



Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1998

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 1998 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Im Jahr 1998 dominiert die **Einzelpraxisübernahme** im gesamten Bundesgebiet das zahnärztliche Niederlassungsgeschehen. In den alten Bundesländern konnte sie ihren Anteil im Vergleich zu 1997 um 10 Prozentpunkte auf 57 % und in den neuen Bundesländern um 22 Prozentpunkte auf 65 % steigern. „Verlierer“ dieser Entwicklung sind die Einzelpraxisneugründungen. Nur noch jeder vierte zahnärztliche Existenzgründer entscheidet sich für diese Niederlassungsalternative.
- In den alten Bundesländern wächst mit steigendem **Verstädterungsgrad** der Anteil der Einzelpraxisübernahmen deutlich von 45 % auf 72 % an.
- 1998 haben sich die westdeutschen **Investitionsvolumina** für die Neugründung bzw. die Übernahme einer Einzelpraxis im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert. Während die für eine Einzelpraxisneugründung aufzubringenden finanziellen Mittel um 1 Prozentpunkt auf 551 TDM gestiegen sind, haben sie sich für eine Einzelpraxisübernahme um 2 Prozentpunkte auf 502 TDM verringert.
- In den neuen Bundesländern ist das Gesamtfinanzierungsvolumen einer **Einzelpraxisneugründung** 1998 um 10 Prozentpunkte auf 393 TDM gesunken und liegt damit erstmals seit 1991 wieder unter der 400 TDM-Grenze.
- Während im gesamten Bundesgebiet im Jahr 1998 der **Substanzwert zzgl. Neuananschaffungen** einer Praxisübernahme um 11 Prozentpunkte gesunken ist (1998: West 204 TDM, Ost 170 TDM) hat sich das Niveau des **Goodwill** behaupten können (1998: West 159 TDM, Ost 118 TDM).
- Das **zahnärztliche Investitionsvolumen** für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wurde 1997/98 im Vergleich zu den ärztlichen Investitionen nur durch das der Fachgruppe der Chirurgen übertroffen.

Die Autoren dieser Investitionsanalyse sind: Dipl.-Vw. Ralph Kaufhold/IDZ und Dipl.-Kfm. Andrea Schwarte/Apo-Bank.

Weitere Exemplare der IDZ-Information Nr. 4/99 können auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis

Investments for setting up a dental practice in 1998

Since 1984 the Institute of German Dentists (IDZ) has analysed the investments of dentists when establishing a practice in cooperation with the „Deutsche Apotheker- und Ärztebank“/Düsseldorf. For the year 1998 the central results are as follows:

- In 1998 the predominant form of establishment in Germany is **to buy a solo practice from a retiring dentist**: Compared with 1997, in West Germany the portion went up by 10% to 57% and in East Germany by 22% to actually 65%. Establishing a new solo practice is “on the losing side”: Only every fourth young dentist chooses this form of setting up practice.
- In West Germany the portion of establishments of new solo practices considerably increases with the **degree of urbanisation**, i.e. from 45% to 72%.
- As compared with the preceding year the **investment volumes** to be raised for establishing a new practice or for buying an existing practice have changed only slightly in West Germany in 1998: The volume to be invested for establishing a new solo practice went up by 1% to 551.000 DM, and it went down by 2% to 502.000 DM for buying a solo practice from a retiring dentist.
- In East Germany the total financing volume for **establishing a new solo practice** in 1998 went down to DM 393.000 DM (-10%), and thus for the first time since 1991 is again under the 400.000-DM-limit.
- Whereas in Germany as a whole the **real value** (for the equipment) **plus new purchases** for buying a practice went down by 11% (1998: West Germany 204.000 DM, East Germany 170.000 DM), the amount to be paid for the goodwill of the practice remained stable (1998: West Germany 159.000 DM, East Germany: 118.000 DM).
- Compared with medical practices the **investment volume for setting up a dental practice** in West Germany in 1997/98 is only surpassed by the amount necessary for establishing a medical surgeon's practice.

The authors of the present analysis are: Dipl.-Volksw. Ralph Kaufhold/Institute of German Dentists and Dipl.-Kfm. Andrea Schwarte/Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1998

Ralph Kaufhold, Andrea Schwarte

Gliederungsübersicht

| | Seite |
|---|----------|
| 1. Methodische Vorbemerkungen | 1 |
| 2. Analyse der Einflußfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten | 3 |
| 2.1 Art der Existenzgründung | 3 |
| 2.2 Alter des Existenzgründers..... | 4 |
| 2.3 Praxislage..... | 6 |
| 3. Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens | 8 |
| 3.1 Westdeutschland inkl. Berlin | 8 |
| 3.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen | 10 |
| 3.1.2 Der Betriebsmittelkredit..... | 11 |
| 3.1.3 Die Bau- und Umbaukosten..... | 12 |
| 3.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme | 13 |
| 3.1.5 Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern | 16 |
| 3.2 Ostdeutschland | 17 |
| 3.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen | 18 |
| 3.2.2 Der Betriebsmittelkredit..... | 19 |
| 3.2.3 Die Bau- und Umbaukosten..... | 20 |
| Literatur..... | 21 |

1. Methodische Vorbemerkungen

Dieser Bericht verfolgt das Ziel, die Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens bei der Niederlassung im Jahr 1998 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen in der vorangegangenen Dekade zu analysieren.

Die Datenbasis bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden bereits seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfaßt und ausgewertet. 1998 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf etwa 550, die sich wie in den beiden Vorjahren im Verhältnis 8 zu 1 auf die alten und neuen Bundesländer aufteilen. Die statistische Auswertung wurde gemeinsam von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank und dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) unter Verwendung

von SPSS 8.0 für Windows durchgeführt und vermittelt einen recht breiten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung.

Im einzelnen umfaßt die statistische Auswertung folgende Größen:

- die *Art* der Existenzgründung
- die *Ortsgrößenklasse* (Verstädterungsgrad) des Niederlassungsortes
- das *Alter* des Zahnarztes
- die Höhe des *Gesamtfinanzierungsvolumens*
- die Investitionen in die *medizinisch-technische Praxis- und Geräteausstattung*
- die Höhe des *Betriebsmittelkredites*
- die Höhe der *Bau- und Umbaukosten*
- die Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden *materiellen Praxiswertes (Substanzwert)*
- die Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden *ideellen Praxiswertes (Goodwill)*
- der *Vorjahresumsatz* der Übernahmepraxis

Welche Wachstums- und Beschäftigungseffekte von den zahnärztlichen Existenzgründungen ausgehen wird deutlich, wenn man die Niederlassungszahlen der letzten Jahre betrachtet.

Als Reaktion auf die befürchteten Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) kam es im Jahr 1993 zu einem Niederlassungsboom. Knapp 4.000 Zahnärzte, ca. 60 % mehr als 1992, ließen sich im gesamten Bundesgebiet neu nieder. Nachdem 1994 nur noch rund 1.600 Niederlassungen registriert wurden, stieg die Zahl im Folgejahr auf ca. 2.000 Existenzgründungen an und hielt sich bis 1997 auf diesem Niveau. Mit etwa 2.200 Neuniederlassungen im Jahr 1998 wird das Ergebnis des Vorjahres um ca. 15 % übertroffen (vgl. BZÄK, 1999). Verantwortlich für diesen deutlichen Anstieg dürfte die ab dem 1. Januar 1999 geltende Altersgrenze von 68 Jahren sein, nach deren Erreichen ein Zahnarzt nicht mehr an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen darf. Diese Regelung hat dazu geführt, daß die Zahl der Berufsaufgaben 1998 um 80 % über denen des Jahres 1997 liegt (vgl. BZÄK, 1999). Damit verbunden ist ein Anstieg der zum Verkauf stehenden Zahnarztpraxen. Dieses vergrößerte Angebot wurde anscheinend von vielen niederlassungswilligen Zahnärzten zum Anlaß genommen, ihre Existenzgründung zeitlich vorzuziehen.

Insgesamt wurden allein in den Jahren 1997/98 durch zahnärztliche Existenzgründer Investitionen in Höhe von über 2 Mrd. DM getätigt. Legt man die durchschnittliche Zahl der entgeltlich Beschäftigten in west- und ostdeutschen Zahnarztpraxen des Jahres 1997 (vgl. KZBV, 1998) zugrunde, wurden mit diesen Mitteln **über 20.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. erhalten**. Dieser bedeutende Input für die Volkswirtschaft wird in den oftmals einseitig kostenorientiert geführten Diskussionen über das Gesundheitswesen häufig übersehen.

2. Analyse der Einflußfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

Einen maßgeblichen Einfluß auf das bei einer Niederlassung aufzubringende Investitionsvolumen haben die Art der Existenzgründung, das Alter des zahnärztlichen Existenzgründers und die gewählte Region.

2.1 Art der Existenzgründung

Für die folgenden Analysen dieses Berichtes wird zwischen drei Arten der zahnärztlichen Existenzgründung unterschieden: Neugründung einer Einzelpraxis, Übernahme einer Einzelpraxis und Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis. 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 - im Zeitraum von 1989 bis 1997 hat sich ihr Anteil in Westdeutschland von 7,1 % auf 15,1 % mehr als verdoppelt (vgl. KZBV, 1998) -, ist diese Substitution notwendig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine statistisch-detailliertere Analyse nicht zuläßt.

