



Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung im Jahr 2006

NEUE Studie des Instituts Deutscher Zahnärzte liegt vor – aktuelles Datenmaterial aus 2005 – Ergebnisse decken sich mit den eigenen Erfahrungen der ISP

Die Ergebnisse der aktualisierten Studie des Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank/Düsseldorf, welche gemeinsam das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung analysierten, decken sich mit unseren aktuellen Erfahrungen aus der Begleitung von über zwei Dutzend zahnärztlichen Existenzgründungen im letzten Jahr.

Folgende zentrale Erkenntnisse sind hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2006 die **häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung**. In den alten Bundesländern entschieden sich 52 % und in den neuen Bundesländern 81 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- In den alten Bundesländern wählten **ein Drittel** der zahnärztlichen Existenzgründer (29 %) die **Gemeinschaftspraxis**. **Vor allem junge Existenzgründer bis 30 Jahre** zeigten eine starke Präferenz für diese Existenzgründungsform (34 %).
- Im Gegensatz zu den alten Bundesländern, in denen 58 % der Existenzgründungen von Männern und 42 % von Frauen realisiert wurden, war die Geschlechterverteilung in den neuen Bundesländern nahezu spiegelbildlich. Hier wurden 54 % der Existenzgründungen von Frauen vorgenommen, während 46 % der Existenzgründer männlich waren.
- Im Jahr 2006 sank das **Investitionsvolumen für die Neugründung** einer westdeutschen Einzelpraxis um 11 % auf **316.000 Euro**. Da das **Investitionsvolumen einer Einzelpraxisübernahme** zugleich um etwa 7 % auf **246.000 Euro** sank, stieg die Differenz zwischen beiden Niederlassungsformen um 11.000 Euro auf aktuell 91.000 Euro.
- In den Jahren 1997 bis 2004 hat sich der **ideelle Wert** („Goodwill“) bei **einer westdeutschen Praxisübernahme** bis auf das Jahr 2003 (73.000 Euro) als recht stabil erwiesen; im Jahr 2006 betrug er **76.000 Euro**. Für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen wurden im Jahr 2006 rund 100.000 Euro gezahlt.
- Das zahnärztliche Investitionsvolumen für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wurde 2005/2006 im Vergleich zu den ärztlichen Investitionen von keiner anderen medizinischen Facharztgruppe übertroffen.

ISP

**Gesellschaft für
Gesundheits-
management
mbH**

Niederlassung Göttingen

Postanschrift

Postfach 3726

D-37027 Göttingen

Hausanschrift

Theaterplatz 9

D-37073 Göttingen

Fon +49 (0)551 • 99 89 2 - 0

Fax +49 (0)551 • 99 89 2 - 29

Niederlassung Hannover

Hausanschrift

Theaterstraße 3

D-30159 Hannover

Fon +49 (0)511 • 56 86 56 56

Fax +49 (0)511 • 56 86 56 59

e-mail : info@isp-gmbh.de

internet: www.isp-gmbh.de

Deutsche Apotheker-

und Ärztebank

Kto 000 616 8698

BLZ 250 906 08

USt-IdNr. DE237842748

Steuer-Nr. 25/212/00888

Finanzamt Hannover

Sitz und Registergericht

Amtsgericht Hannover

HRB 61990

Geschäftsführer

Diplom-Ökonom

Michael Kullmann

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2006

Dr. David Klingenberg, Andrea Schwarte

Gliederungsübersicht

1	Methodische Vorbemerkungen	3
2	Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen	4
3	Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten	5
3.1	Art der Existenzgründung.....	5
3.2	Alter der Existenzgründer.....	7
3.3	Geschlecht der Existenzgründer	9
3.4	Praxislage	10
4	Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens	12
4.1	Westdeutschland inkl. Berlin	12
4.1.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen	14
4.1.2	Der Betriebsmittelkredit.....	17
4.1.3	Die Bau- und Umbaukosten	18
4.1.4	Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme .	18
4.1.5	Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern	21
4.2	Ostdeutschland	23
4.2.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen	24
5	Literaturverzeichnis	25

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2006 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen in der vorangegangenen Dekade zu analysieren.

Die *Datenbasis* bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst und ausgewertet. Im Jahr 2006 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 654, die sich im Verhältnis 9 zu 1 auf die alten und neuen Bundesländer aufteilten. Die *statistische Auswertung* wurde gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der Deutschen Apothe-

ker- und Ärztebank unter Verwendung von SPSS 12.0 für Windows durchgeführt. Während sie für Westdeutschland einen recht guten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung bietet, sind für Ostdeutschland aufgrund der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle lediglich Trendaussagen möglich.

Im Einzelnen umfasst die statistische Auswertung folgende Größen:

- die Art der Existenzgründung,
- die Ortsgrößenklasse (Verstädterungsgrad) des Niederlassungsortes,
- das Alter und Geschlecht des Zahnarztes,
- die Höhe des Gesamtfinanzierungsvolumens,
- die Investitionen in die medizinisch-technische Praxis- und Geräteausstattung,
- die Höhe des Betriebsmittelkredites,
- die Höhe der Bau- und Umbaukosten,
- die Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden materiellen Praxiswertes (Substanzwert),
- die Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden ideellen Praxiswertes (Goodwill),
- den Vorjahresumsatz der Übernahmepraxis.

2 Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen

Die Investitionstätigkeit der Zahnärzte ist nicht nur aus einzelwirtschaftlicher Sicht von Belang, sondern ebenso gesamtwirtschaftlich. Welche Wachstums- und Beschäftigungseffekte von den zahnärztlichen Existenzgründungen ausgehen, wird deutlich, wenn man die Niederlassungszahlen der letzten Jahre betrachtet.

Die ab dem 1. Januar 1999 geltende Altersgrenze von 68 Jahren, nach deren Erreichen ein Zahnarzt nicht mehr an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen darf, führte dazu, dass die Zahl der Berufsaufgaben 1998 um 80 % über der des Jahres 1997 lag. Der damit verbundene Anstieg zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen blieb nicht ohne Einfluss auf das Niederlassungsgeschehen. Etwa 2.200 Zahnärzte, 15 % mehr als im Vorjahr, realisierten 1998 ihre Existenzgründung. Obwohl im Jahr 1999 die Zahl der Berufsaufgaben deutlich sank, erhöhte sich die Zahl der Niederlassungen weiter auf 2500. *In den Jahren 2000 bis 2006 entwickelten sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen stark rückläufig.* Im Jahr 2006 entschieden sich 1.754 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2007).

Insgesamt wurden in den Jahren 2005/2006 durch zahnärztliche Existenzgründer Investitionen in Höhe von schätzungsweise 1,0 Mrd. Euro getätigt. Orientiert man sich an der durchschnittlichen Zahl der entgeltlich Beschäftigten in west- und ostdeutschen Zahnarztpraxen im Jahr 2005 (vgl. KZBV, 2006), so zeigt sich, *dass mit diesen Mitteln über 20.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. erhalten wurden.* Diese von Zahnärzten getragenen gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachs-

tumseffekte werden in den oftmals einseitig kostenorientiert geführten Diskussionen über das Gesundheitswesen allzu leicht übersehen (vgl. Weitkamp und Klingenberg, 2007).

3 Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

Die Höhe der Investitionen bei einer Niederlassung wird durch die Art der Existenzgründung, das Alter und das Geschlecht des zahnärztlichen Existenzgründers sowie den gewählten Praxisstandort maßgeblich beeinflusst.

3.1 Art der Existenzgründung

Für die folgenden Analysen dieses Berichtes wird zwischen drei Arten der zahnärztlichen Existenzgründung unterschieden: Neugründung einer Einzelpraxis, Übernahme einer Einzelpraxis und Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis. In der Rubrik Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis werden die Neugründung einer Gemeinschaftspraxis, der Eintritt in eine bestehende Gemeinschaftspraxis und die Überführung einer bestehenden Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis zusammengefasst. Mit dem in Kraft treten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 1. Januar 2007 ist der Begriff der Gemeinschaftspraxis durch den Terminus der „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt worden, der den alten Begriff einschließt und gleichzeitig erweitert. Die Erweiterung betrifft die möglichen Partner, die Kooperation unterschiedlicher Fachgebiete und die Überörtlichkeit. Da sich die Analyse auf die Existenzgründungen des Jahres 2006 bezieht, wird im Folgenden weiterhin der Begriff der Gemeinschaftspraxis verwendet. Obwohl die Gemeinschaftspraxen zunehmend an Bedeutung gewinnen – im Jahr 2005 arbeiteten 18,8 % der niedergelassenen Zahnärzte in einer Gemeinschaftspraxis (vgl. KZBV, 2006) –, ist diese Aggregation notwendig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine statistisch-detailliertere Analyse (noch) nicht zulässt. Während sog. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im allgemeinmedizinischen Versorgungssektor eine wachsende Bedeutung zufällt, spielt diese Praxisform im zahnärztlichen Versorgungsbereich bislang noch keine bedeutsame Rolle.

Der Anteil der übernommenen Zahnarztpraxen *in den alten Bundesländern* ist im Zeitablauf relativ stabil geblieben und lag im Zeitraum von 2001 bis 2004 jeweils zwischen 44 % und 46 %. Im Jahr 2005 stieg der *Anteil der Einzelpraxisübernahmen* erstmals wieder deutlich um 6 Prozentpunkte auf 51 %. Im Jahr 2006 betrug der Anteil der Einzelpraxisübernahmen 52 % (vgl. Abb. 1). Bei einer Übernahme können zwar nicht alle individuellen Vorstellungen des Zahnarztes hinsichtlich Praxislage und -ausstattung erfüllt werden, aber der übernehmende Zahnarzt hat die Chance, den vorhandenen Patientenstamm durch sein fachliches Können und seine Zuwendungsbereitschaft an sich zu binden. Der wirtschaftliche Vorteil einer Praxisübernahme besteht in der Möglichkeit, Investitionsentscheidungen zeitlich zu strecken und den sich verändernden ökonomischen Rahmenbedingungen anzupassen. Die Wirtschaftlichkeit einer Investition lässt sich nach begonnenem Praxisbetrieb

präziser abschätzen als in der theoretischen Planungs- und Vorbereitungsphase (vgl. Klingenberg und Becker, 2004; Klingenberg und Becker, 2007).

Die *Einzelpraxisneugründung* in den alten Bundesländern hat in den letzten Jahren vergleichsweise an Bedeutung eingebüßt. So fiel der Anteil der Einzelpraxisneugründungen im Jahr 2002 gegenüber dem Vorjahr um 10 Prozentpunkte auf 24 % und erreichte im Jahr 2005 mit einem Anteil von 16 % einen historischen Tiefpunkt. Im Jahr 2006 stieg der Anteilswert leicht um 3 Prozentpunkte auf nunmehr 19 % an. Zeitgleich mit dem relativen Bedeutungsverlust der Einzelpraxisneugründung hat die *Gemeinschaftspraxis* in 2002 anteilmäßig um 10 Prozentpunkte auf 30 % zugelegt und somit erstmalig die Einzelpraxisneugründung auf den „letzten Rang“ verwiesen. Im Jahr 2005 kletterte der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den alten Bundesländern weiter auf 33 % und wurde somit doppelt so häufig als Praxisform gewählt wie die Einzelpraxisneugründung. Im Jahr 2006 lag der Anteil der Gemeinschaftspraxen bei 29 %.

