



Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1997

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 1997 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Mit einem Anteil von 47 % ist die **Übernahme einer Einzelpraxis** in den alten Bundesländern der häufigste Praxistyp bei der Niederlassung. In den neuen Bundesländern hat sich der Anteil der Einzelpraxisneugründungen 1997 (um -10 %) auf 51 % verringert, gleichzeitig stieg der Anteil der Einzelpraxisübernahmen (um +15 %) auf 43 %.
- Die Anzahl der Niederlassungen nimmt in den alten und neuen Bundesländern mit dem **Verstädterungsgrad** zu. In Westdeutschland wurden 41 % und in Ostdeutschland 38 % aller Existenzgründungen in Großstädten verwirklicht.
- Sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern hat sich das für eine **Einzelpraxisneugründung** aufzubringende Investitionsvolumen 1997 verringert. In Westdeutschland sank das Gesamtfinanzierungsvolumen (um -1,4 %) auf 548 TDM und in Ostdeutschland (um -5,0 %) auf 439 TDM.
- In den alten Bundesländern ist das Gesamtfinanzierungsvolumen einer **Einzelpraxisübernahme** 1997 (um +9,9 %) auf 511 TDM gestiegen und überschritt damit erstmals die 500 TDM-Grenze. Maßgeblichen Anteil an dieser Entwicklung hatte der starke Anstieg des ideellen Wertes (um +31,1 %) auf 156 TDM.
- Das Verhältnis zwischen tatsächlich gezahltem **Goodwill** und dem Vorjahresumsatz der übernommenen Praxis lag in 35 % der erfaßten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In jeweils 25 % der Fälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20 bzw. zwischen 0,31 und 0,40.
- Das zahnärztliche Investitionsvolumen für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wurde 1996/97 im Vergleich zu den **ärztlichen Investitionen** nur durch das der Fachgruppe der Chirurgen übertroffen.

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

Weitere Exemplare der IDZ-Information Nr. 3/98 können auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis

Abstract

Investments associated with the setting-up of a dental practice 1997

The Institute of German Dentists (IDZ) has analyzed the investment behavior of dentists associated with their establishment since 1984 together with the „Deutsche Apotheker- und Ärztebank“/Düsseldorf. For the year 1997 the following central results can be pointed out:

- With a share of 47 % the predominant form of establishment in West Germany is to **take over a one-dentist practice**. In East Germany the portion of new establishments of one-dentist practices went down in 1997 (-10 %) to actually 51 %; at the same time the portion of taking over a one-dentist-practice went up (+ 15 %) to 43 %.
- The number of practice-establishments increases in West and in East Germany with the degree of **urbanization**: In West Germany 41 % of practice establishments and in East Germany 38 % of the practice establishments occur in large cities.
- The investment volume to be raised for the **new establishment of a one-dentist practice** has decreased in Germany in 1997: In West Germany the total investment volume fell to 548.000 DM (-1,4 %) and in East Germany to 439.000 DM (- 5,0 %).
- The total investment volume for **taking over a one-dentist practice** went up to DM 511.000 DM (+ 9,9 %) in West Germany in 1997, and thus for the first time went beyond the 500.000 DM-limit. This is considerably due to a great rise of the price to be paid for the „goodwill“ to 156.000 DM (+ 31,1 %).
- In 35 % of the West German practice establishments included in this analysis the relation between the amount actually paid for the associated **goodwill** and last year's practice turnover lies between 0,21 and 0,30. In further 25 % the relation is between 0,11 and 0,20 and between 0,31 and 0,40 respectively.
- Compared with the **investment volume regarding medical practices** the investment volume for setting-up a dental practice in West Germany in 1996/97 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, Dipl.-Kfm. Reiner Caesar and Dipl.-Kfm. Andrea Schwarte/Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1997

Ralph Kaufhold, Reiner Caesar, Andrea Schwarte

Gliederungsübersicht

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

1. Methodische Vorbemerkungen

Das Ziel dieses Berichtes besteht in der Darstellung und Strukturanalyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens bei der Niederlassung für das Jahr 1997 und seiner Entwicklung in der vorangegangenen Dekade.

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. **1997 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf knapp 600**, die sich im Verhältnis 8 zu 1 auf die alten und neuen Bundesländern aufteilten. Die statistische Auswertung wurde gemeinsam von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank und dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) unter Verwendung von SPSS 6.1.3 für Windows durchgeführt und vermittelt einen recht breiten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung.

Zur statistischen Auswertung wurden folgende Größen ermittelt:

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

Einen Eindruck über die Wachstums- und Beschäftigungseffekte, die durch die zahnärztlichen Existenzgründungen initiiert werden, vermitteln die Niederlassungszahlen der letzten Jahre.

Im Jahr 1993 ließen sich im gesamten Bundesgebiet knapp 4.000 Zahnärzte neu nieder. Dieser Niederlassungsboom war ein Reflex auf die befürchteten Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Nachdem 1994 nur noch rund 1.600 Niederlassungen registriert wurden, stieg die Zahl im Folgejahr auf ca. 2.000 Existenzgründungen an und hält sich bis 1997 auf diesem Niveau (Quelle: Bundeszahnärztekammer, 1998). Damit wurden allein in den Jahren 1996/97 durch zahnärztliche Existenzgründer Investitionen in Höhe von ca. 1,9 Mrd. DM getätigt. Legt man die durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in west- und ostdeutschen Zahnarztpraxen des Jahres 1996 (Quelle: KZBV, 1997) zugrunde, **wurden mit diesen Mitteln nahezu 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

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

2.1 Art der Existenzgründung

Für die folgenden Analysen dieses Berichtes wird zwischen drei Arten der zahnärztlichen Existenzgründung unterschieden: 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 1988 bis 1996 hat sich ihr Anteil in Westdeutschland von 6,6 % auf 14,6 % mehr als verdoppelt (Quelle: KZBV, 1997) -, ist diese Substitution notwendig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine detailliertere Analyse nicht zuläßt.

In den alten Bundesländern hat sich die Verteilung der Existenzgründungen zwischen 1996 und 1997 nur geringfügig verändert. Während der Anteil der **Einzelpraxisneugründungen** um 2 % sank, stiegen die Anteile der **Einzelpraxisübernahmen** und der Gemeinschaftspraxen jeweils um 1 %. Mit 47 % ist die Übernahme nach wie vor der häufigste Praxistyp bei der Niederlassung (vgl. Abb. 1). In gesundheitspolitisch und wirtschaftlich bewegten Zeiten bietet die Übernahme einer etablierten Praxis dem niederlassungswilligen Zahnarzt eine gute Möglichkeit, sein unternehmerisches Risiko etwas zu reduzieren. Zwar können bei einer Übernahme 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.

In den **neuen Bundesländern** hat sich der Anteil der Einzelpraxisneugründungen im Vergleich zum Vorjahr um 10 % verringert. Trotzdem liegt diese Niederlassungsform auch 1997 mit 51 % an der Spitze (vgl. Abb. 2). Ein Grund für die wachsende Bedeutung der Einzelpraxisübernahmen - ihr Anteil stieg um 15 % - ist in der geänderten Altersstruktur ostdeutscher Zahnärzte zu sehen. Während in **Westdeutschland** zwischen 1995 und 1997 der Anteil der Zahnärzte, die 55 Jahre und älter sind, nur von 16,6 % auf 17,7 % anstieg, wuchs in den neuen Bundesländern ihr Anteil von 8,9 % auf 14,2 %. Der damit verbundene Zuwachs von ostdeutschen Alterspraxen wirkt sich naturgemäß positiv auf die Zahl der Praxisübernahmen aus.



