



Nr. 2/97

vom 21. Mai 1997

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1996

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 1996 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Während in den alten Bundesländern die Einzelpraxisübernahme der verbreitetste Praxistyp bei der Niederlassung ist, wird das zahnärztliche Niederlassungsgeschehen in den neuen Bundesländern durch die Einzelpraxisneugründung bestimmt.
- Mit 11 % aller ostdeutschen Existenzgründungen des Jahres 1996 hat sich der Anteil der **Gemeinschaftspraxen** innerhalb eines Jahres fast verdreifacht.
- In den alten Bundesländern haben die **Großstädte** für die zahnärztlichen Existenzgründer deutlich an Bedeutung verloren. Im Jahre 1996 wurden 32 % aller westdeutschen Niederlassungen in Großstädten verwirklicht, im Vorjahr waren es noch 51 %.
- Sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern ist das für eine Einzelpraxisneugründung aufzubringende Investitionsvolumen 1996 deutlich gestiegen. In West- und in Ostdeutschland stieg das **Gesamtfinanzierungsvolumen** um 8,5 % auf 556 TDM bzw. 465 TDM.
- Bei einer Einzelpraxisübernahme in den alten Bundesländern beträgt das wertmäßige Verhältnis zwischen den in der Praxis **vorhandenen medizinisch-technischen Geräten und Einrichtungen** und den **Neuanschaffungen** etwa 2 zu 1.
- Der bei einer Praxisübernahme zu zahlende **Goodwill** wird stark durch den gewählten Niederlassungsort beeinflusst. In einer westdeutschen Mittelstadt beläuft er sich auf 147 TDM, in einer Kleinstadt auf 116 TDM und in der Großstadt auf 100 TDM.
- Das zahnärztliche Investitionsvolumen für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wird 1995/96 nur durch das der **Chirurgen** und der **Orthopäden** übertroffen.

Die Bearbeitung des vorliegenden Berichtes erfolgte durch Dipl.-Volksw. Ralph Kaufhold, Wissenschaftlicher Referent am Institut der Deutschen Zahnärzte.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis

Abstract

Investments associated with the setting-up of a dental practice 1996

The Institute of German Dentists has analysed the investment behaviour of dentists associated with their establishment since 1984 together with the „Deutsche Apotheker- und Ärztebank/Düsseldorf“. For the year 1996 the following central results can be pointed out:

- Whereas in the old Federal States (West Germany) the predominant form of establishment is to **take over** a one-dentist practice, in the new Federal States (East Germany) it is the **new establishment** of a one-dentist practice.
- 11 % of all practice establishments in East Germany in 1996 were **group practices**, thus their share has almost trebled within a year.
- In West-Germany the number of practice establishments in **large cities** has considerably declined - from 51 % in 1995 to 32 % in 1996.
- The total investment volume to be raised for the new establishment of a one-dentist practice has considerably increased in the entire federal territory in 1996: In West Germany and in East Germany the **total financing volume** increased by 8,5 % to 556.000 DM and 465.000 DM respectively.
- When taking over a one-dentist practice in West Germany the **proportion in value of devices and equipment available** in the practice and **new acquisitions** made is approximately 2:1.
- The price to be paid for the associated **goodwill** when taking over a practice is strongly influenced by the chosen place of establishment: In a middle-sized town in West Germany it amounts to 147.000 DM, in a small town to 116.000 DM and in a large city to 100.00 DM.
- The investment volume for setting-up a dental practice in West-Germany in 1995/96 is only surpassed by the investment volume necessary for establishing a **medical surgeon's or an orthopaedist's practice**.

The present report was prepared by Dipl.-Volksw. Ralph Kaufhold, health economist at the Institute of German Dentists.

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1996

Ralph Kaufhold

Gliederungsübersicht

1. **Methodische Vorbemerkungen**
2. **Analyse der Einflußfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten**
 - 2.1 Art der Existenzgründung
 - 2.2 Alter des Kreditnehmers
 - 2.3 Praxislage
3. **Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens**
 - 3.1 Westdeutschland inkl. Berlin
 - 3.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen
 - 3.1.2 Der Betriebsmittelkredit
 - 3.1.3 Die Bau- und Umbaukosten
 - 3.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Praxisübernahme
 - 3.1.5 Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Existenzgründung in den alten Bundesländern
 - 3.2 Spezialbetrachtung: Ostdeutschland
 - 3.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen
 - 3.2.2 Der Betriebsmittelkredit
 - 3.2.3 Die Bau- und Umbaukosten

1. Methodische Vorbemerkungen

Das Ziel dieses Berichtes besteht in der Darstellung und Strukturanalyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens bei der Niederlassung für das Jahr 1996 und seiner zeitlichen Entwicklung seit 1984.

Einen Eindruck über die gesamtwirtschaftlich nicht zu unterschätzende Bedeutung zahnärztlicher Investitionen bei der Existenzgründung vermitteln die Niederlassungszahlen der letzten Jahre.

Im Jahre 1993 ließen sich im gesamten Bundesgebiet knapp 4.000 Zahnärzte neu nieder. Dieser Niederlassungsboom war ein Reflex auf die befürchteten Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Nachdem 1994 nur noch rund 1.600 Niederlassungen registriert wurden, stieg die Zahl im Folgejahr auf ca. 2.000 Existenzgründungen an und stabilisierte sich 1996 auf diesem Niveau (Quelle: Bundeszahnärztekammer

1997). Damit wurden, legt man die durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in west- und ostdeutschen Zahnarztpraxen des Jahres 1995 (Quelle: KZBV Jahrbuch 1996) zugrunde, allein in den Jahren 1995/96 durch zahnärztliche Existenzgründungen mehr als **20.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. erhalten**.

Ab 1984 werden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen nach einer einheitlichen Systematik erfaßt und ausgewertet. 1996 belief sich die Zahl der auswertbaren Unterlagen auf insgesamt knapp 450 Exemplare, die sich zwischen den alten und neuen Bundesländern im Verhältnis 8 zu 1 aufteilten. Die statistische Auswertung wurde gemeinsam von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank und dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) unter Verwendung von SPSS 6.1.3 für Windows durchgeführt und vermittelt einen recht breiten Einblick in das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung.

Zur statistischen Auswertung des zahnärztlichen Investitionsverhaltens wurden folgende Größen ermittelt:

- a) die *Art* der Existenzgründung
- b) die *Ortsgrößenklasse* (Verstädterungsgrad) des Niederlassungsortes
- c) das *Alter* des Zahnarztes
- d) die Höhe des *Gesamtfinanzierungsvolumens*
- e) die Investitionen in die *medizinisch-technische Praxis- und Geräteausstattung*
- f) die Höhe des *Betriebsmittelkredites*
- g) die Höhe der *Bau- und Umbaukosten*
- h) die Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden *materiellen Praxiswertes* (*Substanzwert*)
- i) die Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden *ideellen Praxiswertes* („*Goodwill*“)
- j) der *Vorjahresumsatz* der Übernahmepraxis

2. Analyse der Einflußfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

Das bei einer Niederlassung aufzubringende Investitionsvolumen wird durch die Art der zahnärztlichen Existenzgründung, das Alter des Zahnarztes und die gewählte Region maßgeblich beeinflusst.

2.1 Art der Existenzgründung

Für die folgenden Analysen dieses Berichtes wird zwischen drei Arten der zahnärztlichen Existenzgründung unterschieden: die **Neugründung einer Einzelpraxis**, die **Übernahme einer Einzelpraxis** und die Niederlassung in Form einer **Gemeinschaftspraxis**. In der Rubrik Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis wer-

den die Neugründung einer Gemeinschaftspraxis, der Eintritt in eine bestehende Gemeinschaftspraxis und die Überführung einer bestehenden Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis zusammengefaßt. Obwohl die Gemeinschaftspraxen zunehmend an Bedeutung gewinnen - im Zeitraum von 1984 bis 1995 hat sich ihr Anteil von 5,5 % auf 14,3 % fast verdreifacht (Quelle: KZBV Jahrbuch 96) -, ist diese Substitution notwendig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine detailliertere Analyse nicht zulassen.

