

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1999

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.....	12
3.1.3 Die Bau- und Umbaukosten	13
3.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme.....	14
3.1.5 Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern.....	17
3.2 Ostdeutschland.....	18
3.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen.....	19
3.2.2 Der Betriebsmittelkredit.....	20
3.2.3 Die Bau- und Umbaukosten	21
Literatur	22

1 Methodische Vorbemerkungen

Dieser Bericht verfolgt das Ziel, die **Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens** bei der Niederlassung im Jahr 1999 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen in der vorangegangenen Dekade zu analysieren.

Die **Datenbasis** bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden bereits seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst und ausgewertet. 1999 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf rund 450, die sich im Verhältnis 14 zu 1 auf die alten und neuen Bundesländer aufteilten. Damit hat sich der Anteil der westdeutschen

Existenzgründungen im Vergleich zu den Jahren 1996 bis 1998 deutlich erhöht. Die **statistische Auswertung** wurde gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank unter Verwendung des Statistikprogramms SPSS 10.0 für Windows durchgeführt. Während Sie für Westdeutschland einen recht guten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung bietet, sind für Ostdeutschland aufgrund der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle nur statistische Tendaussagen möglich.

Im Einzelnen umfasst die 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. Die ab dem 1. Januar 1999 geltende Altersgrenze von 68 Jahren, nach deren Erreichen ein Zahnarzt nicht mehr an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen darf, führte dazu, dass die Zahl der Berufsaufgaben 1998 um 80 % über der des Jahres 1997 lag. Der damit verbundene Anstieg zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen blieb nicht ohne Einfluss auf das Niederlassungsgeschehen. Etwa 2.200 Zahnärzte, 15 % mehr als im Vorjahr, realisierten 1998 ihre Existenzgründung. Obwohl im Jahr 1999 die Zahl der Berufsaufgaben deutlich rückläufig war, erhöhte sich die Zahl der Niederlassungen auf 2500 (Bundeszahnärztekammer, 2000, mündliche Auskunft). Wahrscheinlich spiegeln sich in dieser Entwicklung bereits heute Befürchtungen, welche an die geplante restriktivere Handhabung der Bedarfsplanung (= gesetzlich festgelegte Verhältniszahlen) im Jahr 2003 geknüpft sind.

Insgesamt wurden allein in den Jahren 1998/99 durch zahnärztliche Existenzgründer Investitionen in Höhe von rund 2,3 Mrd. DM getätigt. Orientiert man sich an der durchschnittlichen Zahl der entgeltlich Beschäftigten in west- und ostdeutschen Zahnarztpraxen des Jahres 1998 (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 1999), so

zeigt sich, **dass mit diesen Mitteln über 22.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. erhalten wurden.** Diese von Zahnärzten getragenen Beschäftigungs- und Wachstumseffekte werden in den oftmals einseitig kostenorientiert geführten Diskussionen über das Gesundheitswesen allzu leicht übersehen.

2 Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

Die Höhe der Investitionen bei einer Niederlassung wird durch die Art der Existenzgründung, das Alter des zahnärztlichen Existenzgründers 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 - 1998 arbeitete bereits jeder vierte Zahnarzt in einer Gemeinschaftspraxis (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 1999) -, ist diese Substitution notwendig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine statistisch-detailliertere Analyse (noch) nicht zulässt.

Die bevorstehende Einführung der Altersgrenze von 68 Jahren prägte das Niederlassungsgeschehen des Jahres 1998 in den **alten Bundesländern**. Der Anstieg zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen bewegte 57 % der niederlassungswilligen Zahnärzte, sich für eine Einzelpraxisübernahme zu entscheiden (vgl. Abb. 1). 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 personale Zuwendungsbereitschaft an sich zu binden. Gleichzeitig ging die Zahl der Einzelpraxisneugründungen deutlich zurück. Nur noch 27 % der zahnärztlichen Existenzgründer wählten diesen Weg in die Freiberuflichkeit. Im Jahr 1999 stellte sich die Situation merklich anders dar. Zwar ist die Übernahme einer Einzelpraxis nach wie vor die dominierende Niederlassungsform, jedoch lag ihr Anteil mit 47% deutlich unter dem Wert des Vorjahres. Gleichzeitig befanden sich die **Einzelpraxisneugründung** und die **Gemeinschaftspraxis** im Aufwind. Mit einem Anteil von 19 % aller Existenzgründungen erreichte die Gemeinschaftspraxis sogar einen Höchstwert seit 1995.

In den **neuen Bundesländern** hatte die bevorstehende Einführung der Altersgrenze zur Folge, dass 1998 erstmals die Übernahme einer Einzelpraxis die dominierende Form der Niederlassung war. Etwa zwei Drittel der zahnärztlichen Existenzgründer entschieden sich für den Kauf einer Einzelpraxis (vgl. Abb. 1). Damit hatte sich das 1995er Kräfteverhältnis zwischen Übernahme und Neugründung einer Einzelpraxis nahezu um-

gekehrt. Auch wenn die wenigen Fälle statistisch auswertbarer Existenzgründungen für das Jahr 1999 nur Trendaussagen zulassen, wird doch deutlich, dass die **Einzelpraxisneugründung** wieder an Bedeutung gewonnen und die Einzelpraxisübernahme an Bedeutung verloren hat. Im Ergebnis sind diese beiden Niederlassungsformen nahezu gleichstark vertreten. Die Entwicklung der **Gemeinschaftspraxis** in Ostdeutschland verlief seit 1995 recht schwankend, jedoch wird deutlich, dass dieser Praxisform längst nicht die Rolle zufällt, wie es in Westdeutschland der Fall ist.