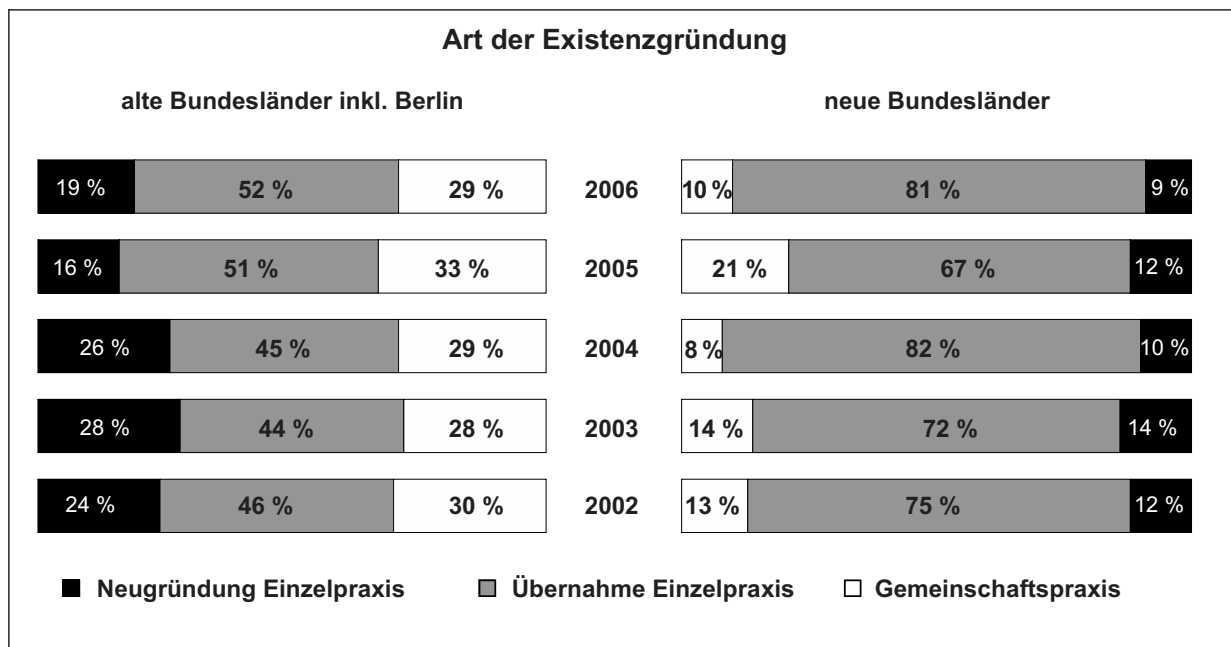


Abbildung 1

© IDZ/apoBank, 2007

In den *neuen Bundesländern* hatte die Einführung der Altersgrenze zur Folge, dass 1998 erstmals die *Übernahme einer Einzelpraxis* die dominierende Niederlassungsform war. Etwa Zweidrittel der zahnärztlichen Existenzgründer entschieden sich damals für den Kauf einer *Einzelpraxis*. In den folgenden Jahren konnte dieses hohe Niveau gehalten bzw. noch weiter ausgebaut werden. Im Jahr 2006 betrug der Anteilswert 81 % und blieb damit nur einen Prozentpunkt unter dem historischen Hoch des Jahres 2004. Zu erkennen ist, dass *Einzelpraxisübernahmen* in den neuen Bundesländern im gesamten Betrachtungszeitraum deutlich häufiger als in den alten Bundesländern realisiert werden.

Bei den Einzelpraxisneugründungen zeigte sich die entgegengesetzte Entwicklung. Stets entschieden sich die zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern seltener für die Neugründung einer Einzelpraxis als ihre westdeutschen Kollegen. Im Jahre 2006 lag der Anteil mit 9 % um 10 Prozentpunkte unter dem Anteilswert in den alten Bundesländern. Sowohl in den alten wie in den neuen Bundesländern hat sich der Anteil der Einzelpraxisneugründungen innerhalb von fünf Jahren praktisch um ein Viertel reduziert.

Der Anteil der *Gemeinschaftspraxen* lag in der Vergangenheit jeweils zwischen 8 % und 14 % und beträgt aktuell 10 %. Der im Jahr 2005 zu beobachtende sprunghafte Anstieg der Existenzgründungsfinanzierungen von Gemeinschaftspraxen von 8 % auf 21 %, konnte insofern keinen neuen Trend begründen. Damit fällt den Gemeinschaftspraxen weiterhin nicht die Rolle zu wie in Westdeutschland.

3.2 Alter der Existenzgründer

Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer hat sich in den vergangenen Jahren jeweils innerhalb einer gewissen Bandbreite bewegt. Während in den *alten Bundesländern* der Anteil der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) zwischen 20 % und 30 % lag, betrug dieser bei den 31- bis 40-jährigen Zahnärzten zwischen 60 % und 70 %. Der Anteil der über 40-jährigen Zahnärzte lag jeweils mit minimaler Schwankungsbreite bei etwa 13 %. Vergleicht man die heutige Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer mit der Altersstruktur des Jahres 1995, so fällt auf, dass der Anteil der jungen Zahnärzte in den vergangenen Jahren sukzessive gesunken ist. Lag der Anteil der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) im Jahre 1995 noch bei 29 %, so ist der Anteil der jungen Zahnärzte mittlerweile auf 16 % (2005: 14 %) gesunken. Der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte betrug 66 % und lag damit um 8 Prozentpunkte über dem Wert von 1995. Der Anteil der über 40-jährigen stagnierte im Jahr 2006 bei 18 % (vgl. Abb. 2).

In den *neuen Bundesländern* war (mit Ausnahme der Jahre 1999 und 2002) seit 1995 eine stetige Zunahme des Anteils der älteren Zahnärzte und ein entsprechender Rückgang der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer zu beobachten. Während im Jahr 1995 noch zwei von drei Zahnärzten zum Zeitpunkt der Praxisgründung 30 Jahre oder jünger waren, stellt sich die Altersstruktur im Jahre 2006 spiegelbildlich dar: 80 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern waren 31 Jahre oder älter (vgl. Abb. 3). Der Anteil der jüngeren Zahnärzte sank gegenüber dem Vorjahr um 3 Prozentpunkte und beträgt aktuell 20 %. Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung knapp 36 Jahre; in Ostdeutschland lag das Durchschnittsalter bei 34,5 Jahren.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur sind mittlerweile weitgehend nivelliert. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 35,9 Jahre alt, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt ein halbes Jahr jünger.

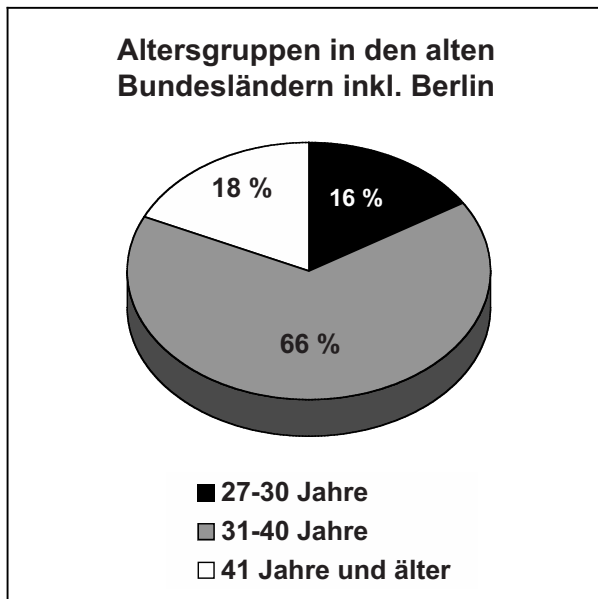


Abbildung 2

© IDZ/apoBank, 2007

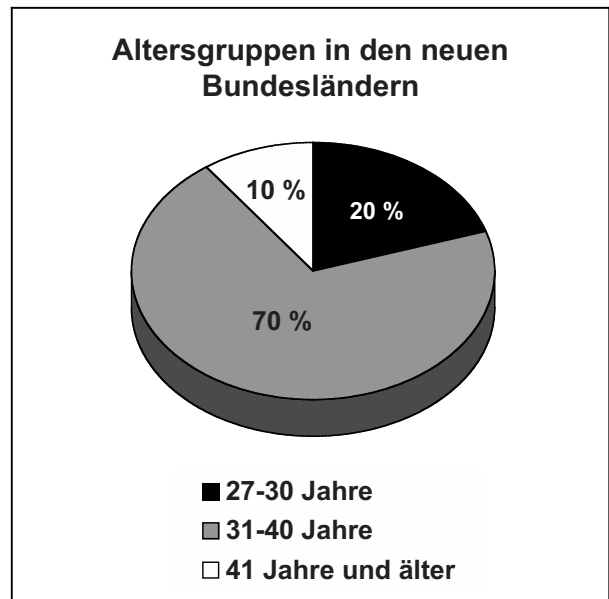


Abbildung 3

© IDZ/apoBank, 2007

Differenziert man für die alten Bundesländer die *relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen*, so zeigt sich, dass die Übernahme einer Einzelpraxis in allen Altersgruppen die verbreitetste Form der Niederlassung war (vgl. Abb. 4).