In den **alten Bundesländern** hat sich die Verteilung der Existenzgründungen des Vorjahres als relativ stabil erwiesen. Trotz einer Abnahme von 4 % ist die Einzelpraxisübernahme mit 46 % auch 1996 der verbreitetste Praxistyp bei der Niederlassung (vgl. Abb. 1). In gesundheitspolitisch und wirtschaftlich unruhigen Zeiten bietet die Übernahme einer etablierten Praxis dem niederlassungswilligen Zahnarzt eine gute Möglichkeit, sein unternehmerisches Risiko zu reduzieren. Zwar können bei einer Übernahme nicht alle individuellen Vorstellungen des Zahnarztes hinsichtlich der Praxislage und -ausstattung erfüllt werden, aber der übernehmende Zahnarzt hat die Chance, den vorhandenen Patientenstamm durch sein fachliches Können und seine Zuwendungsbereitschaft an sich zu binden. Dabei kann er auf das eingearbeitete Personal und eine funktionierende Praxisorganisation zurückgreifen.

In den **neuen Bundesländern** prägen die Neugründungen mit 61 % aller Existenzgründungen nach wie vor das Niederlassungsgeschehen bei den Zahnärzten (vgl. Abb. 2). Diese Dominanz der Einzelpraxisgründung beruht auf dem im Vergleich zu Westdeutschland niedrigeren Anteil älterer, in eigener Praxis niedergelassener Zahnärzte. Der damit verbundene geringe Bestand von ostdeutschen Alterspraxen wirkt sich naturgemäß restriktiv auf die Zahl der Praxisübernahmen aus. 1996 liegt ihr Anteil mit 28 % sogar noch 6 % unter dem niedrigen Wert des Vorjahres. Mit 11 % aller ostdeutschen Existenzgründungen des Jahres 1996, hat sich der Anteil der Gemeinschaftspraxen innerhalb eines Jahres fast verdreifacht.

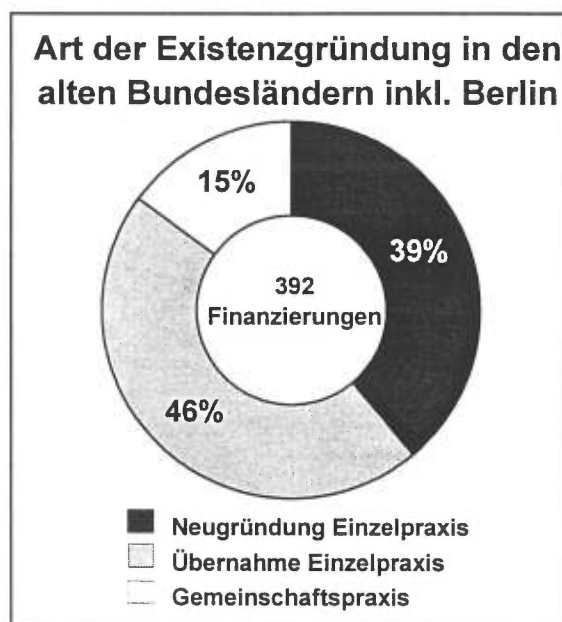


Abbildung 1



Abbildung 2

Eine Prognose darüber, wie sich das zahnärztliche **Niederlassungsgeschehen in den nächsten Jahren** entwickeln wird, ist schwierig. Bekanntlich erlischt ab dem 1. Januar 1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragszahnarzt sein achtundsechzigstes Lebensjahr vollendet (§ 95 Abs. 4 SGB V). Gleichzeitig soll ab diesem Zeitpunkt die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung aufgrund von Verhältniszahlen erfolgen (§ 102 SGB V). Da für einen niederlassungswilligen Zahnarzt eine Praxisübernahme nur dann interessant ist, wenn er gleichzeitig die Zulassung zu den gesetzlichen Krankenkassen erhält, wurden aufgrund obiger Regelungen Befürchtungen laut, daß Zahnärzte nach Überschreiten der Altersgrenze in überversorgten Gebieten keinen Käufer für ihre Praxis finden werden. Nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums bleibt die Möglichkeit, die Vertragspraxis im Wege des Nachbesetzungsverfahrens (§ 103 Abs. 4 SGB V) wirtschaftlich zu verwerten, auch nach Erreichen der Altersgrenze weiterhin bestehen (Quelle: Muschallik 1997). Vor diesem Hintergrund erscheinen übereilte Praxisverkäufe zwar unnötig, es bleibt aber abzuwarten, welches Vertrauen die Zahnärzte dieser Aussage entgegenbringen. Zumindest erscheint es nicht unwahrscheinlich, daß es vor dem Stichtag 1. Januar 1999 aus Sicherheitsüberlegungen zu einem vermehrten Angebot für Praxisverkäufe kommt und sich der Anteil der Praxisübernahmen dadurch erhöht.

2.2 Alter des Kreditnehmers

Sowohl in West- als auch in Ostdeutschland hat sich 1996 der Anteil der 31-40jährigen Existenzgründer vergrößert und der Anteil der 26-30jährigen entsprechend verkleinert. In den alten Bundesländern werden 66 % aller Niederlassungen - 8 % mehr als 1995 - von 31-40jährigen Zahnärzten durchgeführt (vgl. Abb. 3). In den neuen Bundesländern sank der Anteil der 26-30jährigen Existenzgründern zwar um 14 Prozent, trotzdem bilden sie mit 52 % immer noch die stärkste Gruppe (vgl. Abb. 4). Für die Zukunft ist zu erwarten, daß sich die Altersstruktur der ostdeutschen Existenzgründer weiterhin der westdeutschen Situation angleichen wird.



Abbildung 3
IDZ -Information 2/1997



Abbildung 4

Differenziert man für die alten Bundesländer die relativen **Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen**, so zeigt sich ein sehr unterschiedliches Bild (vgl. Abb. 5). Während für die 26-30jährigen Existenzgründer die Einzelpraxisneugründung die attraktivste Form der Niederlassung ist, dominiert in den beiden anderen Altersgruppen die Einzelpraxisübernahme. Der Vergleich zum Vorjahr zeigt, daß in den beiden jüngeren Altersgruppen der Anteil der Einzelpraxisneugründungen und der Gemeinschaftspraxen gestiegen und der der Einzelpraxisübernahmen gesunken ist. In der Altersgruppe der älter als 40jährigen neu niedergelassenen Zahnärzte verlief die Entwicklung genau entgegengesetzt.

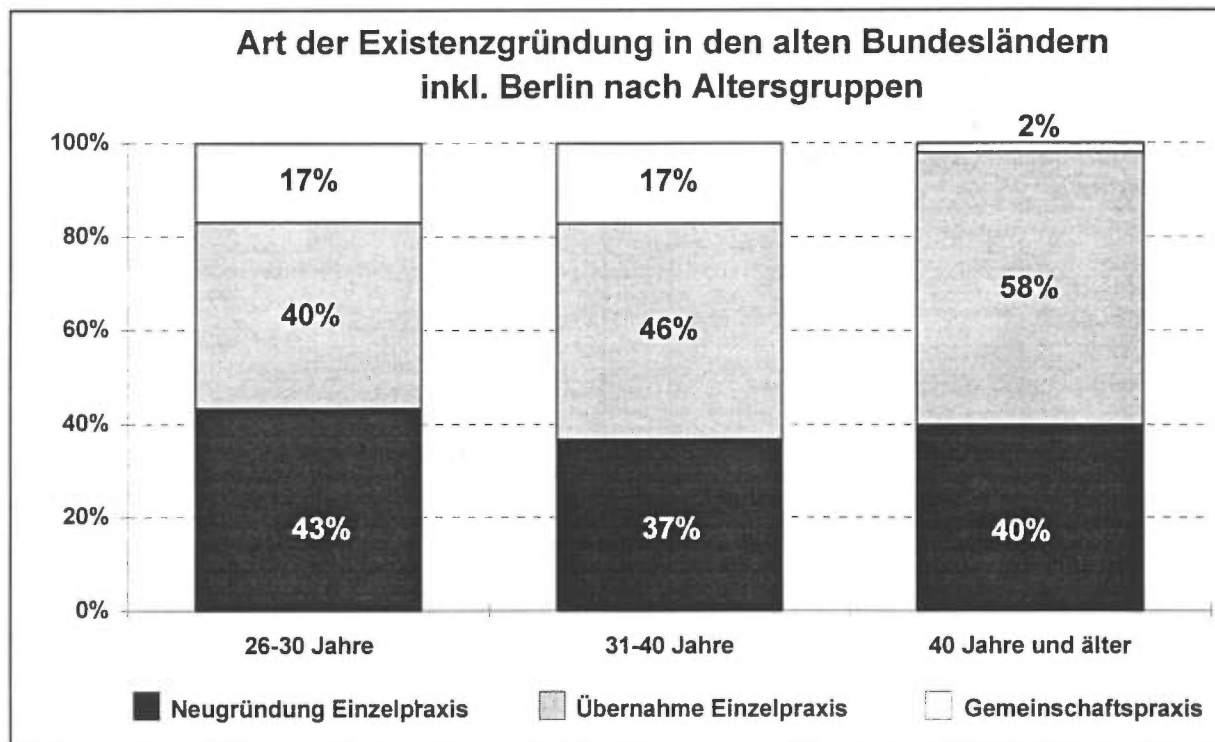


Abbildung 5

2.3 Praxislage

Bei der Vorbereitung der Existenzgründung kommt der **Standortwahl** eine entscheidende Bedeutung zu. Signifikant ist, daß die vom niederlassungswilligen Zahnarzt gewählte Praxisform durch die regionale Einwohnerzahl bzw. Zahnärztdichte (Einwohner je behandelnd tätigem Zahnarzt) und die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme beeinflusst wird.

