

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT FREIBURG IM BREISGAU

Fachprüfungsausschuss Volkswirtschaftslehre (B.Sc.)

---

Praxiswert und Praxiswertermittlung von Arztpraxen -  
theoretische Konzeption und empirische Evidenz

Bachelorarbeit

vorgelegt bei

Prof. Dr. Stephan Lengsfeld

Lehrstuhl für Finanzwesen,  
Rechnungswesen und Controlling

von

Daniel Amadeus Krauter

Geburtsort: Lüdenscheid

Matrikelnummer: 3145056

Beginn der Bearbeitungsfrist: 07.11.2013

Abgabetermin: 07.01.2014

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis .....	IV
Abkürzungsverzeichnis .....	V
1. Einführung.....	- 1 -
2. Anlässe für eine Praxisbewertung.....	- 3 -
2.1. Einstieg und Ausstieg in Gemeinschaftspraxen .....	- 3 -
2.2. Scheidung .....	- 3 -
2.3. Berufsunfähigkeit und Tod.....	- 4 -
2.4. Praxiskauf - verkauf .....	- 4 -
2.5. Rating nach Basel II und III .....	- 5 -
3. Praxisbewertung.....	- 6 -
3.1. Materieller und ideeller Praxiswert .....	- 6 -
3.1.1. Materieller Praxiswert.....	- 6 -
3.1.2. Ideeller Praxiswert (Goodwill).....	- 7 -
3.2. Tatsächliche Praxisverkaufspreise nach Facharztgruppen, .....	
Gebieten und in Ost- und Westdeutschland .....	- 9 -
3.2.1. Niederlassungstypen .....	- 9 -
3.2.2. Räumliche Lage .....	- 9 -
3.2.3. Finanzierungsvolumen .....	- 10 -
3.3. Umsatzstruktur und Einkommen.....	- 12 -
3.4. Darstellung und Diskussion der Methoden einer Praxisbewertung .....	
anhand einer Beispielpraxis.....	- 14 -
3.4.1. Ärztekammermethode alt .....	- 16 -
3.4.2. Novellierte Ärztekammermethode .....	- 17 -
3.4.3. IBT-Methode.....	- 19 -
3.4.4. Ertragswertmethode .....	- 20 -
3.4.5. Methode des Übernahmenvorteils.....	- 23 -
3.4.6. Übergewinnverrentungsmethode .....	- 24 -

3.5. Ergebnisse der verschiedenen Methoden .....	- 26 -
3.6. Einfluss der qualitativen Faktoren auf die Praxisbewertung .....	- 28 -
4. Zusammenfassung und Ausblick .....	- 30 -
Literaturverzeichnis.....	- 32 -

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Ermittlung des materiellen Praxiswertes.....	- 7 -
Tabelle 2: Einnahmenüberschussrechnung einer Beispielpraxis .....	- 15 -
Tabelle 3: Beispielrechnung der Nutzwertanalyse.....	- 29 -

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Ermittelte Praxiswerte der verschiedenen Methoden..... - 27 -

**Abkürzungsverzeichnis**

BAT	Bundes-Angestellentarifvertrag
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BÄK	Bundesärztekammer
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ESt	Einkommensteuer
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GWG	geringwertige Wirtschaftsgüter
IBT	Indexierte-Basis-Teilwerte-Methode
IGeL	individuelle Gesundheitsleistungen
MVZ	Medizinische Versorgungszentrum
PKV	private Krankenversicherung

## 1. Einführung

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es aktuell circa 141.038<sup>1</sup> niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Hinzu kommen rund 54.286<sup>2</sup> niedergelassene Zahnmediziner. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, von dem auch die niedergelassenen Ärzte betroffen sind, wird es in den kommenden Jahren zu einer erheblichen Zunahme der Praxisverkäufe kommen. Ziel der Arbeit ist es, die gängigen Bewertungsmethoden für Arztpraxen darzustellen und diese kritisch zu würdigen. Wichtig ist dabei zu klären, welche Bewertungsmethoden in der Praxis zu einer marktgerechten Bewertung von Arztpraxen führen. Neben dem oben genannten Anlass für eine Praxisbewertung gibt es eine Reihe von weiteren Anlässen, bei denen eine Bewertung sinnvoll ist. Diese werden im Folgenden ebenfalls kurz dargestellt. In jedem Fall sollte die Praxis aber am Ende der beruflichen Tätigkeit des Arztes bewertet werden, da der Erlös aus dem Praxisverkauf meist ein wesentlicher Bestandteil der Altersvorsorge des Arztes ist.

Die sich ständig ändernden Rahmenbedingungen und Reglementierungen des Gesundheitsmarktes, die einerseits durch staatliche Eingriffe bedingt sind und andererseits durch die kassenärztlichen Vereinigungen hervorgerufen werden, stellen zusätzlich ein erhebliches Problem bei der Wertermittlung von Arztpraxen dar und erschweren daher die Prognose über zukünftig zu erzielende Umsätze und Gewinne der Arztpraxen. Hinzu kommt seit geraumer Zeit der erhebliche Mangel an jungen Ärzten in Deutschland, der zum Teil dazu führt, dass die niedergelassenen Ärzte ihre Praxis gar nicht oder nur mit erheblichem Zeitaufwand veräußern können.

Die ausführliche Analyse hinsichtlich der Praxiswerte innerhalb der verschiedenen Facharztgruppen, zwischen den ländlichen und städtischen Gebieten sowie zwischen Ost- und Westdeutschland zeigt, welche Unterschiede es hinsichtlich der Umsätze und der Einkommen der Ärzte aufgrund dieser Faktoren gibt. Die genannten Gegebenheiten wirken sich ebenfalls auf den Wert einer Arztpraxis aus.

---

<sup>1</sup>Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, auf: [https://www.kbv.de/media/sp/2012\\_12\\_31.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2012_12_31.pdf), abgerufen am: 14.12.2013

<sup>2</sup>Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2012): Daten & Fakten, auf: [http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df/df12/\\_\\_\\_df12.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df/df12/___df12.pdf), abgerufen am 14.12.2013

Bei der Erläuterung der verschiedenen Methoden zur Praxisbewertung wird der jeweilige Berechnungsweg dargestellt und mit Hilfe eines praktischen Beispiels nachvollzogen, welches sich an einer Einnahmenüberschussrechnung einer typischen Arztpraxis orientiert. Anschließend werden die Vor- und Nachteile der jeweiligen Methode kritisch diskutiert. Dabei stellt sich heraus, dass sowohl bei der Ermittlung des materiellen wie auch des immateriellen Wertes einer Arztpraxis der Gutachter erhebliche Gestaltungsmöglichkeiten hat und dadurch den Wert der Arztpraxis in einem gewissen Korridor beeinflussen kann.

Schließlich wird ein möglicher Lösungsansatz zur Bewertung der qualitativen Faktoren dargestellt und erläutert. Zusammenfassend wird der Leser somit einen Überblick über die Stärken und Schwächen der angeführten Methoden haben und in der Lage sein, den Wert einer Arztpraxis mit Hilfe verschiedener Methoden zu quantifizieren und den Bewertungskorridor zu ermitteln.



## **2. Anlässe für eine Praxisbewertung**

Es gibt wie bei der betriebswirtschaftlichen Unternehmensbewertung verschiedene Anlässe für eine Praxisbewertung. Diese werden im Folgenden kurz dargestellt.

### ***2.1. Einstieg und Ausstieg in Gemeinschaftspraxen***

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 und durch die Anpassung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 1. Januar 2007, haben die Ärzte neuerdings die Möglichkeit, Kooperationen in Form von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) einzugehen.<sup>3</sup> Laut der kassenärztlichen Bundesvereinigung wird diese Form der Niederlassung für die Vertragsärzte immer populärer. So liegt der Anteil der Vertragsarztträgerschaft bei den bisher gegründeten MVZ bereits bei 41,4%.<sup>4</sup> Für die Gründung eines MVZ, bei der sich in der Regel mehrere niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach -meist in der Rechtsform einer GmbH- zusammenschließen, ist eine Bewertung der einzubringenden Arztpraxen dringend zu empfehlen. Nur so kann gewährleistet werden, dass sich Praxen mit unterschiedlicher Wertigkeit angemessen zusammenschließen. Durch eine Bewertung der verschiedenen Praxen vor dem Zusammenschluss ist sichergestellt, dass jeder Partner am Gesamtwert des neu zu gründenden MVZ gemäß seinem eingebrachten Anteil partizipiert.

### ***2.2. Scheidung***

Ein weiterer Anlass für eine Praxisbewertung, die in diesem Fall zudem häufig gerichtlich erzwungen wird, ist die Ehescheidung. Haben die Ehegatten zu Beginn der Ehe oder spätestens bei der Niederlassung des Ehegatten keine Vereinbarung in Form eines Ehevertrages getroffen, der den Zugewinn der Praxis regelt, ist dieser im Falle der Scheidung in bar auszugleichen. Der Zugewinnausgleich ist durch §1372 ff. BGB geregelt. Problematisch ist der zu erwartende Bargeldausgleich, da das Kapital zumeist in dem Praxisvermögen gebunden ist und nicht kurzfristig liquidiert werden kann. Folglich muss der Praxisinhaber in diesem Fall ein Bankdarlehen aufnehmen, um den Ehegatten abzufinden. Auch

---

<sup>3</sup> § 95 I S.1 SGB V.

<sup>4</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013): Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, 4.Quartal 2011, auf: [http://www.kbv.de/media/sp/mvz\\_entwicklungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf), abgerufen am: 10.11.2013

gibt der Gesetzgeber keine einheitliche Bewertungsmethode vor, so dass der Ausgleichsanspruch an den Ehegatten erheblich variieren kann.

### **2.3. Berufsunfähigkeit und Tod**

Bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit oder im Falle des plötzlichen Todes des Praxisinhabers ist es wichtig, dass die Bewertung der Praxis möglichst schnell durchgeführt wird. Der Grund hierfür ist zum einen, dass die Umsätze in einem solchen Fall häufig stark rückläufig sind, da die Praxis durch einen Praxisvertreter weiter geführt werden muss oder sogar geschlossen wird. Dies wird durch die später beschriebene Personengebundenheit zwischen Patient und Arzt erklärt. Zum anderen gibt es das sogenannte Witwenquartal das heißt, dass spätestens nach Ablauf dieses Quartals die Praxis an einen Nachfolger übergeben werden muss, da sonst der Praxissitz bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verfällt.<sup>5</sup> Durch den Rückgang der Umsätze und Gewinne oder gar den Wegfall des Praxissitzes mindert sich der Praxiswert deutlich, da die Bewertungsmethoden auf Umsätzen und Gewinnen basieren. Deshalb ist eine schnelle Bewertung und Veräußerung der Praxis in diesem Falle besonders wichtig. Empfehlenswert wäre natürlich, wenn der Praxisinhaber die Arztpraxis fortlaufend bewerten lässt und der Zeitdruck in diesem Fall so etwas vermindert würde.

### **2.4. Praxiskauf - verkauf**

Der Kauf oder Verkauf von Arztpraxen ist der mit Abstand häufigste Grund für eine Praxisbewertung. Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993, welches die Sperrgebiete eingeführt hat, ist die Attraktivität aufgrund des Kassensitzes bei der GKV von Altpraxen gestiegen. Mit diesem Gesetz ist eine Neuniederlassung für einen Kassensarzt in Sperrgebieten per se nicht möglich. Zudem sollte man den Praxiswert frühzeitig ermitteln, damit man durch organisatorische Änderungen diesen Wert noch positiv beeinflussen kann.<sup>6</sup> Wie in allen anderen Fällen wird die Praxisbewertung durch vereidigte Sachverständige, durch freie Berater oder durch die kassenärztliche Vereinigung durchgeführt. Dabei schwanken die Preise für eine solche Praxisbewertung erheblich. So bewertet die kassenärztliche Vereinigung Praxen unentgeltlich, während vereidigte Sachverständige meist einen vier- oder fünfstelligen Betrag fordern.

