

Ferdinand Rau, Rüdiger Saekel

Zahnarztpraxen: Hohe Erträge bei sinkendem Behandlungsbedarf

Die Bundesregierung hat zum Jahresbeginn 1999 die Ausgabenentwicklung in wichtigen Leistungsbereichen durch Obergrenzen beschränkt. Ausgaben sind im personalintensiven Gesundheitswesen aber zugleich in wesentlichem Umfang Einkommen der Leistungserbringer. Wie hat sich die Einkommenssituation der Leistungserbringergruppe der Zahnärzte im Kontext der gesundheitspolitischen Reformmaßnahmen der Vergangenheit entwickelt? Welche Schlußfolgerungen lassen sich daraus für den Einsatz gesundheitspolitischer Instrumente ziehen?

Die Reformen im Gesundheitswesen hatten in der Vergangenheit neben strukturellen Maßnahmen in erster Linie die Kostendämpfung zum Ziel. Auch bei der aktuellen Gesundheitsreform kommt der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung eine wichtige Rolle zu. Inwieweit sich die bisherigen Reformen auf die Leistungserbringer ausgewirkt haben, läßt sich beispielhaft an der Entwicklung der Rahmendaten für die Entwicklung von Zahnarztpraxen seit 1980 darstellen. Dabei gehören zu den angebotsseitigen Bedingungen die Zahnärztezahl, die Praxisart, -größe und -ausstattung sowie die durchschnittliche Arbeitszeit. Nachfrageseitig sind die Patientenzahl und die Morbiditätsentwicklung von ausschlaggebender Bedeutung.

Auf der Angebotsseite stieg seit 1980 in den alten Bundesländern die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte¹ um rund 50%. Hatte 1980 ein Zahnarzt in den alten Bundesländern noch 1780 Einwohner zu versorgen, waren es 1997 im Westen nur noch 1336 und im Osten 1264. Die Angebotsdichte steigt stetig, so daß je Zahnarzt durchschnittlich immer weniger Personen zu versorgen sind (siehe Abbildung 1). Hinsichtlich der wichtigsten Praxisstrukturdaten (siehe Tabelle 1) ist festzustellen, daß die Einzelpraxen mit rund 85% deutlich überwiegen, jedoch im Zeitablauf zurückgehen. Der Anteil der Gemeinschaftspraxen nahm seit 1993 insbesondere durch die eingeführten Niederlassungsbeschränkungen sprunghaft zu. Die Beschäftigtenzahl je Praxis hat seit 1988 um insgesamt einen halben Beschäftigten zugenommen. Dabei vollzieht sich der leicht positive Beschäftigungstrend un-

abhängig von größeren Nachfrageschwankungen. Auch die durchschnittliche Arbeitszeit des Praxisinhabers (Behandlungszeit und Zeit für Praxisverwaltung) ist seit 1980 mit rund 43 Stunden pro Woche in den alten Bundesländern unabhängig von Nachfrageschwankungen. Verglichen mit der wöchentlichen, tatsächlich geleisteten Arbeitszeit von Selbständigen in Deutschland (1997: 49,7 Std.)² arbeiten Zahnärzte im Durchschnitt rund sechs Stunden weniger.

Nachfrageseitig sank durch einen gegenüber dem Zuwachs der Zahnärztezahl (50%) nur geringen Einwohnerzuwachs (10%) das Patientenpotential (Einwohner je niedergelassener Zahnarzt) zwischen 1980 und 1997 in den alten Bundesländern um 26%. Verstärkt wird der Trend zu einer rückläufigen Nachfrage durch eine deutlich verbesserte Zahngesundheit der Bevölkerung. So hat sich der Kariesbefall der 12jährigen zwischen 1980 und 1997 um über 70% verringert³. Auch die Zahngesundheit der Erwachsenen ist gestiegen, wodurch der Anteil der Bevölkerung ohne konservierenden Behandlungsbedarf zwischen 1978 und 1989 um 35% zunahm und sich seither in den ausgewiesenen Altersklassen nochmals im Durchschnitt verdoppelt hat (siehe Tabelle 2). Gemessen am Zahngesundheitsindex für die gesamte Bevölkerung, der vor einigen Jahren entwickelt wur-

¹ Zur Vereinfachung wird im folgenden grundsätzlich die männliche Form verwendet. Selbstverständlich schließt dies jedoch die jeweils dazugehörige weibliche Form ein.

² Vgl. Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 1980-1997.

³ Vgl. K. Pieper: Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 1997, Bonn 1998; vgl. R. Saekel: Effizienz der Gruppenprophylaxe, Vortrag auf dem Symposium „Erfolge der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe“ am 11. November 1998, Hamburg.

⁴ Vgl. J. Bauer, T. Neumann, R. Saekel: Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1994, Berlin 1995.

⁵ Vgl. R. Saekel: Dentistry in Germany, Vortrag beim Treffen der Chief Dental Officers in Europe am 1.-4. Oktober 1998, Ljubljana.

Rüdiger Saekel, 59, Dipl.-Volkswirt, ist Ministerialrat im Bundesministerium für Gesundheit; Ferdinand Rau, 33, Dipl.-Verwaltungswissenschaftler, ist dort Referent.