Nachdem sich in den **alten Bundesländern** die Struktur der Niederlassungsarten in den Jahren 1995 bis 1997 als recht stabil erwiesen hat, weist das Jahr 1998 deutliche Veränderungen auf. Einem Rückgang von 10 % bei den Einzelpraxis**neugründungen** steht ein prozentual gleich hoher Anstieg bei den Einzelpraxis**übernahmen** gegenüber (vgl. Abb. 1). Diese Gewichtsverlagerung kann nicht allein mit dem für den niederlassungswilligen Zahnarzt geringeren unternehmerischen Risiko einer Übernahme erklärt werden. Bei einer Übernahme können zwar nicht alle individuellen Vorstellungen des Zahnarztes hinsichtlich 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. Zusätzlich hat sich durch die Einführung der Altersgrenze von 68 Jahren ab 1999 die Zahl zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen erhöht. Viele niederlassungswillige Zahnärzte haben auf diese veränderten Marktgegebenheiten reagiert und sich für eine Praxisübernahme entschieden. Die Gemeinschaftspraxen erreichen 1998 einen Anteil von 16 %, so daß sich die positive Entwicklung der vergangenen Jahre fortsetzt.

Obwohl sich der Anteil der Einzelpraxisneugründungen in den **neuen Bundesländern** zwischen 1995 und 1997 um 12 % verringert hat, lag diese Form der Existenzgründung bis 1997 deutlich vor der Einzelpraxisübernahme (vgl. Abb. 1). Ein wichtiger Einflußfaktor auf die zunehmende Bedeutung der Einzelpraxisübernahme ist die veränderte Altersstruktur ostdeutscher Zahnärzte. Der Anteil der über 55jährigen Zahnärzte erhöhte sich im Zeitraum von 1995 bis 1997 von 9 % auf 14 % (vgl. BZÄK, 1998). Der damit verbundene Zuwachs von ostdeutschen Alterspraxen wirkte sich naturgemäß positiv auf die Zahl der Praxisübernahmen aus. Im Jahr 1998 prägt auch in den neuen Bundesländern die Einführung der Altersgrenze das Niederlassungsgeschehen. Erstmals ist die Übernahme einer Einzelpraxis die dominierende

Form zahnärztlicher Existenzgründungen; mit einem Anteil von 65 % wird sogar der westdeutsche Wert übertroffen. „Verlierer“ dieser Entwicklung ist die **Einzelpraxisneugründung**, deren Anteil sich 1998 im Vergleich zum Vorjahr nahezu halbiert hat. Auch wenn die **Gemeinschaftspraxen** in den neuen Bundesländern noch nicht die Bedeutung wie in den alten Bundesländern haben, so ist doch bemerkenswert, daß sich ihr Anteil bei den Existenzgründungen zwischen 1995 und 1998 von 4 % auf 8 % verdoppelt hat.

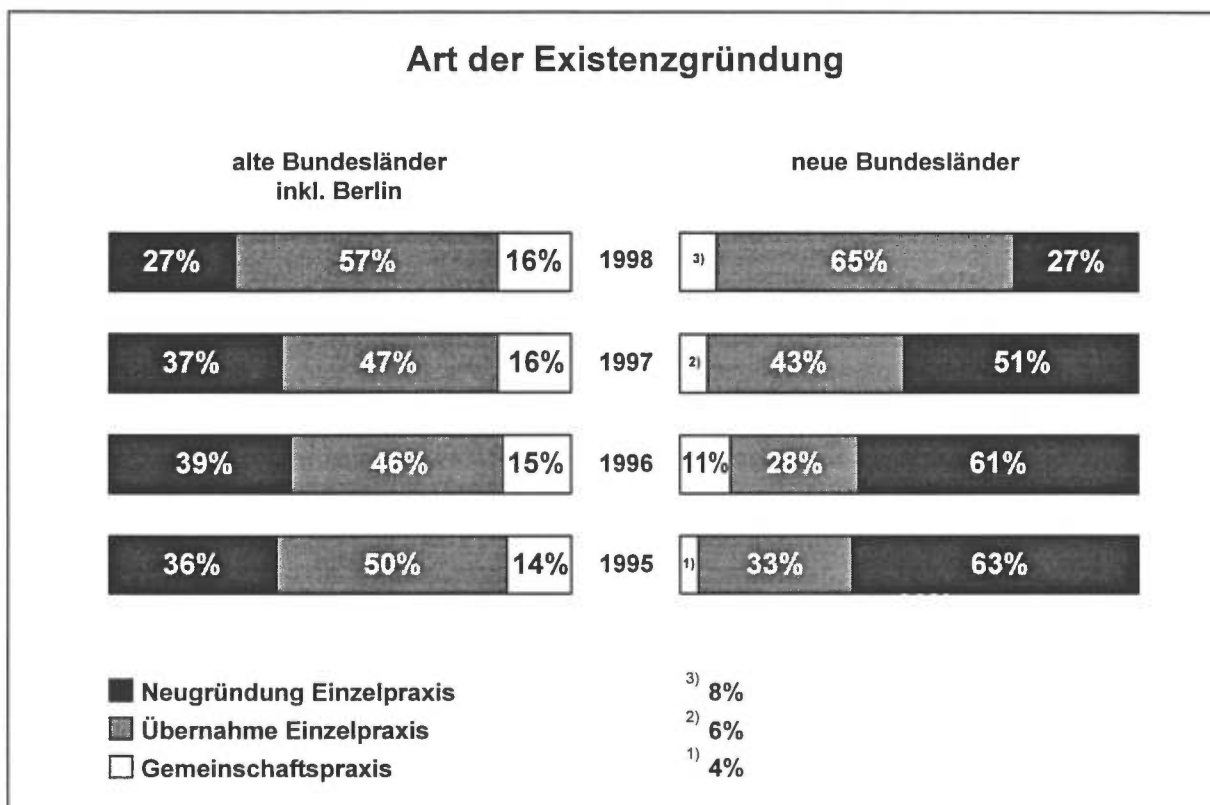


Abbildung 1

2.2 Alter des Existenzgründers

Zwischen 1995 und 1997 zeigte die Entwicklung der west- und ostdeutschen Altersstruktur zahnärztlicher Existenzgründer auffallende Parallelen. In annähernd dem gleichen Umfang, in dem die Altersgruppe der 26-30jährigen schrumpfte (West: -16 %; Ost: -13 %) wuchs die Altersgruppe der 31-40jährigen (West: +18 %; Ost: +16 %). Im Jahr 1998 existiert dieser gemeinsame Trend nicht mehr. Während sich in Westdeutschland der Anteil der 26-30jährigen Existenzgründer im Vergleich zum Vorjahr um 6 % auf 26 % erhöht hat, ist der Anteil der 31-40jährigen Existenzgründer um 7 % auf 61 % zurückgegangen (vgl. Abb. 2). Gerade **junge Zahnärzte** scheinen die durch Einführung der Altersgrenze veränderte Marktsituation als Chance aufgefaßt und ihre Niederlassungspläne zügig realisiert zu haben. In den neuen Bundesländern hat sich im Vergleich zu 1997 nichts verändert, das „Kräfteverhältnis“ zwischen den beiden Altersgruppen ist nach wie vor ausgeglichen (vgl. Abb. 3).



Abbildung 2



Abbildung 3

Differenziert man für die alten Bundesländer die relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen, so zeigt sich, daß 1998 für alle Altersgruppen die Übernahme einer **Einzelpraxis** die verbreitetste Form der Niederlassung ist (vgl. Abb. 4). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der Übernahmen in allen Altersgruppen deutlich erhöht, bei den 26-30jährigen Zahnärzten um 6 % und bei den über 30jährigen Zahnärzten um 11 %. Auffallend ist, daß sich in der obersten Altersgruppe 17 % der Existenzgründer, 9 % mehr als 1997, für die Gemeinschaftspraxis entschieden haben, während in den anderen Altersgruppen deren Anteil zurückgegangen ist (26-30 Jahre: -5 %; 31-40 Jahre: -1 %). Das Wissen, spätestens mit 68 Jahren aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausscheiden zu müssen, scheint gerade die Zahnärzte, die sich relativ spät für eine Niederlassung entscheiden, dazu zu bewegen, ihr wirtschaftliches Risiko durch eine Einzelpraxisübernahme überschaubarer zu halten bzw. es in einer Gemeinschaftspraxis nicht allein zu tragen.

