

12. Mai 2014

## **Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren – Eine kritische Reflexion theoretischer Ansätze anhand empirischer Fallrekonstruktionen**

Seit dem Jahr 2007 ist die Anzahl der Zahnärzte in freier Praxis rückläufig, während die Zahl der angestellten Zahnärzte im Gegenzug spürbar zugenommen hat. Die Veräußerung einer Zahnarztpraxis ist unter diesen Rahmenbedingungen deutlich erschwert. Dies wirkt sich insbesondere auf den ideellen Wert der Zahnarztpraxen aus.

Der empirisch recht enge Zusammenhang zwischen ideellem Wert und der Entwicklung des durchschnittlichen Einnahmenüberschusses von Zahnarztpraxen ist in den vergangenen Jahren sukzessive zurückgegangen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass es neben den harten betriebswirtschaftlichen Erfolgsgrößen noch andere Faktoren gibt, welche die Höhe des ideellen Wertes beeinflussen.

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. Daher fordern die gängigen Verfahren zu Recht, dass bei der Praxisbewertung immer auch die Stellung der Zahnarztpraxis als Organisationseinheit und als Teil einer gewachsenen Infrastruktur in der betreffenden Region einbezogen werden sollte. Die Wirkungen der Einbettung der Praxis in eine soziale Beziehungsstruktur werden in dem Begriff des „Sozialkapitals“ zusammengefasst.

Vor diesem forschungspolitischen Hintergrund hat die vorliegende explorative Untersuchung zum Ziel, einen kritischen Abgleich der in der Praxis relevanten Faktoren bei der Kaufpreisfindung mit den in den gängigen Praxisbewertungsverfahren theoretisch begründeten Kriterien zu bieten. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die praktische Relevanz von Sozialkapitalaspekten gerichtet.

Die Autoren der Studie sind: Dr. David Klingenberg/IDZ und Prof. Dr. Thomas Sander/Medizinische Hochschule Hannover.

Weitere Exemplare dieser IDZ-Information können kostenlos beim IDZ angefordert werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den vorliegenden Text als PDF-Datei von der Internet-Homepage des IDZ ([www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de)) herunterzuladen.

Redaktion: Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan

## Abstract

### **The significance of social capital with respect to valuation procedures of dental practices – A critical view of theoretical approaches using empirical case reconstructions**

Since 2007 the number of dentists working in practices of their own has declined whereas the number of employed dentists working in a practice has increased noticeably. Under the specified general conditions selling a dental practice is significantly more difficult. This has a particular effect on the goodwill of dental practices.

The empirically close correlation between the goodwill and the development of the average surplus revenue of dental practices has decreased gradually in recent years suggesting that, besides economic performance indicators there are further factors affecting the goodwill level.

The goodwill of a dental practice is substantially determined by the dentist-patient relationship and the dental care provided over many years as well as the social location and organisation of a dental practice. Therefore, well-established practice valuation procedures also require correctly the inclusion of the location of the dental practice as an organizational unit and part of an infrastructure of the respective region that has grown over a long period of time. The effects of the embedding of the practice in a social relationship structure are summarized under the term „social capital“.

Against this research policy-related background and on fixing the purchase price, this explorative study aims at offering a critical comparison of the practice relevant factors to the criteria theoretically reasoned in common practice valuation procedures. Special attention is paid to the practical relevance of the social capital aspects.

The authors of this study are: Dr. David Klingenberger/IDZ and Prof. Dr. Thomas Sander/Medical School Hannover.

*Further copies of this information may be ordered from the IDZ free of charge. This text may also be downloaded as pdf-file from the IDZ-homepage ([www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de)).*

Editor-in-Chief: PD Dr. med. dent. habil. A. Rainer Jordan

# Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren – Eine kritische Reflexion theoretischer Ansätze anhand empirischer Fallrekonstruktionen

David Klingenberg  
Thomas Sander

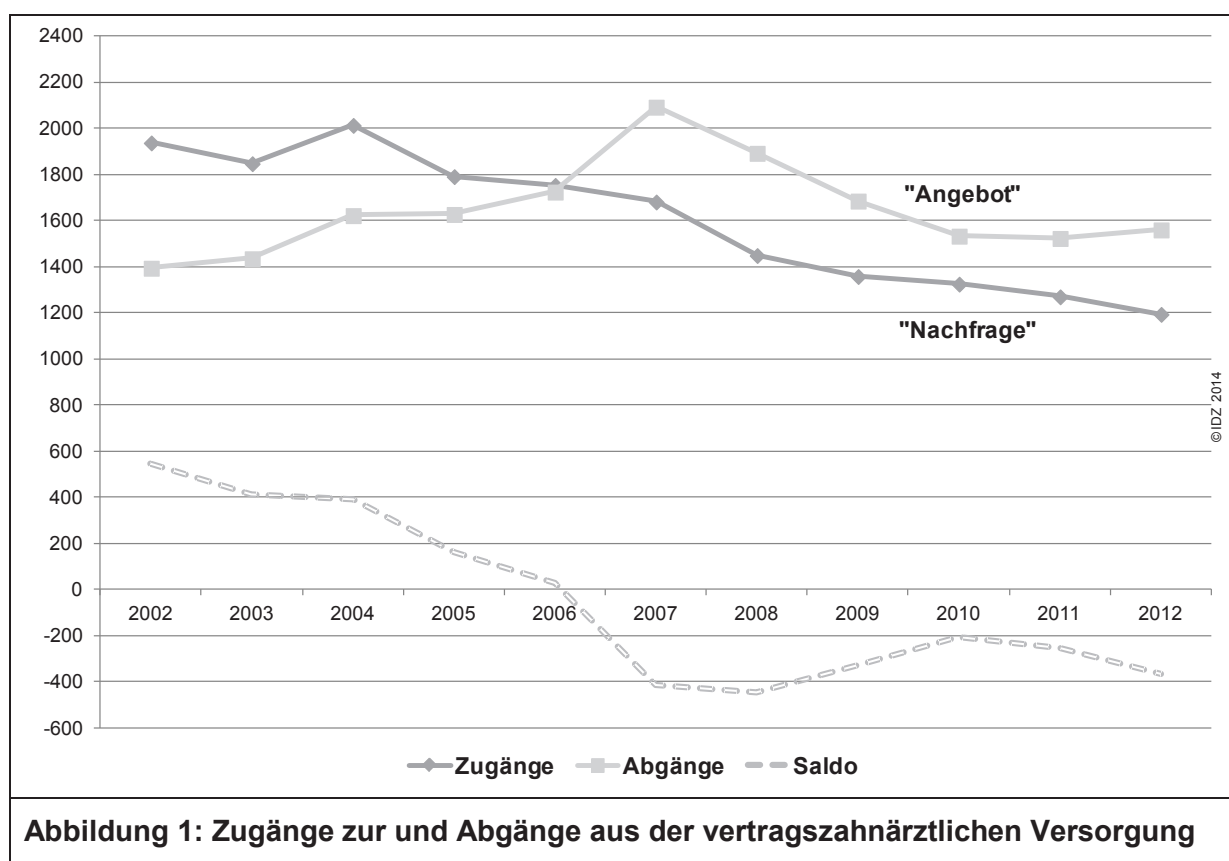
## Inhaltsverzeichnis

1	Forschungsziele und forschungspolitischer Hintergrund.....	4
1.1	Veränderte Rahmenbedingungen auf dem Markt für den Verkauf und Kauf von Zahnarztpraxen.....	4
1.2	Die methodische Herausforderung: Einbezug von Sozialkapital.....	5
2	Grundsätzliche Überlegungen zum Wert von Zahnarztpraxen.....	7
2.1	Wertbegriffe und Wertarten.....	8
2.2	Wertbildende Faktoren des Goodwill .....	11
3	Praxisbewertungsverfahren .....	12
3.1	Bundesärztekammermethode .....	12
3.2	Modifiziertes Ertragswertverfahren .....	16
3.3	Sonstige Praxisbewertungsverfahren .....	18
3.4	Sozialkapital: Blinder Fleck der Praxisbewertungsverfahren?.....	19
4	Methodischer Aufbau der empirisch-explorativen Studie .....	21
4.1	Mixed Methods-Ansatz als Methodenstrategie .....	21
4.2	Schriftliche Befragung von Praxisverkäufern und -käufern .....	21
4.3	Soziodemographische Merkmale der Verkäufer .....	22
4.4	Soziodemographische Merkmale der Käufer .....	22
5	Empirische Ergebnisse .....	23
5.1	Zusammenhänge zwischen Kaufpreis und Vorjahresgewinn.....	23
5.2	Relevante Aspekte bei der Aushandlung des Goodwill.....	23
5.3	Bedeutung der kaufpreisbildenden Aspekte: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Verkäufer- und Käuferperspektive .....	33
6	Stellenwert des Sozialkapitals und Implikationen für Praxisbewertungs- verfahren.....	36
7	Literaturverzeichnis.....	39
8	Anhang .....	42

## 1 Forschungsziele und forschungspolitischer Hintergrund

### 1.1 Veränderte Rahmenbedingungen auf dem Markt für den Verkauf und Kauf von Zahnarztpraxen

Der Markt für den Verkauf und Kauf von Zahnarztpraxen befindet sich aktuell in einer Umbruchphase. Seit dem Jahr 2007 ist die Anzahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte rückläufig. Binnen sechs Jahren sank die Anzahl der Zahnärzte um mehr als 2.000 bzw. um 3,6 Prozent (KZBV, 2013). Parallel nahm die Anzahl der angestellten Zahnärzte um mehr als 6.000 bzw. 94 Prozent spürbar zu (BZÄK, 2013). Für die Veräußerung von Zahnarztpraxen bedeutet dies, dass aus dem bis zum Jahr 2006 erkennbaren Nachfrageüberhang mittlerweile ein Angebotsüberhang geworden ist (vgl. Abb. 1).



**Abbildung 1: Zugänge zur und Abgänge aus der vertragszahnärztlichen Versorgung**

Im Jahre 2012 schieden 1.561 Zahnärzte aus der vertragszahnärztlichen Versorgung aus, lediglich 1.195 Zahnärzte kamen im gleichen Zeitraum dazu (KZBV, 2013). Die Veräußerung einer Zahnarztpraxis ist unter diesen Rahmenbedingungen deutlich erschwert. In vielen Regionen wird man insofern mittlerweile von einem Käufermarkt sprechen können, d. h. die Verhandlungsmacht der potentiellen Käufer von Zahnarztpraxen ist tendenziell vermutlich gestiegen.

Diese veränderten Rahmenbedingungen wirken sich insbesondere auf den ideellen Wert der Zahnarztpraxen aus: „Der ideelle Wert einer Zahnarztpraxis wird im Wesentlichen durch die persönlichen Beziehungen und das langjährige Betreuungsver-

hältnis 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, umso höher schätzt er die zukünftige Ertragskraft der Praxis ein“ (Klingenberger, Köhler, 2013, S. 31).

Der empirisch recht enge Zusammenhang zwischen der Entwicklung des ideellen Wertes und der Entwicklung des durchschnittlichen Einnahmenüberschusses von Zahnarztpraxen ist in den vergangenen Jahren sukzessive zurückgegangen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass es noch andere, nicht zu unterschätzende Faktoren gibt, welche die Höhe des ideellen Wertes beeinflussen (Klingenberger, Köhler, 2013). Die bereits erwähnte jeweilige Marktmacht der Anbieter und Nachfrager ist nur ein – wenngleich wichtiger – Einflussfaktor bei der Kaufpreisfindung von Zahnarztpraxen. Welche konkreten zusätzlichen Faktoren darüber hinaus in die Kaufverhandlungen zum einen, in die Praxisbewertung zum anderen einfließen, wurde bislang noch nicht empirisch zufriedenstellend geklärt.

## 1.2 Die methodische Herausforderung: Einbezug des Sozialkapitals

Die Bundesärztekammer hat mittlerweile auf die methodische Herausforderung reagiert und ihre seit 1987 gültigen *Richtlinien zur Bewertung von Arztpraxen* (BÄK, 1987) im Jahr 2008 umfassend überarbeitet: „Der reine Bezug auf den Umsatz wurde aufgegeben. Die Hinweise gehen jetzt von einer ertragswertorientierten Methode unter Berücksichtigung der Kosten aus. Der Ertragswert beinhaltet eine in die Zukunft gerichtete Analyse, während die bisherigen Richtlinien ausschließlich auf das wirtschaftliche Ergebnis, welches die Praxis in der Vergangenheit erzielt hat, abstellen“ (BÄK/KBV, 2008, S. A2778).

Zur konkreten Berechnung des ideellen Wertes führt die Bundesärztekammer in ihren – nun auch semantisch weniger Verbindlichkeit beanspruchenden – *Hinweisen zur Bewertung von Arztpraxen* weiter aus, dass bei der Bewertung „auch die Stellung der Arztpraxis als Organisationseinheit und als Teil einer gewachsenen Infrastruktur in der betreffenden Region (...) einzubeziehen“ sei (BÄK/KBV, 2008, S. A2778). Wie dieser Einbezug erfolgen sollte, wird jedoch nicht weiter konkretisiert (vgl. hierzu auch Abschn. 3.1 und Abschn. 3.4).

Die in den *Hinweisen* der Bundesärztekammer angesprochenen Aspekte beziehen sich auf die sozialstrukturelle Einbettung von (Zahn-) Arztpraxen. Neuere Praxisbewertungsverfahren nehmen somit einen Aspekt auf, der kaum unmittelbar über quantifizierende Verfahren zu greifen ist, aber dennoch in der Praxis eine sehr wichtige Rolle spielt: das Sozialkapital von (Zahn-) Arztpraxen.

Sozialkapital bezeichnet laut *Coleman* alle sozialstrukturellen Ressourcen, die bestimmte Handlungen eines Individuums als Teil einer Beziehungsstruktur begünstigen (Coleman, 1990). Dabei geht *Coleman* von einer gegenseitigen Bedingung und

Abhängigkeit von Makro- und Mikroebene aus: „Einerseits können hierbei soziale Beziehungen, soziale Kontakte und Normen auf der Makro-Ebene als Komponenten sozialer Strukturen betrachtet werden. Andererseits können soziale Beziehungen auf der Mikro-Ebene auch als Ressourcen für Individuen, d. h. als Randbedingung für ihre Entscheidungen analysiert werden“ (Haug, 1997, S. 2). Grundlage von Sozialkapital können u. a. Herrschafts- oder Vertrauensbeziehungen sein. „Soziales Kapital entsteht häufig als unbeabsichtigtes Nebenprodukt sozialer Beziehungen und ist als Eigenschaft einer Struktur nicht als Privateigentum einer Person anzusehen“ (Wienold, 2011, S. 332).

Im Unterschied zu ökonomischem Kapital liegt das soziale Kapital nicht in der direkten Verfügung des Einzelnen, sondern es ist an die Existenz anderer Personen bzw. die Verbindung mit diesen anderen Personen gebunden. Sozialkapital als sog. *immaterieller Vermögenswert* (Badura, 2008) lässt sich aber generell in andere, für das Individuum direkt verwertbare Ressourcen konvertieren, so u. a. auch in ökonomisches Kapital. Insofern kann „soziales Kapital zur Erklärung unterschiedlich starken Erfolgs von Individuen und Firmen in einer kompetitiven Wirtschaft beitragen“ (Zwingenberger, 2003, S. 64).

Die Geltungskraft des Sozialkapitalansatzes in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung beruht auf der personengebundenen Vertrauensbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient (Schmid-Domin, 2009), die zum einen die freie Berufsausübung von Zahnärztinnen und Zahnärzten stark prägt (Micheelis et al., 2010), und sich zum anderen betriebswirtschaftlich vorteilhaft in der Bindung des Patienten an die Praxis äußert. Die gelungene Patientenbindung zeigt sich u. a. darin, dass der eigene Zahnarzt (Nahbild) im Vergleich zu anderen Zahnärzten (Fernbild) von seinen Patienten deutlich positiver wahrgenommen wird (Micheelis, Süßlin, 2012). Bei dem Sozialkapitalansatz handelt es sich insofern um ein höchst handlungsrelevantes sozialwissenschaftliches Analyseinstrument, das auch im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung gut anwendbar ist (Wurpts, 2011).