Tabelle 1

Wichtige Praxisstrukturdaten 1980-1997

	Praxisform (in %)		Be-	Praxis-	Arbeitszeit ²
	Einzel-	Gemein-	schäftige	investition ¹	des Praxis-
	praxis	schafts-	je Praxis	(in 1000 DM)	Inhabers
	praxis	praxis			(Std./Woche)
Alte Bundesländer					
1980	95,1	4,9	-	-	43,8
1990	92,8	7,2	4,91	348	43,2
1995	85,8	14,2	5,25	398	43,2
1996	85,4	14,6	5,29	433	43,1
1997	84,9	15,1	5,31	425	43,2
Neue Bundesländer					
1991	92,8	7,2	2,96	226	50,6
1992	92,1	7,9	3,39	344	46,7
1993	90,6	9,4	3,52	362	45,6
1994	90,0	10,0	3,85	337	45,4
1995	90,1	9,9	3,83	333	44,6
1996	89,8	10,2	3,78	375	44,2
1997	89,9	10,1	3,73	345	43,6

¹ Praxisinvestitionen bei Neugründung einer Einzelpraxis. ²Behandlungszeit und Zeit für Praxisverwaltung.

Quelle: KZBV-Jahrbücher 1995-1996; bis 1994: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

de⁴, hat sich die Zahngesundheit der Gesamtbevölkerung zwischen 1980 und 1997 von 8,7 auf 6,7, d.h. um 23% verbessert⁵ (siehe Abbildung 1). Insbesondere in den alten Bundesländern hat sich seit 1985 auch die parodontale Gesundheit in allen Altersklassen wesentlich verbessert. Diese Verbesserung dürfte auf das erheblich gestiegene Mundhygienebewußtsein der Bevölkerung und auf eine stärker präventionsorientierte zahnärztliche Betreuung zurückzuführen sein.

Im Ergebnis führt die Veränderung der angebots- und nachfrageseitigen Rahmendaten dazu, daß der

Tabelle 2

Altersgruppenbezogene Entwicklung des Bevölkerungsanteils ohne Behandlungsbedarf (Füllungstherapie) 1978 - 1997¹

Altersgruppe	Bevölkerung ohne Behandlungsbedarf (in %)		
	1978	1989	1997
8 u. 9	-	64,0	-
13 u. 14	-	32,8	80,6 ²
15 - 24	12,0	24,2	-
25 - 34	16,0	24,5	-
35 - 44	20,0	31,2	76,4
45 - 54	30,0	37,2	-
55 - 64	42,0	50,5	-
65 u. älter	51,0	58,3	85,4
Gesamt	27,8	37,7	-
1978 - 1989	-	35,5	-

¹ 1978 und 1989: Alte Bundesländer. 1987: Deutschland. ²12jährige.

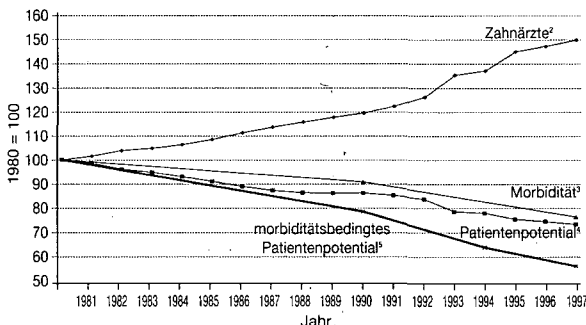
Quelle: P. Dünninger, T. Uhl, J. Einwag, R. Naujocks: Die Veränderung der Mundgesundheit in der Bundesrepublik Deutschland - das Projekt A10, in: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, so. Jg. (1995), Nr. 1, S. 40-44; Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens, 1980, 1991; W. Micheelis, E. Reich: Dritte Mundgesundheitsstudie (DMS III), Köln 1999; eigene Berechnungen.

auf den niedergelassenen Zahnarzt bezogene potentielle Behandlungsbedarf (Patientenpotential x Morbidität) seit 1980 stark rückläufig ist (-43,5%; siehe Abbildung). Da zukünftig weitere Bevölkerungskreise vom prophylaktischen Betreuungsansatz profitieren und die Nachfragekurve nach zahnärztlichen Leistungen bei zunehmendem Alter - im Vergleich zu den gesamten Gesundheitsleistungen, die linear mit dem Alter ansteigen - atypisch verläuft und in den höheren Altersklassen sinkt, dürfte sich die Verringerung des morbiditätsbedingten Patientenpotentials verstärkt fortsetzen. Dies gilt auch bei Berücksichtigung der Tatsache, daß immer mehr Ältere ihre eigenen Zähne behalten und insofern länger als bisher üblich zahnhaltend betreut werden müssen.

Umsatzniveau und -entwicklung

Von der nachfrageseitigen Entwicklung her sollte man annehmen, daß die Umsätze der Zahnärzte rückläufig waren. Tatsächlich weisen aber die Kostenstrukturerhebungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung⁶ zwischen 1980 und 1997 bei den

Änderung angebots- und nachfrageseitiger Rahmenbedingungen 1980-1997¹



¹Alte Bundesländer. ²Niedergelassene Zahnärzte. ³Gemessen am Zahngesundheitsindex der Bevölkerung: (Kariesfreiheitsindex 5/6 J. + DMF-T12 J. + DMF-T35/44 J. + Zahnlosigkeitsindex 65+ J.) / 4. ⁴Einwohner je niedergelassener Zahnarzt. ⁵Patientenpotential x Morbidität.