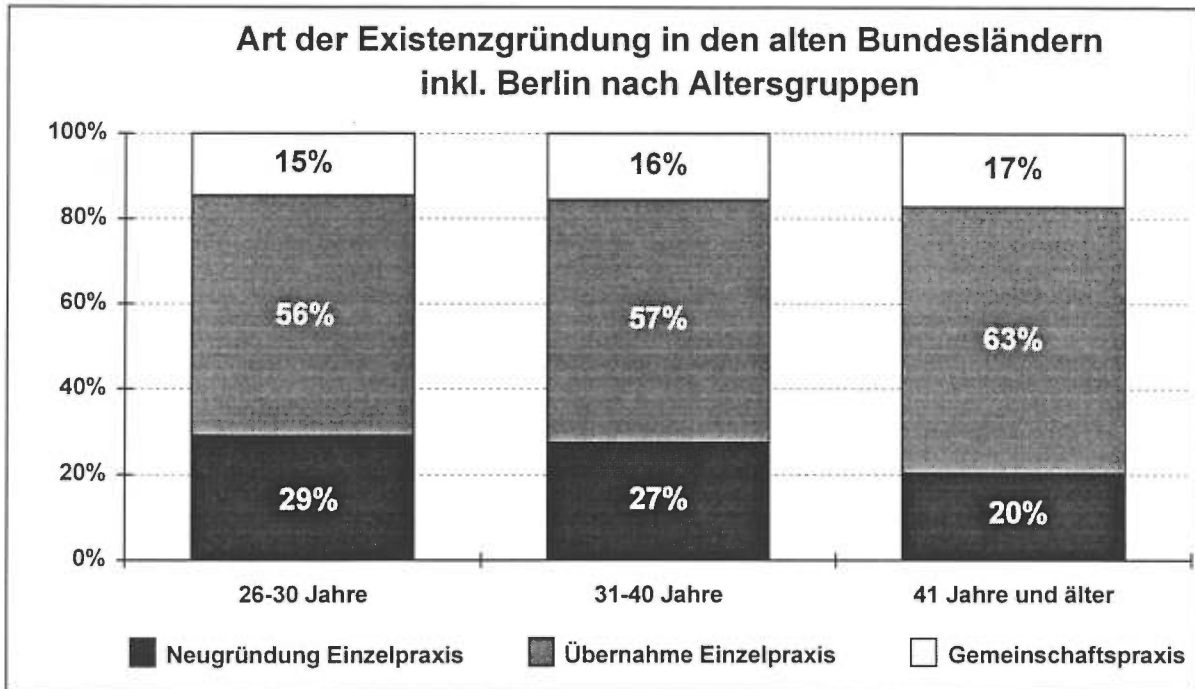


Abbildung 4

2.3 Praxislage

Bei der Vorbereitung einer 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.

Bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse muß berücksichtigt werden, daß die Auswertung der erfaßten Finanzierungsfälle nicht getrennt nach Ost- und West-Berlin durchgeführt werden konnte, und daher alle Existenzgründungen auf dem Stadtgebiet von Berlin aus statistischen Gründen den alten Bundesländern zugeordnet wurden. Weiterhin ist zu beachten, daß die Einteilung der Ortsgrößen an die veränderte Siedlungsdichte angepaßt wurde. In Tabelle 1 sind die alten und neuen Kategorien einander gegenübergestellt.

| Ortsgröße | ab 1998 | 1984-1997 |
|-------------|-----------------------------|----------------------------|
| Land | 0 - 20.000 Einwohner | 0 - 5.000 Einwohner |
| Kleinstadt | 20.000 - 100.000 Einwohner | 5.000 - 20.000 Einwohner |
| Mittelstadt | 100.000 - 500.000 Einwohner | 20.000 - 100.000 Einwohner |
| Großstadt | mehr als 500.000 Einwohner | mehr als 100.000 Einwohner |

Tabelle 1

Im Jahr 1998 erweist sich die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründungen nach Orstgrößen für die **alten Bundesländer** als recht gleichmäßig (vgl. Abb. 5). Lediglich 9 % trennen die Region mit dem höchsten und niedrigsten Anteil zahnärztlicher Existenzgründungen. Im Vergleich zum Vorjahr (eine Anpassung der Werte für 1997 an die neuen Ortsgrößenklassen hat stattgefunden) haben die ländlichen Regionen an Attraktivität verloren. Während sich 1997 etwa 34 % der Zahnärzte für eine Praxis auf dem Land entschieden, waren es 1998 nur noch 27 %. Im Gegenzug haben Groß- und Mittelstädte an Bedeutung gewonnen. Insgesamt hat sich ihr Anteil um 8 % auf jetzt 49 % erhöht. In den **neuen Bundesländern** zeigt die Standortwahl ein vollkommen anderes Bild (vgl. Abb. 6). Mit 58 %, 18 % mehr als 1997, erfahren die ländlichen Regionen im Rahmen der zahnärztlichen Existenzgründung den größten Zuspruch.



Abbildung 5



Abbildung 6

Der Blick auf die relativen Häufigkeiten (vgl. Abb. 7) läßt einen klaren Trend erkennen: In Westdeutschland wächst mit steigendem Verstädterungsgrad der Anteil der Einzelpraxisübernahmen deutlich von 45 % auf 72 %, während sich die Bedeutung der Einzelpraxisneugründung und der Gemeinschaftspraxis verringert. Dieser Trend bestätigt die Beobachtung, daß mit zunehmendem Verstädterungsgrad auch die Zahnarztichte tendenziell zunimmt. In Ballungsräumen läßt sich die Niederlassung als Vertragszahnarzt oftmals nur im Rahmen einer Praxisübernahme realisieren.

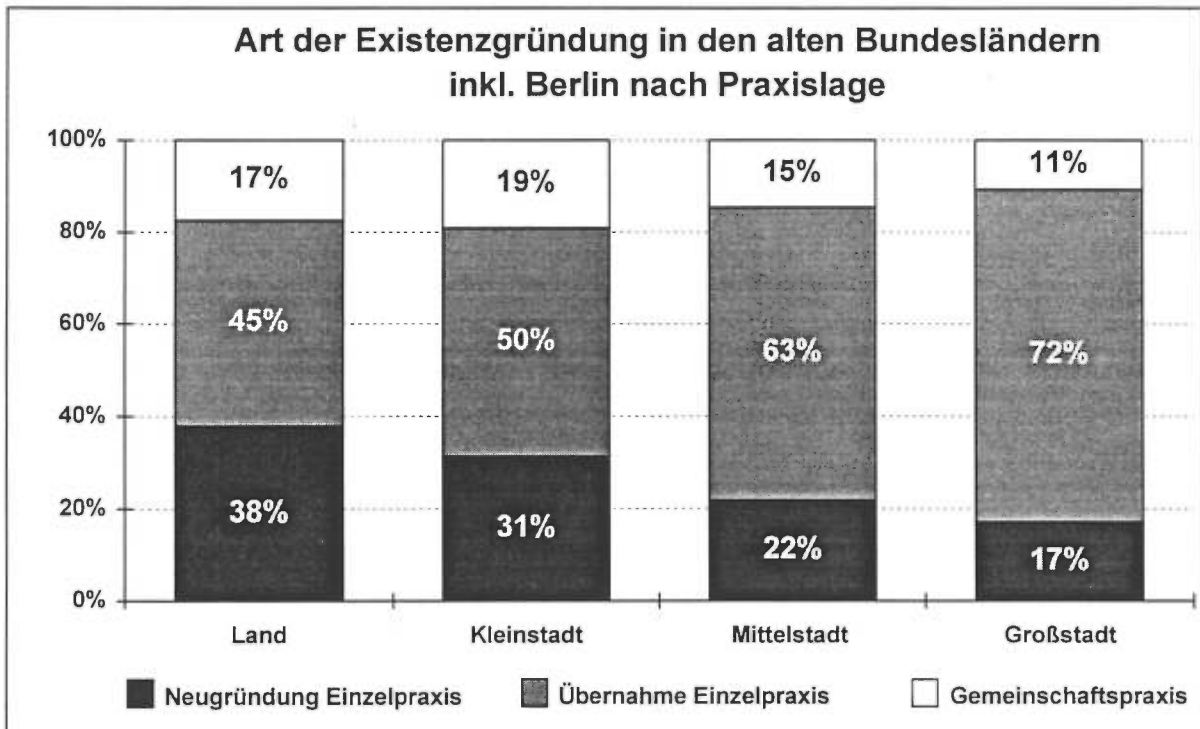


Abbildung 7

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 Besetzungszahlen 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 1989 bis 1998 sind in den Tabellen 2a+b und 3a+b dargestellt.

| Neugründung einer Einzelpraxis | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| med.-techn. Geräte und Einrichtung | 309 | 305 | 296 | 332 | 314 |
| + Bau- und Umbaukosten | 40 | 43 | 61 | 60 | 61 |
| = Praxisinvestitionen | 349 | 348 | 357 | 392 | 375 |
| + Betriebsmittelkredit | 96 | 100 | 95 | 100 | 106 |
| = Finanzierungsvolumen | 445 | 448 | 452 | 492 | 481 |

Tabelle 2a

Angaben in TDM

| Neugründung einer Einzelpraxis | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| med.-techn. Geräte und Einrichtung | 329 | 341 | 356 | 359 | 364 |
| + Bau- und Umbaukosten | 59 | 57 | 77 | 66 | 60 |
| = Praxisinvestitionen | 388 | 398 | 433 | 425 | 424 |
| + Betriebsmittelkredit | 108 | 114 | 123 | 123 | 127 |
| = Finanzierungsvolumen | 496 | 512 | 556 | 548 | 551 |

Tabelle 2b

Angaben in TDM

| Übernahme einer Einzelpraxis | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Substanzwert | / | / | / | / | / |
| + Neuanschaffungen | / | / | / | / | / |
| = Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen | 159 | 132 | 182 | 198 | 218 |
| + Goodwill | 95 | 121 | 106 | 130 | 109 |
| + Bau- und Umbaukosten | 22 | 26 | 18 | 16 | 19 |
| = Praxisinvestitionen | 276 | 279 | 306 | 344 | 346 |
| + Betriebsmittelkredit | 79 | 80 | 78 | 87 | 83 |
| = Finanzierungsvolumen | 355 | 359 | 384 | 431 | 429 |

Tabelle 3a

Angaben in TDM

| Übernahme einer Einzelpraxis | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Substanzwert | / | 134 | 146 | 150 | 124 |
| + Neuanschaffungen | / | 67 | 75 | 78 | 80 |
| = Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen | 249 | 201 | 221 | 228 | 204 |
| + Goodwill | 111 | 132 | 119 | 156 | 159 |
| + Bau- und Umbaukosten | 24 | 20 | 21 | 22 | 25 |
| = Praxisinvestitionen | 384 | 353 | 361 | 406 | 388 |
| + Betriebsmittelkredit | 92 | 94 | 104 | 105 | 114 |
| = Finanzierungsvolumen | 476 | 447 | 465 | 511 | 502 |

Tabelle 3b

Angaben in TDM

Im Jahr 1998 entfallen 66 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisneugründung auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 11 % auf die Bau- und Umbaukosten und 23 % auf den Betriebsmittelkredit. Zwischen 1989 und 1998 hat sich diese prozentuale Verteilung als recht stabil erwiesen.

