



### Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 1995 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- In den alten Bundesländern werden die meisten zahnärztlichen Existenzgründungen in Form einer Einzelpraxisübernahme verwirklicht; gleichzeitig wächst die Bedeutung der Gemeinschaftspraxis. Für die neuen Bundesländer ist die Einzelpraxisgründung die dominierende Niederlassungsform.
- Die mit der Übernahme einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern verbundenen Ausgaben haben sich verringert und lagen 1995 deutlich unter denen einer Neugründung.
- Im gesamten Bundesgebiet hält der Wachstumstrend der nominalen Betriebsmittelkredite - unabhängig von der Niederlassungsform - an. Die in den alten Bundesländern im Zeitraum von 1984 bis 1995 real in Anspruch genommenen Betriebsmittelkredite bleiben annähernd konstant.
- Die Entwicklung des bei einer Praxisübernahme in den alten Bundesländern an den Praxisinhaber zu zahlenden Substanzwertes und ideellen Wertes verlief unterschiedlich; einem gestiegenen ideellen Wert steht ein stark gesunkener Substanzwert gegenüber.
- In der Regel folgt in den alten Bundesländern die Entwicklung des ideellen Praxiswertes der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse mit einer einjährigen Verzögerung.
- Im Jahre 1995 unterscheiden sich die Struktur des ost- und westdeutschen Gesamtfinanzierungsvolumens einer Einzelpraxisgründung nur noch geringfügig.

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 1995**

The Institute of the 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 1995 the following central results can be pointed out:

- In the former federal states in most cases when dentists set-up they take over a one-dentist practice; at the same time the importance of group practices is increasing. In the new federal states the setting-up of a one-dentist practice is the predominant form of establishment.
- The costs involved with the taking over of a one-dentist practice in the former federal states have decreased, and in 1995 they were significantly lower than the costs for setting-up a new practice.
- In the entire federal territory the trend to growth of the nominal working capital credit - independent of the form of establishment - is increasing. The working capital credits really claimed on in the former federal states in the period from 1984 to 1995 nearly remained unchanged.
- On taking over a practice in the former federal states the development of the capitalised earnings value to be paid to the practice-owner and the intangible value proceeded quite differently; an increased intangible value is opposed to a substantially decreased capitalised earnings value.
- In general the development of the intangible value of the practice follows the development of the surplus in receipts with a delay of one year in the former federal states.
- In the year 1995 the structure of the total financing volume for setting-up a one-dentist practice only differed slightly in Eastern and Western Germany.

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

Editorial work: Dr. Wolfgang Micheelis

# Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995

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 nominalen und realen Entwicklung der Praxisinvestitionen und des Betriebsmittelkredits
- 3.2 Ostdeutschland
  - 3.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen
  - 3.1.2 Der Betriebsmittelkredit
  - 3.1.3 Die Bau- und Umbaukosten
- 3.3 Das Investitionsverhalten im Ost-West-Vergleich

### 1. Methodische Vorbemerkungen

Das Ziel dieses Berichtes besteht in der Darstellung und Analyse der Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens bei der Niederlassung für das Jahr 1995 und seiner zeitlichen Entwicklung seit 1984.

Einen Eindruck über die gesamtwirtschaftliche 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 für das **Jahr 1995** wieder auf **ca. 2.000 Existenzgründungen** an (Quelle: Bundeszahnärztekammer 1996).

Ab 1984 werden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen nach einer einheitlichen Systematik erfaßt und

ausgewertet. 1995 belief sich die Zahl der auswertbaren Kreditprotokolle auf insgesamt knapp 600 Exemplare, die sich zwischen den alten und neuen Bundesländern im Verhältnis 5 zu 1 aufteilten. Die statistische Auswertung wurde gemeinsam von der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer und dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) durchgeführt und vermittelt einen recht breiten Einblick in das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung.

Um das zahnärztliche Investitionsverhalten statistisch auswerten zu können, 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 *Betriebsmittelkredits*
- 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

Für die Größen a) bis j) wurden die Randverteilungen bestimmt. Die Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen wurden für die Größen d) bis j) bzgl. der Größen a) bis c) berechnet. Zur Bestimmung der relativen Häufigkeiten wurden die Größen b) und c) gegen die Größe a) und die Größe i) gegen die Größe j) kreuzgezählt.

## 2. Analyse der Einflußfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

Das Investitionsvolumen, welches bei einer Niederlassung aufzubringen ist, wird durch drei wichtige Faktoren beeinflusst: die Art der zahnärztlichen Existenzgründung, das Alter des Zahnarztes und die gewählte Region.

### 2.1 Art der Existenzgründung

Für die folgenden Analysen dieses Berichtes wird zwischen drei Arten der zahnärztlichen Existenzgründung unterschieden: die Neugründung einer Einzelpraxis (EP), die Übernahme einer Einzelpraxis und die Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis (GP). In der Rubrik Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis werden 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, ist diese Substitution notwendig, da die vorliegenden Kreditprotokolle eine detaillierte Analyse noch nicht zulassen.

In den **alten Bundesländern** entfielen 50% der in die Auswertung eingegangenen Kreditprotokolle auf die Einzelpraxisübernahme (vgl. Abb. 1). Damit liegen die westdeutschen Existenzgründungen in Form einer Einzelpraxisübernahme wieder über denen der Einzelpraxis-

gründung. Vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (z. B. steigende Zahnarztdichte, Zulassungsbeschränkungen, Kostendämpfungsmaßnahmen etc.) bietet die Übernahme einer etablierten Praxis dem niederlassungswilligen Zahnarzt eine gute Möglichkeit, sein wirtschaftliches 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 Zueigungsbereitschaft an sich zu binden. Dabei kann er auf das eingearbeitete Personal und eine funktionierende Praxisorganisation zurückgreifen.

In den **neuen Bundesländern** werden 63% aller Existenzgründungen als Neugründung einer Einzelpraxis durchgeführt (vgl. Abb. 2). Diese Dominanz der Einzelpraxisgründung beruht auf dem in Vergleich zu Westdeutschland niedrigeren Anteil älterer, in eigener Praxis niedergelassener Zahnärzte. Während in den alten Bundesländern 17% der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte 55 Jahre oder älter sind, sind es in den neuen Bundesländern nur 9% (Quelle: Bundeszahnärztekammer 1996). Der damit verbundene geringe Bestand von ostdeutschen Alterspraxen wirkt sich naturgemäß restriktiv auf die Zahl der Praxisübernahmen aus.

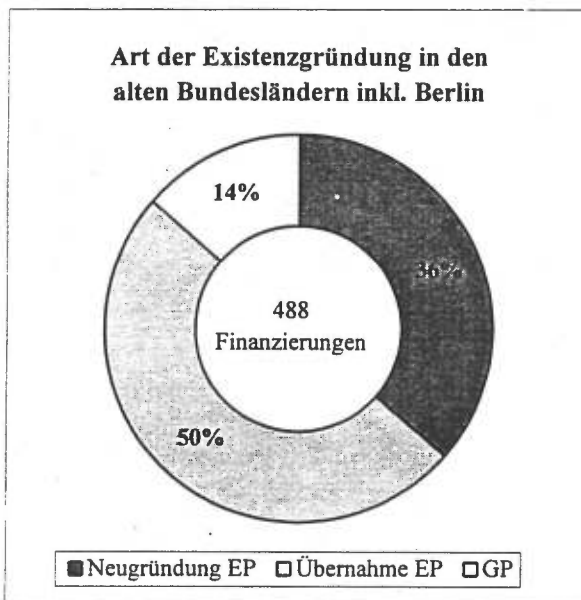


Abbildung 1

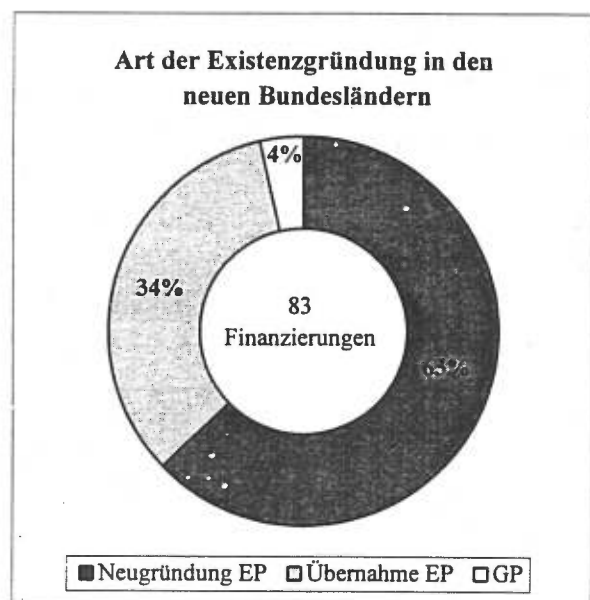


Abbildung 2

## 2.2 Alter des Kreditnehmers

Die im Vergleich zu Westdeutschland junge Altersstruktur der niedergelassenen ostdeutschen Zahnärzte findet ihr Pendant in der Altersverteilung bei der Existenzgründung. In den neuen Bundesländern werden 66% aller Niederlassungen von 26-30jährigen Zahnärzten durchgeführt (vgl. Abb. 4). In den alten Bundesländern entfallen auf diese Altersklasse nur 29%, dort bilden die 31-40jährigen Zahnärzte mit 58% der Niederlassungen die stärkste Gruppe (vgl. Abb. 3).

