Hybride Landzahnarztpraxis:

Betriebswirtschaftlich attraktiv, kulturell notwendig

Es wird nicht jede Landzahnarztpraxis in ihrer heutigen Form weitergeführt werden können. Die Frage ist damit nicht, ob sich die Versorgungsstruktur verändert – sondern wie, nach welchen Kriterien und unter wessen Architektur. Genau hier wird Betriebswirtschaft zum versorgungspolitischen Hebel. Der folgende Beitrag stellt das Hub-and-Spoke-Konzept als betriebswirtschaftliche Antwort auf den Strukturwandel vor und erklärt, warum die Zahnmedizin sie aus dem Berufsstand heraus bauen muss.

Ein Beitrag von Tobias Lippek

Der Verlust einer Landpraxis ist mehr als eine versorgungspolitische Lücke. Volkswirtschaftlich verschwindet mit jeder Schließung Wertschöpfung im niedergelassenen Mittelstand: Die Praxis ist Arbeitgeberin, Steuerzahlerin, Auftraggeberin für Labor und Dentalhandel. Wo sie schließt, wachsen Pendelwege, sinkt die Inanspruchnahme aufsuchender Leistungen, und die Sozialversicherung trägt Folgekosten in Multimorbidität, Aspirationspneumonie und stationärer Pflege. Gleichzeitig wirkt eine Praxis auch kulturell, wie Hausarzt oder Apotheke: als soziale Infrastruktur des Dorfkerns, deren Verschwinden den Strukturwandel beschleunigt. Die DMS · 6 zeigt: Die Zahnlosigkeit jüngerer Senioren hat sich auf 5,0 Prozent halbiert, gleichzeitig liegt die Wurzelkariesprävalenz bei 52,5 Prozent. Der Präventionserfolg erzeugt den Sanierungsbedarf der nächsten Generation, und zwar nicht in Praxen, sondern in Pflegeeinrichtungen. Wer Landzahnmedizin betriebswirtschaftlich denkt, muss diese gesamtgesellschaftliche Funktion mitdenken.

Hub and Spoke

Das Hub-and-Spoke-Modell ist nicht in der Zahnmedizin erfunden worden. Es stammt aus der zivilen Luftfahrt – Delta Air Lines etablierte es in den 1980er-Jahren in Atlanta – und wurde von FedEx zum logistischen Standard ausgebaut. Übersetzt auf die Versorgung: Die Komplexität wird in einem stationären Hub gebündelt, die Reichweite über mobile Spokes in die Fläche getragen. In der zahnärztlichen Versorgung praktiziert die US-amerikanische Non-Profit-Organisation Apple Tree Dental das Modell seit 1985 – heute mit neun Hubs in Minnesota, rund 150 mobilen Spoke-Einsätzen pro Woche und einem jährlichen Behandlungsvolumen im zweistelligen Millionenbereich (Helgeson, *Journal of the California Dental Association 8/2015*). Die Architektur ist erprobt. Sie wartet auf eine deutsche Variante, die zur hier gewachsenen Selbstverwaltungsstruktur passt.

32BIT

Die ländliche Zahnmedizin …

… steht vor einer doppelten Auslese. Die KZBV prognostiziert bis 2030 eine Versorgungslücke von rund 2.700 Zahnärzt/-innen. Der Anteil angestellter Zahnärzt/-innen ist in den letzten Jahren enorm gewachsen (2024: 32,6 Prozent) und könnte bis 2030 die 40-Prozent-Marke überschreiten. Gleichzeitig sind die Investitionen für eine Einzelpraxisübernahme zwischen 2019 und 2024 um 27 Prozent auf einen Median von 450.000 Euro gestiegen, eine Neugründung liegt im Median bei 690.000 Euro[1].

BWL-Mechanik

Für die Praxis vor Ort ist das Modell aus drei Gründen interessant:

1. Asset-Light-Zugang zur aufsuchenden Versorgung.
Eine vollausgestattete mobile Behandlungseinheit erfordert eine Investition zwischen 160.000 Euro (für robustere Anhängerlösungen mit Praxis-Standardausstattung) und über 400.000 Euro (für Sprinter- und Buslösungen mit Vollausstattung). Wer diese Einheit nicht kauft, sondern tageweise oder routenbezogen mietet, verschiebt Fixkosten in variable Kosten und macht aus einer Investitionsentscheidung eine Auslastungsentscheidung.