Abbildung 1

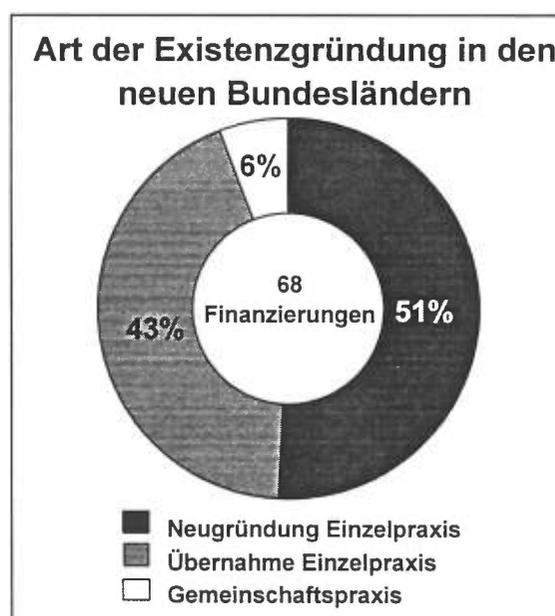


Abbildung 2

2.2 Alter des Kreditnehmers

Sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern hat sich die Altersstruktur zahnärztlicher Existenzgründer im Vergleich zum Vorjahr nur marginal verändert. In keiner Altersgruppe betragen die Unterschiede zwischen 1997 und dem Vorjahr mehr als 2 %. Die Entwicklung der west- und ostdeutschen Altersstruktur zwischen 1995 und 1997 zeigt auffallende **Parallelen**. In annähernd dem gleichen Umfang, in dem die Gruppe der 26-30jährigen Zahnärzte schrumpfte (West: -16 %; Ost: -13 %) wuchs die Gruppe der 31-40jährigen Zahnärzte (West: +18 %; Ost: +16 %). Während in Westdeutschland die 31-40jährigen Zahnärzte mit 68 % (vgl. Abb. 3) die stärkste Gruppe bilden, ist das „Kräfteverhältnis“ in Ostdeutschland ausgeglichen (vgl. Abb. 4).

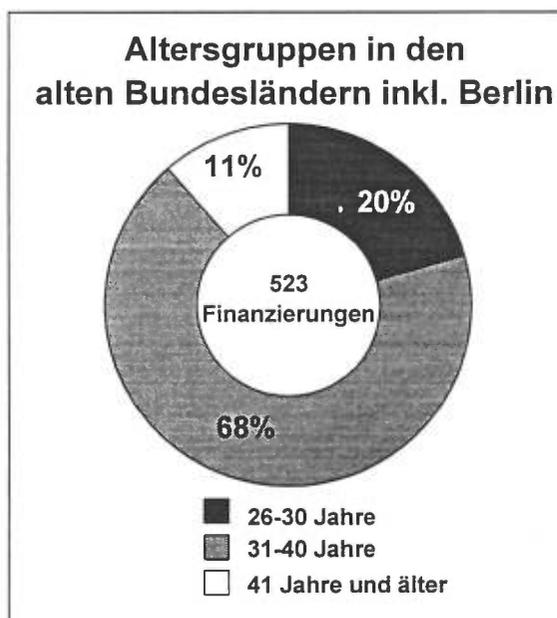


Abbildung 3



Abbildung 4

Differenziert man für die alten Bundesländer die relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen, so zeigt sich, **daß für alle Altersgruppen die Übernahme einer Einzelpraxis die verbreitetste Form der Niederlassung ist**. Dieses einheitliche Ergebnis beruht darauf, daß sich der Anteil der Übernahmen bei den 26-30jährigen Zahnärzten im Vergleich zum Vorjahr deutlich erhöht hat. Die meisten Existenzgründungen in Form einer Gemeinschaftspraxis sind bei den jüngsten neu niedergelassenen Zahnärzten zu beobachten (vgl. Abb. 5).

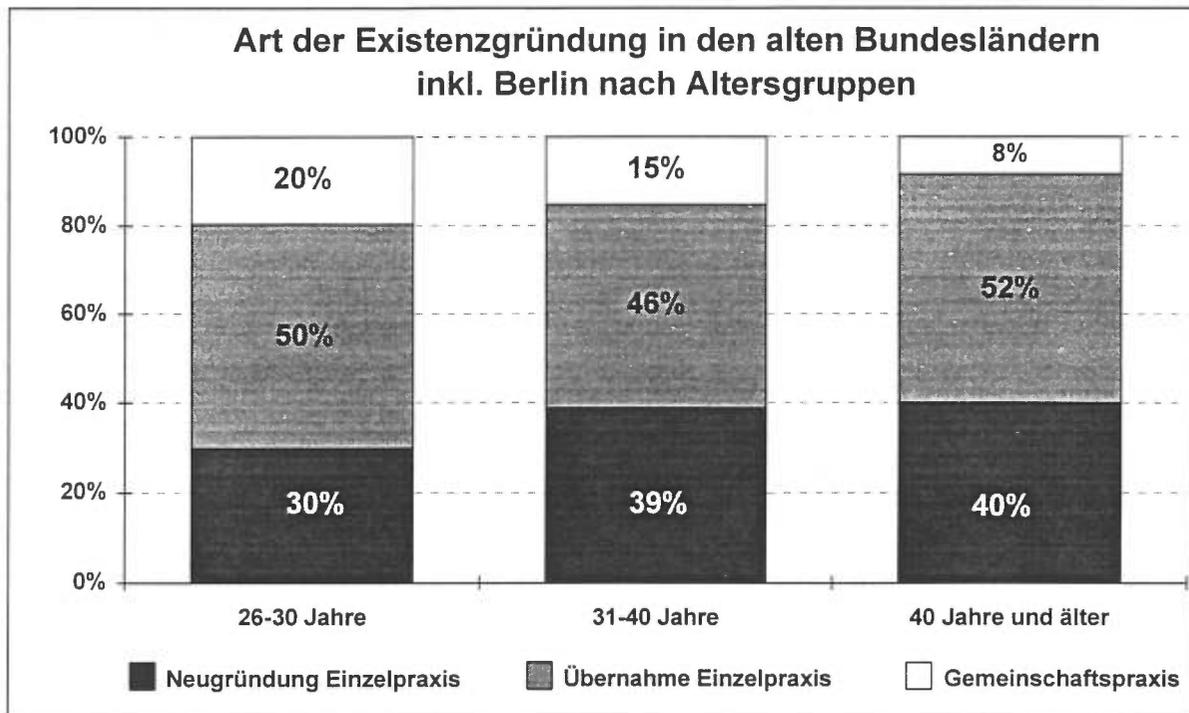


Abbildung 5

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.

Betrachtet man die Struktur ost- und westdeutscher Existenzgründungen nach Praxislage (vgl. Abb. 6 und Abb. 7), so wird deutlich, daß sich beide inzwischen kaum noch voneinander unterscheiden. Sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern **nimmt die Anzahl der Niederlassungen mit zunehmenden Verstädterungsgrad zu**. Diesem Ergebnis liegen allerdings ganz unterschiedliche Entwicklungen zugrunde. Zwischen 1995 und 1997 sind in Westdeutschland die Existenzgründungen in den Groß- und Mittelstädten um jeweils 10 % auf jetzt 41 % bzw. 25 % gesunken. In Ostdeutschland hat sich im gleichen Zeitraum der Anteil der in Großstädten getätigten Niederlassungen auf 38 % verdreifacht und in den Mittelstädten auf 23 % halbiert.