---

<sup>5</sup> o.V (2008): So verhindern Sie die Katastrophe, in: Medical Tribune, 43.Jg., Nr.18, S. 38

<sup>6</sup> o.V. (2008): Praxispreise im freien Fall, in: Medical Tribune, 43. Jg., Nr. 9

### ***2.5. Rating nach Basel II und III***

Anforderungen, die durch Basel II und III an die Banken gestellt werden, sollen die Risiken eines Kreditausfalls bei den Banken verringern und erschweren somit die Kreditaufnahme auch für freiberuflich tätige Ärzte. Die Kriterien von Basel II und III verlangen, dass der Arzt neben den wirtschaftlichen Daten der Praxis auch seine privaten Verhältnisse transparent gegenüber den Banken darstellt. Die Eigenkapitalquote spielt für die Bank bei der Kreditvergabe eine wesentliche Rolle und errechnet sich durch das Ausfallrisiko des Darlehens. Risikokomponenten, welche das Ausfallrisiko beeinflussen, sind Ausfallwahrscheinlichkeit, Restforderungshöhe, Verlustquote bei einem Ausfall, die Laufzeit sowie der Jahresumsatz.<sup>7</sup> Ist das Risiko eines Ausfalles hoch, so muss die Bank eine entsprechend hohe Eigenkapitalquote ausweisen. Auch die zu gewährende Höhe des Darlehens ist abhängig von der Ausfallwahrscheinlichkeit und wird dadurch beschränkt. Diese Maßnahmen sollen das Ausfallrisiko des Darlehens minimieren und den Banken so Sicherheit für eine Kreditvergabe geben. Umso wichtiger wird in Zukunft die Bewertung der Praxis für den freiberuflich tätigen Mediziner, da dieser Wert andernfalls bei einer Kreditaufnahme für die Praxis als Sicherheit fehlt und durch private Sicherheiten wie zum Beispiel Sparguthaben substituiert werden muss.

Die oben genannten Kriterien können beispielsweise mit Hilfe eines Fragebogens abgearbeitet und bewertet werden. Der Fragebogen erfasst die wirtschaftliche Lage der Praxis, operative Risiken, strategische Faktoren sowie die privaten Verhältnisse. Zusammenfassend kann man sagen, dass in Zukunft eine unternehmerische Praxisführung für den Praxisinhaber an Bedeutung gewinnt.

---

<sup>7</sup> Aunkofer B. (2011): Unternehmensrating nach Basel II und Basel III, auf: <http://www.der-wirtschaftsingenieur.de/index.php/unternehmensrating-nach-basel-ii-und-basel-iii/#more-2228>, abgerufen am 7.12.2013

### 3. Praxisbewertung

#### 3.1. *Materieller und ideeller Praxiswert*

Der Praxiswert errechnet sich bei den meisten Methoden aus der Summe des materiellen und ideellen Praxiswerts. Wir werden im Folgenden den materiellen und den ideellen Praxiswert anhand eines Beispiels darstellen, um die jeweiligen Unterschiede der Methoden nachvollziehbar herauszuarbeiten.

##### 3.1.1. *Materieller Praxiswert*

Der materielle Wert, der auch Substanzwert genannt wird, ergibt sich aus den Vermögensgegenständen einer Arztpraxis. Zu diesen zählen etwa das Mobiliar, die EDV, die Kommunikationseinrichtungen sowie Instrumente und Geräte der ärztlichen Tätigkeit, also alle Gegenstände, die zur Praxiseinrichtung gehören. Der Verkehrswert bildet bei der Bewertung die Grundlage. Dies ist der Wert, den ein Übernehmer für die vorhandenen Gegenstände aufbringen müsste.<sup>8</sup> Allerdings ist es in der Realität bis auf wenige Ausnahmen kaum möglich, die materiellen Werte einer Arztpraxis einfach zu bestimmen, sofern kein Gebrauchtgerätemarkt für medizinische Geräte existiert. So unterscheiden sich die Anschaffungskosten eines Wirtschaftsgutes deutlich von dessen steuerlichem Buchwert und auch vom aktuellen Gebrauchswert. Letzterer hängt darüber hinaus stark davon ab, ob ein Käufer einer Praxis bestimmte Geräte überhaupt noch nutzen kann, da ihm zum Beispiel die berufliche Qualifikation fehlt. In diesem Fall wäre aus Sicht des Käufers der Wert dieser Anlage gleich Null beziehungsweise im schlimmsten Fall sogar negativ, da er die Entsorgungskosten eines medizinischen Geräts tragen müsste. Der materielle Wert kann sich je nach Fachrichtung erheblich unterscheiden. So benötigt eine radiologische Praxis materielle Werte in Millionenhöhe, während die Praxis eines Allgemeinmediziners meist mit Investitionen im fünfstelligen Bereich auskommt.

Da die verschiedenen Wertansätze in den meisten Fällen den tatsächlichen materiellen Wert des Wirtschaftsgutes nicht ermitteln können, ist auch der folgende Lösungsansatz denkbar. Bei ihm wird der materielle Wert im Wege der Durchschnittsbildung aus verschiedenen Werten ermittelt, um so zu einem realistischen Gesamtwert zu gelangen. Folgende Tabelle zeigt diesen Ansatz:

---

<sup>8</sup> Vgl. Ries, H.P. et al. (2012): *Arztrecht- Praxishandbuch für Mediziner*, 3. Auf., Berlin u.a., S.292ff.

Ermittlung des materiellen Praxiswertes										
Jahr der Anschaffung	Bezeichnung	Anschaffungs- / Herstellungskosten	Buchwert	Ansatz BÄK in %	Buchwert BÄK	Nutzungsdauer in Jahren / und im Durchschnitt	Restnutzungsdauer geschätzt	Restnutzung Schätzwert	eigene Schätzung	Durchschnittswert
2013	Praxisinventar	15.000	12.000	100%	15.000	10	10	15.000	12.000	13.500
2012	Praxiswert	20.000	12.000	50%	10.000	10	9	18.000	10.000	12.500
2011	Praxisinventar	10.000	4.000	50%	5.000	10	8	8.000	2.500	4.875
2010	Praxisinventar	15.000	3.000	50%	7.500	10	7	10.500	1.500	5.625
2009	Praxisinventar	40.000	1	50%	20.000	10	6	24.000	10.000	13.500
laufend	GWG	0	0	10%	0	4	1	0	0	0
laufend	Summen in €	100.000 €	31.001 €		57.500 €			75.500 €	36.000 €	50.000 €

**Tabelle 1: Ermittlung des materiellen Praxiswertes**

Bei dieser Tabelle wird der Durchschnittswert aus dem Buchwert, der steuerlich gemäß den Abschreibungslisten<sup>9</sup> ermittelt wird, dem Ansatz der Ärztekammermethode und durch die geschätzte Restnutzungsdauer in Jahren neben einer eigenen Schätzung ermittelt. Bei der Ermittlung des Substanzwertes bewertet die Bundesärztekammer (BÄK) die Wirtschaftsgüter mit einem vereinfachten, pauschalierten Verfahren. Bei einer Investition vor mehr als 10 Jahren wird das Wirtschaftsgut mit dem Faktor 0,25 gewichtet. Bei Investitionen vor 6-10 Jahren mit 0,35, bei Investitionen vor 2-5 Jahren mit 0,5 und bei Investitionen innerhalb der letzten 12 Monate mit dem Faktor 1. Bei der Restnutzungsdauer in Jahren wird pauschal davon ausgegangen, dass jedes Wirtschaftsgut der Praxis 10 Jahre beziehungsweise bei geringwertigen Wirtschaftsgütern (GWG) 4 Jahre zur Verfügung steht. Bei der eigenen Schätzung kann der Gutachter auf Erfahrungswissen und auf Informationen aus dem Internet zurückgreifen. Durch die Durchschnittsbildung kommt der Gutachter meist zu einem realistischen materiellen Praxiswert.

### 3.1.2. Ideeller Praxiswert (Goodwill)

Eine weitaus größere Wertkomponente einer Arztpraxis ergibt sich aus dem ideellen Praxiswert, der auch Goodwill genannt wird. Dieser Wert ermittelt sich primär aus den quantitativen Faktoren. Zu diesen zählen der Umsatz, die Kosten und der Gewinn der Praxis. Für den Umsatz sind die Anzahl der Behandlungsfälle, der Anteil der Selbstzahler sowie die Altersstruktur

<sup>9</sup> Bundesministerium der Finanzen (2000): AfA-Tabelle, auf: [http://www.ihk-berlin.de/linkableblob/bihk24/recht\\_und\\_steuern/downloads/816036/12./data/afatabelle-data.pdf;jsessionid=9D8E62CFB51B3FA38B29ADDAEBDB28E3.rep11](http://www.ihk-berlin.de/linkableblob/bihk24/recht_und_steuern/downloads/816036/12./data/afatabelle-data.pdf;jsessionid=9D8E62CFB51B3FA38B29ADDAEBDB28E3.rep11), abgerufen am: 20.11.2013

maßgeblich. Bei dem Umsatz der Praxis ist darüber hinaus zu beachten, ob ein Nachfolger diesen auch durch seine Ausbildung tatsächlich erreichen kann. Bei den Betriebsausgaben sind persönliche Kostenpositionen wie teure Designermöbel des abgebenden Inhabers zu eliminieren.

Auch die Bindung des Praxisinhabers an den Patienten, welche bei einem Verkauf an den Nachfolger übergeben wird, stellt einen erheblichen Wert dar. Der Nachfolger übernimmt somit den Patientenstamm des gegenwärtigen Praxisinhabers, wobei davon ausgegangen werden kann, dass ein Teil der Patienten abwandert und sich der ideelle Praxiswert mit der Zeit verflüchtigt. Nach Merk wird dieser Zeitraum als Ergebniszeitraum bezeichnet und stellt einen Risikoparameter dar, der die Personengebundenheit zwischen Arzt und Patient darstellt.<sup>10</sup> Allerdings wird die Verflüchtigung des Praxiswertes durch die Gewinnung neuer Patienten in der Regel kompensiert.

Weitere Einflussgrößen, die den Goodwill bestimmen, sind die qualitativen Faktoren. Zu diesen zählen unter anderem der Standort, die Konkurrenzsituation, die Kooperationsmöglichkeiten, der Zuschnitt der Praxisräume, der Mitarbeiterstamm, die Qualität der Praxisorganisation und die Intensität der Patientenbindung.<sup>11</sup>

Zur Ermittlung des Goodwills wird abhängig vom Gutachter meist eine der im Folgenden dargestellten Bewertungsmethoden angewandt. Dabei werden die wertbildenden Faktoren nach ihrem Einfluss gewichtet. Da dies oft mit einer subjektiven Wahrnehmung verbunden ist, kann der Goodwill stark variieren.<sup>12</sup> Der allgemeine Trend zeigt, dass sich der ideelle Wert in der Zeit zwischen 1990 bis 2002 verdoppelt hat und somit einen immer größeren Bestandteil des gesamten Praxiswertes ausmacht.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Vgl. Merk, W.(2010): Bewertung von Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren, in: Drukarcyk, E.: Branchenorientierte Unternehmensbewertung, München, S. 371

<sup>11</sup> Vgl. Willms, D. (2008): Der Übernahmenvorteil, IfA-Institut für Arztpraxisbewertung, Köln, S. 9

<sup>12</sup> Vgl. Schmidt-Domin, H.G. (2009): Bewertung von Arztpraxen und Kaufpreisfindung, 3. Aufl., Berlin, S. 130

<sup>13</sup> Vgl. o.V. (2003): Das sind Arztpraxen heute Wert, in: Wirtschaftsjournal. Verlagsbeilage zur Medical Tribune 38

### ***3.2. Tatsächliche Praxisverkaufspreise nach Facharztgruppen, Gebieten und in Ost- und Westdeutschland***

Da sich die tatsächlichen Verkaufspreise je nach Fachrichtung, Umsatz der Praxis, Niederlassungstyp und nach der Lage der zu bewertenden Praxis deutlich unterscheiden, wird in diesem Kapitel der Einfluss der genannten Faktoren auf das Investitionsverhalten der Ärzte untersucht. Ebenfalls wird die Entwicklung der immateriellen Werte bezüglich der einzelnen Fachgruppen dargestellt. Die Daten für diese Analysen liefern regelmäßig die deutsche Ärzte- und Apothekerbank in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.<sup>14</sup>

#### ***3.2.1. Niederlassungstypen***

Es werden vier Niederlassungstypen für Ärzte unterschieden: Die Praxisneugründung, -übernahme, -überführung und -beitritt. Der wesentliche Teil entfällt auf die Einzelpraxisübernahme mit 43,2%. Allerdings gibt es hinsichtlich der Praxisverkaufswerte bei dem ideellen Wert erhebliche Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Da in Ostdeutschland deutlich weniger Sperrgebiete existieren und es weniger privatversicherte Personen gibt, ist der ideelle Wert einer Einzelpraxis meist geringer als in Westdeutschland. Dabei ist der Anteil mit rund 44% einer Einzelpraxisübernahme ähnlich hoch wie in Westdeutschland. Der Anteil der Neugründungen in Ostdeutschland ist im Vergleich zu Westdeutschland dabei deutlich höher, da die Neugründung wesentlich kostengünstiger durchzuführen ist und weniger Gebiete gesperrt sind. Dieser Anteil beträgt in Ostdeutschland 24,1% und in Westdeutschland lediglich 10,3%. Allerdings zeigt sich im bundesweiten Trend, dass insgesamt die Praxisneugründungen zurückgehen, was zum einen an den Zulassungsbeschränkungen liegt. Zum anderen gewinnen die neuen Formen der kooperativen Praxisführungen, wie die medizinischen Versorgungszentren und große Berufsausübungsgemeinschaften, an Bedeutung.