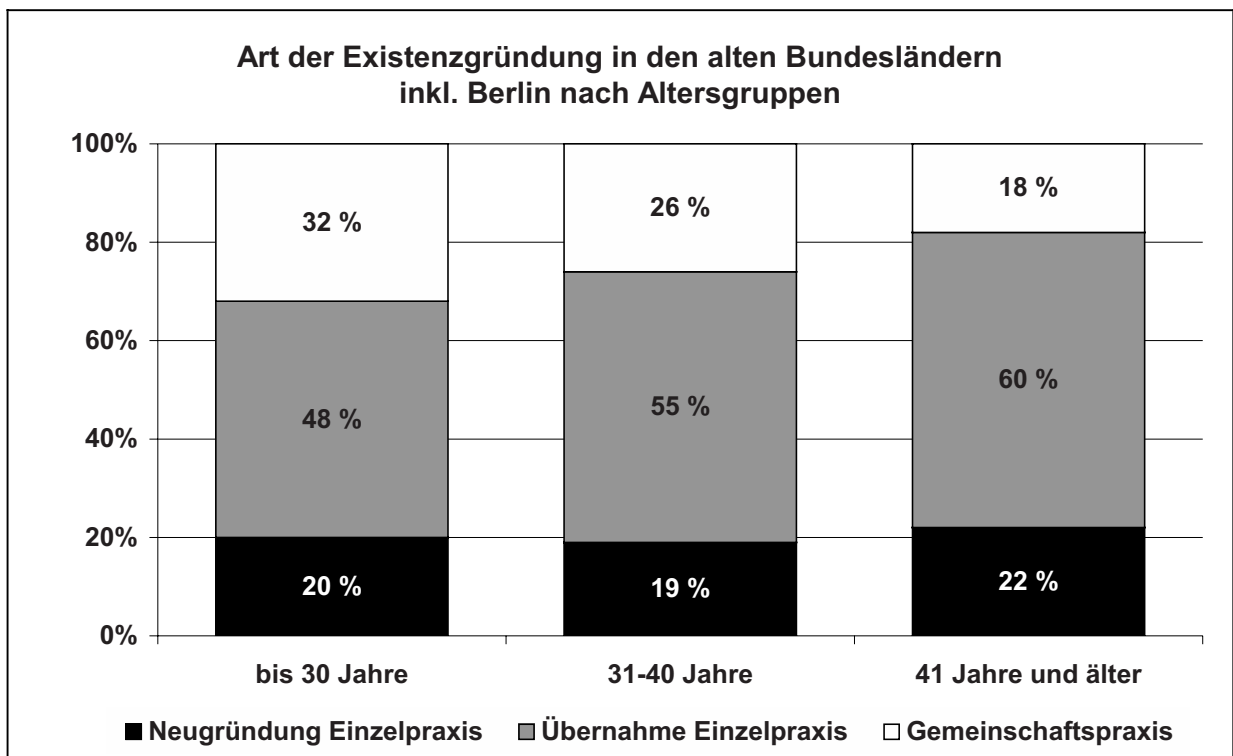


Abbildung 4

© IDZ/apoBank, 2007

Wie in Abbildung 4 ersichtlich, ist die individuelle Präferenz für eine bestimmte Praxisform unter anderem auch altersabhängig. So liegt der Anteil der Gemeinschaftspraxen in der Altersgruppe der über 40-Jährigen bei lediglich 18 %, während diese Niederlassungsform in der Altersgruppe der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer bis 30 Jahre einen Anteilswert von 32 % erreicht. Offensichtlich sehen immer mehr junge Zahnärzte in der Kooperation eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen etablieren zu können.

3.3 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“, die für das Jahr 2000 erstmals statistisch erfasst wurde, zeigt auch für das Jahr 2006 klare Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Im Gegensatz zu den *alten Bundesländern*, in denen 58 % der Existenzgründungen durch Männer und 42 % durch Frauen realisiert wurden (vgl. Abb. 5), war die Geschlechtsverteilung in den *neuen Bundesländern* nahezu spiegelbildlich (vgl. Abb. 6). Gegenüber dem Vorjahr stieg der Anteil der weiblichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern um 5 Prozentpunkte und beträgt aktuell 54 %. Im Jahr 2000 hatte der Anteil der weiblichen Existenzgründer noch bei 69 % gelegen.



Abbildung 5

© IDZ/apoBank, 2007

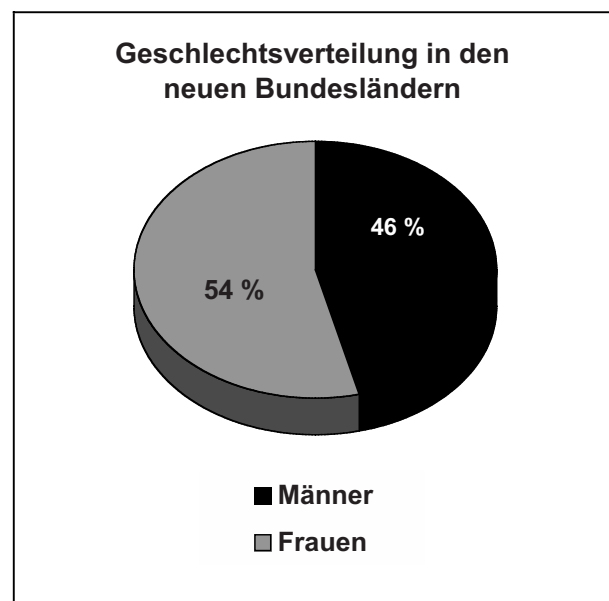


Abbildung 6

© IDZ/apoBank, 2007

In den alten Bundesländern stieg der Anteil der weiblichen Existenzgründer seit dem Jahr 2000 hingegen um insgesamt 11 Prozentpunkte. Mittelfristig ist mit einer Angleichung der Geschlechtsverteilung in den alten und den neuen Bundesländern zu rechnen – bei einem gleichzeitigen Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes (vgl. Brecht et al., 2004).

Wie Abbildung 7 zeigt, ist die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter die bevorzugte Niederlassungsform. Männliche Existenzgründer präferierten gegenüber dem Vorjahr häufiger Einzelpraxisneugründungen (+ 5 Prozentpunkte), während bei den Frauen vor allem die Einzelpraxisübernahme häufiger als im Vorjahr (+ 5 Prozentpunkte) gewählt wurde. Der Anteil der Gemeinschaftspraxen als Niederlassungsform ist sowohl bei den Männern (- 7 Prozentpunkte) als auch bei den Frauen (- 6 Prozentpunkte) gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen (vgl. Abb. 7).

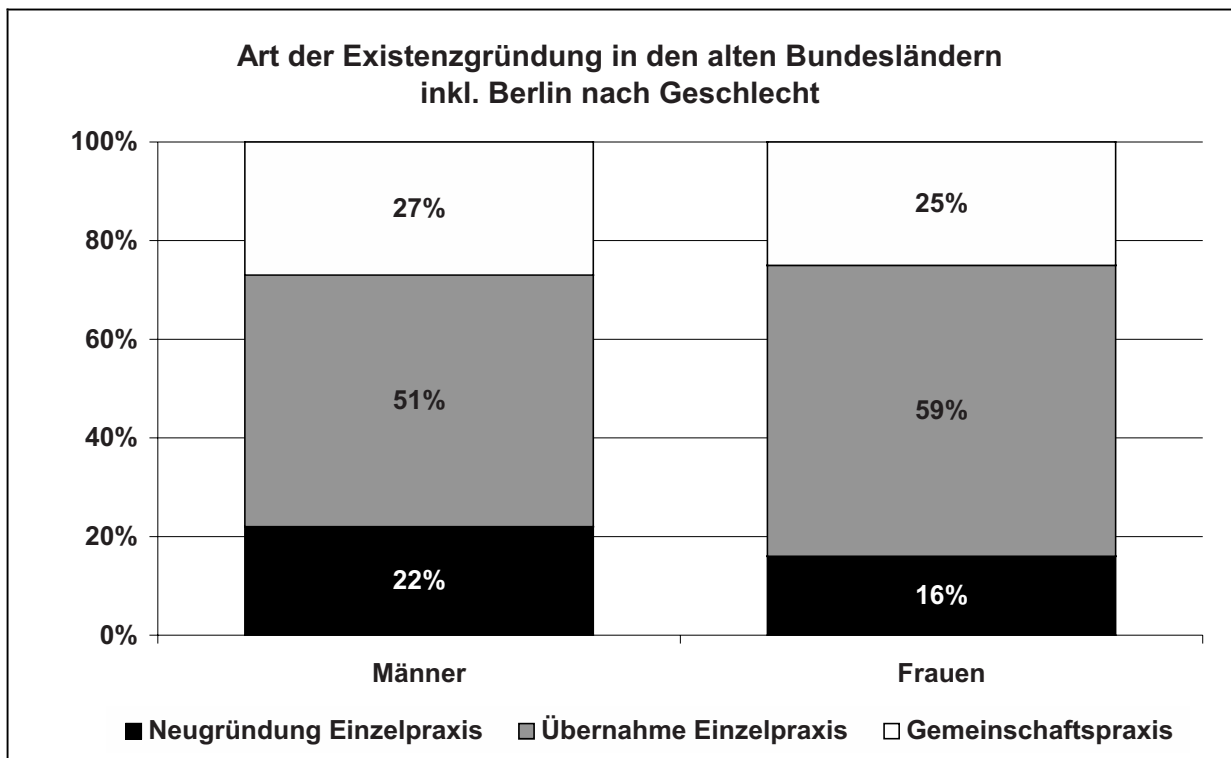


Abbildung 7

© IDZ/apoBank, 2007

3.4 Praxislage

Bei der Vorbereitung einer Existenzgründung kommt der Standortwahl eine entscheidende Bedeutung zu. Die Entscheidung für eine bestimmte Niederlassungsform wird u. a. durch die Bevölkerungsdichte im regionalen Einzugsbereich bzw. die Zahnarzt-dichte (Einwohner je behandelnd tätigem Zahnarzt) sowie die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme (offener/gesperrter Zulassungsbezirk) beeinflusst.

Ortsgröße	
Land	unter 20.000 Einwohner
Kleinstadt	20.000 bis unter 100.000 Einwohner
Mittelstadt	100.000 bis unter 500.000 Einwohner
Großstadt	mehr als 500.000 Einwohner

Tabelle 1

Bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Auswertung der erfassten Finanzierungsfälle nicht getrennt nach Ost- und West-Berlin durchgeführt werden konnte, und daher alle Existenzgründungen auf dem Stadtgebiet von Berlin aus statistischen Gründen den alten Bundesländern zugerechnet wurden. Die Einteilung der Ortsgrößen, die seit 1998 Grundlage der Investitionsanalyse ist, wird in Tabelle 1 dargestellt.

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründer auf die verschiedenen Ortsgrößen in *Westdeutschland* zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich (32 %) im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozentpunkte gestiegen ist, während die Existenzgründungen in den Kleinstädten (25 %) anteilmäßig um 7 Prozentpunkte abgenommen hat (vgl. Abb. 8).

In den *neuen Bundesländern* sank der Anteil der Existenzgründungen im mittelstädtischen Umfeld vergleichsweise am stärksten; der Anteil verringerte sich gegenüber dem Vorjahr um 9 Prozentpunkte auf 25 % (vgl. Abb. 9). Gleichzeitig stieg der Anteil der Existenzgründungen im ländlichen Umfeld um 8 Prozentpunkte auf 44 %.