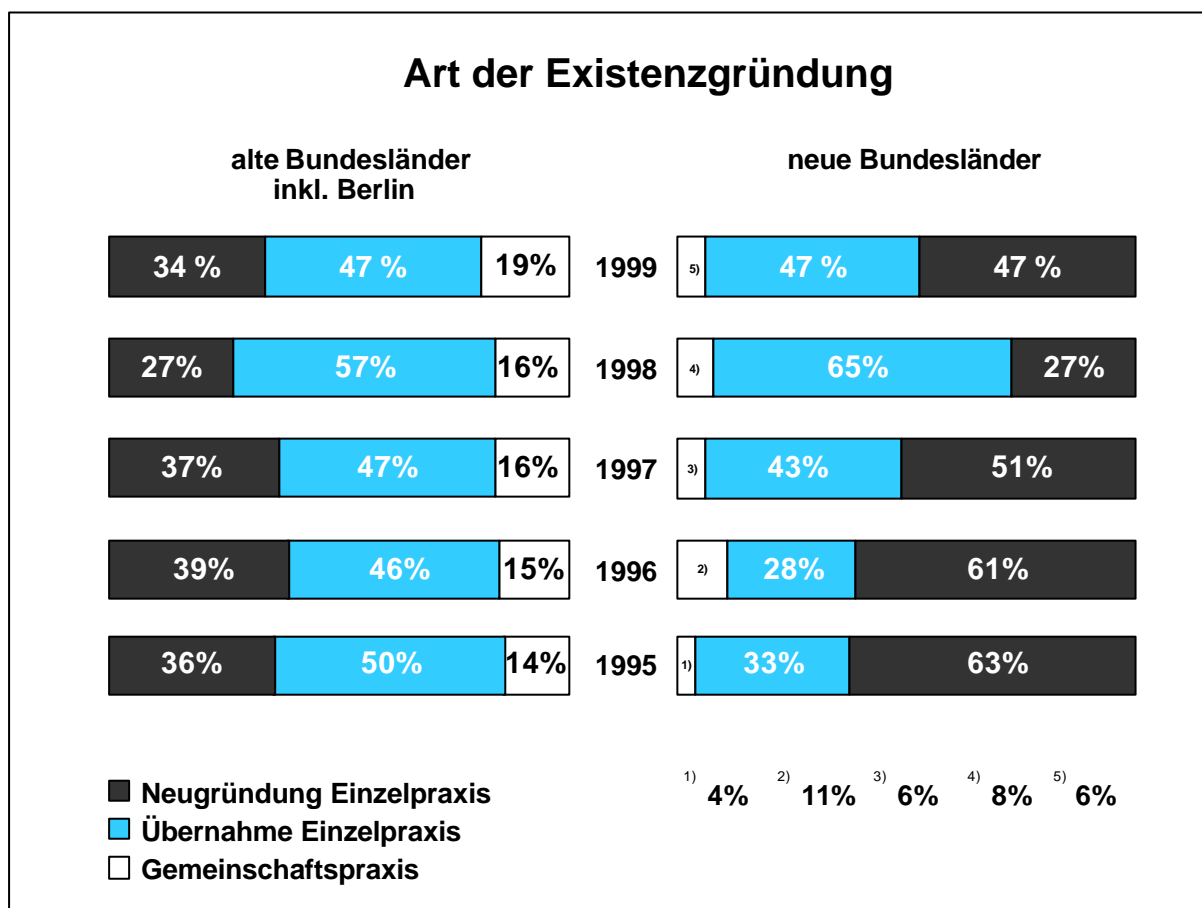


Abbildung 1

2.2 Alter des Existenzgründers

Für die Jahre 1995 bis 1999 lassen sich aus der Entwicklung der **westdeutschen Altersstruktur** zahnärztlicher Existenzgründer einige Kernaussagen ableiten. Während sich der Anteil der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) jeweils zwischen 20 % und 29 % bewegte, lag dieser bei den 31- bis 40-jährigen Zahnärzten zwischen 58 % und 68 %. Mit Ausnahme des Jahres 1997 betrug der Anteil der über 40-jährigen Zahnärzte grundsätzlich 13 %. Für das Jahr 1999 lag demnach der Anteil der jungen Zahnärzte mit 22 % am unteren Ende und der Anteil der 31- bis 40-jährigen mit 65 % am oberen Ende der beschriebenen Bandbreiten (vgl. Abb. 2).

In den **neuen Bundesländern** hat sich der Anteil der jungen Zahnärzte zwischen 1995 und 1998 von 66 % auf 50 % reduziert, gleichzeitig stieg der Anteil der älteren zahnärztlichen Existenzgründer von 34 % auf 50 %. Für das Jahr 1999 scheint sich dieser Trend umgekehrt zu haben (vgl. Abb. 3). Der Anteil der jungen Zahnärzte erhöhte sich und der Anteil der älteren Zahnärzte verringerte sich.

Im Durchschnitt war ein westdeutscher Zahnarzt 1999 bei der Niederlassung 34 Jahre alt, während sein ostdeutscher Kollege drei Jahre jünger war.

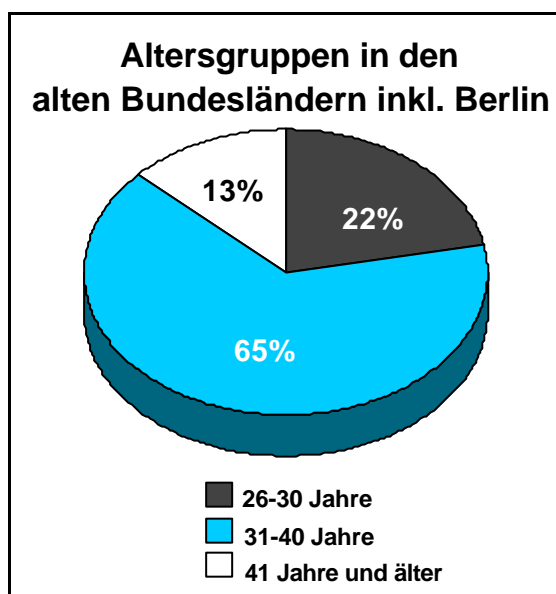


Abbildung 2

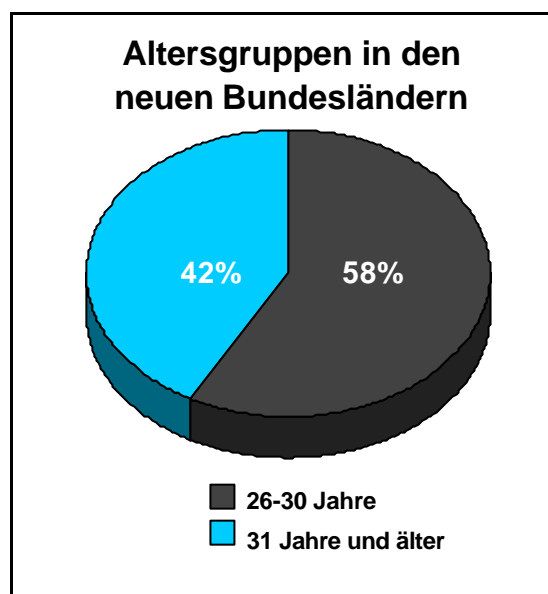


Abbildung 3

Differenziert man für die alten Bundesländer die relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen, so zeigt sich, dass auch 1999, wie in den Vorjahren, für alle Altersgruppen die Übernahme einer Einzelpraxis die verbreitetste Form der Niederlassung war (vgl. Abb. 4). Im Vergleich zu 1998 hat sich jedoch der Anteil der Übernahmen in allen Altersgruppen deutlich verringert; bei den 26- bis 30-jährigen Zahnärzten um 17 %, bei den 31- bis 40-jährigen Zahnärzten um 10 % und bei den über 40-jährigen Zahnärzten um 3 %. 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 (1999: 60%) überschaubarer zu halten. Auffallend ist, dass sich in der untersten Altersgruppe 26 % der Existenzgründer, 11 % mehr als 1998, für die Gemeinschaftspraxis entschieden, während in den anderen Altersgruppen deren Anteil nahezu unverändert blieb bzw. zurückgegangen ist (31-40 Jahre: +2 %; über 40 Jahre: -6 %).

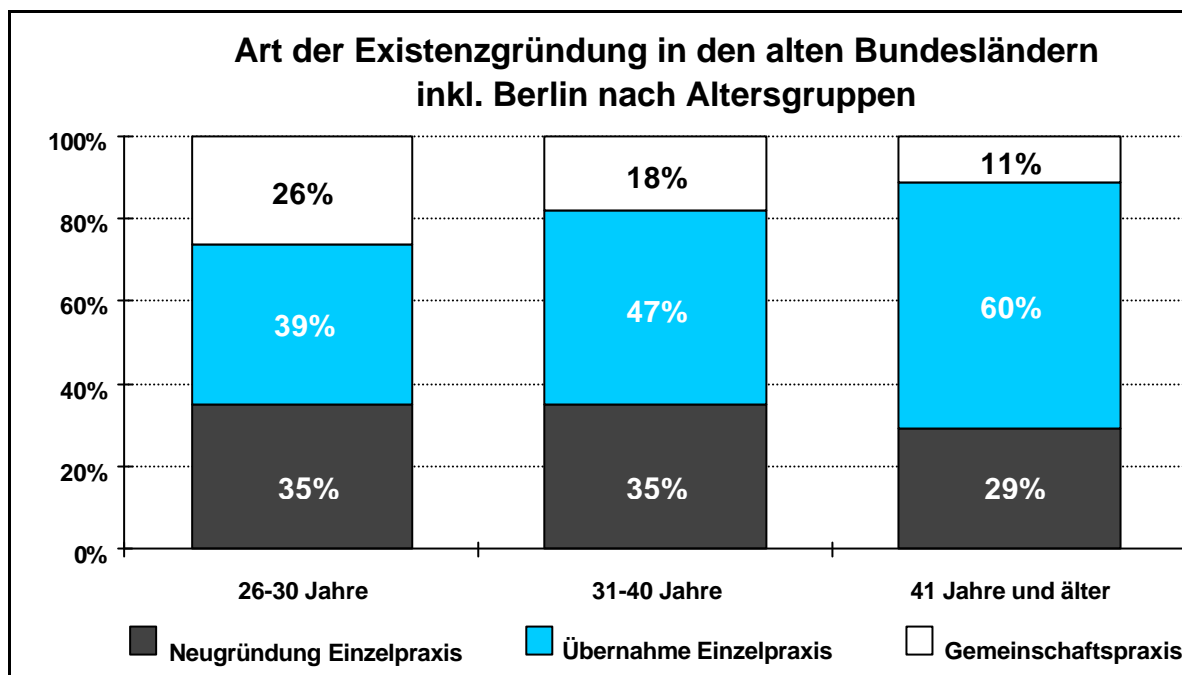


Abbildung 4

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 zugerechnet wurden. Die Einteilung der Ortsgrößen, die seit 1998 Grundlage der Investitionsanalyse ist, wird in Tabelle 1 dargestellt.