In den alten Bundesländern haben die **Großstädte** für die zahnärztlichen Existenzgründer **deutlich an Bedeutung verloren**. Im Jahre 1995 wurden noch 51 % der westdeutschen Niederlassungen in Großstädten verwirklicht, 1996 sind es nur noch 32 % (vgl. Abb. 6). Während in Westdeutschland der Trend eindeutig zu den wirtschaftlich stabileren Mittel- und Kleinstädten geht, zeichnet sich in Ostdeutschland eine entgegengesetzte Entwicklung ab. Mittel- und Kleinstadt verlieren als Niederlassungsort an Attraktivität, während die Großstadt mit 25 % und ländliche Regionen

mit 20 % ihren Anteil fast verdoppeln konnten (vgl. Abb. 7). Insgesamt zeigt sich sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer eine im Vergleich zum Vorjahr gleichmäßigere Verteilung der Existenzgründungen nach der Praxislage.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muß berücksichtigt werden, daß die Auswertung der erfaßten Finanzierungsfälle nicht getrennt nach Ost- und West-Berlin durchgeführt werden konnte, und alle Existenzgründungen auf dem Stadtgebiet von Berlin aus statistischen Gründen den alten Bundesländern zugerechnet wurden.

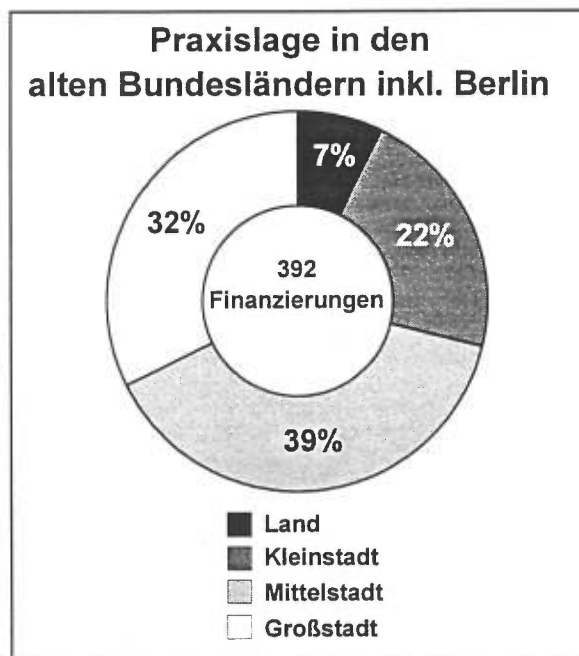


Abbildung 6

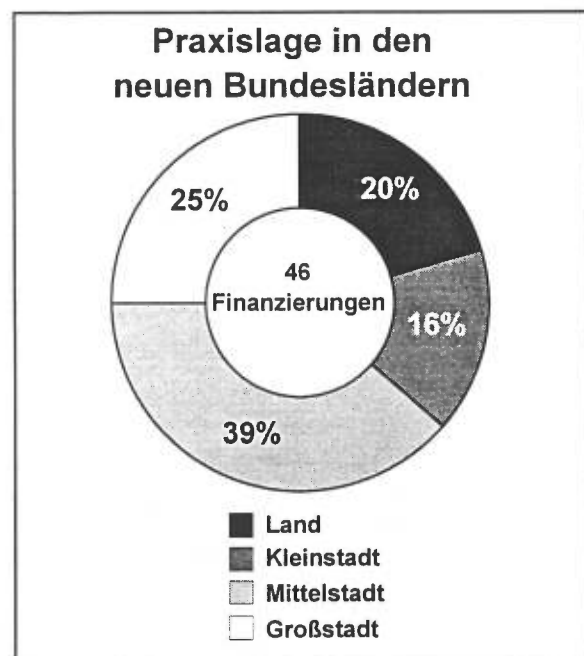


Abbildung 7

Die Betrachtung der relativen Häufigkeiten läßt einen klaren Trend erkennen: In den alten Bundesländern wächst die Bedeutung der Einzelpraxis**übernahme** mit steigendem Verstädterungsgrad stetig an, während die Relevanz der Einzelpraxis**gründung** abnimmt (vgl. Abb. 8). Dieser Trend erlaubt den Rückschluß, daß mit zunehmendem Verstädterungsgrad tendenziell auch die Zahnarzt-dichte zunimmt. Die Beobachtungen für das Jahr 1996 entsprechen dabei qualitativ denen des Vorjahres.

Auch 1996 hält der Aufwärtstrend der Gemeinschaftspraxen an, wie 1995 liegt ihr Anteil in den Groß- und Mittelstädten deutlich über 10%. In den Kleinstädten wuchs ihr Anteil um 4 % auf 15 % und auch in den ländlichen Gebieten wurden einige Niederlassungen in Form einer Gemeinschaftspraxis verwirklicht.

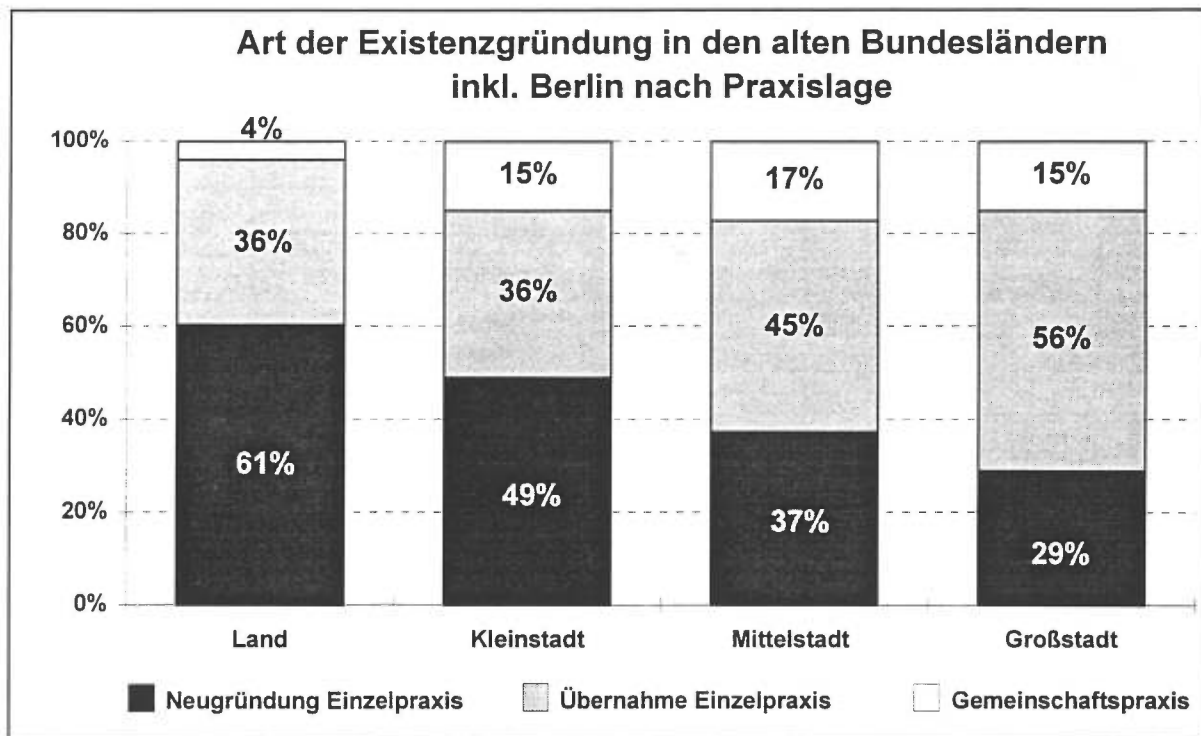


Abbildung 8

3. Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens

Im folgenden Kapitel werden nur Existenzgründungen, die in Form einer Einzelpraxisneugründung bzw. einer Einzelpraxisübernahme durchgeführt wurden, berücksichtigt. Eine Analyse für die unter der Rubrik „Gemeinschaftspraxis“ zusammengefaßten Niederlassungsformen würde aufgrund der geringen Fallzahlen zu keinen zuverlässigen Ergebnissen führen.