Im Rahmen der Praxisbewertung stehen die Erträge aus der Umwandlung des Sozialkapitals in einen quantifizierbaren ideellen Wert im Mittelpunkt der Betrachtung, konkret: die ökonomische Bewertung der Patientenbindung an die Zahnarztpraxis.

Vor diesem forschungspolitischen Hintergrund zielt die vorliegende explorative Untersuchung darauf ab, einen kritischen Abgleich der in der Praxis relevanten Faktoren bei der Kaufpreisfindung mit den in den gängigen Praxisbewertungsverfahren theoretisch begründeten Kriterien zu bieten und damit eine Forschungslücke zu schließen. Dabei soll besonderes Augenmerk auf die praktische Relevanz von Sozialkapitalaspekten im Rahmen der Kaufverhandlungen gerichtet werden.

## 2 Grundsätzliche Überlegungen zum Wert von Zahnarztpraxen

Grundlage der Überlegungen zum Wert von Zahnarztpraxen ist das breitere Themenfeld der allgemeinen Unternehmensbewertung. Die Anlässe, eine Bewertung vorzunehmen, sind vielfältig. Im Rahmen von Praxisbewertungen können dies beispielsweise sein:

- Kauf oder Verkauf,
- Eintritt oder Austritt von Gesellschaftern,
- Abfindungen,
- Erbauseinandersetzungen,
- Ehescheidungen,
- Nachfolge,
- Kreditwürdigkeitsprüfungen.

Es gibt weder ein genormtes Verfahren zur Unternehmensbewertung noch jeweils einen einzigen (objektiven) Wert im Rahmen einer Bewertung. Alle „ermittelten Werte sind rückverfolgbar zutreffend, solange es sich um eine logische, widerspruchsfreie, vollständige und von ‚Werturteilen‘ abstrahierende rational erklärable Vorgehensweise und somit auch um entsprechende Ergebnisse handelt“ (Matschke, Brösel, 2007, S. 24).

Der Wert eines Unternehmens wird grundsätzlich als Ganzes ermittelt, d. h. als Summe von materiellem und immateriellem Teilwert. Es kann auch abgrenzbare, separat zu bewertende Teile des Unternehmens geben, wie z. B. zwei Teilpraxen in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG). Aus der getrennten Bewertung können sich Auswirkungen auf den Goodwill ergeben, weil sich beispielsweise der Wegfall des gemeinsamen Marketings wertmindernd auswirken kann. Aber auch hier gilt: Der Wert der Teilpraxen besteht aus der Summe der jeweiligen materiellen und immateriellen Teilwerte.

Im Hinblick auf das hier beschriebene Forschungsprojekt war die Frage relevant, welche Praxisbesonderheiten bei der Kaufpreisfindung von Zahnarztpraxen konkret berücksichtigt werden. Hierbei ist die Unterscheidung von materiellem und immateriellem Wert insofern maßgeblich, als es in der Bewertungspraxis kaum Diskussionsbedarf bei der Ermittlung des materiellen Wertes gibt, während die Ermittlung des immateriellen Wertes ungleich schwieriger ist. Die nachfolgenden Überlegungen beziehen sich daher stets auf den immateriellen Praxiswert, der auch als Goodwill bezeichnet wird. Unter Goodwill versteht man den Patientenstamm oder den guten Ruf der Praxis. Es wird davon ausgegangen, dass diese Aspekte bei einer Veräußerung einen Wert darstellen, der noch eine bestimmte Zeit lang vom Übernehmer realisiert werden kann (sog. Goodwill-Reichweite).

## 2.1 Wertbegriffe und Wertarten

Die in der Praxisbewertung verwendeten Wertbegriffe und Wertarten sollen im Folgenden kurz definiert werden, soweit dies zum Verständnis der Wertermittlung bzw. der Kaufpreisfindung von Zahnarztpraxen erforderlich ist.

Nach der *funktionalen Bewertungslehre* gibt es stets einen konkreten Bewertungsanlass, in dessen Folge der Bewerter nach der jeweiligen *Bewertungsfunktion* fragen muss, die er dabei einnimmt.

Die funktionale Bewertungslehre unterscheidet im Wesentlichen die folgenden fünf Funktionen und die daraus abzuleitenden Wertarten:

- die Beratungsfunktion (Entscheidungswert),
- die Argumentationsfunktion (subjektiver Erwartungswert),
- die Gutachterfunktion (objektivierter Wert),
- die Vermittlungsfunktion (Arbitriumwert in nicht dominierten Konfliktsituationen; Grundlage für den Einigungswert),
- die Schiedsfunktion (Arbitriumwert in dominierten Konfliktsituationen).

Die *Beratungsfunktion* hat die Beratung eines Käufers oder Verkäufers im Rahmen einer Kauf- bzw. Verkaufstransaktion zum Gegenstand. Es geht darum, den sog. subjektiven Grenzpreis für eine konkrete Praxis zu ermitteln. Dieser Grenzpreis wird als *Entscheidungswert* bezeichnet. Der Entscheidungswert ist wichtig, um die Grenze der eigenen Konzessionsbereitschaft zu kennen, denn er zeigt einem Entscheidungssubjekt bei gegebenem Zielsystem und bei gegebenem Entscheidungsfeld an, unter welchen Bedingungen die Durchführung einer bestimmten vorgesehenen Handlung das ohne diese Handlung erreichbare Niveau der Zielerfüllung gerade noch nicht mindert (Matschke, Brösel, 2007).

Aus der Sicht des *Abgebers* ist der Entscheidungswert eine *Preisuntergrenze*, die eingehalten werden muss, wenn die Veräußerung keinen wirtschaftlichen Nachteil für ihn persönlich zur Folge haben soll. Für den potentiellen *Käufer* stellt sich der Entscheidungswert hingegen als die *Preisobergrenze* dar, d. h. den Preis, den er gerade noch zahlen kann, ohne einen wirtschaftlichen Nachteil hinnehmen zu müssen. Und da der mutmaßliche Käufer in der Regel mehrere Alternativen hat, ist die Ermittlung der Entscheidungswerte (pro Alternative) hier erheblich komplexer. Der Barwert der finanziellen Überschüsse aus der rentabelsten Nutzung des Betriebes, die unter den voraussichtlichen individuellen Verhältnissen des Erwerbers möglich ist, bestimmt üblicherweise dessen subjektiven Wert (IDW, 2008).

Der Kaufpreis einer Praxis sollte aus Sicht des *Käufers* in einem möglichst günstigen Verhältnis zu den Überschüssen (nach Abzug eines Unternehmer- bzw. Arztlohns) stehen, die der Käufer mit ihr voraussichtlich erwirtschaftet. Dieses Verhältnis richtet sich nach den Alternativen aus, die der Käufer hat, wenn er eine vergleichbare Tätigkeit alternativ zu der Tätigkeit nach dem Praxiserwerb ausübt (und dafür einen



entsprechenden Arztlohn erhält) und den gleichen Betrag (potentieller Kaufpreis) alternativ investiert. Die Renditeerwartung (beispielsweise drei Prozent Verzinsung für eine bestimmte Anlageform) im Vergleich zu den zu erwartenden Überschüssen sollte seine Entscheidung beeinflussen.

Die *Argumentationsfunktion* kommt im Rahmen der Kaufverhandlung einer Praxisveräußerung zum Tragen. Hier hat der Gutachter die Aufgabe, dem Auftraggeber einen *subjektiven Erwartungswert* an die Hand zu geben, mit dem dieser in die Kaufpreisverhandlungen starten kann. Die dem Gutachten zugrunde liegenden Konzepte bzw. Annahmen sind jeweils individuell und auftragsbezogen.

Von der Beratungs- und der Argumentationsfunktion ist die *Gutachterfunktion* abzugrenzen. Hier wird von der Funktion eines neutralen Gutachters ausgegangen, der einen Praxiswert ermitteln soll, der von den individuellen Wertvorstellungen der Beteiligten (Verkäufer und Käufer) unabhängig ist. Man spricht daher auch von einem *objektivierten Wert*.

Die Notwendigkeit einer gutachterlichen Bewertung kann sich aus gesetzlichen oder privatrechtlichen Anlässen ergeben. Der zu ermittelnde objektivierte Wert der Praxis soll hierbei dem Wert entsprechen, der bei Fortführung des bisherigen Praxiskonzeptes erreicht worden wäre (Matschke, Brösel, 2007). Dabei geht man von einem potentiellen idealtypischen Praxisinhaber aus, dessen Eigenschaften typisiert werden. Personenbezogene Werteinflüsse und individuelle Besonderheiten bleiben bei der Ermittlung des objektivierten Wertes unberücksichtigt (VSA, 2012). Der Ansatz ist gerade im Falle kleinerer inhabergeführter Unternehmen nicht unumstritten, da das Praxiskonzept entscheidend vom Inhaber geprägt wird und eine Fortführung des bisherigen Praxiskonzeptes insofern nicht die Regel sein dürfte.

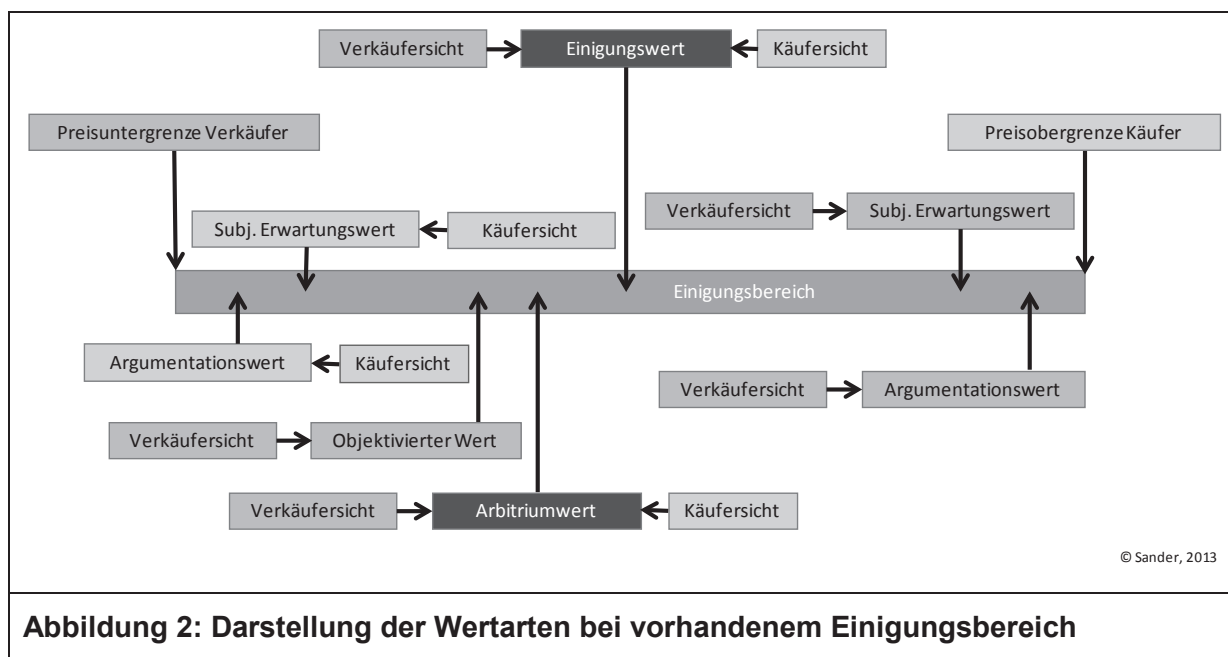
In einer *Vermittlungsfunktion* tritt der Gutachter auf, wenn sich Käufer und Verkäufer nicht einigen können. Es besteht also eine Konfliktsituation, die *aber nicht von einer Konfliktpartei dominiert* wird. Hier wird der Gutachter unter Berücksichtigung der verschiedenen subjektiven Wertvorstellungen der Parteien einen *Arbitriumwert* im Sinne eines Vermittlungswertes vorschlagen.

Der Arbitriumwert soll eine Einigung zwischen Käufer und Verkäufer erleichtern oder bewirken. Bei der Ermittlung des Arbitriumwertes muss es eine Lösung geben, die aus der Sicht aller Konfliktparteien mit rationalem Handeln vereinbar ist. Die folgende Verhandlung führt zum *Einigungswert*, der abweichend vom vorgeschlagenen Arbitriumwert sein kann. Der Arbitriumwert muss, wenn er von allen Seiten als akzeptabel empfunden werden soll, im Überschneidungsbereich der Entscheidungswerte von Verkäufer und Käufer liegen. In der Spannweite der möglichen Einigungswerte muss der neutrale Gutachter unter Anwendung parteienbezogener Gerechtigkeitspostulate den Arbitriumwert bestimmen. Im Rahmen der Vermittlungsfunktion ist der Arbitriumwert für keine Seite verbindlich, d. h. es besteht kein Einigungszwang.

Dies stellt sich in *dominierten Konfliktsituationen* anders dar. Von dominierten Konfliktsituationen spricht man dann, wenn „eine der beteiligten Konfliktparteien ... eine Änderung der Eigentumsverhältnisse ... *auch gegen den erklärten Willen der anderen Parteien* erzwingen“ kann (Matschke, Brösel, 2007, S. 93). Der Anlass dominierter Konfliktsituationen ist zumeist eine gerichtliche Auseinandersetzung, in denen es zwischen den Konfliktparteien keinen Einigungsbereich und damit auch keine mit dem Merkmal der Rationalität des Handelns aus Sicht *aller* Konfliktparteien zu vereinbarende Lösung gibt (Matschke, Brösel, 2007).

Hier agiert der Gutachter in einer *Schiedsfunktion*: der gutachterlich ermittelte Arbitriumwert als Schiedswert ist verbindlich und es besteht Einigungszwang. Mit dem Arbitriumwert, der beispielsweise Grundlage eines gerichtlichen Urteils sein kann, können dann auch die Entscheidungswerte einer Konfliktpartei verletzt werden, d. h. es existiert keine für alle Parteien zufriedenstellende Konfliktlösung.

In Abbildung 2 sind die genannten Wertarten graphisch dargestellt. Alle Werte – mit Ausnahme der Preisober- und Preisuntergrenzen – sind nur beispielhaft eingebracht und relativ frei verschiebbar.



**Abbildung 2: Darstellung der Wertarten bei vorhandenem Einigungsbereich**

Von den genannten Wertarten klar abzugrenzen ist der *Tauschwert*, der im ökonomischen Sinne als der *Preis* aufgefasst werden kann, für den eine konkrete Praxis dann letztendlich erworben bzw. veräußert wurde. Lediglich im theoretischen Modell eines vollkommenen und vollständigen Marktes stimmen Preis und Wert überein. Vom Ideal des vollkommenen Marktes kann jedoch beim Kauf und Verkauf von Zahnarztpraxen aufgrund persönlicher, sachlicher und räumlicher Präferenzen nicht die Rede sein. Insofern führt auch die Ermittlung von Werten, die sich aus beobachteten erzielten Preisen von Praxisveräußerungen ergeben haben, nicht zu einem „objektiven“ Wert, weil die Marktsituationen und Rahmenbedingungen jeweils unterschiedlich waren. Die Ermittlung von erzielten Durchschnittspreisen hat in diesem

Zusammenhang lediglich die Funktion eines Orientierungspunktes, der im Rahmen eines betriebswirtschaftlichen Benchmarking durchaus Sinn machen kann. Generell gilt, dass der Preis als Tauschwert zwischen den Entscheidungswerten von Käufer und Verkäufer liegt.

## 2.2 Wertbildende Faktoren des Goodwill

Hinsichtlich der Analysen und Prognosen innerhalb von Praxiswertverfahren ist festzustellen, dass sie überwiegend nicht das Bewertungsverfahren selbst darstellen, sondern lediglich *Hinweise zur Ermittlung der zukünftigen Erfolge* liefern. Die eigentliche Hauptaufgabe der Bewertung besteht in der Transformation der „aus fundierten Schätzungen ermittelten qualitativen und quantitativen Informationen über künftige Erfolge in einen Wert“ (Matschke, Brösel, 2007, S. 174).