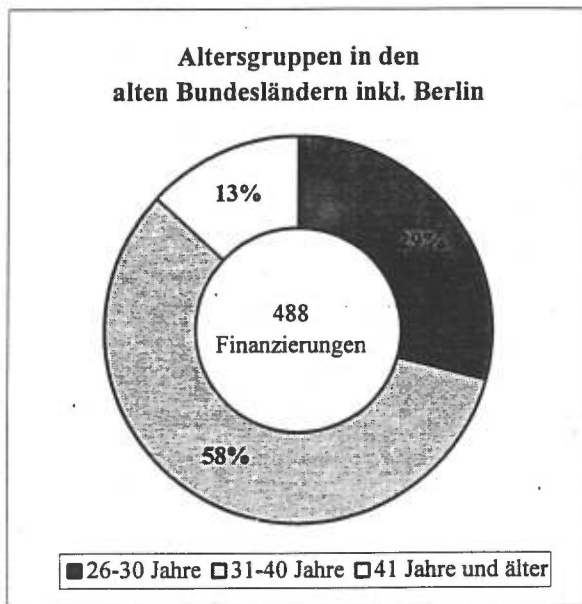


Abbildung 3

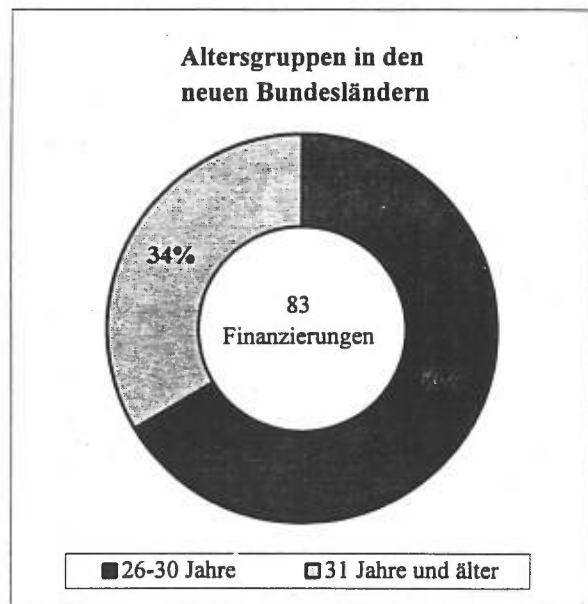


Abbildung 4

Die Betrachtung der relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen differenziert nach Altersgruppen für die alten Bundesländern. Sie zeigt, daß - unabhängig vom Alter - die Übernahme einer Einzelpraxis mit 50% bzw. 51% die häufigste Form der Existenzgründung ist. Sowohl bei den 26-30jährigen, als auch bei den 31-40jährigen liegt der Anteil der Gemeinschaftspraxen deutlich über 10% (vgl. Abb. 5). Dies ist ein Beleg für die steigende Bedeutung von Gemeinschaftspraxen, ein Trend, der sich auch in Zukunft weiter fortsetzen dürfte.

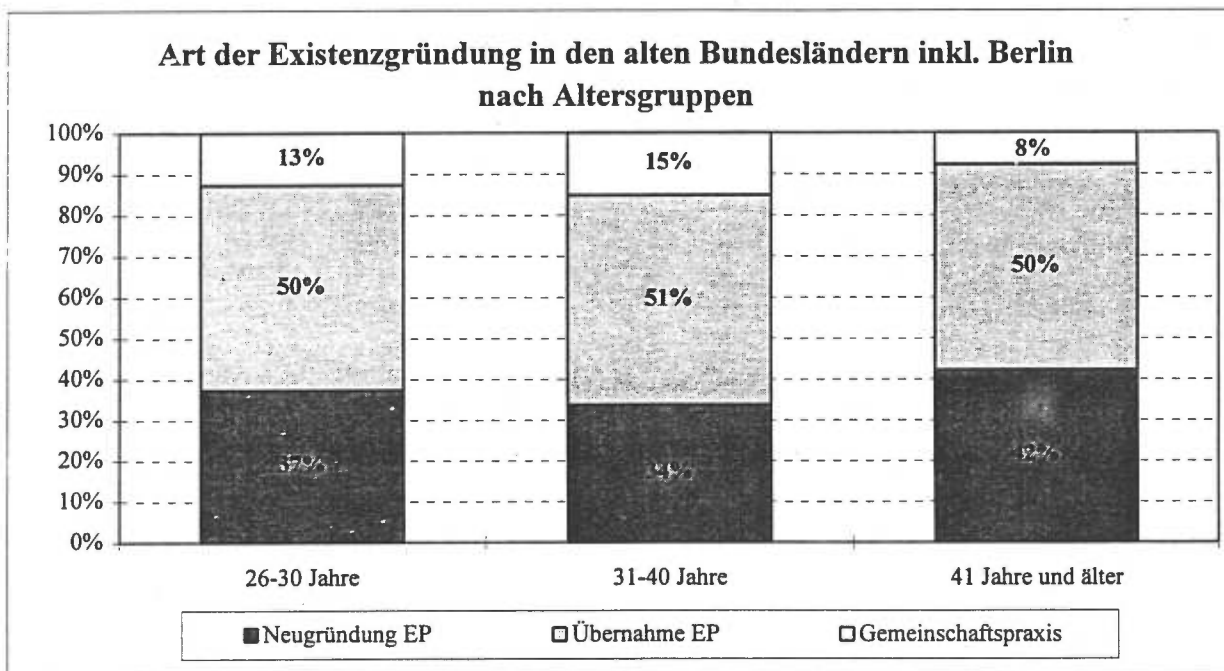


Abbildung 5

### 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. Zahnarzt-dichte (Einwohner je behandelnd tätigen Zahnarzt) und die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme beeinflusst wird.

Für die alten Bundesländer gilt, daß die Anzahl der Existenzgründungen mit zunehmendem Verstädterungsgrad steigt; 51% der westdeutschen Niederlassungen werden in Großstädten verwirklicht (vgl. Abb. 6). In den neuen Bundesländern ließen sich 48% der Zahnärzte in Mittelstädten und nur 12% in Großstädten nieder (vgl. Abb. 7). In diesen Zahlen spiegelt sich die unterschiedliche Struktur der west- und ostdeutschen Siedlungsdichte wieder. Bei der Interpretation der Ergebnisse muß berücksichtigt werden, daß die Auswertung der Kreditprotokolle 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.

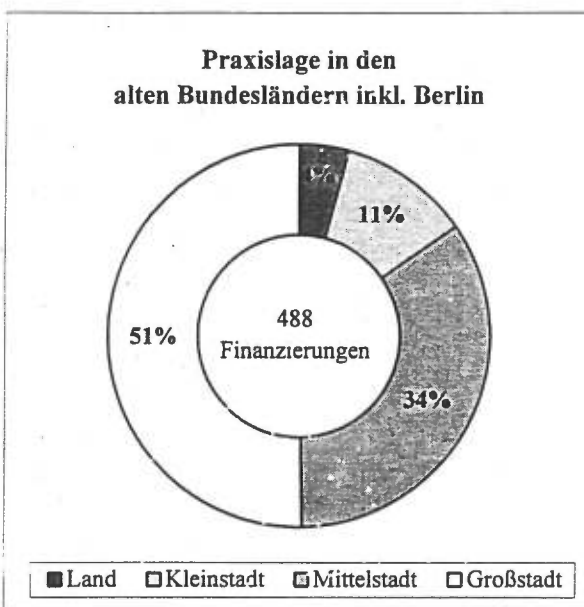


Abbildung 6

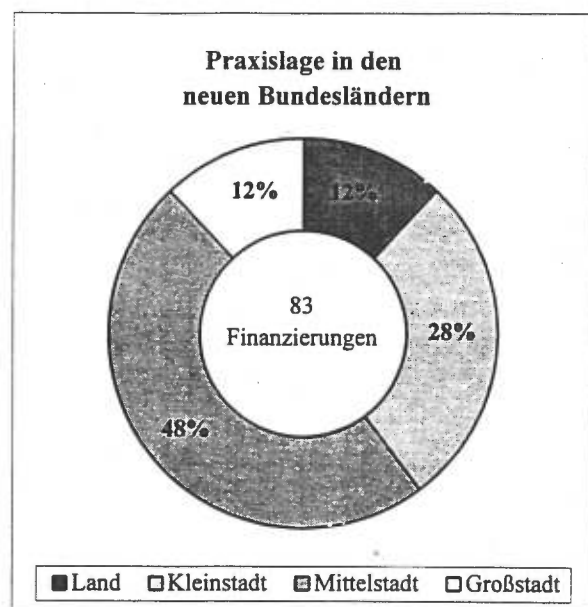


Abbildung 7

Werden die ländlichen Gebiete bei der Betrachtung der relativen Häufigkeiten ausgeklammert, so läßt sich ein eindeutiger Trend erkennen: In den alten Bundesländern wächst die Bedeutung der Einzelpraxisübernahme und der Gemeinschaftspraxis mit steigendem Verstädterungsgrad stetig an, während die Relevanz der Einzelpraxisgründung abnimmt (vgl. Abb. 8). Dieser Trend erlaubt den Rückschluß, daß mit zunehmendem Verstädterungsgrad tendenziell auch die Zahnarzt-dichte zunimmt. Die Beobachtungen für das Jahr 1995 entsprechen dabei denen des Vorjahres (vgl. Abb. 9).