Bei einer Einzelpraxisübernahme wurden 1998 durchschnittlich 40 % des Finanzierungsvolumens für den **Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen**, 32 % für den **Goodwill**, 5 % für die **Bau- und Umbaukosten** und 23 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Bei der Übernahme einer Einzelpraxis kam es zwischen 1989 und 1998 immer wieder zu größeren Abweichungen bei der prozentualen Zusammensetzung des Finanzierungsvolumens, insbesondere beim Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen und dem Goodwill. Es fällt auf, daß sich die prozentualen Anteile dieser beiden Größen immer entgegengesetzt entwickelten. Ein prozentualer Anstieg

(Rückgang) des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen wurde stets von einem nahezu gleichen prozentualen Rückgang (Anstieg) des Goodwill begleitet.

3.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Im Vergleich zum Vorjahr ist das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung 1998 lediglich um 1 % auf 551 TDM gestiegen (vgl. Abb. 8).

Der Zeitraum 1989 bis 1998 kann in drei Abschnitte eingeteilt werden, in denen sich die für eine Praxisneugründung aufzubringenden finanziellen Mittel nur geringfügig verändert haben. Mit einem deutlichen Anstieg des Investitionsvolumens 1992 (+ 9%) und 1996 (+ 9 %) begann jeweils eine neue Phase. Interessant ist, daß diese deutlichen Erhöhungen des Finanzierungsniveaus einer Praxisneugründung unmittelbar im Jahr vor Inkrafttreten weitreichender gesundheitspolitischer Reformgesetze lagen (1993 Gesundheitsstrukturgesetz, 1997 GKV-Neuordnungsgesetz).

Im Jahr 1998 muß ein zahnärztlicher Existenzgründer für eine Einzelpraxisübernahme im Durchschnitt 502 TDM, 2 % weniger als im Vorjahr, aufbringen.

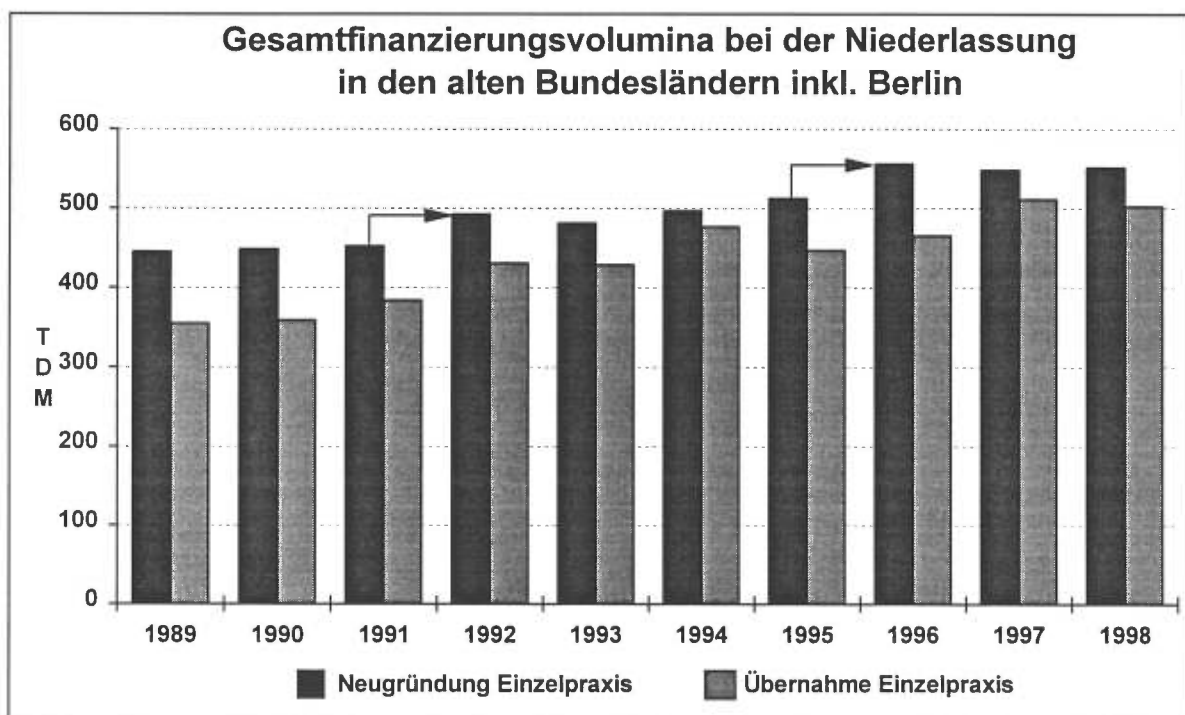


Abbildung 8

Der Unterschied der Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme betrug im Jahr 1994 nur noch 20 TDM. Vorangegangen war eine seit 1989 anhaltende kontinuierliche Annäherung der Investitions-

summen. Seit 1995 wechseln Zu- und Abnahme der Investitionsdifferenz nahezu jährlich. Im Jahr 1998 liegt das Investitionsvolumen einer Neugründung 49 TDM über dem einer Übernahme (vgl. Abb. 9).

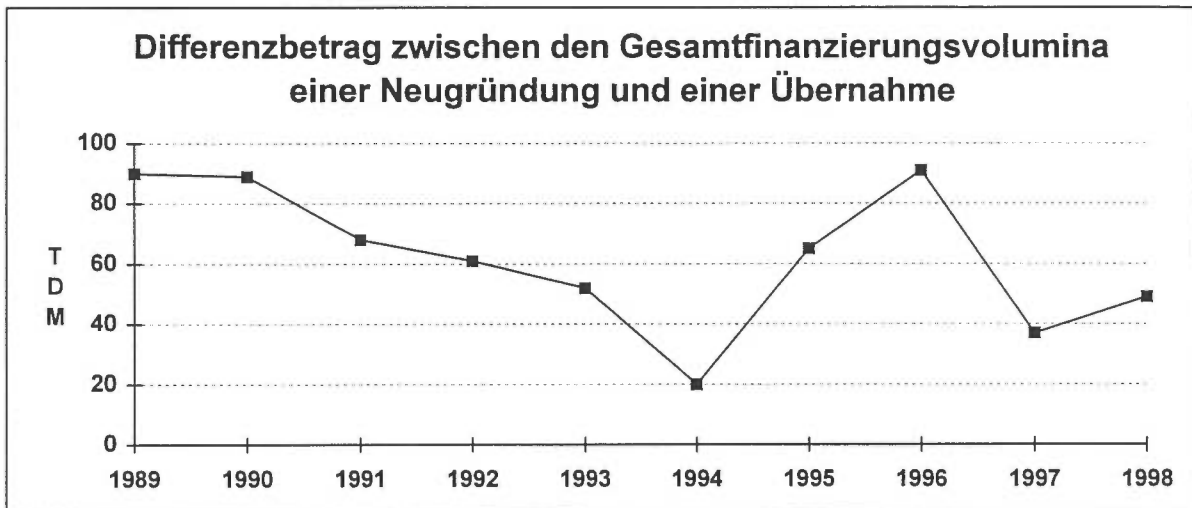


Abbildung 9

Für das Jahr 1998 zeigt eine nach Alter differenzierte Betrachtung, daß zahnärztliche Existenzgründer, die das 40. Lebensjahr überschritten haben, mit 441 TDM für eine Einzelpraxisneugründung bzw. 436 TDM für eine Einzelpraxisübernahme deutlich weniger investieren als ihre jüngeren Kollegen (Einzelpraxisneugründung: 565 TDM, Einzelpraxisübernahme: 509 TDM). Während in der Altersgruppe der über 40jährigen Zahnärzte das Investitionsvolumen einer Neugründung zwischen 1996 und 1998 um 10 % zurückging, ist das einer Übernahme im gleichen Zeitraum um 6 % gestiegen.

Unter regionalen Gesichtspunkten erfordert eine Einzelpraxisneugründung in der Großstadt 1998 mit durchschnittlich 585 TDM den höchsten finanziellen Einsatz, während auf dem Land „nur“ 536 TDM notwendig sind. Das Investitionsvolumen für die Übernahme einer ländlichen bzw. kleinstädtischen Einzelpraxis ist mit 530 TDM um 55 TDM höher als für eine Praxisübernahme in Mittel- und Großstädten.