Quellen: R. Saekel: Dentistry in Germany, Vortrag beim Treffen der Chief Dental Officers in Europe am 1.-4. Oktober 1998, Ljubljana; KZBV-Jahrbücher 1995-1998; bis 1994: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung; W. Micheelis, E. Reich: Dritte Mundgesundheitsstudie (DMS III), Köln 1999; eigene Berechnungen.

⁶ Als Basis der Analyse werden die in langer Zeitreihe und aktuell vorliegenden Kostenstrukturerhebungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) verwendet, die einen vertieften Einblick in Einnahmen-, Kosten- und Ertragsverhältnisse zulassen. Dort, wo nötig und möglich, werden sie durch entsprechende Ergebnisse der Einkommensteuerstatistiken und der Kostenstrukturstatistiken des Statistischen Bundesamt ergänzt; vgl. KZBV-Jahrbücher 1995-1998; bis 1994: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung; Statistisches Bundesamt: Einkommensteuerstatistik, FS 14, Reihe 7.1, diverse Jahrgänge; vgl. Statistisches Bundesamt: Kostenstrukturstatistiken, FS 2, Reihe 1.6.1. und 1.6.2., diverse Jahrgänge.

Tabelle 3

Umsatz, Kosten, Einnahmeüberschuß je Praxisinhaber sowie Nicht-KZV-Umsatzanteil 1980-1997

	Umsatz (aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit) (in DM)	Kosten (= steuerliche Betriebsausgaben)	Anteil der Kosten am Umsatz (in %)	Umsatz minus Kosten (= steuerliche Einnahmeüberschuß) (Basis = 1980)	Median des Einnahmeüberschusses ²	Praxisinhaber insgesamt (in DM)	Mögl. Einnahmeüberschuß bei konstanter Praxisinhaberschaft	Nicht über die KZV vereinnahmter Umsatzanteil (in %) ³
Alte Bundesländer								
					bis 1982			
1980	574 061	351 873	61,3	222 188	nicht ermittelt	27 651	222 188	26,0
1985	615 436	406 106	66,0	209 330	177 240	29 991	227 045	26,2
1990	572 816	389 355	68,0	183 461	160 960	33 018	219 070	51,5
1995 ¹	696 333	504 945	72,5	191 388	166 750	40 025	277 035	40,9
1996	728 564	529 474	72,7	199 090	172 560	40 662	292 771	40,4
1997	746 852	544 053	72,8	202 799	178 100	41 376	303 461	41,0
Zuwachs					(in %)			
1980-97 ⁴	30,0 ¹	54,6	18,8	-8,7	(5,8)	49,6	36,6	57,7
1980-97 ⁵	1,6	2,6	1,0	-0,5	(0,4)	2,4	1,9	2,7
Neue Bundesländer								
							(Basis = 1991)	
1991	275 500	199 800	72,5	75 700	72 800	9 708	75 700	46,6
1992	524 657	370 385	70,6	154 272	138 450	9 469	150 474	51,8
1995 ¹	512 237	363 697	71,0	148 540	134 310	9 685	148 188	24,2
1996	530 769	366 715	69,1	164 054	146 900	9 761	164 950	24,6
1997	550 101	373 396	67,9	176 705	160 860	9 810	178 562	24,3
Zuwachs					(in %)			
1992-97 ⁴	4,8	0,8	-3,8	14,5	16,2	3,6	18,7	-53,1
1992-97 ⁵	1,0	0,2	-0,8	2,8	3,0	0,7	3,5	-14,0

¹Berlin-Ost ist ab 1995 unter den alten Bundesländern subsumiert. Die Veränderungsdaten 1995 sind entsprechend bereinigt. ²Die für den Median, d.h. den Zentralwert, in Klammern ausgewiesenen Veränderungsdaten beziehen sich für die alten Bundesländer auf den Zeitraum 1983 bis 1997. ³Zahnersatz- und KFO-Direktabrechnungsfälle wurden zwischen 1989-1992 nicht, 1993 zum Teil nicht über Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV) abgerechnet; ab 1994 Abrechnung über die KZVen. ⁴Insgesamt. ⁵Jährlich.

Quelle: KZBV-Jahrbücher 1995-1998; bis 1994: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung.; eigene Berechnungen.

Einnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit, die sowohl die Einnahmen aus vertragszahnärztlichen als auch aus privat-zahnärztlichen Behandlungen umfassen, einen Umsatzanstieg je Praxisinhaber in Höhe von 30,1% in den alten Bundesländern aus. 1997 lag das durchschnittliche Umsatzniveau je Praxisinhaber bei rund 746 900 DM (siehe Tabelle 3). Gesundheitspolitische Reformmaßnahmen verursachten dabei im Zeitverlauf teils deutliche Umsatzschwankungen. Der nicht über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vereinnahmte Umsatzanteil wuchs in den alten Bundesländern von 26% (1980) auf 40% (1994) beachtlich an. Seither ist er stabil. Dies könnte darauf hindeuten, daß sich die Nachfrage nach überwiegend ästhetischen Versorgung, die privat zu finanzieren sind, ihrer Sättigungsgrenze genähert hat.