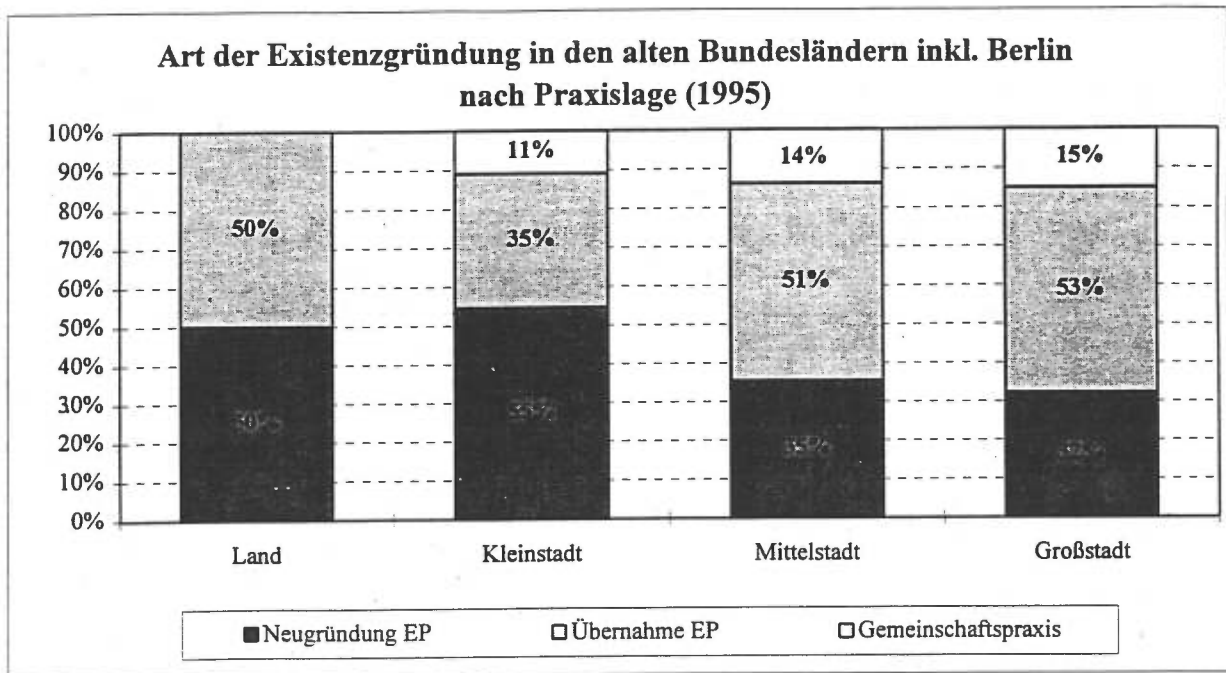


Abbildung 8

Auch 1995 hält der Aufwärtstrend der Gemeinschaftspraxen an, wie 1994 liegt ihr Anteil in den Groß- und Mittelstädten deutlich über 10%, in den Kleinstädten wuchs ihr Anteil um 8% auf 11%. Im Jahre 1995 wurden in den ländlichen Gebieten keine Niederlassungen in Form einer Gemeinschaftspraxis erfaßt (1994 waren es 5%). Diese Beobachtung spricht nicht gegen die wachsende Bedeutung der Gemeinschaftspraxis, da in den ländlichen Gebieten Westdeutschlands nur 4% aller zahnärztlichen Existenzgründungen vorgenommen werden.

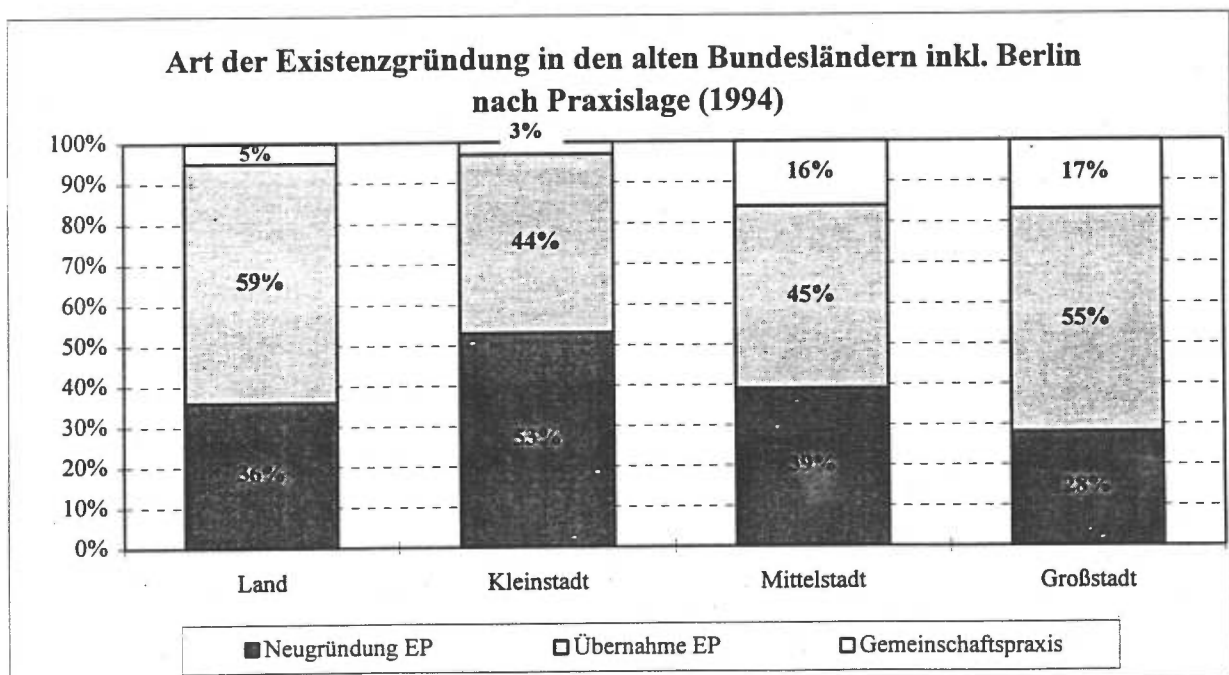


Abbildung 9



### 3. Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens

Im folgenden Kapitel werden nur die Existenzgründungen in Form einer Neugründung bzw. der Übernahme einer Einzelpraxis 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 Mittelwerten für die Jahre 1984 bis 1995 sind in den Tabellen 1 und 2 dargestellt.

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

Tabelle 1

Angaben in TDM

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

Tabelle 2

Angaben in TDM

### 3.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Erstmals seit 1984 überschritt das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisgründung die 500 TDM-Grenze. Der seit 1986 zu beobachtende kontinuierliche Anstieg des Investitionsvolumens für eine Übernahme setzte sich 1995 nicht weiter fort. Innerhalb eines Jahres sank das Gesamtfinanzierungsvolumen um 29 TDM von 476 TDM im Jahre 1994 auf 447 TDM im Jahre 1995 (vgl. Abb. 10).

