gegenüber der Finanzierung vor wenigen Jahren.
- Der Zuwachs wird in erster Linie von dem gestiegenen ideellen Wert („Goodwill“) getragen. Im Jahr 2007 betrug der Goodwill 99.000 EUR und lag damit um 30 % über dem Vorjahresniveau.

Das Zahnärzte-einkommen ist spürbar abgerutscht.

Liquiditätsprobleme und restriktive Kreditvergabe.

Zahnärzte stärken ihre Macht als Entscheider.

Das ZA-Einkommen ist im Vergleich zu anderen Ärztegruppen in der Zeit von 1980- 2003 spürbar abgerutscht. 1980 standen die ZÄ noch auf Platz 2 hinter den Radiologen, 1987 auf Platz 4, 1997 auf Platz 7, 1999 auf Platz 10, 2003 auf Platz 11. Das verfügbare ZA-Einkommen 2007, also das „Netto“, gibt das KZBV Jahrbuch 2008 für einen niedergelassenen ZA mit 57.000 EUR im Bundesdurchschnitt an. West: 59.000 EUR, Ost: 49.000 EUR. Hierbei ist es wichtig, noch zu berücksichtigen, dass z. B. die Tilgung der baulichen Maßnahmen an der Praxis aus dem Netto zu zahlen ist. Um diesen Betrag reduziert sich somit das Netto. (Die parallel anfallenden Zinsen sind hingegen Betriebsausgaben.)

Insbesondere bei den ZÄ mit unterdurchschnittlichen Praxisergebnissen, die einen nicht unerheblichen Teil aller ZÄ ausmachen, treten bereits hierbei Liquiditätsprobleme auf. Die zurückhaltende Gewährung von Krediten wird von ZÄ oft moniert. Die Banken verhalten sich vor Ort sehr restriktiv, obwohl der Branchenreport des deutschen Sparkassen- und Giroverbandes davon berichtet, dass das Kreditausfallrisiko bei den ZÄ nicht hoch ist.

Der ZA hat seine „Macht“ als Entscheider gestärkt und dies hat unweigerlich direkte Auswirkungen auf das gewerbliche Labor:

- ZA entscheidet über die Gründung eines Praxislabor.

- ZA entscheidet, ob ZE im Ausland produziert wird oder vom „Vor-Ort-Labor“.
- ZA entscheidet allein über den Einsatz digitaler Techniken am Behandlungsstuhl, z. B. Cerec oder zukünftig intraoraler Scanner.
- ZA entscheidet über den Empfänger der per Mail zu versendenden Scandaten. China ist damit nicht weiter weg als das Labor vor Ort - zumindest beim Datenversand.
- ZÄ entscheiden über die Gründung von MVZ, Gründung von Großpraxen, einer Zweitpraxis, Aufnahme eines weiteren Zahnarztes im Angestelltenverhältnis, Auf-/Ausbau zur Klinik mit oder ohne Labor.

D. Fakten: Zahntechnik

2008 arbeiteten in Deutschland 56.000 Zahntechniker in 7.500 gew. Laboren und Praxislaboren. Ferner 9.000 kfm. Beschäftigte im gewerblichen Labor. Im Durchschnitt beschäftigt ein gewerbliches Labor noch 7 Zahntechniker – Chef inklusive. Das Verhältnis von ZA : ZT liegt heute bei ca. 1 : 1. In besten Zeiten lag es bei 1 : 1,6.

Das gewerbliche Labor muss dafür sorgen, dass es sich als Partner vor Ort für den ZA unentbehrlich macht. Der Service muss von vielen Laboren deutlich verbessert werden. Die ZT müssen sich noch intensiver damit auseinandersetzen, was ihre Kunden, die Zahnärzte, beschäftigt und wie man ihnen zu mehr Erfolg verhelfen kann.

Das Gros der Laborinhaber hat sich bislang allein als „Chef“ einer (hoch)qualifizierten ZE-Produktion gesehen. Das reicht in Zukunft nicht mehr, da sich Angebot und Nachfrage nicht mehr die Waage halten. Die Präsenz am Markt - direkt am Bestandskunden und am potenziellen Kunden ist zunehmend erforderlich. Leistet der Laborinhaber dies nicht - MDH AG und die anderen Auslands-ZE-Importeure tun dies seit Langem und oft exzellent – wird sein Labor an Bedeutung verlieren!

Die Frage ist, inwieweit sich der durchschnittliche Laborinhaber bei der „Vermarktung“ seines eigenen im Inland hergestellten ZE's umorientiert und sich aktiv, flexibel und kreativ entwickeln wird, oder ob er sich zunehmend Marktanteile von den marketingstarken Auslands-ZE-Importeuren und einzelnen sehr professionell geführten, cleveren deutschen Laboren wegnehmen lassen will.

Fakt ist, dass viele ZÄ aufgrund der von ihnen gelieferten Arbeitsunterlagen einen guten Zahntechnikpartner vor Ort brauchen, der sich auf die individuelle Arbeitsvorbereitung einstellt und gute Arbeiten ohne Wiederholung erstellt. Die Visitenkarte eines ZA ist nicht zuletzt der Zahnersatz. Er muss gut passen und vom Patient als schön empfunden werden. Abgesehen von einzelnen High-End-Laboren werden die marketingaktiven Labore wachsen oder zumindest stabil bleiben. Die passiven, rein auf Produktion ausgerichteten Betriebe, haben auf Dauer kaum Chancen am Markt.

Der Zahntechniknachwuchs erhält nach abgeschlossener Ausbildung ein Gehalt von oftmals nur noch um die 1.000 EUR netto. Das Bildungsniveau der Azubis sinkt seit Jahren. Abiturienten sind heute kaum noch für den Beruf zu gewinnen. Der elitäre „Touch“ unter den Handwerksberufen – wie noch vor Jahren – kann von der Zahntechnik nicht mehr geboten werden. Es sieht kritisch aus beim zahntechnischen Nachwuchs. Die Zahntechnik benötigt aber weiterhin eine gewisse „Elite“, um auch zukünftig dem ZA ein Partner auf Augenhöhe zu sein.

Flagge zeigen am Markt wird für den Dentallaborinhaber immer wichtiger.

Marketingaktive Dentallabore werden wachsen - zumindest stabil bleiben.

Die ZÄ werden sich zunehmend damit beschäftigen, wie sie am ZE finanziell stärker partizipieren. Der hohe Laboranteil ist unabhängig vom Leistungsumfang bei der Gesamtrechnung für den Patienten vielen ZÄ ein Dorn im Auge.

Quellen:

Jahrbuch 2008 der KZBV, Branchenbericht des Deutschen Sparkassen und Giroverbands, der Raiffeisen- und Volksbanken, Statistisches Bundesamt, Berufsgenossenschaft, Gespräche mit dem VDZI und diversen Finanzinstituten, eigene Marktbeobachtungen und eine Vielzahl persönliche Kontakte.

Autor:

Dieser Report wurde am 30.07.2009 erstellt von Axel Rubner, Leiter BEGO Consult, Bremen, Tel. 0421 2028-220, Mobil 0171-645 30 61, E-Mail: Rubner@BEGO.com

Der Autor steht für Fragen gerne zur Verfügung.