#### ***3.2.2. Räumliche Lage***

Auch bezüglich der Lage bei einer Praxisgründung gibt es im Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland erhebliche Unterschiede. So entfielen in

---

<sup>14</sup> Vgl. zu den folgenden Ausführungen: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank und Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2007): Existenzgründungsanalyse von Ärzten, Düsseldorf, Berlin

Westdeutschland die Hälfte aller Praxisneugründungen auf Großstädte sowie weitere 29% auf mittelgroße Städte. Nur ein sehr geringer Anteil von 3,5% wurde in ländlichen Gebieten gegründet obwohl rund 26 % der deutschen Bevölkerung auf dem Lande lebt.<sup>15</sup> In Ostdeutschland hingegen waren die Anteile in groß- und mittelgroßen Städten ähnlich verteilt. Auch hier war der Anteil in ländlichen Gebieten mit 8,5% gering. Die Gründe dafür, dass der ländliche Raum so unattraktiv erscheint sind vielschichtig. Vor allem die höhere Arbeitsbelastung der Mediziner durch die geringe Arztdichte führt nicht unbedingt zu höheren Praxisumsätzen, da in der Vergangenheit keine Unterschiede bei der Bezahlung der Mediziner durch die GKV zwischen großen und kleinen Städten gemacht wurde. Mehr Arbeitsstunden, insbesondere weniger Urlaub sowie die höhere Anzahl von Notfalldiensten an Wochenenden führen dazu, dass die jungen nachkommenden Ärzte den ländlichen Raum schlichtweg nicht so attraktiv finden wie den städtischen Bereich. Hinzu kommen das fehlende kulturelle Angebot und unattraktive Einkaufsmöglichkeiten. Auch die fehlende Verkehrsanbindung spielt bei der Auswahl der Lage eine besondere Rolle. Zudem fehlt es an nachfolgenden Ärzten, was einerseits auf den demographischen Wandel zurückzuführen ist und andererseits lockt das Ausland deutsche Ärzte mit deutlich besseren Arbeitszeiten und einer besseren Entlohnung.<sup>16</sup>

### **3.2.3. Finanzierungsvolumen**

In Hinblick auf das Finanzierungsvolumen bei Einzelpraxisneugründungen und Praxisübernahmen lag der Durchschnitt in Westdeutschland in den Jahren 2005/2006 bei 181.581€. Auch hier lag in Ostdeutschland das durchschnittliche Finanzierungsvolumen mit 104.896€ insgesamt deutlich niedriger.

Dabei unterscheidet sich das Finanzierungsvolumen je nach Fachrichtung deutlich. Das größte Finanzierungsvolumen war bei den Radiologen mit 552.000€, den Urologen mit 327.000€ und den Chirurgen mit 302.000€ zu verzeichnen. Demgegenüber war das Finanzierungsvolumen bei Psychiatern mit 58.000€, Anästhesisten mit 96.000€ und den Allgemeinärzten mit 135.000€ deutlich geringer angesetzt.

---

<sup>15</sup> Statista (2013): Anteil der in Städten lebenden Bevölkerung von 1950 bis 2030 in Deutschland und weltweit, auf: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/152879/umfrage/in-.staedten-lebende-bevoelkerung-in-deutschland-und-weltweit/>, abgerufen am: 17.12.2013

<sup>16</sup> Vgl. Hörbst, G. (2006): Landflucht der jungen Hausärzte, Hamburger Abendblatt (20.02.2006)



Vergleicht man das Finanzierungsvolumen im Hinblick auf den Niederlassungstyp, so erkennt man, dass für einen Gemeinschaftspraxisbeitritt deutlich mehr bezahlt wurde als für eine Einzelpraxisneugründung. Im Durchschnitt wurden für einen Beitritt 212.215€ und für eine Praxisneugründung 119.732€ in Westdeutschland bezahlt. Ebenfalls lag das Finanzierungsvolumen für die Übernahme sowohl von Einzelpraxen mit 193.234€ als auch von Gemeinschaftspraxen mit 190.892€ deutlich höher als bei einer Praxisneugründung. Auch hier sind erhebliche Unterschiede im Vergleich zwischen West- und Ostdeutschland zu verzeichnen. So wurden in Ostdeutschland lediglich 75.951€ für eine Praxisneugründung und 117.745€ für eine Praxisübernahme bezahlt.

Aus der Struktur des Finanzierungsvolumens lässt sich erkennen, dass bei einer Praxisübernahme der größte Anteil für das Übernahmeentgelt, welches sich aus dem materiellen und ideellen Wert zusammensetzt, aufgewendet wurde. Nur ein geringer Anteil wurde für Neuinvestitionen, Umbaumaßnahmen oder die Neuanschaffung von Betriebsmitteln aufgewendet. So wurde in Westdeutschland im Schnitt über die Hälfte des Finanzierungsvolumens für das Übernahmeentgelt bezahlt und belief sich im Durchschnitt auf 107.190€. In Ostdeutschland lag der Durchschnitt nur bei 51.979€. Bei den Gemeinschaftspraxisübernahmen und den -beitritten wurde ein deutlich höherer Anteil für das Übernahmeentgelt bezahlt. Dieses betrug bei einer Übernahme 144.134€, was 75,5% und bei einem Beitritt sogar 162.123€, was 76,4% des Finanzierungsvolumens ausmacht. Der Grund für die höheren Praxispreise bei Gemeinschaftspraxen liegt in der größeren Stabilität großer Praxiseinheiten, dem direkten Mittelzufluss aus Praxisumsätzen und dem geringeren Instandhaltungsstau.

Insgesamt kann man festhalten, dass in Ostdeutschland für den ideellen Wert insgesamt deutlich weniger bezahlt wurde als in Westdeutschland. Die Entwicklung des Übernahmeentgelts zeigt des Weiteren einen deutlichen Trend: So ist der materielle Wert seit 1990 kaum oder nur sehr schwach angestiegen während der ideelle Wert von 45.700€ auf 78.847€ gestiegen ist. Dieser Anstieg wird in der Literatur häufig durch die Zulassungsbeschränkungen erklärt. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass sich der Anstieg des ideellen Wertes seit

2001/2002 um 11,1% auf 78.847€ abgeschwächt hat, was auf die beschriebenen Umstände und dem Ärztemangel zurückzuführen ist.

### **3.3. Umsatzstruktur und Einkommen**

Da es hinsichtlich der verschiedenen Fachgebiete erhebliche Unterschiede innerhalb der Umsatzstruktur gibt wird im Folgenden die wirtschaftliche Lage der Praxen je nach Fachrichtung dargestellt. Diese Daten liefert der Jahresbericht vom ZI-Praxis-Panel.<sup>17</sup>

Die Praxiseinnahmen setzen sich zum einen aus den Umsätzen durch die gesetzlich versicherten Patienten und zum andern aus den Umsätzen durch die privat versicherten Patienten zusammen, wobei 2006 im Schnitt 65% des Praxisumsatzes aus Zahlungen der GKV stammen. Der Anteil der privat versicherten Patienten beträgt in Gesamtdeutschland aktuell ca. 10%.<sup>18</sup> Hingegen ist der Umsatzanteil mit rund 20% des gesamten Praxisumsatzes doppelt so hoch. Der Grund sind deutlich höhere Honorarsätze, die die Ärzte mit den Privatversicherungen abrechnen können. Der Rest der Einnahmen stammt aus den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), gutachterlicher Tätigkeit, sonstigen Tätigkeiten und bis 2012 aus der Praxisgebühr. Letztere wurde in 2013 von der Regierung wieder abgeschafft.

Die durchschnittlichen Einnahmen verzeichnen 2009 einen Anstieg von 4% im Vergleich zum Vorjahr. Der Anstieg der GKV-Einnahmen von 5,5% pro Jahr übertrifft den Anstieg der PKV-Einnahmen, welcher 3,5% betrug. Hier werden die Unterschiede hinsichtlich der Fachgruppen deutlich. Während Allgemeinmediziner mit 90,6%, Psychiater mit 93,2% und Nervenheilkunde mit 93,2% einen Anteil von mehr als 90% der Umsätze mit GKV-Patienten realisieren, haben Psychotherapeuten mit 82,3%, Dermatologen mit 84,5% und Urologen mit 84,8% einen geringeren Umsatzanteil mit GKV-Patienten.

Auch hinsichtlich des jährlichen Praxisumsatzes sind erhebliche Unterschiede innerhalb der Facharztgruppen festzustellen. So variiert der Praxisumsatz je nach Praxis in einer Spanne von 50.000€ bis zu mehr als fünf Millionen Euro.<sup>19</sup> Zu den

---

<sup>17</sup> ZI-Praxis-Panel (2013): Jahresbericht 2011, 2.Jg., Berlin

<sup>18</sup> Verband der Privaten Krankenversicherung (2011): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, Köln, S.27

<sup>19</sup> Vgl. Obermann et al.(2007): Umfrage: Nur noch zwei Drittel des Praxisumsatzes aus der GKV, auf: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=54271> , abgerufen am 17.11.2013

umsatzstärksten Praxen zählen vor allem radiologische Gemeinschaftspraxen. Bei dieser Fachgruppe betragen die mittleren Praxiseinnahmen im Jahr 2009 im Schnitt 2.572.211€. Dabei ist anzumerken, dass bei einer radiologischen Praxis das Unternehmensrisiko durch deutlich höhere Investitionen in hochwertige Geräte, wie zum Beispiel Computertomographen steigt. Die damit verbundenen Finanzierungen, die meist im siebenstelligen Bereich liegen, erschweren eine Neugründung erheblich. Auch ein Beitritt in eine Gemeinschaftspraxis wird durch die hohen Kaufpreise und die damit zusammenhängenden Finanzierungen erschwert. Diese Umstände haben dazu geführt, dass viele radiologische Praxen quasi eine Monopolstellung im regionalen Bereich erreicht haben, was die hohen Praxisumsätze erklärt.