3.1.2 Der Betriebsmittelkredit

Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittel- bzw. Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. Er ist notwendig, da den regelmäßigen Ausgaben für Praxis- und Lebenshaltungskosten anfangs 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 Praxisneugründung als auch bei der Praxisübernahme erreicht der Betriebsmittelkredit 1998 mit 127 TDM bzw. mit 114 TDM sein Maximum im Beobachtungszeitraum (vgl. Abb. 10). Damit hat sich der im Rahmen einer Einzelpraxisneu-

gründung in Anspruch genommene Betriebsmittelkredit seit 1989 jährlich um durchschnittlich 3 % erhöht. Im Falle einer Einzelpraxisübernahme betrug das durchschnittliche jährliche Wachstum 4 %.

Die höchsten Betriebsmittelkredite für eine Praxisneugründung (129 TDM) bzw. für eine Praxisübernahme (119 TDM) wurden von der Gruppe der 31-40jährigen zahnärztlichen Existenzgründer in Anspruch genommen. Zahnärzte, die bei der Niederlassung 41 Jahre und älter sind, benötigen zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten rund 110 TDM.

Bei der Existenzgründung beeinflußt neben dem Alter des Zahnarztes auch der Praxisstandort die Höhe des Betriebsmittelkredits. Durchaus bemerkenswert ist, daß 1998 bei der **Neugründung** und bei der **Übernahme** einer Einzelpraxis in Großstädten die geringsten Betriebsmittelkredite nachgefragt wurden.

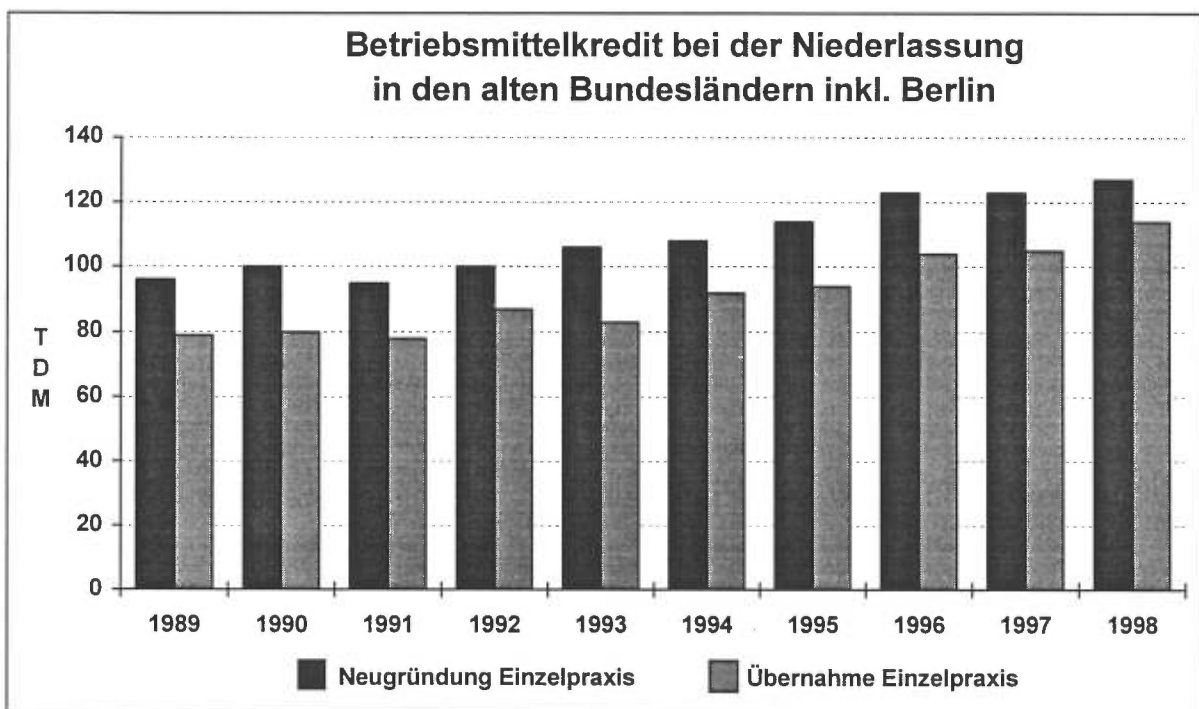


Abbildung 10

3.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Der Abwärtstrend der Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung setzt sich weiter fort. Im Jahr 1998 liegen die Ausgaben für bauliche Maßnahmen mit 60 TDM um 9 % unter denen des Vorjahres und um 22 % unter denen des Jahres 1996. Damit ist das Investitionsniveau, welches Mitte der 90er Jahre galt, wieder erreicht. Die bei einer Praxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung. Zwischen 1996 und 1998 ist dieser Kostenblock bei einer Übernahme um 19 % auf jetzt 25 TDM gestiegen (vgl. Abb. 11).

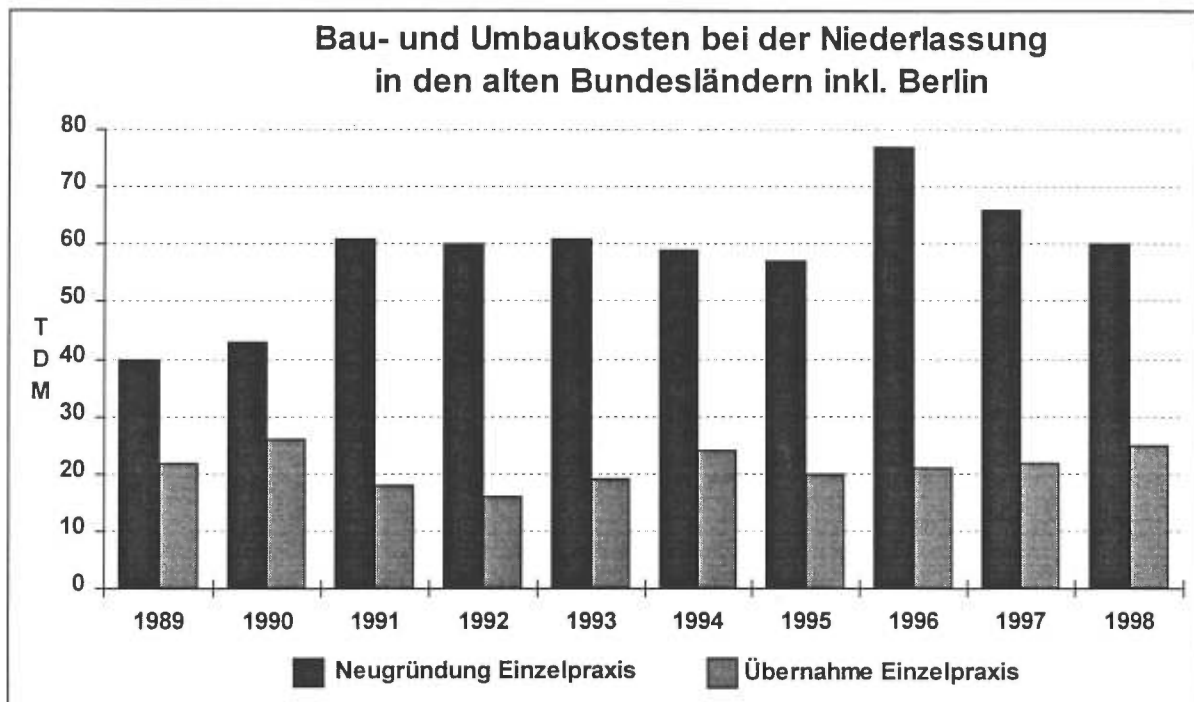


Abbildung 11

In der **Großstadt** sind die Bau- und Umbaukosten im Jahr 1998 für eine Praxisneugründung mit 75 TDM bzw. für eine Praxisübernahme mit 34 TDM am höchsten. Die niedrigsten Bau- und Umbaukosten für eine Neugründung (46 TDM) müssen die Zahnärzte übernehmen, die sich für eine **Kleinstadt** als Standort ihrer Praxis entschieden haben. Die bei der Übernahme einer ländlichen Einzelpraxis anfallenden baulichen Maßnahmen belasten das Budget des Existenzgründers mit 16 TDM.

In der Altersgruppe der 26-40jährigen Zahnärzte sind die Bau- und Umbaukosten zwischen 1996 und 1998 um 19 TDM auf 61 TDM gesunken, während sich dieser Kostenblock bei den über 40jährigen Zahnärzten von 56 TDM auf 60 TDM leicht erhöht hat. Damit gilt für das Jahr 1998, daß die Bau- und Umbaukosten altersunabhängig sind.

3.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme

Bei einer Praxisübernahme muß zwischen dem Substanzwert und dem ideellen Wert unterschieden werden. Der Substanzwert einer Praxis - auch materieller Wert genannt - ergibt sich aus der Addition der Einzelwerte der übernommenen Geräte und Ausstattung. Der vom übernehmenden Zahnarzt an den Praxisinhaber zu zahlende ideelle Wert („**Goodwill**“) ist der Betrag, um den der tatsächlich zu zahlende Kaufpreis den Substanzwert übersteigt. Der ideelle Wert einer Zahnarztpraxis wird im wesentlichen durch die persönlichen Beziehungen und das langjährige Betreuungsverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient sowie durch die soziale 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.