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



Abbildung 6

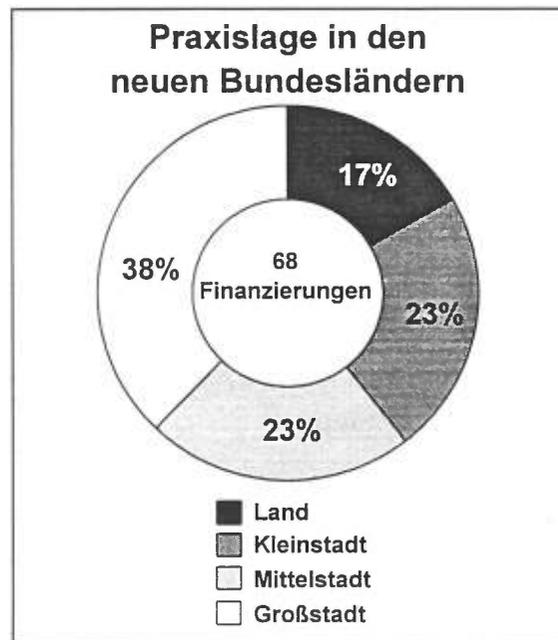


Abbildung 7

Galt in der Vergangenheit für Westdeutschland noch die Regel, daß mit zunehmendem Verstädterungsgrad die Bedeutung der Einzelpraxisneugründung zu- und die der Einzelpraxisübernahme abnahm, so ist dies 1997 nicht mehr der Fall. Bei relativer Konstanz der Verteilungen in den anderen Ortsgrößenklassen, haben die starken Veränderungen in den Kleinstädten das Bild deutlich verändert. Im Jahr 1997 ist dort der Anteil der Übernahmen um 13 % gestiegen und die der Neugründungen um 10 % gesunken. Auch 1997 hält der Aufwärtstrend der Gemeinschaftspraxen an, wie 1996 liegt ihr Anteil in den Groß- und Mittelstädten deutlich über 15% (vgl. Abb. 8).

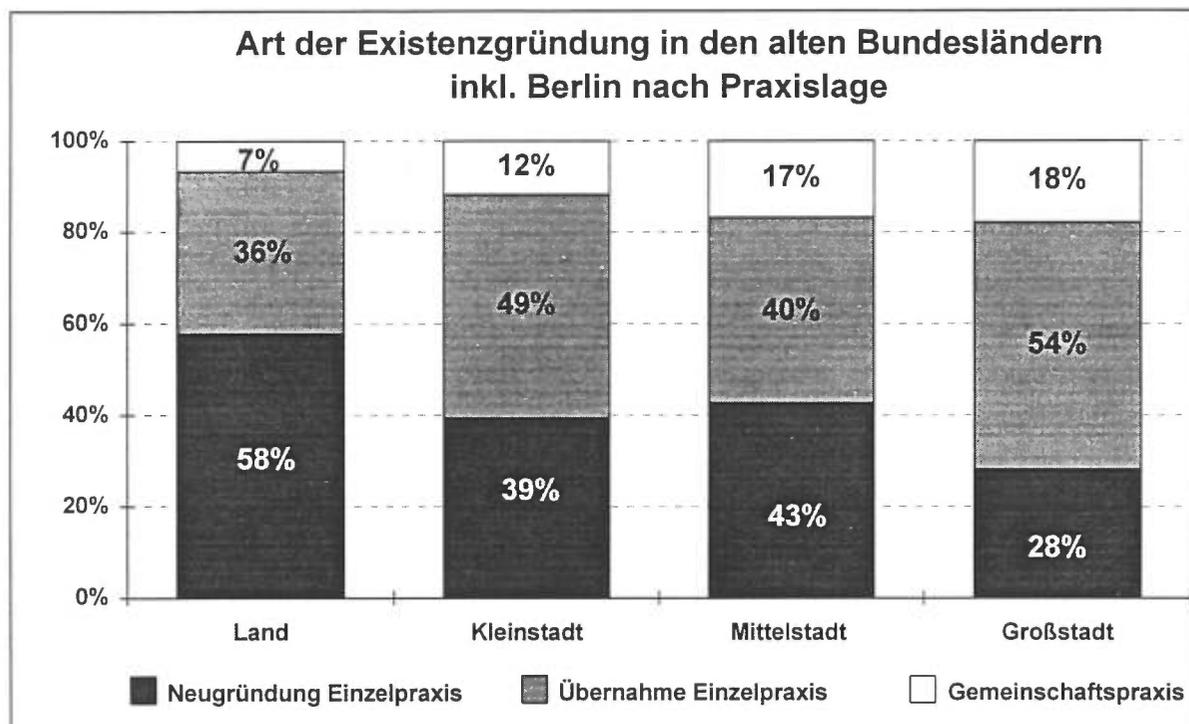


Abbildung 8

3. Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens

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

3.1 Westdeutschland inkl. Berlin

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern errechneten Mittelwerte für die Jahre 1988 bis 1997 sind in den Tabellen 1a+b und 2a+b dargestellt.

Neugründung einer Einzelpraxis	1988	1989	1990	1991	1992
med.-techn. Geräte und Einrichtung	291	309	305	296	332
+ Bau- und Umbaukosten	45	40	43	61	60
= Praxisinvestitionen	336	349	348	357	392
+ Betriebsmittelkredit	99	96	100	95	100
= Finanzierungsvolumen	435	445	448	452	492

Tabelle 1a

Angaben in TDM

Neugründung einer Einzelpraxis	1993	1994	1995	1996	1997
med.-techn. Geräte und Einrichtung	314	329	341	356	359
+ Bau- und Umbaukosten	61	59	57	77	66
= Praxisinvestitionen	375	388	398	433	425
+ Betriebsmittelkredit	106	108	114	123	123
= Finanzierungsvolumen	481	496	512	556	548

Tabelle 1b

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1988	1989	1990	1991	1992
Substanzwert	/	/	/	/	/
+ Neuanschaffungen	/	/	/	/	/
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	155	159	132	182	198
+ Goodwill	97	95	121	106	130
+ Bau- und Umbaukosten	18	22	26	18	16
= Praxisinvestitionen	270	276	279	306	344
+ Betriebsmittelkredit	77	79	80	78	87
= Finanzierungsvolumen	347	355	359	384	431

Tabelle 2a

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1993	1994	1995	1996	1997
Substanzwert	/	/	134	146	150
+ Neuanschaffungen	/	/	67	75	78
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	218	249	201	221	228
+ Goodwill	109	111	132	119	156
+ Bau- und Umbaukosten	19	24	20	21	22
= Praxisinvestitionen	346	384	353	361	406
+ Betriebsmittelkredit	83	92	94	104	105
= Finanzierungsvolumen	429	476	447	465	511

Tabelle 2b

Angaben in TDM

3.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Im Vergleich zum Vorjahr stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme 1997 um 9,9 % und überschritt mit 511 TDM erstmals die 500 TDM-Grenze (vgl. Abb. 9). Maßgeblichen Anteil an dieser Entwicklung hatte der Anstieg des Goodwill um 37 TDM. Zwischen 1988 und 1997 hat sich die Existenzgründung in Form einer Einzelpraxisübernahme nominal um 47,3 % verteuert, während die Steigerungsrate bei einer Einzelpraxisneugründung im gleichen Zeitraum 26,0 % betrug. Setzt sich diese Entwicklung in ähnlicher Weise fort, **so ist es nur noch eine Frage der Zeit, bis das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Praxisübernahme über dem einer Praxisneugründung liegt.** Die für eine Praxisneugründung notwendigen Finanzierungsmittel sind 1997 im Vergleich zum Vorjahr leicht um 1,4 % auf jetzt 548

TDM gesunken. Hier wiederholt sich eine ähnliche Entwicklung wie zwischen 1991 und 1993. Auch damals folgte einem starken Anstieg von 8,9 % ein Rückgang von 2,2 %.