Ortsgröße	ab 1998
Land	unter 20.000 Einwohner
Kleinstadt	20.000 - 100.000 Einwohner
Mittelstadt	100.000 - 500.000 Einwohner
Großstadt	mehr als 500.000 Einwohner

Tabelle 1

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründer auf die verschiedenen Ortsgrößen in **Westdeutschland** als sehr stabil erwiesen; keine der beobachteten Veränderungen war größer als 2 %. Während ländliche Regionen und

Kleinstädte ihren Anteil leicht erhöhten, verzeichneten Mittel- und Großstädte leichte Rückgänge. Mit 28 % waren 1999 ländliche Regionen der beliebteste Niederlassungsort, während "nur" 19 % der zahnärztlichen Existenzgründer eine Mittelstadt als Praxisstandort wählten (vgl. Abb. 5). In den **neuen Bundesländern** entschied sich 1999 jeder zweite zahnärztliche Existenzgründer für eine Praxis in ländlicher Umgebung. Kleinstädte scheinen deutlich an Bedeutung gewonnen zu haben (vgl. Abb. 6).

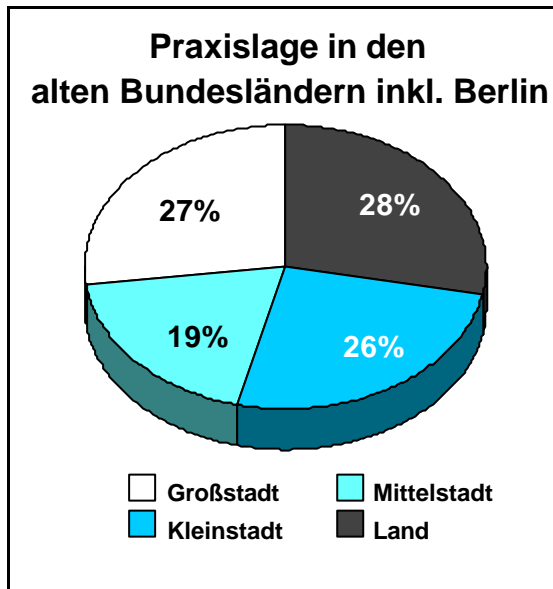


Abbildung 5

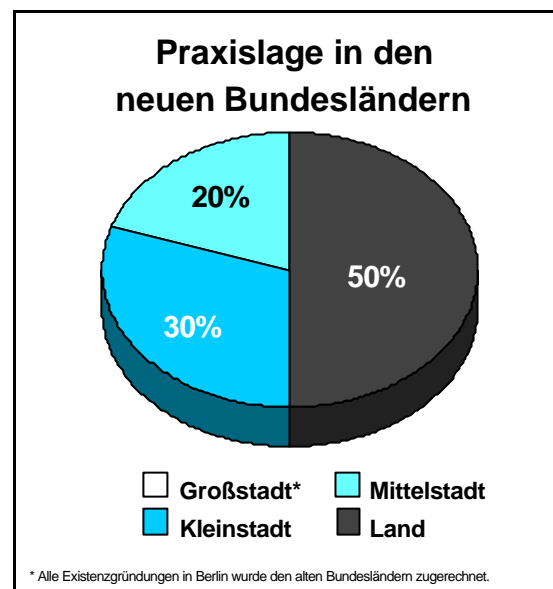


Abbildung 6

Der Blick auf die relativen Häufigkeiten des Jahres 1999 (vgl. Abb. 7) bestätigt eine Beobachtung der vergangenen Jahre: In Westdeutschland sinkt mit steigendem Verstädterungsgrad der Anteil der Einzelpraxisneugründungen deutlich (1999 von 44 % auf 22 %; 1998 von 38 % auf 17 %). In der Großstadt wurden 57 % aller Niederlassungen im Rahmen einer Praxisübernahme realisiert; in den anderen Regionen entschieden sich etwa 40 % der Existenzgründer für die Übernahme einer Praxis. In **Ballungsräumen** lässt sich die Niederlassung als Vertragszahnarzt offensichtlich oftmals nur im Rahmen einer Praxisübernahme realisieren. Mit Ausnahme der ländlichen Regionen, wählte 1999 rund jeder fünfte Zahnarzt als Niederlassungsform die Gemeinschaftspraxis.

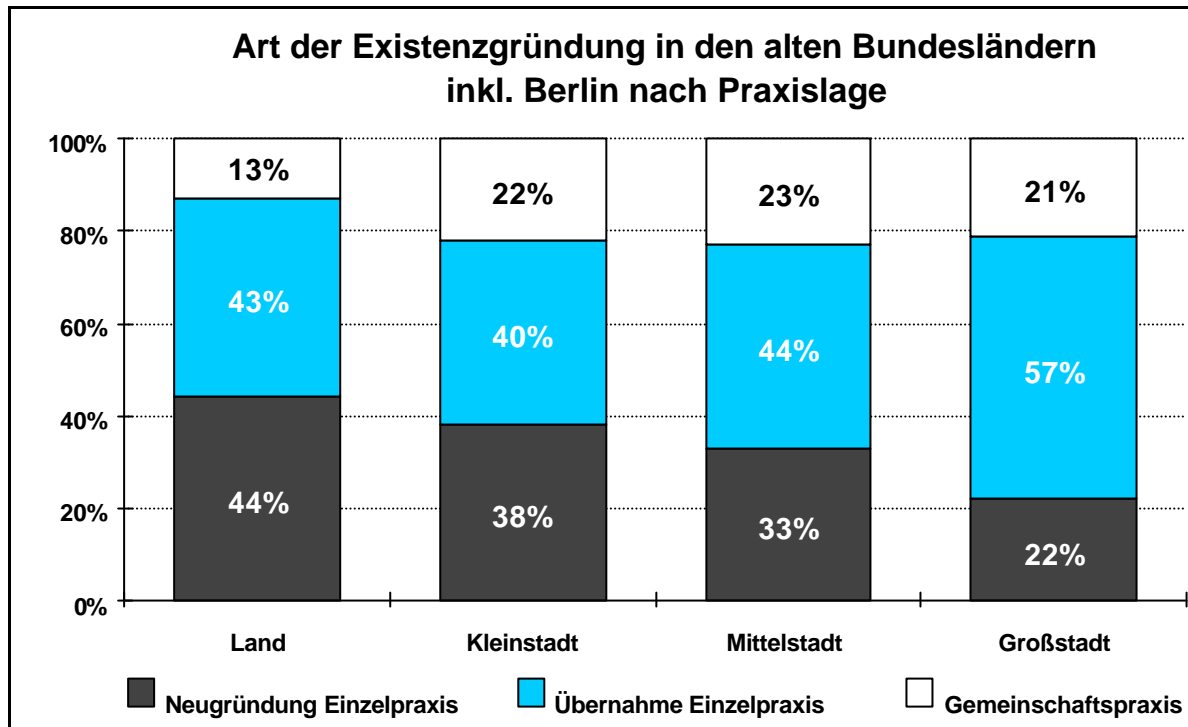


Abbildung 7

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 Fallzahlen zu keinen zuverlässigen Ergebnissen führen.

Auf eine Darstellung der Ergebnisse für Ostdeutschland soll, trotz der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle, nicht verzichtet werden, um die Kontinuität der Langzeitbeobachtung zu gewährleisten. Jedoch können die in Kapitel 3.2 analysierten Zahlen "nur" Größenordnungen darstellen.

3.1 Westdeutschland inkl. Berlin

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern errechneten Mittelwerte für die Jahre 1990 bis 1999 sind in den Tabellen 2a+b und 3a+b dargestellt.

Neugründung einer Einzelpraxis	1990	1991	1992	1993	1994
med.-techn. Geräte und Einrichtung	305	296	332	314	329
+ Bau- und Umbaukosten	43	61	60	61	59
= Praxisinvestitionen	348	357	392	375	388
+ Betriebsmittelkredit	100	95	100	106	108
= Finanzierungsvolumen	448	452	492	481	496

Tabelle 2a

Angaben in TDM

Neugründung einer Einzelpraxis	1995	1996	1997	1998	1999
med.-techn. Geräte und Einrichtung	341	356	359	364	361
+ Bau- und Umbaukosten	57	77	66	60	56
= Praxisinvestitionen	398	433	425	424	417
+ Betriebsmittelkredit	114	123	123	127	126
= Finanzierungsvolumen	512	556	548	551	543

Tabelle 2b

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1990	1991	1992	1993	1994
Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	132	182	198	218	249
+ Goodwill	121	106	130	109	111
+ Bau- und Umbaukosten	26	18	16	19	24
= Praxisinvestitionen	279	306	344	346	384
+ Betriebsmittelkredit	80	78	87	83	92
= Finanzierungsvolumen	359	384	431	429	476

Tabelle 3a

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1995	1996	1997	1998	1999
Substanzwert	134	146	150	124	110
+ Neuanschaffungen	67	75	78	80	76
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	201	221	228	204	186
+ Goodwill	132	119	156	159	154
+ Bau- und Umbaukosten	20	21	22	25	27
= Praxisinvestitionen	353	361	406	388	367
+ Betriebsmittelkredit	94	104	105	114	106
= Finanzierungsvolumen	447	465	511	502	473

Tabelle 3b

Angaben in TDM

Im Jahr 1999 entfielen 67 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisneugründung auf die medizinisch-technischen Geräte und die Einrichtung, 10 % auf die Bau- und Umbaukosten und 23 % auf den Betriebsmittelkredit. Zwischen 1990 und 1999 hat sich diese prozentuale Verteilung als recht stabil erwiesen.