Nachdem sich der **Substanzwert** der übernommenen Praxen zzgl. Neuanschaffungen von 1995 bis 1997 um 13 % erhöht hat, liegt er 1998 mit 204 TDM um 11 % unter dem Wert des Vorjahres. Dies ist das Ergebnis zweier entgegengesetzter Entwicklungen: Einem Anstieg von 3 % bei den Neuanschaffungen steht ein Rückgang von 17 % bei dem Substanzwert gegenüber. Dieses deutliche Absinken des Substanzwertes steht in einem engen Zusammenhang mit der Einführung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte. Die daraus resultierende Zunahme zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen dürfte dazu geführt haben, daß die Preise für die übernommenen Geräte und Ausstattung nachgegeben haben (vgl. Abb. 12).

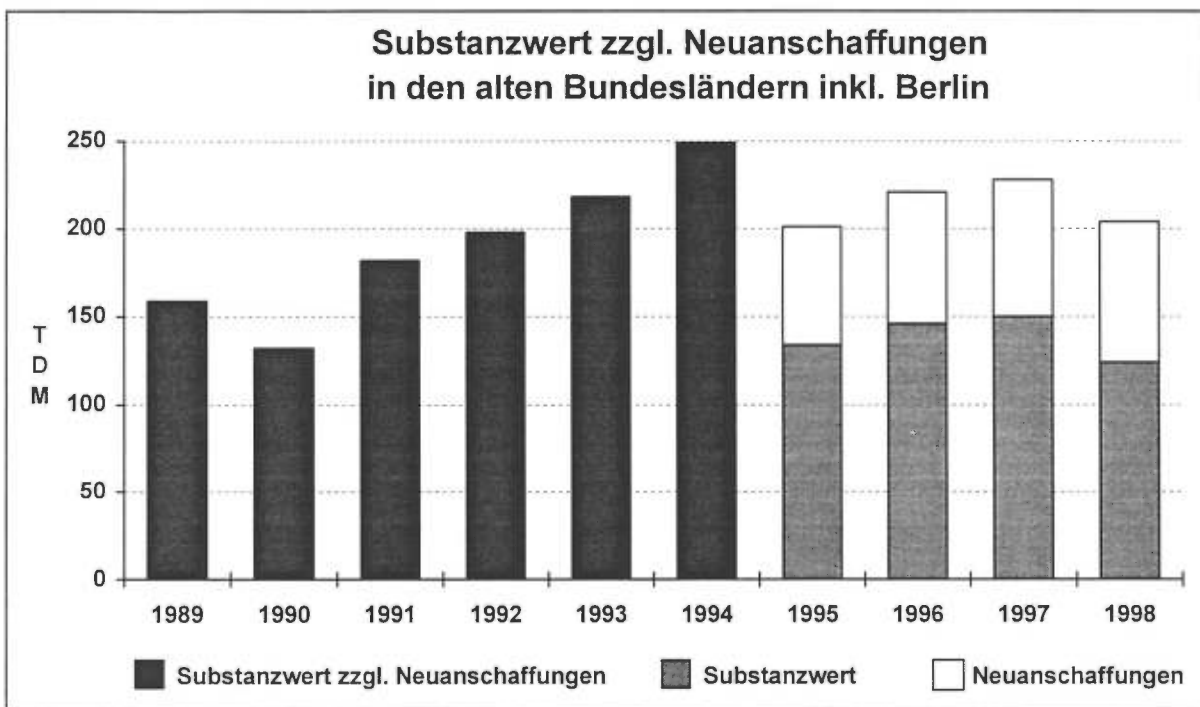


Abbildung 12

In den Jahren 1996 bis 1998 besteht zwischen dem Substanzwert einer übernommenen Praxis und dem **Alter des zahnärztlichen Existenzgründers** ein klarer Zusammenhang. Je älter der Zahnarzt bei der Existenzgründung ist, um so weniger finanzielle Mittel fließen in den Substanzwert. Im Jahr 1998 investieren Zahnärzte, die bei der Niederlassung bereits älter als 40 Jahre sind, etwa 113 TDM in den Substanzwert, während die 26-40jährigen Existenzgründer 126 TDM ausgeben. Deutlicher fällt der Unterschied bei den Neuanschaffungen aus, hier investieren die älteren Zahnärzte 56 TDM und die jüngeren Zahnärzte 84 TDM.

Eine nach **Verstädterungsgrad** differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt, daß 1998 mit steigender Ortsgrößenklasse die Investitionen sinken. Während in ländlichen Regionen durchschnittlich 217 TDM investiert werden, sind es in Groß- und Mittelstädten etwa 195 TDM.

Im tatsächlich gezahlten Goodwill spiegelt sich die subjektive Erwartung des übernehmenden Zahnarztes an die zukünftige Ertragslage der Praxis wider. Die **Erwartungsbildung** wird durch die Entwicklung der letztjährigen nominalen Einnahmenüberschüsse (vgl. KZBV 1998) und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die in der IDZ-Information 3/96 (vgl. Kaufhold, 1996) aufgrund empirischer Beobachtungen erstmals formulierte Aussage, daß die Entwicklung des Goodwill der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse mit einer einjährigen Verzögerung folgt, wird durch die Zahlen der folgenden Jahre bestätigt (vgl. Abb. 13). 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.

Die Veränderungen des Einnahmenüberschusses zwischen 1996 und 1997 und die des Goodwill zwischen 1997 und 1998 betragen etwa 2 %. Zwar existiert ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Goodwill und der Entwicklung des Einnahmenüberschusses, jedoch unterscheiden sich die prozentualen Veränderungsraten in der Regel. Dies ist ein Hinweis, daß noch andere nicht zu unterschätzende Faktoren existieren, welche die Höhe des Goodwill beeinflussen.

Grundsätzlich gilt, daß mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill steigt. Das Verhältnis zwischen Goodwill und Vorjahresumsatz liegt in 36 % der erfaßten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 29 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20 und in 22 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40. Mit dieser empirischen Beobachtung wird die Faustregel, daß bei einer Praxisübernahme der Goodwill ein Drittel des Vorjahresumsatz ausmacht, zumindest im Trend bestätigt.

