



David Klingenberg

Die zahnärztliche Niederlassung

Stand der Forschung zur Praxisgründung

Die zahnärztliche Niederlassung

Stand der Forschung zur Praxisgründung

Materialienreihe

Band 36

David Klingenberg

Die zahnärztliche Niederlassung

Stand der Forschung zur Praxisgründung

HERAUSGEBER

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Universitätsstraße 73 · 50931 Köln

in Trägerschaft von
Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e. V.
und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K. d. ö. R.

Deutscher Zahnärzte Verlag
Köln 2018

Autor:

Dr. rer. pol. David Klingenberg
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln

Titelgrafik:

Reiner Wolfgardt,
fotolia.com

Lektorat:

Inge Bayer
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln

Bibliografische Informationen der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar

ISBN (E-Book) 978-3-7691-0409-7

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich
zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des
Verlages.

Copyright © by Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV GmbH
Köln 2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1 Zahnärztliche Existenzgründungsforschung: Aktualität und Relevanz des Forschungsbereiches	11
2 Ansätze zu einer Theorie der Unternehmensgründung	15
2.1 Existenzgründungsforschung als spezielles Anwendungs- gebiet der Unternehmensgründungsforschung	15
2.2 Entwicklung eines heuristischen Bezugsrahmens	17
2.2.1 Die Kategorie Gründerperson	18
2.2.2 Die Kategorie Gründungsunternehmen	21
2.2.3 Die Kategorie Gründungsumfeld	22
2.2.4 Die Kategorie Gründungserfolg	23
3 Empirische Erkenntnisse aus der zahnärztlichen Existenz- gründungsforschung der vergangenen 30 Jahre	25
3.1 Datenquellen	25
3.1.1 Berufsbild angehender und junger Zahnärzte: Empirische Erkenntnisse zur Gründerperson	25
3.1.2 InvestMonitor Zahnarztpraxis: Empirische Erkenntnisse zum Gründungsunternehmen	27
3.1.3 Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft – Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030: Empirische Erkenntnisse zum Gründungsumfeld	32
3.1.4 Panelstudie AVE-Z (Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren zahnärztlicher Existenzgründungen): Empirische Erkenntnisse zum Gründungserfolg	34
3.1.5 Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren: Empirische Erkenntnisse zum Praxisabgabemarkt	36
3.2 Ergebnisdarstellungen	38
3.2.1 Berufsbild angehender und junger Zahnärzte: Empirische Erkenntnisse zur Gründerperson	38
3.2.1.1 Alter der Gründerperson	38
3.2.1.2 Geschlecht der Gründerperson	41

3.2.1.3	Sozialisation zur Selbstständigkeit – Bedeutung der familiären Herkunft	43
3.2.1.4	Gründungsmotive	44
3.2.1.5	Persönlichkeitseigenschaften	46
3.2.1.6	Erfahrungen und Fähigkeiten der Gründerperson	48
3.2.2	InvestMonitor Zahnarztpraxis: Empirische Erkenntnisse zum Gründungsunternehmen	49
3.2.2.1	Praxisformen im Wandel	49
3.2.2.2	Praxislage	55
3.2.2.3	Praxisform und Praxislage	57
3.2.2.4	Verteilung der Einzelpraxisübernahmen nach Praxislage und Region	58
3.2.2.5	Entwicklung der zahnärztlichen Investitions- und Finanzierungsvolumina	60
3.2.2.6	Investitionen in medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV	73
3.2.2.7	Investitionen in Modernisierung und Umbau der Praxis	76
3.2.2.8	Sonstige Investitionen	77
3.2.2.9	Der materielle und ideelle Wert einer Zahnarztpraxis	78
3.2.2.10	Die Finanzierung einer fachzahnärztlichen Praxis	82
3.2.3	Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft – Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030: Empirische Erkenntnisse zum Gründungsumfeld	85
3.2.3.1	Umfeldbedingungen	86
3.2.3.2	Makroökonomische Konsequenzen für den gesamten Bereich der Mundgesundheits- wirtschaft	94
3.2.4	Panelstudie AVE-Z (Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren zahnärztlicher Existenzgründungen): Empirische Erkenntnisse zum Gründungserfolg	97
3.2.4.1	Überlebenswahrscheinlichkeit zahnärztlicher Praxen	97
3.2.4.2	Beschäftigungsentwicklung in jungen Zahnarztpraxen	98
3.2.4.3	Umsatzentwicklung in jungen Zahnarztpraxen	101
3.2.4.4	Die Entscheidung zur Ausweisung von Arbeitsschwerpunkten	103
3.2.4.5	Die Bedeutung des Kostenmanagements	105
3.2.4.6	Return on Investment	106
3.2.4.7	Subjektive Zufriedenheit mit dem wirtschaftlichen Erfolg	109

3.2.5 Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren: Empirische Erkenntnisse zum Praxisabgabemarkt	111
3.2.5.1 Praxisabgabemarkt im Umbruch	111
3.2.5.2 Auswirkungen auf den Übernahmepreis	112
3.2.5.3 Sachliche und persönliche Präferenzen der Praxiserwerber	113
3.2.5.4 Mismatch: Wenn Angebot und Nachfrage nicht zueinanderpassen	114
3.2.5.5 Unterschiedliche Perspektiven: Der Blick zurück und nach vorn	116
4 Zusammenfassung und Ausblick	121
Abbildungsverzeichnis	127
Tabellenverzeichnis	131
Literaturverzeichnis	133

Vorwort

„Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne, ...“ schrieb Hermann Hesse in einem Gedicht, in dem er das Leben als fortwährenden Prozess umschreibt, bei dem auf jeden durchschrittenen Lebensabschnitt stufenweise ein neuer folgt. In dieser romantischen Einfachheit ist heute eine zahnärztliche Existenzgründung kaum noch vorstellbar; auch deshalb nicht, weil die Möglichkeiten der Ausgestaltung der eigenen oder gemeinsamen Existenzgründung so mannigfaltig geworden sind. *Neue Unübersichtlichkeit* hat dies Habermas in anderem Zusammenhang genannt. Treiber hierfür sind offenbar auch diverse Gesetzgebungsverfahren, die auf eine Liberalisierung der medizinischen Versorgungslandschaft in Deutschland abzielen. Denn zum Zeitpunkt der ersten Ausgabe des *InvestMonitor Zahnarztpraxis* des IDZ im Jahr 1987 hielten sich Praxisneugründungen und Praxisübernahmen noch die Waage. Heute liegt der Anteil der Praxisneugründungen noch bei 13 Prozent und der Existenzgründungsmarkt wird von Einzelpraxisübernahmen und Berufsausübungsgemeinschaften dominiert. Hinzu kommen neue Herausforderungen für den freien Beruf der Zahnärztin/des Zahnarztes durch die Gründung von facharztgruppengleichen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und branchenfremde Investoren (Private Equity). Offenbar ist das zahnärztliche Existenzgründungsverhalten einer erheblichen Dynamik unterworfen.

Welche Faktoren spielen hier eine Rolle? Der Autor hat sich entlang der *Theorie der Unternehmung* einer wissenschaftlichen Herangehensweise dieser Frage gestellt und beleuchtet die Veränderungen der zahnärztlichen Existenzgründung in Deutschland aus ganz verschiedenen Blickwinkeln. Er wirft dabei nicht nur Schlaglichter auf den zahnärztlichen Unternehmer an sich, sondern auch auf die unterschiedlichen Formen der zahnärztlichen Praxis, das sogenannte Gründungsumfeld und die wirtschaftlichen Phasen, die mit einer Unternehmensgründung verbunden sind. So gelingt es Herrn Dr. Klingenberg, ein Bild der Unternehmung Zahnarztpraxis weit über die ökonomische Betrachtungsweise einer Gewinn- und Verlustrechnung zu zeichnen. Er bedient sich dabei den vielfältigen Forschungsprojekten, die zum Thema Existenzgründung am IDZ in den vergangenen 30 Jahren aufgelegt wurden und verwebt sie zu einem neuen Ganzen. So geht dieses Buch auch über eine Festschrift zum 30-jährigen Jubiläum des *InvestMonitor Zahnarztpraxis* hinaus, denn es bietet in jedem Fall unbe-

kannte Einblicke für die nächste Generation von Zahnärztinnen und Zahnärzten jenseits von Niederlassungsseminaren und Hochglanzbroschüren.

Den Blick in die Glaskugel hat Herr Dr. Klingenberger jedoch nicht allein zu verantworten: Mit ausgewählten wissenschaftlichen Weggefährten hat er seine Forschungsergebnisse im Rahmen eines Expertenworkshops bewertet. Hierfür gilt den Herren Betriebswirt (VWA) Bernd Köhler von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Herrn Dr. rer. pol. Dennis A. Ostwald vom WiFOR-Institut und Herrn Professor Dr. Thomas Sander von der Medizinischen Hochschule Hannover unser Dank.

Praxisrelevante Forschung für die deutschen Zahnärzte – so lautet der satzungsgemäße Auftrag des IDZ. Und so darf dieses Buch auch verstanden werden.

Köln, im September 2018
A. Rainer Jordan

1 Zahnärztliche Existenzgründungsforschung: Aktualität und Relevanz des Forschungsbereiches

„Existenzgründungen sind die Grundlage für wirtschaftliches Wachstum. Neue Geschäftsmodelle modernisieren nicht nur die Wirtschaftsstruktur, sondern schaffen auch neue Arbeitsplätze. In Deutschland sind 2016 über 380.000 Gründerinnen und Gründer in die unternehmerische Selbständigkeit gestartet. Start-ups, junge Unternehmen sowie Existenzgründungen in den Freien Berufen haben für die Volkswirtschaft eine große Bedeutung: Sie schaffen nicht nur neue Arbeitsplätze, sondern fördern auch die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit in einer Sozialen Marktwirtschaft. (...) Selbständige Unternehmen tragen zur Stabilität unserer demokratischen Gesellschaftsordnung bei. Wirtschaftliche Verantwortung wird auf viele Schultern verteilt, ‚Machtkonzentration‘ verhindert und unternehmerische Freiheit gefördert.“ (BMW, 2018)

Die beinahe enthusiastische Einschätzung des zuständigen Bundesministeriums verdeutlicht die Aktualität und Relevanz der Existenzgründungen für die wirtschaftliche und gesellschaftliche Basis in Deutschland. Positive Impulse für mehr Wachstum, Beschäftigung und Stabilität sind gesamtgesellschaftlich erwünscht – ergo werden auch Existenzgründungen als wirksames „Mittel zum Zweck“ aus wirtschafts- und gesellschaftspolitischer Perspektive begrüßt.