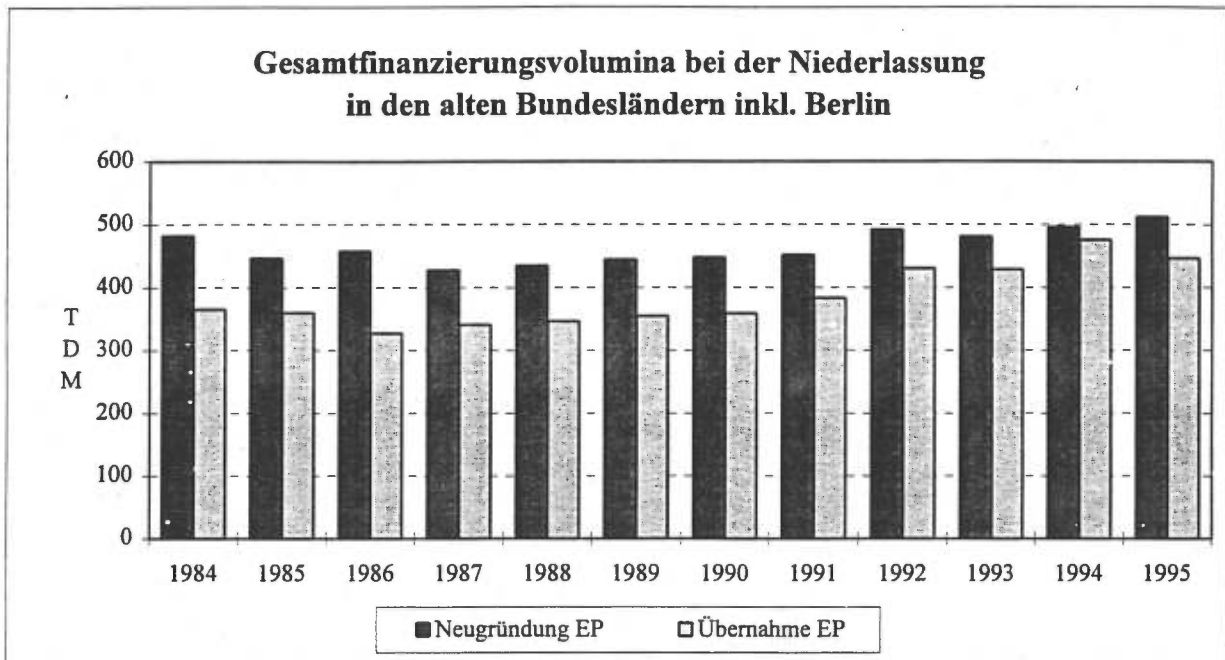


Abbildung 10

Während sich in der Vergangenheit die aufzubringenden Finanzmittel für eine Praxisübernahme immer weiter denen einer Praxisgründung annäherten (1994 betrug der Unterschied nur noch 20 TDM), wuchs der Abstand 1995 wieder auf 65 TDM (vgl. Abb. 11). Diese Differenz resultiert im wesentlichen aus den niedrigeren Betriebsmittelkrediten und niedrigeren Bau- und Umbaukosten einer Übernahme.

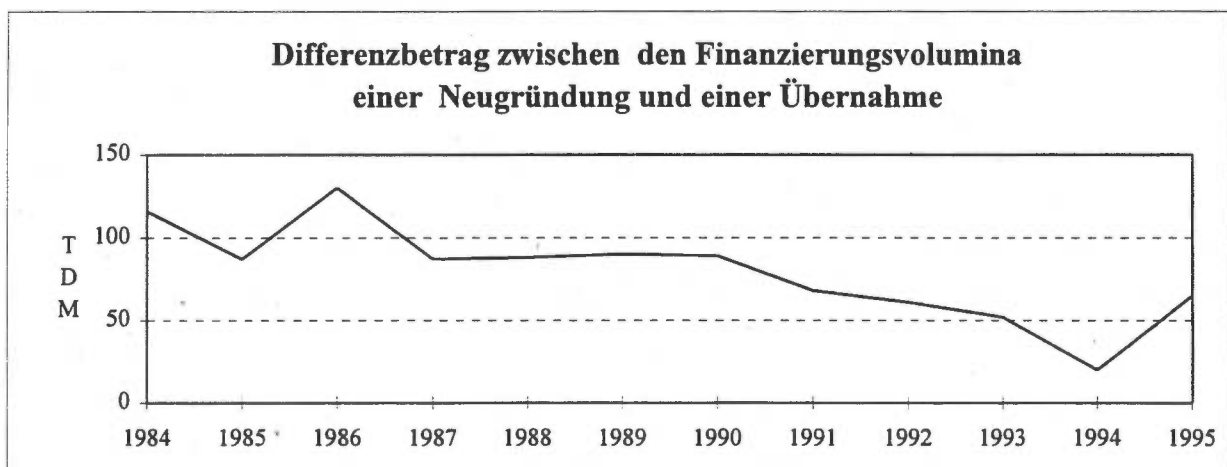


Abbildung 11

Wenn man berücksichtigt, daß in einem sich verschlechternden Umfeld die Übernahme einer etablierten Praxis an Attraktivität gewinnt, da sie mit einem geringeren wirtschaftlichen Risiko verbunden ist als eine Neugründung, und gleichzeitig die Niederlassungszahl und damit auch die potentielle Nachfrage steigt, so ist dies ein erstaunliches Ergebnis. Vergleicht man die Struktur der Finanzierungsvolumina der Übernahmen von 1994 und 1995, so fällt auf, daß die Ausgaben für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen um 48 TDM gesunken sind. Da für die Zeit vor 1995 noch keine Einzelbetrachtung des Substanzwertes und der Neuanschaffungen durchgeführt wurde, kann dieser Effekt nicht differenziert analysiert werden. Zu vermuten ist, daß 1995 die übernehmenden Zahnärzte nicht notwendige Neu- und Ersatzinvestitionen in einem größeren Umfang auf einen späteren Zeitpunkt verlegt haben.

### 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 Höchstanspruchnahme (sog. Kreditlinie) gewährt. Sowohl bei der Praxisgründung als auch bei der Praxisübernahme zeigt der Betriebsmittelkredit eine steigende Tendenz. Für beide Formen der Existenzgründung beträgt die durchschnittliche jährliche Zuwachsrate für den Zeitraum 1991-1995 ca. 4,7%. Im Jahre 1995 liegt der Betriebsmittelkredit einer Neugründung um 20 TDM über dem einer Übernahme (vgl. Abb. 12).



Abbildung 12

### 3.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Trotz der zu beobachtenden leichten Abwärtsbewegung erreichen die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Neugründung auch 1995 wieder das hohe Niveau der letzten Jahre. Die Bau- und Umbaukosten einer Praxisübernahme liegen um 37 TDM unter denen einer Praxisgründung (vgl. Abb. 13).

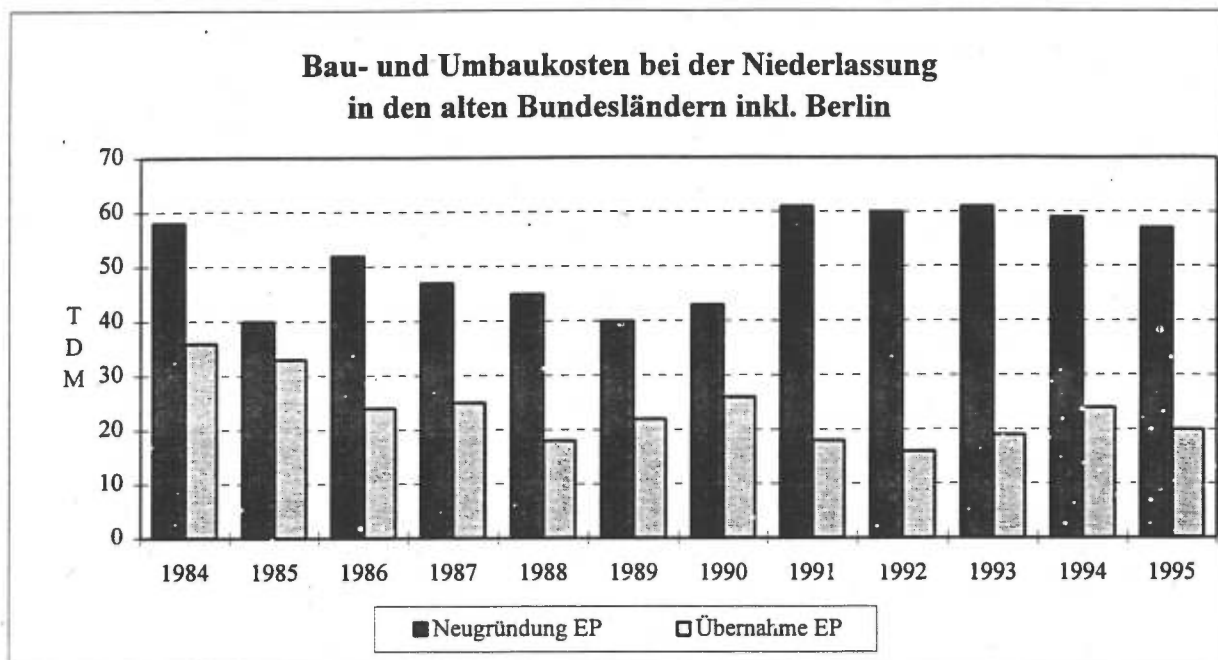


Abbildung 13

### 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.

Für das Jahr 1995 beträgt der durchschnittliche Substanzwert der übergebenen Praxen zzgl. der Mittel für Neuanschaffungen 201 TDM und liegt damit im Vergleich zum Vorjahr um 48 TDM niedriger. Der seit 1986 anhaltende Anstieg des Substanzwertes wurde bisher nur 1990 unterbrochen (vgl. Abb. 14). Ob das Jahr 1995 eine Trendwende bedeutet oder ein weiteres lokales Minimum in der Zeitreihe sein wird, wird die Zukunft zeigen.