Abbildung 8

© IDZ/apoBank, 2007

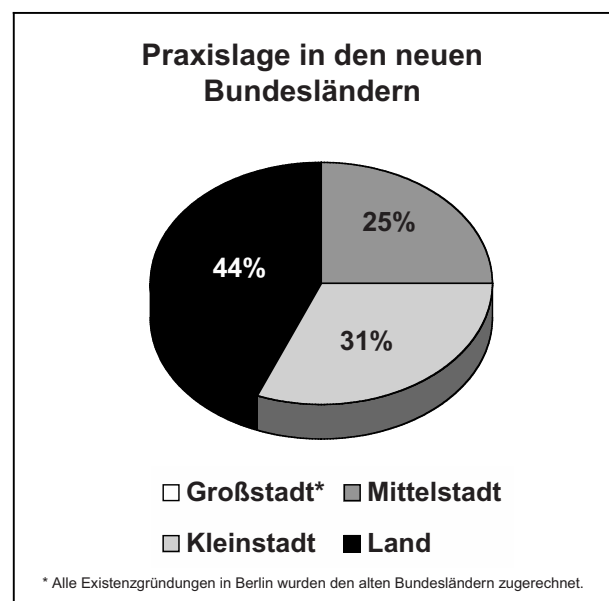


Abbildung 9

© IDZ/apoBank, 2007

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich wie im Vorjahr eine relative Bevorzugung der Einzelpraxisübernahme im mittelstädtischen Umfeld. In ländlichen und in kleinstädtischen Lagen wurden hingegen vergleichsweise häufig Einzelpraxisneugründungen realisiert, die in Großstädten mittlerweile recht selten geworden sind. Der Anteil der Gemeinschaftspraxen hat in den meisten Praxislagen gegenüber dem Vorjahr abgenommen, so im mittelstädtischen Bereich um 12 Prozentpunkte auf 22 %. Lediglich in den Großstädten setzte sich der Trend der vergangenen Jahre fort; hier stieg der Anteil der Gemeinschaftspraxen um 3 Prozentpunkte auf nunmehr 38 %.

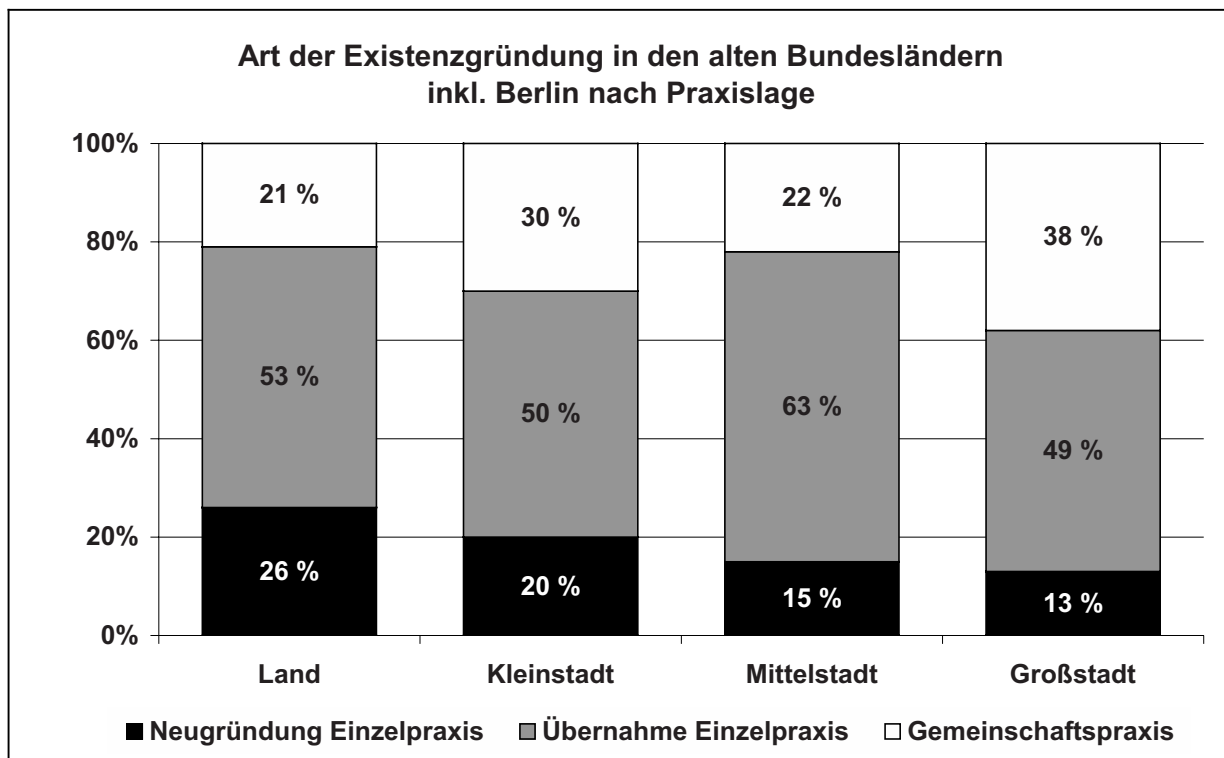


Abbildung 10

© IDZ/apoBank, 2007

4 Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens

Im folgenden Kapitel werden nur Existenzgründungen, die in Form einer Einzelpraxisneugründung bzw. einer Einzelpraxisübernahme durchgeführt wurden, berücksichtigt. Eine Analyse für die einzelnen der unter der Rubrik „Gemeinschaftspraxis“ zusammengefassten Niederlassungsformen würde aufgrund der geringen Besetzungszahlen zu keinen zuverlässigen Ergebnissen führen. Trotz der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle soll auf eine Darstellung der Ergebnisse für Ostdeutschland nicht verzichtet werden, um die Kontinuität der Langzeitbeobachtung zu gewährleisten. Jedoch können die in Kapitel 4.2 analysierten Zahlen „nur“ Größenordnungen darstellen.

4.1 Westdeutschland inkl. Berlin

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern errechneten Mittelwerte für die Jahre 1997 bis 2006 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

Im Jahr 2006 entfielen etwa 65 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 11 % auf die Bau- und Umbaukosten und 24 % auf den Betriebsmittelkredit. Im langfristigen Trend hat sich damit die Kostenverteilung als weitgehend stabil erwiesen.

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)	1997	1998	1999	2000	2001
med.-techn. Geräte und Einrichtung	183	186	184	196	208
+ Bau- und Umbaukosten	34	31	29	45	39
= Praxisinvestitionen	217	217	213	241	247
+ Betriebsmittelkredit	63	65	64	69	75
= Finanzierungsvolumen	280	282	277	310	322

Tabelle 2a

Angaben in 1.000 Euro

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)	2002	2003	2004	2005	2006
med.-techn. Geräte und Einrichtung	209	210	216	233	205
+ Bau- und Umbaukosten	43	46	48	40	36
= Praxisinvestitionen	252	256	264	273	241
+ Betriebsmittelkredit	75	73	71	82	75
= Finanzierungsvolumen	327	329	335	355	316

Tabelle 2b

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)	1997	1998	1999	2000	2001
Substanzwert	76	63	56	66	67
+ Neuanschaffungen	40	41	39	38	45
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	116	104	95	104	112
+ Goodwill	80	81	79	80	84
+ Bau- und Umbaukosten	11	13	14	11	12
= Praxisinvestitionen	207	198	188	195	208
+ Betriebsmittelkredit	54	58	54	49	56
= Finanzierungsvolumen	261	256	242	244	264

Tabelle 3a

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)	2002	2003	2004	2005	2006
Substanzwert	64	60	59	62	47
+ Neuanschaffungen	46	43	50	54	54
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	110	103	109	116	101
+ Goodwill	82	73	82	76	76
+ Bau- und Umbaukosten	13	9	10	10	14
= Praxisinvestitionen	205	185	201	202	191
+ Betriebsmittelkredit	55	52	54	62	55
= Finanzierungsvolumen	260	237	255	264	246

Tabelle 3b

Angaben in 1.000 Euro

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 2006 durchschnittlich 41 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 31 % für den Goodwill, 6 % für die Bau- und Umbaukosten und 22 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Damit entspricht die prozentuale Zusammensetzung des Jahres 2006 weitgehend der des Zeitraumes von 1998 bis 2005. Diese Beobachtung ist bemerkenswert, kam es doch zwischen 1991 und 1998 immer wieder zu größeren Abwei-

chungen bei der prozentualen Zusammensetzung des Finanzierungsvolumens, insbesondere beim Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen und dem Goodwill. Auffällig hieran ist, dass sich die prozentualen Anteile dieser beiden Größen immer entgegengesetzt entwickelten. Ein prozentualer Anstieg (Rückgang) des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen wurde stets von einem ähnlichen prozentualen Rückgang (Anstieg) des Goodwill begleitet.

4.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Der Zeitraum der letzten anderthalb Dekaden kann in drei Abschnitte eingeteilt werden, in denen sich die für eine *Einzelpraxisneugründung* aufzubringenden finanziellen Mittel nur geringfügig verändert haben. Mit einem deutlichen Anstieg des Investitionsvolumens 1992 (+ 9 %) und 1996 (+ 9 %) begann jeweils eine neue „Stabilitätsphase“. Interessant ist, dass diese sprunghaften Erhöhungen des Finanzierungsniveaus einer Praxisneugründung unmittelbar im Jahr vor In-Kraft-Treten weitreichender gesundheitspolitischer Reformgesetze lagen (1993 Gesundheitsstrukturgesetz, 1997 GKV-Neuordnungsgesetz). Im Jahr 2000 kam es erneut zu einer sprunghaften Erhöhung des Investitionsvolumens (+ 12 %). Nach einer erneuten Stabilitätsphase im Zeitraum von 2001 bis 2004 war im Jahr 2005 wieder eine sprunghafte Erhöhung (+ 6 %) zu verzeichnen.

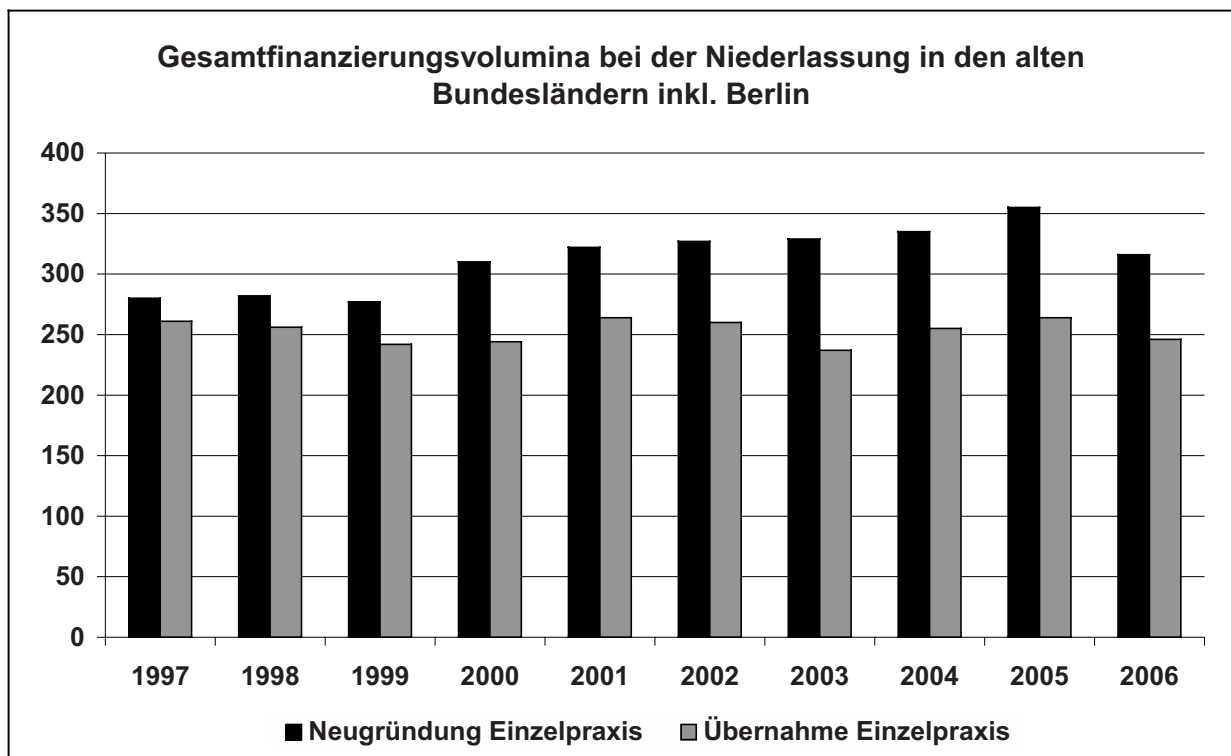


Abbildung 11

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2007

Nach der seit dem Jahr 1999 andauernden Wachstumsphase ist das Gesamtfinanzierungsvolumen einer *Einzelpraxisneugründung* im Jahr 2006 erstmals wieder deutlich gesunken und lag mit einem Finanzierungsvolumen von 316.000 Euro um etwa 11 Prozent unter dem Vorjahreswert (vgl. Abb. 11). Dies entspricht in etwa dem Finanzierungsniveau des Jahres 2000. Die Investitionszurückhaltung der zahnärztlichen Existenzgründer dürfte u. a. auf die gesetzgeberischen Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) zurückzuführen sein.