3.1 Westdeutschland inkl. Berlin

Die für die **Neugründung** bzw. **Übernahme** einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern errechneten Mittelwerte für die Jahre 1984 bis 1996 sind in den Tabellen 1 und 2 dargestellt.

Neugründung einer Einzelpraxis	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
med.-techn. Geräte und Einrichtung	335	320	314	286	291	309	305	296	332	314	329	341	356
+ Bau- und Umbaukosten	58	40	52	47	45	40	43	61	60	61	59	57	77
= Praxisinvestitionen	393	360	366	333	336	349	348	357	392	375	388	398	433
+ Betriebsmittelkredit	89	87	92	95	99	96	100	95	100	106	108	114	123
= Finanzierungsvolumen	482	447	458	428	435	445	448	452	492	481	496	512	556

Tabelle 1

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Substanzwert	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	134	146
+ Neuanschaffungen	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	67	75
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	107	105	100	133	155	159	132	182	198	218	249	201	221
+ Goodwill	156	147	130	110	97	95	121	106	130	109	111	132	119
+ Bau- und Umbaukosten	36	33	24	25	18	22	26	18	16	19	24	20	21
= Praxisinvestitionen	299	285	254	268	270	276	279	306	344	346	384	353	361
+ Betriebsmittelkredit	67	75	74	73	77	79	80	78	87	83	92	94	104
= Finanzierungsvolumen	366	360	328	341	347	355	359	384	431	429	476	447	465

Tabelle 2

Angaben in TDM

3.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Im Vergleich zum Vorjahr stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen einer **Einzelpraxisneugründung** um 8,5 % und beträgt im Jahre 1996 ca. 556 TDM. Eine ähnlich starke prozentuale Veränderung gab es bisher nur 1985 (-7,3%), 1987 (-6,6%) und 1992 (+8,9%). Mit Ausnahme des Jahres 1985 blieb das Volumen nach diesen Sprüngen für die nächsten vier bis fünf Jahre relativ stabil. Bemerkenswert ist, daß drei der vier Sprünge unmittelbar im Jahr vor Inkrafttreten wichtiger gesundheitspolitischer Reformgesetze liegen (1988 Gesundheitsreformgesetz, 1993 Gesundheitsstrukturgesetz, 1997 GKV-Neuordnungsgesetz). Zwischen 1995 und 1996 stieg das Investitionsvolumen für eine Übernahme um 18 TDM von 447 TDM auf 465 TDM, liegt aber immer noch unter dem Maximumwert des Jahres 1994 (vgl. Abb. 9).

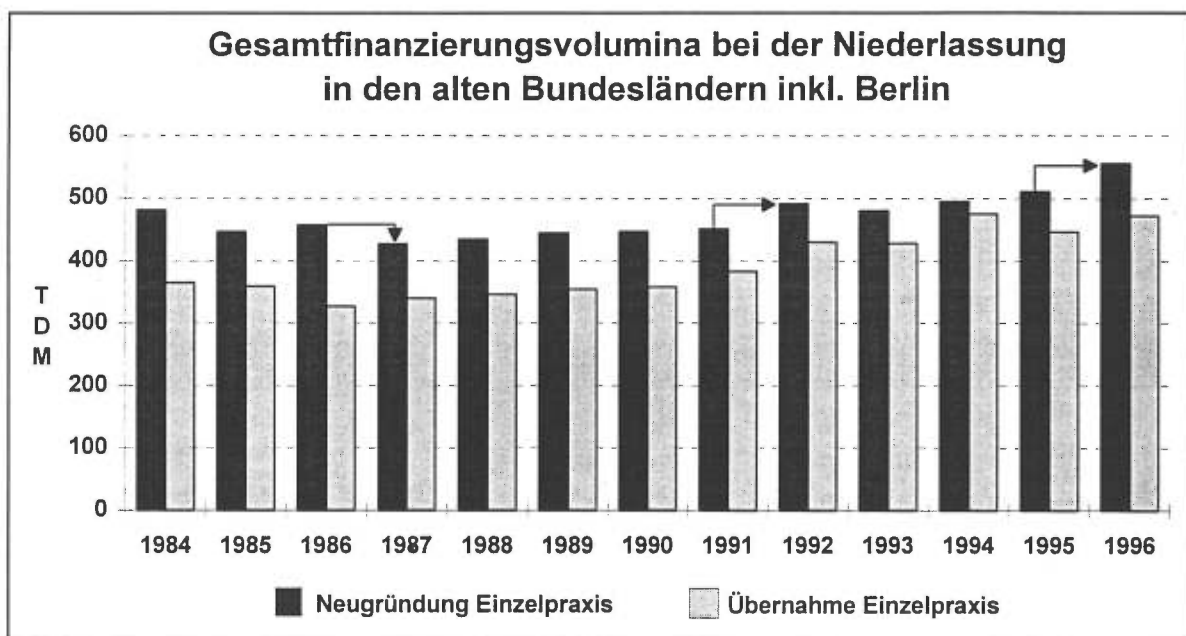


Abbildung 9

Nachdem sich in den Jahren 1987 bis 1994 die aufzubringenden Finanzmittel für eine **Praxisübernahme** bis auf 20 TDM denen einer Praxisgründung angenähert hatten, hat sich der Abstand bis 1996 wieder auf 91 TDM vergrößert (vgl. Abb. 10). Diese Differenz resultiert im wesentlichen aus den niedrigeren Bau- und Umbaukosten einer Übernahme.

Eine nach **Alter differenzierte Betrachtung** des Gesamtfinanzierungsvolumens zeigt, daß die Zahnärzte, die älter als 40 Jahre sind, sowohl bei der Neugründung als auch bei der Übernahme mit 490 TDM bzw. 412 TDM die geringsten Mittel zur Existenzgründung aufbringen. Während bei der Neugründung die 31-40jährigen Zahnärzte mit 570 TDM an der Spitze liegen, sind es bei der Übernahme die 26-30jährigen Zahnärzte mit 493 TDM.

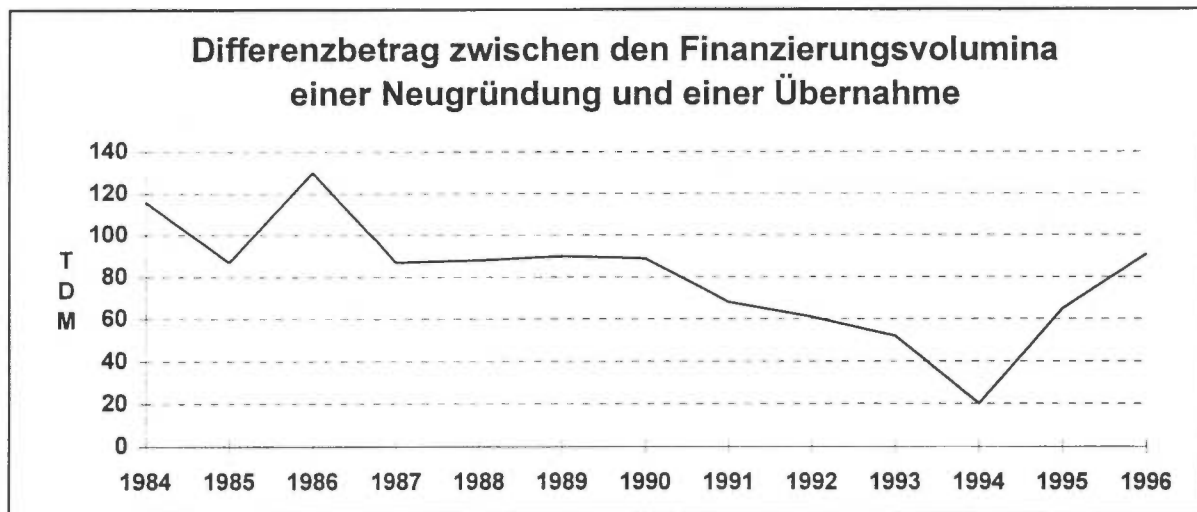


Abbildung 10

3.1.2 Der Betriebsmittelkredit

Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittelkredit bzw. Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. Er ist notwendig, da den regelmäßigen Ausgaben für Praxis- und Lebenshaltungskosten häufig keine oder nur geringe Einnahmen gegenüberstehen. Der Betriebsmittelkredit wird dem Kreditnehmer auf seinem „laufenden“ Konto als Limit in Höhe der voraussichtlichen Höchstinanspruchnahme (sog. Kreditlinie) gewährt. Sowohl bei der Praxisgründung als auch bei der Praxisübernahme zeigt der **Betriebsmittelkredit seit 1991 eine eindeutig steigende Tendenz**. Wie im Vorjahr unterscheiden sich auch 1996 die in Anspruch genommenen Betriebsmittelkredite zwischen einer Praxisneugründung und -übernahme um ca. 20 TDM (vgl. Abb. 11).