Weiterhin ist auffällig, dass umsatzstarke Praxen einen relativ hohen Anteil von Privatpatienten haben. Demgegenüber zählen zu den umsatzschwachen Praxen vor allem die der Psychotherapeuten mit einem deutlich geringeren Umsatz von nur 98.489€. Die mittleren Einnahmen aller Fachrichtungen betragen vor Kosten im Schnitt 329.270€. <sup>20</sup>Dabei soll der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) sicherstellen, dass Vertragsarztpraxen durch die Behandlung von gesetzlich Versicherten nach Abzug der Betriebskosten und einer Arbeitszeit von 51 Stunden pro Woche einen Überschuss von 105.572€ erwirtschaften. Dies entspricht dem später angeführten kalkulatorischen Arztlohn. Allerdings ist festzustellen dass die Praxen im Schnitt durch die Zahlungen der GKV lediglich 98.292€ erwirtschaften. Dies bedeutet für einen niedergelassenen Arzt, dass er mit einer Praxis nur dann besser gestellt ist als ein angestellter Oberarzt im Krankenhaus, wenn er weitere Einnahmen durch privatversicherte Patienten erwirtschaften kann. Obermann et al. haben bei Ihrer Umfrage hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit festgestellt: "Hohe Wochenarbeitszeit und hoher Umsatzanteil durch die GKV sind mit geringer Arbeitszufriedenheit der Ärzte korreliert. Geringes Wochenarbeitszeitvolumen sowie hoher PKV-Anteil gehen in der Gesamtheit mit hoher Arbeitszufriedenheit einher." <sup>21</sup> Dies ist auch ein wesentlicher Grund dafür, dass viele junge Mediziner den Schritt zur eigenen Niederlassung eher in den Hintergrund stellen, da ihnen das unternehmerische Risiko und die starke Arbeitsbelastung zu hoch erscheinen.

---

<sup>20</sup> siehe hierzu: ZI-Praxis-Panel, a.a.O., S. 38f.

<sup>21</sup> Obermann et al., a.a.O., S. 11

Ein weiterer wertbildender Faktor für die Bewertung einer Arztpraxis ist das nachhaltige Einkommen des niedergelassenen Arztes. Der Reinertrag der Arztpraxen variiert auch wieder sehr stark mit der jeweiligen Fachrichtung. So hat ein Kinderarzt bei einer Vollzeitbeschäftigung im Schnitt lediglich einen Reinertrag von 124.000€ wohingegen die „Großgerätemediziner“, wie die Radiologen, mit einem Reinertrag von 264.000€ zu den oberen Einkommensgruppen gehören.<sup>22</sup> Entscheidend für das hohe Einkommen ist nicht die Vergütung der GKV. Hierfür ausschlaggebend ist der höhere Anteil der PKV-Versicherten. Wie oben bereits festgestellt, verfügen Radiologen mit 37,2% Umsatzanteil über einen weitaus höheren privatversicherten Patientenanteil. Dieser liegt mit 17,4% bei Kinderärzten wesentlich niedriger.<sup>23</sup> Im Durchschnitt erwirtschaftet ein niedergelassener Arzt in Form einer Einzelpraxis einen Gewinn vor Einkommensteuer von 130.000€ und gehört in Deutschland somit zu den Topverdienern.

### ***3.4. Darstellung und Diskussion der Methoden einer Praxisbewertung anhand einer Beispielpraxis***

Zur Veranschaulichung der unterschiedlichen Ergebnisse der jeweiligen Methoden wird eine typische Einnahmenüberschussrechnung einer Arztpraxis herangezogen.<sup>24</sup> Die Gesamteinnahmen einer Praxis setzen sich zusammen aus dem Umsatz durch die Kassenpatienten, dem Umsatz durch die Privatpatienten und sonstigen Einnahmen. Von den Umsätzen werden dann alle Kosten einer Praxis in Abzug gebracht, um zum Betriebsergebnis zu gelangen. Von diesem werden dann noch die Fremdkapitalzinsen abgezogen. Da Abschreibungen aus betriebswirtschaftlicher Sicht keine Ausgaben aber Kosten sind, muss man zur Ermittlung des Liquiditätszuflusses der Praxis die Abschreibungen hinzuaddieren. Um realistische Werte für die zukünftige Praxisentwicklung zu finden, ist eine vorsichtige Prognose der betriebswirtschaftlichen Größen notwendig. Dabei werden sowohl die Einnahmen wie auch die Kosten mit einer jährlichen Steigerungsrate von 2% pro Jahr angesetzt. Dies entspricht der aktuellen Zielsetzung der Europäischen Zentralbank bezüglich der einzuhaltenden Inflationsrate.

---

<sup>22</sup> Vgl. Friebe, M. (2012): Was verdient ein Arzt wirklich?, Nürnberg, S. 19f.

<sup>23</sup> Vgl. ZI-Praxis-Panel, a.a.O., S. 39

<sup>24</sup> Grundlage der Daten lieferte der Jahresbericht 2011 vom ZI-Praxis-Panel

Praxis- / Unternehmensplanung	Praxisanteil			Prognose:				
	100%	2011	2012	2013	Inflation p.a.	2014	2015	2016
Umsatz Kassenpraxis		230.000	235.000	240.000	2,00%	244.800	249.696	254.690
Umsatz Privatpraxis		70.000	72.000	75.000	2,00%	76.500	78.030	79.591
Sonstige Einnahmen		0	0	0	0,00%	0	0	0
<b>Umsatz gesamt (Rohertrag)</b>		<b>300.000</b>	<b>307.000</b>	<b>315.000</b>		<b>321.300</b>	<b>327.726</b>	<b>334.281</b>
Praxis-und Laborbedarf		7.500	7.500	7.500	2,00%	7.650	7.803	7.959
Personalkosten		80.000	82.000	84.000	2,00%	85.680	87.394	89.141
Raumkosten		25.000	25.000	25.000	2,00%	25.500	26.010	26.530
Versicherungen/Beiträge		7.500	7.500	7.500	2,00%	7.650	7.803	7.959
Fahrzeugkosten		5.000	5.000	5.000	2,00%	5.100	5.202	5.306
Werbe-/Reisekosten/Büro		1.500	1.500	1.500	2,00%	1.530	1.561	1.592
Fremdlabor		0	0	0	2,00%	0	0	0
Abschreibungen		10.000	9.000	8.000	-10,00%	7.200	6.480	5.832
Reparaturen/Instandhaltung/Leasing		2.000	2.000	2.000	2,00%	2.040	2.081	2.122
Sonstige Kosten / sonstige Steuern		5.000	6.000	7.000	2,00%	7.140	7.283	7.428
<b>Gesamtkosten</b>		<b>-143.500</b>	<b>-145.500</b>	<b>-147.500</b>		<b>-149.490</b>	<b>-151.616</b>	<b>-153.871</b>
<b>Betriebsergebnis</b>		<b>156.500</b>	<b>161.500</b>	<b>167.500</b>		<b>171.810</b>	<b>176.110</b>	<b>180.410</b>
Zinsaufw and Praxisdarlehen		5.000	4.500	4.000		3.500	3.000	2.500
<b>neutrales Ergebnis</b>		<b>5.000</b>	<b>4.500</b>	<b>4.000</b>		<b>3.500</b>	<b>3.000</b>	<b>2.500</b>
<b>Ergebnis vor Einkommensteuer</b>		<b>151.500</b>	<b>157.000</b>	<b>163.500</b>		<b>168.310</b>	<b>173.110</b>	<b>177.910</b>
Abschreibung (+)		10.000	9.000	8.000		7.200	6.480	5.832
<b>Liquidität vor Einkommensteuer</b>		<b>161.500</b>	<b>166.000</b>	<b>171.500</b>		<b>175.510</b>	<b>179.590</b>	<b>183.742</b>

Tabelle 2: Einnahmenüberschussrechnung einer Beispielpraxis

Bevor wir zur Darstellung der einzelnen Bewertungsmethoden kommen, ist die Ermittlung des kalkulatorischen Arztlohns, der bei allen Methoden in Abzug gebracht wird, zu erläutern.

Grundsätzlich wird bei der Bewertungspraxis ein Oberarztgehalt nach 1b BAT mit dem Familienstand verheiratet, zwei Kinder und ohne Mehrarbeitsvergütung abgezogen. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede zwischen dem Gehalt eines Oberarztes, der vier Jahre oder bereits sieben Jahre im Krankenhaus angestellt ist. Vom BGH wird gefordert, dass sich der kalkulatorische Arztlohn individuell und nach den jeweiligen Fachgruppen richtet.<sup>25</sup> Ein anderer denkbarer Ansatz, der im Folgenden verwendet wird, ist, dass das kalkulatorische Arztgehalt nach den durchschnittlichen Gehältern verschiedener Oberärzte im Krankenhaus ermittelt wird. Diese lassen sich mit dem Gehaltsrechner des öffentlichen Dienstes leicht ermitteln. Danach ergibt sich für den kalkulatorischen Arztlohn, nach der Gehaltstabelle 2014<sup>26</sup> ein durchschnittliches Oberarztgehalt von 89.335€ p.a..<sup>27</sup> Dieses Gehalt resultiert aus dem Durchschnitt der Oberarztgehälter, die sich nach dem Gehaltrechner für sieben Jahre, vier Jahre und ein Jahr angestellte Oberärzte an der Uniklinik ergeben. So kann für jeden nachvollziehbar das durchschnittliche

<sup>25</sup> BGH, Urteil vom 6. Februar 2008 - XII ZR 45/06 - OLG Oldenburg

<sup>26</sup> Öffentlicher Dienst. Info: Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken 2014, auf: <http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/aerzte/uniklinik?id=tv-aerzte-2014&matrix=1>, abgerufen am 27.11.2013

<sup>27</sup>  $(95.667+88.629+83.709)/3= 89.335\text{€}$

Oberarztgehalt ermittelt werden. Hinzu kommen noch rund 11.000€ Sozialabgaben p.a.. Diese ermitteln sich aus dem Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung, zur Pflegeversicherung, zur Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung bis zu der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze. In der Summe ergeben sich also knapp 100.000€ p.a.. Dieser kalkulatorische Arztlohn stellt somit die Opportunitätskosten eines niedergelassenen Arztes dar. Laut DATEV liegt der kalkulatorische Arztlohn aktuell sogar bei 105.572€ p.a..<sup>28</sup>

Zudem wird in der Regel bei den Bewertungsmethoden ein Inflationsausgleich in Form zukünftig höherer Oberarztgehälter oder niedriger Oberarztgehälter bei Methoden, die vergangenheitsbasiert sind, nicht berücksichtigt. Daher sollte bei vergangenheitsorientierten Methoden das Oberarztgehalt abgezinst und bei zukunftsorientierten Methoden aufgezinst werden. Bei den folgenden Beispielen unterstellen wir zur Vereinfachung ein kalkulatorischen Arztlohn von 100.000€ p.a..

#### **3.4.1. Ärztekammermethode alt**

Die Bundesärztekammermethode ermittelt den Gesamtwert einer Arztpraxis durch die Addition von Substanzwert und Goodwill. Der materielle Wert wird wie oben beschrieben durch das pauschalierte Verfahren der BÄK ermittelt. Bei der alten BÄK-Methode ist für die Berechnung des Goodwills der Praxisumsatz der vergangenen drei Kalenderjahre maßgeblich.

Von dem ermittelten Durchschnittsumsatz wird ein kalkulatorischer Arztlohn in Abzug gebracht. Die BÄK verfolgt auch hier eine eigene Methode, welche sich an den Umsätzen der Praxis orientiert und dann den kalkulatorischen Arztlohn lediglich anteilig subtrahiert. Der errechnete Umsatz wird durch drei dividiert und gegebenenfalls durch Zu- und Abschläge korrigiert.<sup>29</sup>

$$\text{Goodwill} = (\text{dursch. Umsatz} - k * a) * \left(\frac{1}{3} \pm c\right)$$

a= Abschlagsfaktor auf den kalkulatorischen Arztlohn je nach Praxisumsatz.

c= Zu-oder Abschläge

k = kalkulatorischer Arztlohn p.a.

<sup>28</sup> Vgl. Friebe, M., a.a.O., S.22

<sup>29</sup> Vgl. Willms, a.a.O., S.29; Schmidt-Domin, a.a.O., S.147

Auf unser oben genanntes Beispiel ergibt sich für die alte Bundesärztekammermethode somit ein Goodwill von:  $[(300.000+307.000+315.000)/3-100.000]/3 = 69.111\text{€}$ . Für den Praxisgesamtwert wird noch der materielle Wert in Höhe von 50.000€ hinzuaddiert. Somit ergibt sich für das Jahr 2014 ein Praxiswert von 119.111€.