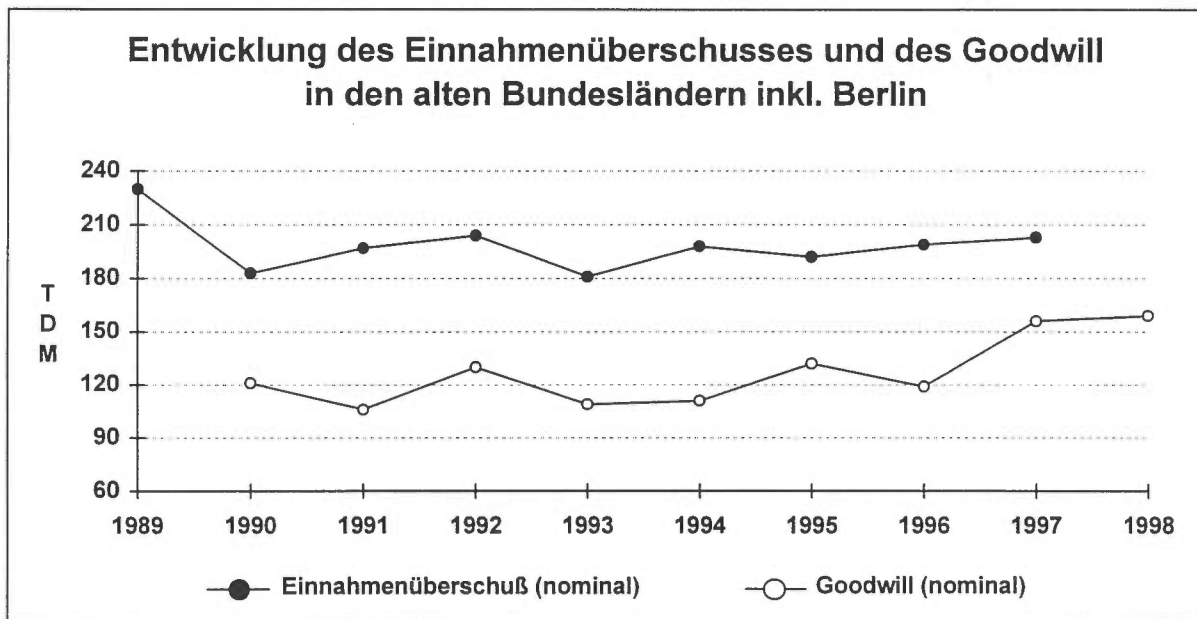


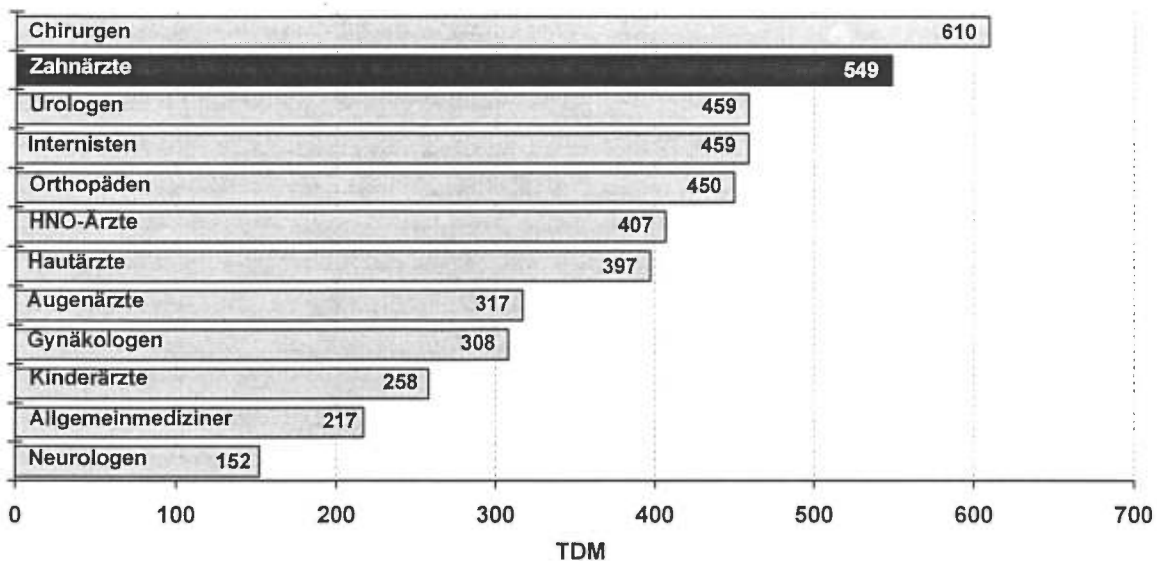
Abbildung 13

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

Der arztgruppenbezogene Vergleich der für eine Praxisneugründung aufzubringenden Finanzmittel in den Jahren 1997/98 zeigt, daß das zahnärztliche Investitionsvolumen nur durch das der **Chirurgen** übertroffen wird (vgl. Abb. 14). Vergleicht man die Gesamtfinanzierungsvolumina der Jahre 1996/97 (vgl. IDZ, 1998) und 1997/98 so wird deutlich, daß Zuwächse bei **Hautärzten** (+24 %), **Internisten** (+11 %), **Chirurgen** (+6 %) und **Urologen** (+2 %) beobachtet werden können. Während die anderen Arztgruppen zum Teil deutliche Rückgänge verzeichnen, bei den Neurologen betragen diese -22 % und bei den Augenärzten -21 %, ist das Investitionsvolumen der **Zahnärzte** nahezu unverändert geblieben.

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer nach wie vor bereit sind, auf einem sehr hohen Niveau zu investieren, vermittelt eine gemeinsam vom IDZ und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte durchgeführte Befragung (vgl. Schneller, Micheelis 1997), die auch Aspekte der **subjektiven Berufszufriedenheit** mit einschloß. Demnach spielt die Aussicht auf ein gutes Einkommen und die damit verbundene wirtschaftliche Sicherheit für die Zahnärzte eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Viel wichtiger sind Aspekte wie die „Selbständigkeit/Freiberuflichkeit“, der „Kontakt mit Menschen“ und die „Möglichkeit einen Heilberuf auszuüben“. Als unangenehme Seiten des Zahnarztberufes wurden vor allem die wachsenden „staatlichen Eingriffe“, der „Leistungs-/Zeitdruck“ und die „Verwaltungsarbeiten“ genannt. Trotz dieser Vielschichtigkeit im zahnärztlichen Berufserleben resultiert aber offenbar eine insgesamt - noch - positive Rolleneinschätzung, die sich bei den niederlassungswilligen Zahnärzten in mutigen Investitionsentscheidungen niederschlägt.

Gesamtfinanzierungsvolumina bei der Neugründung einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern nach Arztgruppen 1997/98



Quelle: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 1999

Abbildung 14

3.2 Ostdeutschland

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können den Tabellen 4a+b und 5a+b entnommen werden. Die empirisch-statistische Aussagekraft dieser Ergebnisse ist nach wie vor durch die im Vergleich zu Westdeutschland geringeren Besetzungszahlen eingeschränkt. In den Jahren 1992 bis 1996 wurden nur sehr wenige Einzelpraxisübernahmen registriert, so daß auf eine statistische Auswertung verzichtet wurde.

| Neugründung einer Einzelpraxis | 1990 | 1991/1 | 1991/2 | 1992 | 1993 |
|------------------------------------|------|--------|--------|------|------|
| med.-techn. Geräte und Einrichtung | 145 | 169 | 192 | 246 | 281 |
| + Bau- und Umbaukosten | 57 | 57 | 76 | 98 | 81 |
| = Praxisinvestitionen | 202 | 226 | 268 | 344 | 362 |
| + Betriebsmittelkredit | 38 | 48 | 48 | 62 | 68 |
| = Finanzierungsvolumen | 240 | 274 | 316 | 406 | 430 |

Tabelle 4a

Angaben in TDM

| Neugründung einer Einzelpraxis | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| med.-techn. Geräte und Einrichtung | 288 | 289 | 314 | 320 | 274 |
| + Bau- und Umbaukosten | 49 | 44 | 61 | 25 | 31 |
| = Praxisinvestitionen | 337 | 333 | 375 | 345 | 305 |
| + Betriebsmittelkredit | 79 | 93 | 87 | 94 | 88 |
| = Finanzierungsvolumen | 416 | 426 | 462 | 439 | 393 |

Tabelle 4b

Angaben in TDM

| Übernahme einer Einzelpraxis | 1990 | 1991/1 | 1991/2 | 1992 | 1993 |
|-------------------------------------|------|--------|--------|------|------|
| 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 5a

Angaben in TDM

| Übernahme einer Einzelpraxis | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Substanzwert | / | / | / | 116 | 107 |
| + Neuanschaffungen | / | / | / | 76 | 63 |
| = Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen | / | / | / | 192 | 170 |
| + Goodwill | / | / | / | 118 | 118 |
| + Bau- und Umbaukosten | / | / | / | 6 | 9 |
| = Praxisinvestitionen | / | / | / | 316 | 297 |
| + Betriebsmittelkredit | / | / | / | 75 | 80 |
| = Finanzierungsvolumen | / | / | / | 391 | 377 |

Tabelle 5b

Angaben in TDM

Im Jahr 1998 entfallen 70 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisneugründung auf die medizinisch-technischen **Geräte und Einrichtung**, 8 % auf die **Bau- und Umbaukosten** und 22 % auf den **Betriebsmittelkredit**. Im Gegensatz zu den alten Bundesländern kam es in den neuen Bundesländern im Zuge des Anpassungsprozesses nach der Wiedervereinigung zwischen 1990 und 1998 immer wieder zu deutlichen Abweichungen von dieser prozentualen Verteilung.

3.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Im Beobachtungszeitraum erreichte das Gesamtfinanzierungsvolumen einer **Praxisneugründung** sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern 1996 sein Maximum. Während in Westdeutschland die bei einer Praxisneugründung aufzubringenden finanziellen Mittel in den Folgejahren nahezu konstant blieben (vgl. Abb. 8), sanken sie in Ostdeutschland bis 1998 um 15 % auf 393 TDM. Erstmals seit 1991

werden in eine ostdeutsche **Praxisneugründung** weniger als 400 TDM investiert (vgl. Abb. 15). Zwischen 1993 und 1998 hat sich die Differenz der west- und ostdeutschen Finanzierungsvolumina für eine Praxisneugründung von 51 TDM auf 158 TDM mehr als verdreifacht.

Von 1990 bis 1993 wuchs das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisneugründung von 54 % auf 89 %. Seit 1993 hat sich das Verhältnis um 18 % auf 71 % im Jahre 1998 verschlechtert. Nach wie vor sind die in den neuen Bundesländern niedrigeren GKV-Punktwerte (vgl. KZBV, 1998) ein wichtiger Einflußfaktor auf diese Entwicklung. Allerdings verliert dieser angesichts der allgemeinwirtschaftlich schwierigen Situation in den neuen Bundesländern an Bedeutung.

Eine **Praxisübernahme** in den neuen Bundesländern erfordert 1998 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 377 TDM und liegt damit um 4 % unter dem Wert des Jahres 1997. Das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme 1998 beträgt 75 %.