Die Aktualität und Relevanz des Forschungsbereiches der Existenzgründungsforschung wird auch in der Wissenschaft betont: „Entrepreneurship“ wird der wachsende Forschungszweig auf „neudeutsch“ genannt. Mittlerweile gibt es an den deutschen Universitäten und Hochschulen 133 Professuren für Entrepreneurship. Im Jahr 2008 gab es lediglich 58 Professuren, im Jahre 1998 wurde der allererste Lehrstuhl gegründet (FGF, 2017).

Die Rahmenbedingungen für Existenzgründungen sind im Allgemeinen sicherlich besser geworden. Die politische Akzeptanz ist gestiegen; von staatlicher Seite gibt es mittlerweile eine Vielzahl an Förderprogrammen, die eine Existenzgründung flankieren. Und das Wissen um förderliche Rahmenbedingungen ist ebenfalls gewachsen. Doch finden Praxis und Theorie, Theorie und Praxis immer zueinander?

Skepsis ist angebracht, denn nicht immer scheinen die vom Gesetzgeber geschaffenen Rahmenbedingungen förderlich für eine Existenzgründung

zu sein. Eine allgemeine „Gründungsstimmung“ in der Gesellschaft zu erzeugen, ist sicher notwendig, aber allein nicht hinreichend. Zu komplex sind die Rahmenbedingungen der Berufsausübung, erst recht die der selbstständigen Berufsausübung. Für eine „Gute Praxis Existenzgründung“ kommt es in Wissenschaft und Politik gleichermaßen auf Detailwissen an – gefordert ist die Kenntnis von Ursachen und Auswirkungen spezifischer Regulierungen in einzelnen Berufsfeldern.

Die zahnärztliche Berufsausübung hat in den vergangenen Jahren eine Reihe von gesetzgeberischen Eingriffen erfahren, die sehr unterschiedlich auf die Gründungsneigung der angehenden und jungen Zahnärzte wirken. Ein Beispiel: Der Verwaltungsaufwand, der mit der Berufsausübung einhergeht, ist für die angehende Zahnärztesgeneration mittlerweile regelrecht abschreckend. Die hierfür aufzuwendende Arbeitszeit und Energie steht dann nicht zur Patientenbehandlung zur Verfügung – und die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte wollen behandeln und nicht verwalten. „Mehr Zeit für Behandlung“ lautet folgerichtig die Forderung angesichts geschätzter Bürokratiekosten in Höhe von 1,135 Mrd. Euro, mit denen die Zahnarztpraxen im Jahr 2015 belastet wurden. Dies entspricht einem Arbeitszeitaufwand von etwa 100 Arbeitstagen je Praxis bzw. einer halben Personalstelle (Destatis, 2015a).

Konkrete Vorschläge zur Vereinfachung von bürokratischen Prozessen wurden gemeinsam vom Berufsstand und staatlichen Akteuren (Normenkontrollrat) auf den Weg gebracht (Destatis, 2015a). Das Problembewusstsein staatlicher Akteure ist mittlerweile geweckt, im Rahmen der Gesetzesfolgenabschätzung sind Bürokratiekosten inzwischen verpflichtend zu thematisieren.

Ein weiteres Beispiel: In einer dynamischen Welt wird Stillstand sehr schnell zum Rückschritt. Daher bedarf es der beständigen Erneuerung. Dazu gehört zuvorderst der *ungehinderte Markteintritt und Marktaustritt*. Bestehende Marktbarrieren hat der Gesetzgeber auf Drängen des zahnärztlichen Berufsstandes abgebaut. So wurden die Zulassungsbeschränkungen im zahnärztlichen Bereich mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) abgeschafft. Zum 1. Januar 2009 fiel dann mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) auch die Altersgrenze für Zahnärzte weg; diese dürfen seit dem 1. Oktober 2008 auch nach Erreichen des 68. Lebensjahres weiterhin im Rahmen ihrer Niederlassung tätig sein. Dadurch hat die einzelne Zahnärztin bzw. der einzelne Zahnarzt mehr Planungssicherheit und Gestaltungsspielraum bei der Organisation seiner Nachfolge und für die Region können Versorgungsprobleme vermieden werden.

Neben diesen Beispielen, in denen der Berufsstand, eingerahmt durch die staatliche Gesetzgebung, die konkrete Ausgestaltung der zahnärztlichen

Berufsausübung im Sinne des Subsidiaritätsprinzips vornehmen konnte bzw. kann, gibt es jedoch aktuelle Gesetzesreformen, die ohne angemessene Beteiligung der zahnärztlichen Selbstverwaltungsorgane das Marktumfeld neu geordnet haben. Die seit Juli 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ermöglichte Gründung von facharztgruppengleichen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) hat kaum zu originären Existenzgründungen geführt, sondern primär Umfirmierungen von Berufsausübungsgemeinschaften und Kettenbildungen in Ballungsgebieten ausgelöst.

Die Entstehung derartiger Großstrukturen wird von niederlassungswilligen Zahnärztinnen und Zahnärzten mit Sorge gesehen, da sie erhebliche Umsatzeinbußen im Schatten solcher Medizinischen Versorgungszentren und Zahnärzteketten befürchten. Mit der Stärkung solcher wirtschaftlichen Großstrukturen droht mittelfristig eine Schwächung der bestehenden Praxisformen und damit auch der herkömmlichen Existenzgründungen.

Die für die Sicherstellung der Versorgung erforderliche regionale Streuung der Praxen war bislang nach der Regel „klein, aber viele“ organisiert. Keine andere Wirtschaftsbranche in Deutschland ist so kleinteilig organisiert wie das Gesundheits- und Sozialwesen (Abschnitt 2.1). So haben 97,3 Prozent der Unternehmen im Gesundheits- und Sozialwesen einen Umsatz von weniger als 1 Mio. Euro (Destatis, 2018a). Gerade im ambulanten zahnärztlichen Bereich wird das vom Bundeswirtschaftsminister postulierte Ziel verwirklicht: „Wirtschaftliche Verantwortung wird auf viele Schultern verteilt, ‚Machtkonzentration‘ verhindert.“ (BMW, 2018)

Durch das steigende Interesse von branchenfremden Fremdkapitalgebern („*Private Equity*“) am Mundgesundheitsmarkt (KPMG Global Strategy Group, 2017) wird das Größenwachstum der Praxen und die Kettenbildung im zahnärztlichen Bereich weiter verstärkt. Eine Verpflichtung der (nicht-zahnärztlichen) Fremdkapitalgeber auf gemeinwohlorientierte Versorgungsziele erfolgt dabei jedoch nicht.

In dieser Situation wäre in der Tat eine „Gute Praxis Existenzgründung“ vonnöten. Mit der vorliegenden Monographie soll anhand empirischer Daten aus 30 Jahren Existenzgründungsforschung am IDZ das nötige Hintergrundwissen bereitgestellt und die Basis für ein vertieftes Verständnis der Erfolgsaussichten und Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Niederlassung geschaffen werden.

2 Ansätze zu einer Theorie der Unternehmensgründung

2.1 Existenzgründungsforschung als spezielles Anwendungsgebiet der Unternehmensgründungsforschung

In Abgrenzung von der Unternehmensgründungsforschung hat sich speziell für die kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) der Begriff der „Existenzgründungsforschung“ etabliert. Landläufig spricht man auch vom Mittelstand und meint damit eben jene kleinen und mittleren Unternehmen. Für die Mehrheit der kleinen und mittleren Unternehmen gilt, „dass ihnen nur eine Person als Eigentümer leitend, planend und kontrollierend vorsteht. Die Einheit von Eigentum und Leitung, d. h. die enge Verbindung zwischen der wirtschaftlichen Existenz der leitenden Person und der des Unternehmens sowie die Verantwortlichkeit der Führungsperson für alle unternehmensrelevanten Entscheidung und Vorgänge“ (Wallau, 2010, S. 34) sind charakteristisch für KMU.

Die Zahnarztpraxen werden generell den kleinen Unternehmen zugerechnet, die in Deutschland einen vergleichsweise hohen Stellenwert für das Wirtschaftsgeschehen haben: „Deutschland gilt international als klassisches Mittelstandsland“ (Kayser, 1997, S. 189). Es gibt aktuell etwa 3,48 Mio. Unternehmen, d. h. rein rechnerisch kommt auf 24 Einwohner ein Unternehmen.

Der Blick in das Unternehmensregister des Statistischen Bundesamtes (Tabelle 2-1-1) zeigt, dass nach der Definition des Instituts für Mittelstandsforschung (IfM) 9 von 10 Unternehmen kleine Unternehmen mit weniger als 10 Beschäftigten bzw. einem Umsatzerlös von weniger als 1 Mio. Euro sind. Dieser empirische Befund ist nach wie vor relativ stabil – unverkennbar ist aber auch, dass die durchschnittlichen Betriebsgrößen im Zeitablauf branchenübergreifend sukzessive angestiegen sind.

Tabelle 2-1-1: Anteil der kleinen Unternehmen an allen Unternehmen laut Unternehmensregister (Stand: 30. September 2017)			
		Anteil der Unternehmen bis 9 Beschäftigte (in %)	Anteil der Unternehmen mit einem Umsatz unter 1 Mio. Euro (in %)
G	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	89,8	80,6
M	Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	93,9	93,1
F	Baugewerbe	89,8	87,9
L	Grundstücks- und Wohnungswesen	97,5	91,7
C	Verarbeitendes Gewerbe	73,4	71,3
I	Gastgewerbe	92,2	94,9
Q	Gesundheits- und Sozialwesen	82,1	97,3
Gesamt	Alle Wirtschaftszweige	89,5	88,9
Q	Gesundheits- und Sozialwesen (2002)	87,5	n. v.
Gesamt	Alle Wirtschaftszweige (2002)	90,9	n. v.
Quellen: Destatis, 2018a; Destatis, 2018b			

Die Unternehmensgröße streut allerdings in den verschiedenen Wirtschaftszweigen stark. Die betrieblichen Erfordernisse und erzielbaren Größenvorteile stellen sich je nach Branche offenkundig sehr unterschiedlich dar, z. B. im verarbeitenden Gewerbe anders als im Grundstücks- und Wohnungswesen. Auffallend ist, dass im Gesundheits- und Sozialwesen der Anteil der Unternehmen mit einem Umsatzerlös von weniger als einer Mio. Euro vergleichsweise am höchsten ist. Gerade einmal 2,7 Prozent der Unternehmen erwirtschaften einen Umsatz von 1 Mio. Euro und mehr. Im Branchenvergleich zeigt sich das Gesundheits- und Sozialwesen also eher als beschäftigungsstark (13,3 Prozent der Unternehmen haben 10 oder mehr Mitarbeiter) und weniger als umsatzstark. Dies gilt insbesondere für die sogenannte Mundgesundheitswirtschaft (Klingenberger et al., 2012). Der Bereich der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung zählt zu den persönlich erbrachten Dienstleistungen und ist insofern vergleichsweise arbeitsintensiv. Das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Zahnärztin/Zahnarzt und Patientin/Patient legt überdies vergleichsweise kleinere Unternehmenseinheiten nahe.