Bei einer Praxisübernahme nimmt die Gruppe der 26-30jährigen Existenzgründer mit 122 TDM den größten Betriebsmittelkredit in Anspruch. Zahnärzte, die bei der Niederlassung älter als 30 Jahre sind, benötigen zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten rund 100 TDM.

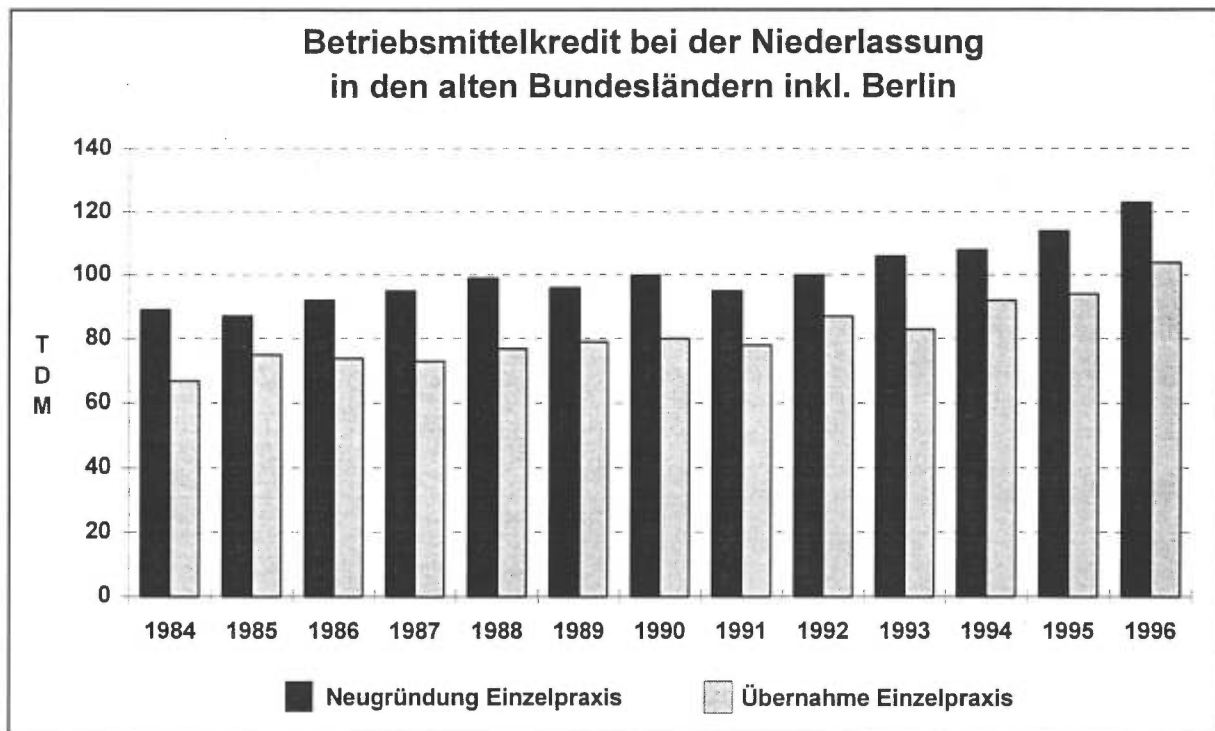


Abbildung 11

3.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Nachdem sich die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Neugründung in den Jahren 1991 bis 1995 jeweils um 60 TDM schwankten, sind sie im Jahre 1996 sprunghaft auf 77 TDM gestiegen. Da die bei einer Praxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten nahezu unverändert blieben, hat sich die Ausgabendifferenz zwischen den beiden Praxistypen innerhalb eines Jahres nahezu verdoppelt und beläuft sich im Jahre 1996 auf 56 TDM (vgl. Abb. 12).

Je nach Praxislage unterscheiden sich die Bau- und Umbaukosten einer Praxis**neugründung** sehr stark. Wählt der Zahnarzt eine Großstadt als Niederlassungsort, so muß er mit Bau- und Umbaukosten in Höhe von durchschnittlich 115 TDM rechnen. In einer Mittel- bzw. Kleinstadt betragen sie hingegen nur 77 TDM bzw. 62 TDM.

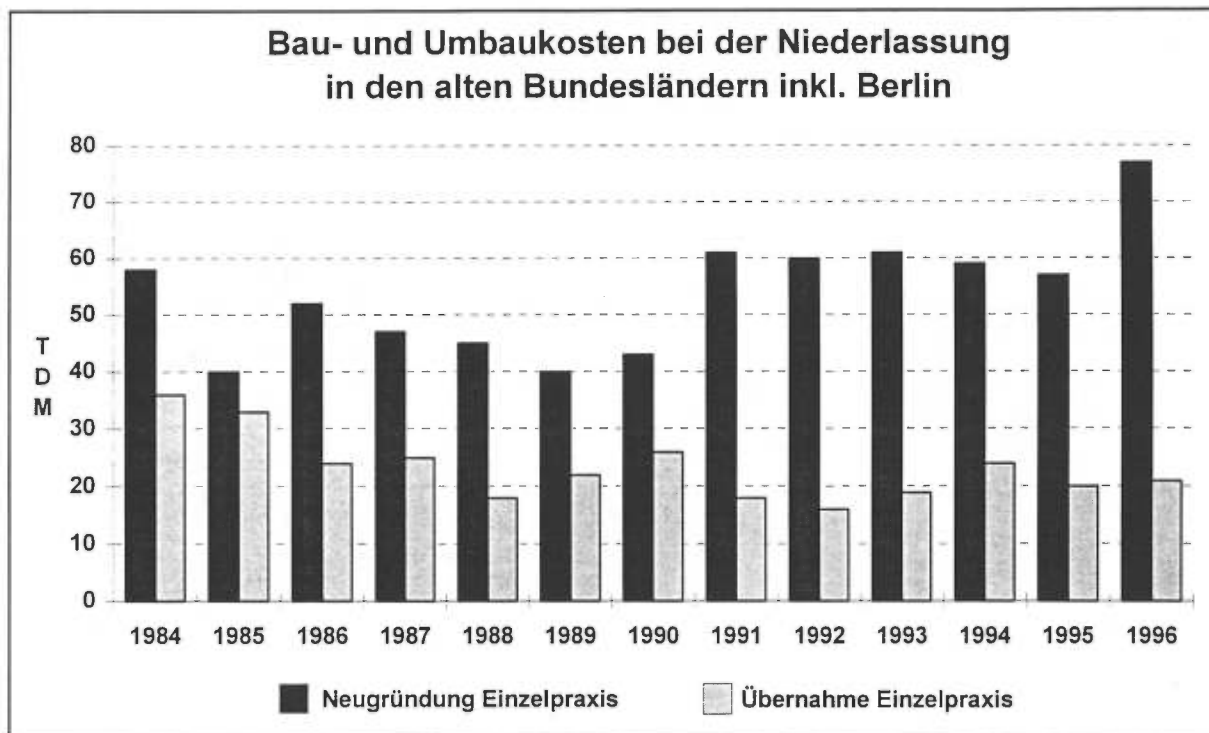


Abbildung 12

3.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Praxisübernahme

Bei einer Praxisübernahme muß zwischen dem Substanzwert und dem ideellen Wert unterschieden werden. Der Substanzwert oder auch materielle Wert einer Praxis ergibt sich aus der Addition der Einzelwerte der übernommenen Geräte und Ausstattungen. Der vom übernehmenden Zahnarzt an den Praxisinhaber zu zahlende ideelle Wert oder auch „**Goodwill**“ ist der Betrag, um den der tatsächlich zu zahlende Kaufpreis den Substanzwert übersteigt. Der ideelle Wert einer Praxis wird im wesentlichen durch die persönlichen Beziehungen und das langjährige Betreuungsverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient sowie durch die Praxislage und -organisation beeinflusst. Letztlich unterliegt der zu zahlende Preis für den Goodwill der freien Aushandlung zwischen den Vertragspartnern. Je mehr ein Käufer für den ideellen Wert zu zahlen bereit ist, um so besser schätzt er die zukünftige Ertragskraft der Praxis ein.