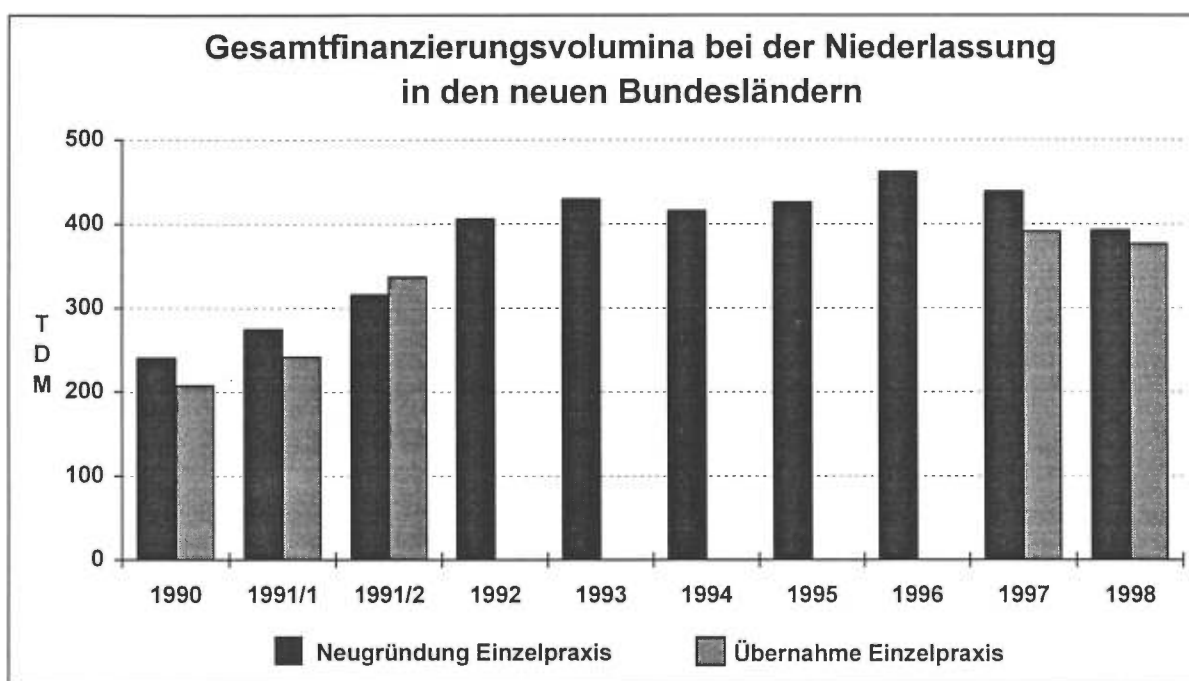


Abbildung 15

3.2.2 Der Betriebsmittelkredit

Wie bereits dargestellt, dient der Betriebsmittelkredit dem Zahnarzt während der Existenzgründungsphase zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. In den Jahren 1990 bis 1995 folgte die Entwicklung des Betriebsmittelkredits für eine Einzelpraxisneugründung einem deutlichen Wachstumstrend. Innerhalb weniger Jahre stieg der Betriebsmittelkredit von 38 TDM auf 93 TDM. In den folgenden Jahren wechselten Zu- und Abnahme regelmäßig. Im Jahr 1998 liegt der Betriebsmittelkredit mit 88 TDM um 6 % unter dem Wert des Vorjahres. Bei der Übernahme einer Einzelpraxis ist der Betriebsmittelkredit 1998 um 7 % auf 80 TDM gestiegen (vgl. Abb. 16). Damit erreicht der Betriebsmittelkredit etwa 70 % des Westniveaus.

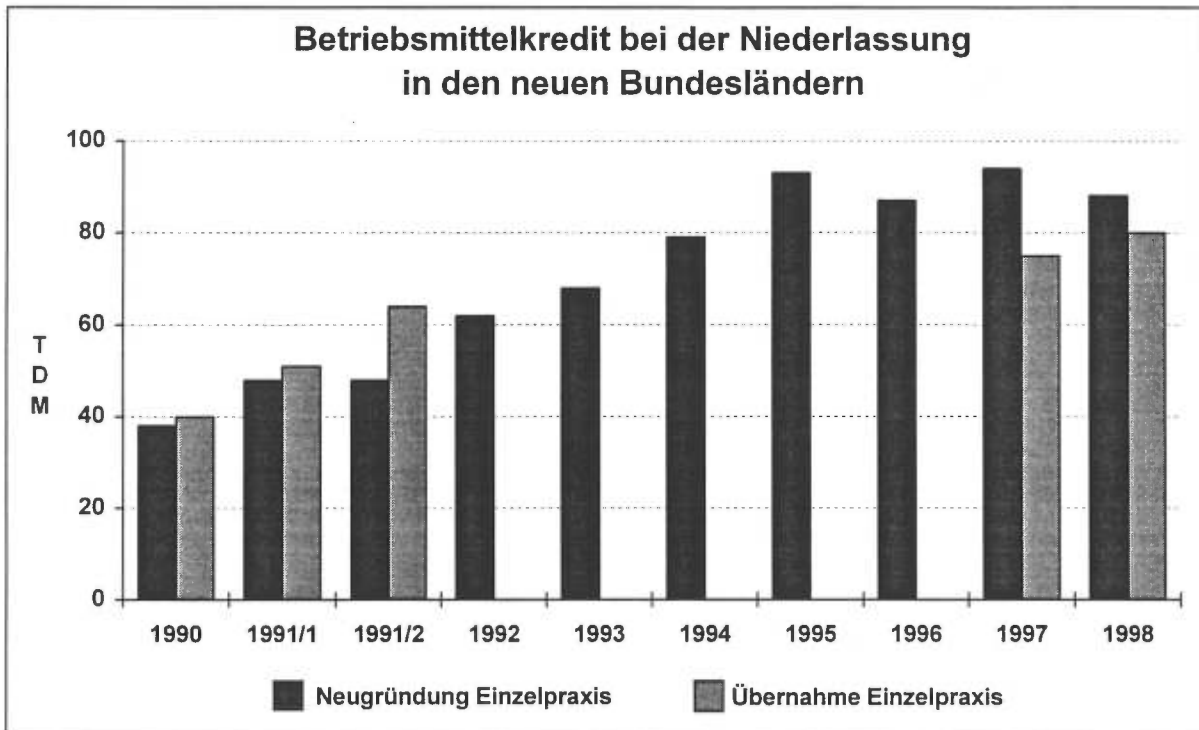


Abbildung 16

3.2.3 Die Bau- und Umbaukosten

Bis 1993 lagen die Bau- und Umbaukosten für die Neugründung einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern über denen der alten Bundesländer. Verantwortlich für die sehr hohen Ausgaben 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 geringeren Anteil der durch den Zahnarzt zu tragenden Bau- und Umbaukosten an den Gesamtinvestitionen. Den im Beobachtungszeitraum **niedrigsten Bauinvestitionen** bei einer Praxisneugründung von 25 TDM im Jahr 1997 folgte ein Anstieg auf 31 TDM im Jahr 1998 (vgl. Abb. 17).

Auch bei einer Praxisübernahme ist ein Anstieg der baulichen Investitionen von 6 TDM auf 9 TDM zu beobachten. Damit entfallen 1998 in den neuen Bundesländern durchschnittlich 2 % des Gesamtinvestitionsvolumens auf Bau- und Umbaumaßnahmen, in Westdeutschland sind dies etwa 5 %.

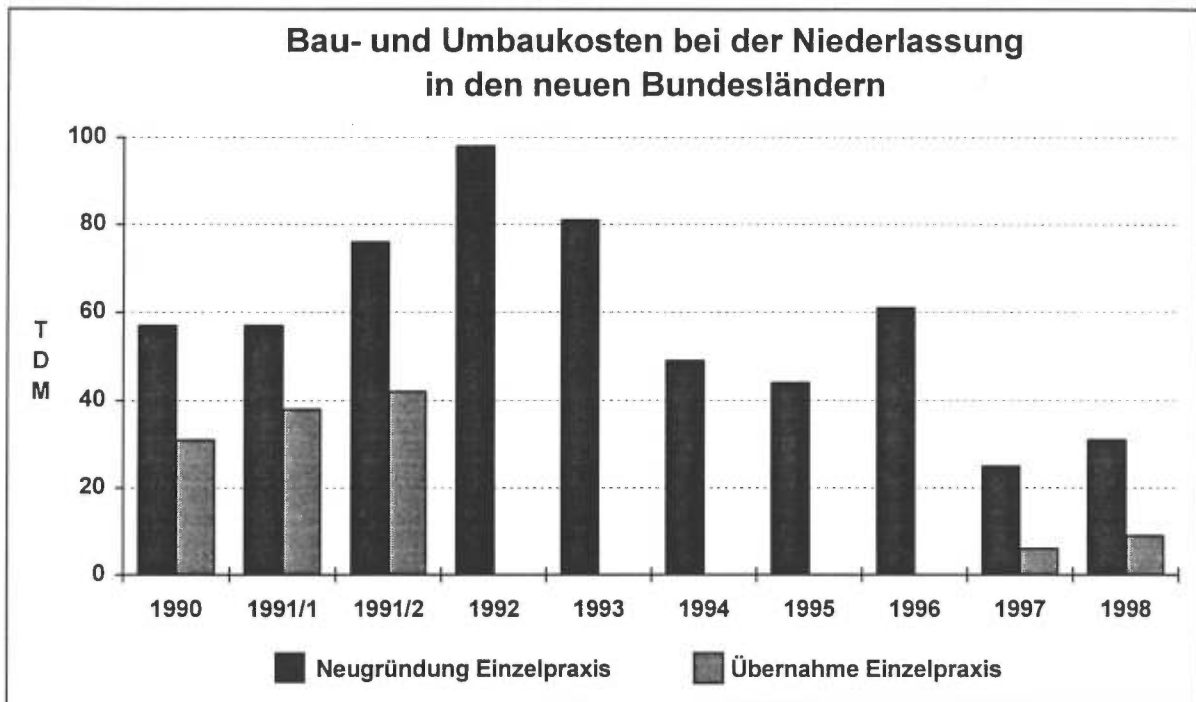


Abbildung 17

Literatur

BZÄK (Bundeszahnärztekammer): 1998 (mündliche Auskunft)

BZÄK (Bundeszahnärztekammer): 1999 (mündliche Auskunft)

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 1997/1998 (bisher unveröffentlichtes Material)

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 98. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 1998

Kaufhold, R.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995. IDZ-Information 3/96-

Kaufhold, R., Caesar, R., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1997. IDZ-Information 3/98

Schneller, T., Micheelis, W.: Berufszufriedenheit des Zahnarztes. Wachsende Unzufriedenheit mit der staatlichen Reglementierung. Ausgewählte Ergebnisse aus einer sozialwissenschaftlichen Erhebung. zm 87, Nr. 23, 01.12.1997, S. 96-100