Diese Methode ist folglich rückwärts gerichtete und erfasst nicht die aktuellen Tendenzen sowie die sich ändernden Rahmenbedingungen in der Zukunft. Damit entspricht diese Methode nicht den Erkenntnissen der modernen Unternehmensbewertung, die grundsätzlich eine zukunftsbezogene Bewertung verlangen.

Der größte Nachteil dieser Methode ist jedoch, dass sie lediglich die Umsätze und nicht den Gewinn betrachtet. Aber gerade der Gewinn ist für einen Praxiserwerber maßgeblich. Somit berücksichtigt sie keine Kostenstrukturen, welche sich je nach Arztpraxis und Fachrichtung erheblich unterscheiden. Nach Boos birgt diese rückwärts gerichtete Methode ein hohes Risiko einer Fehlbewertung.<sup>30</sup> Auch Schmidt-Domin ist der gleichen Meinung: "Die Praxis zeigt, dass der durch diese Methode errechnete Goodwill mit dem tatsächlichen Wert der Praxis und erst recht mit dem Marktwert, also dem bezahlten Kaufpreis, so gut wie nichts gemein hat".<sup>31</sup> Die qualitativen Faktoren finden in dieser Methode ebenfalls keine Anwendung und werden lediglich mit den Zu- oder Abschlägen zum Ausdruck gebracht, die zudem oft nicht nachvollziehbar und subjektiv sind.

### ***3.4.2. Novellierte Ärztekammermethode***

Aus der oben bereits angesprochenen Nichtberücksichtigung der Kosten- und Gewinnsituation hat die Bundesärztekammer diese Methode 2008 novelliert. Allerdings betont die BÄK, dass es sich auch hierbei nur um "Hinweise" zur Bewertung von Arztpraxen handelt.<sup>32</sup>

Neue Bezugsgröße ist nun der Gewinn und nicht der Umsatz. Der Gewinn der Praxis bestimmt ihren Wert und ergibt sich aus dem Praxisumsatz abzüglich

---

<sup>30</sup> Vgl. Boos, Frank (2005): Bewertung von Arztpraxen im Rahmen des Zugewinnausgleichs, MedR, Heft 4, S.204

<sup>31</sup> Schmidt-Domin a.a.O., S.151

<sup>32</sup> Cramer, U. (2009): Neue "Hinweise" zur Bewertung von Arztpraxen, in: MedR, Heft 27, S. 716; Deutsches Ärzteblatt (2008), Heft 51-52, A-2772

sämtlicher Kosten. Der kalkulatorische Arztlohn ist auch hier in Abzug zu bringen, wobei die neue Bundesärztekammermethode in Bezug auf das Oberarztgehalt eine ähnliche Methodik wie bei der alten BÄK-Methode anwendet. Sie bezieht die Höhe des Oberarztgehaltes auf die jeweiligen Gesamtumsätze der vergangenen Jahre bei der zu betrachtenden Praxis. Bei einem Umsatz in Höhe von 240.000€ wird ein Oberarztgehalt von 76.000€ angesetzt. Das Oberarztgehalt verringert sich jeweils um 7.600€ bei einem Umsatzrückgang von 25.000€. Liegt der Umsatz unter 40.000€ wird kein Oberarztgehalt in Abzug gebracht. Da der Umsatz in dem oben genannten Beispiel höher ist als die von der Bundesärztekammer gezogene Grenze, ist ohnehin kein Abschlag vom Oberarztgehalt vorzunehmen. Der ermittelte Gewinn abzüglich des Arztgehaltes wird mit einem Prognosemultiplikator multipliziert. Dieser soll bei Einzelpraxen zwei und bei Gemeinschaftspraxen 2,5 betragen. Fragwürdig erscheint dabei, aus welchem Grund die Multiplikatoren diese Größe annehmen. „Sie sind aus der Luft gegriffen und aus dem nichts gezaubert.“<sup>33</sup>

$$\text{Goodwill} = (\text{Gewinn} - k) * \text{Prognosemultiplikator}$$

k = kalkulatorischer Arztlohn

Auf unser Beispiel angewendet ergibt sich für die novellierte Bundesärztekammermethode ein Goodwill von:  $[(151.500 + 157.000 + 163.500) / 3 - 100.000] * 2 = 114.666€$ . Auch hier wird der materielle Praxiswert von 50.000€ hinzuaddiert und somit ergibt sich ein Praxisgesamtwert für das Jahr 2014 für Einzelpraxen von 164.666€.

Trotz der Verbesserung der novellierten BÄK-Methode, bei der nun nicht mehr die vergangenen Umsätze sondern Gewinne entscheidend sind, birgt auch sie die Gefahr zur Fehlbewertung. Es wird weiterhin nur der Gewinn der Vergangenheit betrachtet und dieser wird mit einfachen Multiplikatoren vervielfältigt. Zudem ist die Berechnung des individuellen Arztlohns willkürlich, was eine weitere Stellschraube für Manipulationsmöglichkeiten mit sich bringt. Das Oberarztgehalt entspricht auch nicht dem der oben genannten Gehaltslisten. Eine Begründung für die Abschläge kann plausibel nicht nachvollzogen werden. Auch die Prognosemultiplikatoren lassen sich nicht nachvollziehen und sind somit als unzweckmäßig zu betrachten. Daher sollte nach Merk die Bundesärztekammer "

<sup>33</sup> Knief, P. (2009): Die „Bewertung medizinischer Praxen“ nach dem 31.12.2008, in: Der Betrieb, Heft 17, S. 867



ihre zweifelsfrei fehlerhaften Hinweise für die Bewertung von Arztpraxen rasch aufheben."<sup>34</sup> Allerdings findet diese Methode durch ihre relativ einfache Gestaltung und dadurch, dass sie von der Bundesärztekammer entwickelt worden ist, viele Anwender.

### 3.4.3. IBT-Methode

Die Indexierte Basis-Teilwert-Methode (IBT-Methode) wurde speziell für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen vom Sachverständigen Frielingsdorf entwickelt. Auch bei dieser Methode entsteht der Gesamtwert aus dem Substanzwert und Goodwill.

Der Goodwill bildet sich zunächst aus einem Basiswert, der auf dem Gewinn der Praxis basiert. Dieser wird daraufhin mit anderen Praxen gleicher Fachrichtung verglichen. Der Basiswert setzt sich schließlich aus verschiedenen Teilwerten wie Ertragskraft, Lage und Umfeld der Praxis und weiteren Wertkomponenten zusammen. Die Basis für die Berechnung des Goodwills liefern die übertragbaren Umsätze und Gewinne der letzten fünf Jahre. Der errechnete Mittelwert wird dann mit einem Sättigungsgrad multipliziert. Dieser Sättigungsgrad enthält Faktoren wie zum Beispiel die Arztdichte in einem Gebiet oder das Angebot und die Nachfrage nach Praxen gleicher Fachrichtung und kann kleiner 1,0, bei 1,0 oder größer als 1,0 angesetzt werden.<sup>35</sup>

Berechnung der IBT-Methode<sup>36</sup>:

$$Goodwill = \left[ \left( \frac{1}{5} \sum_{t=1}^5 U_t \right) * m_U + \left( \frac{1}{5} \sum_{t=1}^5 G_t \right) * m_G \right] * \frac{1}{2} * SG$$

$U_t$ = Praxisumsatz in Periode t	$m_U$ = Umsatzmultiplikator	SG= Sättigungsgrad
$G_t$ = Praxisgewinn in Periode t	$m_G$ = Gewinnmultiplikator	t= Vergangenheitsperiode mit t=1...5

Angenommen die Multiplikatoren sowie der Sättigungsgrad liegen bei 1, ergibt sich für unser Beispiel, bei dem wir zur Vereinfachung die Jahre 2011 bis 2015 berücksichtigen, folgender Praxisgesamtwert:

$$(0,2*(300.000+307.000+315.000+321.300+327.726)*1+(0,2*(151.500+167.000+163.500+168.310+173.110)*1)*0,5*1=239.396€$$

<sup>34</sup> Merk a.a.O., S. 367

<sup>35</sup> Vgl. Frielingsdorf, G. /Frielingsdorf, O.(ohne Jahr): Kurzfassung zu Methoden der Bewertung von Arzt und Zahnarztpraxen sowie Apotheken, S. 8ff. ; Willms a.a.O., S. 31

<sup>36</sup> Schmidt-Domin a.a.O., S. 156

Leider kommt man trotz eines einfachen Beispiels bei dieser Methode zu keinem nachvollziehbaren Ergebnis, da nicht klar ist, in welcher Höhe die Multiplikatoren anzusetzen sind. Darüber hinaus ist Frielingsdorf nicht bereit, seine Bewertungsmethodik offenzulegen, da es sich um ein „Betriebsgeheimnis“ handelt. Diese nicht transparente Methodik bemängelt auch das Urteil des BGH.<sup>37</sup> All diese Modifizierungen stellen gleichzeitig auch Manipulationsmöglichkeiten für den Gutachter dar. Ebenfalls fällt auf, dass die IBT-Methode die einzig angeführte Methode ist, die kein Oberarztgehalt in Abzug bringt. Es ist kaum möglich, dass ein Dritter diese Methode anwenden kann, was für allgemein anerkannte Gutachten zwingend notwendig ist. Auch setzt die IBT-Methode voraus, dass Vergleichszahlen anderer Arztpraxen vorliegen. Problematisch an dieser Vorgehensweise ist, dass jede Arztpraxis individuelle Kostenstrukturen besitzt und somit einen Vergleich erheblich erschwert. Ebenfalls ist fraglich, ob ein Gutachter die nötige Objektivität aufweist, wenn man durch die undurchsichtige Verwendung der Multiplikatoren zu einem beliebigen Kaufpreis im Sinne des Auftraggebers kommen kann.

#### **3.4.4. Ertragswertmethode**

Das Ertragswertverfahren findet häufig in der Betriebswirtschaftslehre seinen Platz und wird in der Regel zur Unternehmensbewertung angewendet. Der Wert des Unternehmens ergibt sich aus den zukünftigen Erträgen. " Das Ertragswertverfahren war in Deutschland für Wirtschaftsprüfer als neutrale Gutachter lange Zeit zwingend vorgeschrieben und ist daher in Praxis und Rechtsprechung weit verbreitet."<sup>38</sup>

Da eine Arztpraxis ebenfalls ein Unternehmen ist, in dem der Arzt freiberuflich tätig ist, kann man das Ertragswertverfahren zur Praxisbewertung verwenden. Allerdings muss man die Besonderheiten der Arztpraxis und vor allem die begrenzte Lebensdauer des zuvor geschaffenen Goodwills des Praxisabgebers berücksichtigen und spricht daher auch oft vom modifizierten Ertragswertverfahren. Das modifizierte Ertragswertverfahren ist im Gegensatz zur Ärztekammer-Methode zukunftsbezogen. Zudem betrachtet es nicht wie die

---

<sup>37</sup> Boos , F (2009): Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen unter Beachtung des BGH-Urteils vom 06.02.2008 – XII ZR 45/06, auf: <http://www.pfeffer-boos.de/img/media/060d33f313072e3d8f171fd7a5004b76.pdf>, abgerufen am: 28.11.2013

<sup>38</sup> Nölle, J. (2009): Grundlagen der Unternehmensbewertung, in: Schacht, U. / Fackler, M. (Hrsg.): Praxishandbuch Unternehmensbewertung, 2.Aufl., Wiesbaden

anderen Methoden den materiellen Wert der Praxis, was als Vorteil gesehen werden kann, da die extrem schwierige Bewertung der materiellen Gegenstände vermieden wird. Theoretischer Hintergrund ist der Tatbestand, dass ein Käufer den Ertrag des Unternehmens nur dann verwirklichen kann, wenn die materiellen Gegenstände vorhanden sind. So kann ein Arzt ohne Praxisinventar de facto auch keinen Ertrag erwirtschaften. Allerdings wird ein Liquidationswert als untere Preisgrenze berücksichtigt und zu dem ermittelten Barwert hinzuaddiert.<sup>39</sup>