Aus diesen Betrachtungen wird bereits deutlich, dass im Hinblick auf die Bewertung einer Praxis ausschließlich *zukunftsorientierte Verfahren* in Betracht kommen. Der Blick in die Vergangenheit liefert dabei lediglich Informationen, die als Basiswerte für die Berechnung verwendet werden können.

Aus der Notwendigkeit der Zukunftsbezogenheit folgt, dass eine Prognose der zukünftigen finanziellen Überschüsse durchgeführt werden muss. Dazu sind grundsätzlich unternehmens- und marktorientierte zukunftsbezogene Informationen erforderlich (IDW, 2008). Im Hinblick auf das praktische Vorgehen müssen zunächst vergangenheitsbezogene Daten (z. B. die Einnahmen-/Überschussrechnung der vergangenen Jahre) erfasst, analysiert und um die Faktoren bereinigt werden, die die objektiven Erfolgsursachen verfälschen (Zur Mühlen et al., 2010).

Das Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) schlägt für die Ermittlung der zukünftigen finanziellen Überschüsse ein mehrstufiges Verfahren vor. Für die erste Phase wird ein Zeitraum von drei bis fünf Jahren angenommen. Aufgrund der Personengebundenheit herrscht im Zusammenhang mit der Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen aber allgemein die Auffassung vor, dass eine verlässliche Prognose über diesen Zeitraum hinaus nicht möglich ist (Sander, 2013; Sander, Müller, 2011).

Diese Problematik ist allerdings nur relevant, soweit es sich um die Ermittlung des Entscheidungswertes für den mutmaßlichen *Käufer* handelt. Bei der Ermittlung des Entscheidungswertes des *Verkäufers* und bei der Ermittlung des objektivierten Wertes ist dies unproblematisch, weil hier die Sicht der Fortführung durch den aktuellen Inhaber, dessen Persönlichkeit und deren Auswirkungen auf die Überschüsse ja bekannt sind, maßgeblich ist.

In Bezug auf die Personengebundenheit in Verbindung mit der Kapitalisierung müssen die sog. Verflüchtigungs- bzw. Reproduktionsaspekte berücksichtigt werden (Zur Mühlen et al., 2010; VSA, 2012). Der Verflüchtigungsaspekt behandelt die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Patienten der Praxis originär zu Patienten des Käufers

werden, also allein aufgrund der Wirkung des neuen Praxisinhabers in die Praxis kommen. Der Reproduktionsaspekt beschreibt, wie lange es dauert, bis die übernommene Praxis vollkommen von persönlichen Aspekten des früheren Praxisinhabers losgelöst ist.

Diese Fragen sind maßgeblich, weil sie das Ergebnis der Wertermittlung entscheidend beeinflussen. Sie bestimmen den bewertungsrelevanten Ergebniszeitraum, der auch als Prognosezeitraum bezeichnet werden kann. Allgemein herrscht die Auffassung vor, dass der Barwert der abgezinsten prognostizierten Überschüsse der Praxis über den Ergebniszeitraum auf den Übergabestichtag berechnet werden muss. Hierbei sind auch Risikozuschläge zu berücksichtigen (vgl. Zur Mühlen et al., 2010).

Neben diesen grundsätzlichen Überlegungen sowie dem aktuellen Ruf der Praxis spielen die künftig zu erwartenden Entwicklungen in der Praxis-, Patienten- und Bevölkerungsstruktur, der Kaufkraft, der Praxislage und in der Wettbewerbsstruktur eine Rolle. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden die denkbaren wertbildenden Faktoren im Einzelnen aufgelistet (vgl. Tab. A3 im Anhang) und deren konkrete Bedeutung im Hinblick auf die erfolgte Veräußerung bzw. den Erwerb erfragt.

### 3 Praxisbewertungsverfahren

Es gibt keine von allen Beteiligten allgemein anerkanntes Verfahren zur Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen, geschweige denn eine gesetzliche Vorgabe. Allerdings setzt sich aktuell das *modifizierte Ertragswertverfahren* immer mehr durch. Auch die *Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen* der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben in der Praxis nach wie vor eine große Bedeutung. Auf diese beiden Verfahren wird im Folgenden im Wesentlichen Bezug genommen.

#### 3.1 Bundesärztekammermethode

Bei der sog. Bundesärztekammermethode aus dem Jahre 2008 (BÄK/KBV, 2008) und ihrem Vorgänger von 1987 handelt es sich um ein Verfahren zur Ermittlung des objektivierten Praxiswertes (vgl. Abschn. 2.1). Sie war bis zu den gravierenden Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das Wettbewerbsstärkungsgesetz in 2007 grundsätzlich auch zur Anwendung im zahnärztlichen Bereich geeignet. Mit den genannten Gesetzen war die Aufhebung der Niederlassungsbeschränkung im zahnärztlichen Versorgungsbereich verbunden, die Zahnarztpraxen handeln insofern seither vergleichsweise stärker marktwirtschaftlich orientiert als Arztpraxen. Die Bundesärztekammermethode berücksichtigt bei der Wertermittlung unter anderem auch diese Niederlassungsbeschränkung, die eben bei Zahnarztpraxen nicht mehr gegeben ist. Unabhängig davon wird die Methode teilweise jedoch nach wie vor auch für Zahnarztpraxen angewendet.

Das Ziel der diesen *Hinweisen* vorangegangenen *Richtlinien* aus dem Jahr 1987 bestand unter anderem darin, einen Praxiswert zu ermitteln, der für den Verkäufer eine Entlohnung für die Abgabe seiner Lebensleistung darstellte. Dieser Grundgedanke basierte auf der Niederlassungsbeschränkung, die heute zumindest für die Zahnarztpraxen aufgehoben ist. Zur Zeit der Entstehung der Richtlinie (1987) gab es keinen freien Markt, der zur Bildung von Marktpreisen führte. Das Entgelt sollte die Situation des Abgebers angemessen würdigen – im Falle einer Nichtregelung hätte ein Praxisverkäufer für seinen Praxissitz im Zweifel nichts erhalten. Die Richtlinien von 1987 spiegelten insofern vollumfänglich die Sicht des Abgebers wieder, was die Zuordnung zum objektivierten Praxiswert anbelangt.

Die Basiswertermittlung bei der Bundesärztekammermethode geschieht vergangenheitsbezogen, einige zukunftsorientierte und weitere Aspekte werden durch auf- und abwertende Faktoren hergestellt. Diese auf- und abwertenden Faktoren werden aber auf höchstens 20 Prozent Veränderung gegenüber dem Basiswert beschränkt. Hierin kommt zum Ausdruck, was auch bei der Definition des objektivierten Wertes seitens des IDW ausgedrückt ist: „Die so bewertbare Ertragskraft beinhaltet die Erfolgchancen, die sich zum Bewertungsstichtag aus bereits eingeleiteten oder aus hinreichend konkretisierten Maßnahmen im Rahmen des bisherigen Unternehmenskonzeptes und der Marktgegebenheiten ergeben. Mögliche, aber noch nicht hinreichend

konkretisierte Maßnahmen (z. B. Erweiterungsinvestitionen) sowie die daraus vermutlich resultierenden finanziellen Überschüsse sind danach bei der Ermittlung objektiverer Unternehmenswerte unbeachtlich“ (IDW, 2008, S. 9). Dies bedeutet eine Einschränkung. Grundsätzlich handelt es sich bei dem mit der Bundesärztekammermethode ermittelten Wert um einen aus Sicht des Abgebers realitätsbezogenen und nicht auf alle potenziellen Möglichkeiten (und Einschränkungen) eines mutmaßlichen Übernehmers bezogenen Wert.

Zur schnellen Übersicht wird hier zunächst die Vorgehensweise stichpunktartig zusammengefasst:

- Ermittlung von übertragbaren Umsätzen und Kosten,
- Ermittlung des übertragbaren Gewinns,
- Abzug eines kalkulatorischen Arztlohns,
- Ermittlung des nachhaltig erzielbaren Gewinns,
- Multiplikation mit einem Prognosefaktor,
- Korrektur durch wertbeeinflussende Faktoren.

Unter den übertragbaren Umsätzen wird der durchschnittliche Umsatz der letzten drei Kalenderjahre vor dem Jahr der Bewertung verstanden. Darunter werden alle Umsätze aus vertrags- und privat Zahnärztlicher Tätigkeit subsummiert. Dabei sind aus der Sicht der *Hinweise* nur die Umsätze übertragbar, die nicht individuell personengebunden sind. So müssen zum Beispiel Umsätze aus Gutachter- oder Belegarzt Tätigkeiten sowie aus Miet- und Zinserträgen zur Ermittlung der übertragbaren Umsätze subtrahiert werden. Positiv zu berücksichtigen sind hingegen Umsatzausfälle zum Beispiel durch Krankheit des Abgebers. Die *Hinweise* enthalten aber auch an dieser Stelle einen zukunftsorientierten Aspekt. So sind „vorhersehbare künftige Veränderungen (z. B. geänderte Abrechnungsmöglichkeiten)“ ebenfalls zu berücksichtigen. Der übertragbare Umsatz wird dann durch Mittelwertbildung der drei betrachteten Jahre berechnet. Zu beachten ist hier der Hinweis auf die Honorarumsätze. Gerade bei Zahnärzten stellt sich die Frage, ob der Gesamtumsatz – also einschließlich der Eigen- und Fremdlaborumsätze – oder eben nur der Honorarumsatz anzusetzen ist. Tatsächlich wird dies von Gutachtern in der Praxis unterschiedlich gesehen.

Diesen Grundüberlegungen entsprechend werden anschließend die übertragbaren Kosten ermittelt, also der Mittelwert der Kosten der letzten drei Jahre vor dem Bewertungsjahr. Nicht betrachtet werden sollen die kalkulatorischen Kosten (Abschreibungen und Finanzierungskosten) sowie die Kosten, die mit dem Erzielen von nicht übertragbaren Umsätzen zusammenhängen (z. B. Gehälter oder Abgaben bei Belegarzt Tätigkeiten). Außerdem sollen unangemessen hohe oder niedrige Gehälter korrigiert werden. Schließlich sollen zukünftig entstehende Kosten wie beispielsweise Mietzahlungen für im Eigentum des Abgebers befindliche Praxisräume subtrahiert werden.

Die Differenz zwischen dem übertragbaren Umsatz und den übertragbaren Kosten stellt den übertragbaren Gewinn (vor Steuern) dar. Um den nachhaltig erzielbaren Gewinn zu ermitteln, wird nun ein kalkulatorischer Arztlohn als alternatives Arztgehalt abgezogen. Als Basis dienen Facharztgehälter aus dem Klinikbereich oder etwa der Pharmaindustrie. In der aktuellen Fassung sollen 76.000 Euro angesetzt werden – bei geringeren übertragbaren Umsätzen soll dieser Betrag entsprechend reduziert werden.

Schließlich wird der ideelle Praxiswert dadurch ermittelt, dass der nachhaltig erzielbare Gewinn mit einem Prognosefaktor multipliziert wird. Dieser soll die (zeitlich begrenzte) Bindung der vorhandenen Patienten an die Praxis auch nach dem Ausscheiden des Praxisinhabers ausdrücken. Bei Einzelpraxen wird davon ausgegangen, dass der zugehörige Zeitraum zwei Jahre beträgt, bei dem Vorhandensein mehrerer Gesellschafter zweieinhalb Jahre. Anders ausgedrückt soll der Prognosefaktor die Verflüchtigung des ideellen Wertes aufgrund der Personengebundenheit nach dem Ausscheiden des früheren Praxisinhabers berücksichtigen.

Insbesondere der Ansatz des Prognosemultiplikators (2 bei Einzelpraxen bzw. 2,5 bei Berufsausübungsgemeinschaften) steht regelmäßig in der Kritik. Er wird mit einem Prognosezeitraum begründet, aber die konkrete Festlegung auf die o. g. Zahlen erscheint nicht ausreichend empirisch fundiert (vgl. hierzu auch Abschn. 3.3). Die empirische Auswertung von Daten eines zahnärztlichen Existenzgründungs-Panels des IDZ (Klingenberger, Becker, 2008) ergab, dass *Neugründungen* im Schnitt nach fünf Jahren (d. h. mit einsetzender betriebswirtschaftlicher Konsolidierung) einen höheren Einnahmensaldo aufwiesen als *Praxisübernahmen* (95.000 Euro gegenüber 91.000 Euro).

Nach der auf diese Weise durchgeführten Ermittlung des ideellen Wertes (Goodwill) können gemäß der Hinweise zusätzlich noch wertsteigernde und wertmindernde Aspekte in Ansatz gebracht werden. Allerdings sollen diese den wie oben ermittelten Wert nicht um mehr als 20 Prozent nach oben bzw. unten verändern. Folgende Faktoren können u. a. berücksichtigt werden (BÄK/KBV, 2008, S. A2779):

- Ortslage der Praxis,
- Praxisstruktur (z. B. Überweisungspraxis, Konsiliarpraxis),
- Arztdichte,
- Möglichkeit/Pflicht, die Praxis in den Räumen weiterzuführen,
- Qualitätsmanagement,
- Regionale Honorarverteilungsregelungen für den Vertragsarzt,
- Dauer der Berufsausübung des abgebenden Arztes,
- Tätigkeitsumfang,
- Anstellung von Ärzten,
- Kooperationen,
- Infrastruktur,
- Aufbau- und Ablauforganisation der Praxis.

Der Ansatz dieser Korrekturen ist – wie andere Aspekte der *Hinweise* (Arztlohn, Prognosemultiplikator) auch – umstritten. So wird auf der einen Seite diskutiert, inwieweit die Ortslage oder die Praxisstruktur, die bereits in die Ermittlung des nachhaltig erzielbaren Gewinns indirekt eingeflossen sind, weil sie den Umsatz und die Kosten beeinflussen, ein zweites Mal (nun direkt) berücksichtigt werden dürfen. Auf der anderen Seite kommen Zukunftsaspekte ins Spiel. So kann etwa der Wert der Zahnarztpraxis deutlich (aber maximal um 20 Prozent) reduziert werden, wenn die Lage zukünftig (beispielsweise aufgrund der Wettbewerbssituation) ungünstig zu werden droht, die Praxis aber in den vorhandenen Räumen weitergeführt werden muss.

### **3.2 Modifiziertes Ertragswertverfahren**

Das zukunftsorientierte Ertragswertverfahren, wie es auch im IDW-Standard beschrieben wird (IDW, 2008), stellt heute die angemessenste Methode der Praxisbewertung dar. Danach wird der Zukunftsertragswert einer Praxis aus dem nachhaltig zu erzielenden Ertrag mit Hilfe eines Kapitalisierungszinssatzes über den Kapitalisierungszeitraum ermittelt. Im Hinblick auf die Besonderheiten inhabergeführter Kleinunternehmen und insbesondere bei Freiberuflerpraxen (mit ihrer hohen Personenbezogenheit und immateriell-individueller Wertschöpfung) wurde das Verfahren modifiziert. Die Vorgehensweise des modifizierten Ertragswertverfahrens wird hier stichpunktartig zusammengefasst (Zur Mühlen et al., 2010, S. 35 ff):

- Zeitreihenanalyse: Auswertung der Vergangenheitserfolge,
- Kennziffernanalyse: Vergleich mit Kennziffern anderer Praxen,
- Bereinigung um außerordentliche Ereignisse,
- ggf. Gewichtung des Zwischenergebnisses bei starken jährlichen Abweichungen,
- Berücksichtigung der Abschreibungen,
- Zukunftsanalyse auf der Basis des Zwischenergebnisses unter Berücksichtigung individueller Einflussfaktoren und des Verflüchtigungszeitraums,
- Berücksichtigung eines kalkulatorischen Unternehmerlohns,
- Berücksichtigung der persönlichen Steuerbelastung,
- Kapitalisierung,
- Plausibilitätskontrolle.

