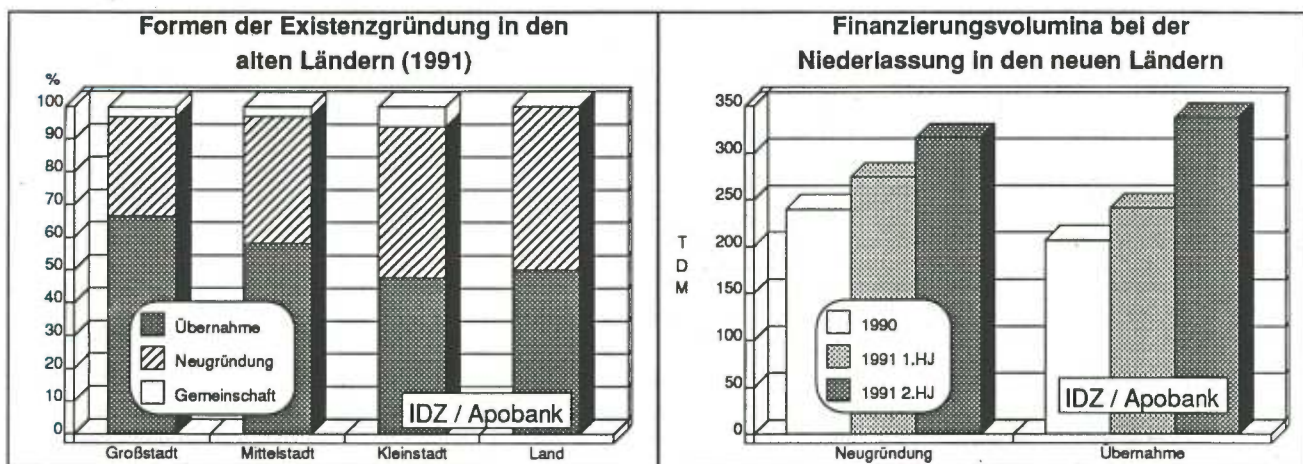


Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1991



Die gemeinsame Dauerbeobachtung des Investitionsverhaltens der Zahnärzte bei der Niederlassung zeigt die folgenden Tendenzen auf:

- ☞ Obwohl in den alten Bundesländern eine zunehmende Nachfrage nach Praxisübernahmen festzustellen ist, sind Praxisübernahmen auch weiterhin kostengünstiger zu realisieren als Praxisneugründungen.
- ☞ In Regionen mit größerer Zahnärztdichte werden immer weniger Praxisneugründungen realisiert.
- ☞ Die Umwandlung des zahnärztlichen Versorgungssystems in den neuen Bundesländern schreitet sehr schnell voran. Im November 1991 waren bereits knapp 9.400 Zahnärzte als Kassenzahnärzte zugelassen.
- ☞ Seit 1990 ist in den neuen Bundesländern ein kräftiges Anwachsen der Investitionen mit entsprechend hohen Kostenbelastungen für die Zahnärzte zu verzeichnen. Die getätigten Investitionshöhen erreichen jedoch wegen unzureichender Finanzausstattung noch nicht das Niveau der alten Bundesländer.
- ☞ Ein wichtiges gesundheits- und sozialpolitisches Ziel seit der Vereinigung Deutschlands ist die Angleichung der Versorgungsniveaus. Für eine gleichmäßige zahnmedizinische Breitenversorgung auf der Basis gleicher medizin-technischer Ausstattung fehlen derzeit noch die erforderlichen Mittel. Ein entsprechendes Investitionsverhalten muß von den Rahmenbedingungen her erst ermöglicht werden.

Dies sind einige zentrale Ergebnisse des vorliegenden Berichts von:
 Dipl.-Volksw. Paul J. Müller, Institut der Deutschen Zahnärzte, und
 RA Dipl.-Kfm. Richard Deutsch, Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Capital Expenditures of Dentists for Establishment in Independent Practice 1991

P. J. Müller / R. Deutsch

The continuous monitoring of the capital expenditures of dentists while establishing themselves in independent practice reveals the following facts:

- ☞ Although there is a strong tendency in the old states to take over previously established practices the costs involved with this form of establishment are still lower than those associated with the creating of a new practice.
- ☞ In regions with a higher dentist-population ratio establishments are increasingly done in taking over a previously established practice.
- ☞ The transformation of the system of dental health care in the new states is rapidly proceeding. In November 1991 almost 9.400 dentists had been granted the right to establish themselves in independent practice within the statutory health insurance system.
- ☞ Since 1990 capital expenditures in the new states increased dramatically but still reached because of missing funds far less of the sums spent in the old states of the Federal Republic of Germany.
- ☞ Further changes in the economic conditions are necessary to help achieve an even level of dental health care in the new states. This has been declared as a priority goal for the process of unification.

These are a few highlights of the most recent report on capital expenditures of dentists while establishing themselves in independent practice by the Institute of German Dentists (IDZ). Further copies of the report may be obtained free of charge in writing to the Institute.

Investitionen der Zahnärzte bei der Niederlassung 1991

Dipl.-Volksw. Paul J. Müller, Institut der Deutschen Zahnärzte
RA Dipl.-Kfm. Richard Deutsch, Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Entwicklung der Existenzgründungen in den alten Ländern

Seit 1984 haben sich in den alten Bundesländern insgesamt ca. 12.400 Zahnärzte neu niedergelassen. In den Jahren 1984-1986 stieg die Zahl der jährlichen Existenzgründungen zunächst überproportional von rund 1200 (1984) auf rd. 1300 (1985) und auf rd. 1600 (1986) an. Nachdem im Jahr 1988 sogar ein relativer Rückgang in der Zahl der jährlichen Niederlassungen zu verzeichnen war, erhöhte sich die Zahl der Existenzgründungen seit 1989 ständig. Im Jahre 1991 wurden bereits über 1900 Existenzgründungen vorgenommen. Nicht jede Niederlassung bedeutet jedoch eine Zunahme des Bestandes an Zahnarztpraxen. So sind Übernahmen bestehender Praxen bestandsneutral.

Eine wichtige Unterscheidung für die weiteren Analysen in diesem Bericht ist deshalb die zwischen der Neugründung einer Zahnarztpraxis und der Übernahme einer bestehenden Praxis. Hierdurch kann die Anzahl der neuen "Betriebsstätten" ermittelt werden und insbesondere auch die unterschiedlichen Investitionserfor-

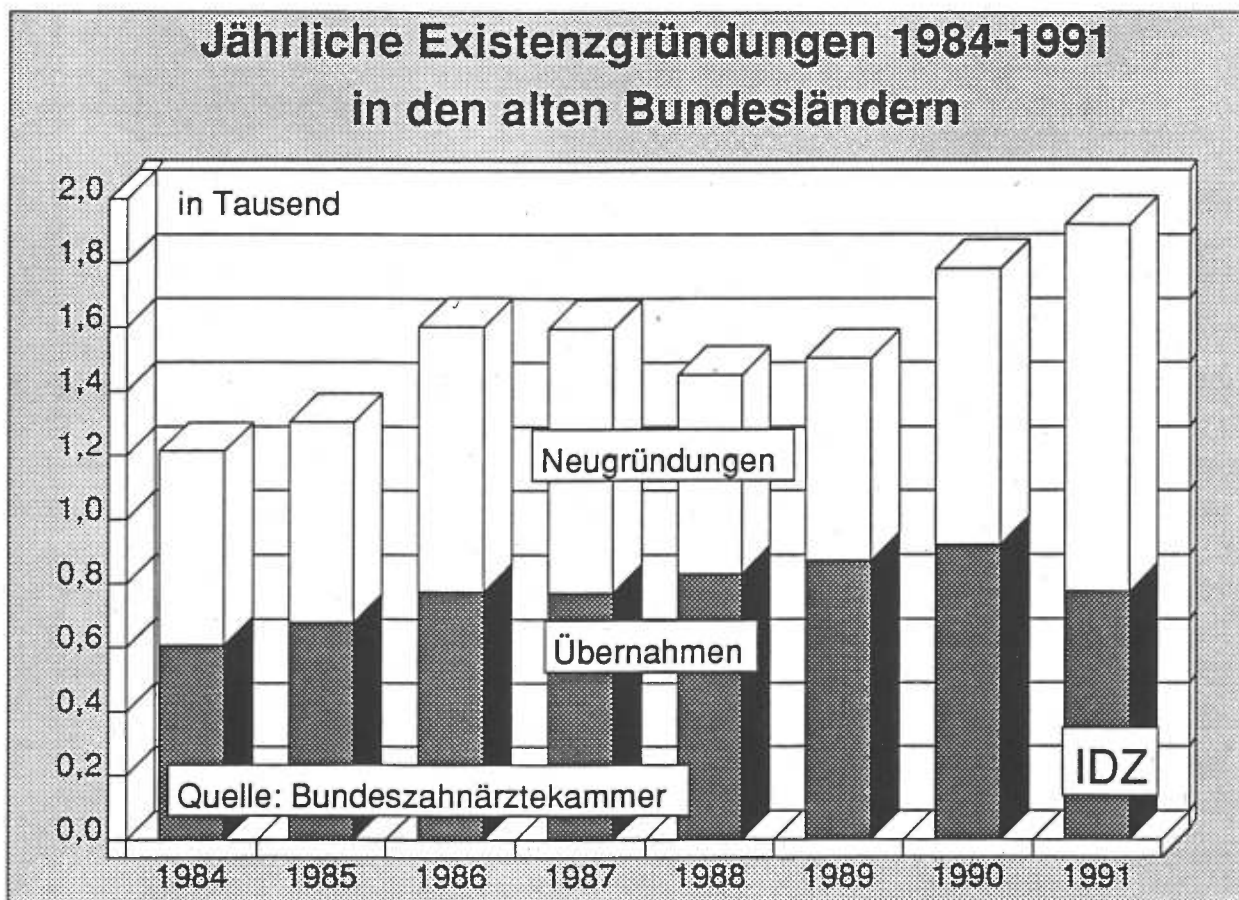


Abbildung 1

dernisse und das verschiedene Investitionsverhalten festgestellt werden.