Bei dem Ertragswertverfahren wird versucht, eine Zukunftsprognose zu erstellen. Dabei werden sowohl die Umsätze wie auch die Kosten der Praxis vorsichtig prognostiziert. Bei den Kosten ist anzunehmen, dass sie zumindest in Höhe der aktuellen Inflationsrate steigen werden. Gleiches trifft auch für die Umsätze der Praxis zu, sofern keine weiteren Informationen zum Beispiel durch die Abwanderung der Patienten vorliegen. Daraufhin erfolgt eine Berechnung des nachhaltigen Erfolgs der Arztpraxis. Bei der Ertragswertmethode ist zu beachten, dass sie nicht vom Ergebnis vor ESt., sondern vom zukünftigen Betriebsergebnis der Praxis ausgeht.<sup>40</sup> Diese zukünftigen Betriebsergebnisse werden sodann mit dem Kapitalisierungszinsfuß abgezinst. Der Kapitalisierungszinssatz ergibt sich durch Addition der durchschnittlichen Umlaufrendite fest verzinslicher öffentlicher Anleihen, dem Risikozuschlag und der aktuellen Inflationsrate.<sup>41</sup> Anschließend wird das kalkulatorische Arztgehalt abgezogen, welches streng genommen aufgezinnt werden sollte. Der Unterschied zum klassischen Ertragswertverfahren, welches eine "ewige" Rente berechnet, ist, dass sich bei einer Übernahme einer Einzelpraxis der Goodwill nach zwei beziehungsweise bei Gemeinschaftspraxen je nach Fachrichtung nach drei bis fünf Jahren verflüchtigt. Man spricht hier auch vom Verflüchtigungszeitraum. Zu dem errechneten Barwert wird dann noch ein Liquidationswert hinzuaddiert der meist niedrig ausfällt, da er in ferner Zukunft liegt. Bei hochwertigen Geräten wie zum Beispiel in radiologischen Praxen sollte allerdings ein angemessener Liquidationswert angesetzt werden.

---

<sup>39</sup> Der Liquidationswert ist der Erlös, der bei Auflösung der Praxis durch eine Veräußerung der Vermögensgegenstände erzielt werden kann.

<sup>40</sup> Vgl. Wöhe, G. (2010): Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 24. Aufl., München, S. 580f.

<sup>41</sup> Lindenau, L./ Spiller, L. (2008): Beratung der freien Berufe, Wiesbaden, S. 200

Modifizierte Ertragswertmethode mit begrenzter Lebensdauer:<sup>42</sup>

$$EW = \sum_{t=1}^n \frac{E_t}{(1+i)^t} - k * (1+q)^t + \frac{LW_n}{(1+i)^n}$$

EW = Ertragswert

i = Kapitalisierungszins

q = Inflationsrate

E<sub>t</sub> = Entnahmemöglichkeit aus dem Unternehmen in Periode t mit t=1...n

LW<sub>n</sub> = Liquidationswert in Periode n      k = kalkulatorischer Arztlohn

Bezogen auf unser oben genanntes Beispiel ergibt sich für das Ertragswertverfahren mit einem Kapitalisierungszinssatz von 9,5%, für eine Einzelpraxis ein Praxisgesamtwert für das Jahr 2014 von:

$$\frac{171.810}{1,095} - 100.000 * 1,02 + \frac{176.267}{1,095^2} - 100.000 * 1,02^2 = 97.741\text{€}$$

Es ist zu beachten, dass hier kein Liquidationswert angesetzt wurde.

Problematisch ist bei dem Ertragswertverfahren allerdings, den "richtigen" Verflüchtigungszeitraum zu finden. So ist Schmidt-Domin der Meinung, dass es bei großen Gemeinschaftspraxen so gut wie keine Begrenzung des Verflüchtigungszeitraums gibt.<sup>43</sup> Dies führt in der Regel zu nicht marktgerechten und folglich zu überhöhten Praxiswerten. Ebenfalls ist kritisch anzumerken, dass das Ertragswertverfahren von subjektiven Planrechnungen ausgeht, die den Praxiswert erheblich beeinflussen können. Zudem können die sich ständig ändernden Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik bei der Prognose kaum beachtet werden.<sup>44</sup> Schließlich ist durch die Nichtberücksichtigung der zukünftigen Fremdkapitalzinsen das Ertragswertverfahren aus Sicht des Erwerbers um diese zu korrigieren. Nur dann kann ein Erwerber, der den Praxiskaufpreis finanziert, sein zukünftig erzielbares Einkommen vor Steuern aus der Praxis realistisch einschätzen. Festzuhalten ist, dass das Ertragswertverfahren für die Unternehmensbewertung entwickelt wurde und somit zwar in modifizierter Form für Arztpraxen in Frage kommt, allerdings oft zu Fehleinschätzungen hinsichtlich der in der Zukunft liegenden wertbeeinflussenden Faktoren kommen kann.

<sup>42</sup> Vgl. Schmidt-Domin a.a.O., S. 160

<sup>43</sup> Vgl. Schmidt-Domin a.a.O., S. 170

<sup>44</sup> Vgl. Popp, H (2005): Die Praxisbewertung: Fair soll sie sein - für beide Seiten, in: Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 37 vom 16.09.2005, S. 4

### 3.4.5. Methode des Übernahmenvorteils

Der Übernahmenvorteil beschreibt den Vorteil, welcher im Vergleich zu einer Neugründung aus der Übernahme einer Arztpraxis entsteht. Somit wird ein Investitionsvergleich angestellt und es wird der Preis, der aus dem Vorteil einer Übernahme entsteht, berechnet. Die Basis zur Berechnung des Übernahmenvorteils ist die Kapitalwertmethode, da es sich um Investitionsrechnungen handelt.

Der gesamte Übernahmenvorteil resultiert zum einen aus dem substantiellen und zum anderen aus dem ideellen Übernahmenvorteil, was den wesentlichen Unterschied zur Ertragswertmethode darstellt. Der substantielle Vorteil lässt sich aus dem Vergleich der Investitionsausgaben, die bei einer Neugründung entstehen, mit den Investitionsausgaben, die bei einer Übernahme anfallen, erkennen. Dieser Vorteil entsteht, da bei einer Neugründung anfänglich meist ein wesentlich höheres Investitionsvolumen anfällt als bei einer Übernahme. Eine spätere Investition, zum Beispiel durch die Modernisierung eines Gerätes, wird durch die spätere Abzinsung in der Kapitalwertmethode berücksichtigt.<sup>45</sup> Der ideelle Übernahmenvorteil ergibt sich aus dem Vergleich der abgezinsten, zukünftigen Einnahmeüberschüsse, die allerdings nicht durch Abschreibungen, Zinsen und Oberarztgehalt bereinigt werden, da diese bei einer Neugründung de facto auch anfallen. Schließlich wird auch hier ein Risikozuschlag bei dem angesetzten Kalkulationszinssatz berücksichtigt.

Methode Übernahmenvorteil:<sup>46</sup>

$$KW = I + \sum_{t=1}^n \frac{G_t}{(1+i)^t} - \frac{LW}{(1+i)^n}$$

KW = Kapitalwert

G<sub>t</sub> = Gewinn im Jahr t

LW = Liquidationswert

I = Investition bei Neugründung (bei Übernahme=materieller Wert)

i = Kalkulationszinssatz

Da man bei dem Übernahmenvorteil von dem Vergleich zwischen einer Neugründung und einer bestehenden Praxis ausgeht, wird im folgendem bei der Neugründung mit anfänglich höheren Investitionen und von zunächst niedrigeren Erträgen ausgegangen. Die Erträge passen sich in der Regel ab dem fünften Jahr an.

<sup>45</sup> Vgl. Willms, a.a.O., S. 12

<sup>46</sup> Schmidt-Domin, a.a.O., S. 165

Der Kapitalwert der Beispielpraxis für das Jahr 2014 beträgt somit:  $50.000 + \frac{179.010}{1,095} + \frac{182.590}{1,095^2} = 365.761\text{€}$ . Es ist zu beachten ist, dass zu dem Betriebsergebnis die Abschreibungen hinzuaddiert werden.

Der Kapitalwert einer Neugründung im Jahr 2014 beträgt:  $100.000 + \frac{90.000}{1,095} + \frac{115.000}{1,095^2} = 278.103\text{€}$ .

Der Vorteil einer Übernahme beträgt nach zwei Jahren somit:  $365.761\text{€} - 278.103\text{€} = 87.658\text{€}$ .

Bei dieser Methode müssen zudem die Daten einer Neugründung prognostiziert und beschafft werden, weshalb diese Methode, im Vergleich zu den bisher genannten Methoden deutlich anfälliger für eine Fehlbewertung ist. Auch hier braucht man wie bei der IBT-Methode Vergleichszahlen, welche nur schwer zu beschaffen sind, da es zu viele Unterschiede bezüglich der Praxisbesonderheiten und den qualitativen Faktoren gibt. Realisierte Kaufpreise dienen lediglich der Orientierung und haben oftmals eine hohe Varianz.<sup>47</sup> Zudem ist ein Vergleich ausschließlich in den Gebieten möglich, in denen kein Sperrgebiet vorliegt, da in diesen Gebieten eine Neugründung unmöglich ist. Somit kommen nur die ländlichen Gebiete oder Teile des Ostens in Frage.

#### **3.4.6. Übergewinnverrentungsmethode**

Die Übergewinnverrentungsmethode ähnelt der Ertragswertmethode, da sie ebenfalls zukunftsorientiert ist. Ihr Hauptaugenmerk liegt allerdings auf der Verflüchtigungsdauer des Goodwills. Man betrachtet zunächst den erzielbaren Umsatz, zieht von diesem die Kosten inklusive der Abschreibungen ab und gelangt so zum sogenannten Praxisrohgewinn, welcher dem Betriebsergebnis entspricht. Von diesem wird wie in den vorherigen Methoden ein kalkulatorischer Arztlohn subtrahiert. Diese Größe stellt den nachhaltig künftigen Gewinn dar. Ein Unterschied zum Ertragswertverfahren liegt darin, dass es sich auch hier um eine Kombinationsmethode handelt und somit der substantielle und der ideelle Praxiswert getrennt betrachtet werden.

Die Berechnungsformel der Übergewinnverrentungsmethode geht davon aus, dass der nachhaltig erzielbare zukünftige Gewinn in den einzelnen Jahren gleich

---

<sup>47</sup> Vgl. Willms, a.a.O., S 18

bleibt, so dass mit dem Rentenbarwertfaktor gerechnet werden kann. Der Rentenbarwertfaktor bestimmt bei gegebenem Zins und bei gegebener Laufzeit den Barwert des nachhaltig erzielbaren künftigen Gewinns. Die Laufzeit ergibt sich abhängig von der zu bewertenden Praxis, also Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, und liegt bei Einzelpraxen bei zwei und bei Gemeinschaftspraxen je nach Größe zwischen drei bis fünf Jahren. Der Gewinn ist noch um das kalkulatorische Arztgehalt zu bereinigen. Von dieser Größe wird dann der Substanzwert, der mit dem Kapitalisierungszinsfuß multipliziert wird, in Abzug gebracht. Die so ermittelte Größe stellt den "Übergewinn" dar, der vom Praxisübernehmer genutzt werden kann. Zum Praxisgesamtwert gelangt man schließlich, indem man zum Übergewinn noch den ermittelten Substanzwert der Praxis addiert.

Methode Übergewinnverrentung:<sup>48</sup>

$$P = S + an * (G - k - i * S)$$

P = Praxisgesamtwert

an = Rentenbarwertfaktor<sup>49</sup>

G = nachhaltig erzielbarer künftiger Gewinn

k = kalkulatorischer Arztlohn

i = Kapitalisierungszinsfuß

S = Substanzwert

Auf unser oben genanntes Beispiel der Einzelpraxis ergibt sich ein Rentenbarwertfaktor bei einer Laufzeit von zwei Jahren und einem Zinssatz von 5.5% von 1,8463. Es entsteht folglich ein Praxisgesamtwert für das Jahr 2014 in Höhe von:  $50.000 + 1,8463 * (171.810 - 100.000 - 0,055 * 50.000) = 177.505\text{€}$ . Um den Goodwill beziehungsweise den Übergewinn zu bestimmen, zieht man den Substanzwert von 50.000€ ab und erhält einen Wert von 127.505€.