Im Bereich der *Einzelpraxisübernahme* war im Jahr 2001 ein sprunghafter Anstieg des Gesamtfinanzierungsvolumens um 8 % auf die historische Höchstmarke von 264.000 Euro zu verzeichnen, womit zugleich der seit 1997 erkennbare Abwärtstrend beendet wurde (vgl. Abb. 11). Im Jahr 2003 sank das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen von Einzelpraxisübernahmen indes wieder um 9 % auf 237.000 Euro und lag damit in etwa auf dem Niveau des Jahres 1996. Der im Jahr 2004 zu verzeichnende neuerliche Anstieg des durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumens um 8 % auf nunmehr 255.000 Euro verdeutlicht, dass der „Markt“ für Praxisübernahmen sensibel auf Änderungen der Rahmenbedingungen reagiert. Im Jahr 2005 wurde mit einem Anstieg des Gesamtfinanzierungsvolumens um knapp 4 % auf 264.000 Euro die historische Höchstmarke aus dem Jahr 2001 wieder erreicht. Im Jahr 2006 sank das Finanzierungsvolumen erneut um 7 Prozent auf nunmehr 246.000 Euro. Analog zu der Entwicklung bei den Einzelpraxisneugründungen wurde hiermit in etwa das Finanzierungsniveau des Jahres 2000 realisiert.

Da das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen bei einer Einzelpraxisneugründung im Vergleich zu einer Einzelpraxisübernahme stärker nachgab, reduzierte sich die Differenz zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme im Jahr 2006 um 21.000 Euro. Aktuell beträgt die Differenz 70.000 Euro (vgl. Abb. 12).

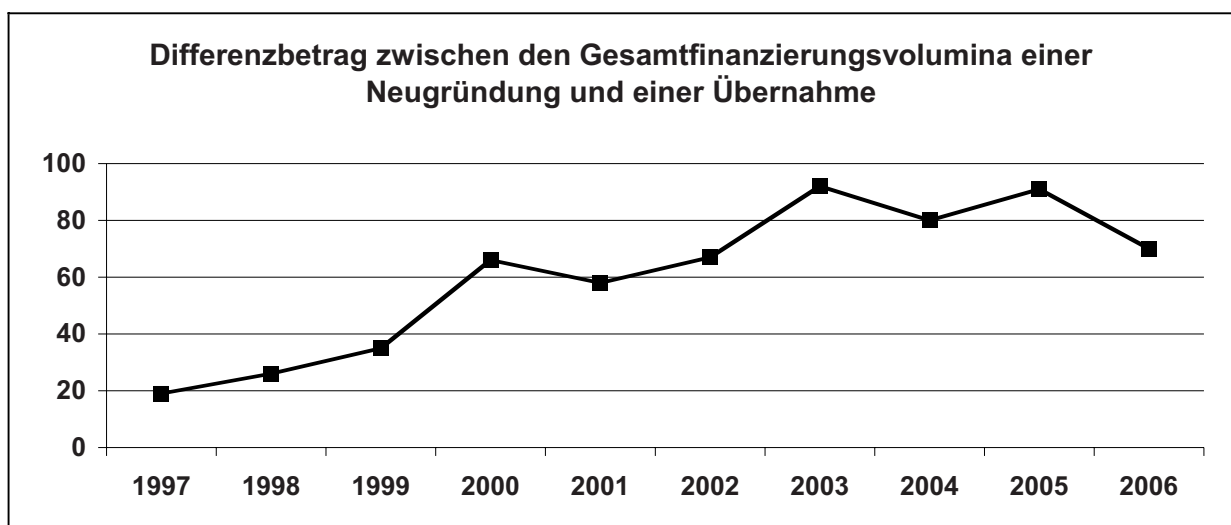


Abbildung 12

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2007

Eine nach *Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die mittlere Altersgruppe (31 bis 40 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 348.000 Euro (2005: 357.000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierte. Auch bei den Einzelpraxisübernahmen tätigte die Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen die vergleichsweise höchsten Investitionen. Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 267.000 Euro sank das finanzielle Engagement dieser Altersgruppe bei einer Einzelpraxisübernahme gegenüber dem Vorjahr um 11.000 Euro. Die jüngeren Zahnärzte ließen vor allem bei der Finanzierung von Einzelpraxisneugründungen deutliche Zurückhaltung erkennen; hier lag das Gesamtfinanzierungsvolumen mit 335.000 Euro etwa 10 % unter dem Vorjahreswert. Bei den Einzelpraxisübernahmen tätigte die Gruppe der 41-jährigen und älteren Existenzgründer die vergleichsweise geringsten Investitionen. Das durchschnittliche Finanzierungsvolumen in dieser Gruppe lag im Jahr 2006 bei durchschnittlich 236.000 Euro (2005: 224.000 Euro) für eine Einzelpraxisübernahme. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bezüglich des jeweiligen Finanzierungsvolumens haben sich im Jahr 2006 insgesamt weiter rückläufig entwickelt.

Die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* im Hinblick auf das Investitionsvolumen sind im Jahr 2006 gegenüber dem Vorjahr gesunken. In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 367.000 Euro (- 6 %) bzw. 273.000 Euro (- 5 %). Die Investitionsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung verharrten im gleichen Zeitraum mit 303.000 Euro (+ 1 %) in etwa auf Vorjahresniveau. Auch bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer mit 240.000 Euro etwa 1 % mehr als im Vorjahr.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte die *Einzelpraxisneugründung* in einer Kleinstadt im Jahr 2006 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 388.000 Euro lag das Finanzierungsvolumen etwa 10 % über dem Vorjahreswert. In allen anderen Lagen war gegenüber dem Vorjahr ein zum Teil merklich geringeres Finanzierungsvolumen zu veranschlagen. In mittelstädtischen Lagen sank das Gesamtfinanzierungsvolumen deutlich um 59.000 Euro bzw. 15 % auf nunmehr 339.000 Euro, während der durchschnittliche Finanzierungsbetrag in den Großstädten mit 363.000 Euro (- 2 %) vergleichsweise stabil blieb.

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* war das höchste Finanzierungsvolumen *im großstädtischen Bereich* aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme mit 271.000 Euro zu Buche (2005: 274.000 Euro). Im ländlichen Umfeld waren Einzelpraxisübernahmen mit durchschnittlich 253.000 Euro knapp 4 % teurer als im Vorjahr. Wie bereits im Vorjahr zeigte sich auch für das Jahr 2006, dass Existenzgründungen vor allem im ländlichen Bereich vergleichsweise günstig waren, während für Existenzgründungen im groß-, mittel- und kleinstädtischen Bereich ein um etwa 10 % bis 20 % höheres Finanzierungsvolumen veranschlagt werden musste.

4.1.2 Der Betriebsmittelkredit

Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittel- bzw. Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. Er ist notwendig, da den regelmäßigen Ausgaben für Praxis- und Lebenshaltungskosten anfangs häufig keine oder nur geringe Einnahmen gegenüberstehen. Der Betriebsmittelkredit wird dem Kreditnehmer auf seinem „laufenden“ Konto als Limit in Höhe der voraussichtlichen Höchstanspruchnahme (sog. Kreditlinie) gewährt. Nachdem sich der Betriebsmittelkredit bei der Neugründung in den Jahren 1996 bis 1999 auf einen Wert von rund 64.000 Euro eingependelt hatte, stieg er im Jahr 2000 auf 69.000 Euro, erreichte in den Jahren 2001 und 2002 mit 75.000 Euro einen neuen Höchstwert, um in den folgenden beiden Jahren wieder leicht abzunehmen. Mit einem kräftigen Zuwachs von 15 % lag der Betriebsmittelkredit im Jahr 2005 bei 82.000 Euro. Im Jahr 2006 betrug der Betriebsmittelkredit 75.000 Euro und bewegte sich somit auf dem Niveau der Jahre 2001 und 2002. Der im Rahmen einer Praxisübernahme gewährte Betriebsmittelkredit sank im Jahr 2006 ebenfalls um 7.000 Euro auf nunmehr 55.000 Euro. Auch hier wurde wiederum der Stand des Jahres 2002 erreicht (vgl. Abb. 13).