In **Abbildung 1** sind die Werte für die jährlichen Praxisneugründungen und Praxisübernahmen im zeitlichen Verlauf dargestellt, in **Abbildung 2** die kumulierten Werte für diesen Zeitraum.

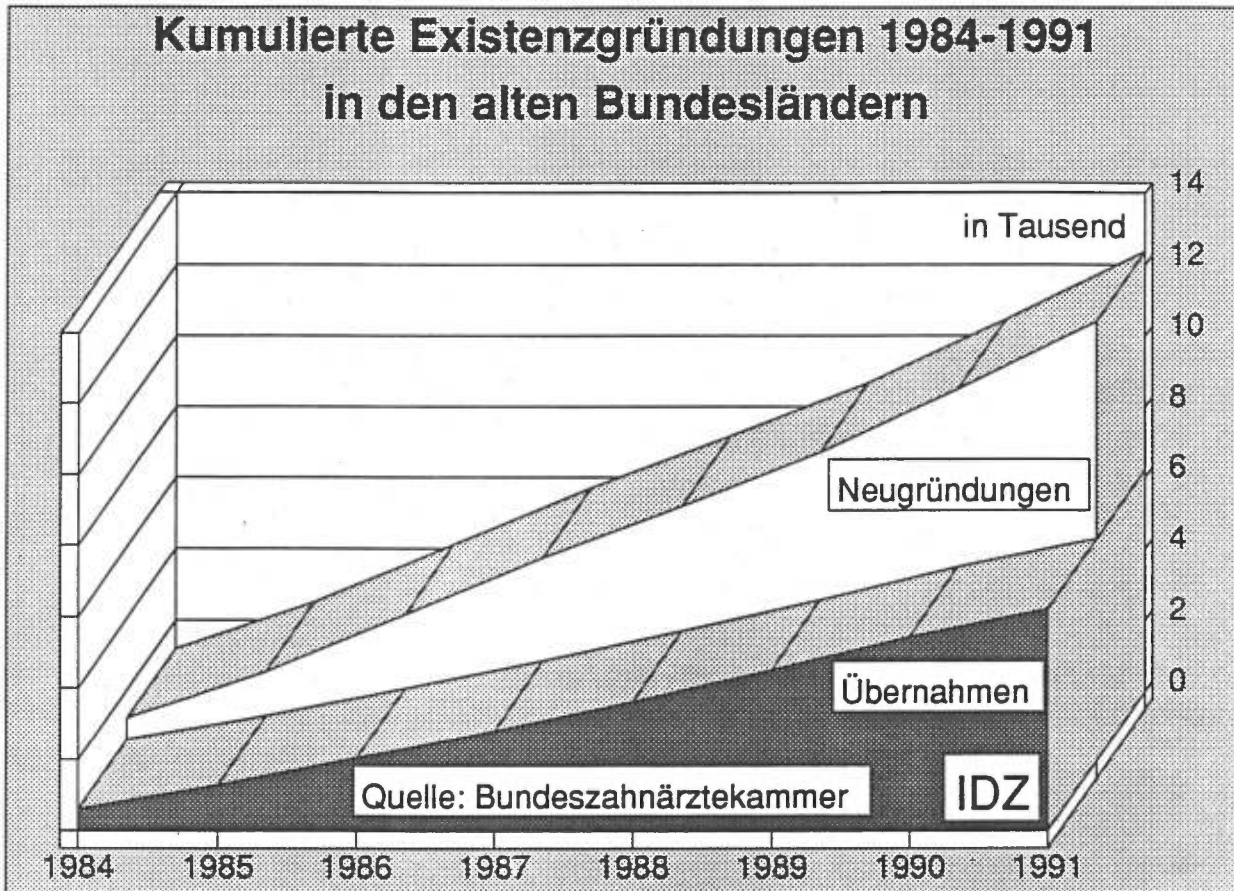


Abbildung 2

Entwicklung der Existenzgründungen in den neuen Ländern

Bis November 1991 haben in den neuen Bundesländern insgesamt knapp 9.400 Zahnärzte ihre Kassenzulassung als ersten Schritt hin zur Niederlassung erhalten, deren regionale Verteilung in **Tabelle 1** näher ausgewiesen wird.

Zahl der zugelassenen Zahnärzte in den neuen Ländern		
Land	Mai 1991	November 1991
Brandenburg	1374	1553
Mecklenburg-Vorpommern	939	1181
Sachsen	1890	2800
Sachsen-Anhalt	1000	1500
Thüringen	1345	1691
Berlin - Ost	388	655
Gesamt	6939	9380

Tabelle 1 **KZBV**

Eckdaten des Investitionsverhaltens im vereinten Deutschland

Auf der Basis der von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in den Jahren 1984 bis 1991 finanzierten Existenzgründungen - das sind gut 1/3 aller zahnärztlichen Existenzgründungen - wurde das zahnärztliche Investitionsverhalten einer quantitativen Analyse unterzogen. Die Stichprobengröße erlaubt eine zuverlässige Hochrechnung der Ergebnisse auf alle Existenzgründungen dieser Jahre.

Für die Analysen der inneren Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens wurden die Kreditprotokolle über die Finanzierung der zahnärztlichen Existenzgründungen statistisch ausgewertet. Grundlage hierbei waren die folgenden Merkmale der Existenzgründungen:

- das Gesamtfinanzierungsvolumen
- die Höhe des Betriebsmittelkredits
- die Praxisinvestitionen ohne Betriebsmittelkredit
- die in den Praxisinvestitionen enthaltenen Bau-/Umbaukosten
- das tatsächlich bezahlte Entgelt für den materiellen Praxiswert (Substanzwert) bei einer Praxisübernahme in den alten Bundesländern bzw. der Ausgliederungen aus den Polikliniken in den neuen Bundesländern. Ebenfalls mitenthalten sind hier die Ausgaben für evtl. zusätzliche Neuanschaffungen gleichzeitig mit der Praxisübernahme bzw. der Ausgliederung
- das tatsächlich bezahlte Entgelt für den immateriellen Praxiswert (Goodwill)
- die Ortsgrößenklasse des Niederlassungsortes
- die Form der Existenzgründung (differenziert nach der Übernahme einer Einzelpraxis, Neugründung einer Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis)
- Bei den Gemeinschaftspraxen wurde wiederum unterschieden zwischen der Neugründung von Gemeinschaftspraxen und dem Eintritt in eine Gemeinschaftspraxis. Aufgrund des geringen und geringer werdenden Anteils von Gemeinschaftspraxen bei der Existenzgründung in den alten Bundesländern (1984-1986: 8,2%; 1987-1990: 4,5%; 1991: 3,4%) beziehen sich die folgenden Analysen, soweit nicht anders vermerkt, nur auf die Übernahmen bzw. Neugründungen von Einzelpraxen. In den neuen Ländern wurden im Berichtszeitraum insgesamt 10% aller Existenzgründungen in Form von Gemeinschaftspraxen realisiert. Deshalb werden für die neuen Länder auch die Kenngrößen der Neugründungen von Gemeinschaftspraxen ausgewiesen.

In der **Tabelle 2** sind die ermittelten Eckwerte für die folgenden Analysen, unterschieden nach Praxisneugründungen und Praxisübernahmen bzw. Ausgliederungen, aufgelistet.