Bei einer Einzelpraxisübernahme wurden 1999 durchschnittlich 39 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 33 % für den Goodwill, 6 % für die Bau- und Umbaukosten und 22 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Damit entspricht die prozentuale Zusammensetzung des Jahres 1999 nahezu exakt der des Jahres 1998. Diese Beobachtung ist bemerkenswert, kam es doch zwischen 1990 und 1998 immer wieder zu größeren Abweichungen bei der prozentualen Zusammensetzung des Finanzierungsvolumens, insbesondere beim Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen und dem Goodwill. Auffällig hieran ist, dass sich die prozentualen Anteile dieser beiden Größen immer entgegengesetzt entwickelten. Ein prozentualer Anstieg (bzw. Rückgang) des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen wurde stets von einem ähnlichen prozentualen Rückgang (bzw. Anstieg) des Goodwill begleitet.

3.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Nach wie vor befindet sich das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung auf einem hohen Niveau. Mit 543 TDM im Jahr 1999 lag es lediglich um 1 % unter dem Gesamtfinanzierungsvolumen des Vorjahres (vgl. Abb. 8).

Der Zeitraum 1990 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 "Stabilitätsphase". Interessant ist, dass diese sprunghaften Erhöhungen des Finanzierungsniveaus einer Praxisneugründung unmittelbar im Jahr vor Inkrafttreten weitreichender gesundheitspolitischer Reformgesetze lagen (1993 Gesundheitsstrukturgesetz, 1997 GKV-Neuordnungsgesetz). Ähnliche Spuren im Investitionsverhalten konnten das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz des Jahres 1999 und das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 offensichtlich nicht hinterlassen.

Im Jahr 1999 lag das **Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme mit 473 TDM wieder deutlich unter der 500 TDM-Grenze**. Damit hat sich der Abwärtstrend, der sich bereits im Jahr 1998 andeutete, fortgesetzt und verstärkt (vgl. Abb. 8).

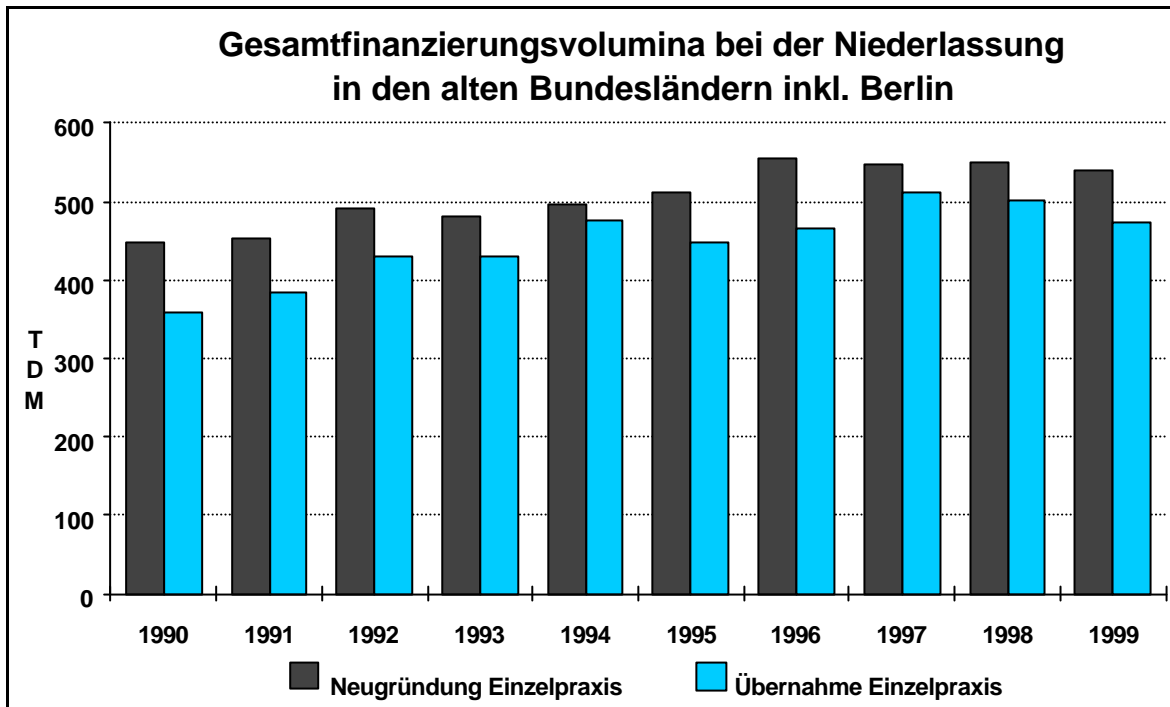


Abbildung 8

Diese Entwicklung führte dazu, dass der Unterschied der Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme 1999 auf 70 TDM anstieg. Im Jahr 1994 betrug diese Differenz nur noch 20 TDM und die vorangegangene Phase kontinuierlicher Annäherung ließ es nur noch als eine Frage der Zeit erscheinen, wann eine Identität erreicht werden würde (vgl. Abb. 9). Zum jetzigen Zeitpunkt scheinen gleich hohe Investitionsvolumina für die Neugründung und die Übernahme einer Einzelpraxis jedoch in weite Ferne gerückt.

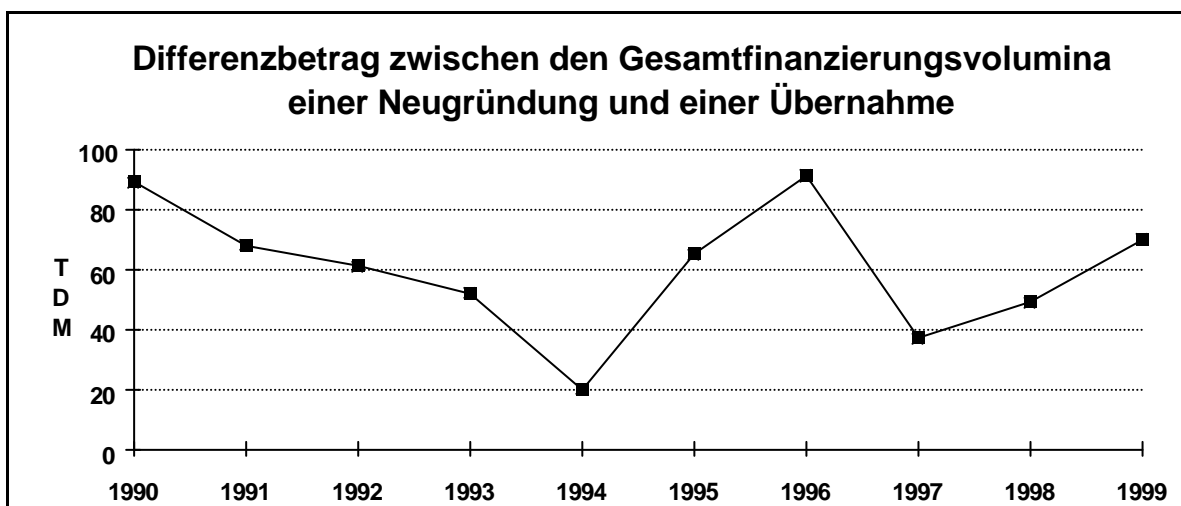


Abbildung 9

Eine **nach Alter differenzierte Betrachtung** zeigt, dass zahnärztliche Existenzgründer, die 1999 das 40. Lebensjahr überschritten hatten, mit 375 TDM für eine Einzelpra-

xisneugründung bzw. 353 TDM für eine Einzelpraxisübernahme deutlich weniger investierten als noch 1998 (Einzelpraxisneugründung: 441 TDM, Einzelpraxisübernahme: 436 TDM). Mit 564 TDM erreichte das finanzielle Engagement der 26- bis 40-jährigen Existenzgründer für eine Neugründung auch 1999 den Umfang von 1998. Bei einer Übernahme investierte diese Gruppe 1999 mit 498 TDM etwa 12 TDM weniger als 1998.