Die Basis der Wertermittlung sind hier ebenfalls die Umsätze und Kosten bzw. die Gewinne der Vergangenheit. In der Regel werden dazu mindestens die Daten der letzten fünf Jahre herangezogen. Dabei werden die Umsatzquellen bzw. Kostenarten detaillierter dargestellt als bei der Bundesärztekammermethode (vgl. Abschn. 3.1). Ziel ist es, die Ursachen für Veränderungen im Hinblick auf die Prognose der zukünftigen Erfolge zu ermitteln. So kann beispielsweise vereinfacht festgestellt werden, dass altersbedingte Umsatzrückgänge vor einigen Jahren zunächst nicht durch entsprechende Personalkostenreduzierungen aufgefangen werden konnten. Wenn anschließend aber Umsätze und Gewinne wieder gesteigert werden konnten, weist



dies auf eine positive Zukunftsaussicht hin, die sich allein durch Mittelwertbildung der letzten Jahre nicht darstellen lässt.

Daneben werden die Zahlen einem (regionalen) Branchenvergleich unterworfen. Bei einem solchen Vergleich wird gefragt, inwieweit es sich bei der Entwicklung der Zahlen der betrachteten Praxis um eine individuelle Besonderheit handelt, und inwieweit die Entwicklung Rückschlüsse auf die zukünftige Entwicklung zulässt. Dazu zählt insbesondere die Entwicklung der Scheinzahl. Darüber hinaus wird das Ergebnis durch Eliminierung außerordentlicher Ereignisse bereinigt (z. B. krankheitsbedingter Umsatzausfall).

Falls die Ergebnisse über die Jahre stark schwanken, können Gewichtungen vorgenommen werden. Grundsätzlich werden die dem Bewertungszeitpunkt näherliegenden Jahre höher bewertet als die weiter zurückliegenden Jahre.

Eine besondere Berücksichtigung finden die *Abschreibungen*. Während diese bei der Bundesärztekammermethode vollständig unberücksichtigt bleiben, wird bei der modifizierten Ertragswertmethode untersucht, wie Abschreibungen im Hinblick auf die zukünftige Ertragslage der Praxis zu bewerten sind. Rühren etwa hohe Abschreibungen aus Investitionen der jüngeren Vergangenheit, so werden diese Investitionen den Praxiswert per se erhöhen. Als Bestandteil der laufenden Betriebskosten reduzieren diese Abschreibungen zugleich jedoch den Gewinn der Praxis als einer zentralen betriebswirtschaftlichen Erfolgsgröße. Im Rahmen der modifizierten Ertragswertmethode wird daher berücksichtigt, inwieweit der Unternehmer nicht weiter investieren muss. Umgekehrt wird in die Wertermittlung auch ein eventueller Investitionsstau einbezogen. Wenn sich dieser in geringen Abschreibungen und damit einem verhältnismäßig hohen Praxiswert niederschlägt, muss dieser ggf. um den später erforderlichen Investitionsbedarf korrigiert werden.

Die wohl schwierigste Aufgabe bei der Ermittlung des Praxiswertes mittels modifiziertem Ertragswertverfahren ist die Zukunftsanalyse auf der Basis des (wie oben beschrieben) ermittelten Praxiswertes. Hier spielt das Zielsystem eine maßgebliche Rolle. So wird z. B. der Abgeber den Bau eines Ärztehauses in der Nachbarschaft, in dem sich voraussichtlich auch eine neue Zahnarztpraxis ansiedeln wird, anders werten als der potenzielle Übernehmer.

Weitere beeinflussende Faktoren können sein:

- Entwicklung der Bevölkerung (Altersstruktur, Einkommen),
- Entwicklung der Privatpatienten,
- Ausweisung neuer Wohngebiete,
- zukünftige Stadtteilsanierungen,
- Bindung der Patienten an den Abgeber,
- Kompatibilität zwischen Patienten und potenziellem Übernehmer,
- Kompatibilität zwischen Personal und potenziellem Übernehmer,
- Entwicklung der Wettbewerbssituation,

- Praxisstandort,
- Altersstruktur und Weiterbildungsbedarf des Personals,
- Arbeitsmarktsituation von Helferinnen,
- gesetzliche Änderungen,
- Änderungen sonstiger Randbedingungen.

An dieser Stelle wird auch deutlich, dass beispielsweise eine Zuweiserpraxis nach anderen Faktoren zu bewerten ist als eine Patientenpraxis.

Wie bei der Bundesärztekammermethode wird nun ein kalkulatorischer Arztlohn angesetzt. Allerdings ist der Gutachter bei der Wahl seines Ansatzes frei, wenn er gut begründet ist. Inwieweit die individuelle Steuerbelastung berücksichtigt wird, also die Netto- oder Bruttomethode anzusetzen ist, richtet sich nach der Aufgabenstellung (vgl. Zur Mühlen et al., 2010).

Der so ermittelte Wert wird nun kapitalisiert, d. h. es wird ein Ergebniszeitraum angenommen, in dem dieser Wert wirkt. Diesbezüglich unterscheidet sich das modifizierte Ertragswertverfahren nicht grundsätzlich von der Bundesärztekammermethode. Lediglich hinsichtlich des Zeitraums wird je nach Fall und Erfahrung des Gutachters ein unterschiedlicher Wert angesetzt werden. In der Praxis liegen die üblichen Ergebniszeiträume bei zwei bis fünf Jahren (je größer die Spezialisierung, desto länger der Ergebniszeitraum). In der Regel werden die zukünftigen Gewinne auf den Übergabezeitpunkt abgezinst sowie mit einem Risikozuschlag versehen.

Eine Plausibilitätskontrolle, beispielsweise im Vergleich mit ähnlich strukturierten und zeitnah verkauften Praxen, rundet das Ergebnis der Wertermittlung ab.

Insgesamt ist das modifizierte Ertragswertverfahren eine Methode, die einen verhältnismäßig hohen Aufwand sowie umfangreiche Erfahrungen des Gutachters bedingt. Kritisch ist anzumerken, dass trotz des hohen Aufwands viele zukunftsbezogene Aspekte in der Regel nicht wirklich sicher prognostiziert werden können.

### **3.3 Sonstige Praxisbewertungsverfahren**

Im Folgenden sollen kurz weitere Praxisbewertungsverfahren skizziert werden, die allerdings eher selten angewendet werden bzw. inzwischen unüblich sind. Verfahren, die die minimalen Grundanforderungen an Unternehmensbewertungen nicht erfüllen, bleiben unberücksichtigt (vgl. hierzu Zur Mühlen et al., 2010, S. 101).

Die Begriffe Substanzwert und *Substanzwertverfahren* werden in der Literatur sehr unterschiedlich ausgelegt. Einigkeit besteht wohl darin, dass es sich um ein Verfahren handelt, das gegenwarts- und nicht zukunftsbezogen ist. Unter dem Aspekt der Fortführung (und das ist bei der Bewertung von Zahnarztpraxen regelmäßig der Fall) soll mit der Ermittlung des Substanzwertes beurteilt werden, welche künftigen Ausgaben vermieden oder zeitlich hinausgeschoben werden können. Der Substanzwert einschließlich materieller und immaterieller Wirtschaftsgüter ist unter dem Aspekt der

Reproduktion im Grunde eine fiktive Eigenkapitalgröße, nämlich der sog. Netto-Teil-Rekonstruktions-Alt-Wert. Diese „auch als Substanzwert i. e. S. bezeichnete Größe ist wegen ihres fehlenden Bezugs zur Zielerfüllung und zu anderen Handlungsalternativen von Verkäufer und Käufer nicht zur Fundierung unternehmerischer Kauf- und Verkaufsentscheidungen geeignet“ (Matschke, Brösel, 2007, S. 315).

Im Rahmen der Substanzwertverfahren werden die Umsatz- und die Gewinnmethode unterschieden. Bei der *Umsatzmethode* bilden die Umsätze der letzten drei bis fünf Jahre die Basis der Wertermittlung. Vom arithmetischen Mittel dieser Umsätze wird dann ein bestimmter Prozentsatz als Ausgangsgröße angenommen, die anschließend durch Zu- und Abschläge (wie bei der Bundesärztekammermethode) korrigiert wird.

Bei der *Gewinnmethode* wird analog verfahren, nur dass anstelle der Umsätze die Gewinne der letzten Jahre die Basis darstellen. Hier wird dann ein bestimmter Prozentsatz des mittleren Gewinns als Ausgangsgröße angenommen.

Die Hauptkritik am Substanzwertverfahren besteht in der Willkür bei der Festsetzung der Prozentsätze sowie der Begrenzung des Einflusses der Zu- und Abschläge. Der Ursprung dieser Größen ist nicht transparent. Außerdem sind Manipulationen durch zeitliche Verschiebungen von Umsatz und Gewinn relativ leicht möglich. Der Hauptkritikpunkt aber besteht in der mangelnden Zukunftsorientierung dieses Verfahrens.

Bei der Bundesärztekammermethode (vgl. Abschn. 3.1) handelt es sich hinsichtlich der Grundstruktur ebenfalls um eine Methodik des gegenwartsbezogenen Substanzwertverfahrens. Bei der Ermittlung des materiellen Praxiswertes wird in gleicher Weise verfahren. Hinsichtlich der Ermittlung des immateriellen Praxiswertes wird die Substanz hingegen aus der Betrachtung der jüngeren Vergangenheit abgeleitet, dann aber durch zukunftsbezogene Auf- und Abschläge korrigiert.

Bei der sog. *Praktikermethode* werden die Umsätze bzw. die Gewinne der letzten Jahre gewichtet. Je näher das zu gewichtende Jahr am Bezugszeitpunkt liegt, desto höher ist die Gewichtung. Anschließend wird das gewichtete Mittel errechnet. Diese Methode misst den näher am Bezugsjahr liegenden Jahren hinsichtlich der vergangenheitsorientierten Ermittlung des Basiswertes größere Bedeutung bei und insbesondere das letzte Jahr hat dabei für die Ermittlung des Goodwills das größte Gewicht. Der Grundgedanke und die Vorgehensweise der Gewichtung ist allerdings nicht hinreichend empirisch fundiert.

### **3.4 Sozialkapital: Blinder Fleck der Praxisbewertungsverfahren?**

Die Zusammenschau der gängigen Praxisbewertungsverfahren verdeutlicht, dass zum einen die quantitativ gut messbaren betriebswirtschaftlichen Erfolgsparameter im Ermittlungsverfahren ganz klar im Vordergrund stehen, während Sozialkapitalaspekten zum anderen nur wenig Beachtung geschenkt wird. Die Bundesärztekammer

hat in seinen Hinweisen zur Bewertung von Arztpraxen (vgl. Abschn. 3.1) zwar den Anspruch formuliert, bei der Bewertung „auch die Stellung der Arztpraxis als Organisationseinheit und als Teil einer gewachsenen Infrastruktur in der betreffenden Region (...) einzubeziehen“ (BÄK/KBV, 2008, S. A2778), gibt aber im Verfahren der Korrektur durch ‚Wertbeeinflussende Faktoren‘ keine konkreten Hinweise, inwieweit und in welcher Weise hier auch Sozialkapitalaspekte den Praxiswert beeinflussen könnten und wie diese zu berücksichtigen sind.

Das modifizierte Ertragswertverfahren (vgl. Abschn. 3.2) bietet die Möglichkeit, im Rahmen der Zukunftsanalyse „individuelle Einflussfaktoren“ einzubeziehen und zählt hier unter anderem auch die Patientenbindung und die Kompatibilität zwischen Praxiserwerber und Personal bzw. Praxiserwerber und Patienten als wertbeeinflussende Faktoren auf. Aber auch hier ist nicht erkennbar, dass Sozialkapitalaspekte generell und nachvollziehbar in das Bewertungsverfahren einbezogen werden.

Im Fazit der theoretischen Betrachtung ist insofern ein „blinder Fleck“ in der Theoriebildung erkennbar, der (quantitativ schwer messbare) Aspekte des Sozialkapitals weitgehend ausblendet. Im folgenden empirischen Teil soll gezeigt werden, welche (bedeutsame) Rolle das Sozialkapital im Prozess der Kaufpreisfindung spielt.

## 4 Methodischer Aufbau der empirisch-explorativen Studie

Im Folgenden soll sich dem Problem der Wertbestimmung von Zahnarztpraxen auf empirisch-explorativem Wege genähert werden. Der Prozess der Kaufpreisfindung, d. h. die komplexe Aushandlung eines Einigungswertes, zu dem Verkäufer und Käufer handelseinig werden, wurde hierzu quasi empirisch rekonstruiert, indem gefragt wurde, welche Aspekte konkret bei den Preisverhandlungen angesprochen und inwiefern diese Faktoren im weiteren Verlauf der Verhandlungen in die Überlegungen einbezogen worden sind.

### 4.1 Mixed Methods-Ansatz als Methodenstrategie

In methodischer Hinsicht basiert die Analyse auf einem Mix von quantitativen und qualitativen Ansätzen der empirischen Sozialforschung. Zum einen wurden quantitative Daten zum Kaufpreis, zum Goodwill, dem Alter der Praxis etc. abgefragt, zum anderen wurden aber auch qualitative Einschätzungsfragen ohne Antwortvorgaben gestellt. Es wird davon ausgegangen, dass quantitative und qualitative Ansätze *komplementäre Forschungsstrategien* sind. Im vorliegenden ersten empirischen Feldzugang können qualitative Erkenntnisse die Interpretation von Zusammenhängen zwischen Variablen quantitativer Datensätze erleichtern. Eine Stärke qualitativer Forschungsmethoden ist in der Aufdeckung von sozialen Einflussfaktoren sowie der Rekonstruktion von Bedeutungen und Strukturen zu sehen (Mayring, 1997). Im Rahmen des qualitativen Forschungsansatzes werden im Folgenden auch wörtliche Aussagen der Befragten zitiert; dabei wird zwischen Praxisverkäufern (V) und Praxiskäufern (K) unterschieden.

### 4.2 Schriftliche Befragung von Praxisverkäufern und -käufern

Die Gruppe der Befragten besteht zum einen aus insgesamt N = 27 Zahnärztinnen und Zahnärzten, die im Zeitraum zwischen Januar 2010 und September 2012 ihre Praxis bzw. ihren Anteil an einer Berufsausübungsgemeinschaft veräußert haben, zum anderen aus N = 6 jungen Existenzgründern, die im gleichen Zeitraum eine Zahnarztpraxis erworben haben (vgl. Abb. 3).

Die Rekrutierung der *Praxisverkäufer* erfolgte mittels einer Aufrufkampagne, die im Zeitraum von Oktober bis November 2012 in den Zahnärztlichen Mitteilungen (zm) geschaltet wurde. Interessenten konnten sich per Brief, Fax, E-Mail oder telefonisch beim IDZ melden und erhielten auf dem Postweg einen Fragebogen mit einem frankierten und adressierten Rücksendeumschlag. Die Rekrutierung der *Praxiskäufer* erfolgte über den Kontakt mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank), deren Kundenberater über drei regionale Filialen (Hannover, Leipzig und München) Kunden ansprachen, die im obigen Zeitraum eine zahnärztliche Niederlassung über ihre Bank finanzieren ließen.