Investitionen bei der Niederlassung in den alten Ländern								
A. Praxisneugründung								
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Behandlungszimmer etc.	334890	319760	314464	286219	291401	308930	304935	296022
+ Bau- /Umbaukosten	58482	40467	51842	47227	45344	39991	43242	61347
= Praxisinvestition	393372	360227	366306	333446	336745	348921	348177	357369
+ Betriebsmittelkredit	88985	87478	92491	95354	99255	95752	99565	94959
= Finanzierungsvolumen	482357	447705	458797	428800	436000	444673	447742	452328
B. Praxisübernahme								
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Substanzwert	106740	104874	100126	133392	155038	158552	132099	181536
+ Preis für Goodwill	155826	146771	129917	110370	97142	94532	121485	105881
+ Bau- /Umbaukosten	36434	33144	23615	24543	18424	21552	25638	18141
= Praxisinvestition	299000	284789	253658	268305	270604	274636	279222	305558
+ Betriebsmittelkredit	66942	75093	73742	73121	77017	78855	79745	78377
= Finanzierungsvolumen	365942	359882	327400	341426	347621	353491	358967	383935
Investitionen bei der Niederlassung in den neuen Ländern								
A. Praxisneugründung - Einzelpraxis								
	1990	1991 1. Hj	1991 2. Hj					
Behandlungszimmer etc.	145049	169163	191949					
+ Bau- /Umbaukosten	57045	56598	76183					
= Praxisinvestition	202094	225761	268132					
+ Betriebsmittelkredit	38098	48216	47818					
= Finanzierungsvolumen	240192	273977	315950					
B. Praxisübernahme - Einzelpraxis								
	1990	1991 1. Hj	1991 2. Hj					
Behandlungszimmer (Übernahmewert)	136200	152232	231112					
+ Bau- /Umbaukosten	31038	37723	42222					
= Praxisinvestition	167238	189955	273334					
+ Betriebsmittelkredit	40074	50827	64444					
= Finanzierungsvolumen	207312	240782	337778					
C. Praxisneugründung - Gemeinschaftspraxis								
Werte pro Partner einer 2er-Gemeinschaftspraxis	1990	1991 1. Hj	1991 2. Hj					
Behandlungszimmer etc.		120642	146782					
+ Bau- /Umbaukosten		46298	61519					
= Praxisinvestition		166940	208301					
+ Betriebsmittelkredit		34578	38526					
= Finanzierungsvolumen		201518	246827					

Tabelle 2

IDZ / Apobank

Praxisneugründung - Praxisübernahme in den alten Ländern

Vergleicht man die Finanzierungsvolumina in ihren jeweiligen Niveaus für Praxisneugründungen und Praxisübernahmen (Abbildung 3), so fällt auf, daß eine Praxisübernahme auch 1991 noch wesentlich günstiger ist (im Durchschnitt ca. DM 70.000) als eine Praxisneugründung, obwohl die Übernahme einer etablierten Praxis geringeren wirtschaftlichen Risiken unterliegt. Im Zeitvergleich wird jedoch ersichtlich, daß für Praxisübernahmen immer mehr Finanzmittel aufgebracht werden müssen. In früheren Jahren war es möglich, durch eine Praxisübernahme größere Finanzierungsbeträge einzusparen, wie sich dies aus den ehemals stärker differierenden Finanzierungsvolumina für Praxisneugründungen und Praxisübernahmen der vergangenen Jahre ergibt.

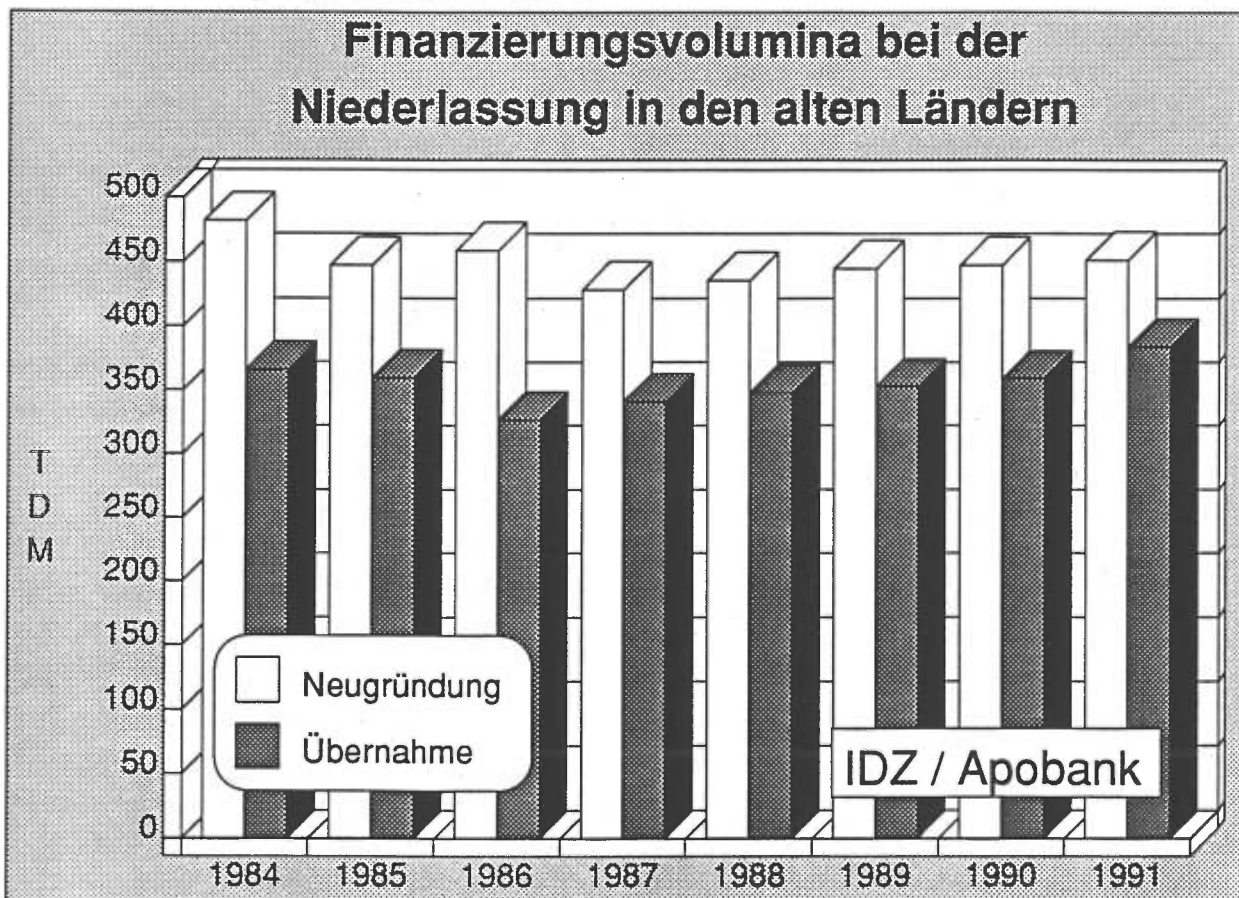


Abbildung 3

Unstrittig dürfte sein, daß bei einer Praxisübernahme nicht unbedingt alle individuellen Vorstellungen des niederlassungswilligen Zahnarztes hinsichtlich der Lage der Praxis und - zumindest vorübergehend - auch der Ausstattung erfüllt werden können. Es muß auch berücksichtigt werden, daß Ersatz- bzw. Zusatzinvestitionen bei einer übernommenen Praxis wesentlich früher anfallen als bei einer Neugründung. Gemäß den Ergebnissen einer bundesweit repräsentativ angelegten Erhebung bei den niedergelassenen Zahnärzten durch das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Herbst 1987 kumulieren sich in den ersten fünf Jahren nach der Existenzgründung die Ersatz- und Zusatzinvestitionen je nach der Art der Existenz-

gründung zu unterschiedlich hohen Beträgen. Bei Praxisneugründungen wurden in den ersten fünf Jahren nach der Existenzgründung durchschnittlich DM 167.000 für Ersatz- und Zusatzinvestitionen erforderlich, bei Praxisübernahmen hingegen durchschnittlich DM 243.000, also DM 76.000 mehr.

Der wirtschaftliche Vorteil einer Praxisübernahme besteht deshalb in der Möglichkeit, Investitionsentscheidungen zeitlich zu strecken und den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen anzupassen. Deshalb ist auch weiterhin zu erwarten, daß immer mehr Zahnärzte ihre Existenzgründung in Form der Praxisübernahme zu realisieren versuchen. Dieser Trend macht allerdings die Übergabepraxen attraktiv und es ist deshalb - wie es bei den Ärzten schon länger zu beobachten ist - weiterhin eine Tendenz zur Verteuerung der Praxisübernahme zu erwarten.

Entwicklung bei den Praxisübernahmen in den alten Ländern

Bei den Praxisübernahmen setzt sich die Tendenz zur Erhöhung der Praxisinvestitionen seit 1987 auch im Jahre 1991 fort. Diese Höherbewertung der Möglichkeit einer Praxisübernahme ist angesichts der zunehmenden Zahl der Zahnärzte eine nur verständliche Erscheinung und wurde auch bereits in früheren Berichten prognostiziert.