Im Jahr 1996 beträgt der durchschnittliche Substanzwert der übergebenen Praxen zzgl. Neuanschaffungen 221 TDM und liegt damit im Vergleich zum Vorjahr um 20 TDM höher. Für die Jahre 1995 und 1996 können erstmals der Substanzwert und die Neuanschaffungen für medizinisch-technische Geräte und Einrichtungen getrennt ausgewiesen werden; es zeigt sich, daß das Verhältnis zwischen Substanzwert und Neuanschaffungen 2 zu 1 ist (vgl. Abb. 13).

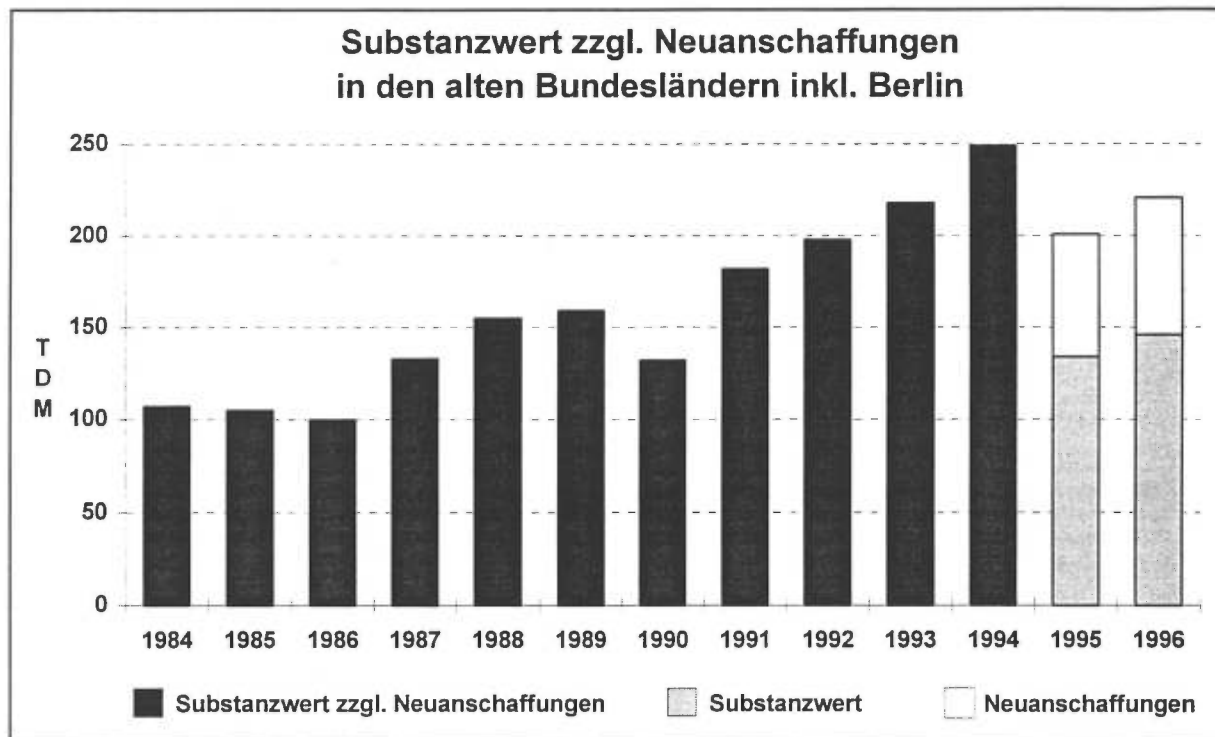


Abbildung 13

Im tatsächlich gezahlten Goodwill spiegelt sich die Erwartung des übernehmenden Zahnarztes an die zukünftige Ertragslage der Praxis wider. Die **Erwartungsbildung** wird durch die Entwicklung der letztjährigen nominalen Einnahmenüberschüsse (Quelle: KZBV Jahrbuch 96) und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die in der IDZ-Information 3/1996 aufgrund empirischer Beobachtungen formulierte Aussage, daß die Entwicklung des Goodwill der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse mit einer einjährigen Verzögerung folgt, wird durch die Zahlen des Jahres 1996 bestätigt (vgl. Abb. 14). Nur in den Jahren 1992-1994 übten die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993) verbundenen negativen Erwartungen der Zahnärzte einen dominierenden Einfluß auf die Entwicklung des ideellen Wertes aus. Dem für das Jahr 1992 zu beobachtenden Anstieg der Einnahmenüberschüsse folgte 1993 ein unverhältnismäßig großer Abfall des Goodwill. Da die Einbußen beim Einnahmenüberschuß für das Jahr 1993 geringer ausfielen als befürchtet, reagierte der Goodwill 1994 mit einem leichten Anstieg.

Der bei einer **Übernahme** zu zahlende Goodwill hängt stark von der **Praxislage** ab. In einer Mittelstadt beträgt er 147 TDM, in einer Kleinstadt 116 TDM und in der Großstadt 100 TDM. Dieses Teilergebnis ist sicherlich ein Indiz dafür, warum zahnärztliche Existenzgründer zunehmend die Mittel- und Kleinstädte als Niederlassungsort bevorzugen (vgl. 2.3 Praxislage).

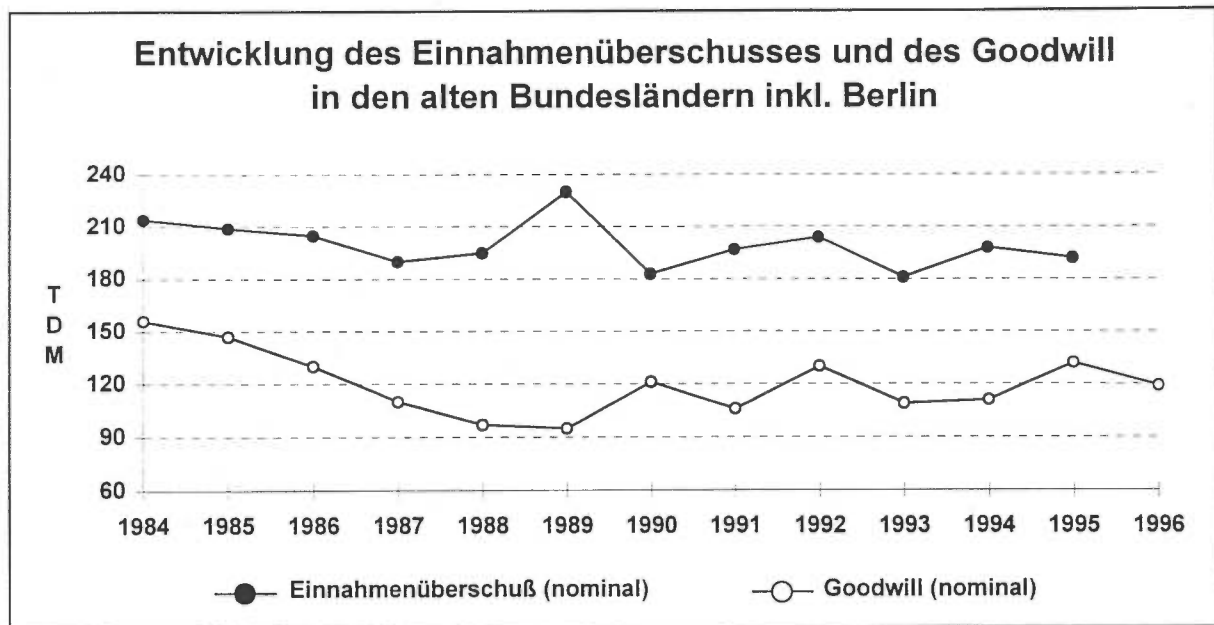


Abbildung 14

3.1.5 Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Existenzgründung in den alten Bundesländern

Bezogen auf das Bundesgebiet wurde durch die zahnärztlichen Existenzgründer im Jahre 1996 ein Investitionsvolumen in Höhe von ca. 1 Mrd. DM aufgebracht. Dieser bedeutende Input für die Volkswirtschaft wird in den oftmals einseitig kostenorientiert geführten Diskussionen über das Gesundheitswesen gerne übersehen.