Gemessen an ihrem Anteil an wichtigen Kennzahlen wie dem Umsatz, der Beschäftigung oder den Investitionen kommt den KMU „eine tragende Rolle in der deutschen Wirtschaft“ zu (Söllner, 2014). Im Jahr 2016 zählten 99,5 Prozent aller Unternehmen zu den KMU und ihr Anteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten betrug 58,3 Prozent. Die berufliche

Ausbildung wird in der Hauptsache vom Mittelstand getragen: 82,0 Prozent der Auszubildenden erlernen aktuell ihren Beruf in einem KMU. Zudem entfielen 35,3 Prozent der erzielten Umsätze, 42,0 Prozent der Bruttoinvestitionen und rund 47,0 Prozent der Bruttowertschöpfung auf KMU (IfM, 2018a; Destatis, 2018c).

2.2 Entwicklung eines heuristischen Bezugsrahmens

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, das Thema der zahnärztlichen Praxisgründung in ein umfassenderes wissenschaftliches Theoriegebilde einzubetten. Im Rahmen einer phasenbezogenen Betrachtung lässt sich die Unternehmensgründung als Startphase der Unternehmenstätigkeit beschreiben, auf die weitere Phasen der Unternehmensentwicklung (Konsolidierungs- und Expansionsphase) folgen (Klingenberger und Becker, 2008). Ansätze zu einer *Theorie der Unternehmensgründung* sind insofern innerhalb einer *Theorie der Unternehmung* zu verorten. „Die ‚Theorie der Unternehmung‘ (synonym engl. ‚theory of the firm‘) ist ein uneinheitliches Feld von Modellen und Theorien, deren Gegenstand die Wirtschaftseinheit ‚Unternehmung‘ im Wirtschaftssystem Marktwirtschaft ist. Die unter diesem Oberbegriff subsummierbaren Theorien und Modelle konstituieren logisch zusammenhängende Aussagen, um Entstehungsgründe, Entwicklung und Verhalten der Unternehmung sowie ihre Beziehungen zum Markt zu beschreiben, zu erklären und zu prognostizieren“ (Piekenbrock und Haric, 2013, S. 1).

Ist bereits die übergeordnete Theorie der Unternehmung durch eine gewisse Uneinheitlichkeit charakterisiert, so kommt Schulte (Schulte, 2006, S. 2) auch für eine speziellere Theorie der Unternehmensgründung zum Ergebnis, dass „die Gründungsforschung bis heute gekennzeichnet ist durch eine insgesamt wenig aufeinander abgestimmte und daher eher unausgewogene, fragmentarische Entwicklung und einen Mangel an Einheitlichkeit und Konsistenz ihrer Terminologie“.

Auch wenn bislang daher noch nicht auf eine zusammenfassende Theorie der Unternehmensgründung und -entwicklung zurückgegriffen werden kann, so lässt sich das Forschungsfeld dennoch in Grundzügen umreißen. Eine systematische Erschließung und Weiterentwicklung des sehr heterogenen Forschungsfeldes wurde in Deutschland insbesondere durch einen von Müller-Böling und Klandt (1990) entwickelten heuristischen Bezugsrahmen geschaffen. Dieser basiert auf einer inhaltlichen Systematisierung in die Kategorien Gründerperson, Gründungsunternehmen, Gründungsumfeld und Gründungserfolg (Schulte, 2006).

Dieser heuristische Bezugsrahmen soll in den folgenden Abschnitten inhaltlich weiter konkretisiert werden.

2.2.1 Die Kategorie Gründerperson

Der Gründerperson kommt vor allem in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) ein großes Gewicht zu, da diese in der Regel *inhabergeführt* sind. Nach Burandt und Kanzek (2010, S. 20) ist „der Unternehmer in einem KMU – gewissermaßen qua Funktion – mit allen Entscheidungen ganz auf sich selbst gestellt („ständig selbst“)“.

Die Existenz des Unternehmens beruht in diesen Fällen also voll und ganz auf der Entscheidung der Gründerperson, sich beruflich selbstständig zu machen. Die Forschungsliteratur hat daher zu Recht einen sehr starken Fokus auf die Person des Gründers gesetzt und hier insbesondere auf

- die Gründungsmotive,
- die Persönlichkeitseigenschaften („traits“),
- die Erfahrungen und Fähigkeiten („skills“) sowie
- die grundlegenden Einstellungen (primäre und sekundäre Sozialisation).

Zur weiteren Ausdifferenzierung werden in der Regel weitere zentrale Personenmerkmale wie Geschlecht, Alter, nationale Herkunft, Berufsabschluss, Erwerbsstatus, regionale Herkunft sowie Größe der Wohnortgemeinde im Hinblick auf ihre Gründungsrelevanz in die Analysen einbezogen (KfW-Bankengruppe, 2008). Es wird im Folgenden also auf einen personenbezogenen Theorieansatz abgestellt, der die Person des Gründers und sein mikro-soziales Umfeld berücksichtigt (Merz und Paic, 2004).

Die Motivation des Gründers für eine berufliche Selbstständigkeit lässt sich auf einer Skala zwischen den beiden Eckpunkten „Arbeitslosigkeit“ und „Selbstverwirklichung“ darstellen. Manch ein Unternehmer macht sich eher aus der Not, der antizipierten oder tatsächlichen Arbeitslosigkeit heraus selbstständig („Ökonomie der Not“), wohingegen andere die berufliche Selbstständigkeit als Chance individueller Selbstentfaltung („Ökonomie der Selbstverwirklichung“) verstehen. In der wissenschaftlichen Literatur wird in diesem Zusammenhang von sog. Push- und Pull-Faktoren gesprochen, also zwischen Druck- und Zuganreizen der Unternehmensgründung unterschieden (Koetz, 2006; Paic, 2009). Im Falle des Fehlens alternativer Erwerbsmöglichkeiten sieht sich der Existenzgründer aus dem Druck zur Einkommenserzielung heraus zur Selbstständigkeit genötigt. Bietet die Selbstständigkeit jedoch gute Arbeitsbedingungen und Chancen der Einkommenserzielung, so wird der Existenzgründer von diesen positiven Signalen – ungeachtet anderer Erwerbsmöglichkeiten – angezogen.

Das konsequente und zielgerichtete Verfolgen von Gründungsmöglichkeiten („opportunity exploitation“) als eine erste zentrale Voraussetzung beschreibt im Grunde bereits ein ganzes Bündel von Persönlichkeitseigenschaften des Gründers (Block, 2011).

Stabile Persönlichkeitsmerkmale für eine unternehmerische Eignung lassen sich nach Müller (2000) in motivationale, affektive, kognitive und soziale Dispositionen unterteilen. Göbel (1998) unterscheidet 8 wesentliche Bereiche unternehmerischer Orientierung, nämlich Autonomie, Innovation, Risikobereitschaft, proaktive Orientierung, aggressive Konkurrenz, Leistungsorientierung, soziale Orientierung und emotionale Stabilität.

Aus empirischer Sicht ist anhand der genannten Personen- und Persönlichkeitsmerkmale der Nachweis zu erbringen, ob und wenn ja, in welchen Bereichen es signifikante Unterschiede zwischen abhängig Beschäftigten und Selbstständigen gibt, die handfeste Hinweise auf spezifische „Unternehmereigenschaften“ zulassen (Burandt und Kanzeck, 2010).

„Motivationale Eignungsmerkmale sind beispielsweise Leistungsmotivstärke, internale Kontrollüberzeugung und Unabhängigkeitsstreben“ (Abbildung 2-2-1). „Sie differenzieren am stärksten zwischen abhängig beschäftigten und selbstständig tätigen Personen und gelten daher als Kernmerkmale der unternehmerischen Persönlichkeit. Aber auch bei den affektiven Merkmalen Antriebsstärke und Belastbarkeit, den kognitiven

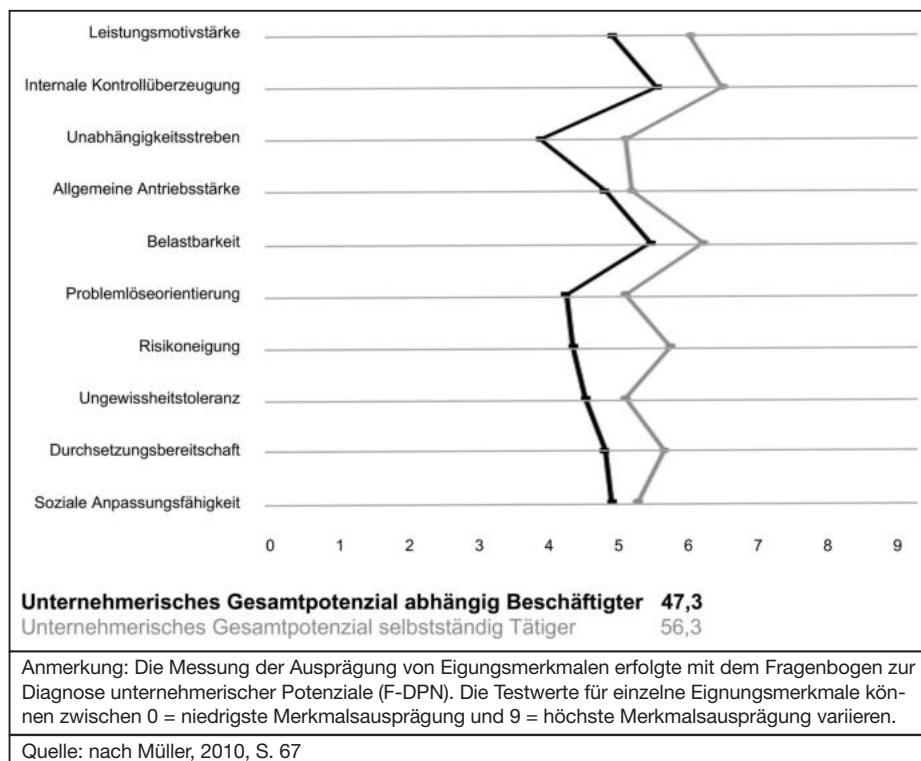


Abbildung 2-2-1: Ausprägungen unternehmerisch relevanter Eignungsmerkmale bei abhängig beschäftigten und selbstständig tätigen Personen

Merkmale Problemlöseorientierung, Risikoneigung und Ungewissheitstoleranz und den sozial-interaktiven Merkmalen Durchsetzungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit sind [...] teils signifikante Ausprägungsunterschiede feststellbar“ (Müller, 2010, S. 67). Speziell für den „ärztlichen Unternehmer“ kommen Müller und Kohls zu dem Schluss, „dass der ökonomische Praxiserfolg primär auf eine intensivere Beschäftigung mit unternehmerischen Aufgaben (Leistungsmotivstärke) und einer wirkungsvolleren Praxisführung (Durchsetzungsvermögen) beruhen dürfte“ (Müller und Kohls, 2002, S. 7).