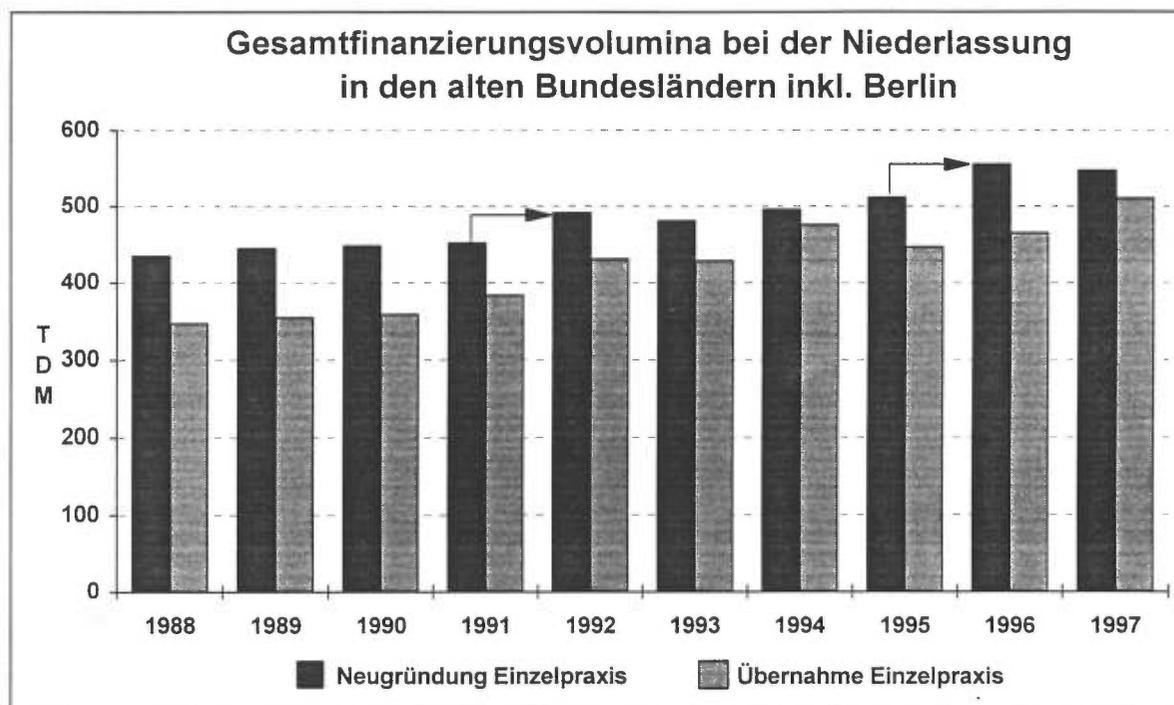


Abbildung 9

Im Jahre 1994 hatten sich die Finanzierungsvolumina einer Praxisneugründung und einer Praxisübernahme bereits bis auf 20 TDM einander angenähert. Danach vergrößerte sich der Abstand bis 1996 wieder auf 91 TDM. Eine erneute Kehrtwendung erfuhr diese Entwicklung 1997. In diesem Jahr reduzierte sich die Differenz zwischen beiden Formen der zahnärztlichen Existenzgründung deutlich auf 37 TDM (vgl. Abb. 10).

Eine **nach Alter differenzierte Betrachtung** des Gesamtfinanzierungsvolumens zeigt, daß bei den 26-30jährigen Zahnärzten nahezu kein Unterschied zwischen der Niederlassung in Form einer Einzelpraxisneugründung (555 TDM) und der Einzelpraxisübernahme (550 TDM) besteht. Die mit Abstand geringsten Finanzierungsmittel von 450 TDM für eine Praxisneugründung und 414 TDM für eine Praxisübernahme werden von den Zahnärzten, die älter als 40 Jahre sind, aufgewendet.

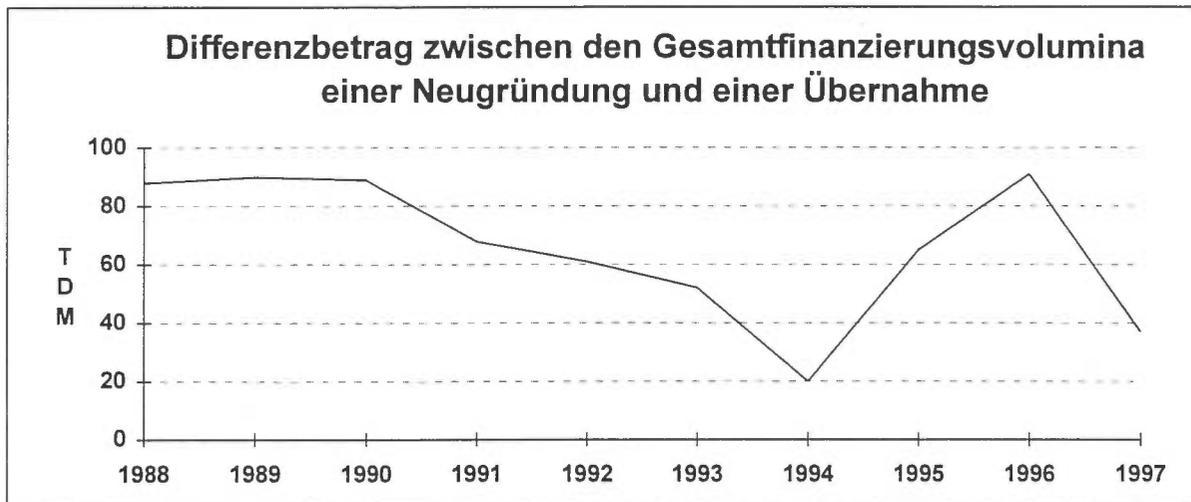


Abbildung 10

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 häufig keine oder nur geringe Einnahmen gegenüberstehen. Der Betriebsmittelkredit wird dem Kreditnehmer auf seinem „laufenden“ Konto als Limit in Höhe der voraussichtlichen Höchstinanspruchnahme (sog. Kreditlinie) gewährt. Sowohl bei der Praxisneugründung als auch bei der Praxisübernahme weist der Betriebsmittelkredit 1997 im Vergleich zum Vorjahr eine bemerkenswerte Konstanz auf. Lediglich bei der Praxisübernahme ist er um 1 TDM gestiegen. Wie in den Jahren zuvor unterscheiden sich auch 1997 die in Anspruch genommenen Betriebsmittelkredite zwischen einer Praxisneugründung und -übernahme um ca. 20 TDM (vgl. Abb. 11).

Die Gruppe der 26-40jährigen zahnärztlichen Existenzgründer nehmen bei einer Praxisneugründung 127 TDM und bei einer Praxisübernahme 106 TDM als Betriebsmittelkredit in Anspruch. Zahnärzte, die bei der Niederlassung 41 Jahre und älter sind, benötigen, unabhängig von der Art der Existenzgründung zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten, rund 100 TDM.