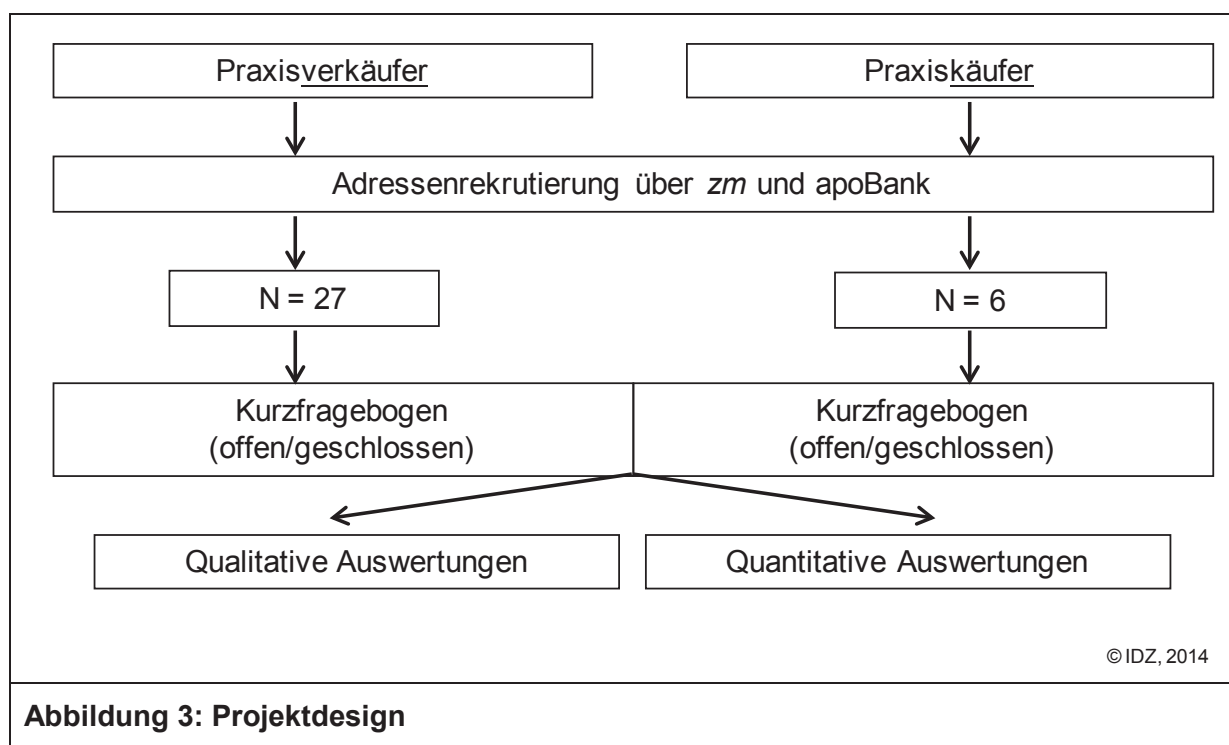


Abbildung 3: Projektdesign

### 4.3 Soziodemographische Merkmale der Verkäufer

Die Gruppe der zahnärztlichen Praxisveräußerer weicht insofern vom Durchschnitt ihrer Berufsgruppe ab, als sie vergleichsweise älter ist und mit dem Praxisverkauf in der Regel die freiberufliche zahnärztliche Tätigkeit beendet. Der Altersdurchschnitt der Praxisverkäufer betrug 64,2 Jahre bei einer Spannweite zwischen 56 und 70 Jahren (vgl. Tab. A1 im Anhang).

Der Zeitraum zwischen der Praxisgründung und der Praxisabgabe betrug durchschnittlich 30,5 Jahre; die jüngste Praxis bestand 19 Jahre, die älteste Praxis 38 Jahre. Veräußert wurde in aller Regel eine Einzelpraxis; die Praxisform der Berufsausübungsgemeinschaft wird in der Gruppe der älteren Zahnärzte vergleichsweise selten präferiert (Klingenberger, Köhler, 2013).

### 4.4 Soziodemographische Merkmale der Käufer

Die Gruppe der zahnärztlichen Praxiskäufer weicht ebenfalls vom Durchschnitt ihrer Berufsgruppe ab, da sie mit dem Praxiskauf in der Regel in die freiberufliche zahnärztliche Tätigkeit startet und insofern relativ jung ist. Der Altersdurchschnitt der Praxiskäufer lag bei 35,3 Jahren, während die Spannweite zwischen 30 und 39 Jahren betrug (vgl. Tab. A2 im Anhang).

Die erworbene Zahnarztpraxis bestand im Schnitt seit 26,7 Jahren; die jüngste Praxis seit 15 Jahren, die älteste Praxis seit 34 Jahren. Veräußert wurde auch hier in der Regel eine Einzelpraxis; zwei Existenzgründer ließen sich in einer Berufsausübungsgemeinschaft nieder.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Zusammenhänge zwischen Kaufpreis und Vorjahresgewinn

Eine wichtige betriebswirtschaftliche Größe bei der Ermittlung des Praxiswertes stellt nach Auffassung der gängigen Praxisbewertungsverfahren der Vorjahresgewinn dar. Der Gewinn der Vorjahre wird als ein wichtiger Indikator für den Vergangenheitserfolg der Praxis gesehen und insofern in der Regel als betriebswirtschaftlicher Parameter im Zuge der Kaufpreisverhandlung mit berücksichtigt. Bei der sog. Gewinnmethode (vgl. Abschn. 3.3) ist der Praxisgewinn gar zentral für die Goodwillberechnung (Schmid-Domin, 2009).

Im Rahmen der Analyse zeigte sich, dass der Vorjahresgewinn eine wichtige Information bei der Kaufpreisverhandlung darstellte, wobei der konkrete Einfluss auf den Kaufpreis jedoch eher gering ausfiel. Auf die Frage, inwiefern der Gewinn der letzten drei Jahre Einfluss auf die Kaufpreisfindung hatte, antworteten 15 Praxisverkäufer mit „Hatte großen Einfluss“, weitere 11 Praxisverkäufer sahen einen „gewissen Einfluss“. Lediglich ein Praxisverkäufer gab an, dass der Gewinn der Vorjahre bei den Preisverhandlungen nicht angesprochen worden sei; hier seien die Anzahl der Behandlungsscheine je Quartal sowie die Patientenbindung entscheidende Einflussgrößen gewesen. Der Vorjahresgewinn stellte also offensichtlich nur einen ersten Anhaltspunkt bei der Kaufpreisfindung dar. In der Regel wird der Praxiswert – wie von den gängigen Praxisbewertungsverfahren im Grundsatz berücksichtigt (vgl. Kap. 3) – durch ergänzende Auf- und Abwertungen deutlich modifiziert.

### 5.2 Relevante Aspekte bei der Aushandlung des Goodwill

Im Zentrum der Analyse stand die Frage nach den relevanten Aspekten bei der Aushandlung des Goodwill bzw. des ideellen Wertes. Um mehr über die bei den Kauf- bzw. Verkaufsverhandlungen eingebrachten wertbestimmenden Aspekte zu erfahren, wurden die konkreten Erfahrungen der Probanden mittels einer umfangreichen 3-skaligen Itembattery mit insgesamt 42 Aspekten abgefragt. Die detaillierten Ergebnisse aus Sicht der *Praxisverkäufer* sind im Anhang (vgl. Tab. A3) zusammengefasst dargestellt. Die häufigsten Nennungen sind zur besseren Orientierung jeweils grau unterlegt. Zu insgesamt 8 der 42 Aspekte gab mindestens die Hälfte der *Praxisverkäufer* an, dass der jeweilige Aspekt aus ihrer subjektiven Erfahrung heraus einen *großen Einfluss* gespielt habe; bei insgesamt 18 Kriterien hingegen waren sie mehrheitlich der Ansicht, dass diese im Verhandlungsprozess *ohne Einfluss* gewesen seien (vgl. Tab. A3).

Die Zusammenschau der Aspekte hinsichtlich ihrer Relevanz im Verhandlungsgespräch lässt einerseits eine größere thematische Bandbreite erkennen, andererseits zeigen sich doch einige Schwerpunkte, die bei einer Aggregation von inhaltlich ähnlichen Aspekten deutlicher zum Ausdruck kommen. Die 42 Items wurden im Rahmen der Analyse daher in die folgenden acht Kategorien thematisch gruppiert:

- Betriebswirtschaftliche Einnahmen (5 Items)
- Betriebswirtschaftliche Kostenseite und Stabilität (5 Items)
- Äußere wirtschaftliche Rahmenbedingungen (6 Items)
- Positionierung (7 Items)
- Praxisorganisation (3 Items)
- Patientenstamm (3 Items)
- Sozialkapital (9 Items)
- Kauf-/Verkaufsverhandlungen selbst (4 Items)

Sortiert man die solchermaßen thematisch gruppierten Items nach der Bedeutung, die ihnen von den Praxisverkäufern bzw. Praxiskäufern jeweils zugemessen wird, so ergibt sich das folgende Ranking (vgl. Tab. 1). Zur Erstellung einer Wertungsreihenfolge wurde den Antworten der Befragten auf einer Ordinalskala jeweils der Wert 1 („Hatte großen Einfluss“), 2 („Hatte gewissen Einfluss“) oder 3 („Hatte keinen Einfluss“ bzw. „Aspekt wurde nicht angesprochen“) zugewiesen. Die Ergebnisse wurden aufaddiert und die Summe durch die Anzahl der Items je Kategorie dividiert.

<b>Tabelle 1: Ranking der Bedeutung der kaufpreisbildenden Kategorien</b>	
<b>Praxisverkäufer (N = 27)</b>	<b>Praxiskäufer (N = 6)</b>
1. Betriebswirtschaftliche Einnahmen	1. Betriebswirtschaftliche Einnahmen
2. Sozialkapital	2. Kauf-/Verkaufsverhandlungen selbst
3. Patientenstamm	3. Patientenstamm
4. Positionierung	4. Sozialkapital
5. Praxisorganisation	5. Äußere wirtschaftliche Rahmenbedingungen
6. Betriebswirtschaftliche Kosten und Stabilität	6. Betriebswirtschaftliche Kosten und Stabilität
7. Äußere wirtschaftliche Rahmenbedingungen	7. Positionierung
8. Kauf-/Verkaufsverhandlungen selbst	8. Praxisorganisation

Bei einer Interpretation des Rankings der jeweiligen Bedeutung der kaufpreisbildenden Aspekte sind zunächst die Aspekte selbst und dann der Unterschied in der Wichtigkeit für Verkäufer und Käufer (vgl. Abschn. 5.3) zu beachten.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die betriebswirtschaftliche *Einnahmenseite* in den Kaufpreisverhandlungen dominant war – und zwar für Verkäufer wie Käufer gleichermaßen. Als zweitwichtigstes Kriterium bewerteten Praxisverkäufer diejenigen Aspekte, die in unterschiedlichsten Ausprägungen die soziale Einbettung der Praxis in das lokale Umfeld umschreiben. Diese Aspekte sind hier unter dem Begriff des Sozialkapitals zusammengefasst. An dritter Stelle nannten die Praxisverkäufer den Patientenstamm. Bei den Käufern erwiesen sich die Kaufverhandlungen selbst als die zweitwichtigste Kategorie, als drittes Merkmal folgte – wie bei den Verkäufern auch – der Patientenstamm.

Im Folgenden werden die Ergebnisse, jeweils getrennt nach den oben genannten acht Kategorien, detailliert für die Gruppe der Praxisverkäufer dargestellt:



### a) Kategorie Betriebswirtschaftliche Einnahmen (5 Items)

In den Aspekten, die unter dem Begriff der *betriebswirtschaftlichen Einnahmen* zusammengefasst werden, kommt in erster Linie die *Ertragskraft der Praxis* zum Ausdruck. Dabei überwogen *vergangenheitsorientierte* betriebswirtschaftliche Maßgrößen, während *zukunftsorientierte* Indikatoren in vielen Fällen eher nachrangig waren. Im Einzelnen handelt es sich um die „Scheinzahl je Quartal“, den „Honorarumsatz“, die „Gesamteinnahmen“ und den „Einnahmen-Überschuss“ jeweils der letzten Jahre sowie den „nachhaltig erzielbaren Gewinn“. Insgesamt 11 der befragten 27 Praxisverkäufer gaben an, dass diese fünf Aspekte alles in allem einen *großen Einfluss* auf die Bestimmung des Goodwill gehabt hätten (vgl. Tab. 2a).

Tabelle 2a: Aspekte der betriebswirtschaftlichen Einnahmen (N = 27)			
	Anzahl der Nennungen		
	Hatte großen Einfluss	Hatte gewissen Einfluss	Hatte keinen Einfluss
Gesamteinnahmen der letzten Jahre	14	12	1
Honorarumsatz der letzten Jahre	14	11	2
Einnahmen-Überschuss vor Steuern in den letzten Jahren	15	11	1
Anzahl der Scheine je Quartal in den letzten Jahren	12	10	5
Nachhaltig erzielbarer Gewinn	10	6	11

Der Einnahmen-Überschussrechnung der zurückliegenden Jahre wird in der wissenschaftlichen Literatur eine vergleichsweise „hohe Aussagekraft“ (Zur Mühlen et al., 2010) zugemessen. Vergangenhetsorientierte Bewertungsverfahren sehen Umsatz und Gewinn als entscheidende Faktoren der Wertermittlung an, so explizit in der Umsatzmethode bzw. der Gewinnmethode (vgl. Absch. 3.3). Die Theorie wirkt hier mutmaßlich auf die Praxis zurück, d. h. die praktische Bedeutung dieser betriebswirtschaftlichen Maßzahlen wird durch die gängigen Bewertungsverfahren gestützt. Immerhin wird über den „nachhaltig erzielbaren Gewinn“ auch eine zukunftsorientierte Extrapolation der Vergangenheitswerte vorgenommen.

### b) Kategorie Betriebswirtschaftliche Kosten und Stabilität (5 Items)

Während bei Kaufpreisverhandlungen stark auf die Einnahmenseite fokussiert wird, kommt der *betriebswirtschaftlichen Kostenseite* ein deutlich geringeres Gewicht zu. Lediglich ein Praxisverkäufer bejahte einen großen Einfluss der fünf Aspekte auf die Berechnung des ideellen Wertes (vgl. Tab. 2b). Dies ist zunächst erstaunlich, da ja bei der Gewinnbetrachtung die Kostenseite implizit mit einbezogen wird.

Während bei der Höhe und Entwicklung der „Betriebskosten“ generell noch ein *gewisser Einfluss* auf die Goodwillberechnung konstatiert wurde, verneinten die Befrag-

ten mehrheitlich jeden Einfluss der Aspekte „Fremdlaborkosten“ und „Abschreibungen“.

Tabelle 2b: Aspekte der betriebswirtschaftliche Kosten und Stabilität (N = 27)			
	Anzahl der Nennungen		
	Hatte großen Einfluss	Hatte gewissen Einfluss	Hatte keinen Einfluss
Fremdlaborkosten der letzten Jahre	2	9	16
Betriebskosten der letzten Jahre	6	16	5
Abschreibungen der letzten Jahre	1	3	23
Option, Praxis in den bisherigen Räumen weiterführen zu können	19	5	3
Altersstruktur der Patienten	2	8	17

Die *Fremdlaborkosten* sind zwar im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Buchhaltung lediglich ein durchlaufender Posten. Dennoch ist die absolute und relative Höhe der Fremdlaborkosten ein wichtiger Indikator hinsichtlich der Prothetiklastigkeit einer Praxis. Der auf die Fremdlaborkosten entfallende Anteil liegt bei *Praxisübernahmen* im Vergleich zum Fremdlaborkostenanteil von *Praxisneugründungen* im Schnitt um 4 bis 5 Prozentpunkte höher (Klingenberger, Becker, 2004). Im Rahmen einer stärker zukunftsorientierten Betrachtung könnte diesem Aspekt insofern mehr Beachtung geschenkt werden.

Gleiches gilt für die Höhe der *Abschreibungen*, denn die Belastung mit Abschreibungen geht in die Einnahmen-Überschussrechnung der vergangenen Jahre ein. Ein geringer Anteil an Abschreibungen führt zu einem vergleichsweise höheren Ergebnis in der steuerlichen Einnahmen-Überschussrechnung. Bei der Gewinnmethode (siehe Abschn. 3.3) erhöht sich damit der Praxiswert. Zugleich zeigt ein geringer Anteil der Abschreibungen aber an, dass sich ein Investitionsstau aufgebaut hat, den der Käufer in den kommenden Jahren sukzessive abbauen muss (Zur Mühlen et al., 2010). Die Investitionen der Vergangenheit, die in den Abschreibungen quantitativ zum Ausdruck kommen, sollten daher bezüglich der hieraus resultierenden Auswirkungen auf die zukünftigen nachhaltigen Erträge berücksichtigt werden, wie dies ja auch im Rahmen des modifizierten Ertragswertverfahrens (vgl. Abschn. 3.2) geschieht.