Unter **regionalen Gesichtspunkten** erforderte eine Einzelpraxisneugründung 1999 in einer Kleinstadt mit durchschnittlich 550 TDM den höchsten finanziellen Einsatz. In ländlichen Regionen und in Mittelstädten erreichte das Gesamtfinanzierungsvolumen ein ähnlich hohes Niveau. Für alle drei Regionen gelten in etwa die Werte des Vorjahres. Im Gegensatz dazu, hat sich der finanzielle Einsatz für eine Einzelpraxisneugründung in einer Großstadt von 585 TDM im Jahr 1998 auf 534 TDM im Jahr 1999 verringert. Das 99er Investitionsvolumen für die Übernahme einer ländlichen Einzelpraxis ist mit 528 TDM um 94 TDM höher als für die Übernahme einer Großstadtpraxis.

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 erreichte der Betriebsmittelkredit 1999 mit 126 TDM bzw. mit 106 TDM ähnlich hohe Werte wie im Vorjahr (vgl. Abb. 10).

Die **höchsten Betriebsmittelkredite** für eine Praxisneugründung (131 TDM) bzw. für eine Praxisübernahme (110 TDM) wurden von der Gruppe der 31- bis 40jährigen zahnärztlichen Existenzgründer in Anspruch genommen. Zahnärzte, die bei der Niederlassung 41 Jahre und älter waren, benötigten zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten sowohl für die Neugründung, als auch für die Übernahme rund 88 TDM; dies sind etwa 22 TDM weniger als 1998.

Bei der Existenzgründung beeinflusst neben dem Alter des Zahnarztes auch der Praxisstandort die Höhe des Betriebsmittelkredits. Durchaus bemerkenswert ist, dass 1999 bei der Neugründung und bei der Übernahme einer Einzelpraxis in ländlichen Regionen die höchsten Betriebsmittelkredite (133 TDM und 119 TDM) eingeräumt wurden.

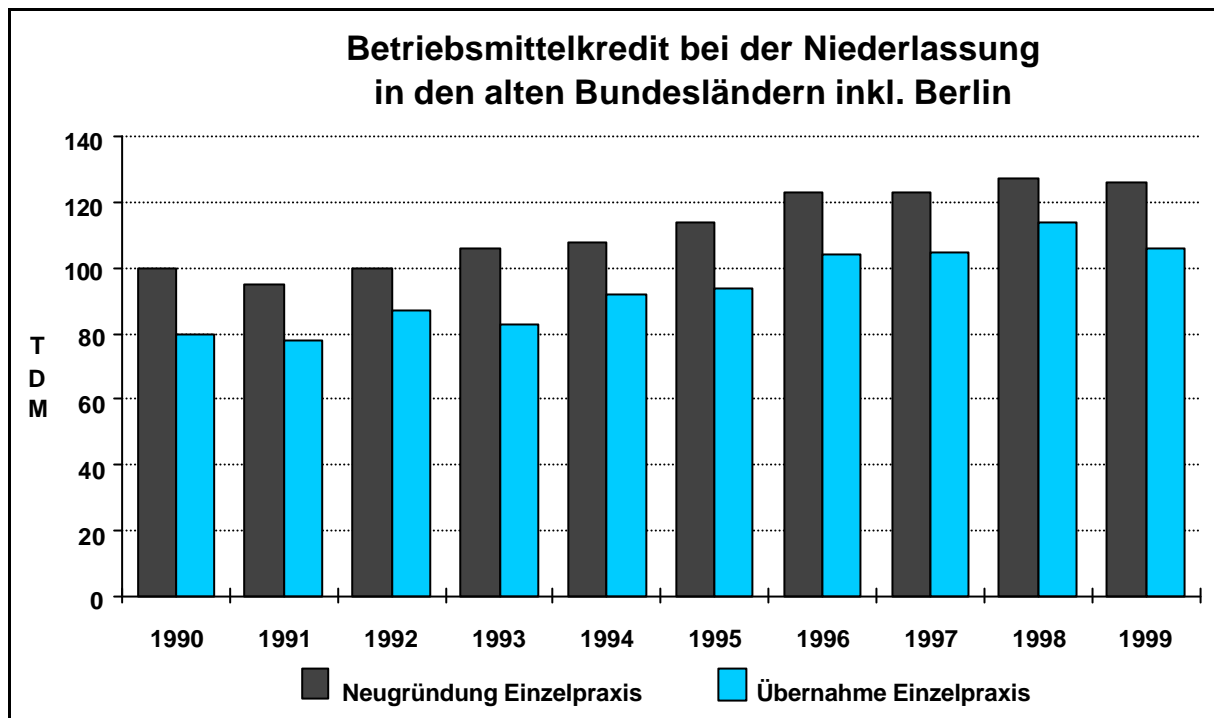


Abbildung 10

3.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Auch 1999 setzte sich der Abwärtstrend der Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung weiter fort. Im Jahr 1999 lagen die Ausgaben für bauliche Maßnahmen mit 56 TDM um 27 % unter dem Maximalwert 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. Seit 1995 kann ein kontinuierlicher Anstieg dieses Kostenblocks bei einer Übernahme beobachtet werden. Mit 27 TDM erreichen die Ausgaben für bauliche Maßnahmen 1999 ihren Maximalwert im Beobachtungszeitraum (vgl. Abb. 11).

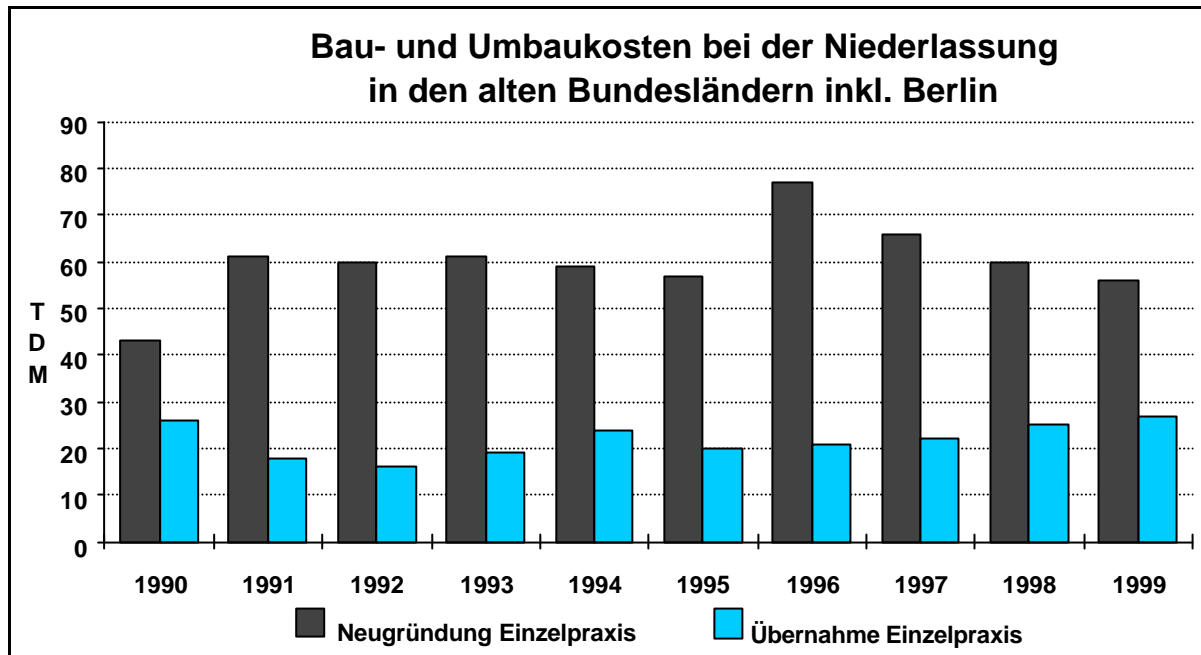


Abbildung 11

Obwohl sich die Bau- und Umbaukosten einer Praxisneugründung und einer Praxisübernahme in der Großstadt um etwa 5 TDM auf 70 TDM bzw. 30 TDM reduzierten, sind sie dort am höchsten. Die niedrigsten Bau- und Umbaukosten für eine Neugründung (48 TDM) mussten die Zahnärzte übernehmen, die sich für eine ländliche Region als Standort ihrer Praxis entschieden haben. Die bei der Übernahme einer mittelstädtischen Praxis anfallenden baulichen Maßnahmen belasteten das Budget des Existenzgründers mit 19 TDM, im Vergleich zu den anderen Regionen, deutlich weniger.