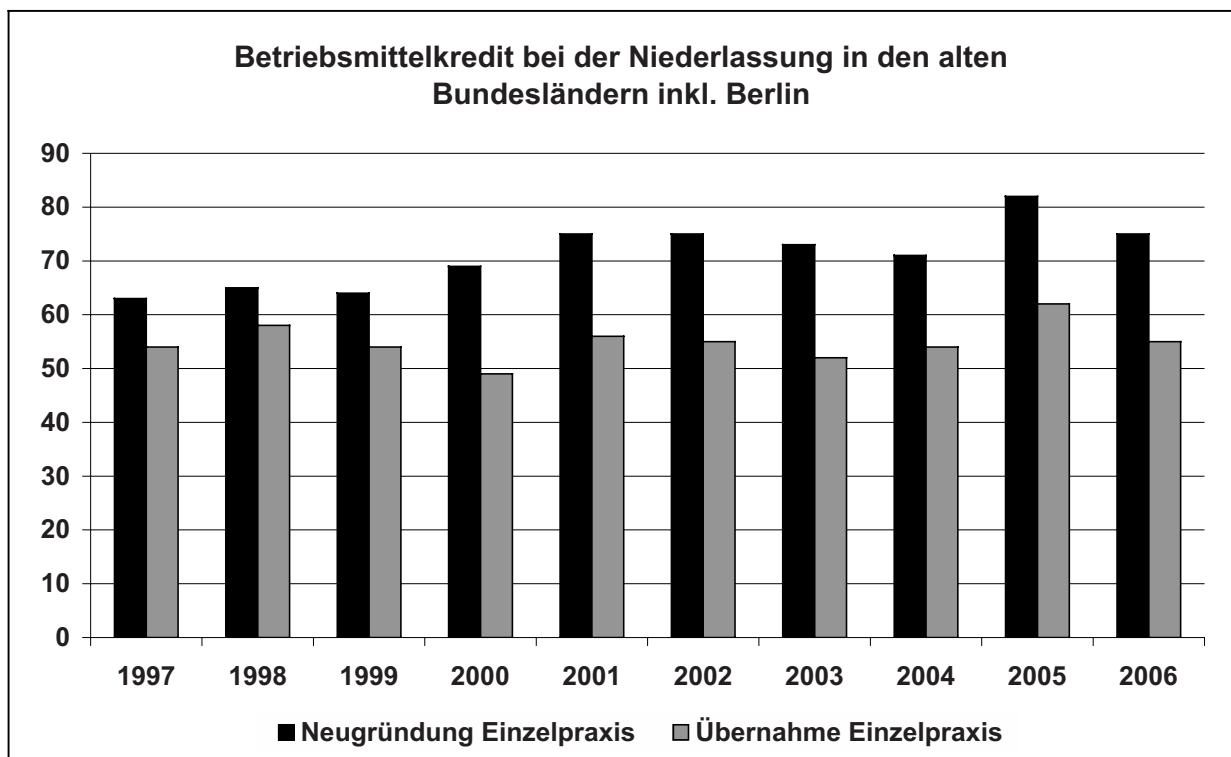


Abbildung 13

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2007

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die Gruppe der bis 30-jährigen Zahnärzte im Jahr 2006 niedrigere Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt hat als im Vorjahr. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittelkre-

dit sank in dieser Altersgruppe um 8 % auf 81.000 Euro; bei einer Praxisübernahme wurde ein Betrag von 56.000 Euro benötigt, d. h. ebenfalls etwa 8 % weniger als im Vorjahr. In der Altersgruppe der über 40-jährigen Existenzgründer stieg der nachgefragte Betriebsmittelkredit hingegen leicht an, bei den Einzelpraxisneugründungen um 5 % auf 86.000 Euro und bei den Einzelpraxisübernahmen um 4 % auf 56.000 Euro.

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites haben die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* leicht abgenommen. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit 92.000 Euro einen um 22.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen. Auch bei einer Einzelpraxisübernahme lag der Betriebsmittelkredit der männlichen Existenzgründer mit 63.000 Euro etwa 8.000 Euro über dem entsprechenden Betrag der Frauen.

Bei der Existenzgründung beeinflusst neben dem Alter und dem Geschlecht des Zahnarztes auch der Praxisstandort die Höhe des Betriebsmittelkredits. So lag der Betriebsmittelkredit bei einer Einzelpraxisneugründung in der Kleinstadt mit 99.000 Euro deutlich über dem entsprechenden Wert in einer Großstadt (77.000 Euro).

4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Im Jahr 2006 verringerten sich die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung um 4.000 Euro auf 36.000 Euro und lagen damit nur knapp über dem entsprechenden Wert des Jahres 1997. Die bei einer Praxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen im Jahr 2006 bei 14.000 Euro (vgl. Abb. 14). Die Differenz zwischen den beiden Praxisformen hinsichtlich der Bau- und Umbaukosten hat sich seit 1999 von 15.000 Euro auf 22.000 Euro erhöht.

Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Praxisneugründung in der Großstadt mit 48.000 Euro (2005: 37.000 Euro) zu Buche schlugen, betragen sie im ländlichen Bereich lediglich 29.000 Euro (2005: 32.000 Euro).

4.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme

Bei einer Praxisübernahme muss zwischen dem Substanzwert und dem ideellen Wert unterschieden werden. Der *Substanzwert einer Praxis* – auch materieller Wert genannt – ergibt sich aus der Addition der Einzelwerte der übernommenen Geräte und Ausstattung. Der vom übernehmenden Zahnarzt an den Praxisinhaber zu zahlende *ideelle Wert* („Goodwill“) ist der Betrag, um den der tatsächlich zu zahlende Kaufpreis den Substanzwert übersteigt. Der ideelle Wert einer Zahnarztpraxis wird im Wesentlichen durch die *persönlichen Beziehungen* und das langjährige Betreuungsverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient sowie durch die *soziale Praxislage und -organisation* beeinflusst. Letztlich unterliegt der zu zahlende Preis für den Goodwill der freien Aushandlung zwischen den Vertragspartnern. Je mehr ein Käufer

für den ideellen Wert zu zahlen bereit ist, umso höher schätzt er die zukünftige Ertragskraft der Praxis ein.

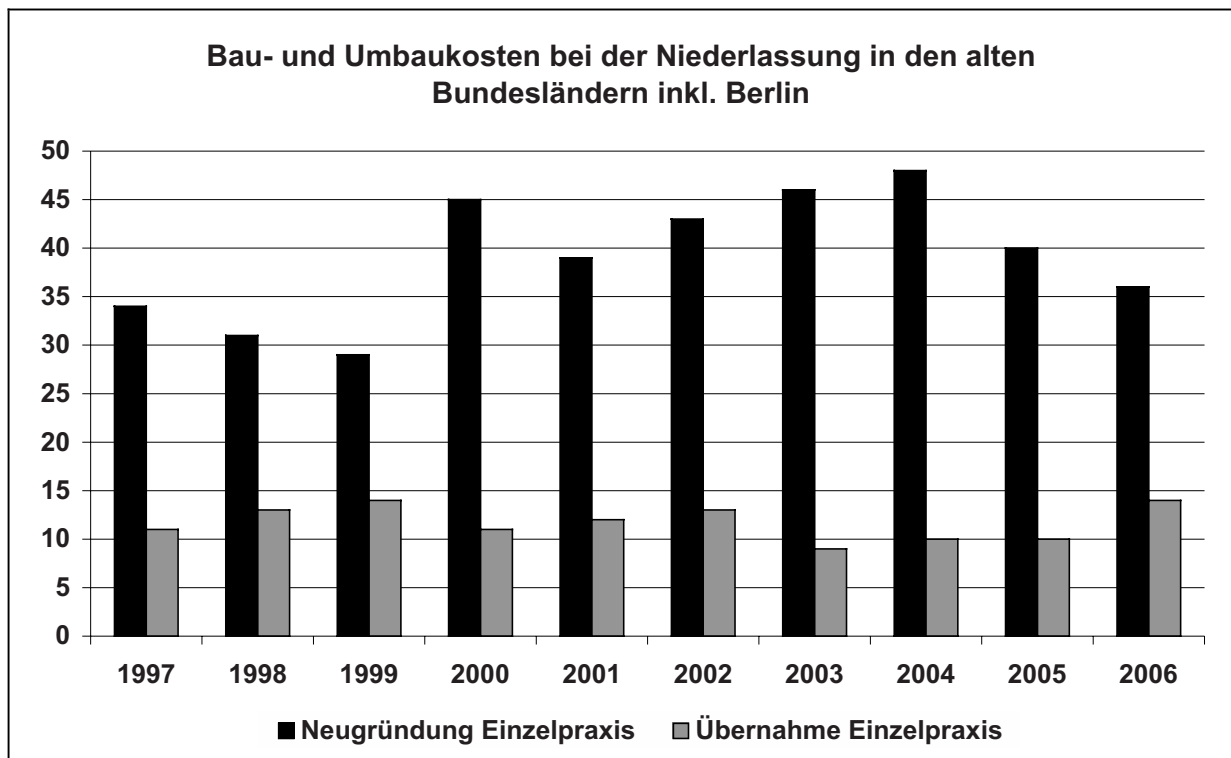


Abbildung 14

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2007

Sowohl 1998 als auch 1999 verzeichnete der Substanzwert einen zweistelligen prozentualen Rückgang. Dieses deutliche Absinken des Substanzwertes dürfte in einem engen Zusammenhang mit der Einführung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte stehen. Die daraus resultierende Zunahme zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen führte dazu, dass die Preise für die übernommenen Geräte und Ausstattung nachgaben. In der Folge verringerte sich das Verhältnis von Substanzwert zu Neuanschaffungen von 2 zu 1 im Jahr 1996 auf 0,9 zu 1 im Jahr 2006. Die rückläufige Entwicklung beim Substanzwert der übernommenen Praxen innerhalb dieses Zeitraums wurde im Jahr 2000 gestoppt; im Zeitraum von 2002 bis 2004 sank der Substanzwert allerdings erneut, um im Jahr 2005 wieder um 5 % auf 62.000 Euro anzusteigen. Im Jahr 2006 nahm der Substanzwert wiederum deutlich um 24 % ab und lag mit einem Durchschnittsbetrag von 47.000 Euro erstmalig unter dem für Neuanschaffungen aufgewendeten Investitionsvolumen (vgl. Abb. 15).

Die Ausgaben für den *Substanzwert* und die *Neuanschaffungen* haben sich in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich entwickelt. Über alle Altersgruppen hinweg nahm der Substanzwert ab, am deutlichsten in der Altersgruppe der über 40-jährigen Zahnärzte. Mit einem Durchschnittsbetrag von 47.000 Euro wurde hier 15 % weniger für den Substanzwert gezahlt als im Jahr zuvor. Die Ausgaben für Neuanschaffungen sanken im Jahr 2006 ebenfalls deutlich. Einzige Ausnahme war die Al-

tersgruppe der über 40-Jährigen, die im Schnitt 52.000 Euro für Neuanschaffungen aufwendeten; im Vorjahr waren es noch 15.000 Euro weniger gewesen.