Dem Aspekt der *betriebswirtschaftlichen Stabilität*, in dem sich per se eine Zukunftsbezogenheit äußert, kommt hingegen eine größere Relevanz zu. Die „Option, die Praxis in den bisherigen Räumen weiterführen zu können“, stellt für den Praxiskäufer einen mittelfristigen Schutz vor kostenträchtigen Praxisverlegungen sowie einer vorzeitigen Verflüchtigung des ideellen Wertes dar. Dem Aspekt der „Altersstruktur“ der Patienten und seinem potentiellen Einfluss auf die mittel- bis langfristige Umsatzentwicklung und das Behandlungsspektrum der Praxis wurde bei den Kaufpreisverhandlungen hingegen nur wenig Beachtung geschenkt. Der demographische Wandel ist im Hinblick auf seine prognostizierten (insbesondere kleinräumigen) Auswirkungen möglicherweise zu abstrakt, um in eine zukunftsorientierte Wertberechnung

einzufließen. Generell gilt, dass eine relativ homogene Altersstruktur positiv auf die betriebswirtschaftliche Stabilität einer Zahnarztpraxis wirkt.

### c) Kategorie Äußere wirtschaftliche Rahmenbedingungen (6 Items)

Bei den äußeren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen handelt es sich um solche Aspekte, auf die der einzelne Zahnarzt am aktuellen Standort keinen Einfluss hat, die er insofern nur als gegeben hinnehmen kann. Im Rahmen von Kaufpreisverhandlungen und Wertbestimmungen von Zahnarztpraxen lassen sich diese Aspekte gleichwohl berücksichtigen (vgl. Tab. 2c). Einen alles in allem großen Einfluss der hierunter subsumierten Aspekte sahen indes lediglich zwei Praxisverkäufer.

Tabelle 2c: Aspekte der äußeren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (N = 27)			
	Anzahl der Nennungen		
	Hatte großen Einfluss	Hatte gewissen Einfluss	Hatte keinen Einfluss
Regionale Honorarverteilungsregelungen der KZV	2	1	24
Einkommensniveau der Patienten (Kaufkraft in der Region)	4	14	9
Zahnärztdichte vor Ort	7	9	11
Einwohnerzahl im Praxisumfeld	5	13	8
Einwohnerentwicklung im Praxisumfeld	2	12	13
Voraussichtliche Entwicklung der Raumkosten (Miete zzgl. NK)	8	12	7

Bei den Aspekten „Einkommensniveau der Patienten“ und „Einwohnerzahl im Praxisumfeld“ wurde mehrheitlich ein *gewisser Einfluss* auf den Goodwill konstatiert. Die Aspekte „Zahnärztdichte vor Ort“, „Einwohnerentwicklung im Praxisumfeld“ sowie die „voraussichtliche Entwicklung der Raumkosten“ wurden hinsichtlich ihrer Relevanz recht uneinheitlich bewertet. Einige Praxisverkäufer sahen hier durchaus einen großen, andere hingegen gar keinen Einfluss. Der Aspekt der „regionalen Honorarverteilungsregelungen der KZV“ spielt inzwischen kaum noch eine Rolle, was sicherlich u. a. auf den Wegfall der Budgets im Zahnersatzbereich und die Einführung eines bundeseinheitlichen Punktwertes für Zahnersatz zurückgeführt werden kann.

### d) Kategorie Positionierung (7 Items)

Die „Positionierung“ der Praxis ist die Basis für alle Marketingmaßnahmen. Um die Positionierung der Praxis zu finden, muss zunächst eine Marktsegmentierung vorgenommen werden, um darauf aufbauend eine Positionierungsstrategie entwickeln zu können. Eine Positionierung kann u. a. über eine Spezialisierung, über eine Zielgruppe, über Service und Produktqualität oder aber über den Preis erfolgen (Sander, Müller, 2011).

Die Existenz eines mittels Positionierung erreichten Alleinstellungsmerkmals der Praxis wirkt stark auf die Patientenbindung, da der Zahnarzt kein homogenes Produkt, sondern eine individuelle Dienstleistung anbietet (Herder-Dorneich, 1980), die auf die Präferenzen des Patientenstammes abgestimmt ist. In diesem Sachverhalt besteht der Zusammenhang zum ideellen Wert einer Praxis.

Die unter dem Begriff der Positionierung zusammengefassten sieben Aspekte (vgl. Tab. 2d) übten alles in allem lediglich für einen Praxisverkäufer einen *großen Einfluss* auf die Berechnung des Goodwill aus. Weder die „Existenz eines Eigenlabors mit eigenem zahntechnischen Laborpersonal“ noch die „Existenz eines Recall-Systems“ hatten einen nennenswerten Einfluss auf die Kaufpreisverhandlungen. Gleiches galt für die „etablierten Praxisöffnungszeiten“. Ein *gewisser Einfluss* war zumindest bei den „etablierten Arbeitsschwerpunkten“ und der verkehrsmäßigen „Erreichbarkeit der Praxis“ zu erkennen. Die Bedeutung der Praxisform wurde bei den Kaufpreisverhandlungen uneinheitlich gesehen. Lediglich die „Praxislage“ mit dem räumlichen Praxisumfeld wurde mehrheitlich als höchst relevant angesehen.

Tabelle 2d: Aspekte der Positionierung (N = 27)			
	Anzahl der Nennungen		
	Hatte großen Einfluss	Hatte gewissen Einfluss	Hatte keinen Einfluss
Etablierte Arbeitsschwerpunkte	4	12	11
Existenz eines Eigenlabors mit eigenem zahntechn. Laborpersonal	–	4	22
Praxisform (Einzelpraxis/Kooperation)	8	7	12
Etablierte Praxisöffnungszeiten	4	6	17
Existenz eines Wiedereinbestellungssystems für Patienten (Recall)	4	4	19
Räumliches Praxisumfeld (Praxislage)	19	4	4
Erreichbarkeit der Praxis (Parkplätze, Anbindung an ÖPNV)	11	14	2

Die Positionierung der Praxis ist in der Regel stark mit den persönlichen Vorlieben des Praxisinhabers verknüpft und wird somit bei einem Wechsel des Praxisinhabers fast zwangsläufig auch einen gewissen Wandel erfahren. Bis auf die Praxislage selbst sind viele Positionierungsmerkmale kurz- bis mittelfristig veränderbar. Dieser Sachverhalt trägt wohl dazu bei, dass die Positionierung bei einem Praxisübergang oftmals nicht als integraler Bestandteil der Praxis wahrgenommen wird. Grundsätzlich gilt aber, dass die Positionierung zum ideellen Wert einer Praxis beiträgt und eine Neupositionierung immer auch die Gefahr der Patientenabwanderung beinhaltet.

### e) Kategorie Praxisorganisation (3 Items)

Der Begriff der *Praxisorganisation* umschreibt „die Ordnung aller Arbeitsabläufe und Maßnahmen, die zu einer erfolgreichen Praxisführung führen“ (Frodl, 1995). Zum Teil unterliegt die Praxisorganisation aufgrund gesetzlicher Bestimmung einer ge-

wissen Standardisierung, so etwa im Bereich des Qualitäts- und Hygienemanagements (Bergmann-Krauss, Boehme, 2005; Meyer, Jatzwauk, 2010). Jenseits dieser Vorgaben ergibt sich jedoch für den Praxisinhaber und das Praxisteam ein eigener Gestaltungsspielraum. Ebenso wie die Praxispositionierung wird auch die Praxisorganisation offensichtlich relativ stark durch die individuelle Handhabung des Praxisinhabers geprägt.

In der Bewertung der Praxisorganisation waren recht uneinheitliche Einschätzungen der drei Aspekte der Praxisorganisation zu erkennen (vgl. Tab. 2e). Immerhin fünf der 27 befragten Praxisverkäufer sahen alles in allem einen großen Einfluss der Praxisorganisation auf die Höhe des Goodwill. Dennoch wurde sowohl bei der „Ablauforganisation der Praxis“ als auch beim „Qualitätsmanagement-System der Praxis“ mehrheitlich *kein Einfluss* auf den ideellen Wert gesehen. Lediglich der „Kenntnisstand der Mitarbeiter“, ablesbar am Umfang der Fortbildungsaktivitäten der letzten Jahre, wurde häufiger als relevant eingestuft.

Tabelle 2e: Aspekte der Praxisorganisation (N = 27)			
	Anzahl der Nennungen		
	Hatte großen Einfluss	Hatte gewissen Einfluss	Hatte keinen Einfluss
Ablauforganisation der Praxis	5	8	14
Qualitätsmanagementsystem der Praxis	6	4	17
Kenntnisstand der Mitarbeiter (Umfang der Fortbildungsaktivitäten)	10	8	9

Bei den Praxiskäufern wurden Aspekte der Praxisorganisation als nachrangig beurteilt. Im Ranking der Bedeutung der kaufpreisbildenden Aspekte (vgl. Tab. 1) nahm die Praxisorganisation den letzten Platz ein.

### f) Kategorie Patientenstamm (3 Items)

Die Intensität der Bindung des Patienten an die Praxis wird als die zentrale Einflussgröße auf den Goodwill angesehen (Schmid-Domin, 2009). Zwei strukturelle Aspekte des Patientenstammes wurden bereits unter der Rubrik „Betriebswirtschaftliche Stabilität“ (Altersstruktur der Patienten) bzw. „Äußere wirtschaftliche Rahmenbedingungen“ (Einkommensniveau der Patienten) angesprochen.

Eine Zielgruppen-Positionierung einer Praxis (Sander, Müller, 2011) erfordert eine gute Kenntnis der Patientenklientel. Dies gilt beispielsweise für eine konsequente Prophylaxeorientierung mit einem breiten Präventionsangebot ebenso wie für Versorgungsleistungen der ästhetischen Zahnmedizin jenseits der Regelversorgung.

Im Hinblick auf den ideellen Wert einer Zahnarztpraxis schätzten fünf der 27 befragten Praxisverkäufer den Einfluss der Patientenstruktur als groß ein (vgl. Tab. 2f). Relevant ist hier vor allem der „Anteil der Privatpatienten“, der in der Literatur teils als

goodwill erhöhend berücksichtigt wird (Schmid-Domin, 2009), teils aber auch mit Hinweis auf eine möglicherweise höhere Wechselneigung der Privatpatienten als „negativer wertbildender Faktor“ (Klapp, 1997) gewertet wird. Ein Praxiskäufer (K16) äußerte demnach auch kritisch: „Die Anzahl der Privatpatienten hatte meiner Meinung nach zu hohes Gewicht.“

Tabelle 2f: Aspekte des Patientenstammes (N = 27)			
	Anzahl der Nennungen		
	Hatte großen Einfluss	Hatte gewissen Einfluss	Hatte keinen Einfluss
Bildungsniveau der Patienten	1	9	17
Mundgesundheitsniveau der Patienten	5	8	14
Anteil der Privatpatienten	14	6	7

Weitere Strukturvariablen, wie etwa das „Bildungsniveau der Patienten“ und das „Mundgesundheitsniveau der Patienten“, wurden in der Mehrheit der Fälle bei den Kaufpreisverhandlungen nicht berücksichtigt, obwohl diese Aspekte gerade im Zusammenhang mit dem Aufbau eines breiteren Prophylaxeschwerpunktes von grundsätzlicher Relevanz sein dürften.

### g) Kategorie Sozialkapital (9 Items)

Insgesamt neun Items der Fragebatterie ließen sich dem Sozialkapitalansatz zurechnen. Zu prüfen war nicht, ob und in welchem Maße das in der Zahnarztpraxis inkorporierte Sozialkapital zum wirtschaftlichen Erfolg der Praxis beiträgt. Diese Frage ist auch in der wissenschaftlichen Literatur durchaus strittig (Preisendörfer, 2007). Entscheidend war einzig und allein der Sachverhalt, ob Aspekte des Sozialkapitals im Rahmen der Kaufpreisverhandlungen überhaupt thematisiert wurden. Vier Praxisverkäufer bewerteten den Einfluss der neun Sozialkapitalaspekte auf die Goodwillberechnung alles in allem als groß.

In der Auswertung zeigte sich ganz deutlich, dass die Zahnarzt-Patienten-Beziehung an sich die *relevante Beziehungssachse* beim Aufbau von Sozialkapital darstellt, während die Beziehung zu den Mitarbeitern und vor allem zu den externen Zulieferern als nachrangig gewertet wurde (vgl. Tab. 2g).

Den Aspekten der „langjährigen Bindung des Patienten an die Praxis bzw. das Praxisteam“, dem „persönlichen Kontakt und der Vertrauensbasis zum Patienten“ sowie dem „Ansehen der Praxis im räumlichen Umfeld“ wurden mehrheitlich von den Praxisverkäufern ein *großer Einfluss* auf die Goodwillberechnung zugemessen. Dieser Befund wird durch die Arbeit von Wurpts gestützt, der die herausragende Bedeutung von Vertrauen und Reputation bei der Zahnarzttsuche ausdrücklich herausstreicht (Wurpts, 2011).

Tabelle 2g: Aspekte des Sozialkapitals (N = 27)			
	Anzahl der Nennungen		
	Hatte großen Einfluss	Hatte gewissen Einfluss	Hatte keinen Einfluss
Alter der Praxis	4	8	15
Dauer der Betriebsangehörigkeit der Mitarbeiter	9	7	11
Mitarbeiterfluktuation	5	5	17
Langjährige Bindung der Patienten an Praxis bzw. Praxisteam	18	6	3
Persönlicher Kontakt und Vertrauensbasis zum Patienten	13	8	5
'Arbeitsatmosphäre' im Team	10	9	8
Bisherige Zusammenarbeit mit örtlichem Dentaldepot	2	5	20
Bisherige Zusammenarbeit mit externem zahntechnischen Labor	3	8	16
Ansehen der Praxis im räumlichen Umfeld	15	9	3

Demgegenüber war die „bisherige Zusammenarbeit der Praxis mit dem örtlichen Dentaldepot“ sowie dem „externen zahntechnischen Labor“ in den meisten Fällen *ohne Einfluss* auf die Berechnung des ideellen Praxiswertes. Gleiches galt für das „Alter der Praxis“ sowie die „Mitarbeiterfluktuation“. Aus der Forschungsliteratur ist bekannt, dass sich eine hohe Personalfuktuation spürbar auf der Umsatzseite in Form entgangener Einnahmen niederschlägt (Klingenberger, Becker, 2007). Es ist zu vermuten, dass die Patientenbindung zumindest teilweise auch über die Praxismitarbeiter aufgebaut und erhalten wird. Insofern ist dieser Befund erstaunlich und bedarf weiterer Aufklärung durch entsprechende Forschungsansätze.

Eine uneinheitliche Bewertung zeigte sich bei den Aspekten der „‘Arbeitsatmosphäre’ im Team“ sowie der „Dauer der Betriebsangehörigkeit der Mitarbeiter“. Die betriebswirtschaftlich stabilisierende Wirkung dieser Aspekte wurde offensichtlich nicht immer erkannt oder sie sprach nicht für eine gute Praxisführung.

Aus Sicht der Praxisverkäufer kann das Bestreben, einen guten Preis für das in der Praxis inkorporierte Sozialkapital zu erhalten, im Übrigen durchaus nachrangig sein gegenüber dem Anliegen, das Sozialkapital der Praxis auch nach dem eigenen Weggang aus idealistischen Motiven heraus zu bewahren und dafür unter Umständen auch Abstriche beim Kaufpreis hinzunehmen: *„Seit über 50 Jahren habe ich zu dem Praxisort eine persönliche Bindung. Es war mir daher wichtig, einen Nachfolger zu finden, der eine ähnliche Einstellung zum zahnärztlichen Beruf hat wie ich. Es gab Bewerber, bei denen ich das Gefühl hatte, dass es ihnen nur darum ging, viel Geld zu verdienen. Von denen hätte ich auch einen höheren Verkaufserlös erzielen können“* (V28).

Das Bestreben, über eine zeitlich befristete Zusammenarbeit eine gemeinsame Praxisphilosophie mit dem Erwerber herzustellen (V14, V27), kann sich insofern für beide Seiten auszahlen. Umgekehrt können unterschiedliche Praxiskulturen des alten

und des neuen Praxisinhabers insbesondere bei einem zeitlich gestreckten Übergang aber auch konfliktreich sein (V5, V7, V8), zu einer Ablehnung bzw. zu einem Abbruch der Mitarbeit des alten Praxisinhabers führen und in der Konsequenz eine Abwanderung der Praxismitarbeiter und Patienten auslösen. Der direkte Einfluss auf den ideellen Wert der Praxis ist hier klar ersichtlich.