Die Praxisinvestitionen setzen sich neben den Bau- bzw. Umbaukosten aus dem bezahlten Entgelt für den Substanzwert, evtl. gleichzeitig mit der Praxisübernahme

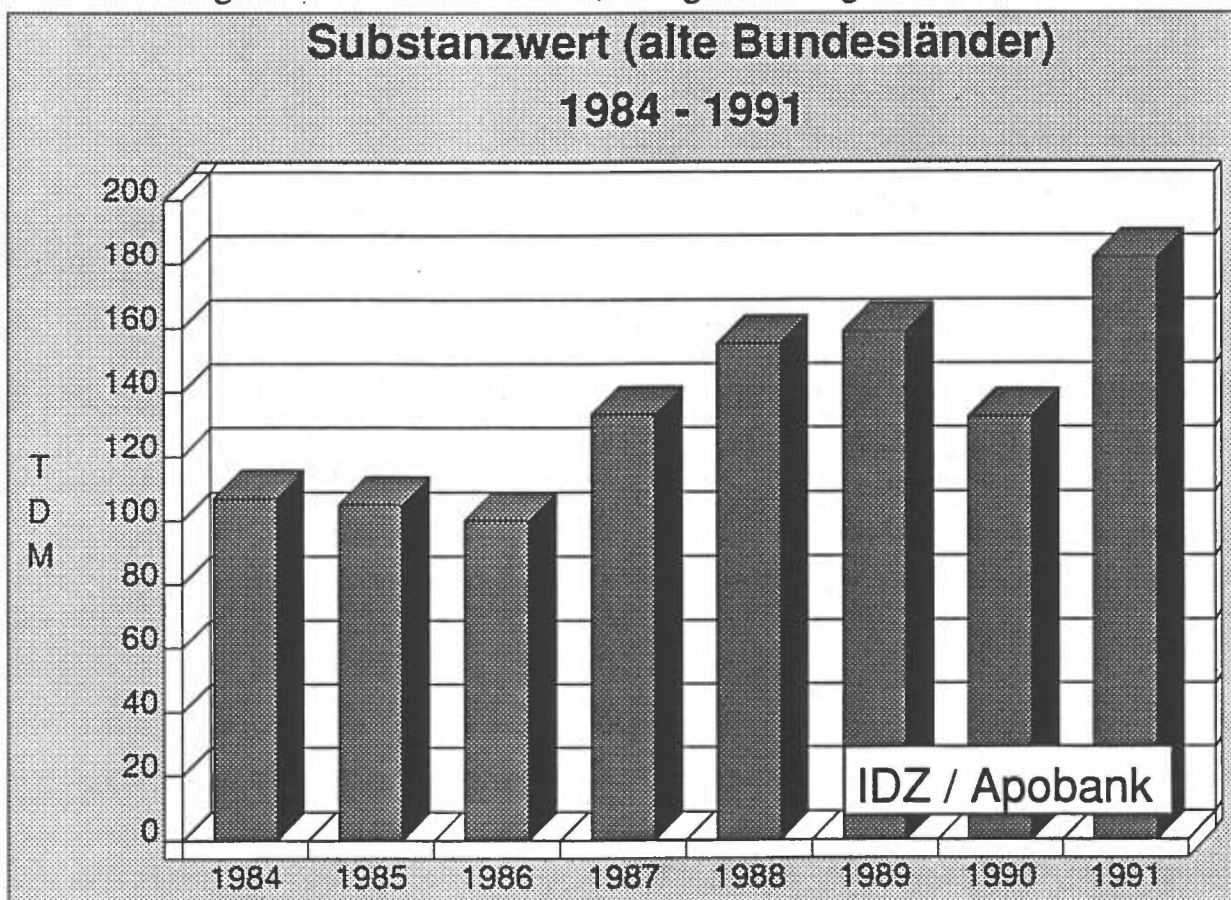


Abbildung 4

vorgenommenen Neuanschaffungen und dem immateriellen Wert (Goodwill) der Praxis zusammen, auf die als nächstes eingegangen werden soll.

Der durchschnittliche Substanzwert der übergebenen Praxen inklusive Neuanschaffungen bei der Praxisübernahme stieg im Jahre 1991 in Fortsetzung der Tendenz seit 1987 wieder an, nachdem er im Jahre 1990 gesunken war (vgl. **Abbildung 4**). Wichtiger noch als die Entwicklung beim Substanzwert der übergebenen Praxen ist jedoch die Entwicklung der tatsächlich bezahlten Preise für den immateriellen Praxiswert (Goodwill), da sie meinungsbildend für die verkehrsmäßige Einschätzung eines wesentlichen Teils des Gesamtwertes einer etablierten Praxis ist.

Der Wert für den Goodwill sank in den Jahren 1984-1989 ständig ab. Da der Goodwill betriebswirtschaftlich als Indikator für die Ertragskraft, insbesondere der *zukünftigen* Ertragskraft eines Unternehmens gesehen wird, mußte der Rückgang des Goodwill nur als logische Folgerung aus den seit einigen Jahren sinkenden Praxiseinnahmen bzw. -überschüssen und damit als Ausdruck der sich verschärfenden Risikosituation verstanden werden. Der im Jahre 1990 festgestellte Anstieg des tatsächlich gezahlten Entgelts für den Goodwill blieb eine Episode, auch wenn im Jahre 1991 eine leichter Anstieg gegenüber 1989 zu verzeichnen ist (vgl. **Abbildung 5**).

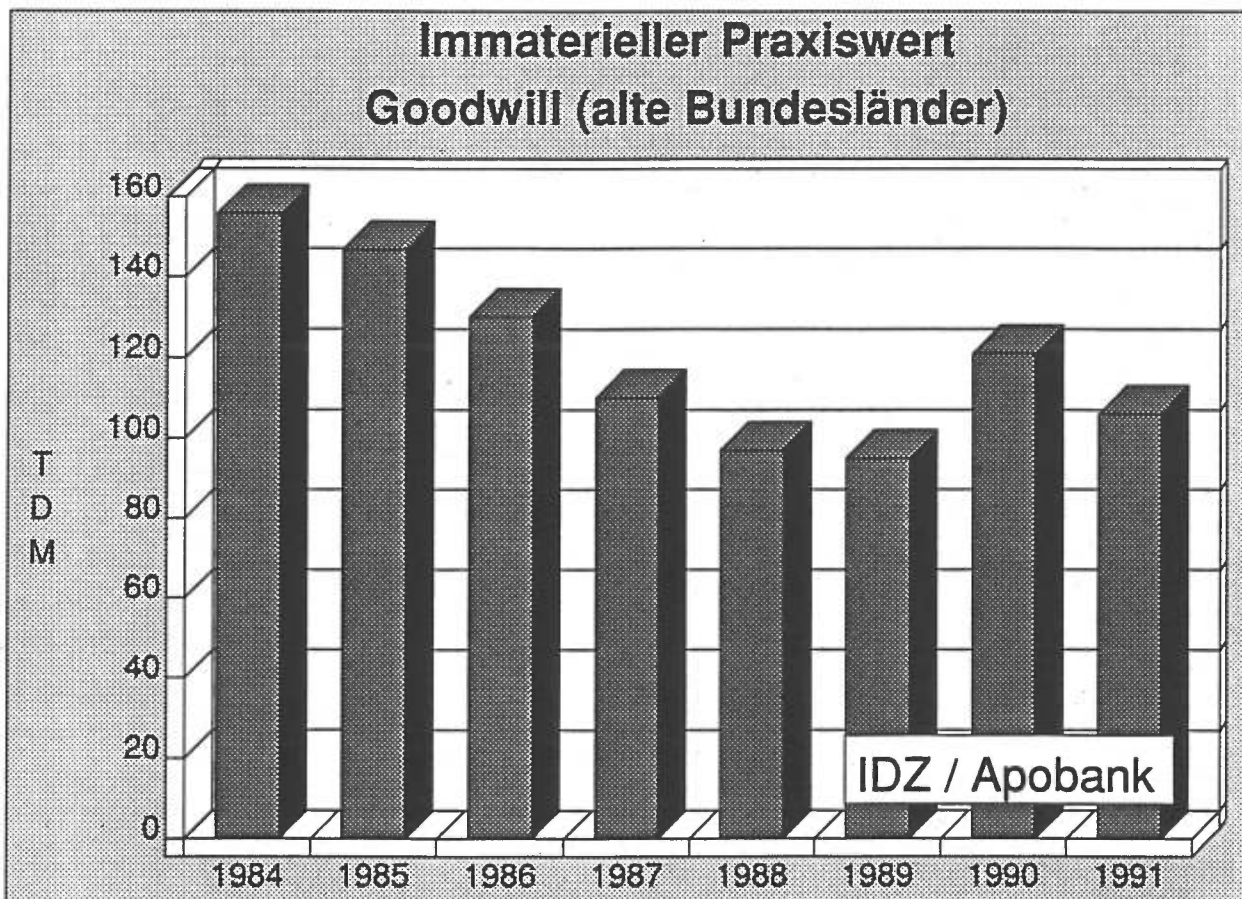


Abbildung 5

Betriebsmittelkredit - Verlängerungen der Anlaufphasen

Der Betriebsmittelkredit dient dazu, dem sich niederlassenden Zahnarzt eine Überbrückungshilfe bei der Anlaufphase zu geben. Diese Überbrückung ist in der Regel notwendig, da in der Anlaufphase einer Existenzgründung den regelmäßigen Ausgaben - wie Personalkosten, Raumkosten usw. sowie den Kosten der eigenen Lebenshaltung - keine oder nur geringe Einnahmen gegenüberstehen. Der Betriebsmittelkredit wird auf dem laufenden Konto als Limit in Höhe der voraussichtlichen Höchstanspruchnahme eingetragen. Der Betriebsmittelkredit gibt deshalb Aufschluß über die Dauer der Anlaufphase einer zahnärztlichen Existenzgründung. Sowohl bei der Praxisneugründung als auch bei der Praxisübernahme zeigt der Betriebsmittelkredit eine eher steigende Tendenz, die die generell längere Anlaufphase heutiger zahnärztlicher Existenzgründungen dokumentiert (vgl. **Abbildung 6**). Ob der relative Rückgang der im Jahre 1991 in Anspruch genommenen Betriebsmittelkredite schon ein Ergebnis innerbetrieblicher Optimierungen aufgrund der zunehmenden betriebswirtschaftlichen Beratungen der niederlassungswilligen Zahnärzte ist, bleibt abzuwarten. Die absolute Differenz zwischen dem durchschnittlichen Betriebsmittelkredit bei der Praxisneugründung und dem bei der Praxisübernahme (1991 rd. DM 17.000) ist jedenfalls eine durchaus verständliche Erscheinung, da die Anlaufphase bei einer übernommenen, etablierten Praxis in aller Regel kürzer ist als bei einer Neugründung.