Wagner und Ziltener (Wagner und Ziltener, 2006, S. 4) kommen in einem wissenschaftlichen Review hingegen zu dem Ergebnis, dass „kein einheitliches ‚Set‘ an Persönlichkeitsmerkmalen existiert, welches den Unternehmensgründer beschreiben und charakterisieren kann.“

In der Literatur wird auch die Frage aufgeworfen, inwieweit die sog. Freien Berufe – und hier insbesondere *Ärzte und Zahnärzte* – als Personen mit spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen angesehen werden können, die sie für eine Existenzgründung prädestinieren. Mangels empirischer Daten wird die Beweisführung mitunter umgedreht, indem vom Tatbestand der Niederlassung auf dahinterliegende Persönlichkeitseigenschaften geschlossen wird: „Es darf deshalb vermutet werden, dass neben einer hohen fachmedizinischen Qualifikation auch spezifisch ‚unternehmerische‘ Eigenschaften, Orientierungen und Handlungsweisen hilfreich, ja unabdingbar für eine erfolgreiche Praxisentwicklung sind“ (Hohner, 1999, S. 286).

Für den Bereich der ambulanten zahnmedizinischen Praxen konnte die empirische Analyse von Fischer und Heinemann verdeutlichen, dass die Persönlichkeit der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes zwar einen signifikanten Einfluss auf den Praxiserfolg ausübt, aber lediglich eine Minderheit (4,1 Prozent) der Zahnärzte dem (im Hinblick auf die Praxisperformance erfolgreichsten) Persönlichkeitstypus des „Unternehmers“ entspricht (Fischer und Heinemann, 2009). Eine unterdurchschnittliche Praxisperformance wird lediglich dem Persönlichkeitstyp des „Ängstlichen“ (Anteilswert 8,2 Prozent) attestiert. Die Mehrheit der befragten niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte entspricht nach Auffassung von Fischer und Heinemann dem durchschnittlich erfolgreichen Typus des „Phlegmatikers“ (Anteilswert 61,2 Prozent).

Eine trennscharfe typologische Abgrenzung von niedergelassenen und angestellten Zahnärztinnen/Zahnärzten lässt sich anhand solcher psychologischer Einordnungen insofern nicht zweifelsfrei vornehmen. Differenzialpsychologische Tests zur „Unternehmereignung“, wie sie etwa im Rahmen einer „effizienten Gründungsförderung“ (Kritikos und Wießner, 2004) gefordert werden, sind vor diesem Hintergrund entsprechend kritisch zu bewerten. Dies nicht zuletzt deshalb, weil die Frage nach Ursache und Wirkung unbeantwortet bleibt (Burandt und Kanzek, 2010): Sind Unternehmer bereits in

der Kindheit mit der entsprechenden Persönlichkeit ausgestattet (Gravitationshypothese), oder bildet sich die Persönlichkeit erst durch die Unternehmertätigkeit heraus (Sozialisationshypothese)? Die in Abbildung 2-2-1 wiedergegebenen Ausprägungswerte der Selbstständigen beruhen auf der Befragung von Personen, die sich bereits selbstständig gemacht haben. Eine Zuordnung zur Gravitations- oder Sozialisationshypothese ist bei dem gewählten Studienansatz von Müller (Müller, 2010) insofern nicht praktikabel.

Die mangelnde Übertragbarkeit von theoretisch postulierten Unternehmer-eigenschaften auf reale Unternehmer deutet auf die grundsätzliche Schwierigkeit der Unternehmertumsforschung hin, die Vielfalt der unternehmerischen Herausforderungen in konkreten Berufsfeldern angemessen in ihre theoretischen Modelle einzubeziehen (Lang-von Wins, 2004). Die empirischen Ergebnisse gelten oftmals lediglich im Allgemeinen, nicht aber im speziellen Fall, etwa der zahnärztlichen Niederlassung mit ihren spezifischen unternehmerischen Herausforderungen.

Ein weiteres Forschungsthema zur Gründerperson betrifft die „Wirkung elterlicher Rollenmodelle auf die Entwicklung und Ausprägung von selbstständigkeitsrelevanten Persönlichkeitsdispositionen“ (Lang-von Wins, 2004). Aus der Forschung ist bekannt, dass Kinder aus Unternehmerfamilien selbst häufiger eine berufliche Selbstständigkeit anstreben. Dies wird damit erklärt, dass in solchen Familien eine positive „Kultur der Selbstständigkeit“ vermittelt wird, die sich im Verlaufe der primären Sozialisation auf die Kinder überträgt (Lang-von Wins, 2004). Hier geht es insofern um eine „Sozialisation zur Selbstständigkeit“ in Abgrenzung zur zuvor erwähnten „Sozialisation in der Selbstständigkeit“.

Die empirischen Erkenntnisse zur Gründerperson speisen sich primär aus dem Projekt „Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ (Abschnitt 3.1.1).

2.2.2 Die Kategorie Gründungsunternehmen

Die Gründerperson bedient sich zur Verfolgung seiner individuellen wirtschaftlichen und außerwirtschaftlichen Ziele einer wirtschaftlich selbstständigen Organisationseinheit, dem Unternehmen. Die Unternehmensgründung umfasst die erste Phase im Lebenszyklus eines Unternehmens (Startphase). Die neu entstandene Organisationseinheit wird in dieser Phase auch als Gründungsunternehmen bezeichnet.

Ausgehend von den individuellen Gründungsmotiven der Gründerperson ergeben sich qualitative und quantitative Unternehmensziele. Mit dem qualitativen Unternehmensziel wird die Vision oder Mission des neuen Unternehmens beschrieben. Das quantitative Unternehmensziel beinhaltet die Erreichung oder Maximierung von konkreten ökonomischen Kennziffern: Umsatz, Gewinn, Rendite auf das eingesetzte Kapital etc. (Hilpisch,

2006). Das Gründungsunternehmen ist in seiner Ausgestaltung strategisch und organisatorisch auf diese Ziele hin ausgerichtet.

In der betriebswirtschaftlichen Literatur spricht man hinsichtlich der Frage der Ausgestaltung des Gründungsunternehmens von Entscheidungsproblemen, vor denen die Gründerperson steht. Bei der Lösung dieser Entscheidungsprobleme hat der Unternehmensgründer eine Reihe von Freiheitsgraden, d. h. verschiedene Optionen, wie und in welchen Formen und mit welchen Mitteln er die gesetzten Unternehmensziele erreichen möchte. Entsprechend sind vom zahnärztlichen Existenzgründer die folgenden Entscheidungen zu treffen (o. V., 2018):

- die Wahl der Rechtsform,
- die Wahl des Standortes,
- die Wahl des anzubietenden Produkts bzw. der Dienstleistung,
- die Wahl des relevanten Marktes bzw. der Kunden,
- die Wahl der Aufbauorganisation,
- die Wahl der Ablauforganisation,
- die Wahl der Finanzierung.

Eine Beschreibung des Gründungsunternehmens hat also die vielfältigen, individuellen Lösungen der Gründerperson auf die obigen Entscheidungsprobleme in den Blick zu nehmen. Die aus den Freiheitsgraden des Gründers bzw. der Gründerin erwachsene Vielfalt der Unternehmensformen lässt sich empirisch darstellen und beschreiben, ohne Kenntnis der individuellen Motive und Ziele der Gründerperson allerdings kaum angemessen bewerten.

Die empirischen Erkenntnisse zu den Gründungsunternehmen, d. h. konkret zu den Gründungs- und Finanzierungsformen von zahnärztlichen Praxisneugründungen und Praxisübernahmen, speisen sich primär aus dem *InvestMonitor Zahnarztpraxis* (Abschnitt 3.1.2).

2.2.3 Die Kategorie Gründungsumfeld

Mit dem Begriff des Gründungsumfeldes sind diejenigen Rahmenbedingungen beschrieben, in denen sich der Gründer bzw. das Gründungsunternehmen bewegen wird (Herr, 2007).

In der Unternehmenstheorie werden zumeist fünf Bereiche unterschieden, die jeweils einen externen Einfluss auf das Ob und Wie einer Gründung ausüben (Specht, 1993):

- das soziale Umfeld (private Netzwerke, soziale Akzeptanz),
- das ökonomische Umfeld (Verfügbarkeit von Kapital, Wohlstandsniveau der Region, Einkommensverteilung, Arbeitslosensituation),

- das politische Umfeld (öffentliche Gründungsförderung, Verlässlichkeit politischen Handelns, gesetzgeberische Eingriffe),
- der Entwicklungsgrad der Infrastruktur (Lebensqualität, Bildungssystem, Verkehrsanbindung, Verfügbarkeit von Fachkräften und Immobilien),
- die Marktentwicklung (Konkurrenzdichte, Unternehmensgrößen, Ausdifferenzierung von Wettbewerbsnischen, Nachfrageentwicklung, Umsatztrends).

Aufgrund der vergleichsweise langen Amortisationszeiträume sind Investitionen in besonderem Maße den Zukunftserwartungen der Menschen unterworfen; entsprechend wichtig ist die subjektiv empfundene Stabilität des Gründungsumfeldes sowie die Vorhersehbarkeit der weiteren Entwicklung.