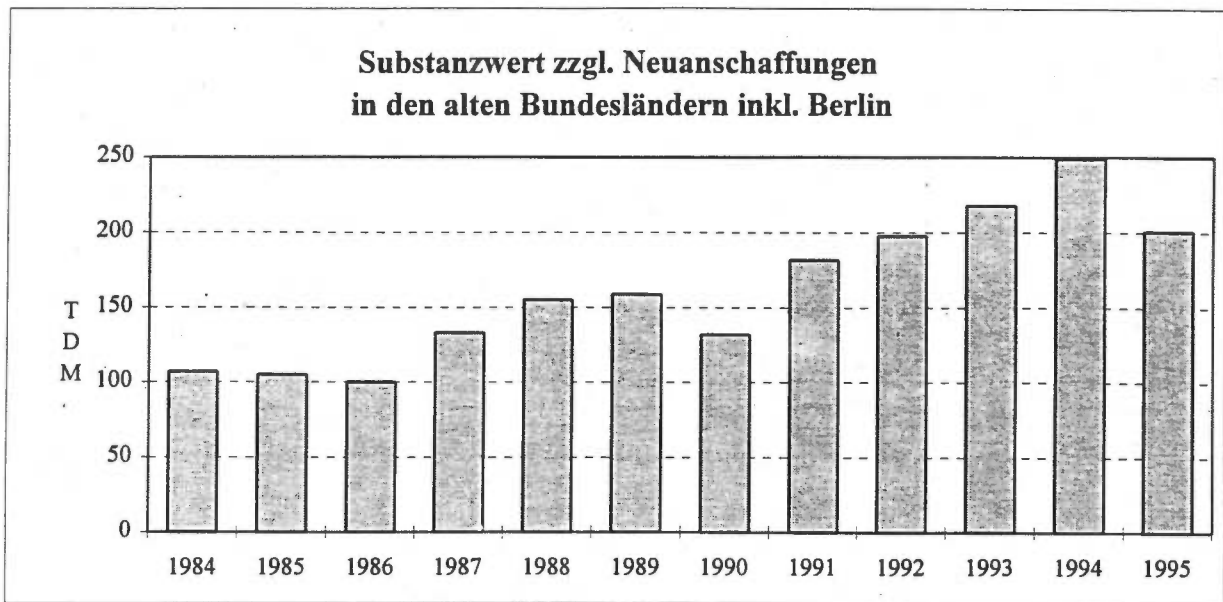


Abbildung 14

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 95) und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. In der Regel folgt die Entwicklung des Goodwill der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse mit einer einjährigen Verzögerung (vgl. Abb. 15). 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.

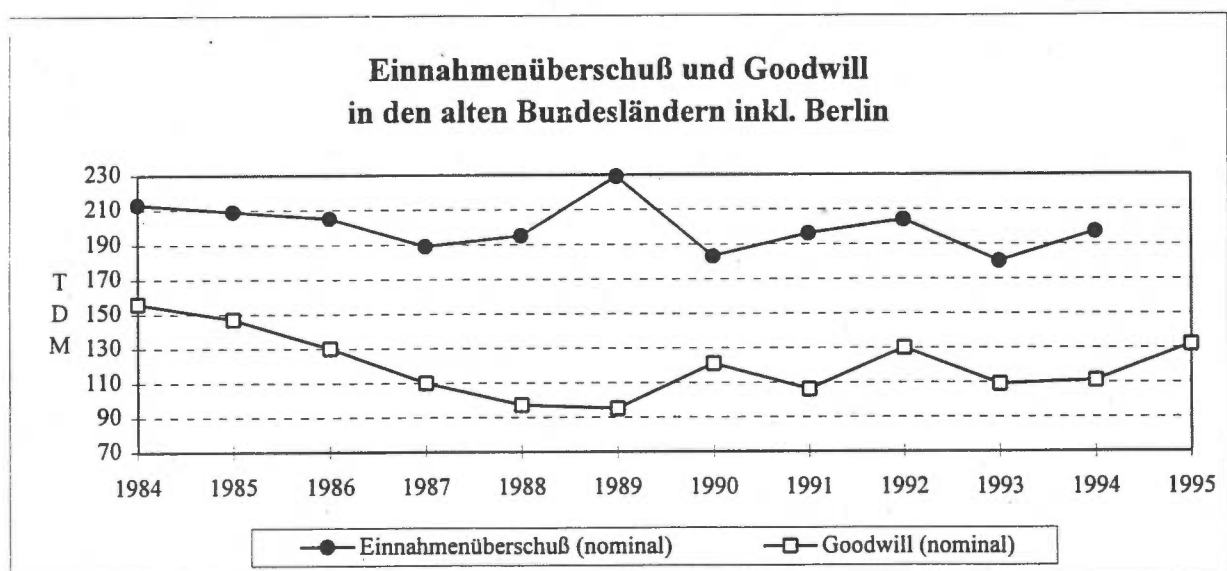


Abbildung 15

Der oben formulierte Zusammenhang zwischen Einnahmenüberschuß und Goodwill ist das Ergebnis eines Zeitreihenvergleichs; zu beachten ist, daß beide Zeitreihen die Entwicklung von Durchschnittswerten angeben. Eine direkte Überprüfung der Aussage auf der Ebene der einzelnen Zahnarztpraxis für das Jahr 1995 mit den statistischen Instrumenten der Kreuzzählung und der Regressionsanalyse ist nicht möglich, da individuelle Angaben nur für den ideellen Wert und nicht für den Einnahmenüberschuß verfügbar sind. Der indirekte Weg führt über den Vorjahresumsatz, der durch die Kreditprotokolle erfaßt wird. Diese Vorgehensweise ist zulässig, da zwischen Vorjahresumsatz und Einnahmenüberschuß eine unmittelbare Beziehung besteht.

Die Kreuztabellierung zwischen Vorjahresumsatz und Goodwill zeigte, daß mit zunehmender Größenklasse des Vorjahresumsatzes auch die relative Häufigkeit der entsprechenden Größenklasse des Goodwill steigt (vgl. Abb. 16).

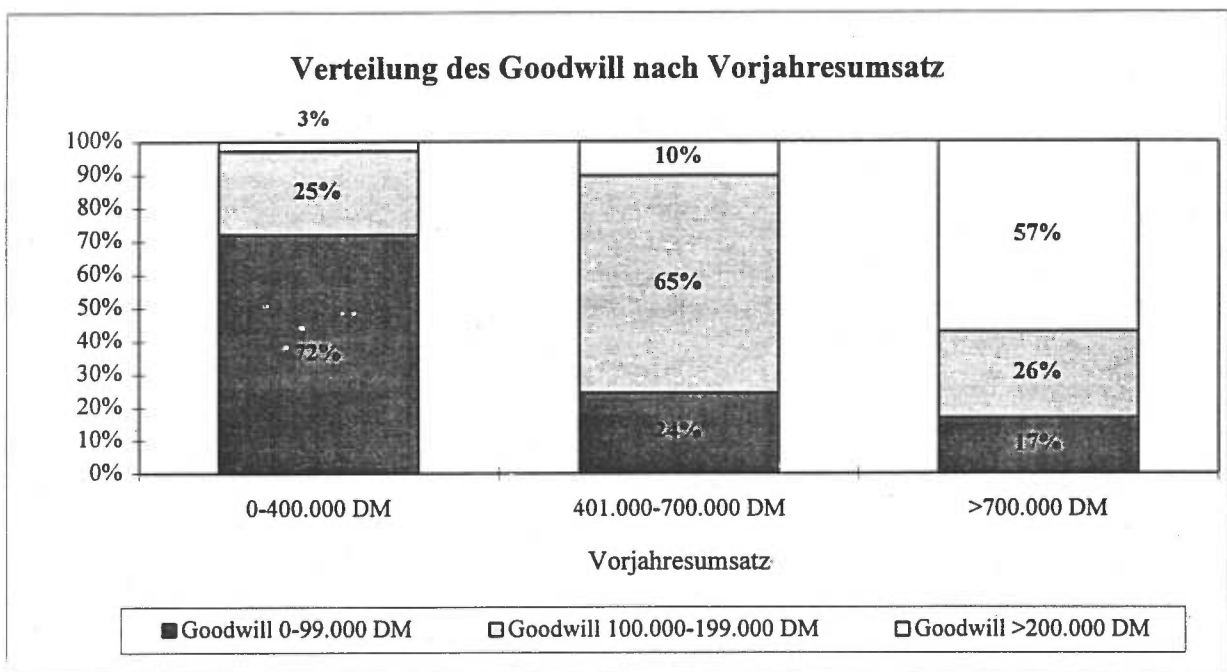


Abbildung 16

Um ein Maß für die „Stärke“ des Zusammenhangs zwischen Vorjahresumsatz und ideellem Wert zu erhalten, wurde ihr Korrelationskoeffizient „r“ berechnet. Das Ergebnis  $r = 0,51$  zeigt, daß der Vorjahresumsatz einen deutlich erkennbaren, aber keinesfalls dominierenden Einfluß auf den Goodwill des Jahres 1995 ausübt.