#### h) Kategorie Kauf-/Verkaufsverhandlungen selbst (4 Items)

Bei den verbliebenen vier Aspekten handelt es sich um solche, die sich nicht auf die Praxis oder die Person des Praxisinhabers selber beziehen, sondern auf die Rahmenbedingungen, unter denen die Kauf- bzw. Verkaufsverhandlungen stattfinden. Im Einzelnen handelt es sich um die Aspekte der „Mitbewerbersituation bei den Kaufverhandlungen“, die optionale „Vorlage eines Praxiswertgutachtens“, „steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten beim Praxiskauf“ sowie die „gegenseitige Sympathie von Praxiskäufer und Praxisverkäufer“ (vgl. Tab. 2h).

Tabelle 2h: Aspekte der Kauf-/Verkaufsverhandlungen selbst (N = 27)			
	Anzahl der Nennungen		
	Hatte großen Einfluss	Hatte gewissen Einfluss	Hatte keinen Einfluss
Mitbewerbersituation bei den Kaufverhandlungen	–	4	23
Gegenseitige Sympathie von Praxiskäufer und Praxisverkäufer	8	9	10
Vorlage eines Praxiswertgutachtens	4	8	15
Steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten beim Praxiskauf	2	4	21

Hier sticht vor allem der letztgenannte Aspekt hervor, der aus der Sicht von acht Praxisverkäufern bei den Kaufpreisverhandlungen von großer Relevanz war. Dabei spielte die gegenseitige Sympathie generell eine größere Rolle, wenn Praxisverkäufer und Praxiskäufer schon vor den Kaufpreisverhandlungen persönlich miteinander bekannt waren. Der Einfluss der „weichen“ Sozialkapitalaspekte (vgl. vorherigen Abschn. g) Kategorie Sozialkapital) in den Kaufpreisverhandlungen wurde im Falle einer größeren persönlichen Vertrautheit der Verhandlungspartner auch deutlich höher bewertet, während die Praxisverkäufer, die den Praxiskäufer vorab nicht persönlich kannten, umgekehrt die „harten“ betriebswirtschaftlichen Kriterien und Maßzahlen merklich stärker gewichteten.

Die anderen drei angesprochenen Aspekte hatten nach der mehrheitlichen Auffassung der Praxisverkäufer keinen Einfluss auf die Aushandlung des Goodwills. Zu erwarten gewesen wäre, dass die Mitbewerbersituation durchaus Einfluss auf die Kaufpreisfindung hat. Die momentane Marktsituation ist durch einen generellen Angebotsüberhang geprägt, die Käuferseite wird dadurch tendenziell gestärkt (vgl. Kap. 1). Diese Marktlage wurde auch explizit von einem Praxisverkäufer thematisiert: „*Letztlich gibt es nur noch einen Marktwert, wobei zur Zeit das Angebot von*



*Zahnarztpraxenabgebern größer ist als die Nachfrage“ (V20). Bei einer geringen Resonanz auf geschaltete Verkaufsanzeigen sei die „Nachfolgerfindung Glück und Zufall“ (V12). Die Schwierigkeiten, einen Nachfolger für die Praxis zu finden, beeinflussten demnach zumindest im Einzelfall den Kaufpreis: „Nachdem (...) kein potenzieller Bewerber in Sicht war, bekam meine Nachfolgerin (...) einen Vorzugspreis. Man kann es auch Torschlusspanik nennen“ (V01).*

Schließlich gab es Hinweise auf einen strukturelles Ungleichgewicht von Praxisangeboten und Praxisgesuchen, die einen Praxisverkauf noch zusätzlich erschweren, d. h. manche Praxiserwerber wünschen sich ein spezielles Praxisprofil, dem die zum Verkauf stehenden Praxen großteils nicht entsprechen: *„Mehr Zahnärztinnen suchen andere Praxisstrukturen“ (V20).*

### **5.3 Bedeutung der kaufpreisbildenden Aspekte: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Verkäufer- und Käuferperspektive**

Im Folgenden stehen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Bedeutung der kaufpreisbildenden Aspekte (vgl. hierzu Tab. 1) für Verkäufer und Käufer im Mittelpunkt.

Für beide Gruppen war das Kriterium der *betriebswirtschaftlichen Einnahmen* übereinstimmend von größter Bedeutung. Hier wurden gleichermaßen der Gewinn vor Steuern, der Gesamtumsatz sowie der Honorarumsatz genannt. Die Anzahl der Behandlungsscheine für die gesetzlich Versicherten war eine weitere wichtige Kennzahl. Der einzige zukunftsbezogene Aspekt, nämlich der „nachhaltig erzielbare Gewinn“, hatte demgegenüber eine weniger große Bedeutung. Hier zeigt sich (noch) eine Diskrepanz von gelebter Praxis und dem Anspruch der Bewertungsverfahren, den Wert zukunftsbezogen ermitteln zu wollen.

Der Aspekt der *betriebswirtschaftliche Kosten und Stabilität* lag bei Verkäufern wie Käufern hingegen im Mittelfeld (Rang 6). Es kann vermutet werden, dass sowohl Verkäufer als auch Käufer in der Regel nicht über genügend betriebswirtschaftliches Know-how verfügen (Klingenberger, Becker, 2004), um die Bedeutung der betriebswirtschaftlichen Kostengrößen fundiert beurteilen zu können. Insbesondere scheint die Bedeutung der Abschreibungen für den Praxiswert im Rahmen der Kaufpreisverhandlungen nicht ausreichend gewürdigt zu werden.

Allgemein spielen die *äußeren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen* für den Verkäufer keine große Rolle (Rang 7), weil er in diesen etabliert ist. Für den Käufer sind die äußeren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen schon eher relevant (Rang 5), weil er alternative Investitionsmöglichkeiten (etwa an anderen Standorten mit jeweils spezifischen Rahmenbedingungen) in sein Entscheidungskalkül einbeziehen muss. Auch Aspekte wie Einwohnerzahl, Einkommensniveau der Patienten sowie Zahnärztdichte sind in diesem Zusammenhang für den Käufer wichtiger als für den Verkäufer, wenn auch allgemein von geringer Bedeutung. Die Entscheidung für eine bestimmte Regi-

on mit ihren prägenden Rahmenbedingungen wird oftmals auch aus ideellen Motiven (Heimat, familiäre Gründe etc.) gefällt (Klingenberger, Becker, 2004), wodurch eine „Konkurrenz der Regionen“ begrenzt wird.

Die *Positionierung* war für den Verkäufer (Rang 4) wichtiger als für den Käufer (Rang 7). Hintergrund ist vermutlich, dass sich der Abgeber seiner Positionierung bzw. der seiner Praxis sehr bewusst ist. Sie steht auch in enger Verbindung zur Zahnarzt-Patienten-Bindung und stellt für den Verkäufer einen maßgeblichen Erfolgsfaktor dar, der sich aus seiner Sicht auch im Kaufpreis widerspiegeln sollte. Für den Übernehmer spielt dieser Aspekt indes keine große Rolle, weil die Positionierung ja wegen ihrer Personengebundenheit nicht von Dauer sein kann und der Käufer sowieso eine eigene Positionierung schaffen muss. In diesem Zusammenhang wird lediglich die Praxislage von beiden Seiten als bedeutsam erachtet (hohe Festigkeit).

Eine deutlich unterschiedliche Einschätzung gibt es im Ranking auch hinsichtlich der *Praxisorganisation*: Verkäufer (Rang 5), Käufer (Rang 8). Viele Praxisverkäufer halten ihre Praxis für gut organisiert und erhoffen sich hier auch entsprechend positive Auswirkungen auf den Kaufpreis. Diese Einschätzung wird von den Käufern wegen der Personengebundenheit und der Flüchtigkeit dieses Aspektes – oder weil sie ganz anderer Auffassung sind – offensichtlich jedoch nicht geteilt. Am ehesten wurde noch die Bedeutung und Fortwirkung eines gut aus- und fortgebildeten Mitarbeiterteams für den Praxiserfolg gesehen.

Der *Patientenstamm* der Praxis war für die Verkäufer ebenso wie für die Käufer (jeweils Rang 3) von recht großer Bedeutung für die Kaufpreisfindung. Bei dem hier dominierenden Aspekt, dem Anteil der Privatpatienten, zeigte sich allerdings wieder eine unterschiedliche Sichtweise von Verkäufern und Käufern. Während die Verkäufer einen großen Einfluss auf den Kaufpreis mehrheitlich bejahten, verneinten zwei Drittel der Käufer einen solchen bestimmenden Einfluss.

Bei den Aspekten des *Sozialkapitals* zeigte sich, dass die Zahnarzt-Patienten-Beziehung die relevante Beziehungssachse beim Aufbau von Sozialkapital darstellt. Das Praxisteam wurde in dieses Verhältnis nur insoweit einbezogen, als hier ebenfalls Patientenkontakt besteht und die „Arbeitsatmosphäre‘ im Team“ auf den Patientenkontakt ausstrahlt. Das Beziehungsgeflecht zu Externen wurde demgegenüber als kaum relevant angesehen. Die Bedeutung der Sozialkapitalaspekte wurde eher von den Verkäufern gesehen (Rang 2), während die Käufer diese Aspekte zurückhaltender bewerteten (Rang 4). Diese Diskrepanz dürfte entscheidend auf das Informationsgefälle zwischen dem Verkäufer und dem Käufer hinsichtlich der „Praxis-eigenschaften“ zurückzuführen sein. Der bisherige Praxisinhaber weiß um den Wert des durch den guten Ruf der Praxis angesammelten Sozialkapitals, steht aber vor der Schwierigkeit, dieses inkorporierte Sozialkapital dem potentiellen Käufer als „Wert“ plausibel zu machen. Möglicherweise gibt es zwischen Verkäufer und Käufer auch systematische Meinungsunterschiede hinsichtlich der Beständigkeit des Sozialkapitals bzw. der Verflüchtigung des Goodwill infolge nachlassender Patientenbin-

dung. Diese Perspektivendifferenz wäre im Zusammenhang mit der Festlegung des Verflüchtigungsfaktors je nach Zielsetzung der Wertermittlung zu beachten.

Die *Kaufpreisverhandlungen* selbst spielten für den Verkäufer interessanterweise kaum eine Rolle (Rang 8), während sie für den Käufer recht große Bedeutung besaßen (Rang 2). Insbesondere die Mitbewerbersituation war für den Verkäufer häufig nachrangig. Dies ist ein klarer Hinweis auf die Heterogenität des Angebots. Die Akteure befinden sich auf einem unvollkommenen Markt und die Kaufpreisfindung ist deshalb von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, jedenfalls nicht primär von den Abgabeangeboten anderer Praxen bzw. dem Kaufinteresse anderer Käufer.

In diesem Zusammenhang erwies sich auch das persönliche Verhältnis, das Verkäufer und Käufer zueinander entwickeln, als bedeutsam. Je näher die persönliche Bekanntschaft von Praxiskäufer und Praxisverkäufer war, desto stärker wirkten auch die Sozialkapitalaspekte. Mit zunehmender Sympathie verloren die rein betriebswirtschaftlichen Aspekte generell an Bedeutung. Viele Abgeber wollen ihr Lebenswerk offensichtlich „in guten Händen wissen“ und sind dafür bei sympathischen Kaufinteressenten zu Kompromissen und Abstrichen bereit. Im Gegenzug besteht allerdings die Gefahr, dass der Abgeber nicht „loslässt“, was nach dem Kauf zu Konflikten führen kann. Dies gilt vor allem bei zeitlich gestreckten Übernahmen, in deren Rahmen der bisherige Praxisinhaber noch eine Zeitlang in der Patientenversorgung mitarbeitet. Für den Übernehmer ist es wiederum wichtig, dass er dem Abgeber vertrauen kann und die Praxis tatsächlich die zugesicherten Eigenschaften („Ruf der Praxis“) aufweist. Vertrauenswürdigkeit erscheint insofern primär für die Käuferseite wichtig, da der Wert der Praxis nur für den materiellen Teil, d. h. den Substanzwert, problemlos objektivierbar ist, während der ideelle Wert der Praxis gleichermaßen auf subjektiven Einschätzungen wie Zusicherungen von Seiten des Verkäufers beruht.

## 6 Stellenwert des Sozialkapitals und Implikationen für Praxisbewertungsverfahren

Die vorliegende Untersuchung stellt eine erste explorative Annäherung an das empirisch bislang wenig unerforschte Feld des Stellenwerts des Sozialkapitals im Rahmen der Wertermittlung von Zahnarztpraxen dar. Methodisch standen die *subjektiven Bewertungen* der befragten Zahnärzte im Zentrum der Untersuchung. Kontrastiert wird dieses breitgefächerte qualitative Strukturbild durch die quantitative Nennung eines realisierten Kaufpreises. An dieser Stelle sei nochmals auf die verschiedenen Wertarten verwiesen, die bei einer Wertermittlung (je nach dem zugrundeliegenden Ziel) unterschieden werden müssen. Der letztlich realisierte Kaufpreis, der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung von den Abgebern und Übernehmern genannt wurde, liegt innerhalb des sog. Einigungsbereiches (vgl. Abschn. 2.1).

Eine der wesentlichen Fragen des Projektes war, durch welche Aspekte die Lage des Kaufpreises im Einigungsbereich (vgl. Abb. 2) maßgeblich beeinflusst wird. Dabei ist zu beachten, dass der realisierte Kaufpreis grundsätzlich keiner der anderen Wertarten entspricht. Der „Wert“ einer Praxis ist stets subjektiv, d. h. es gibt keinen „Wert an sich“, sondern nur einen Wert aus der Sicht von Jemandem und unter verschiedenen Randbedingungen. Die im Rahmen des Projekts behandelte Frage war also, welche Kriterien und Faktoren den realisierten Kaufpreis, aber nicht den „Wert an sich“, beeinflussen. Da die Einigung auf einen Kaufpreis lediglich den Schlusspunkt einer Verhandlung darstellt, die die „subjektiven Werte“ von Abgeber und Übernehmer zur Grundlage hat, wirken die dahinter liegenden Aspekte auch auf die (stets subjektive) Wertermittlung zurück.

Bei der *Ermittlung des Entscheidungswertes*, der etwa im Rahmen der modifizierten Ertragswertmethode abgeleitet werden kann, sind die Ergebnisse der explorativen Studie äußerst instruktiv. So kann etwa aus Verkäufersicht eine stabile Zahnarzt-Patienten-Bindung oder der bekanntermaßen gute Ruf der Praxis den Entscheidungswert deutlich erhöhen. Eine ungünstige Praxislage kann wiederum den Entscheidungswert deutlich herabsetzen. Mit „deutlich“ ist hier gemeint, dass diesen Aspekten eine größere Bedeutung beigemessen wird als ohnehin schon mit den gängigen Methoden zur Basiswertermittlung.

Das in Tabelle 1 wiedergegebene Ranking der Bedeutung der kaufpreisbildenden Aspekte veranschaulicht die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Verkäufersicht und der Käufersicht. Die differierenden Einschätzungen in der Wertigkeit einzelner Aspekte, wie sie etwa bei der Positionierung der Praxis oder der Praxisorganisation zum Ausdruck kommen, begründen zugleich die *Spannweite des Einigungsbereiches* zwischen der Preisuntergrenze des Verkäufers und der Preisobergrenze des Käufers (vgl. Abb. 2). Im Einzelfall vermögen sie auch zu erhellen, weshalb die Kaufverhandlungen ohne Einigung abgebrochen wurden.