In den neuen Bundesländern verdoppelte sich bis 1997 der durchschnittliche Umsatz gegenüber dem Jahr 1991, in dem erstmals Ergebnisse für das Beitrittsgebiet ausgewiesen wurden. Das durchschnittliche Umsatzniveau je Praxisinhaber lag hier 1997 bei rund 550 100 DM und damit bei knapp Dreiviertel des West-Niveaus. 1991 muß für die neuen Bundesländer noch als Ausnahmejahr angesehen werden, da sich

90% des Umsatzzuwachses 1992 einstellten. Gegenüber 1992 stiegen die Einnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit bis 1997 um nur 4,8% an. Der nicht über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vereinnahmte Umsatzanteil lag im Beitrittsgebiet lediglich bei 24,3% (1997).

Kostenniveau und -entwicklung

Allein aufgrund der positiven Umsatzentwicklung kann man allerdings noch nicht auf eine positive Einkommensentwicklung schließen. Wie entwickelten sich die Kosten pro Praxisinhaber? Der Anstieg der Durchschnittskosten, die bei der steuerlichen Gewinnermittlung abzugsfähig sind, fiel in den alten Bundesländern mit einem Zuwachs von 54,6% stärker aus als die Umsatzsteigerungen im Zeitraum 1980 bis 1997. Das durchschnittliche Kostenniveau je Praxisinhaber lag 1997 im Westen bei rund 544 100 DM (siehe Tabelle 3). In den Betriebsausgaben sind außer dem Mietwert für eigene Räume keine kalkulatorischen Kosten (z.B. kalkulatorischer Unternehmerlohn) enthalten. Der hohe Kostenzuwachs um jahresdurchschnittlich 2,6% hat zur Folge, daß der Kostenanteil am Umsatz von 61,3% (1980) auf 72,8% (1997) angestiegen ist. Ursächlich für den Zuwachs

des Kostenanteils am Umsatz sind in erster Linie die Personalausgaben, ferner der Zuwachs der abschreibungsfähigen Aufwendungen sowie der Anstieg der Raumkosten.

Zwischen den neuen und den alten Bundesländern hat sich bis 1997 die durchschnittliche Kostenstruktur bei Zahnarztpraxen weitgehend angenähert. Die augenfälligste Ausnahme stellen die Personalkosten dar, die bei knapperer Personalausstattung der Zahnarztpraxen in den neuen Bundesländern (siehe Tabelle 1) 1997 immer noch um 4,5 Prozentpunkte unter dem West-Umsatzanteil liegen. Das durchschnittliche Kostenniveau je Praxisinhaber lag 1997 im Osten bei rund 373 400 DM und damit bei etwas mehr als zwei Dritteln des West-Niveaus.

In die abzugsfähigen Betriebsausgaben gehen die Aufwendungen privater Natur für die soziale Absicherung des Praxisinhabers und seiner Familie (Beiträge zur Alters-, Invaliditäts-, Hinterbliebenen- und Krankenversicherung einschließlich der Beiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen) nicht ein. Nach Daten der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes errechnet sich hierfür 1995 je Inhaber einer Zahnarztpraxis im Westen ein Spitzenwert unter den akademischen Freien Berufen in Höhe von jährlich rund 39 300 DM (neue Bundesländer: 28 300 DM). Diese Spitzenstellung hatten die Zahnärzte bereits 1991 inne⁷.

Reinertragsniveau und -entwicklung

Die durchschnittlichen Betriebsergebnisse je Praxisinhaber, die sich aus dem um die Kosten reduzierten Jahresumsatz errechnen und den steuerlichen Einnahmenüberschuß (Reinertrag) vor Abzug der Einkommensteuer darstellen, sanken in den alten Bundesländern gegenüber dem hohen Niveau des Jahres 1980 (rund 222 200 DM) bis 1997 um 8,7%. Der durchschnittliche Reinertrag je Praxisinhaber lag 1997 im Westen bei rund 202 800 DM (siehe Tabelle 3). Der Median, also der Zentralwert, der von jeweils der Hälfte der Praxisinhaber über- bzw. unterschritten wird, lag 1997 in den alten Bundesländern bei 178 100 DM. Unter der Annahme, daß in den alten Bundesländern die Zahl der Praxisinhaber auf dem Niveau des Jahres 1980 verharrt hätte – sie wuchs bis 1997 jedoch um 50% –, wären die durchschnittlichen Bruttoeinkommen je Praxisinhaber um mehr als ein Drittel gestiegen (siehe Tabelle 3). Dieses Gedankenexperiment verdeutlicht, daß das gegenüber 1980 rückläufige zahnärztliche Durchschnittseinkommen insbesondere auf die massive Zunahme der Angebotsdichte zurückzuführen ist. Der Reinertrag pro Praxisinhaber ist also im Vergleich zu 1980 zurückgegangen, dies allerdings

nicht so stark wie aufgrund der nachfrageseitigen Entwicklungen zu vermuten gewesen wäre.