In der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte waren die Bau- und Umbaukosten 1999 sowohl bei der Praxisneugründung mit 61 TDM als auch bei der Praxisübernahme mit 34 TDM am höchsten. Jüngere und ältere Kollegen investierten mit 45 TDM für die Neugründung und 15 TDM bei einer Übernahme weniger in bauliche Maßnahmen.

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 Aus-

handlung zwischen den Vertragspartnern. Je mehr ein Käufer für den ideellen Wert zu zahlen bereit ist, um so besser schätzt er die zukünftige Ertragskraft der Praxis ein.

Im Jahr 1999 lag der Substanzwert der übernommenen Praxen zzgl. Neuanschaffungen erstmals seit 1993 unter 200 TDM. Nachdem er sich von 1995 bis 1997 um 13 % auf 228 TDM erhöht hat, lag er 1999 mit 186 TDM um 18 % unter dem Maximalwert des Jahres 1997 (vgl. Abb. 12). **Sowohl 1998 als auch 1999 verzeichnete der Substanzwert einen zweistelligen prozentualen Rückgang.** Dieses deutliche Absinken des Substanzwertes dürfte in einem engen Zusammenhang mit der Einführung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte stehen. Die daraus resultierende Zunahme zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen führte dazu, dass die Preise für die übernommenen Geräte und Ausstattung nachgaben. In der Folge verringerte sich das Verhältnis von Substanzwert zu Neuanschaffungen von 2 zu 1 im Jahr 1995 auf 1,4 zu 1 im Jahr 1999.

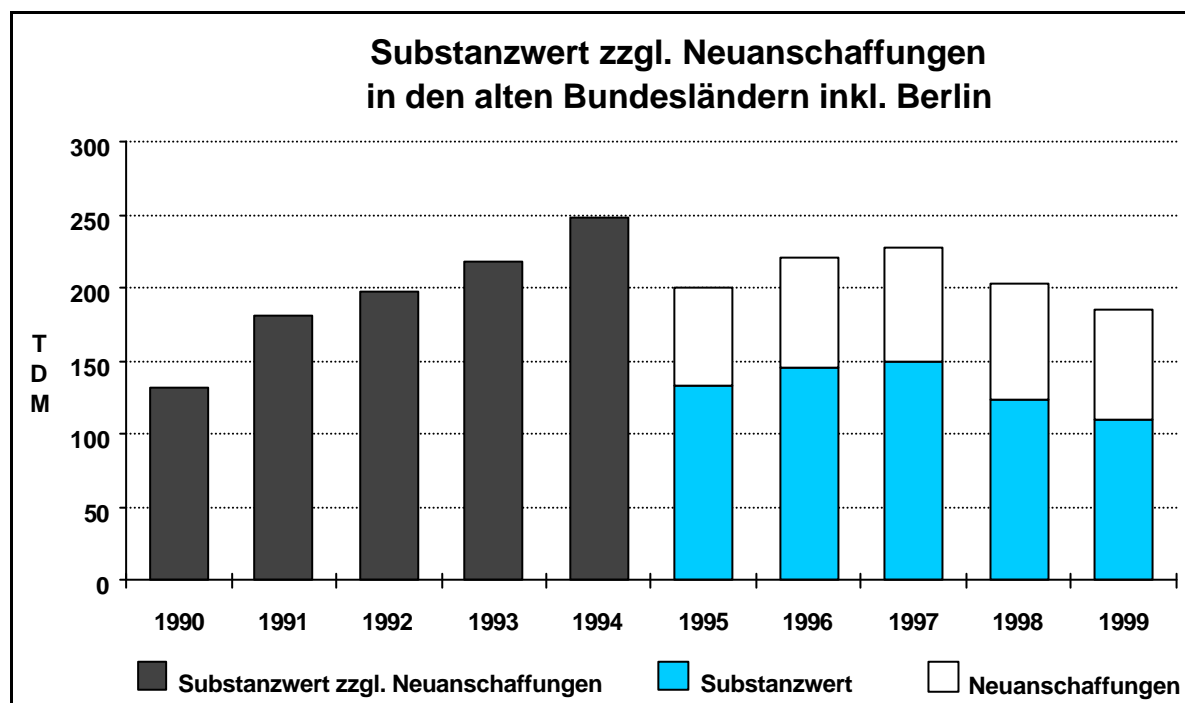


Abbildung 12

Im Jahr 1998 flossen bei den 26- bis 40-jährigen Zahnärzten etwa 125 TDM in den Substanzwert, während Zahnärzte, die bei der Niederlassung älter als 40 Jahre waren, 113 TDM für den Substanzwert aufbrachten. 1999 sind die Ausgaben für den Substanzwert in allen Altersgruppen gesunken. Mit einem Rückgang von rund 8 % auf 115 TDM ist dieses Absinken bei den jüngeren Zahnärzten deutlich, erreicht jedoch längst nicht den Umfang wie bei den über 40-jährigen Zahnärzten, deren Ausgaben mit 76 TDM im Jahr 1999 um 33 % unter denen des Vorjahres lagen. Während bei den 26- bis 30-jährigen Zahnärzten und den über 40-jährigen Zahnärzten die Ausgaben für Neuanschaffungen zwischen 1998 und 1999 von 78 TDM auf 106 TDM bzw. von 56 TDM auf 70 TDM anstiegen, gingen sie bei den 31- bis 40-jährigen Zahnärzten von 87 TDM auf 70 TDM zurück.

Eine nach **Verstädterungsgrad differenzierte Betrachtung** des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt, dass in allen Regionen die Investitionen 1999 niedriger als 1998 waren. Mit 217 TDM für den Substanzwert und 87 TDM für die Neuanschaffungen wurden in den ländlichen Regionen die Höchstwerte erreicht. Der niedrigste Substanzwert (96 TDM) wurde in den Großstädten und die niedrigsten Ausgaben für Neuanschaffungen (56 TDM) wurden in Mittelstädten getätigt.

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. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 1999) 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 Veränderung des Einnahmenüberschusses zwischen 1997 und 1998 betrug in den alten Bundesländern etwa 8 % (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 1999) und die des Goodwill zwischen 1998 und 1999 etwa 3 %. 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 Vorjahresumsatz¹ 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.

¹ Mit Vorjahresumsatz wird der Gesamtumsatz einer Zahnarztpraxis, d. h. das zahnärztliche Honorar zuzüglich Fremdlaboraausgaben, bezeichnet.

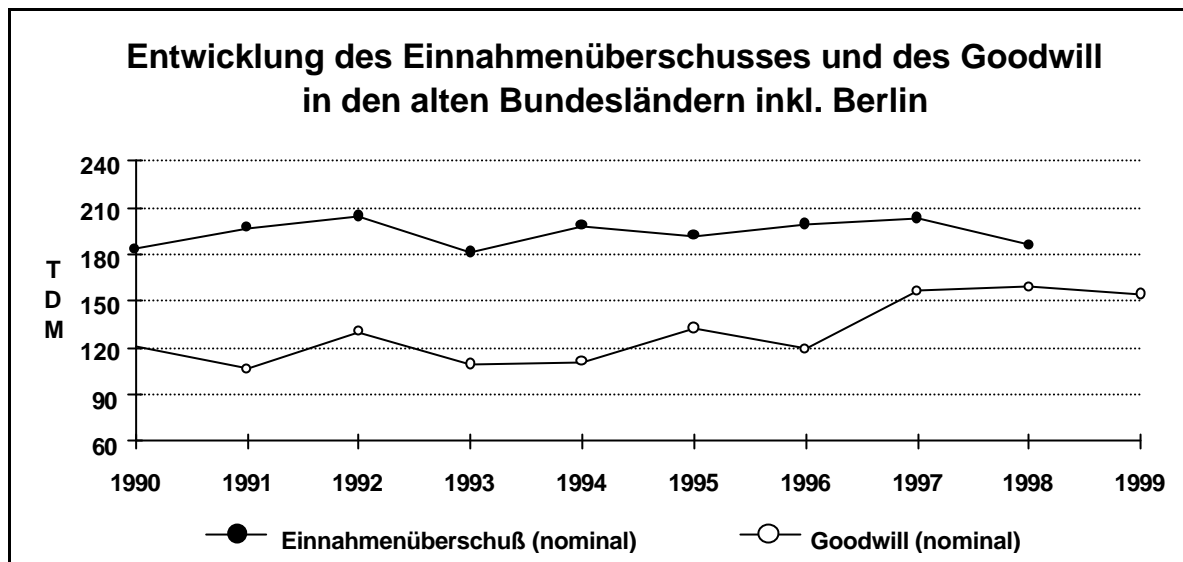


Abbildung 13

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 1998/99 zeigt, dass das zahnärztliche Investitionsvolumen nur durch das der Chirurgen übertroffen wird (vgl. Abb. 14). Vergleicht man die Gesamtfinanzierungsvolumina der Jahre 1997/98 (vgl. Kaufhold und Schwarte, 1999) und 1998/99 so wird deutlich, **dass das Investitionsvolumen der Zahnärzte nahezu unverändert geblieben ist**, während in den anderen Arztgruppen deutliche Schwankungen beobachtet werden konnten: Gynäkologen (+22 %), Allgemeinmediziner (+16 %), Internisten (+13 %), Kinderärzte (-9 %), HNO-Ärzte (-9 %), Hautärzte (-18 %).