Diese Ergebnisse bestätigen den beobachteten Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Einnahmenüberschusses und des ideellen Wertes, weisen aber zugleich deutlich auf die nicht zu unterschätzende Bedeutung anderer Einflußgrößen, insbesondere die der individuellen Erwartungen, hin.

### 3.1.5 Vergleich der nominalen und realen Entwicklung der Praxisinvestitionen und des Betriebsmittelkredits

Obwohl die Entwicklung der realen Praxisinvestitionen (auf der Basis des Geldwertes von 1984) einer Neugründung und einer Übernahme in den alten Bundesländern im einzelnen sehr

unterschiedlich verlaufen, so ist doch eine Gemeinsamkeit zu erkennen. Bis 1987 verläuft bei beiden Formen der Niederlassung die jeweilige Entwicklung der nominalen und realen Praxisinvestitionen annähernd parallel, danach wächst der Abstand kontinuierlich. 1995 beträgt die Differenz bei der Praxisgründung ca. 90 TDM und bei der Praxisübernahme ca. 80 TDM. Im Zeitraum von 1984-1995 sinken die realen Praxisinvestitionen einer Einzelpraxisgründung beständig von 393 TDM im Jahre 1984 auf 308 TDM im Jahre 1995 (vgl. Abb. 17). Im Gegensatz dazu, ist bei den realen Praxisinvestitionen einer Übernahme kein eindeutiger Abwärtstrend erkennbar, 1992-1994 erreichte ihr Volumen sogar annähernd die Höhe des Jahres 1984 (299 TDM) und sank danach auf 272 TDM (vgl. Abb. 18).

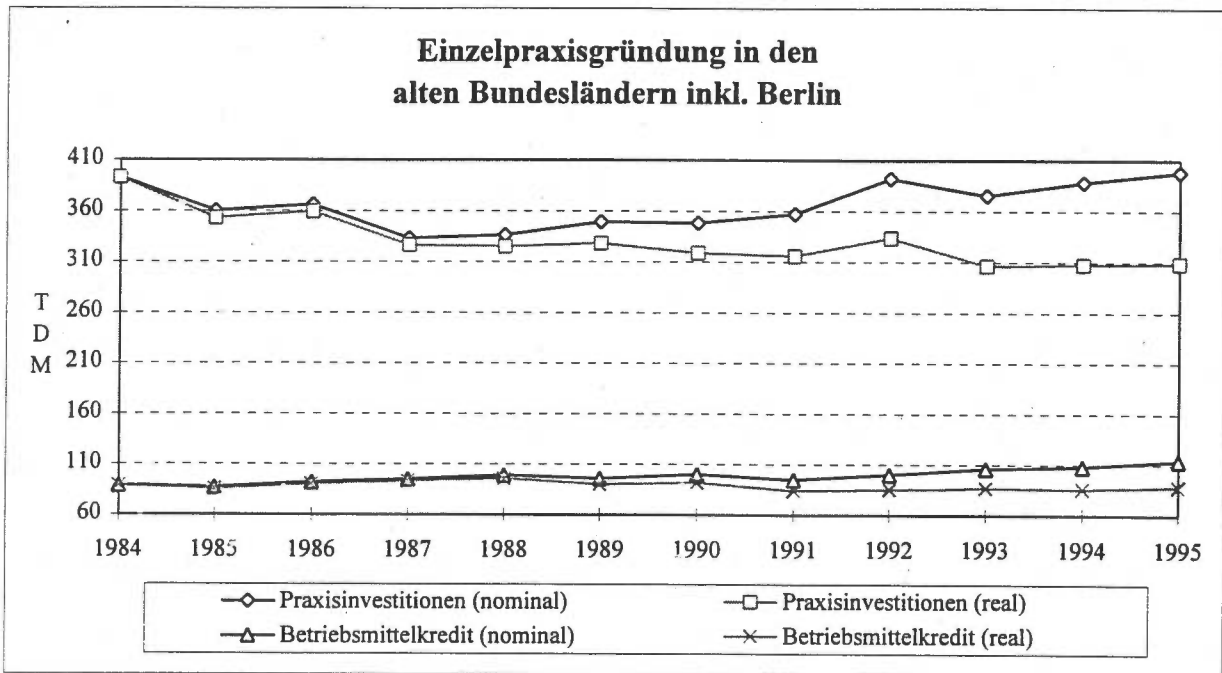


Abbildung 17

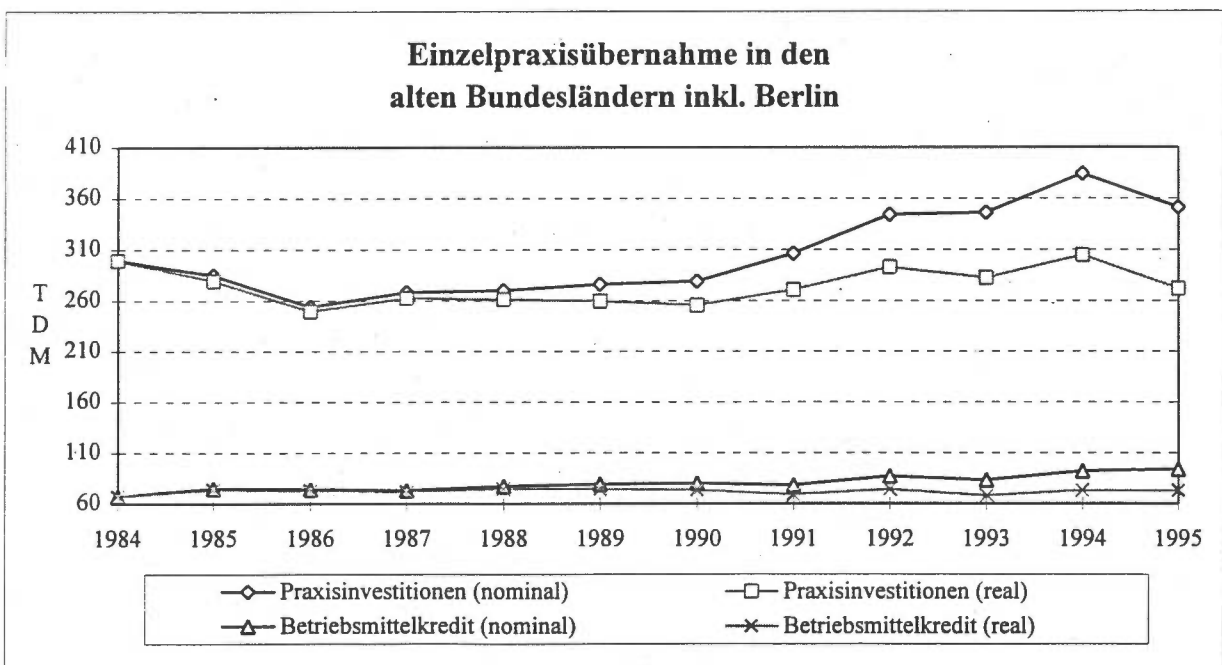


Abbildung 18

Ein möglicher Erklärungsansatz für die Tatsache, daß die realen Praxisinvestitionen 1995 niedriger sind als 1984, beruht auf der Realwertentwicklung der zahnärztlichen Einnahmenüberschüsse, die seit 1976 permanent sinken (Quelle: KZBV Jahrbuch 95).

Die real in Anspruch genommenen Betriebsmittelkredite erweisen sich sowohl bei der Praxisgründung als auch bei der Praxisübernahme als sehr stabil. Bei den Neugründungen schwanken sie um 90 TDM und bei den Übernahmen um 70 TDM.

Als Schlußfolgerung kann die durchaus positive Aussage formuliert werden, daß die Zahnärzte bei der freiberuflichen Existenzgründung auf die sich verschlechternden ökonomischen Rahmenbedingungen reagieren, indem sie vorsichtig bzw. angemessen investieren.