2. Skalierung über Auslastung statt über Standorte.
Eine mobile Einheit, die von einer Solo-Praxis zwei Tage pro Monat genutzt wird, ist betriebswirtschaftlich sinnlos. Dieselbe Einheit, die zwischen drei bis fünf benachbarten Praxen rotiert, erreicht in der Modellrechnung den Break-even bereits bei vier bis sechs Einsatztagen pro Monat. Die ökonomische Basis dafür liefert das BEMA-Vergütungsgerüst der aufsuchenden Versorgung: Die Besuchsgebühren (BEMA 154/155), Kooperationszuschläge (172a/b) und Präventionszuschläge nach § 22a SGB V (174a/b) sind budgetfrei und damit planungssicher abrechenbar. Für den ersten Patienten in der Pflegeeinrichtung summieren sich Besuchsgebühr und Kooperationszuschlag auf rund 92 Euro, für jeden weiteren auf rund 76 Euro (KCH-Punktwerte 2026). Der ökonomische Hebel dahinter ist die Budgetfreiheit nach § 87 Abs. 2j SGB V: Im aufsuchenden Setting liegt der Stundenerlös bei rund 420 Euro, in der stationären Hub-Praxis bei rund 280 Euro – ein Mehrerlös von rund 50 Prozent pro Behandlerstunde.

3. Trennung von Infrastruktur-CAPEX und ärztlichem OPEX
Die kapitalintensive Hardware muss nicht im Vermögen der Praxis liegen, um deren Patienten zu erreichen. Eine Infrastrukturgesellschaft – getragen aus dem Berufsstand heraus, idealerweise mit Beteiligung von Kommunen, Landeszahnärztekammern oder Sozialträgern – hält das Asset, finanziert die Tilgung über die Mieteinnahmen mehrerer Praxen und versorgt das Netz mit Wartung, Versicherung, Hygienelogistik und digitaler Tourenplanung. Das Modell entkoppelt die kalkulatorische Lebensdauer der Hardware (zehn bis zwölf Jahre) von der Vertragslogik der Praxis (jährlich kündbar). Genau diese Entkopplung schließt die Lücke, die das klassische Eigentumsmodell bei den heutigen CAPEX-Niveaus nicht mehr schließen kann.

Hub oder Spoke?

Damit aus einem Modell Versorgungspolitik wird, braucht es ein Bewertungsraster. Welche Liegenschaft eignet sich als Drehscheibe, mit aufbereitungsfähiger AEMP-Fläche, Telematik-Backbone, Erwei-

[1] apoBank InvestMonitor 2024

ANZEIGE

www.doctos.de

Doctos
Einfach schneller.

Mit Doctos gehört umständliche Dokumentation der Vergangenheit an – effizient, sicher, smart. Einfach sprechen, während Sie behandeln: Die KI übernimmt den Rest.



Überzeugen Sie sich selbst – kostenlos & unverbindlich

Kostenlos testen

Testen Sie Doctos jetzt 14 Tage kostenlos – direkt in Ihrer Praxis, ab der ersten Minute. Doctos hört zu, dokumentiert in Echtzeit und schlägt in Sekunden passende Abrechnungspositionen aus BEMA, GOZ und GOÄ vor.

Einfach sprechen – den Rest erledigt die App. Rechtssicher, vollständig, effizient.

Doctos GmbH
Pilotystr. 4
80538 München
welcome@doctos.de
www.doctos.de

„Die Architektur, die wir vorschlagen, ist die einer öffentlich-privaten Partnerschaft in zahnärztlicher Trägerschaft – aus dem Berufsstand heraus gebaut."

Tobias Lippek

terungsreserve? Welche Praxis ist Förderkandidat, wo lohnen sich Brandschutz, energetische Sanierung, barrierefreie Erweiterung? Wo ist ein angeschlossener Spoke sinnvoll und bestens patientenangebunden? Und welche Standorte verdienen einen Strukturneuaufbau, etwa als kommunal getragenes MVZ in einem ehemaligen Rathausgebäude?

Solche Fragen verlangen einen kommunalen Datenkörper, der Praxistopografie, demografische Bedarfsentwicklung, Pflegeheimanbindung, Erreichbarkeit, digitale Reife und Liegenschaftszustand zusammenführt. Der Gesetzgeber hat die Instrumente bereits vorgesehen: den Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V, die Förderprogramme der Investitions- und Strukturbanken der Länder, die Dorferneuerung der Bundesländer und Förderlinien der KfW. Was fehlt, ist nicht das Geld. Was fehlt, ist die kalibrierte Datenarchitektur, die diese Instrumente regional zielsicher koordiniert. Wir schlagen dafür einen neundimensionalen Landpraxen-Resilienz-Index (LRI) vor – Pflegeheimdichte, Erreichbarkeit, Inhaberalter, bauliche Eignung, digitale Reife – als gemeinsame Sprache zwischen KZV, Kommune und Praxis.