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer nach wie vor bereit sind, stabil auf einem sehr hohen Niveau zu investieren, vermittelt eine gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte (n = 1050) durchgeführte Befragung (vgl. Schneller und 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 positive Rolleneinschätzung**, die sich bei den niederlassungswilligen Zahnärzten in mutigen Investitionsentscheidungen niederschlägt.

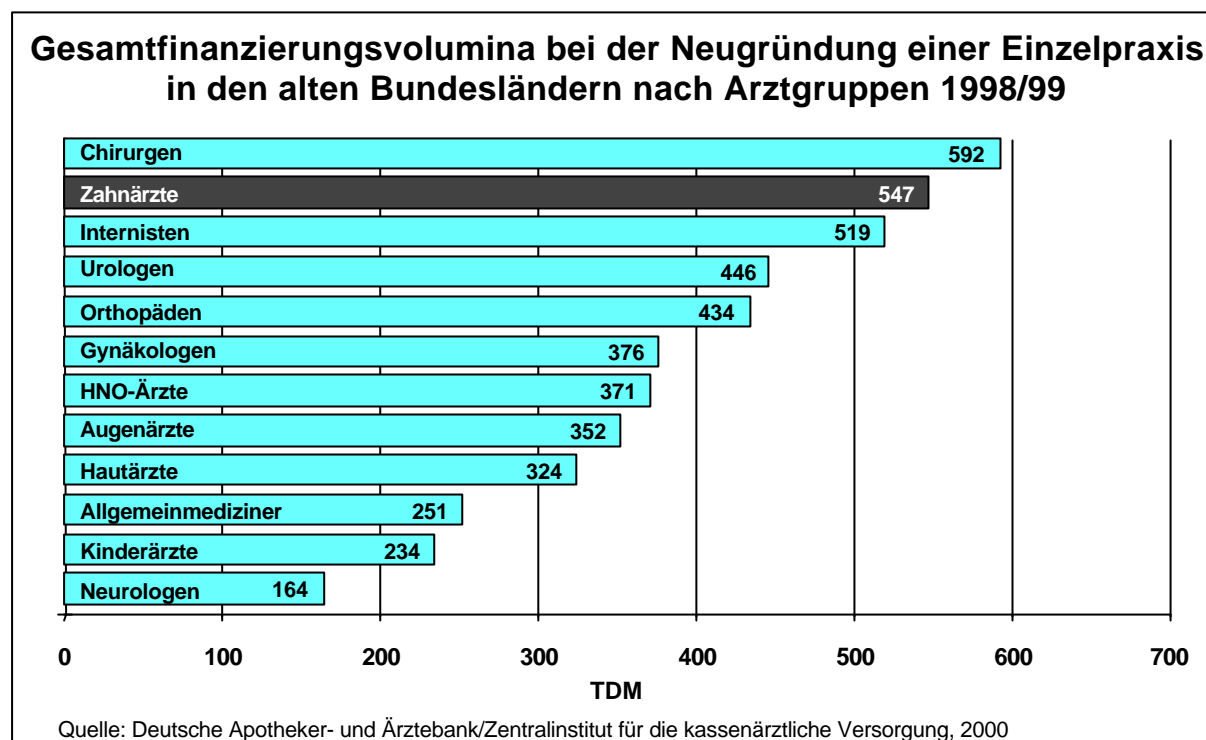


Abbildung 14

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 – insbesondere für das Jahr 1999 – 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	1991/1	1991/2	1992	1993	1994
med.-techn. Geräte und Einrichtung	169	192	246	281	288
+ Bau- und Umbaukosten	57	76	98	81	49
= Praxisinvestitionen	226	268	344	362	337
+ Betriebsmittelkredit	48	48	62	68	79
= Finanzierungsvolumen	274	316	406	430	416

Tabelle 4a

Angaben in TDM

Neugründung einer Einzelpraxis	1995	1996	1997	1998	1999
med.-techn. Geräte und Einrichtung	289	314	320	274	284
+ Bau- und Umbaukosten	44	61	25	31	35
= Praxisinvestitionen	333	375	345	305	319
+ Betriebsmittelkredit	93	87	94	88	90
= Finanzierungsvolumen	426	462	439	393	409

Tabelle 4b

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1991/1	1991/2	1992	1993	1994
Übernahmewert einer Praxis ²	152	231	/	/	/
+ Bau- und Umbaukosten	38	42	/	/	/
= Praxisinvestitionen	190	273	/	/	/
+ Betriebsmittelkredit	51	64	/	/	/
= Finanzierungsvolumen	241	337	/	/	/

Tabelle 5a

Angaben in TDM

Übernahme einer Einzelpraxis	1995	1996	1997	1998	1999
Substanzwert	/	/	116	107	120
+ Neuanschaffungen	/	/	76	63	36
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	/	/	192	170	156
+ Goodwill	/	/	118	118	121
+ Bau- und Umbaukosten	/	/	6	9	1
= Praxisinvestitionen	/	/	316	297	278
+ Betriebsmittelkredit	/	/	75	80	72
= Finanzierungsvolumen	/	/	391	377	350

Tabelle 5b

Angaben in TDM

Im Jahr 1999 entfielen, ähnlich wie im Vorjahr, 69 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisneugründung auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 9 % auf die Bau- und Umbaukosten und 22 % auf den Betriebsmittelkredit. Inzwischen sind die ost- und westdeutschen Strukturen des Finanzierungsverhaltens nahezu gleich.

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. Im Jahr 1999 überschritt das Investitionsvolumen für eine ostdeutsche Praxisneugründung wieder die 400 TDM-Grenze (vgl.

² Der Übernahmewert einer Praxis setzt sich zusammen aus dem Substanzwert, den Neuanschaffungen und dem Goodwill.

Abb. 15). Zwischen 1993 und 1999 hat sich die Differenz der west- und ostdeutschen Finanzierungsvolumina für eine Praxisneugründung von 51 TDM auf 134 TDM mehr als verdoppelt.

Von 1990 bis 1993 wuchs das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisneugründung von 54 % auf 89 %. In den Folgejahren verschlechterte sich das Verhältnis um 18 % auf 71 % (1998). Mit einem Anstieg auf 75 % im Jahr 1999 scheint diese Entwicklung jedoch gestoppt. Nach wie vor dürften die in den neuen Bundesländern niedrigeren GKV-Punktwerte (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 1999) ein wichtiger Einflussfaktor auf diese Unterschiede im Investitionsverhalten sein.

Eine Praxisübernahme in den neuen Bundesländern erforderte 1999 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 350 TDM und liegt damit um 7 % unter dem Wert des Jahres 1998. Das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme 1999 beträgt 74 %.