### 3.2 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 1992-1995 kommt der „Normalfall“ einer Praxisübernahme von einem aus Altersgründen seine Praxis aufgebenden Zahnarzte noch zu selten vor, um auf dieser Basis zu gesicherten Ergebnissen zu gelangen.

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

Tabelle 3

Angaben in TDM

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

Tabelle 4

Angaben in TDM



### 3.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Im Zeitraum von 1990 bis 1993 stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen der Einzelpraxisgründungen in den neuen Bundesländern stark an (vgl. Abb. 19) und liegt auch 1995 nur 4 TDM unter dem Höchststand von 1993 (430 TDM).

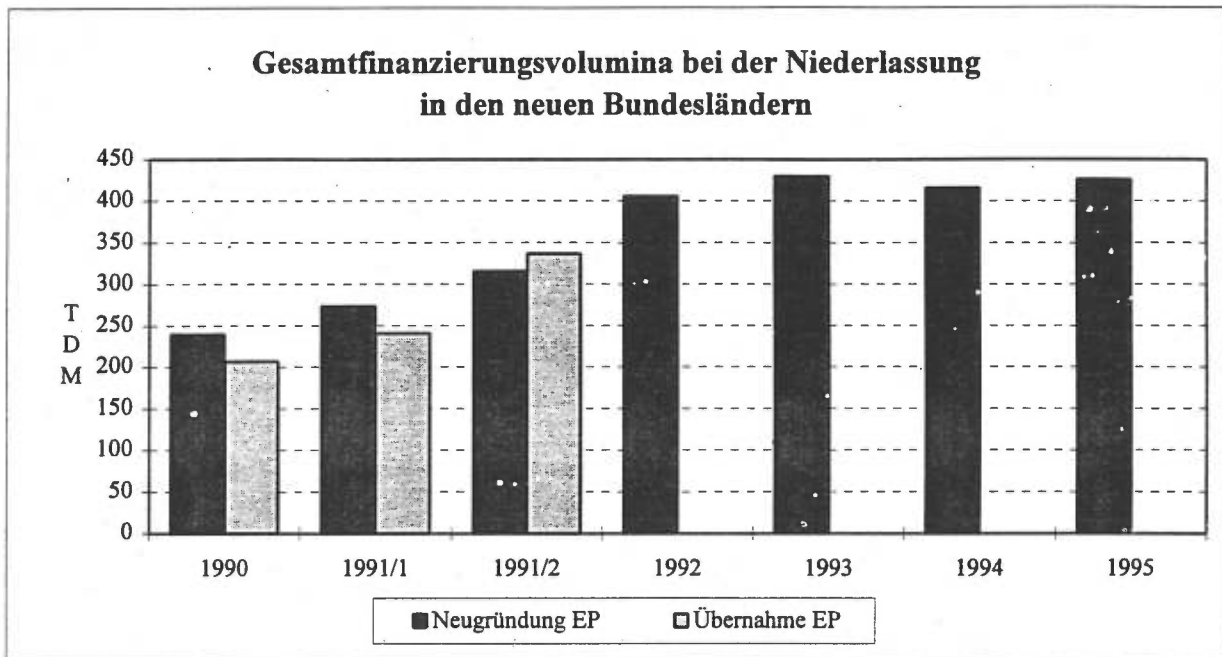


Abbildung 19

### 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 (vgl. Abb. 20). Bis 1993 ist das Wachstum des Betriebsmittelkredits eng mit dem Anstieg des Niveaus der medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung korreliert. Ab 1993 gewinnen andere Einflüsse, z. B. steigende Lebenshaltungskosten, zunehmend an Bedeutung. Die durchschnittliche jährliche Zuwachsrate für den Betriebsmittelkredit zwischen 1991 und 1995 beträgt ca. 17,8%.

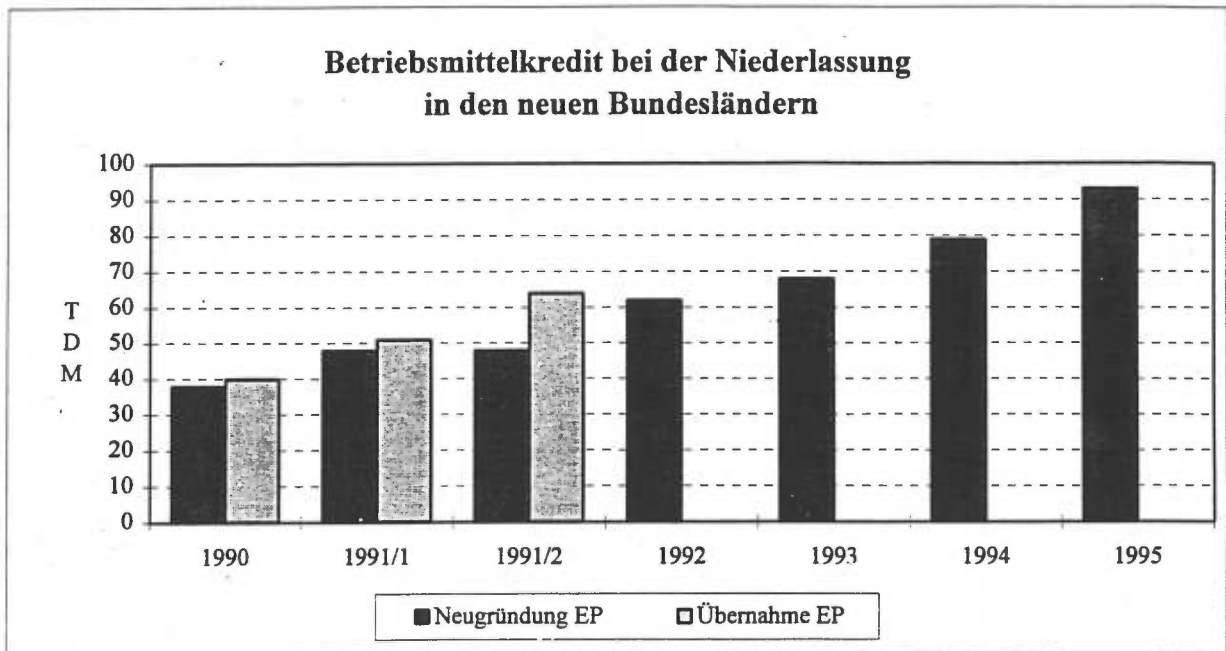


Abbildung 20

### 3.2.3 Die Bau- und Umbaukosten

Bei der Neugründung einer Einzelpraxis schwächt sich der Abwärtstrend der Bau- und Umbaukosten in Ostdeutschland ab. Im Gegensatz zum Ausgabenrückgang zwischen 1993 und 1994 in Höhe von 32 TDM beträgt die Differenz zwischen 1994 und 1995 nur noch 5 TDM. Bis 1992 stiegen die Bau- und Umbaukosten einer Neugründung stark an (vgl. Abb. 21). 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 ließ die vom Zahnarzt zu tragenden Bau- und Umbaukosten sinken.

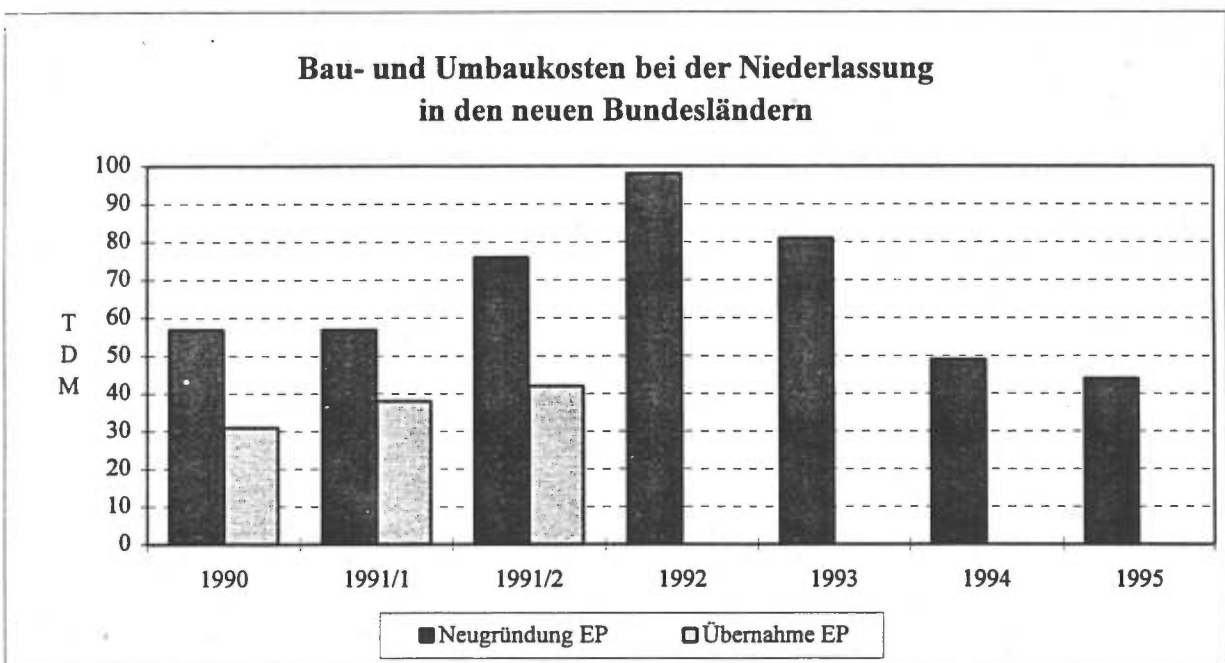


Abbildung 21

### 3.3 Das Investitionsverhalten im Ost-West-Vergleich

In den Abschnitten 3.1 und 3.2 wurde das zahnärztliche Investitionsverhalten auf den Gebieten der alten und neuen Bundesländer dargestellt und analysiert. Der Inhalt des folgenden Abschnittes ist ein Vergleich des ost- und westdeutschen Gesamtfinanzierungsvolumens einer Einzelpraxisgründung für den Zeitraum 1992-1995.