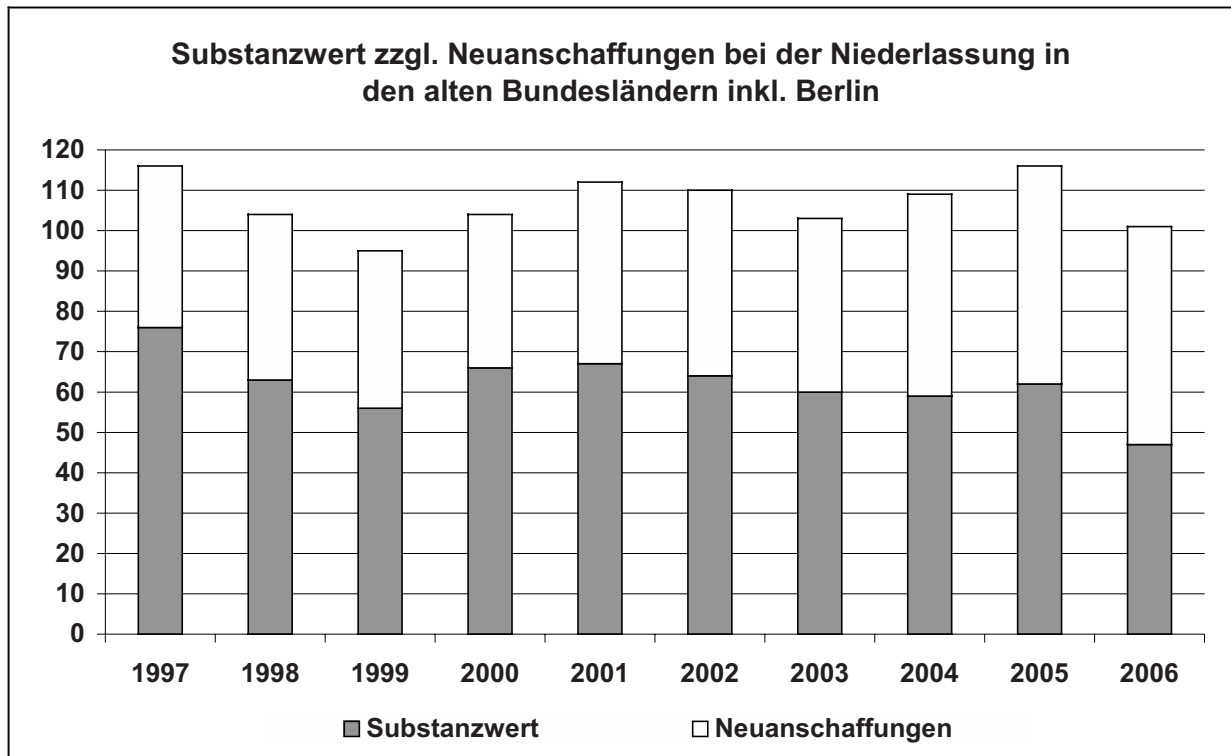


Abbildung 15

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2007

Eine nach Verstärkerungsgrad differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt ebenfalls ein unterschiedliches Entwicklungsmuster. Gegenüber dem Vorjahr stieg der Substanzwert im kleinstädtischen Umfeld um 15 % auf 70.000 Euro, während er in allen anderen Praxislagen absank. In *mittelstädtischen Lagen* war mit rund 50.000 Euro der geringste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden. Bei den Ausgaben für Neuanschaffungen zeigte sich eine gegenläufige Entwicklung. Während die Ausgaben für Neuanschaffungen in großstädtischen und ländlichen Lagen auf Vorjahresniveau verharrten, wurde in klein- und mittelstädtischen Praxislagen deutlich weniger für die Praxisausstattung ausgegeben als im Vorjahr.

Im tatsächlich gezahlten Goodwill spiegelt sich die *subjektive Erwartung des übernehmenden Zahnarztes* an die zukünftige Ertragslage der Praxis wider. Die Erwartungsbildung wird durch die Entwicklung der letztjährigen nominalen Einnahmenüberschüsse (vgl. KZBV, 2006) und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die aufgrund empirischer Beobachtungen formulierte Aussage (vgl. Kaufhold, 1996), dass die Entwicklung des Goodwill der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse mit einer einjährigen Verzögerung folgt, wird durch die Zahlen im Zeitraum zwischen 1997 und 2005 weitgehend bestätigt (vgl. Abb. 16).

Zwar existiert ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Goodwill und der Entwicklung des Einnahmenüberschusses, jedoch unterscheiden sich die prozentualen Veränderungsraten in der Regel. Dies ist ein Hinweis, dass noch andere nicht zu unterschätzende Faktoren existieren, welche die Höhe des Goodwills beeinflussen. Generell gilt, dass subjektive Faktoren (wie der Goodwill) im Zeitverlauf reagibler sind als objektive Daten.

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill steigt. Das Verhältnis zwischen *Goodwill und Vorjahresumsatz*¹ liegt in 29 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 21 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20 und in 20 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40. Mit dieser empirischen Beobachtung wird die Faustregel, dass bei einer Praxisübernahme der Goodwill etwa ein Viertel des Vorjahresumsatzes ausmacht, im Trend bestätigt.

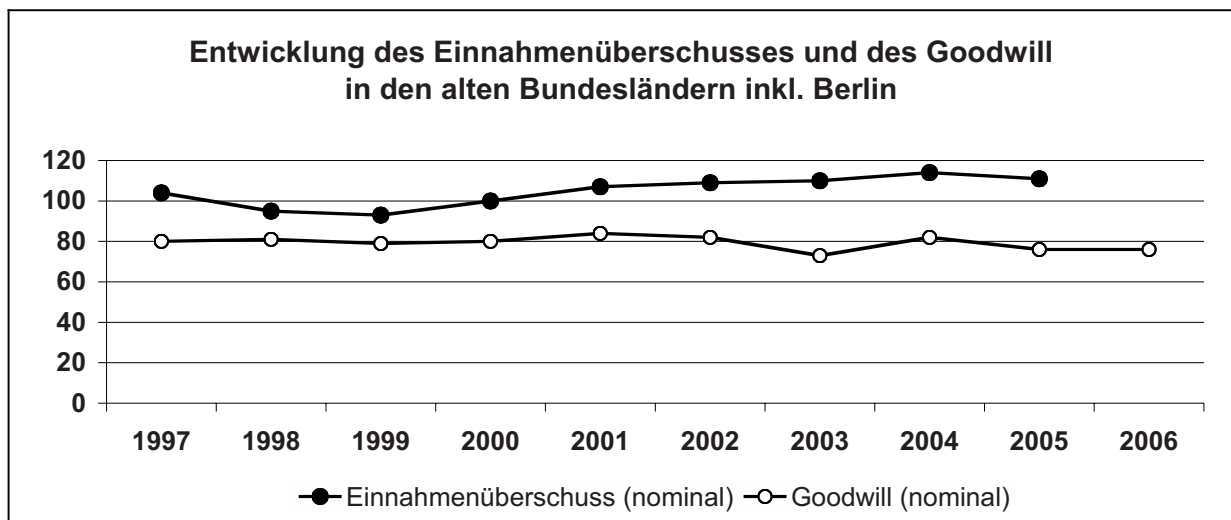


Abbildung 16

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2007

4.1.5 Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern

Der arztgruppenbezogene Vergleich der für eine Praxisneugründung aufzubringenden Finanzmittel in den Jahren 2005/2006 zeigt, dass das zahnärztliche Investitionsvolumen wie schon in den Vorjahren von keiner anderen Arztgruppe übertroffen wird (vgl. Abb. 17). Nach einer längeren Wachstumsphase, die von 1998 bis 2005 dauerte, kam es im Zweijahreszeitraum 2005/2006 erstmals zu einem Rückgang des Gesamtfinanzierungsvolumens zahnärztlicher Einzelpraxisneugründungen um 2 % gegenüber dem Vorjahr (vgl. Klingenberger und Schwarte, 2006), sodass sich das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen aktuell auf 336.000 Euro beläuft. Al-

¹ Mit Vorjahresumsatz wird an dieser Stelle der Gesamtumsatz einer Zahnarztpraxis, d. h. zahnärztlicher Honorarumsatz und Fremdlaboraausgaben, bezeichnet.

lerdings repräsentieren die Einzelpraxisneugründungen inzwischen nur noch knapp ein Fünftel der zahnärztlichen Existenzgründungen in den alten Bundesländern (vgl. Abb. 1), während die „günstigeren“ Praxisformen im Zeitablauf an Bedeutung gewonnen haben. Für eine Einzelpraxisübernahme in den alten Bundesländern belief sich das Gesamtfinanzierungsvolumen im Zeitraum 2005/2006 auf durchschnittlich 256.000 Euro (- 2 % gegenüber 2004/2005), während für den Eintritt in eine bzw. die Beteiligung an einer Gemeinschaftspraxis im Schnitt lediglich 214.000 Euro (- 2 % gegenüber 2004/2005) aufzuwenden waren.

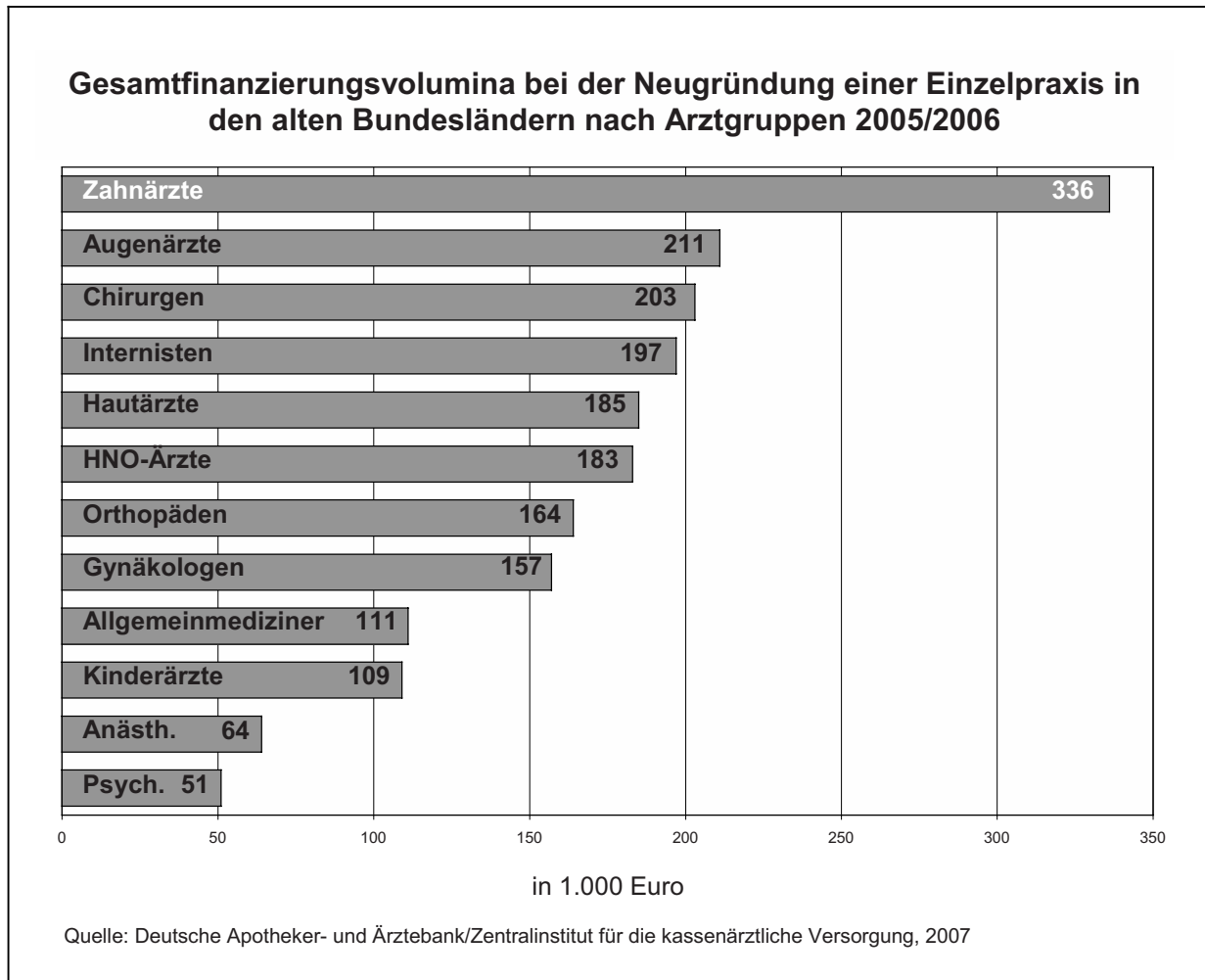


Abbildung 17

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2007

Insgesamt zeigt sich im arztgruppenbezogenen Vergleich der Finanzierungsvolumina für eine Einzelpraxisneugründung, dass praktisch über alle Facharztgruppen hinweg ein Absinken der Gesamtfinanzierungsvolumina gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen war. Die höchsten Rückgänge waren bei den Kinderärzten mit einem Minus von 13 % zu beobachten, gefolgt von den Anästhesisten mit - 1 % und den Orthopäden mit - 9 %. Lediglich bei den Psychotherapeuten und Psychiatern stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen auf geringem Niveau um etwa 6 %. Subsummiert man die Facharztgruppen unter „Ärzte“, so errechnet sich in 2005/2006 für diese Gesamt-

gruppe ein Gesamtfinanzierungsvolumen von ca. 120.000 Euro, was einem Rückgang von 3 % gegenüber dem Zeitraum 2004/2005 entspricht.