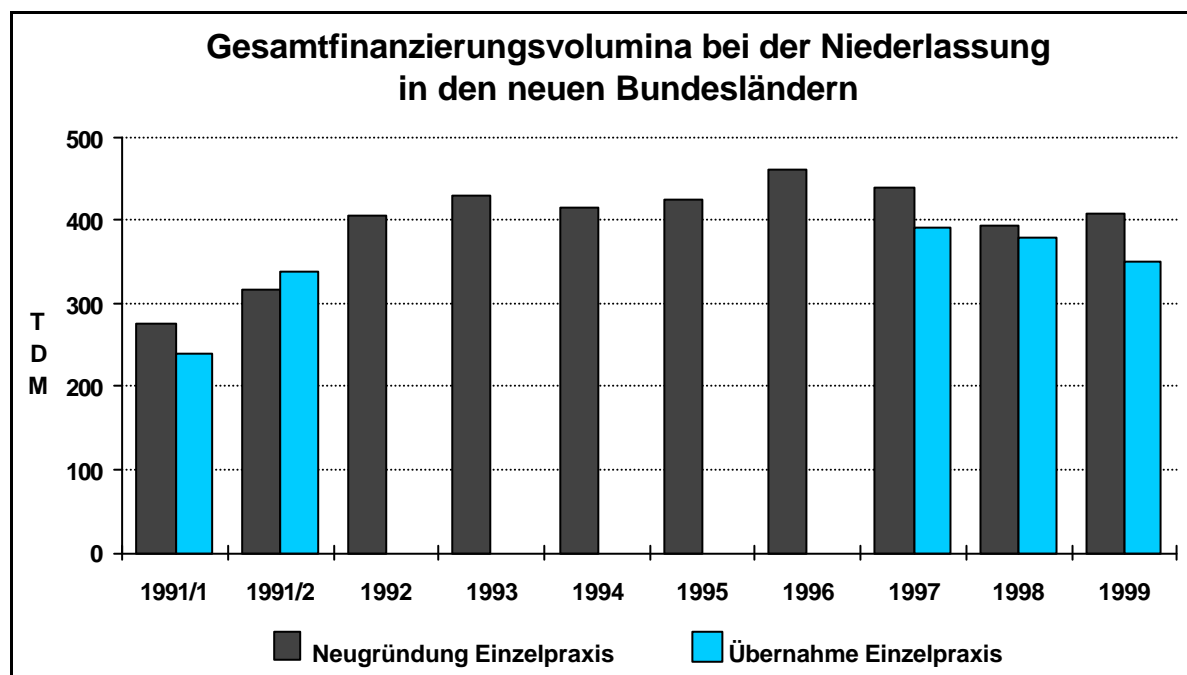


Abbildung 15

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 48 TDM auf 93 TDM. In den folgenden Jahren wechselten Zu- und Abnahme regelmäßig. Im Jahr 1999 lag der Betriebsmittelkredit mit 90 TDM um 2 TDM über dem Wert des Vorjahres. Bei der Übernahme einer Einzelpraxis war der Betriebsmittelkredit 1999 um 10 % auf 72 TDM gesunken (vgl. Abb. 16). Damit er-

reichte der Betriebsmittelkredit für beide Niederlassungsarten etwa 70 % des Westniveaus.

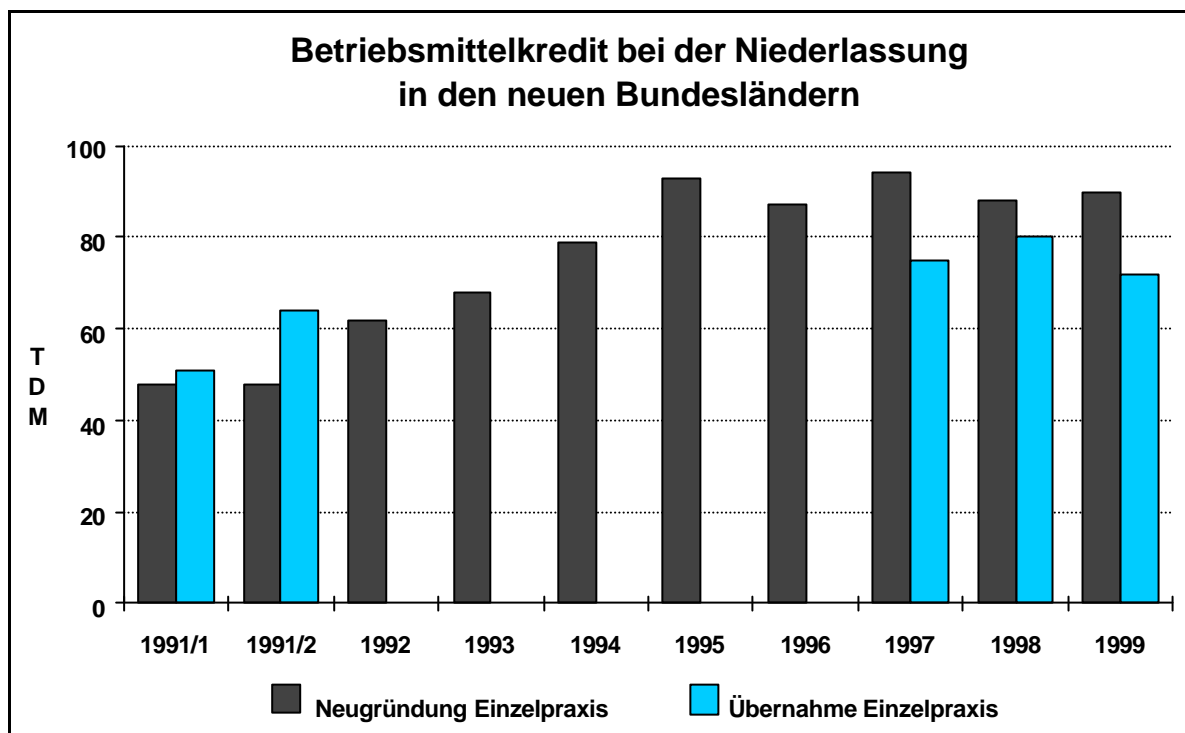


Abbildung 16

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 35 TDM im Jahr 1999 (vgl. Abb. 17).

Bei einer Praxisübernahme fallen die baulichen Investitionen mit rund 1 TDM im Jahr 1999 kaum ins Gewicht.

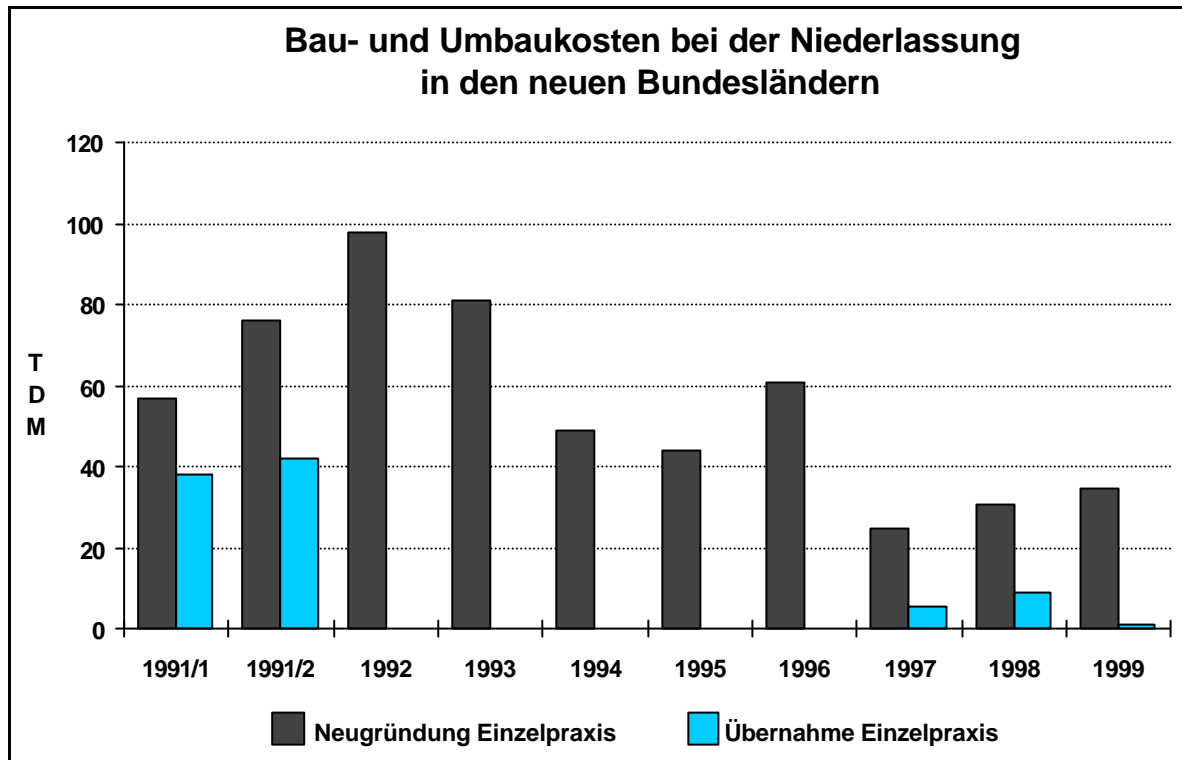


Abbildung 17

Literatur

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 1998/1999. (noch unveröffentlichtes Material), 2000

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 99. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 1999

Kaufhold, R.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995. IDZ-Information 3/96 vom 10. Juni 1996

Kaufhold, R., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1998. IDZ-Information 4/99 vom 5. Juli 1999

Schneller, T., Micheelis, W.: Berufszufriedenheit des Zahnarztes. Wachsende Unzufriedenheit mit der staatlichen Reglementierung. Ausgewählte Ergebnisse aus einer sozialwissenschaftlichen Erhebung. zm 87, Nr. 23, 1997, S. 96-100