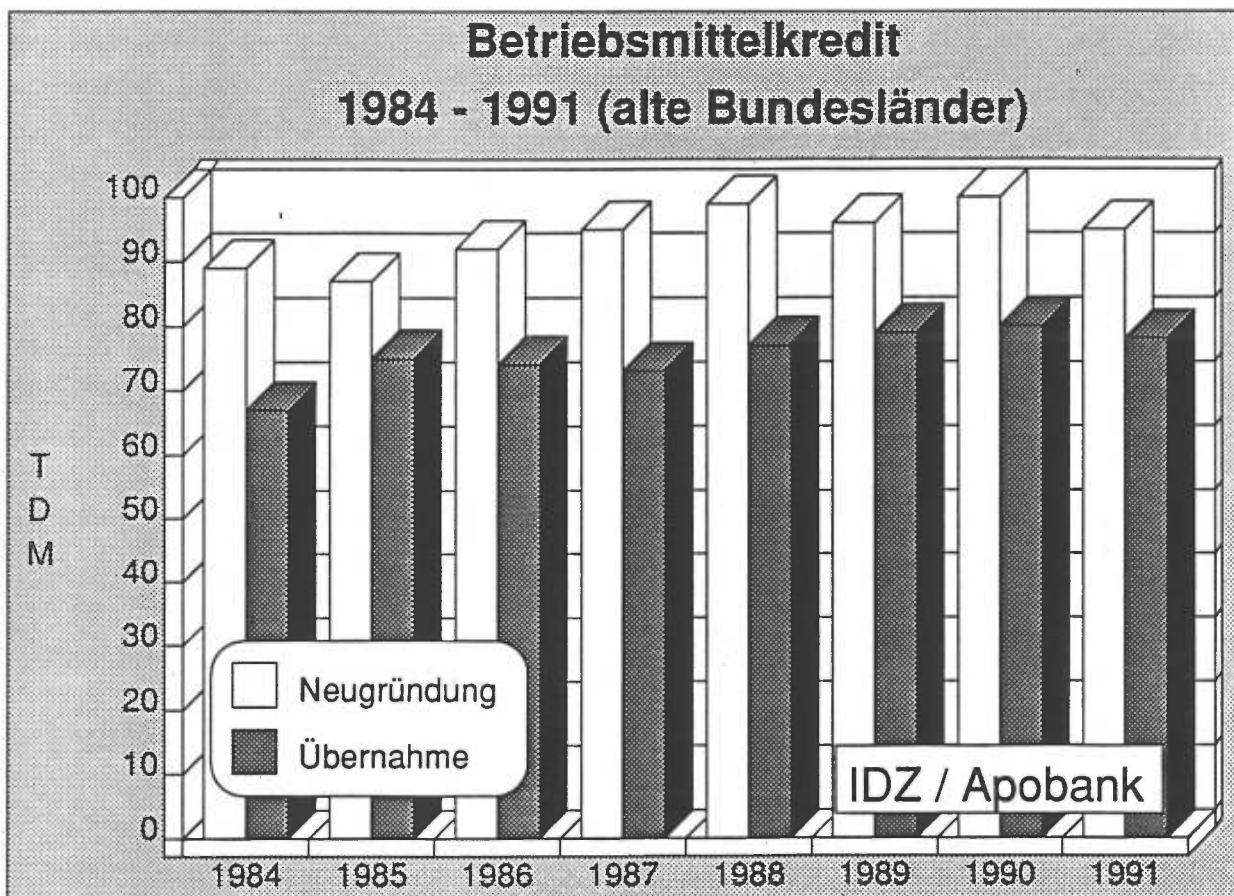


Abbildung 6

Formen der zahnärztlichen Existenzgründung in den alten Ländern

Ein generell vorsichtigeres Investitionsverhalten der Zahnärzte bei der Niederlassung drückt sich prinzipiell nicht nur in der allgemeinen Tendenz zu sparsameren Einrichtungen aus, sondern auch in der Weise, wie auf die unterschiedlich vorgefundenen Zahnärztdichten reagiert wird. Es ist in unseren Analysen seit längerem sehr deutlich festzustellen, daß die sich niederlassenden Zahnärzte in der Tat mit der gewählten Form der Existenzgründung - ob Praxisneugründung, Praxisübernahme oder Gemeinschaftspraxis - auf die in den verschiedenen Ortsgrößenklassen vorfindbaren Zahnärztdichten und Möglichkeiten zur Praxisübernahme reagieren. So wurden in Großstädten vornehmlich - d.h. zu 58,8% - Praxisübernahmen getätigt. In den Großstädten spielte auch der Eintritt in oder die Gründung einer Gemeinschaftspraxis mit 6,8% eine - wenn auch immer geringere - Rolle. Mit abnehmender Ortsgrößenklasse nimmt die relative Bedeutung der Praxisneugründungen zu und die Bedeutung der Praxisübernahmen und der Gemeinschaftspraxen ab, wie dies aus **Abbildung 7** für den gesamten Zeitraum von 1984 bis 1991 ersichtlich wird. Aus diesen Gesamtdaten wird jedoch nicht die aktuelle Situation deutlich. Betrachtet man für vorgegebene Ortsgrößenklassen (Zahnärztdichten) die Formen der Existenzgründung im Jahre 1991, so kann man sehr deutlich sehen, wie sehr gerade in Gegenden mit relativ hohen Zahnärztezahlen neue Niederlassungen immer mehr in Form einer Praxisübernahme realisiert werden. So wurden