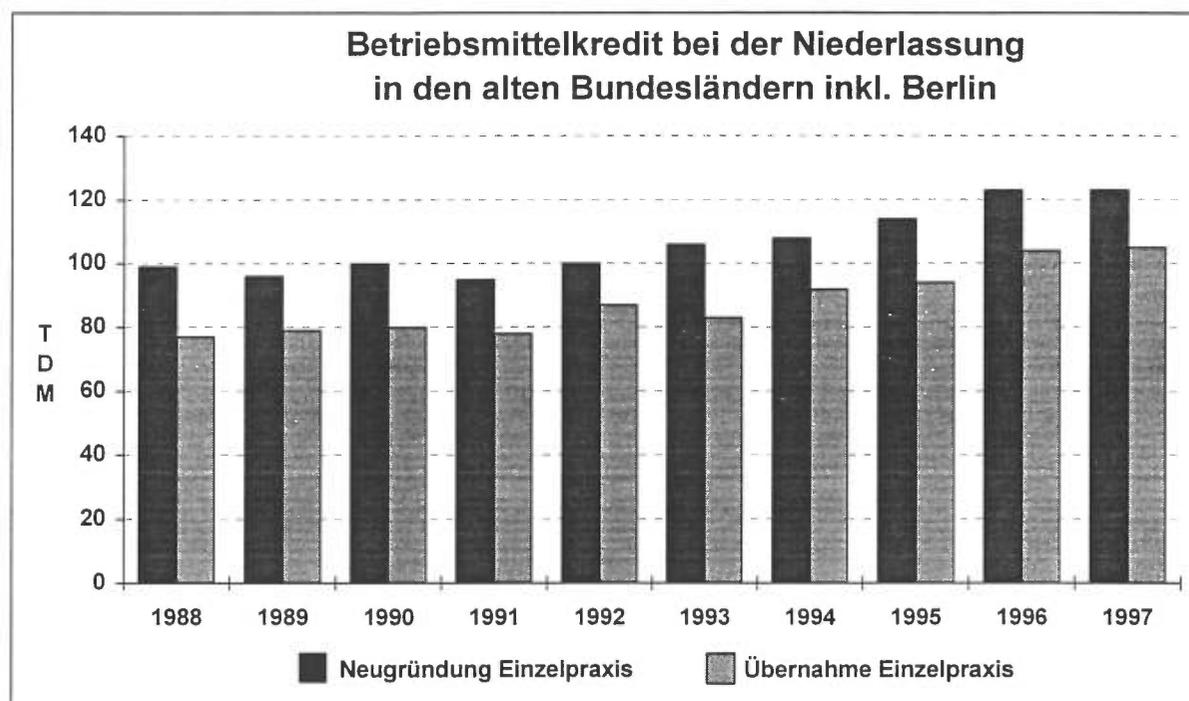


Abbildung 11

3.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Nachdem die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Neugründung 1996 sprunghaft auf 77 TDM gestiegen sind, erfuhren sie 1997 einen deutlichen Rückgang auf 66 TDM. Die bei einer Praxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten sind in den letzten drei Jahren nahezu unverändert geblieben. Im Jahr 1997 beliefen sie sich auf 22 TDM (vgl. Abb. 12).

Je nach Praxislage unterscheiden sich die Bau- und Umbaukosten einer Praxisneugründung sehr stark. Wählt der Zahnarzt eine Großstadt als Niederlassungsort, so muß er mit Bau- und Umbaukosten in Höhe von durchschnittlich 76 TDM rechnen, dies sind 33,9 % weniger als 1996. In einer Mittel- bzw. Kleinstadt betragen sie hingegen nur etwa 62 TDM. Damit sind die Bau- und Umbaukosten in einer Mittelstadt im Vergleich zum Vorjahr um 19,5 % gesunken, während sie in der Kleinstadt nahezu unverändert blieben.

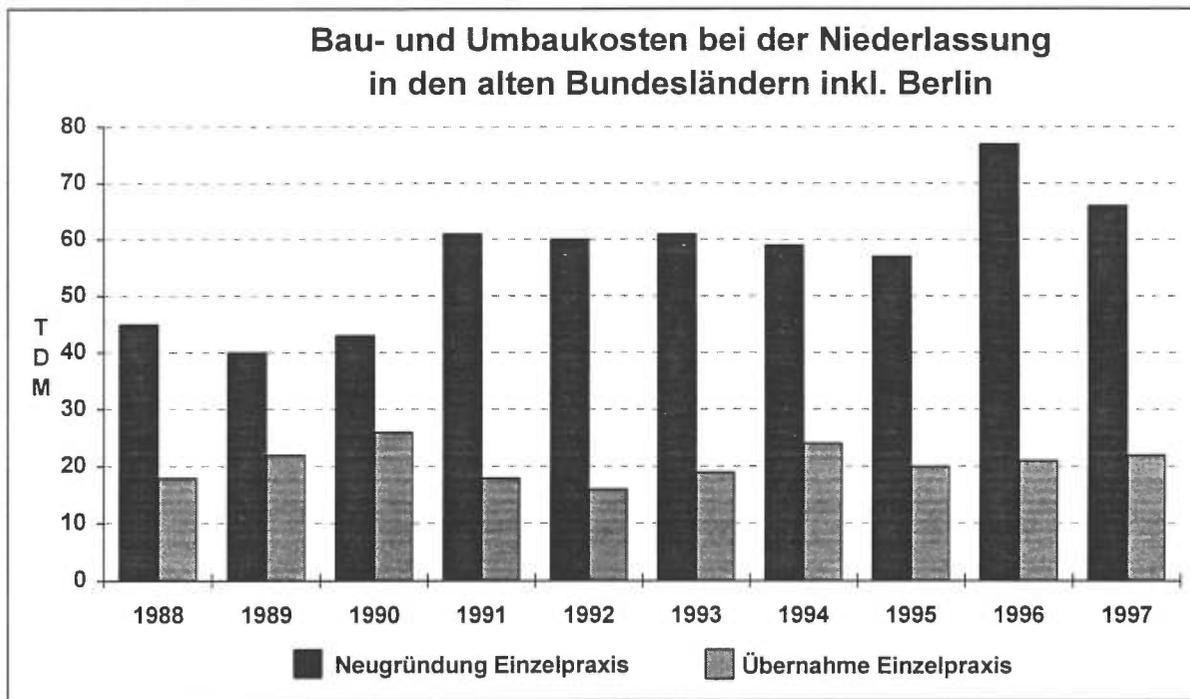


Abbildung 12

3.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Praxisübernahme

Bei einer Praxisübernahme muß zwischen dem Substanzwert und dem ideellen Wert unterschieden werden. Der **Substanzwert** 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 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 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.

Der Substanzwert der übernommenen Praxen zzgl. Neuanschaffungen steigt seit 1995 und beträgt 1997 durchschnittlich 228 TDM. Seit 1995 werden der Substanzwert und die Neuanschaffungen für medizinisch-technische Geräte und Einrichtungen getrennt ausgewiesen. Da Substanzwert und Neuanschaffungen ähnliche Wachstumsraten aufweisen, beträgt das Verhältnis zwischen beiden Größen nach wie vor rund 2 zu 1 (vgl. Abb. 13).