Die unterschiedlichen Sichtweisen der Verkäufer und Käufer (vgl. Abschn. 5.3) zeigten sich insbesondere in der Bewertung der Dauerhaftigkeit einer bestimmten Pra-

xiseigenschaft. Das Fortwirken eines vom Praxisvorgänger geschaffenen Merkmals (etwa das Qualitätsmanagementsystem der Praxis, das Abrechnungssystem, das Patienten-Recall-System) kann vom Erwerber der Praxis ausdrücklich gewollt und insofern auch positiv bewertet werden. Je nach dem Zielsystem des Käufers ist hier möglicherweise aber auch ein baldiges Umsteuern geplant, ein Fortwirken der vom Praxisvorgänger eingeführten Usancen wäre dann ausdrücklich nicht gewollt und würde folglich vom Käufer auch nicht positiv bewertet.

Der qualitative Teil der Studie führt deutlich vor Augen, dass über die harten ökonomischen Erfolgsparameter hinaus *Aspekte des Sozialkapitals als eigenständige und relevante Größe* in die wechselseitigen subjektiven Bewertungen der Praxisverkäufer und -käufer einfließen. Aus diesem sozialen Faktum lässt sich die Forderung nach einer korrespondierenden theoretischen Ausdifferenzierung der gängigen Praxisbewertungsverfahren in Richtung Sozialkapital ableiten. Diese Forderung ist nicht banal angesichts des weit verbreiteten Brauchs, den Wert einer Praxis vergrößernd als Substanzwert plus einem betragsmäßig diffusen Aufschlag zu deklarieren. Der ideelle Wert einer Zahnarztpraxis ist keine undefinierbare bzw. rational nicht erklär-bare Restgröße, sondern ein anhand konkreter Aspekte plausibel darstellbarer Wert.

Der Sozialkapitalansatz stellt bei der Plausibilisierung des ideellen Wertes eine unverzichtbare gedankliche Stütze dar. Die Praxisbewertungsverfahren verwenden die originär soziologischen Begriffe der „Personengebundenheit“ bzw. deren „Verflüchtigung“ und deuten sie ökonomisch um. Das Sozialkapital wird auf diese Weise in einen quantifizierbaren ideellen Praxiswert „konvertiert“. Der Erwerber zahlt zeitpunktbezogen einen Preis für einen ideellen Praxiswert (der dem Privateigentum des Verkäufers zufließt) und kann dafür das gebundene soziale Kapital der Praxis nutzen.

Eine Gleichsetzung der beiden Begriffe „Sozialkapital“ und „ideeller Wert“ würde allerdings die Idee des Sozialkapitalansatzes verkürzen. Laut der eingangs vorgenommenen Definition (vgl. Abschn. 1.2) ist das Sozialkapital nämlich als Eigenschaft einer Struktur anzusehen und eben nicht als Privateigentum einer Person. Sozialkapital ist immer an die Existenz anderer Personen bzw. an die Verbindung mit diesen anderen Personen *gebunden*.

Mit dem Übergang der Praxis auf den Erwerber verändert sich prozesshaft auch die Struktur, in die die Praxis eingebettet ist. Die Verbindung zu den Patienten kann andauern bzw. erneuert werden oder aber sich lösen. Entscheidend ist, dass die über den Sozialkapitalansatz erfasste Patientenbindung über den Zeitpunkt des Praxisübergangs hinaus *fortwirkt*. Da die Praxisbewertungsverfahren mittlerweile nicht mehr rein gegenwartsbezogen, sondern zukunftsorientiert analysieren wollen, muss dieser sozialstrukturelle Veränderungsprozess zwingend in die Prognose und Bewertung einbezogen werden. Ohne Kenntnis des in einer Praxis angesammelten und gebundenen Sozialkapitals sind die *zukünftigen* Erträge einer Zahnarztpraxis nicht verlässlich prognostizierbar.

Der Stellenwert des Sozialkapitals in den Praxisbewertungsverfahren muss insofern als zentral bezeichnet werden. Während der Verkäufer vergangenheitsbezogen seine „Investitionen in den guten Ruf der Praxis“ honoriert haben möchte, interessiert den Käufer primär das zukünftige „Ertragspotential der Praxis“. Der Sozialkapitalansatz bringt die beiden Perspektiven zusammen und löst damit zugleich den Anspruch der modernen Praxisbewertungsverfahren ein, zukunftsorientiert zu bewerten.

Die Ergebnisse der explorativen Studie verdeutlichen, dass die „hidden area“ der Goodwill-Berechnung mit Hilfe empirischer Ansätze erschlossen und auf diese Weise die induktive Theorieentwicklung der Praxisbewertungsverfahren unterstützt werden kann.

## 7 Literaturverzeichnis

Badura B, Greiner W, Rixgens P, Ueberle M, Behr M: Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2008

Bergmann-Krauss B, Boehme P: Qualitätsmanagement-Systeme für die Zahnarztpraxis. Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): IDZ-Information 5/05, Köln 2005

BÄK, Bundesärztekammer: Richtlinie zur Bewertung von Arztpraxen. Stand: 2. April 1987. In: Deutsches Ärzteblatt 84, 14, 2008, A296–A929

BÄK/KBV, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen. Stand: 9. September 2008. In: Deutsches Ärzteblatt 105, 51-52, 2008, S. A2778–A2780

BZÄK, Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2012/2013. Berlin 2013

Coleman JS: Foundations of Social Theory. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1990

Frodl A: Praxisorganisation. Tips und Ratschläge für eine erfolgreiche Praxisführung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York 1995

Haug S: Soziales Kapital. Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Arbeitspapiere, Arbeitsbereich II, Nr. 15, Mannheim 1997

Herder-Dorneich P: Gesundheitsökonomik. Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1980

IDW, Institut der Wirtschaftsprüfer: IDW Standard: Grundsätze zur Durchführung von Unternehmensbewertungen. IDW S 1 i. d. F.vom 2.4.2008. <http://www.idw.de/idw/portal/d302226>; Düsseldorf 2008

Klapp E: Abgabe und Übernahme einer Arztpraxis. Unter Berücksichtigung des Gesundheitsstrukturgesetzes. Springer Verlag. Berlin – Heidelberg – New York 1997

Klingenberger D, Becker W: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen — Ergebnisse der ersten Befragungswelle (AVE-Z-1). Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): IDZ-Information 1/04, Köln 2004

Klingenberger D, Becker W: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen — Ergebnisse der zweiten Befragungswelle (AVE-Z-2). Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): IDZ-Information 2/07, Köln 2007

Klingenberger D, Becker W: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen — Ergeb-

nisse der dritten Befragungswelle (AVE-Z-3). Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): IDZ-Information 3/08, Köln 2008

Klingenberger D, Köhler B: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2012 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): IDZ-Information 2/13, Köln 2013

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2012. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2013

Matschke MJ, Brösel G: Unternehmensbewertung. Funktionen – Methoden – Grundsätze. 3., überarb. u. erw. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden 2007

Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 6., durchges. Aufl., Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1997

Meyer VP, Jatzwauk L: Hygienemanagement in Zahnarztpraxen – Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung in Deutschland. Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): IDZ-Information 2/10, Köln 2010

Micheelis W, Bergmann-Krauss B, Reich E: Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): IDZ-Information 1/10, Köln 2010

Micheelis W, Süßlin W: Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011. Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): IDZ-Information Nr. 1/12, Köln 2012

Preisendörfer P: Sozialkapital und unternehmerisches Handeln, in: Franzen A, Freitag M (Hrsg): Sozialkapital. Grundlagen und Anwendungen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 47/2007. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2007, S. 272–293

Sander T: Zur Berechnung des Goodwills bei (Arzt-) und Zahnarztpraxen. Manuskript vom 18.03.2013. <http://www.mh-hannover.de/praxisoekonomie.html>; [PDF, abgerufen am 11.04.2014] Hannover 2013

Sander T, Müller M-C: Meine Zahnarztpraxis – Marketing. Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York 2011

Schmid-Domin HG: Bewertung von Arztpraxen und Kaufpreisfindung. Methoden – Beispiele – Rechtsgrundlagen. 3., neu bearb. Aufl., Erich Schmidt Verlag, Berlin 2009

VSA, Vereinigung der öffentlich bestellten und vereidigten Sachverständigen für Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen: Modifiziertes Ertragswertverfahren bei der Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen: gemeinsame Stellungnahme zu bewertungsrelevanten Fragen (Stand 15.10.12). <http://www.praxisbewertung-wertgutachten.de/downloads/VSA-Gemeinsame%20Stellungnahme%20zum%20>



modifizierten%20Ertragswertverfahren.pdf; [PDF, abgerufen am 11.04.2014] Köln 2012

Wienold H: Kapital, soziales [2]. In: Fuchs-Heinritz W, Klimke D, Lautmann R, Rammstedt O, Stäheli U, Weischer Ch, Wienold H (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 5., überarb. Aufl., VS Verlag, Wiesbaden 2011, S. 332

Wurpts B: Soziale Netzwerke und soziales Kapital bei der Zahnarztsuche, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): IDZ-Information 3/11, Köln 2011

Zur Mühlen D, Witte A, Rohner M, Boos F: Praxisbewertung. Kompass zur Wertbestimmung ärztlicher und psychotherapeutischer Praxen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2010

Zwingenberger M: Soziales Kapital – Communities und die Bedeutung sozialer Netzwerke in den USA, Diss., [http://edoc.ub.uni-muenchen.de/6028/1/Zwingenberger\\_Meike.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/6028/1/Zwingenberger_Meike.pdf); [PDF, abgerufen am 03.04.2014] München 2003

## 8 Anhang

Tabelle A1: Verkäufersample (N = 27)			
Lfd. Nr.	Kurzbeschreibung	Alter	Geschlecht
V01	Einzelpraxis, gegr. 1978, Kaufpreis 25.000 Euro	67	männlich
V02	Einzelpraxis, gegr. 1981, Kaufpreis 300.000 Euro	62	männlich
V03	Einzelpraxis, gegr. 1981, Kaufpreis 120.000 Euro	61	männlich
V04	Einzelpraxis, gegr. 1992, Kaufpreis 55.735 Euro	70	männlich
V05	Einzelpraxis, gegr. 1979, Kaufpreis 60.000 Euro	64	männlich
V06	Praxisgemeinschaft, gegr. 1981, Kaufpreis 110.000 Euro	63	männlich
V07	Einzelpraxis, gegr. 1974, Kaufpreis 273.000 Euro	68	männlich
V08	Praxisgemeinschaft, gegr. 1973, Kaufpreis 200.000 Euro	67	männlich
V09	Einzelpraxis, gegr. 1981, Kaufpreis 25.000 Euro	61	männlich
V11	Praxisgemeinschaft, gegr. 1979, Kaufpreis 102.000 Euro	67	männlich
V12	Einzelpraxis, gegr. 1981, Kaufpreis 35.000 Euro	64	männlich
V13	Praxisgemeinschaft, gegr. 1980, Kaufpreis 180.000 Euro	65	männlich
V14	Einzelpraxis, gegr. 1984, Kaufpreis 150.000 Euro	64	weiblich
V15	Einzelpraxis, gegr. 1979, Kaufpreis 185.000 Euro	63	männlich
V17	Berufsausübungsgemeinschaft, gegr. 1980, Kaufpreis 90.000 Euro	67	männlich
V18	Einzelpraxis, gegr. 1984, Kaufpreis 75.000 Euro	60	weiblich
V19	Einzelpraxis, gegr. 1979, Kaufpreis 150.000 Euro	63	männlich
V20	Einzelpraxis, gegr. 1978, Kaufpreis 200.000 Euro	65	männlich
V21	Einzelpraxis, gegr. 1978, Kaufpreis 180.000 Euro	64	männlich
V23	Einzelpraxis, gegr. 1980, Kaufpreis 190.000 Euro	62	männlich
V24	Praxisgemeinschaft, gegr. 1979, Kaufpreis 110.000 Euro	64	männlich
V25	Einzelpraxis, gegr. 1991, Kaufpreis 150.000 Euro	56	männlich
V26	Einzelpraxis, gegr. 1978, Kaufpreis 150.000 Euro	68	weiblich
V27	Einzelpraxis, gegr. 1987, Kaufpreis 110.000 Euro	59	männlich
V28	Einzelpraxis, gegr. 1977, Kaufpreis 175.000 Euro	67	männlich
V29	Einzelpraxis, gegr. 1986, Kaufpreis 210.000 Euro	64	männlich
V30	Einzelpraxis, gegr. 1974, Kaufpreis 120.000 Euro	68	männlich

Tabelle A2: Käufersample (N = 6)			
Lfd. Nr.	Kurzbeschreibung	Alter	Geschlecht
K10	Berufsausübungsgemeinschaft, gegr. 2010, Kaufpreis 140.000 Euro	37	weiblich
K16	Berufsausübungsgemeinschaft, gegr. 2011, Kaufpreis 185.000 Euro	30	weiblich
K22	Praxisgemeinschaft, gegr. 2011, Kaufpreis 132.000 Euro	39	weiblich
K31	Einzelpraxis, gegr. 2011, Kaufpreis 220.000 Euro	37	weiblich
K32	Berufsausübungsgemeinschaft, gegr. 2011, Kaufpreis 270.000 Euro	35	männlich
K33	Einzelpraxis, gegr. 2011, Kaufpreis 185.000 Euro	34	männlich

Tabelle A3: Aspekte bei der Aushandlung des Goodwill aus Verkäufersicht (N = 27)

	Anzahl der Nennungen		
	Hatte großen Einfluss	Hatte gewissen Einfluss	Hatte keinen Einfluss
Gesamteinnahmen der letzten Jahre	14	12	1
Honorarumsatz der letzten Jahre	14	11	2
Fremdlaborkosten der letzten Jahre	2	9	16
Betriebskosten der letzten Jahre	6	16	5
Abschreibungen der letzten Jahre	1	3	23
Einnahmen-Überschuss vor Steuern in den letzten Jahren	15	11	1
Anzahl der Scheine je Quartal in den letzten Jahren	12	10	5
Regionale Honorarverteilungsregelungen der KZV	2	1	24
Nachhaltig erzielbarer Gewinn	10	6	11
Etablierte Arbeitsschwerpunkte	4	12	11
Existenz eines Eigenlabors mit eigenem zahntechn. Laborpersonal	–	4	22
Praxisform (Einzelpraxis/Kooperation)	8	7	12
Option, Praxis in den bisherigen Räumen weiterführen zu können	19	5	3
Etablierte Praxisöffnungszeiten	4	6	17
Ablauforganisation der Praxis	5	8	14
Qualitätsmanagementsystem der Praxis	6	4	17
Existenz eines Wiedereinbestellungssystems für Patienten (Recall)	4	4	19
Alter der Praxis	4	8	15
Dauer der Betriebsangehörigkeit der Mitarbeiter	9	7	11
Kenntnisstand der Mitarbeiter (Umfang der Fortbildungsaktivitäten)	10	8	9
Mitarbeiterfluktuation	5	5	17
Langjährige Bindung der Patienten an Praxis bzw. Praxisteam	18	6	3
Persönlicher Kontakt und Vertrauensbasis zum Patienten	13	8	5
'Arbeitsatmosphäre' im Team	10	9	8
Bisherige Zusammenarbeit mit örtlichem Dentaldepot	2	5	20
Bisherige Zusammenarbeit mit externem zahntechnischen Labor	3	8	16
Alterstruktur der Patienten	2	8	17
Einkommensniveau der Patienten (Kaufkraft in der Region)	4	14	9
Bildungsniveau der Patienten	1	9	17
Mundgesundheitsniveau der Patienten	5	8	14
Anteil der Privatpatienten	14	6	7
Ansehen der Praxis im räumlichen Umfeld	15	9	3
Zahnarztichte vor Ort	7	9	11
Einwohnerzahl im Praxisumfeld	5	13	8
Einwohnerentwicklung im Praxisumfeld	2	12	13
Voraussichtliche Entwicklung der Raumkosten (Miete zzgl. NK)	8	12	7
Räumliches Praxisumfeld (Praxislage)	19	4	4
Erreichbarkeit der Praxis (Parkplätze, Anbindung an ÖPNV)	11	14	2
Mitbewerbersituation bei den Kaufverhandlungen	–	4	23
Gegenseitige Sympathie von Praxiskäufer und Praxisverkäufer	8	9	10
Vorlage eines Praxiswertgutachtens	4	8	15
Steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten beim Praxiskauf	2	4	21