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer nach wie vor bereit sind, auf einem sehr hohen Niveau zu investieren, vermittelt eine vom IDZ/zzq durchgeführte aktuelle Befragung bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte (vgl. Bergmann-Krauss, Micheelis, Walther, 2005), die auch *Aspekte der subjektiven Berufszufriedenheit* mit einschloss. Demnach scheinen Aspekte wie die „Selbstständigkeit/Freiberuflichkeit“, der „Kontakt mit Menschen“ und die „Möglichkeit einen Heilberuf auszuüben“ dominante Eckpunkte eines positiven Beruferlebens zu sein. Als negative Aspekte stechen vor allem die „staatliche Reglementierung“ und der „Umfang der Verwaltungsarbeiten“ hervor. Trotz dieser Vielschichtigkeit im zahnärztlichen Berufserleben besteht aber eine unverändert positive Berufsrolleneinschätzung, die sich bei den niederlassungswilligen Zahnärzten offenbar auch in mutigen Investitionsentscheidungen niederschlägt.

Zusätzlich zu diesem berufspsychologischen Deutungsversuch wird man als weitere mögliche Erklärung in Erwägung ziehen können, dass die zahnärztliche Berufsausübung eine sehr umfangreiche technisch-apparative Ausstattung zur modernen Patientenversorgung erforderlich macht, die entsprechend hohe Investitionsvolumina begründet. Dies gilt in gleicher Weise für die *zunehmende Prophylaxeorientierung der Zahnärzteschaft*, die auf der einen Seite zusätzlichen finanziellen Aufwand mit sich bringt, auf der anderen Seite aber auch positiv auf die Berufszufriedenheit wirkt (vgl. Schneller, Micheelis, Hendriks, 2001).

4.2 Ostdeutschland

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können den Tabellen 4a/4b und 5a/5b entnommen werden. Die empirisch-statistische Aussagekraft dieser Ergebnisse ist nach wie vor durch die im Vergleich zu Westdeutschland geringeren Besetzungszahlen eingeschränkt. Ab dem Jahr 2003 waren nur noch sehr wenige Einzelpraxisneugründungen zu verzeichnen, sodass aufgrund der geringen Fallzahlen auf eine statistische Auswertung verzichtet wurde. Dies ist umso bemerkenswerter, als Einzelpraxisneugründungen im Jahre 1999 anteilmäßig noch mit den Einzelpraxisübernahmen gleichauf lagen. Mittlerweile kommen in den neuen Bundesländern auf eine Einzelpraxisneugründung etwa neun Einzelpraxisübernahmen.

Im Jahr 2006 entfielen 49 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisübernahme auf den *Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen*, etwa 27 % auf den Goodwill, knapp 3 % auf die *Bau- und Umbaukosten* und 21 % auf den *Betriebsmittelkredit*. Der Vergleich mit der Finanzierungsstruktur in den alten Bundesländern macht deutlich, dass in den neuen Bundesländern ein um 8 Prozentpunkte höherer Anteil für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen einkalkuliert werden muss.

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)	1997	1998	1999	2000	2001
med.-techn. Geräte und Einrichtung	163	140	145	118	137
+ Bau- und Umbaukosten	13	16	18	17	16
= Praxisinvestitionen	176	156	163	135	153
+ Betriebsmittelkredit	48	45	46	44	40
= Finanzierungsvolumen	224	201	209	179	193

Tabelle 4a

Angaben in 1.000 Euro

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)	2002	2003	2004	2005	2006
med.-techn. Geräte und Einrichtung	150	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
+ Bau- und Umbaukosten	9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
= Praxisinvestitionen	159	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
+ Betriebsmittelkredit	32	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
= Finanzierungsvolumen	191	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Tabelle 4b

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)	1997	1998	1999	2000	2001
Substanzwert	59	55	61	57	48
+ Neuanschaffungen	39	32	18	28	52
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	98	87	79	85	100
+ Goodwill	60	60	62	61	54
+ Bau- und Umbaukosten	3	5	1	4	4
= Praxisinvestitionen	161	152	142	150	158
+ Betriebsmittelkredit	39	41	37	37	37
= Finanzierungsvolumen	200	193	179	187	195

Tabelle 5a

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)	2002	2003	2004	2005	2006
Substanzwert	50	42	36	38	42
+ Neuanschaffungen	36	36	31	33	48
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	86	78	67	71	90
+ Goodwill	50	50	50	46	51
+ Bau- und Umbaukosten	3	2	5	7	5
= Praxisinvestitionen	139	130	122	124	146
+ Betriebsmittelkredit	35	35	37	38	39
= Finanzierungsvolumen	174	165	159	162	185

Tabelle 5b

Angaben in 1.000 Euro

4.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Aufgrund der geringen Datenbasis sind keine empirisch-statistisch gesicherten Aussagen über die jüngste Entwicklung des Gesamtfinanzierungsvolumens von *Einzelpraxisneugründungen* in den neuen Bundesländern möglich.

Eine *Einzelpraxisübernahme* in den neuen Bundesländern erforderte 2006 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 185.000 Euro, was ein kräftiges Plus von 14 % gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Damit wurde in etwa das Finanzierungsniveau des Jahres 2000 wieder erreicht (vgl. Abb. 18). Da das für eine Einzelpraxisübernahme aufzuwendende Gesamtfinanzierungsvolumen in den alten Bundesländern im Jahr 2005 zugleich um 7 % gesunken ist, kletterte das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme um 14 Prozentpunkte auf 75 %.

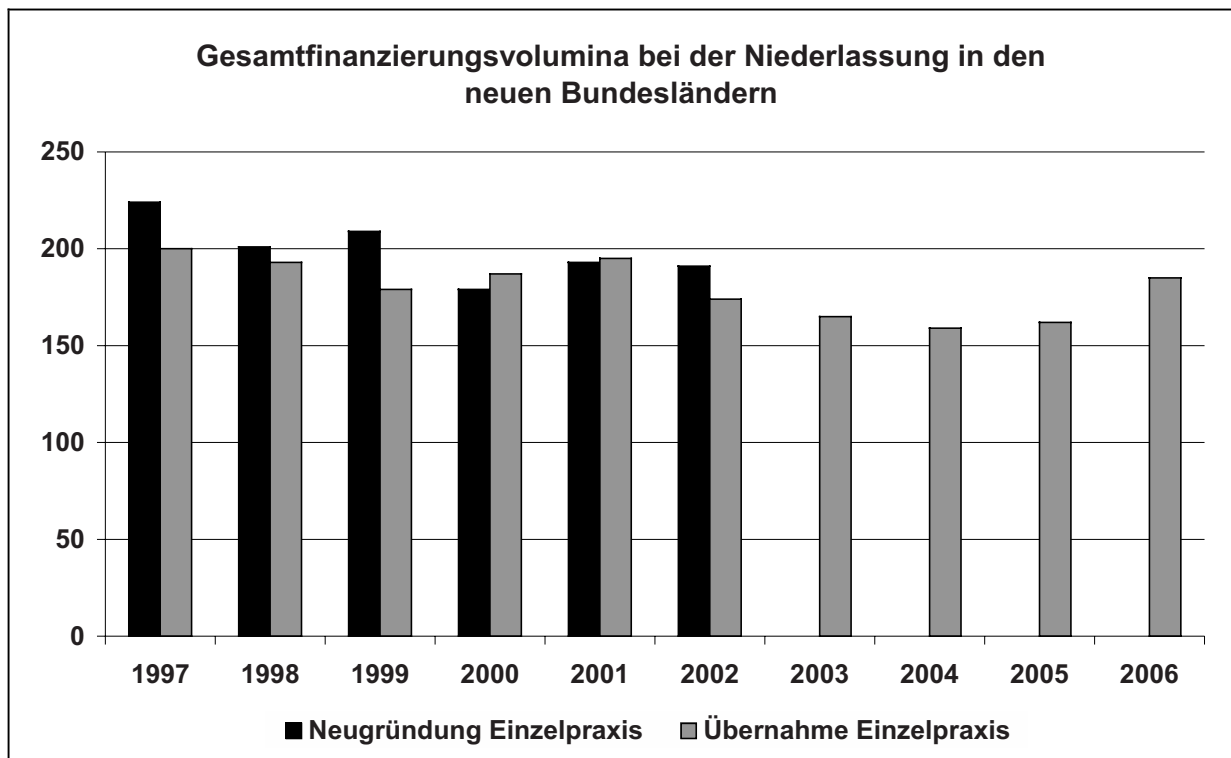


Abbildung 18

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2007

5 Literaturverzeichnis

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Walther, W.: Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information 2/2005, Köln 2005; eigene interne Auswertungen

Brecht, J. G., Meyer, V. P., Aurbach, A., Micheelis, W.: Prognose der Zahnärztezahle und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2020. IDZ-Materialienreihe Bd. 29, Köln 2004

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 2005/2006 (bisher unveröffentlichtes Material), Düsseldorf/Berlin 2007

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2006. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2006

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Fachbereich Statistik: 2007 (mündliche Auskunft)

Kaufhold, R.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995. IDZ-Information 3/1996, Köln 1996

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

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

Klingenberger, D., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2005. IDZ-Information 3/2006, Köln 2006

Schneller, T., Micheelis, W., Hendriks, J.: Individualprophylaxe bei Erwachsenen – Erfahrungen, Problemsichten und Perspektiven bei niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland. IDZ-Information 4/2001, Köln 2001

Weitkamp, J., Klingenberger, D.: Die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung der Zahnmedizin. In: Ulrich, V., Ried, W. (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung. Nomos Verlag, 2007, S. 917-921