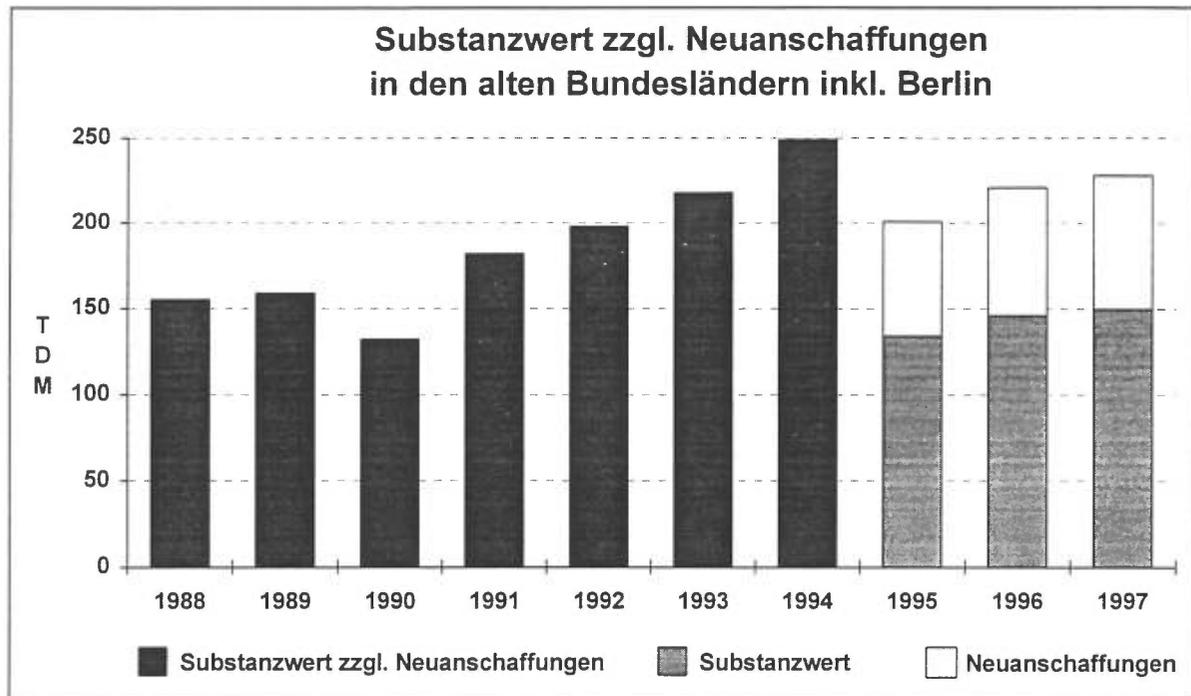


Abbildung 13

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 (Quelle: KZBV 1997) und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die in der IDZ-Information 3/96 aufgrund empirischer Beobachtungen erstmals formulierte Aussage, daß die Entwicklung des Goodwill der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse mit einer einjährigen Verzögerung folgt, wird durch die Zahlen des Jahres 1997 bestätigt (vgl. Abb. 14). Nur in den Jahren 1992-1994 übten die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993) verbundenen negativen Erwartungen der Zahnärzte einen dominierenden Einfluß auf die Entwicklung des ideellen Wertes aus. Dem für das Jahr 1992 zu beobachtenden Anstieg der Einnahmenüberschüsse folgte 1993 ein unverhältnismäßig großer Abfall des Goodwill. Da die Einbußen beim Einnahmenüberschuß für das Jahr 1993 geringer ausfielen als befürchtet, reagierte der Goodwill 1994 mit einem leichten Anstieg.

Während der Einnahmenüberschuß zwischen 1995 und 1996 um rund 3,7 % anstieg, erhöhte sich der Goodwill zwischen 1996 und 1997 um 31,1 %. Welchen Einfluß die GKV-Neuordnungsgesetze auf die subjektiven Erwartungen der zahnärztlichen Existenzgründer und damit auf die im Beobachtungszeitraum einmalig hohe Abweichung der Veränderungsdaten hatten, kann nur vermutet werden.

Das Verhältnis zwischen tatsächlich gezahltem Goodwill und Vorjahresumsatz der übernommenen Praxis liegt in 35 % der erfaßten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In jeweils 25 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20 bzw. 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.**

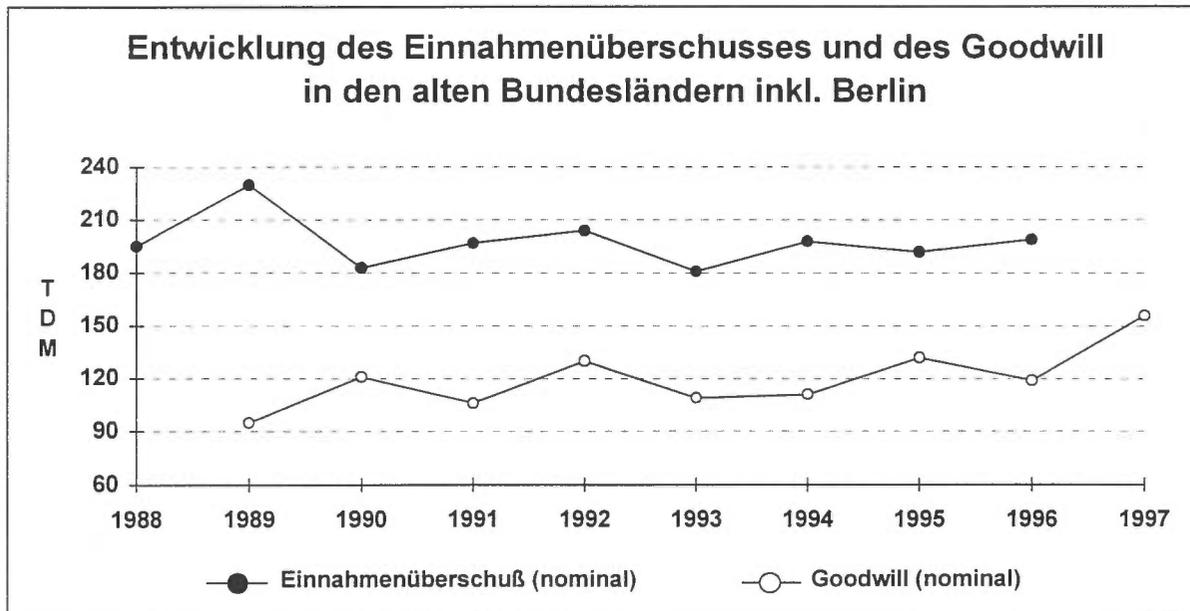


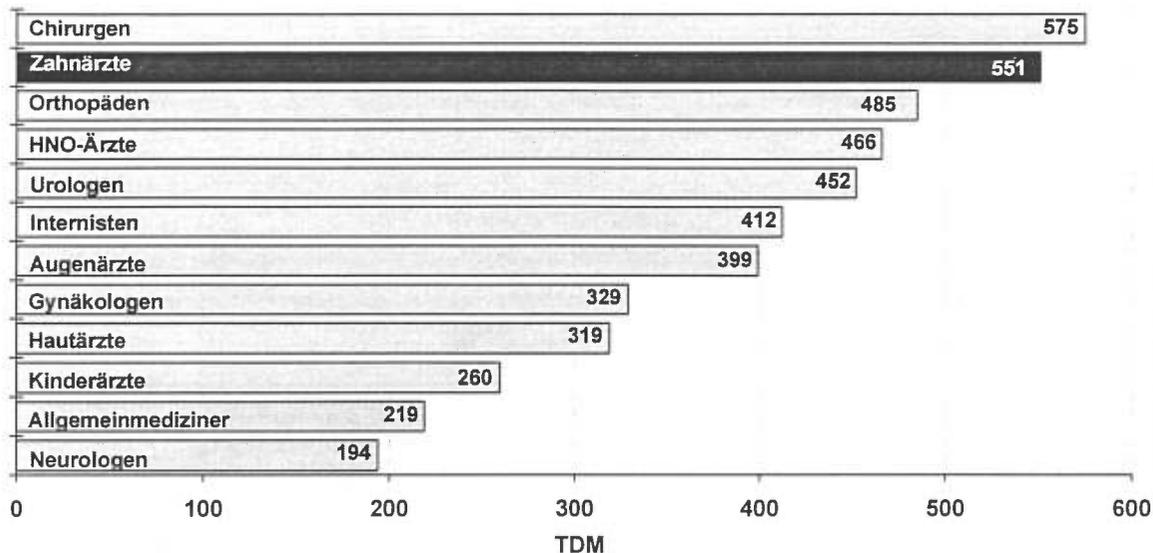
Abbildung 14

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 1996/97 zeigt, **daß das zahnärztliche Investitionsvolumen nur noch durch das der Chirurgen übertroffen wird** (vgl. Abb. 15). Vergleicht man die Gesamtfinanzierungsvolumina der Jahre 1995/96 (Quelle: IDZ, 1997) und 1996/97 so wird deutlich, daß Zuwächse nur bei Kinderärzten (+1 %), Augenärzten (+2 %), Hautärzten (+6 %) und Zahnärzten (+4 %) beobachtet werden können. Alle anderen Arztgruppen verzeichnen zum Teil deutliche Rückgänge, bei den Orthopäden betragen diese -16 % und bei den Chirurgen -11 %.