Da von Unternehmensgründungen ein positiver Einfluss auf Wachstum und Beschäftigung erwartet wird, konkurrieren die Regionen in unterschiedlichem Maße um Existenzgründer und Start-ups, beispielsweise mit der Bereitstellung einer gründungsunterstützenden Infrastruktur. Als ein markantes Beispiel sei hier nur die „Berliner Agenda für ein optimiertes Gründungsumfeld“ (Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH, 2016) genannt.

Eine aktuelle Studie zu regionalen Gründungsumfeldern kommt zu dem Ergebnis, dass die Attraktivität einer Region einerseits Fachkräfte und Gründungswillige anzieht, dass die infrastrukturellen Vorteile von Metropolregionen mit einer guten wirtschaftlichen Lage andererseits aber auch reduziert werden können, etwa durch hohe Kosten sowie die geringe Verfügbarkeit von Raum und qualifizierten Fachkräften (Bijedic, 2018).

Die empirischen Erkenntnisse zum Gründungsumfeld, hier insbesondere zum ökonomischen Umfeld und zur Marktentwicklung, speisen sich primär aus der gesundheitsökonomischen Trendanalyse „Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft“ (Abschnitt 3.1.3).

2.2.4 Die Kategorie Gründungserfolg

Die Bestimmung von Erfolgsfaktoren und die anschließende Erfolgsmessung setzen zunächst einen Erfolgsbegriff voraus, der genauer zu spezifizieren ist. Im Allgemeinen spiegelt sich Erfolg in der Zielerreichung wider (Bea und Haas, 2012). Daraus folgt, dass jede Erfolgsdefinition zwingend eine Zielvorstellung voraussetzt. Erfolgsgrößen können dabei sowohl quantitativ-objektiv (z. B. Praxiseinkünfte) als auch qualitativ-subjektiv (z. B. persönliche Zufriedenheit) definiert werden. Zusätzlich besitzt Erfolg eine zeitliche Dimension, d. h. man kann etwa die erforderliche Zeit bis zur Erwirtschaftung eines Einnahmenüberschusses (Break-even-Distanz) als

Erfolg oder Misserfolg definieren. Generell ist mit „Anlaufverlusten“ zu rechnen, sodass ein relativer Erfolgsbegriff immer den Branchendurchschnitt bzw. die gesamtwirtschaftlichen Verhältnisse im Auge behalten muss.

In der Literatur (Brüderl et al., 2007) werden üblicherweise

- die Überlebenswahrscheinlichkeit (Brüderl et al., 1992),
- die Veränderung der Zahl der Beschäftigten sowie
- die Umsatzentwicklung

als zentrale betriebswirtschaftliche Erfolgsindikatoren von Unternehmen betrachtet.

Eine Stagnation oder gar ein Rückgang der Beschäftigung wird in der Regel als Hinweis auf betriebswirtschaftliche Probleme bzw. einen sich andeutenden Marktaustritt gedeutet – von Almus deshalb auch als „Shadow of Death“ bezeichnet (Almus, 2000). Bei der Interpretation der Entwicklung der Mitarbeiterzahl und des Umsatzes ist indes zu berücksichtigen, dass Zahnarztpraxen als sogenannte inhaberzentrierte Kleinbetriebe grundsätzlich nicht auf eine anhaltende Expansion angelegt sind, also einem anderen Wachstumspfad folgen als Unternehmen in anderen Branchen (Hohner, 1999).

Obwohl der Gewinn in der Praxis als zentrale betriebswirtschaftliche Erfolgsgröße angesehen werden kann, eignen sich Gewinnkennziffern aufgrund der unterschiedlichen Modalitäten der Gewinnberechnung nicht in gleichem Maße wie der Umsatz als harter Erfolgsindikator; sie sollten aber dennoch im Rahmen der Untersuchung detailliert analysiert werden, insbesondere im Zusammenhang mit solchen ergänzenden betriebswirtschaftlichen Erfolgsgrößen wie etwa dem Return on Investment.

Die empirischen Erkenntnisse zum Gründungserfolg speisen sich primär aus dem IDZ-Projekt „AVE-Z – Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen“ (Abschnitt 3.1.4).

3 Empirische Erkenntnisse aus der zahnärztlichen Existenzgründungsforschung der vergangenen 30 Jahre

Das Jahr 1987 stellt für das IDZ gleich in doppelter Hinsicht eine wichtige Zäsur dar. So wurde das seit 1980 tätige „Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung“ zum 1. Januar 1987 als „Institut der Deutschen Zahnärzte“ in gemeinsamer Trägerschaft von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung etabliert. Im gleichen Jahr wurde dann auch das Thema der „Zahnärztlichen Existenzgründungsforschung“ als wichtiger Teilbereich des Forschungsschwerpunktes „Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung“ am IDZ eingerichtet. Bereits mit der zweiten Publikation des neuen Institutes in der Reihe „IDZ-Information“ wurde im Juni 1987 eine erste „betriebs- und volkswirtschaftliche Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens“ (Deutsch und Müller, 1987) vorgelegt, die lediglich den Auftakt für eine ganze Reihe weiterer Projekte rund um die zahnärztliche Existenzgründungsforschung bildete. Im Folgenden werden diese empirischen Projekte im Hinblick auf ihre Datenquellen und Ergebnisse detailliert vorgestellt.¹

3.1 Datenquellen

Die Gliederung der Datenquellen orientiert sich an dem in Abschnitt 2.2 entwickelten heuristischen Bezugsrahmen, der eine Unterteilung in die Kategorien Gründerperson, Gründungsunternehmen, Gründungsumfeld und Gründungserfolg nahelegt. Abschließend wird das „natürliche Gegenstück“ der Existenzgründung, nämlich die Praxisaufgabe bzw. -abgabe, mit in die Darstellung einbezogen.

3.1.1 Berufsbild angehender und junger Zahnärzte: Empirische Erkenntnisse zur Gründerperson

Im Hinblick auf die Gründerperson ist es sinnvoll, zunächst zwischen geplanten und durchgeführten Existenzgründungen zu unterscheiden. Empirische Erkenntnisse zur Gründerperson lassen sich im Hinblick auf die frühe Gründungsentention vor allem aus der Studie „Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ entnehmen.

¹ Um an die IDZ-Veröffentlichungen der zahlreichen Studien zu gelangen, die Eingang in die vorliegende Untersuchung fanden, können Sie den Link auf der letzten Seite des Buches nutzen.

Die Berufsbild-Studie ist in drei Module aufgeteilt. Das Modul 1 „Y-Dent“ ist als bundesweite Längsschnittstudie angelegt, in der die Studienteilnehmer über mehrere Jahre zunächst als Studierende (im Jahr 2014/2015), später in der Zeit als Assistenz Zahnärztin bzw. -zahnarzt (im Jahr 2017) und schließlich im Angestelltenverhältnis bzw. in der Anfangsphase der Niederlassung (im Jahr 2019) befragt werden (Kettler et al., 2017). Die Module 2 und 3, die unter dem Titel „Berufsbild junger Zahnärzte“ zusammengefasst wurden, waren als bundesweite Querschnittsstudie angelegt und sind mittlerweile abgeschlossen. In Modul 2 wurden junge Zahnärzte in der Assistenzzeit und in Modul 3 angestellte Zahnärzte befragt. Die Datenerhebung für alle drei Module erfolgte im Zeitraum November 2014 bis März 2015.

Angeschrieben bzw. kontaktiert wurde jeweils die Grundgesamtheit aller Studierenden der Zahnmedizin im 9. und 10. Semester, der Assistenz Zahnärzte (Vorbereitungs-, Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten) sowie der angestellten Zahnärzte. Die sehr hohe Rücklaufquote in Modul 1 und die gute Rücklaufquote der Module 2 und 3 qualifizieren die Studie für repräsentative Aussagen im Hinblick auf die Niederlassungsneigung (Tabelle 3-1-1).

Tabelle 3-1-1: Berufsbild angehender und junger Zahnärzte: Fallzahlen und Stichprobenanteile an der Grundgesamtheit			
Module	Grundgesamtheit	Fallzahl	Rücklaufquote
Modul 1: Studierende	1.972	1.367	69,3 %
Modul 2: Assistenz Zahnärzte	14.149	4.788	33,8 %
Modul 3: Angestellte Zahnärzte			

Aus der Studie lässt sich die Niederlassungsneigung der angehenden und jungen Zahnärzte ableiten und mit einzelnen Merkmalen der Gründerperson (u. a. Alter und Geschlecht) verknüpfen. Etwaige relevante Aspekte, wie etwa die familiäre Sozialisation, der Wunsch, als Zahnärztin/Zahnarzt behandelnd tätig zu sein, das angestrebte Behandlungsspektrum (sogenannte Arbeitsschwerpunkte) sowie subjektiv wichtige Ziele der Lebensplanung, können in die Analyse einbezogen werden.

Eine Verknüpfung der frühen Gründungsintention mit der späteren tatsächlichen Niederlassung in freier Praxis wird erst im weiteren Projektverlauf von Modul 1 erfolgen können, also voraussichtlich im Jahr 2019. Bis dahin ist lediglich ein Abgleich des bekundeten Niederlassungswunsches mit den tatsächlich erfolgten Existenzgründungen anhand alternativer Datenquellen möglich, in erster Linie über die Mitgliederstatistiken der Landeszahnärztekammern, die den aktuellen beruflichen Status ihrer Mitglieder im jährlichen Turnus abbilden. Ergänzend können die Angaben aus dem *InvestMonitor Zahnarztpraxis* (Abschnitt 3.1.2) zur Gründerperson hinzugezogen werden.

3.1.2 InvestMonitor Zahnarztpraxis: Empirische Erkenntnisse zum Gründungsunternehmen

Die empirischen Erkenntnisse zu den Gründungsunternehmen, d.h. konkret zur Finanzierung von zahnärztlichen Praxisneugründungen und Praxisübernahmen, speisen sich primär aus dem *InvestMonitor Zahnarztpraxis*.

Der *InvestMonitor* ist methodologisch als Sekundäranalyse von Finanzierungsdaten angelegt, die im Rahmen von durchgeführten Praxisfinanzierungen in den Filialen der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) erhoben und in der Zentrale in Düsseldorf zusammengeführt werden. Diese Daten werden seit dem Berichtsjahr 1984 im jährlichen Turnus vom IDZ in Kooperation mit der apoBank für weiterführende Forschungsfragen ausgewertet.