Bis 1997 wuchsen in den neuen Bundesländern die durchschnittlichen Betriebsergebnisse gegenüber 1992 (+14,5%) weit dynamischer als die Kosten (+0,8%). Aufgrund der günstigeren Kostensituation in ostdeutschen Zahnarztpraxen lag das durchschnittliche Reinertragsniveau je Praxisinhaber mit rund 176 700 DM schon fast bei 90% des West-Niveaus. Ähnliches gilt für die Ost-West-Quote des bei rund 160 900 DM liegenden Medians. Trotz merklich höherer Zahnärztedichte und erheblich niedrigeren Privateinnahmenanteils ist die Rentabilität ostdeutscher Zahnarztpraxen vergleichsweise größer als die westdeutscher Praxen.

Einkommensvergleich mit anderen Freien Berufen

Die von einem weitgehend auf Pflichtmitgliedschaft beruhenden solidarischen Versicherungssystem finanzierten Einkünfte der Leistungserbringer stehen im Gegensatz zu Einkünften, die unter normalen Wettbewerbsbedingungen erzielt werden. Daher soll hier ein Vergleich mit anderen Freien Berufen erfolgen. Als Datenquelle für einen auf durchschnittliche Einkommenswerte abstellenden Vergleich zahnärztlicher Einkommen aus selbständiger Tätigkeit mit den Einkommen anderer akademischer Freier Berufe muß für den Betrachtungszeitraum die Einkommensteuerstatistik des Statistischen Bundesamtes herangezogen werden. Da die letzte verfügbare, derart untergliederte Statistik für 1992 vorliegt, können neuere Entwicklungen bei den Einkommensrelationen leider nur punktuell aufgenommen werden.

Ebenso wie bei der auf Basis der Kostenstrukturhebungen dargelegten Entwicklung der Reinerträge je Praxisinhaber waren die Einkünfte je steuerpflichtigen Zahnarzt aus freiberuflicher Tätigkeit zwischen 1980 (alte Bundesländer) und 1992 (Gesamtdeutschland) rückläufig (-3,6 %, siehe Tabelle 4). Die durchschnittlichen Einkünfte der anderen akademischen Freien Berufe nahmen – bis auf diejenigen der Tierärzte – auf niedrigerem Niveau deutlich zu. 1992 verloren die Zahnärzte erstmals im Beobachtungszeitraum ihre Spitzenposition an die mit 0,2% der Steuerpflichtigen sehr kleine Gruppe der Wirtschaftsprüfer und vereidigten Buchprüfer. Im Vergleich dazu stellen die Zahnärzte 6,5% der steuerpflichtigen Freiberufler. Der Verlust der zahnärztlichen Spitzenposition an die Wirtschaftsprüfer und vereidigten Buchprüfer hatte auch 1995 Bestand⁸. Andererseits liegen die durchschnittlichen Einkommen von Zahnärzten nach wie vor deutlich über den Bruttoeinkünften von anderen

Tabelle 4
Entwicklung der Einkünfte von Zahnärzten und anderen Freien Berufen 1980-1992¹
sowie Reinerträge 1995

Berufsgruppen	1980	Einkünfte ² je Steuerpflichtigen				1992	Veränderung 1980-92 (in %)	nachrichtlich	
		1983	1986	1989	Reinertrag je Praxis-/ Büroinhaber 1995			Zahnärzte 1995 = 100	
Zahnärzte	239 463	229 909	238 590	228 398	230 776	-3,6	191 300	100	
Ärzte	180 858	179 592	192 267	144 304	216 728	19,8	187 100	98	
Tierärzte	83 723	87 044	90 010	57 292	78 466	-6,3	84 100	44	
Rechtsanwälte u. Notare	122 926	135 983	121 023	96 975	150 009	22,0	137 587	72	
Wirtschaftsprüfer	138 746	177 455	202 056	131 626	258 261	86,1	281 900	147	
Steuerberater	99 928	114 563	120 057	102 524	160 971	61,1	145 800	76	
Sonstige Wirtschaftsberater	82 810	81 680	93 717	58 282	117 046	41,3	-	-	
Architekten	91 625	90 698	82 785	61 646	133 396	45,6	104 400	55	
Sonstige Ingenieure	86 403	84 098	87 763	61 326	129 243	49,6	120 645	63	
Chem., Chemotech., Physiker	101 454	89 989	123 303	62 567	147 217	45,1	-	-	

¹Bis 1989 alte Bundesländer, Daten für 1992 beziehen sich auf Deutschland. ²Bis 1986 Einkünfte aus selbständiger Arbeit, ab 1989 aus freiberuflicher Tätigkeit. Bei Anwendung der bis 1986 geltenden Methodik ergibt sich 1989 für Zahnärzte ein Einkommen in Höhe von 254 052 DM. 1992 überwiegende Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit.

Quellen: Statistisches Bundesamt: Einkommenstatistik, FS 14, Reihe 7.1, div. Jahrgänge; Statistisches Bundesamt: Kostenstrukturstatistiken, FS 2, Reihe 1.6.1 und 1.6.2, div. Jahrgänge; eigene Berechnungen.

Ärzten, Rechtsanwälten und Notaren, Steuerberatern und Architekten.