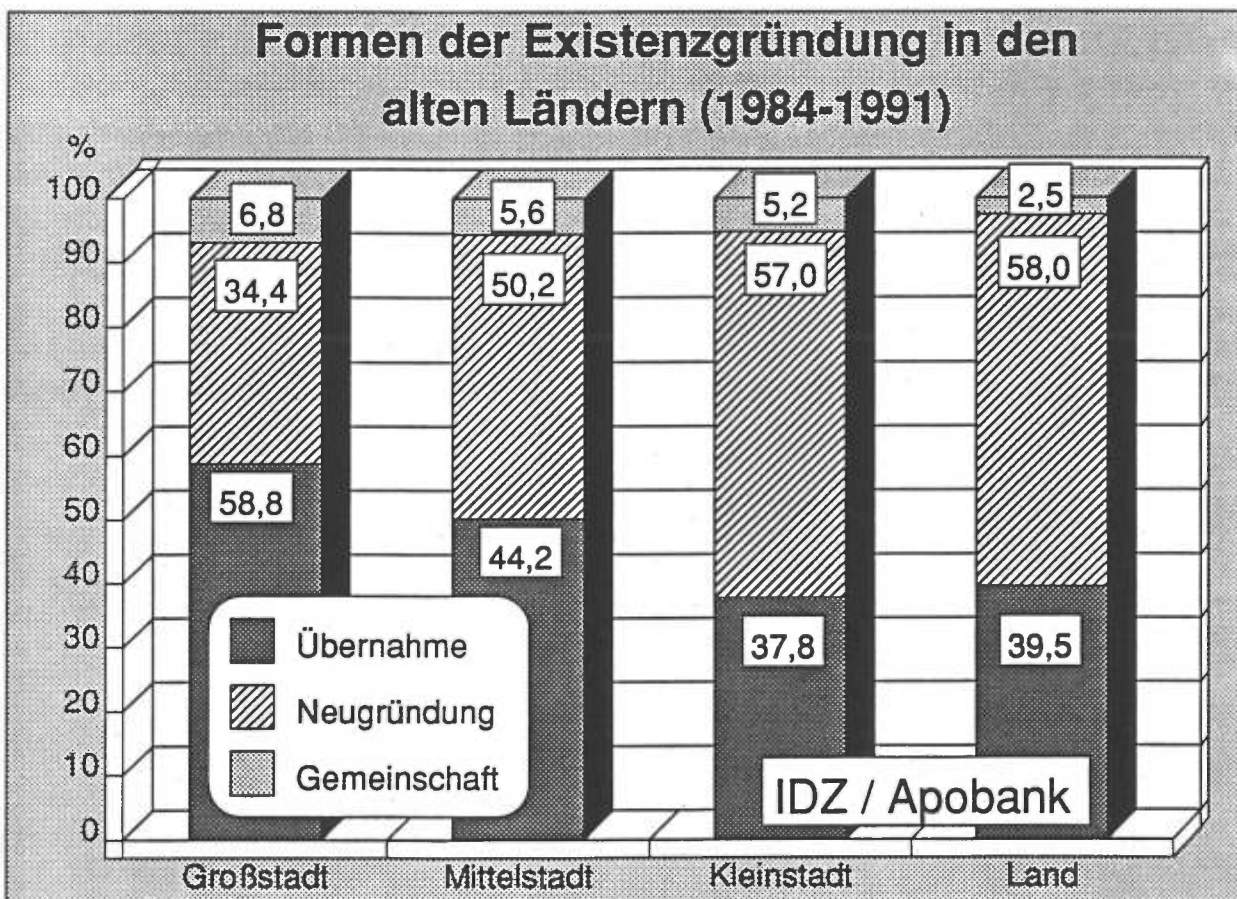


Abbildung 7

in den Großstädten im Jahre 1991 nur noch 30,3% der zahnärztlichen Existenzgründungen in Form von Praxisneugründungen realisiert. Diese in der **Abbildung 8** im Detail ersichtlichen Umorientierungen bei der zahnärztlichen Existenzgründung je nach der vorgefundenen Zahnarztichte entsprechen dabei durchgängig den Inhalten der Niederlassungsberatung durch das computergestützte Beratungssystem INKO-Z, welches in vielen KZVen und bei den Filialen der Deutschen Apotheker- und Ärztebank zum Einsatz gelangt.

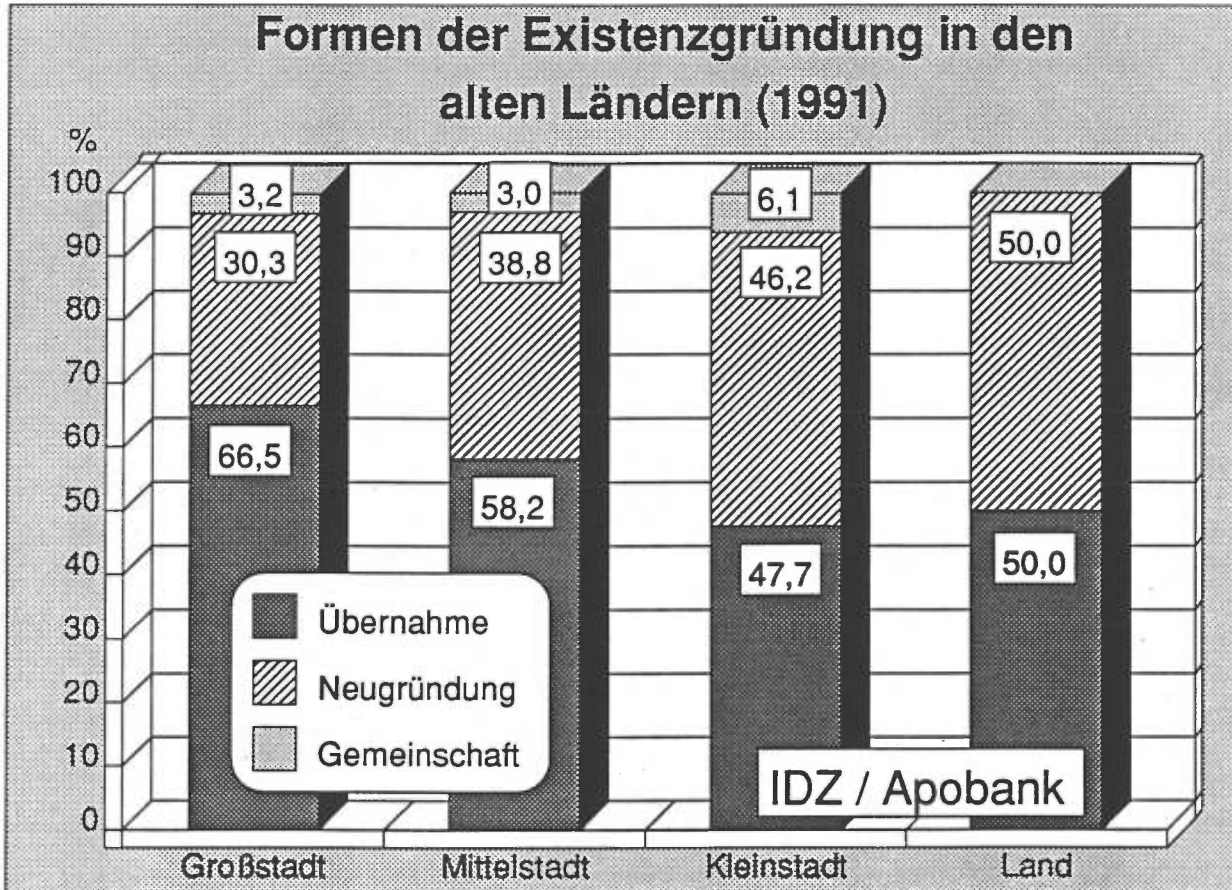


Abbildung 8

Als Schlußfolgerung kann demnach die Aussage formuliert werden, daß die Zahnärzte bei der freiberuflichen Existenzgründung mit der Form der Existenzgründung auf das unterschiedliche Ausmaß der vorfindbaren Versorgungsdichte reagiert haben. Dies ist durchaus positiv als Einsicht in die ökonomischen Rahmenbedingungen für erfolgreiche freiberufliche Existenzgründungen zu verstehen.

Entwicklung der Finanzierungsvolumina in den neuen Ländern

Die gewaltigen Anstrengungen der Zahnärzte in den neuen Bundesländern, hinsichtlich der medizin-technischen Ausstattung dem Niveau in den alten Bundesländern vergleichbare Zahnarztpraxen aufzubauen, können aus der **Abbildung 9** entnommen werden. Seit 1990 ist dort ein kräftiges Anwachsen der Investitionen in die Ausstattung moderner freiberuflicher Zahnarztpraxen mit entsprechender