Die Übergewinnverrentungsmethode findet primär ihre Anwendung in Steuerberater- und Anwaltskanzleien. Bei Arztpraxen ist ihre Anwendung aufgrund der hohen Unsicherheit im Gesundheitswesen fragwürdig, da sie pauschal mit konstanten zukünftigen Erträgen rechnet und darüber hinaus ein Risikozuschlag bei dem Kapitalisierungszinsfuß nicht berücksichtigt. Ebenfalls ist der Verflüchtigungszeitraum der zu bewertenden Praxis zu schätzen, was erhebliche Auswirkungen auf den Praxiswert hat.

<sup>48</sup> Vgl. Steinbrück, R. (2006): Praxisabgabe und Praxisnachfolge, Heidelberg, S. 28f.

<sup>49</sup> Finanzmathematische Tabellen auf: <http://wirtschaft.fh-duesseldorf.de/fileadmin/personen/professoren/peters/Mathematik/finmatab.pdf>, abgerufen am: 28.11.2013

### ***3.5. Ergebnisse der verschiedenen Methoden***

Die Darstellung der Praxisbewertungsmethoden hat gezeigt, dass es nicht „die“ richtige Methode zur Praxisbewertung gibt.<sup>50</sup> Problematisch ist, dass ein Gutachter die Methode frei auswählen kann und so die Ergebnisse im Sinne des Auftraggebers manipuliert werden können. So hat ein Käufer einer Praxis an einem möglichst geringen Praxiswert Interesse, während der Verkäufer einer Praxis an einem möglichst hohen Praxiswert Interesse hat. Durch diesen Umstand ist evident, dass Verkaufsverhandlungen in der Praxis erheblich erschwert werden können, wenn die Gutachter im Sinne der Auftraggeber die geeignete Bewertungsmethode wählen können. Liegen die Preise dann zu weit auseinander wird es schwer sich auf einen möglichst für beide Seiten akzeptablen Preis zu einigen.

Laut einer Umfrage von Ohrmann lässt sich aber sagen, dass die modifizierte Ertragswertmethode am häufigsten verwendet wird. Knapp 75% aller Bewertungen werden hinsichtlich der Umfrage mit dieser Methode durchgeführt. An zweiter Stelle folgt das Verfahren nach der Bundesärztekammer. Dies ist höchstwahrscheinlich durch die leichte Handhabbarkeit dieser Methode zu begründen.<sup>51</sup>

Es ist allerdings festzuhalten, dass bei Anwendung der meisten Methoden die zukünftigen Einflüsse wie die Veränderungen im gesundheitspolitischen Sektor nicht genügend Berücksichtigung finden. Gerade in diesem Sektor verändern sich die Rahmenbedingungen sehr häufig und können nur dann berücksichtigt werden, wenn eine Methode gewählt wird, die in die Zukunft gerichtet ist. Nur in diesem Fall können diese Einflüsse in Form höherer oder niedrigerer Umsätze Auswirkungen auf den Praxiswert haben. Vergangenheitsbasierte Methoden können diese Faktoren nicht berücksichtigen.

Zudem sind die Betrachtungszeiträume zu kurz und darüber hinaus je nach Methode nur vergangenheits- oder zukunftsorientiert. Es werden meist nur die letzten drei oder die kommenden zwei bis drei Jahre betrachtet. Dabei wäre es einfach sowohl die letzten drei Jahre wie auch die zukünftigen drei Jahre bei allen

---

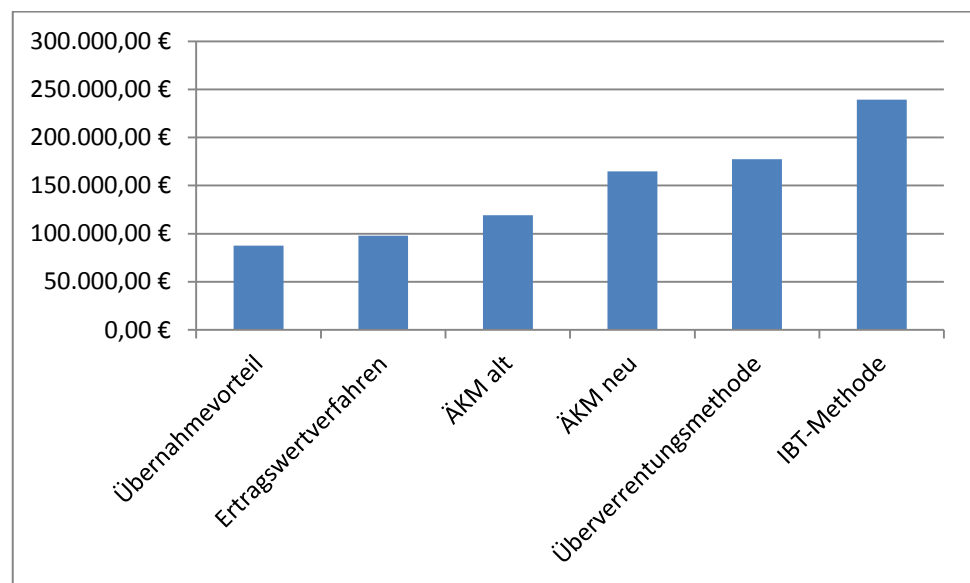
<sup>50</sup> Vgl. Bridts, W. (2011): Die Bewertung von Arzt und Zahnarztpraxen, in: Kunhardt, H. (Hrsg.): Systematisches Management im Gesundheitswesen, Wiesbaden, S. 233

<sup>51</sup> Vgl. Ohrmann, T. (2009): Bewertung von Arztpraxen – Analyse des Ist-Zustands, Norderstedt, S. 23



oben dargestellten Methoden zu betrachten, indem man die jeweilige Methode einfach Jahr für Jahr anwendet und so den Praxiswert jährlich ermittelt. So gelangt man zu jährlichen Werten und kann im Wege der Durchschnittsbildung einen Praxisgesamtwert über einen längeren Zeitraum darstellen. Natürlich werden dadurch die Schwächen der jeweiligen Methode nicht beseitigt, sondern nur der Betrachtungszeitraum verlängert.

Grundsätzlich wird bei den Methoden vernachlässigt, dass der kalkulatorische Arztlohn inflationsbereinigt werden müsste. Die materiellen Werte lassen sich oft nicht nachvollziehbar ermitteln, da es keine tatsächlichen Verkaufserlöse am Markt gibt. All das sind Gründe dafür, dass es keine einheitliche Bewertungsmethode gibt und sich die Ergebnisse der jeweiligen Methoden beachtlich unterscheiden. Auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, welche in Abb. 1 dargestellt werden, zeigen die Heterogenität der verschiedenen Bewertungsmethoden.



**Abbildung 1: Ermittelte Praxiswerte der verschiedenen Methoden**

Die Ergebnisse variieren sehr stark abhängig von der jeweiligen Methode und führen zu Praxiswerten von rund 87.500€ bis zu 240.000€. Da alle Methoden ihre Stärken und Schwächen haben, dürfte der wahre Wert der Beispielpraxis in dem genannten Korridor liegen. Weiter fällt auf, dass bei dem Ertragswertverfahren ein sehr geringer Wert ermittelt wird. Dies wird durch das relativ geringe Betriebsergebnis der Beispielpraxis und der Nichtberücksichtigung des materiellen Wertes erklärt. Bei dem Ertragswertverfahren ist vor allem die Zukunftsprognose der zu erzielenden Umsätze und der angewendete

Betrachtungszeitraum für die Höhe des Praxiswertes entscheidend. Je länger der Betrachtungszeitraum ist, desto höher ist der Praxiswert. Fällt die Prognose der Betriebsergebnisse positiv aus, führt dies ebenfalls zu höheren Praxiswerten. Im Gegensatz dazu führt bei ertragsschwachen Praxen mit einem hohen Anteil an materiellen Werten die alte Bundesärztekammermethode zu einem relativ hohen Praxiswert. In dem Beispiel führt die IBT-Methode zum höchsten Wert der Praxis. Wie oben schon ausführlich erörtert wurde, ist dieser Ansatz allerdings nicht transparent nachvollziehbar.

### ***3.6. Einfluss der qualitativen Faktoren auf die Praxisbewertung***

Auf die Praxisbewertung mit den genannten Methoden haben die qualitativen Faktoren zunächst keinen Einfluss, da diese rudimentär oder gar nicht berücksichtigt werden können. Insofern diese Berücksichtigung finden, wird dies pauschal durch höhere Multiplikatoren und/oder höherer beziehungsweise niedrigere Ärztegehälter zum Ausdruck gebracht. Schließlich versucht man häufig die qualitativen Faktoren bei der Prognose der Umsätze beziehungsweise der Kosten zu berücksichtigen. Bei all diesen Ansätzen stellt man fest, dass sie zum größten Teil willkürlich und subjektiv angewendet werden.

In der Praxis kann die sogenannte Nutzwertanalyse zur Bewertung der qualitativen Faktoren herangezogen werden.<sup>52</sup> Diese teilt die qualitativen Faktoren wie Standort, Konkurrenzsituation, Kooperationsmöglichkeiten, Mitarbeiterstamm, Zuschnitt der Praxisräume und weitere Faktoren auf und gewichtet sie mit Hilfe einer einfachen Punktbewertung, die in der Summe 100 Punkte vergibt. Zudem werden unbedingte Forderungen festgelegt. Anschließend wird ein Vergleich mit anderen Handlungsalternativen zum Beispiel einer zweiten Praxis angestellt, indem man die qualitativen Faktoren der beiden Alternativen mit einem Faktor zwischen null bis zehn bewertet. Diese Punktvergabe richtet sich nach der subjektiven Wertvorstellung des Käufers oder Verkäufers und bedeutet, dass das Kriterium bei null nicht erfüllt ist während es bei zehn voll erfüllt ist. Daraufhin multipliziert man die einzelnen qualitativen Faktoren mit den subjektiven Werten und wählt die Alternative mit dem höchsten Nutzwert, sofern diese auch die unbedingten Forderungen erfüllt.

---

<sup>52</sup> Nagel K. (1988): 200 Strategien, Prinzipien und Systeme für den persönlichen und unternehmerischen Erfolg, Moderne Industrie, Landsberg/Lech, S. 202ff.

Die Nutzwertanalyse erfordert allerdings viel Zeit, da man Alternativen bewerten muss. Sie ist andererseits sehr einfach gehalten und gut nachvollziehbar und kann daher in der Praxis zur Bewertung der qualitativen Faktoren Anwendung finden.

Die folgende Tabelle stellt die Anwendung der Nutzwertanalyse für den Fall der Auswahl der optimalen Praxis dar. Natürlich kann die Nutzwertanalyse auch zur Auswahl eines Kooperationspartners oder zur Optimierung der Praxis angewendet werden.

Nutzwertanalyse der Qualitativen Faktoren bei der Praxisbewertung						
Ziel der Analyse: <i>Auswahl der optimalen Praxis oder Kooperation</i>			Alternativen			
unbedingte Forderungen: <i>Kriterien 1 und 12</i>			Praxis A / Partner A		Praxis B / Partner B	
			Wertigkeit (0..10)		Wertigkeit (0..10)	
Auswahlkriterien	Gewicht G		W	GxW	W	GxW
1	Praxiswert angemessen	9	8	72	10	90
2	Mietvertrag und monatliche Miete / qm	6	10	60	6	36
3	Gebiet gesperrt ?	9	7	63	10	90
4	Praxisstandort	9	4	36	9	81
5	Kooperationsmöglichkeiten	6	8	48	3	18
6	Mitarbeiterstamm	5	5	25	10	50
7	Ruf der Praxis	7	3	21	5	35
8	Zuschnitt der Praxisräume	7	4	28	7	49
9	Patientenstruktur und -bindung	6	2	12	7	42
10	Anteil Privatpatienten	7	5	35	7	49
11	Kostenstruktur im Verhältnis zur Fachgruppe	6	8	48	8	48
12	Zukunftserwartungen	9	3	27	10	90
13	Investitionen in den kommenden Jahren	6	3	18	6	36
14	Betriebswirtschaftliche Kennzahlen der Praxis positiv	8	8	64	6	48
<b>Summe</b>		<b>100</b>		<b>557</b>		<b>762</b>
Entscheidung für Alternative						

**Tabelle 3: Beispielrechnung der Nutzwertanalyse**

Bei diesem Beispiel würde sich ein Käufer hinsichtlich der qualitativen Merkmale für die Praxis B entscheiden, da der Nutzwert höher liegt als bei der Praxis A und die unbedingten Forderungen eins und zwölf erfüllt sind.