Aus der Einkommensteuerstatistik für 1992 lassen sich auch vergleichende Aussagen zur Einkommensschichtung bei Zahnärzten und anderen Freien Berufen ableiten. Als Grundlage hierfür werden die überwiegenden Einkünfte je Steuerpflichtigen aus freiberuflicher Tätigkeit herangezogen. In den Einkommensgrößenklassen unter 100 000 DM weisen die Zahnärzte mit 23,3% den geringsten Anteil unter den akademischen Freien Berufen auf. Nach den Zahnärzten haben nur noch die Ärzte mit einem Anteil von 27,9% ebenfalls eine sehr geringe Besetzung bei den unter 100 000 DM liegenden Einkünften. In den Einkommensgrößenklassen über 300 000 DM fällt lediglich wieder bei den Wirtschaftsprüfern und vereidigten Buchprüfern (26,2%) der Anteil höher aus als bei den Zahnärzten (24,1%), denen an dritter Stelle der Anteil der Ärzte (21,4%) folgt. Die anderen akademischen Freien Berufe liegen weit hinter den Anteilen der genannten Berufsgruppen.

Die im Zeitraum 1980 bis 1997 insgesamt auf hohem Niveau leicht rückläufige Einkommensentwicklung bei Zahnärzten schlägt sich auch in einer geringeren Relation der zahnärztlichen Bruttoeinkünfte zum durchschnittlichen Bruttoverdienst von Angestellten nieder. Lagen die zahnärztlichen Bruttoverdienste 1980 noch beim 5,3fachen der durchschnitt-

lichen Bruttoverdienste von Angestellten, so sanken sie bis 1993 auf das dreifache ab und verharrten bis 1997 bei dieser Relation. In den neuen Bundesländern verminderte sich das Verhältnis zwischen den durchschnittlichen zahnärztlichen Bruttoeinkünften und den Bruttoverdiensten von Angestellten vom fünffachen (1992) auf das 3,6fache (1997).

Stellt man auf das nach Abzug von Steuern und Beiträgen für die soziale Sicherung frei verfügbare Einkommen von Zahnärzten ab⁹ und setzt dieses mit dem verfügbaren Einkommen von Arbeitnehmern¹⁰ nach Abzug der Lohnsteuer und der Sozialbeiträge in Relation, so errechnet sich 1997 ebenfalls ein Verhältnis zwischen den beiden Einkommensbereichen in Höhe des rund dreifachen jährlichen Nettoarbeitnehmereinkommens.

Internationaler Vergleich

Ebenso wie die niedergelassenen Zahnärzte – trotz Einkommensniveauverlusten gegenüber 1980 – im Vergleich mit anderen akademischen Freien Berufen weiterhin recht gut dastehen, gilt dies für die deutschen Zahnärzte auch im internationalen Vergleich. Bei einem Vergleich mit zwölf OECD-Ländern, für die zwischen 1980 und 1992 Zeitreihendaten zu den durchschnittlichen zahnärztlichen Bruttoeinkommen vorliegen, nimmt Deutschland (alte Bundesländer) während des gesamten Zeitraumes die Spitzen-

⁷ Vgl. DIW-Wochenbericht Nr. 37: Das Einkommen der Freiberufler in Westdeutschland, Berlin 1995; eigene Berechnungen.

⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt: Kostenstrukturstatistiken, a.a.O.

⁹ Vgl. KZBV-Jahrbücher 1995-1998, a.a.O.

¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Arbeit: Statistisches Taschenbuch, Bonn 1998.

Tabelle 5

Entwicklung der durchschnittlichen zahnärztlichen Bruttoeinkommen in Dollar-Wechselkursen sowie im Vergleich zu den Arbeitnehmereinkommen 1980-1992

	Brutto-Einkommen in Dollar					Verhältnis zwischen durchschnittlichem Brutto-Einkommen von Zahnärzten und Arbeitnehmern				
	1980	1983	1986	1989	1992	1980	1983	1986	1989	1992
Australien	27 342	27 623	26 727	37 565	41 841	1,7	1,6	1,8	1,7	1,8
Dänemark ¹	40 337	29 268	36 180	58 321		2,2	2,0	1,9	2,2	
Deutschland (ABL) ²	131 573	90 160	109 949	121 488	147 933	6,6	5,6	5,3	4,6	4,3
Finnland	24 466	21 153	29 138	39 303	51 116	1,7	1,6	1,5	1,3	1,5
Irland ¹		17 925	24 178	28 864			1,5	1,5	1,4	
Japan	24 336	25 488	39 453	46 765	59 733	1,8	1,8	1,8	1,5	1,6
Kanada	48 120	62 276	56 835	76 356	86 182	3,1	3,3	3,0	2,9	3,0
Neuseeland	29 039	21 333	25 178	43 048		2,9	2,5	2,6	3,0	
Norwegen		23 397	28 498	32 703	40 104		1,5	1,4	1,3	1,2
Schweden	24 621	16 498	23 413	30 698	46 014	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2
Großbritannien ^{1,3}	33 433	26 441	31 281	43 882	57 912	2,4	2,2	2,2	2,2	2,3
Vereinigte Staaten ⁴	45 000	49 100				2,2	2,1			
Mittelwert	42 827	34 222	39 166	50 818	66 604	2,6	2,2	2,2	2,1	2,1

¹Werte für DK, IRL, UK in 1989 beziehen sich auf 1988. ²D-Wert für 1992 bezieht sich auf Deutschland gesamt. Bei Anwendung der bis 1986 geltenden Methodik ergibt sich 1989 für deutsche Zahnärzte ein Einkommen in Höhe von 135 134 Dollar bzw. eine Relation in Höhe des 5,1fachen. ³UK-Wert für 1992 bezieht sich auf 1991. ⁴USA-Wert für 1980 bezieht sich auf 1991.