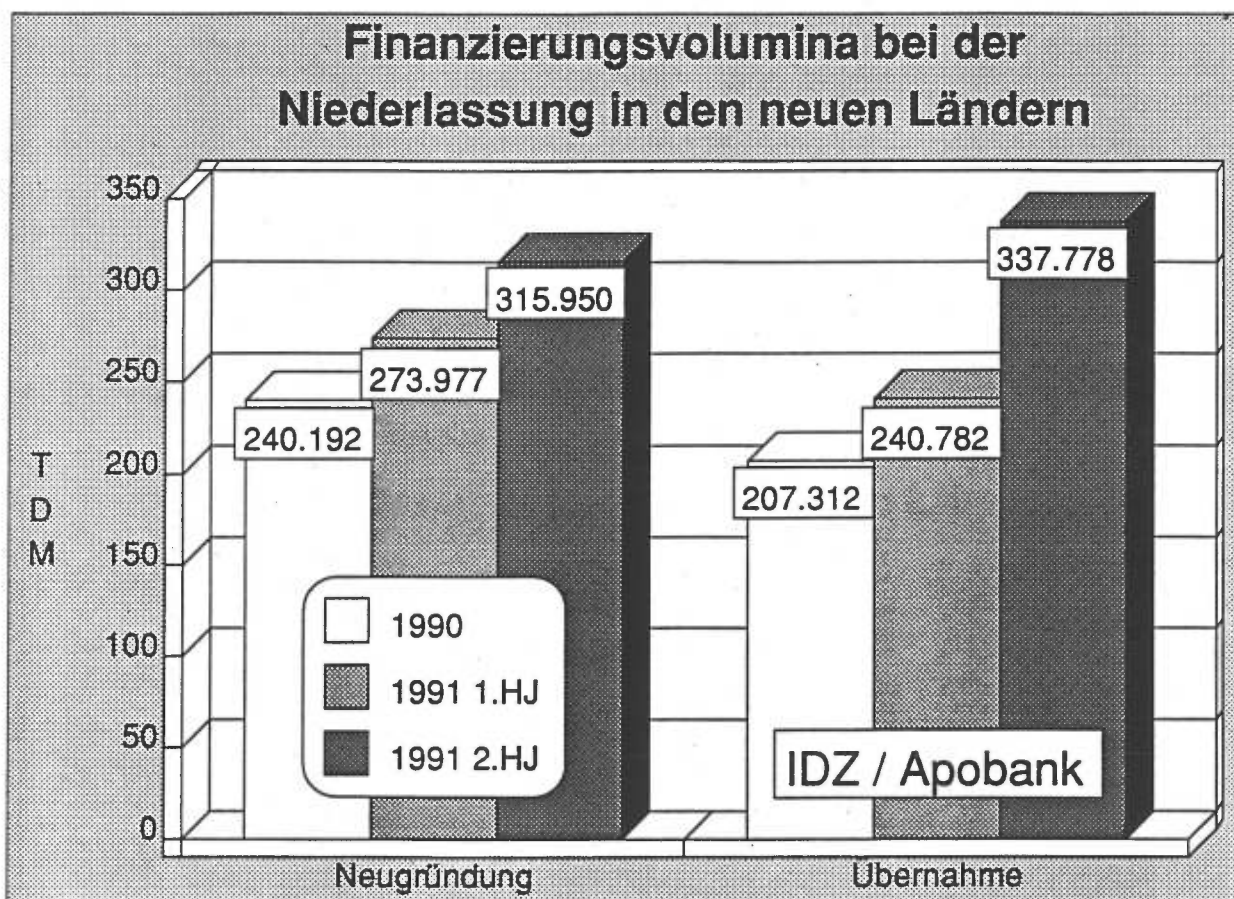


Abbildung 9

Kostenbelastung für den einzelnen Zahnarzt zu verzeichnen. Nachdem im 1. Halbjahr 1991 für die Niederlassung in einer Neugründung bereits durchschnittlich 274 TDM, d.h. gut 30 TDM mehr als im Jahre 1990, finanziert werden mußten, steigerte sich dieser Wert noch einmal um 42 TDM auf durchschnittlich 316 TDM im 2. Halbjahr 1991. Ähnliches gilt für die Niederlassung in Form der Ausgliederung aus den früheren Polikliniken. Hierfür mußten bereits im 1. Halbjahr 1991 durchschnittlich 241 TDM finanziert werden, also ca. 34 TDM mehr als im Jahre 1990. Auch bei den Übernahmen bzw. Ausgliederungen sind weitere enorme Steigerungen des Finanzierungsbedarfs zu beobachten, die in der 2. Jahreshälfte sich durchschnittlich auf ca. 97 TDM beliefen.

Entwicklung der Praxisinvestitionen in den neuen Ländern

In **Abbildung 10** ist die Entwicklung der Praxisinvestitionen dargestellt worden. Die Praxisinvestitionen setzen sich bei Praxisneugründungen zum einen aus den Kosten für die medizin-technische Einrichtung, zum anderen aus den Kosten für bauliche Maßnahmen (Bau- bzw. Umbaukosten) zusammen. Bei den Praxisübernahmen bzw. den Ausgliederungen aus den Polikliniken setzen sie sich aus den Kosten für den Übernahmewert, Neuanschaffungen und den Bau- bzw. Umbaukosten zusammen. Die Höhe der Praxisinvestitionen bestimmen somit die Qualität der medizin-technischen Ausrüstung der Zahnarztpraxen - was Behandlungsein-

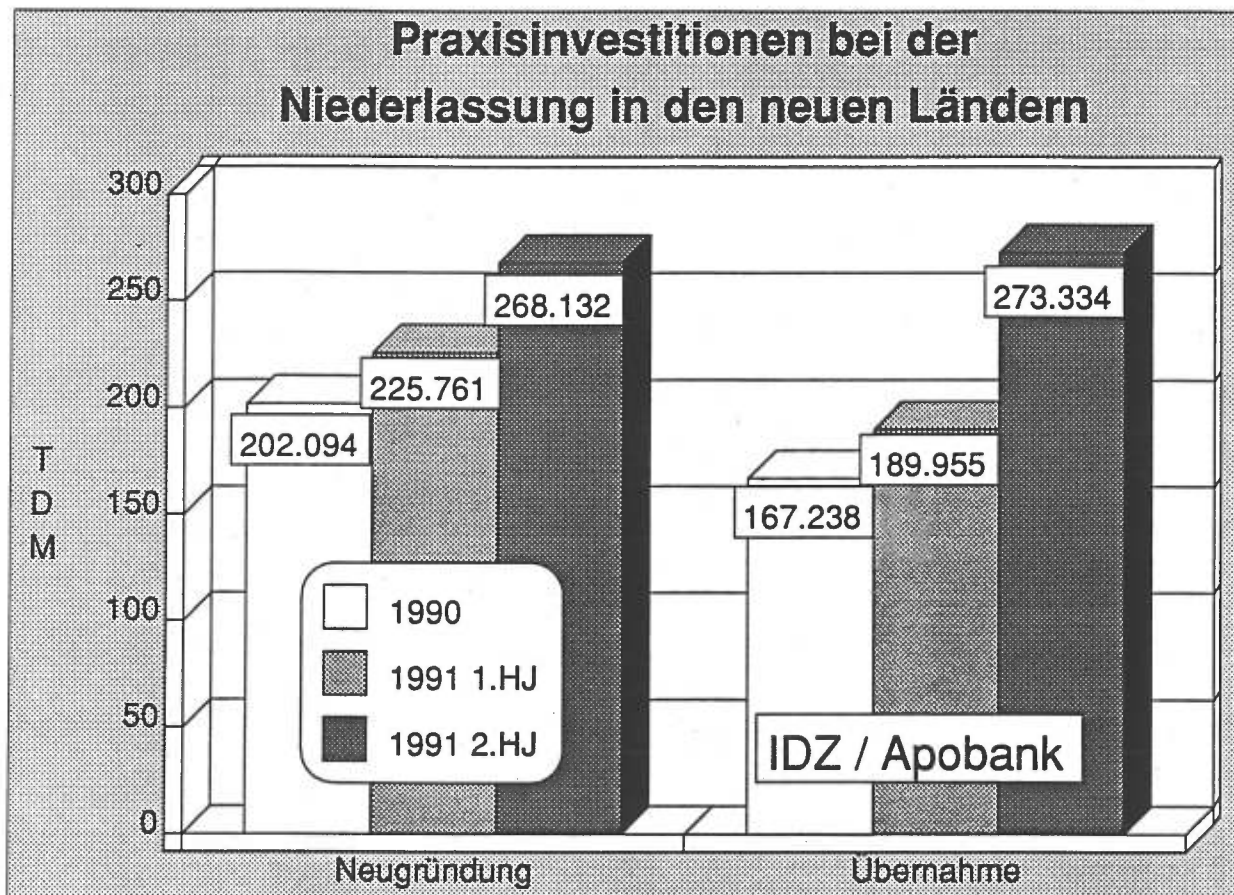


Abbildung 10

heiten als auch technische Versorgung und Entsorgung gleichermaßen anbelangt. Die erforderlichen Praxisinvestitionen stiegen im 1. Halbjahr 1991 bei den Praxisneugründungen um durchschnittlich 26 TDM an. Im 2. Halbjahr 1991 ist eine erneute Steigerung um durchschnittlich 46 TDM zu verzeichnen. Bei den Praxisübernahmen bzw. Ausgliederungen zeigt sich ein vergleichbares Bild. Mußten im Jahre 1990 hierfür noch durchschnittlich 167 TDM investiert werden, so erhöhten sich diese Beträge auf ca. 190 TDM im ersten bzw. auf durchschnittlich 273 TDM im zweiten Halbjahr 1991.

Entwicklung beim Betriebsmittelkredit in den neuen Ländern

Der Betriebsmittelkredit dient - wie bereits ausgeführt - dazu, dem sich niederlassenden Zahnarzt eine Überbrückungshilfe bei der Anlaufphase zu geben. Diese Überbrückung ist in der Regel notwendig, da in der Anlaufphase einer Existenzgründung den regelmäßigen Ausgaben - wie Personalkosten, Raumkosten usw. sowie den Kosten der eigenen Lebenshaltung - keine oder nur geringe Einnahmen gegenüberstehen. Die Höhe des in Anspruch genommenen Betriebsmittelkredits gibt deshalb Aufschluß über die Dauer der Anlaufphase einer zahnärztlichen Existenzgründung. Sowohl bei der Praxisneugründung als auch bei der Praxisübernahme stieg der Betriebsmittelkreditbedarf an. Dies deutet darauf hin, daß das Investitionsverhalten zwar schon durch erhoffte Verbesserungen in den zukünftigen