Die qualitativen Faktoren spielen bei der Entscheidung zwischen mehreren Praxen eine Rolle und gleichzeitig bestimmen diese die konkrete Kaufpreisfindung einer Praxis, die sich regelmäßig von den Ergebnissen einer Praxisbewertung unterscheidet, da die Verkaufspreise durch eine Verhandlung ermittelt werden. Wenn unsere Beispielpraxis die qualitativen Faktoren positiv erfüllt, würde die Kaufpreisfindung im Wege der Verhandlung eher im oberen Bereich des erwähnten Korridors liegen. Im umgekehrten Fall würde ein potenzieller Erwerber eher einen Preis im unteren Bereich des Korridors bezahlen.

#### 4. Zusammenfassung und Ausblick

Wie dargestellt wurde gibt es viele Anlässe, eine Praxis zu bewerten. Aufgrund der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte wird in den kommenden 10 bis 20 Jahren die Praxisbewertung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Hinzu kommt, dass der aktuelle Koalitionsvertrag vorsieht, dass die kassenärztlichen Vereinigungen in überversorgten Gebieten Praxen aufkaufen *sollen*.<sup>53</sup> Dieser Umstand dürfte vor dem Hintergrund, dass es leider wissenschaftlich nicht "die" richtige Bewertungsmethode gibt, für viel Diskussionsstoff sorgen.

Erschwerend kommt hinzu, wie die vorliegende Arbeit zeigt, dass es sich bei der Bewertung von Arztpraxen um ein hochkomplexes Thema handelt. Folglich muss der Gutachter neben einem speziellen Fachwissen über die Bewertungsmethoden auch sehr gute Marktkenntnisse aufweisen, damit ein marktgerechter Preis für eine Arztpraxis ermittelt werden kann. Schließlich sollte der Gutachter bei der Auswahl der geeigneten Praxisbewertungsmethode über die notwendige Objektivität verfügen und gegebenenfalls mehrere Methoden betrachten.

So gibt es hinsichtlich des immateriellen Wertes erhebliche Unterschiede zwischen den Arztpraxen. Jede Arztpraxis hat individuelle Praxisbesonderheiten, die vom Praxisinhaber geprägt sind und die man durch eine umfangreiche Analyse ermitteln muss. Ein Vergleich zwischen Arztpraxen ist dadurch nur schwer möglich.

Die Unterschiede zwischen dem ländlichen und städtischen Bereich und den damit verbundenen Sperrgebieten erschweren die Bewertung einer Praxis zusätzlich. Man kann den Wert einer Praxis, welche im ländlichen Bereich liegt nicht mit einer Praxis in einer Stadt vergleichen. Trotz gleicher Umsätze werden erhebliche Unterschiede im Kaufpreis zu erkennen sein. Der letztendlich erzielbare Preis wird auch bei dem Verkauf einer Arztpraxis von Angebot und Nachfrage maßgeblich beeinflusst.<sup>54</sup> Das gleiche gilt für den Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland. Da die Erträge im Osten durch die angesprochenen

---

<sup>53</sup> Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten, 18. Legislaturperiode, S. 75

<sup>54</sup> Vgl. Lindenau, L./Spiller, L., a.a.O., S. 196

Gegebenheiten deutlich geringer ausfallen als im Westen, wird sich dies im Kaufpreis widerspiegeln.

Weiter ist festzuhalten, dass es keine Vorgabe über eine Bewertungsmethode in der Rechtsprechung gibt. Es wird nur gesagt, dass die Methode für Dritte nachvollziehbar sein muss. Bis auf die IBT-Methode erfüllen alle dargestellten Methoden dieses Kriterium. Mit ihnen kann der Praxiswert einfach bestimmt werden. Ob er allerdings dem „wahren“ Praxiswert entspricht bleibt offen, da die Methoden durch viele Stellschrauben beeinflusst werden können. Dies zeigt auch der Kommentar zur Ermittlung des ideellen Wertes der deutschen Apotheker- und Ärztekammer zu der Höhe der jeweiligen Multiplikatoren: „In der Praxis stark schwankend und vom Gutachter „beliebig“ festgesetzt.“<sup>55</sup> Gutachter werden gezwungen sein, mehrere Verfahren anzuwenden und die Ergebnisse miteinander zu vergleichen, um einen gerechten Praxiswert zu finden.

Für die niedergelassenen Ärzte wird eine frühzeitige Planung der Abgabe unumgänglich sein, um einen akzeptablen Wert für die Praxis zu erreichen.<sup>56</sup> Durch die Zulassungsbeschränkungen, die demographische Entwicklung, die Landflucht und der zu geringen Anzahl an jungen Ärzten und der damit verbundenen fehlenden Nachfrage nach Praxen, stehen die niedergelassenen Ärzte vor einer großen Herausforderung, einen annehmbaren Preis für Ihre Praxis zu erhalten.

---

<sup>55</sup> Deutsche Apotheker und Ärztekammer (2012): Was ist (m)eine Praxis wert? , S. 20

<sup>56</sup> Vgl. o.V. (2008): Hausärzte: Praxispreise im freien Fall, in: Medical Tribune, 43. Jg., Nr.9, S. 26

## **Literaturverzeichnis**

**Boos, F. (2005):** Bewertung von Arztpraxen im Rahmen des Zugewinnausgleichs, MedR , Heft 4, S. 204

**Bridts, W. (2011):** Die Bewertung von Arzt und Zahnarztpraxen, in: Kunhardt,H.: Systematisches Management im Gesundheitswesen, Wiesbaden

**Cramer, U. (2009):** Neue "Hinweise" zur Bewertung von Arztpraxen, in: MedR, Heft 27, S. 716-719

**Deutsche Apotheker und Ärztebank (2012):** Was ist (m)eine Praxis wert?, S. 20

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank und Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2007):** Existenzgründungsanalyse von Ärzten, Düsseldorf, Berlin

**Deutsches Ärzteblatt (2008),** Heft 51-52, A-2772

**Friebe, M. (2012):** Was verdient ein Arzt wirklich?, Nürnberg

**Frielingsdorf, G./Frielingsdorf, O.(ohne Jahr):** Kurzfassung zu Methoden der Bewertung von Arzt und Zahnarztpraxen sowie Apotheken, S. 8ff.

**Hörbst, G. (2006):** Landflucht der jungen Hausärzte, Hamburger Abendblatt (20.02.2006)

**Knief, P. (2009):** Die „Bewertung medizinischer Praxen“ nach dem 31.12.2008, in: Der Betrieb, Heft 17, S. 867

**Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD(2013):** Deutschlands Zukunft gestalten, 18. Legislaturperiode, S. 75

**Lindenau, L./ Spiller, L. (2008):** Beratung der freien Berufe, Wiesbaden

**Merk, W. (2010):** Bewertung von Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren, in: Drukarczyk, E.: Branchenorientierte Unternehmensbewertung, München, S. 371

**Nagel, K. (1988):** 200 Strategien, Prinzipien und Systeme für den persönlichen und unternehmerischen Erfolg, Moderne Industrie, Landsberg/Lech, S. 202ff.

**Nölle, J. (2009):** Grundlagen der Unternehmensbewertung, in: Schacht, U. / Fackler, M. (Hrsg.): Praxishandbuch Unternehmensbewertung, 2.Auf., Wiesbaden

**o.V. (2008):** Praxispreise im freien Fall, in: Medical Tribune, 43. Jg., Nr. 9

**o.V. (2008):** So verhindern Sie die Katastrophe, in: Medical Tribune, 43.Jg., Nr. 18

**Ohrmann, T. (2009):** Bewertung von Arztpraxen – Analyse des Ist-Zustands, Norderstedt

**Popp, H (2005):** Die Praxisbewertung: Fair soll sie sein - für beide Seiten, in: Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 37 vom 16.09.2005, S. 4

**Ries, H.P. et al. (2012):** Arztrecht- Praxishandbuch für Mediziner, 3. Aufl., Berlin u.a.

**Schmidt-Domin, H.G. (2009):** Bewertung von Arztpraxen und Kaufpreisfindung, 3.Aufl., Berlin

**Steinbrück, R. (2006):** Praxisabgabe und Praxisnachfolge, Heidelberg

**Verband der Privaten Krankenversicherung (2011):** Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, Köln

**Willms, D. (2008):** Der Übernahmevorteil, IfA-Institut für Arztpraxisbewertung, Köln

**Wöhe, G. (2010):** Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 24. Aufl., München

**ZI-Praxis.Panel (2013):** Jahresbericht 2011, 2.Jg., Berlin

**Internetquellen:**

**Aunkofer B. (2011):** Unternehmensrating nach Basel II und Basel III, auf: <http://www.der-wirtschaftsingenieur.de/index.php/unternehmensrating-nach-basel-ii-und-basel-iii/#more-2228>, abgerufen am 7.12.2013

**Bundesministerium der Finanzen (2000):** AfA-Tabelle, auf: [http://www.ihk-berlin.de/linkableblob/bihk24/recht\\_und\\_steuern/downloads/816036/.12./data/afatable-data.pdf;jsessionid=9D8E62CFB51B3FA38B29ADDAEBDB28E3.rep11](http://www.ihk-berlin.de/linkableblob/bihk24/recht_und_steuern/downloads/816036/.12./data/afatable-data.pdf;jsessionid=9D8E62CFB51B3FA38B29ADDAEBDB28E3.rep11), abgerufen am: 20.11.2013

**Boos, F (2009):** Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen unter Beachtung des BGH-Urteils vom 06.02.2008 – XII ZR 45/06, auf: <http://www.pfefferboos.de/img/media/060d33f313072e3d8f171fd7a5004b76.pdf>, abgerufen am: 28.11.2013

**Finanzmathematische Tabellen** auf: <http://wirtschaft.fh-duesseldorf.de/fileadmin/personen/professoren/peters/Mathematik/finmatab.pdf> abgerufen am: 28.11.2013

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013):** Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, 4.Quartal 2011, auf: [http://www.kbv.de/media/sp/mvz\\_entwicklungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf), abgerufen am: 10.11.2013

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012):** Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, auf: [https://www.kbv.de/media/sp/2012\\_12\\_31.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2012_12_31.pdf), abgerufen am:14.12.2013

**Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2012):** Daten & Fakten, auf: [http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df/df12/\\_\\_\\_df12.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df/df12/___df12.pdf), abgerufen am 14.12.2013

**Obermann et al. (2007):** Umfrage: Nur noch zwei Drittel des Praxisumsatzes aus der GKV, auf: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=54271>, abgerufen am 17.11.2013



**Öffentlicher Dienst.Info:** Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken 2014, auf: <http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/aerzte/uniklinik?id=tv-aerzte-2014&matrix=1>, abgerufen am 27.11.2013

**Statista (2013):** Anteil der in Städten lebenden Bevölkerung von 1950 bis 2030 in Deutschland und weltweit, auf: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/152879/umfrage/in-.staedten-lebende-bevoelkerung-in-deutschland-und-weltweit/>, abgerufen am: 17.12.2013

## **Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich vorliegende Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Arbeit bisher oder gleichzeitig keiner anderen Prüfungsbehörde zur Erlangung eines akademischen Grades vorgelegt habe.

Freiburg, den

Unterschrift