Quellen: OECD: OECD-Gesundheitsdaten 1998, Version Mai 1998, Paris 1998; OECD: OECD Health Systems, Facts and Trends, Vol. II, Paris 1993; Statistisches Bundesamt: Einkommensteuerstatistik, FS 14, Reihe 7.1, div. Jahrgänge; Bundesministerium für Arbeit: Statistisches Taschenbuch, Bonn 1998; eigene Berechnungen.

position ein (siehe Tabelle 5). Die Bruttoeinkommen westdeutscher Zahnärzte waren um das 2,7fache (1980) bis 1,7fache (1992) höher als diejenigen kanadischer Zahnärzte, die im internationalen Vergleich den zweiten Platz besetzen. Den Mittelwert der Vergleichsländer überschritten die durchschnittlichen Bruttoeinkommen westdeutscher Zahnärzte um das 3,1fache (1980) bis 2,2fache (1992).

Bei einem Vergleich der durchschnittlichen zahnärztlichen Bruttoeinkommen mit den durchschnittlichen Bruttoeinkommen unselbständig beschäftigter Arbeitnehmer, welches im übrigen zu höheren Relationen führt als bei den im nationalen Teil herangezogenen Angestelltengehältern, wird erkennbar, daß in keinem anderen OECD-Vergleichsland eine entsprechend hohe Relation zwischen den beiden Einkommensbereichen bestand wie in Deutschland (siehe Tabelle 5). Der deutschen Spitzenposition (1980: 6,6faches bzw. 1992: 4,3faches der durchschnittlichen Bruttoarbeitnehmereinkommen) schließt sich auch hier wiederum mit deutlichem Abstand Kanada an (1980: 3,1faches bzw. 1992: 3,0faches).

Ein ökonomisches Paradoxon

Gegenüber dem hohen Einkommensniveau des Jahres 1980 haben sich die Bruttoeinkommen niedergelassener Zahnärzte bis 1997 verringert (-8,7%). Auch der Einkommensvorsprung im Vergleich zu anderen akademischen Freiberuflern und den durchschnittlichen Angestellteinkommen ist kleiner ge-

worden. Gegenüber anderen akademischen Freien Berufen gilt aber immer noch, daß Zahnärzte im Bereich der unteren Einkommensklassen bis 100 000 DM die geringste Besetzung, im oberen Einkommensbereich über 300 000 DM – nach den Wirtschaftsprüfern – dagegen die stärkste Besetzung aufweisen. Auch gegenüber ihren ausländischen Berufskollegen haben deutsche Zahnärzte, den vorliegenden Daten der OECD zufolge, nach wie vor die Spitzenposition inne. Aus der Tatsache, daß der Median sowohl im Westen (178 100 DM) wie im Osten (160 900 DM) relativ dicht am arithmetischen Mittel (alte Bundesländer: 202 800 DM; neue Bundesländer: 176 700 DM) liegt, ist erkennbar, daß die Einkommensverteilung der Zahnärzte nach wie vor recht homogen ist¹¹.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten fällt auf, daß der Rückgang der Bruttoeinkommen relativ moderat ist, obwohl die Zahl niedergelassener Zahnärzte seit 1980 um die Hälfte angewachsen und gleichzeitig das morbiditätsbedingte Patientenpotential um rund 44% gesunken ist. Hinzu kommt eine deutliche Schwerpunktverlagerung zahnärztlicher Tätigkeiten in den Praxen von den vergleichsweise teuren prothetischen zu den relativ kostengünstigeren zahnerhaltenden Maßnahmen. Von diesen gravierenden Änderungen der Rahmenbedingungen ist das Reinertragsniveau zahnärztlicher Praxen zwar betroffen, aber bisher nur

¹¹ Vgl. R Saekel: Die Entwicklung zahnärztlicher Einkommen im Zeitvergleich 1963 bis 1979, in: DOK, 4/1982.

in erstaunlich geringem Umfang. Damit erweist sich die Ertragslage zahnärztlicher Praxen im Langfristvergleich bisher als weitgehend konjunktur- und nachfrageunabhängig. Dieses Ergebnis stellt ein ökonomisches Paradoxon dar, das nur in einem weitestgehend wettbewerbsfreien System, wie es das Gesundheitswesen darstellt, möglich ist.