Seit 1992 hat sich die Struktur des ostdeutschen Gesamtfinanzierungsvolumens immer mehr der westdeutschen Struktur angenähert. Lagen die prozentualen Abweichungen für die Einzelinvestitionsvolumina 1992 noch in einem Intervall von -12% bis +7%, so schwankten sie 1995 nur noch zwischen -1% und +1%, mit anderen Worten, 1995 unterscheiden sich die Strukturen der ost- und westdeutschen Investitionsvolumina einer Einzelpraxisgründung nur noch geringfügig (vgl. Abb. 22).

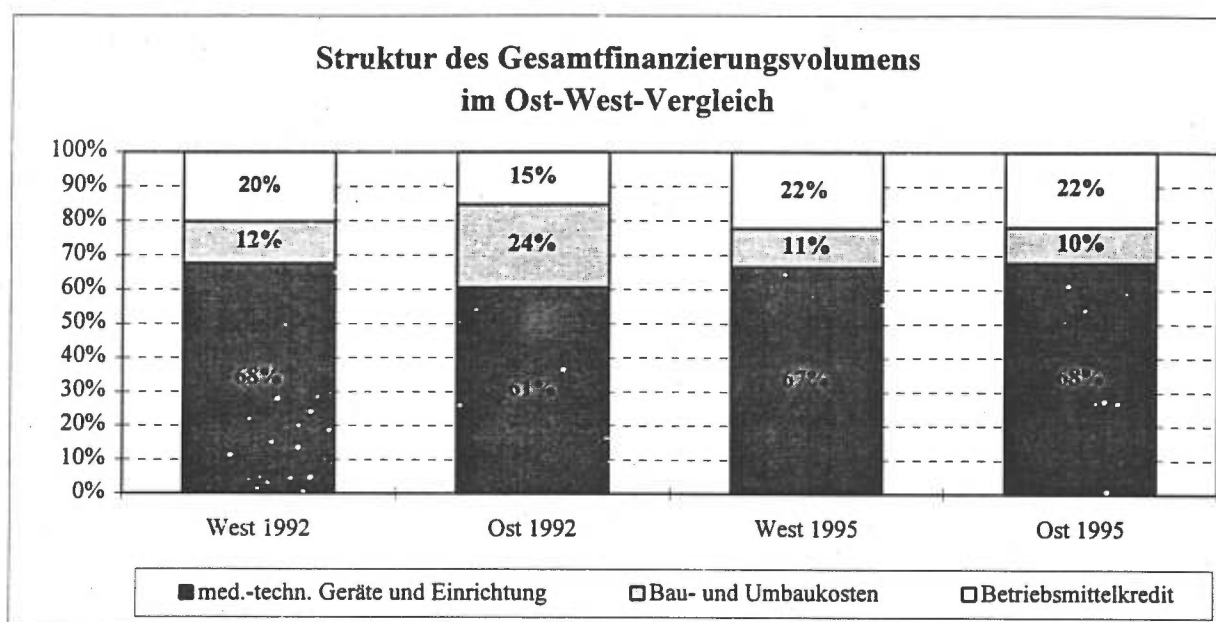


Abbildung 22

Für die Neugründung einer Zahnarztpraxis in den neuen Bundesländern müssen 1995 im Durchschnitt finanzielle Mittel in Höhe von 426 TDM aufgebracht werden, das entspricht 83,2% des westdeutschen Investitionsvolumens. Der in den neuen Bundesländern gezahlte niedrigere durchschnittliche GKV-Punktwert (Quelle: KZBV Jahrbuch 95) übt einen maßgeblichen Einfluß auf die Höhe des beobachtbaren Unterschiedes aus. Für die Zukunft ist zu erwarten, daß mit jeder weiteren Annäherung der Punktwerte auch eine Annäherung der Investitionsvolumina einhergehen wird.

Abbildung 23 zeigt, wie sich das prozentuale Verhältnis der ost- und westdeutschen Einzelinvestitionsvolumina (medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, Bau- und Umbaukosten, Betriebsmittelkredit) in den Jahren 1992 bis 1995 verändert hat (vgl. Abb. 24).

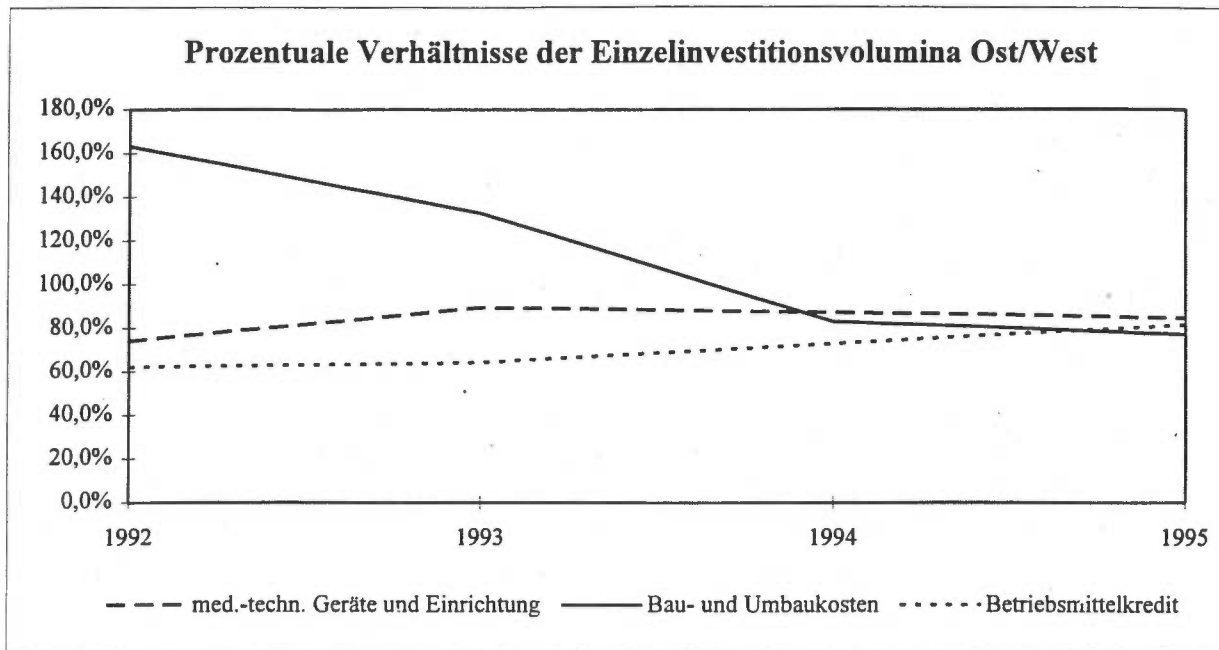


Abbildung 23

Mit zunehmender Verbesserung der baulichen Infrastruktur in den neuen Bundesländern sank auch das prozentuale Verhältnis der Bau- und Umbaukosten von 163% (1992) auf 77% (1995). Eine entgegengesetzte Entwicklung fand bei den Betriebsmittelkrediten statt; hier stieg das prozentuale Verhältnis von 62% (1992) auf 82% (1995). Ein eindeutiger Trend für das prozentuale Verhältnis der ost- und westdeutschen Ausgaben für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung ist nicht zu erkennen. Insgesamt sind die Zahlen ein Beleg für den stattfindenden Prozeß der Normalisierung der zahnmedizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern.

#### Quellen:

- 1) KZBV Jahrbuch 95. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 1996
- 2) Statistiken der Bundeszahnärztekammer 1996 (mündliche Auskunft)