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer gegen den allgemeinen Trend 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, 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. (Quelle: Schneller, Micheelis 1997). 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 1996/97



Quelle: Deutsche Apotheker- und Ärztebank/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 1998

Abbildung 15

3.2 Ostdeutschland

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können den Tabellen 3a+b und 4a+b entnommen werden. Erstmals seit dem zweiten Halbjahr 1991 erlaubt die Zahl der in die Analyse eingehenden Existenzgründungen eine statistische Auswertung der Praxisübernahmen. Allerdings wird die Aussagekraft dieser Ergebnisse nach wie vor durch die im Vergleich zu Westdeutschland geringeren empirischen Fallzahlen eingeschränkt.

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

Tabelle 3a

Angaben in TDM

Neugründung einer Einzelpraxis	1993	1994	1995	1996	1997
med.-techn. Geräte und Einrichtung	281	288	289	314	320
+ Bau- und Umbaukosten	81	49	44	61	25
= Praxisinvestitionen	362	337	333	375	345
+ Betriebsmittelkredit	68	79	93	87	94
= Finanzierungsvolumen	430	416	426	462	439

Tabelle 3b

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1990	1991/1	1991/2	1992
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 4a

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1993	1994	1995	1996	1997
Substanzwert	/	/	/	/	116
+ Neuanschaffungen	/	/	/	/	76
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	/	/	/	/	192
+ Goodwill	/	/	/	/	118
+ Bau- und Umbaukosten	/	/	/	/	6
= Praxisinvestitionen	/	/	/	/	316
+ Betriebsmittelkredit	/	/	/	/	75
= Finanzierungsvolumen	/	/	/	/	391

Tabelle 4b

Angaben in TDM

3.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Seit 1995 folgt die Entwicklung der Gesamtfinanzierungsvolumina einer **Praxisneugründung** in den neuen und alten Bundesländern einem gemeinsamen Trend. Mit Zuwachsraten von 8,5 % wurde 1996 jeweils das Maximum im Beobachtungszeitraum erreicht. Während in Westdeutschland die bei einer Praxisneugründung aufzubringenden finanziellen Mittel im Folgejahr lediglich um 1,4 % sanken (vgl. Abb. 9), war der Rückgang in Ostdeutschland mit 5,0 % auf jetzt 439 TDM wesentlich deutlicher (vgl. Abb. 16).

Zwischen 1990 und 1993 wuchs das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisneugründung von 53,6 % auf 89,4 %. Seit 1993 hat sich das Verhältnis um nahezu 10 % auf 80,1 % im Jahre 1997 verschlechtert. Nach wie vor ist der in den neuen Bundesländern niedrigere GKV-Punktwert - im ersten Halbjahr 1997 betrug der Unterschied etwa 12 % (Quelle: KZBV, 1997) - ein wichtiger Einflußfaktor

auf diese Entwicklung. Allerdings verliert er angesichts der allgemeinwirtschaftlich schwierigen Situation in den neuen Bundesländern zunehmend an Bedeutung.

Eine **Praxisübernahme** in den neuen Bundesländern erforderte 1997 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 391 TDM. Anders als im zweiten Halbjahr 1991 - dem letzten Beobachtungszeitpunkt - liegt es damit unter dem einer Praxisneugründung. Zwischen 1991 und 1997 hat sich das Investitionsvolumen einer Übernahme um 16,0 % erhöht, in Westdeutschland war die Zuwachsrate im gleichen Zeitraum etwa doppelt so hoch.

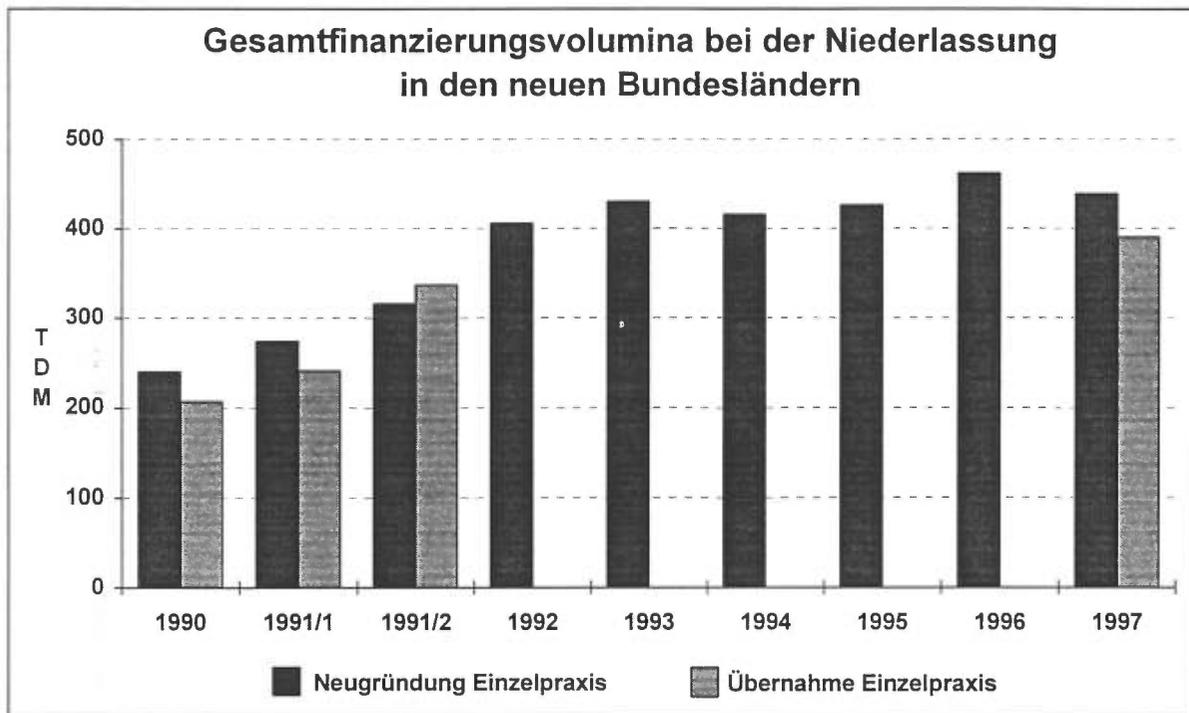


Abbildung 16

3.2.2 Der Betriebsmittelkredit

Wie oben erwähnt, dient der Betriebsmittelkredit dem Zahnarzt während der Existenzgründungsphase zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. In den Jahren 1990 und 1991 nahmen die Zahnärzte, die ihre Erstiniederlassung in Form einer Praxisübernahme verwirklichten, einen höheren Betriebsmittelkredit in Anspruch als ihre Kollegen, die sich für eine Praxisneugründung entschieden hatten. Im Jahre 1997 hat sich diese Situation umgekehrt, der Betriebsmittelkredit bei einer Neugründung beträgt 94 TDM und bei einer Übernahme 75 TDM (vgl. Abb. 17).