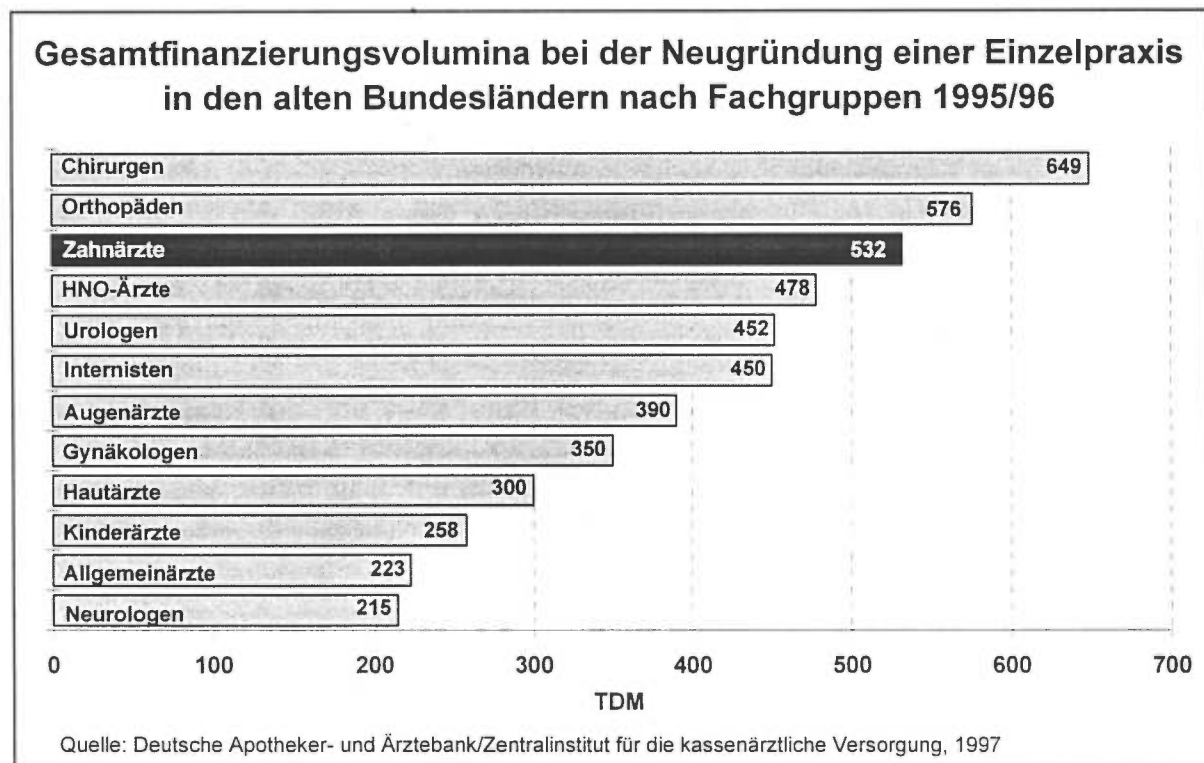


Abbildung 15

Der arztgruppenbezogene Vergleich der für eine Praxisgründung aufzubringenden Finanzmittel in den Jahren 1995/96 zeigt, daß das zahnärztliche Investitionsvolumen nur durch das der **Chirurgen** und der **Orthopäden** übertroffen wird (vgl. Abb. 15). Die von den drei genannten Arztgruppen in Anspruch genommenen überdurchschnittlichen Betriebsmittelkredite werden ursächlich durch die sehr hohen Praxisinvestitionen bedingt.

3.2 Spezialbetrachtung: Ostdeutschland

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können den Tabellen 3 und 4 entnommen werden. Eine statistische Auswertung der Übernahmen ist nur für die Jahre 1990 und 1991 sinnvoll, da der in diesem Zeitraum stattfindende Ausgliederungsprozeß von Zahnarztpraxen aus den Polikliniken für eine genügend große Fallzahl sorgte. Für die Jahre 1992-1996 kommt der „Normalfall“ einer Praxisübernahme von einem aus Altersgründen seine Praxis aufgebenden Zahnarzte zu selten vor, um auf dieser Basis zu gesicherten statistischen Ergebnissen zu gelangen.

Neugründung einer Einzelpraxis	1990	1991/1	1991/2	1992	1993	1994	1995	1996
med.-techn. Geräte und Einrichtung	145	169	192	246	281	288	289	314
+ Bau- und Umbaukosten	57	57	76	98	81	49	44	61
= Praxisinvestitionen	202	226	268	344	362	337	333	375
+ Betriebsmittelkredit	38	48	48	62	68	79	93	87
= Finanzierungsvolumen	240	274	316	406	430	416	426	462

Tabelle 3

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1990	1991/1	1991/2	1992	1993	1994	1995	1996
Übernahmewert einer Praxis	136	152	231	/	/	/	/	/
+ Bau- und Umbaukosten	31	38	42	/	/	/	/	/
= Praxisinvestitionen	167	190	273	/	/	/	/	/
+ Betriebsmittelkredit	40	51	64	/	/	/	/	/
= Finanzierungsvolumen	207	241	337	/	/	/	/	/

Tabelle 4

Angaben in TDM

3.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Nach Jahren starken Wachstums (1990-1993) stabilisierte sich das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Praxisneugründung in den neuen Bundesländern auf dem erreichten Niveau. Im Jahre 1996 erlebte das Gesamtfinanzierungsvolumen wieder einen im Vergleich zum Vorjahr deutlichen Anstieg um 8,5 % auf 462 TDM (vgl. Abb. 16).

Seit 1992 belaufen sich die für eine Praxisneugründung in den neuen Bundesländern aufzubringenden finanziellen Mittel **durchschnittlich auf 85 % des westdeutschen Niveaus**. Der in den neuen Bundesländern gezahlte niedrigere durchschnittliche GKV-Punktwert - im Jahre 1996 betrug der Unterschied etwa 10 % (Quelle: KZBV Jahrbuch 1996) - übt einen wichtigen Einfluß auf die Höhe des beobachtbaren Unterschiedes aus. Für die Zukunft ist zu erwarten, daß die Annäherung der Punktwerte auch zu einer Annäherung der Investitionsvolumina führen wird.