Die apoBank sieht den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit gemäß Eigendarstellung in der „wirtschaftlichen Förderung und Betreuung der Heilberufler sowie ihrer Organisationen“ (apoBank, 2018a) und arbeitet zu diesem Zwecke eng mit den Landesorganisationen der Heilberufler zusammen. Als größte deutsche Genossenschaftsbank unterhält sie ein ausgedehntes Filialnetz und ist in Deutschland bundesweit vertreten (Abbildung 3-1-1). Auf dem Markt für zahnärztliche Existenzgründungen werden aktuell schätzungsweise vier von zehn Praxisfinanzierungen über die apoBank abgewickelt. Der hohe Marktanteil der apoBank (Abbildung 3-1-4) qualifiziert den Sekundärdatensatz insofern hervorragend für weiterführende empirische Analysen.

Die Forschungsk Kooperation zwischen IDZ und apoBank entstand im Zusammenhang mit einem von der apoBank gemeinsam mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung entwickelten Investitions- und Kostenberatungsprogramm (INKO). Das Programm wird seit 1985 im Rahmen von Praxisberatungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen eingesetzt (Clade, 1985). Die Ausweitung auf den zahnärztlichen Bereich erfolgte dann im August 1986 (Reckort, 1986).

Während vonseiten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) bereits seit 1980 eigenständige Kostenstrukturerhebungen in Zahnarztpraxen durchgeführt wurden, war das Investitionsgeschehen im zahnärztlichen Bereich zu diesem Zeitpunkt noch weitgehend unerforscht. Die weiteren Überlegungen mündeten daher in die Etablierung einer eigenständigen „Investitionsanalyse“, die seit 1987 im jährlichen Turnus publiziert wird. Seit dem Berichtsjahr 2008 wird die Analyse unter dem Label *InvestMonitor Zahnarztpraxis* veröffentlicht.

Das IDZ erhält jeweils im Frühjahr des Folgejahres von der apoBank einen Rohdatensatz, der anonymisiert ist und Dritten insofern keinen Rück-



Abbildung 3-1-1: Filialnetz der Deutschen Apotheker- und Ärztebank
(Stand: Dezember 2017)

schluss auf konkrete Personen erlaubt. Die Lieferung der Rohdaten erfolgte bis zum Berichtsjahr 2005 in Papierform. Diese sogenannten Kreditprotokolle (Abbildung 3-1-2), die von den Finanzberatern der Deutschen Apotheker- und Ärztebank auszufüllen waren, wurden anschließend händisch in eine SPSS-Datenbank übertragen. Seit dem Berichtsjahr 2006 werden die Daten elektronisch in Form einer Excel-Datei übermittelt.

Zahnärzte 2000						
I. Finanzierung						
Gesamtbetrag der Finanzierung						DM
davon entfallen auf:						
■ Betriebsmittelkredit (Anlauffinanzierung)						DM
■ Neuinvestitionen (med. Geräte + Praxisausstattung)						DM
■ Bau- und Umbaukosten						DM
■ Entgelt für die Praxisübernahme (gesamt):						DM
davon ideeller Wert						DM
davon materieller Wert						DM
■ EDV						DM
■ Immobilie (praxisbedingt)						DM
■ Sonstiges						DM
nachrichtlich Eigenmittel						DM
II. Art der Praxisgründung						
	EP	GP	PG	Anzahl der Praxismitglieder	Anzahl der finan- zierenden Mitglieder	
Neugründung einer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Übernahme einer						
Einzelpraxis als	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gemeinschaftspraxis als	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Praxisgemeinschaft als	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kauf eines Vertragszahnarztsitzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Eintritt in eine bestehende						
Einzelpraxis (wird zu)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gemeinschaftspraxis (wird zu)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Praxisgemeinschaft (wird zu)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
III. Allgemeine statistische Daten						
■ Niederlassungsjahr:						
■ Alter und Geschlecht des/der Kreditnehmer(s):	Alter		Geschlecht			
	Alter		Geschlecht			
	Alter		Geschlecht			
■ Die Praxis verfügt über ein Eigenlabor						<input type="checkbox"/>
■ Die Praxis ist eine Fachpraxis für: Kieferorthopädie						<input type="checkbox"/>
	Oralchirurgie					<input type="checkbox"/>
	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie					<input type="checkbox"/>
■ Praxislage:	Großstadt (über 500.000 Einwohner)					<input type="checkbox"/>
	Mittelstadt (100.000-500.000 Einwohner)					<input type="checkbox"/>
	Kleinstadt (20.000-100.000 Einwohner)					<input type="checkbox"/>
	Land (weniger als 20.000 Einwohner)					<input type="checkbox"/>
■ KZV-Bereich:						
	lfd. Bearbeitungs-Nr.:					

Abbildung 3-1-2: Musteransicht eines Kreditprotokolls

Zur Repräsentativität des *InvestMonitor Zahnarztpraxis*: Entwicklung der Fallzahlen und des Stichprobenanteils an der Grundgesamtheit

Die Datenbasis des *InvestMonitor Zahnarztpraxis* bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank im Berichtsjahr durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Die Fallzahlen der Praxisfinanzierungen (Abbildung 3-1-3) lagen in der Vergangenheit zwischen 400 (1992) und 768 (2005). Der Marktanteil der apoBank ist in diesem Segment relativ hoch und liegt derzeit bei etwa 40 Prozent (Abbildung 3-1-4). Insofern handelt es sich um einen relevanten Ausschnitt der Gesamtheit der zahnärztlichen Existenzgründungen, der eingeschränkt allgemeingültige Aussagen über das Niederlassungsverhalten im zahnärztlichen Bereich in Deutschland zulässt.

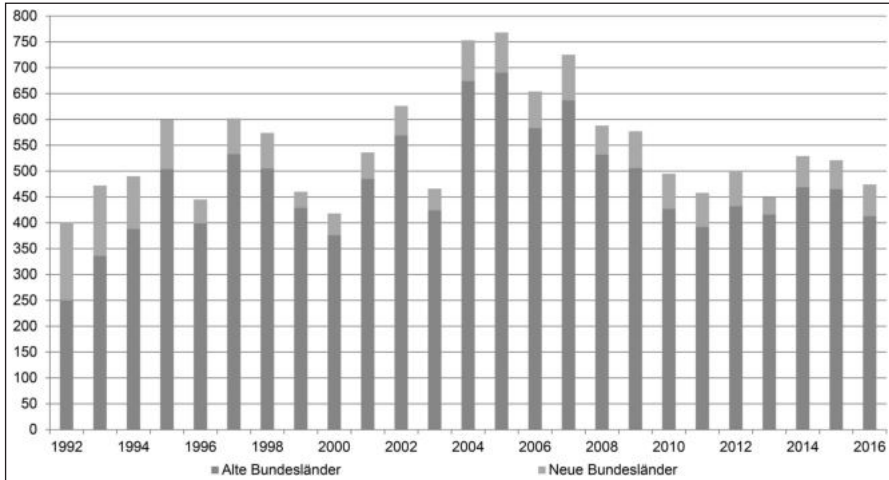


Abbildung 3-1-3: Berichtete Praxisfinanzierungen – Entwicklung der Stichprobengröße (1992–2016)

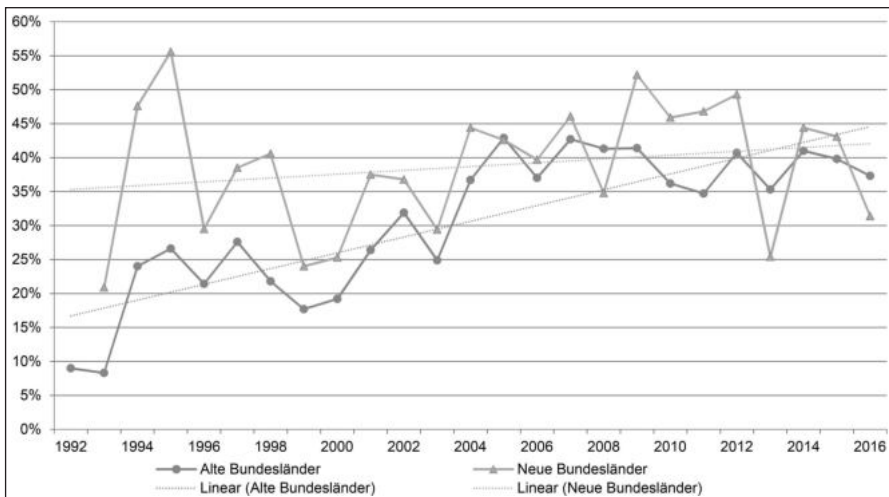


Abbildung 3-1-4: Anteil der Stichprobe an der Grundgesamtheit (1992–2016)

Zur Bildung von Zeitreihen konnte auf die SPSS-Datensätze der Jahre 1992 bis 2016 zurückgegriffen werden. Für die Berichtsjahre 1984 bis 1991 sind keine Einzeldatensätze verfügbar; hier musste daher auf die entsprechenden Publikationen aus diesem Zeitraum Bezug genommen werden.

Der Umfang der erhobenen Daten hat sich in den vergangenen 30 Jahren deutlich erhöht: Während der Datensatz im Jahr 1992 noch 23 Variablen beinhaltete, umfasst der Datensatz aktuell 62 Variablen (Tabelle 3-1-2).

Tabelle 3-1-2: InvestMonitor Zahnarztpraxis: Ermittelte Kenngrößen	
1984–1986	2016
<ul style="list-style-type: none"> • Höhe des Gesamtfinanzierungsvolumens • Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden ideellen Praxiswertes (Goodwill) sowie des materiellen Praxiswertes (Substanzwert) • Höhe der Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen • Höhe der Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung • Höhe des Betriebsmittelkredites • Art der Existenzgründung (Praxisform) • Alter der Zahnärztin/des Zahnarztes 	<ul style="list-style-type: none"> • Höhe des Gesamtfinanzierungsvolumens • Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden ideellen Praxiswertes (Goodwill) sowie des materiellen Praxiswertes (Substanzwert) • Beteiligungsquote beim Beitritt zu einer bzw. Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft • Vorjahresumsatz der Übernahmepraxis • Höhe der Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen • Höhe der Investitionen in medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV • Höhe der sonstigen Investitionen • Höhe des Betriebsmittelkredites • (Erst-)Niederlassungsjahr • Art der Existenzgründung (Praxisform) • Anzahl der (finanzierenden) Praxismitglieder • Fachrichtung • Niederlassungsregion • Ortsgrößenklasse (Verstädterungsgrad) des Niederlassungsortes • Alter und Geschlecht der Zahnärztin/des Zahnarztes

Die Datensatzrestriktionen des *InvestMonitor Zahnarztpraxis* konnten in den vergangenen 30 Jahren durch den Einbezug weiterer Praxismerkmale deutlich verringert werden und die Auswertungsmöglichkeiten haben sich entsprechend verbessert (Tabelle 3-1-3).