Zwischen dem zweiten Halbjahr 1991 und 1997 hat sich der Betriebsmittelkredit bei einer Neugründung nahezu verdoppelt, während er bei der Übernahme lediglich um 17,2 % wuchs.

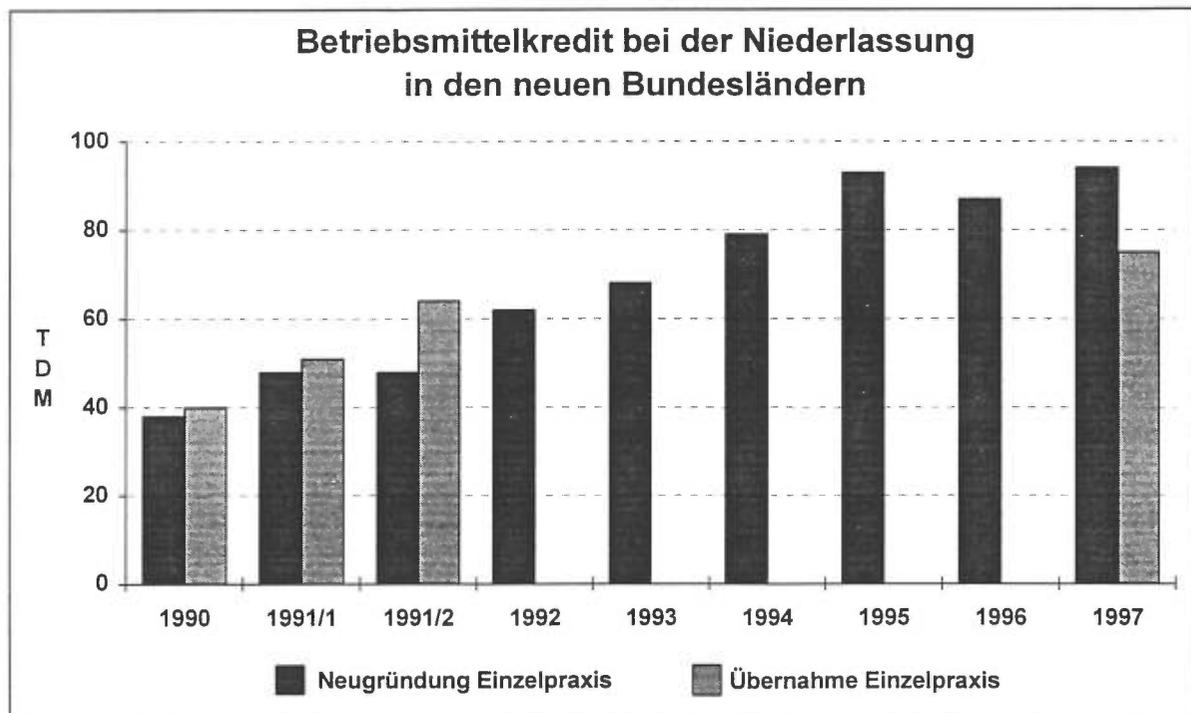


Abbildung 17

3.2.3 Die Bau- und Umbaukosten

Bis 1992 stiegen die Bau- und Umbaukosten einer Neugründung stark an. Verantwortlich für diese Entwicklung war der schlechte bauliche Zustand vieler für eine Zahnarztpraxis in Frage kommender Räumlichkeiten. Die danach einsetzende Verbesserung der baulichen Infrastruktur in den neuen Bundesländern führte zu einem Absinken der durch den Zahnarzt zu tragenden Bau- und Umbaukosten bis 1995. Dem Anstieg des Jahres 1996 auf 61 TDM folgte 1997 ein erneuter deutlicher Rückgang auf 25 TDM (vgl. Abb. 18). Im Beobachtungszeitraum sind dies die niedrigsten Investitionen in bauliche Maßnahmen bei einer Praxisneugründung.

Bei einer Praxisübernahme werden 1997 im Durchschnitt nur 6 TDM in Bau- und Umbaumaßnahmen investiert, dies sind 1,5 % des Gesamtinvestitionsvolumens.

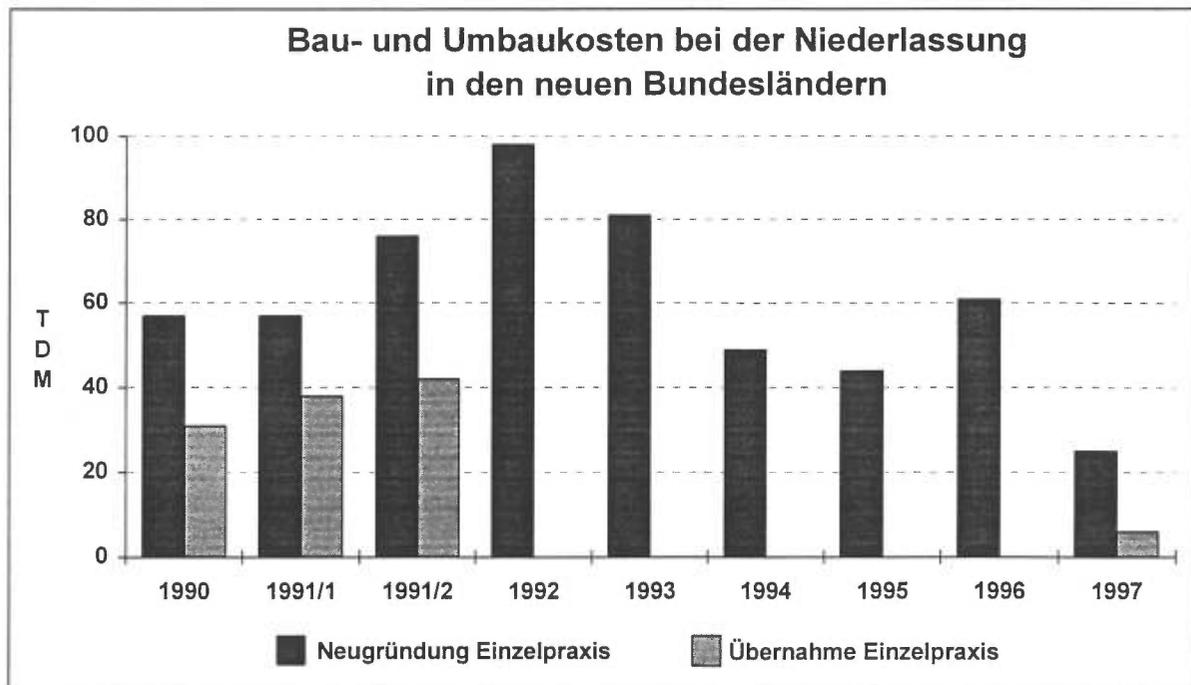


Abbildung 18

Quellen:

1. Bundeszahnärztekammer, 1998 (mündliche Auskunft)
2. Deutsche Apotheker- und Ärztebank/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 1996/1997 (bisher unveröffentlichtes Material)
3. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 97. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 1997
4. Kaufhold, Ralph: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995. IDZ-Information 3/96
5. Kaufhold, Ralph: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1996. IDZ-Information 2/97
6. Schneller, Thomas; Micheelis, Wolfgang: 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