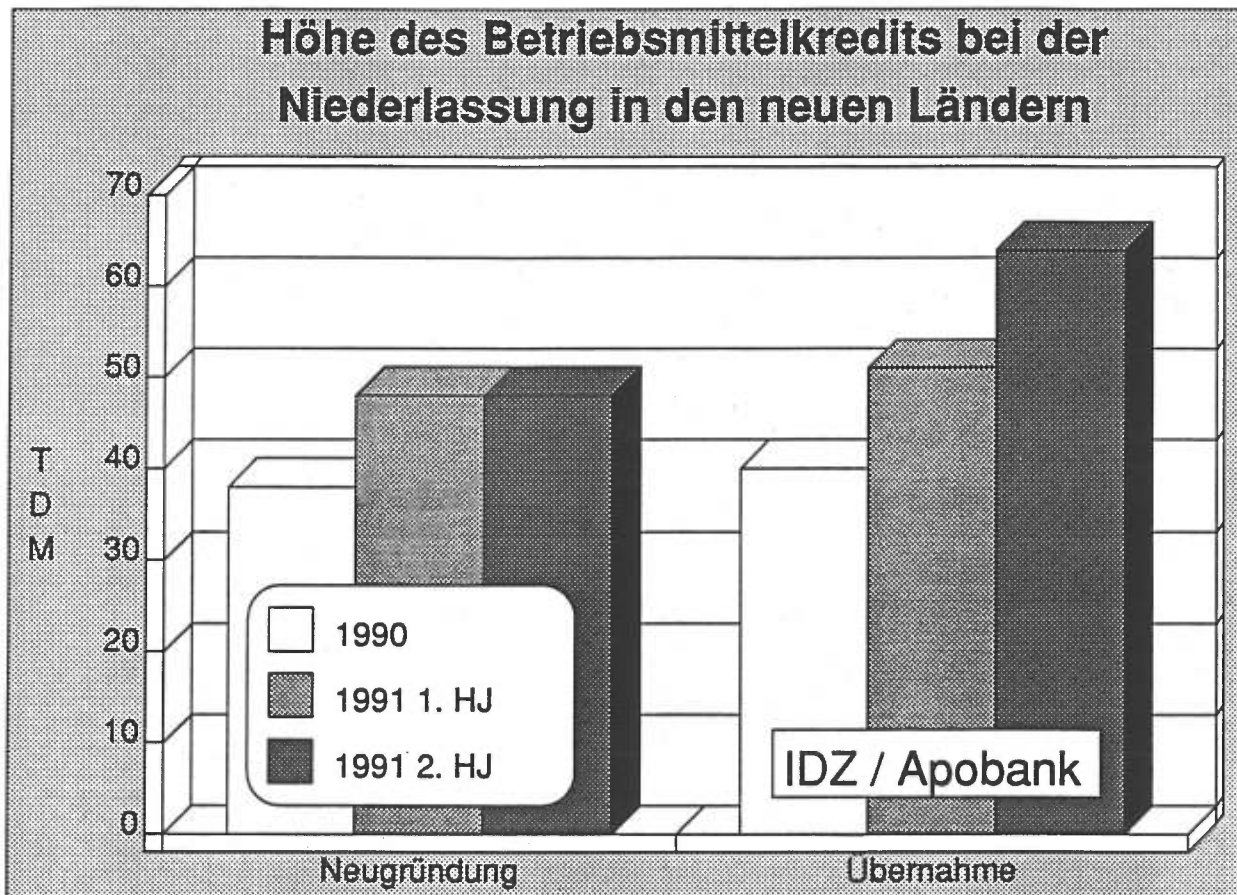


Abbildung 11

gen Ertragslagen beeinflusst wird, gleichzeitig aber die über den Betriebsmittelkredit zu finanzierenden Kosten in der Anlaufphase insbesondere bei den Ausgliederungen immer weiter angestiegen sind (vgl. **Abbildung 11**).

Entwicklung der Bau- / Umbaukosten in den neuen Ländern

Die Bau- bzw. Umbaukosten sind weiterhin durch ein außergewöhnlich hohes Niveau der absoluten Kosten gekennzeichnet. Im zweiten Halbjahr 1991 sind zudem noch weitere Anstiege der Kosten zu verzeichnen, wie aus **Abbildung 12** ersichtlich wird.

Dies ist zunächst ein Ausdruck der in den neuen Ländern noch völlig unzureichend entwickelten baulichen Infrastruktur in den für Zahnarztpraxen genutzten oder nutzbaren Räumlichkeiten. Andererseits deuten diese Zahlen darauf hin, daß es den Eignern von Räumlichkeiten für Zahnarztpraxen oftmals nicht möglich ist, diese Bau- bzw. Umbaukosten für die Einrichtung einer Zahnarztpraxis in Form einer Vorleistung selbst zu übernehmen, um sie dann in Form einer höheren Miete auf die Zahnarztpraxis zu überwälzen. Hohe Bau- bzw. Umbaukosten spiegeln sich ja prinzipiell in zwei verschiedenen Kostengrößen wider: Entweder in hohen investiven Ausgaben für Bau- / Umbaukosten bei der Existenzgründung oder in hohen regelmäßigen Mietkosten, die als laufende Praxiskosten zu Buche schlagen.

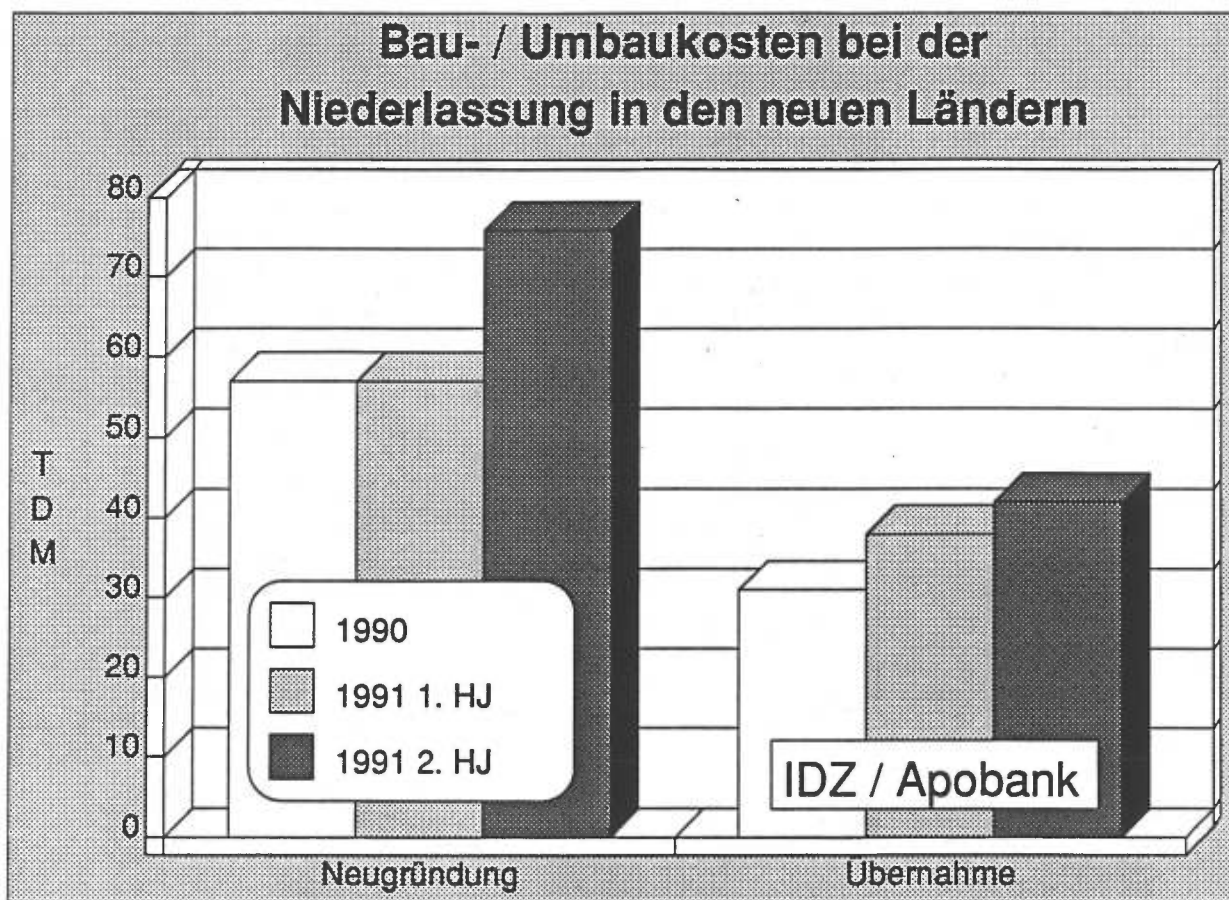


Abbildung 12

Das Investitionsverhalten der Zahnärzte im West-Ost-Vergleich

Wie aus den vorgestellten Ergebnissen der Analyse des Investitionsverhaltens bei der Niederlassung ersichtlich wurde, bleiben die derzeitigen Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung in den neuen Ländern deutlich hinter denen zurück, die typischer Weise in den alten Bundesländern bei der Niederlassung in eigener Praxis getätigt werden. Dies ist eine Folge der in den neuen Ländern vorherrschenden Rahmenbedingungen für investives Verhalten. Solange dort u.a. andere Honorarregelungen existieren, wird und kann dort aufgrund der schlechteren Ertragsaussichten nur weniger investiert werden als in den alten Bundesländern. Dieses wird den Zahnärzten dort auch von allen, die sie betriebswirtschaftlich beraten, so angeraten. Höhere Investitionen, die zu einer verbesserten medizinischen Infrastruktur sicherlich vonnöten wären, "rechnen" sich nicht bei den gegebenen Randbedingungen einzelwirtschaftlich zu verantwortender Investitionsentscheidungen. Andererseits gibt es seit der Vereinigung Deutschlands das sozial- und gesundheitspolitische Ziel, die Versorgungsniveaus in den Bundesländern aneinander anzugleichen. Für eine gleichmäßige zahnmedizinische Breiterversorgung auf der Basis gleicher medizin-technischer Ausstattung fehlen derzeit jedoch noch die erforderlichen Mittel. Für die Absicherung eines gleichmäßigen Investitionsverhaltens der Zahnärzte im gesamten Bundesgebiet müssen sich also erst die Rahmenbedingungen angleichen.