Tabelle 3-1-3: InvestMonitor Zahnarztpraxis: Datensatzrestriktionen und spätere Erweiterungen des Sekundärdatensatzes	
1984–1986	2016
<ul style="list-style-type: none"> • nur Westdeutschland (bis 1990) • keine Gemeinschaftspraxen (bis 1991) • kein Fachrichtungsmerkmal (bis 1995) • kein Geschlechtsmerkmal (bis 1999) • keine „Sonstigen Investitionen“ (bis 2011) • kein (Erst-)Niederlassungsjahr (bis 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtdeutschland • Gemeinschaftspraxen (BAGs) • Fachrichtungsmerkmal • Geschlechtsmerkmal • „Sonstige Investitionen“ • (Erst-)Niederlassungsjahr

Um den heutigen Möglichkeiten und Informationsbedürfnissen gerecht zu werden, ist beabsichtigt, möglichst viele Kenngrößen möglichst weit zurückzuverfolgen – und zwar auf der Grundlage einer einheitlichen zeitge-

mäßen Auswertungsstrategie. Das erfordert teilweise neue Filterführungen, so etwa bei der Praxisform, der Niederlassungsregion, der Fachrichtung, dem (Erst-)Niederlassungsjahr oder dem Einbezug der sonstigen Investitionen.

Der Vorteil einer solchen Vorgehensweise liegt in der verbesserten intertemporalen Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Als Kehrseite der umfassenden Datensatzanpassung ist in Kauf zu nehmen, dass die hieraus resultierenden Ergebnisse unter Umständen von den früher publizierten Zahlen abweichen können.

3.1.3 Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft – Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030: Empirische Erkenntnisse zum Gründungsumfeld

Das Gründungsunternehmen Zahnarztpraxis ist in ein Gründungsumfeld eingebettet, das im Rahmen einer inhaltlich umfassenden Existenzgründungsforschung mit in die Analyse einbezogen werden sollte. Mit dem Projekt „Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft“ (Klingenberger et al., 2012) hat das IDZ im Jahr 2012 eine makroökonomische Analyse der wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen vorgelegt. Kooperationspartner war das Institut WifOR in Darmstadt, das auf makroökonomische Trendanalysen im Gesundheitsbereich spezialisiert ist (Ostwald, 2009).

Es handelte sich um eine reine Sekundärdatenanalyse, d.h. es wurden keine Primärdaten im Rahmen des Projektes erhoben. Die vorhandenen statistischen Daten des Zeitraumes 1996 bis 2008 zum Umsatz von Zahnarztpraxen, Dentallaboren und Dentalhandel (Abbildung 3-1-5) wurden im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis zum Jahr 2030 extrapoliert.



Abbildung 3-1-5: Schichtenmodell der Mundgesundheitswirtschaft

Als Einflussparameter des Prognosemodells wurden Daten zur oralen Morbidität, zur demographischen Entwicklung, zum Inanspruchnahmeverhalten und zum Pro-Kopf-Einkommen der Bevölkerung sowie zum medizinisch-technischen Fortschritt miteinbezogen. Mittels dieser zentralen Einflussparameter wurde das künftige Umsatzvolumen der Mundgesundheitswirtschaft bis zum Jahr 2030 fortgeschrieben.

Im Rahmen der Modellierung wurde angenommen, dass die manifeste Nachfrage nach Gesundheitsleistungen der Mundgesundheitswirtschaft für den gesamten Prognosezeitraum einem mindestens gleich großen Angebot zahnärztlicher bzw. zahntechnischer Leistungen gegenübersteht, die Nachfrage also nicht durch das Angebot limitiert wird (Brecht et al., 2009).

Konkret wurden Abrechnungsdaten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV, 2017a), die Datenbestände der GOZ-Analyse (BZÄK, 2017), oralepidemiologische Daten des IDZ (Micheelis und Schiffner, 2006), Daten des Statistischen Bundesamtes und weitere Statistiken zur Entwicklung der Mundgesundheitsprodukte in das Modell eingespeist.

Mithilfe der genannten Datenquellen wurde das Umsatzvolumen der Mundgesundheitswirtschaft getrennt nach Leistungsbereichen retrospektiv für den Zeitraum von 1996 bis 2008 berechnet. Die Beziehung zwischen manifester Nachfrage und Umsatzvolumen in diesem Zeitraum errechnet

sich anhand einer multivariaten Regression (Abbildung 3-1-6). Der geschätzte mathematische Zusammenhang wurde schließlich genutzt, um basierend auf der Datenreihe zur Entwicklung der manifesten Nachfrage von 2009 bis 2030 das Umsatzvolumen der Mundgesundheitswirtschaft zu prognostizieren. Aus dem prognostizierten Umsatzvolumen wurde schließlich unter Verwendung von bereichsspezifischen Vorleistungsquoten das Wachstum der Wertschöpfung der Mundgesundheitswirtschaft errechnet. Über spezifische Arbeitsproduktivitäten wurden sodann die mit der Wertschöpfung einhergehenden Beschäftigungseffekte geschätzt.

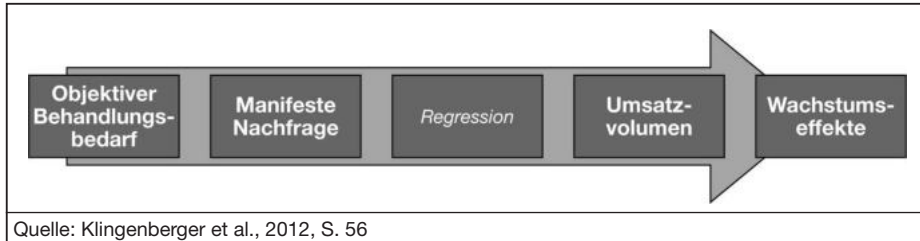


Abbildung 3-1-6: Kausale Kette des Wachstums der Mundgesundheitswirtschaft

Die Umsatzentwicklung der Mundgesundheitswirtschaft konnte mit der beschriebenen Methodik differenziert prognostiziert werden, so insbesondere getrennt für die Umsätze im zahnersetzenden und im zahnerhaltenden Leistungsbereich sowie für den „Ersten Gesundheitsmarkt“ (GKV, PKV, Beihilfe) in Abgrenzung vom „Zweiten Gesundheitsmarkt“ (private Haushalte).

3.1.4 Panelstudie AVE-Z (Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren zahnärztlicher Existenzgründungen): Empirische Erkenntnisse zum Gründungserfolg

Während die Forschung zum Gründungsunternehmen auf die Anfangs- oder Startphase der zahnärztlichen Niederlassung fokussiert, also primär zeitpunktbezogen ausgerichtet ist, müssen zur Analyse des Gründungserfolges generell längere Zeiträume betrachtet werden. Die Panelstudie AVE-Z knüpfte hier an, indem sie die Verlaufsmuster der betrieblichen Konsolidierung und Expansion auch nach der Startphase nachzeichnet und die zugrunde liegenden Erfolgsfaktoren identifiziert.

Als Panel bezeichnet man Untersuchungsanordnungen, die an denselben Personen dieselben Variablen zu verschiedenen Zeitpunkten analysieren. Derartige Längsschnittstudien bieten den Vorteil, dass sie strukturelle Veränderungen aufzeigen und die kausale Rekonstruktion von Ereignissen und Entwicklungsmustern ermöglichen (Arndt und Strotmann, 2004; Schnell et al., 2013). Im Rahmen von AVE-Z erfolgte die Datenerhebung in drei Wellen mit jeweils zweijährigem Abstand (Abbildung 3-1-7). Befragt wurden dabei Zahnärzte, die sich zwischen 1998 und 2001 in freier Praxis

niedergelassen haben (Klingenberg und Becker, 2004; Klingenberg und Becker, 2007; Klingenberg und Becker, 2008). Fachlich unterstützt wurde das IDZ bei der Durchführung der Studie durch die Universität Augsburg, Forschungsstelle Gründungsforschung.

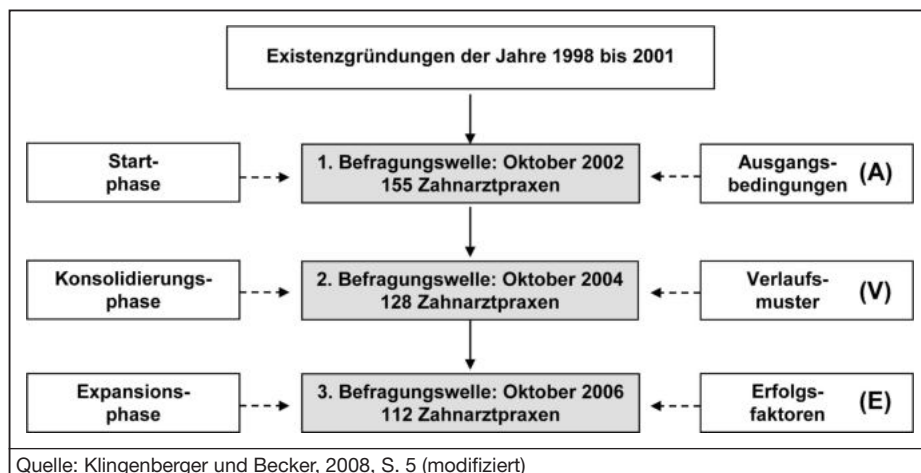


Abbildung 3-1-7: Projekttafflaufschema von AVE-Z

Die Rekrutierung der Befragungsteilnehmer erfolgte mittels einer Aufrufkampagne, die im Zeitraum von September 2002 bis Januar 2003 in verschiedenen zahnärztlichen Printmedien geschaltet wurde. Interessenten konnten sich per Brief, Fax, E-Mail oder telefonisch beim IDZ melden und erhielten auf dem Postweg einen Fragebogen mit einem frankierten und adressierten Rücksendeumschlag. Es handelt sich folglich um eine sogenannte Freiwilligenstichprobe. Von den 155 Teilnehmern der ersten Befragungswelle durchliefen insgesamt 112 Probanden alle Befragungswellen. Die sogenannte Panelmortalität betrug 27,7 Prozent.