In Anbetracht der prognostizierten weiteren Zunahme der Zahnärztezahlen in Deutschland, wonach ein Zahnarzt im Jahr 2010 nur noch rund 1250 Patienten zu versorgen hat¹², und angesichts einer deutlichen Zunahme des Anteils der über 60jährigen (Anteil an der Gesamtbevölkerung 1995: 21,0%; 2010: 24,9%), die eine geringere zahnmedizinische Nachfrage als mittlere Jahrgänge haben, sowie einer sich insgesamt weiter verbessernden Zahngesundheit, stellt sich die Frage nach den damit verbundenen gesamtwirtschaftlichen und zahnmedizinisch-qualitativen Konsequenzen für das Gesundheitssystem. Denn angesichts der im Gesundheitswesen bestehenden Besonderheit der angebotsinduzierten Nachfrage, die auch im zahnmedizinischen Bereich grundsätzlich anzutreffen ist, wird in Kombination mit der Honorierung nach Einzelleistungen die von vielen Experten gesehene Gefahr einer zunehmenden Überversorgung mit für die Patienten negativen Folgen größer¹³. Gleichzeitig verstärkt sich die Fehlallokation der gesamtwirtschaftlichen Ressourcen, obwohl Deutschland bereits seit langem um 25 bis 50% höhere gesamtwirtschaftliche Kosten (zahnmedizinische Gesamtkosten in % des BIP) für die Zahnheilkunde aufwenden muß als andere Länder mit gleicher oder sogar besserer Zahngesundheit. Dieser Zusammenhang verdeutlicht, welche unausgeschöpften Produktivitätsreserven es in diesem Teilbereich des Gesundheitswesens noch gibt, die eine erhebliche Effizienzsteigerung in der deutschen Zahnheilkunde erwarten lassen.

Gesundheitspolitische Konsequenzen

Gesundheitspolitisch kann auf die sich abzeichnende Situation grundsätzlich mit bedarfsplanerischen Instrumenten oder mit dem Instrument der ökonomischen Steuerung reagiert werden. Da bedarfsplanerische Ansätze in diesem Zusammenhang bisher weitgehend wirkungslos waren, rechtliche Probleme

aufwerfen und auch Probleme der objektiven Bedarfsbestimmung beinhalten, ist demgegenüber einer ökonomischen Steuerungsvariante, die allerdings medizinische Kriterien einbezieht, der Vorzug zu geben. Hierunter können z.B. neuartige Angebots- und Kooperationsformen zur Erprobung qualitätsfördernder Versorgungsformen und eine ergebnisorientierte Vergütung der Zahnärzte verstanden werden. Erst durch eine Ergebnisorientierung wird die Voraussetzung für eine wirklich leistungsorientierte Vergütung geschaffen, die nicht ausschließlich an der Menge der Leistungen, sondern vorrangig an der Ergebnisqualität der Behandlung und/oder an der Erreichung bestimmter Gesundheitsziele orientiert ist¹⁴.

Ein derartig erweitertes, stärker pauschalisierendes Vergütungssystem, gekoppelt mit einer systematischen Qualitätssicherung und ergänzt um ergebnisorientierte Leistungsanreize, dürfte in der Lage sein, den zukünftigen Steuerungsnotwendigkeiten besser gerecht zu werden. Dies würde dann zwangsläufig zu einer veränderten Einkommensschichtung der Zahnärzte führen. Jene Praxen, die eine präventiv orientierte Zahnheilkunde mit qualitätsgesicherter kurativer Behandlung verbinden und dadurch einen hohen und lang anhaltenden Sanierungsgrad bei ihren Patienten erreichen, würden dann überdurchschnittliche Erträge erzielen. Andere Zahnärzte, die die restaurative Versorgung dem präventiven Ansatz vorziehen und damit einen kontinuierlichen Behandlungs- und Erneuerungsbedarf induzieren – der herkömmliche restaurative Ansatz besteht zu 70% aus Wiederholungsarbeiten – würden entsprechend geringere Erträge erwirtschaften. Auf diese Art und Weise würde durch ökonomische Anreize für ein besseres Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach zahnmedizinischen Diensten gesorgt.

Der am 30. Juni 1999 vom Deutschen Bundestag in erster Lesung beratene Entwurf einer GKV-Gesundheitsreform 2000 (Bundestags-Drucksache 14/1245), der mengensteuernde Instrumente der Krankenkassen, ein gleichgewichtig bewertetes Preissystem für zahnmedizinische Leistungen, eine systematische Qualitätssicherung und eine verstärkte Patientenaufklärung vorsieht, soll die hierfür nötigen flexiblen Rahmenbedingungen schaffen. Ob diese vom Gesetzgeber beabsichtigten Änderungen ausreichen und von den Partnern der Selbstverwaltung (Kassen und Zahnärzten) aktiv aufgegriffen werden, muß die Zukunft erweisen.

¹² Vgl. KZBV-Jahrbücher 1995-1998, a.a.O.

¹³ Vgl. H. J. Staehle: Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland, Wien 1996; W. Seger, W. Schardt, R. Bücken, M. Dutschek, B. Schmidtke: Gesundheitsökonomische Aspekte zahnmedizinischer Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 57/1995, 773-777.

¹⁴ Vgl. C. Krauth, F.W. Schwarz, M. Perleth, R. Busse, J. M. von der Schulenburg: Zur Umsetzung ergebnisorientierter Vergütungselemente in der ambulanten Versorgung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 11-12/1998.