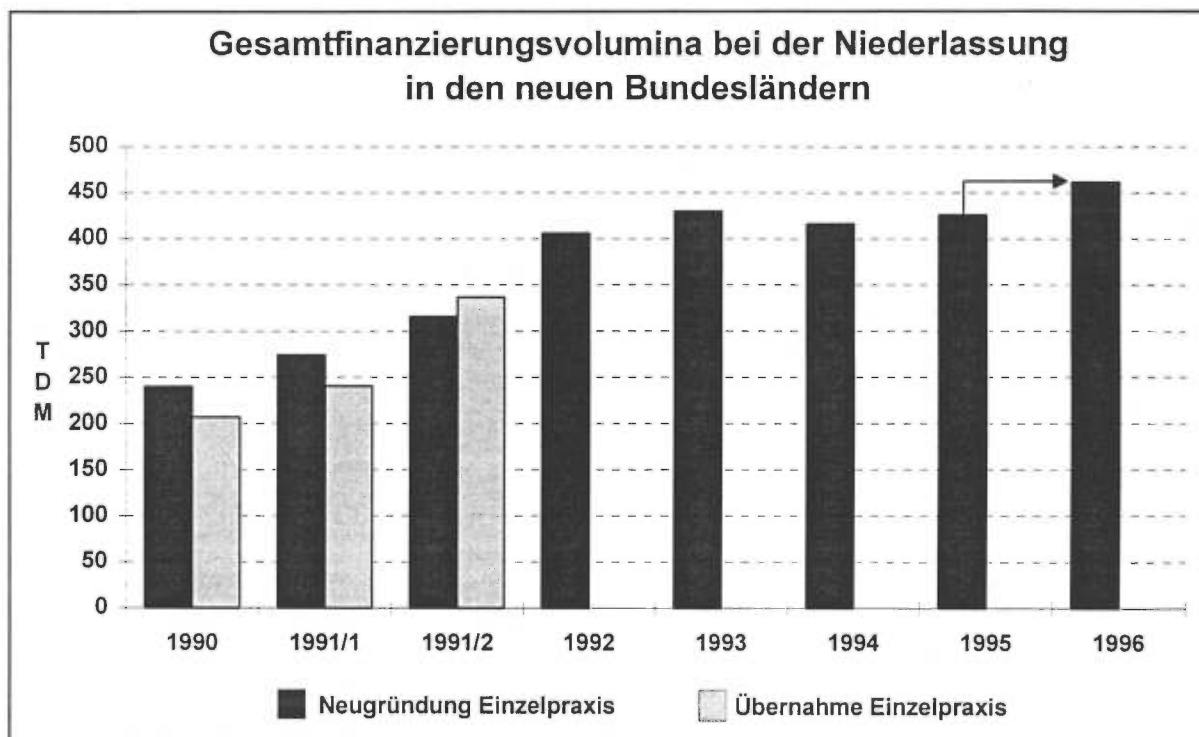


Abbildung 16

3.2.2 Der Betriebsmittelkredit

Wie oben erwähnt, dient der Betriebsmittelkredit dem Zahnarzt während der Existenzgründungsphase zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. Innerhalb von fünf Jahren (1990-1995) stieg der Betriebsmittelkredit einer Neugründung in den neuen Bundesländern um 55 TDM auf 93 TDM. Während in den alten Bundesländern der von den Existenzgründern in Anspruch genommene Betriebsmittelkredit auch 1996 seinen Wachstumstrend fortsetzte, liegt er in den neuen Bundesländern bei einer Praxisgründung mit 87 TDM knapp unter dem Wert des Jahres 1995 (vgl. Abb. 17).

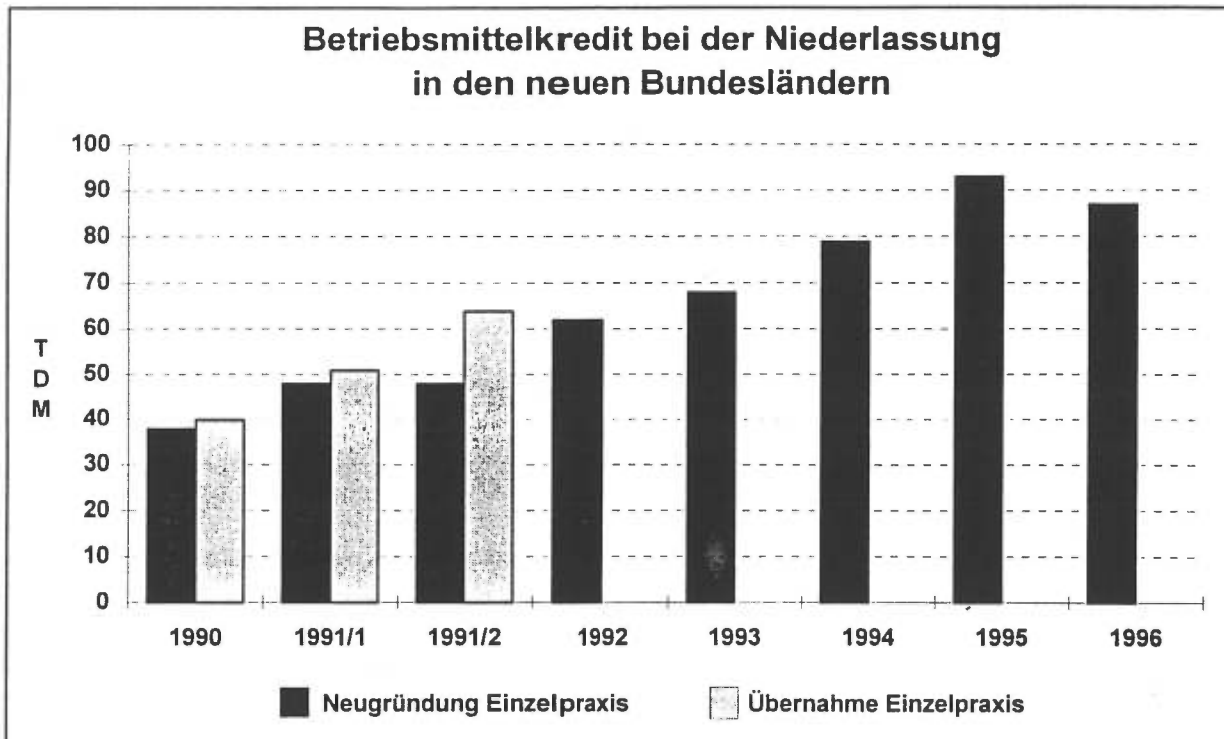


Abbildung 17

3.2.3 Die Bau- und Umbaukosten

Bis 1992 stiegen die Bau- und Umbaukosten einer Neugründung stark an. Verantwortlich für diese Entwicklung war der schlechte bauliche Zustand vieler für eine Zahnarztpraxis in Frage kommender Räumlichkeiten. Die danach einsetzende Verbesserung der baulichen Infrastruktur in den neuen Bundesländern führte zu einem Absinken der durch den Zahnarzt zu tragenden Bau- und Umbaukosten. Im Jahre 1996 belaufen sich die baulichen Kosten bei einer Praxisgründung auf 61 TDM und liegen damit um 17 TDM über dem Wert des Vorjahres (vgl. Abb. 18).

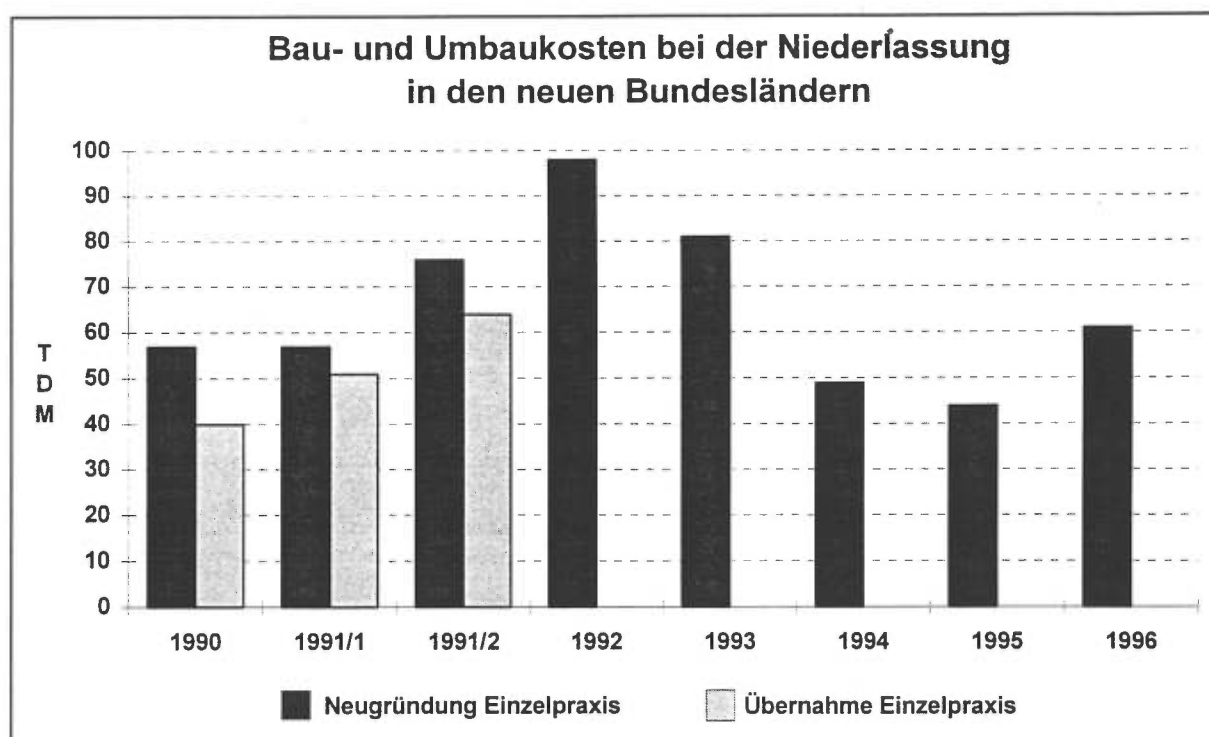


Abbildung 18

Quellen:

1. Deutsche Apotheker- und Ärztekammer/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 1995/1996 (unveröffentlichtes Material)
2. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 96. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 1996
3. Kaufhold, Ralph: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995, IDZ-Information 3/96
4. Muschallik, Thomas: Praxisübergabe auch mit 68 Jahren möglich. zm 87, Nr. 9, 1. 5. 1997, S. 16
5. Statistiken der Bundeszahnärztekammer 1997 (mündliche Auskunft)