Diese Architektur kann nicht die Industrie liefern und auch nicht die Politik allein. Sie muss aus dem Zusammenspiel von KZVen, Kammern, Kommunen und unternehmerisch tragenden Akteuren entstehen. Und sie muss in der Hand des Berufsstands bleiben.

Strukturdialog statt stiller Marktbereinigung

Welche Praxis erhalten bleibt, sollte nicht durch stille Marktbereinigung entschieden werden – und auch nicht durch das Tempo der Investorenkapitalflüsse. Notwendig ist ein Strukturdialog Landzahnmedizin: Gesundheits- und Kommunalpolitik, KZVen und Landeszahnärztekammern, Pflege- und Sozialträger, Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber an einem Tisch. Die Aufgabe verlangt zwei Werkzeuge: eine kommunale Praxistopografie und ein nüchternes Investitionsregister. Welche Liegenschaft wird wofür gebraucht? Welche Förderkulisse passt? Wo entsteht ein Hub, wo ein Spoke-Anschluss, wo ein neues Versorgungszentrum? Erst auf dieser Datengrundlage werden öffentliche Mittel zielgenau – und privates Engagement berechenbar.

Industrie als Partner, nicht als Investor

Der ländliche Raum war für investorengetragenes Kapital nie attraktiv. Der KZBV-Transparenzbericht 2024 dokumentiert: Rund 80 Prozent der investorengetragenen MVZ in der Zahnmedizin sitzen in städtischen, einkommensstarken Räumen; nur etwa zehn Prozent in strukturschwachen ländlichen Kreisen. Die Lücke schließt sich nicht durch mehr Kapital aus derselben Logik. Sie schließt sich durch eine andere Architektur.

Die Architektur, die wir vorschlagen, ist die einer öffentlich-privaten Partnerschaft mit zahnärztlich getragener Trägerschaft: Mehrheit der Anteile am medizinischen Leistungserbringer in Zahnarzthand, Ausschluss von Private-Equity-Strukturen, klinische Autonomie unangetastet. Dentalindustrie und mittelständisches Kapital bleiben in der Rolle, in der sie ihre Stärken entfalten – als langfristig orientierte Partner, die Hardware, Verbrauchsmaterial, Dienstleistungen und Anschubfinanzierung liefern, ohne in die Therapieentscheidung einzugreifen. Das ist auch die Linie, die der KZBV-Aktionsplan, der EuGH („Halmer", C-295/23) und der Bundesrat in seiner Entschließung zum MVZ-Regulierungsgesetz seit 2023 markieren.

Ausblick

Eine Generation von Zahnärz/-innen ist bereit, ländlich zu arbeiten – wenn die Bedingungen stimmen. Die hybride Landzahnarztpraxis kann sie schaffen. Der Strukturdialog macht sie politisch tragfähig. Und eine zahnärztlich getragene Infrastrukturgesellschaft macht sie betriebswirtschaftlich kalkulierbar. Wirtschaftlich rechnet sich das Modell schon heute. Was es braucht, ist das Betriebssystem dazu – ärztlich geführt, kooperativ vernetzt, als Erweiterung der niedergelassenen Praxis. Aus dem Berufsstand heraus.

Weitere Infos zu 32bit auf
www.zweiunddreissigbit.de.

Autoreninfos

Tobias Lippek, M.A. Social Design & Sustainable Innovation, ist Geschäftsführer und Mitgründer der Berliner 32bit Mobile Medizin GmbH. Das Unternehmen entwickelt im Rahmen des „Innovationsprogramms für Geschäftsmodelle und Pionierlösungen" (IGP) des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie das Betriebssystem für die hybride Landzahnarztpraxis.

50 JAHRE DZR

Jubiläums-Gewinnspiele

Entdecken, teilnehmen, gewinnen!*

Einfach QR-Code scannen:

DZR

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH | www.dzr.de

*Es gelten Teilnahmebedingungen. Diese finden Sie wie die weiterführenden Gewinnspiel- und Datenschutzinformationen hinter dem QR-Code.