Um die Stichprobenqualität des AVE-Z-Befragungssamples beurteilen zu können, wurde ein Abgleich des ersten Befragungssamples mit anderen Datenquellen, denen die gleiche Grundgesamtheit zugrunde liegt, vorgenommen. Die Investitionsanalyse des IDZ und der apoBank für das Jahr 2001 basiert auf der gleichen Grundgesamtheit (neu niedergelassene Zahnärzte in eigener Praxis) und konnte deshalb als Vergleichsmaßstab herangezogen werden (Tabelle 3-1-4). Der Strukturvergleich verdeutlicht die relativ gute Übereinstimmung mit dem Datensatz des *InvestMonitor* (Abschnitt 3.1.2).

Tabelle 3-1-4: Strukturvergleich der AVE-Z-Stichprobe mit der Investitionsanalyse 2001		
Variablen	AVE-Z-Stichprobe (1998–2001)	Investitionsanalyse IDZ/apoBank (2001)
Altersdurchschnitt (in Jahren)	35,2	34,8
Altersverteilung	%	%
bis 30 Jahre	8,4	18,5
31–40 Jahre	82,6	68,6
über 40 Jahre	9,0	12,9
Geschlechtsverteilung	%	%
männlich	62,6	62,3
weiblich	37,4	37,7
Regionale Verteilung (Einteilung nach Nielsegebieten)	%	%
1 Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen	20,6	17,5
2 Nordrhein-Westfalen	28,4	29,5
3 Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg . . .	17,4	23,1
4 Bayern	20,0	12,7
5 Berlin	3,2	7,6
6 Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt . .	5,2	4,9
7 Sachsen, Thüringen	5,2	4,7

Bei dem verwendeten Fragebogen handelte es sich um einen sogenannten Selbstausfüllbogen. Erhoben wurden u. a. Daten zum Umfang und zur Struktur der (Re-)Investitionen, zur Praxisgröße (sachliche und personelle Ressourcen), zu personellen Veränderungen, zu Umsatz- und Kostengrößen sowie zu fachlichen Schwerpunktsetzungen.

Zentrales Erkenntnisinteresse war, inwieweit sich zentrale Strukturmerkmale neugegründeter Praxen im Verlaufe der betriebswirtschaftlichen Konsolidierung und Expansion verändern und welche Auswirkungen dies auf zentrale Erfolgsgrößen (Umsatz, Betriebsausgaben, Saldo der Gewinn- und Verlustrechnung) hat.

3.1.5 Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren: Empirische Erkenntnisse zum Praxisabgabemarkt

Während größere Unternehmen generell durch eine breite Streuung der Beteiligungsrechte gekennzeichnet sind, konzentriert sich bei klein- und mittelständischen Unternehmen (KMU) die Leitung und Inhaberschaft oftmals auf nur eine Person (Sander, 2012). Dieser Sachverhalt hat natürlich Einfluss auf den Fortbestand des Unternehmens bzw. im vorliegenden Fall der Zahnarztpraxis. Das natürliche Pendant zur Gründung eines inhabergeführten Unternehmens ist daher die Aufgabe der beruflichen Selbstständigkeit, im Idealfall durch den Verkauf des Unternehmens an einen Nachfolger, der dafür den ausgehandelten Übernahmepreis zahlt. Die Möglichkeiten der späteren ökonomischen Verwertung des akkumulierten Praxiswertes sollten bereits bei der Existenzgründung antizipiert werden,

d.h. in die langfristige betriebswirtschaftliche Investitionsrechnung und persönliche Lebensplanung miteinfließen.

In einem Projekt zum Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren hat das IDZ in Kooperation mit Prof. Thomas Sander von der Stabsstelle Praxisökonomie der Medizinischen Hochschule Hannover die Interessen und Perspektiven der Praxiskäufer einerseits und die der Praxisverkäufer andererseits zusammengeführt und mögliche Konfliktbereiche herausgearbeitet (Klingenberger und Sander, 2014).

Die Geltungskraft des Sozialkapitalansatzes in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung beruht auf der personengebundenen Vertrauensbeziehung zwischen Zahnärztin/Zahnarzt und Patientin/Patient (Schmid-Domin, 2009), die sich betriebswirtschaftlich vorteilhaft in der Bindung des Patienten an die Praxis äußert. Die gelungene Patientenbindung zeigt sich u. a. darin, dass die eigene Zahnärztin bzw. der eigene Zahnarzt (Nahbild) im Vergleich zu anderen Zahnärztinnen und Zahnärzten (Fernbild) von seinen Patienten deutlich positiver wahrgenommen wird (Micheelis und Süßlin, 2012). Im Rahmen der Praxisbewertung stehen die Erträge aus der Umwandlung des Sozialkapitals in einen quantifizierbaren ideellen Wert im Mittelpunkt der Betrachtung, konkret: die ökonomische Bewertung der Patientenbindung an die Zahnarztpraxis.

Ziel der explorativen Untersuchung war, einen kritischen Abgleich der in der Praxis relevanten Faktoren bei der Kaufpreisfindung mit den in den gängigen Praxisbewertungsverfahren theoretisch begründeten Kriterien zu bieten. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die praktische Relevanz von Sozialkapitalaspekten gerichtet.

Die Gruppe der Befragten bestand zum einen aus insgesamt 27 Zahnärztinnen und Zahnärzten, die im Zeitraum zwischen Januar 2010 und September 2012 ihre Praxis bzw. ihren Anteil an einer Berufsausübungsgemeinschaft veräußert hatten, zum anderen aus 6 jungen Existenzgründern, die im gleichen Zeitraum eine Zahnarztpraxis erworben hatten (Abbildung 3-1-8).

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

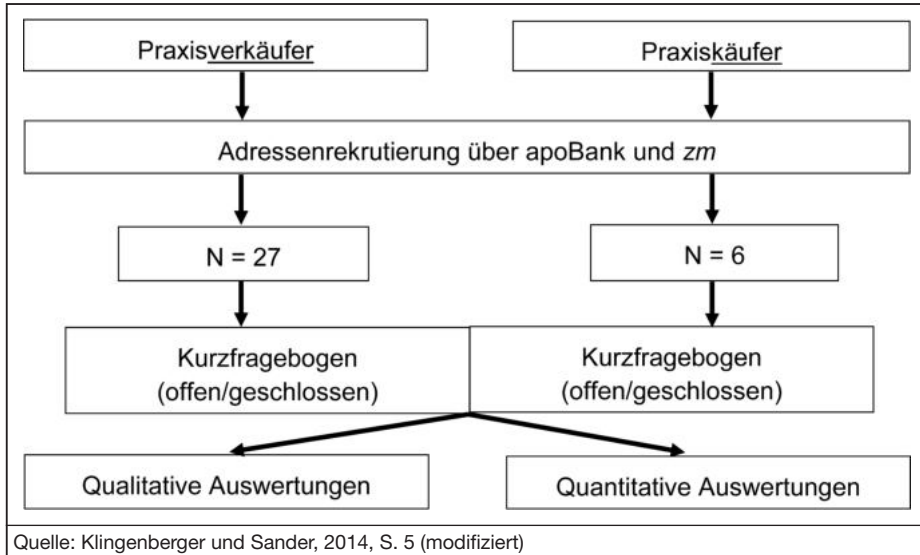


Abbildung 3-1-8: Projektdesign der explorativen Studie zum Stellenwert des Sozialkapitals

3.2 Ergebnisdarstellungen

3.2.1 Berufsbild angehender und junger Zahnärzte: Empirische Erkenntnisse zur Gründerperson

Wie bereits in Abschnitt 2.2.1 ausgeführt, kommt der Gründerperson in kleinen und mittelständischen Unternehmen ein großes Gewicht zu, da diese Unternehmen in der Regel inhabergeführt sind. Für den ambulanten zahnmedizinischen Bereich galt diese Aussage lange uneingeschränkt, in jüngster Zeit werden allerdings zunehmend facharztgleiche medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet, die von Kapitalgesellschaften, d. h. von juristischen anstelle von natürlichen Personen, initiiert und finanziert werden. Die empirischen Erkenntnisse im folgenden Abschnitt, die primär aus dem Projekt Berufsbild angehender und junger Zahnärzte, zum Teil aus dem *InvestMonitor* stammen, beziehen sich jeweils auf eine „natürliche“ Gründerperson. Bei der Interpretation der Daten ist jeweils zu beachten, dass es sich zum Teil um Absichtsbekundungen der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte handelt, die allerdings auf manifeste Motive und Einstellungen zur Frage der freiberuflichen Niederlassung schließen lassen.

3.2.1.1 Alter der Gründerperson

Die Angaben zum Alter der Gründer sind aus den im *InvestMonitor* dokumentierten Existenzgründungen entnommen. Abbildung 3-2-1 verdeutlicht

für den Zeitraum von 1992 bis 2016, dass die Entscheidung zur Existenzgründung heute später getroffen wird als noch vor 20 Jahren. Lag der Altersdurchschnitt damals noch bei etwa 34 Jahren, so stieg das Durchschnittsalter sukzessive auf nunmehr 36,5 Jahre an.

Für diese Entwicklung sind teilweise wohl gesellschafts- und bildungspolitische Faktoren mit verantwortlich, zum Teil allerdings auch gesundheitspolitische Maßnahmen. Bis zum Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Januar 2007 diente die zweijährige Assistenzzeit als Orientierungsphase für die junge Zahnärztin bzw. den jungen Zahnarzt, die dann in der Regel zur Niederlassung führte. Mit der neu eröffneten Option einer unter Umständen auch unbefristeten Beschäftigung als angestellte Zahnärztin bzw. als angestellter Zahnarzt kann der Planungshorizont individuell angepasst werden, die Notwendigkeit einer zeitnahen Entscheidung für eine freiberufliche Niederlassung besteht seit 2007 nicht mehr; die definitive Entscheidung kann folglich beliebig prolongiert werden. Der erwähnte „Push-Faktor“ (Abschnitt 2.2.1) für eine Selbstständigkeit ist ersatzlos weggefallen – das Chancenmotiv rückt in den Vordergrund (KfW-Bankengruppe, 2008).

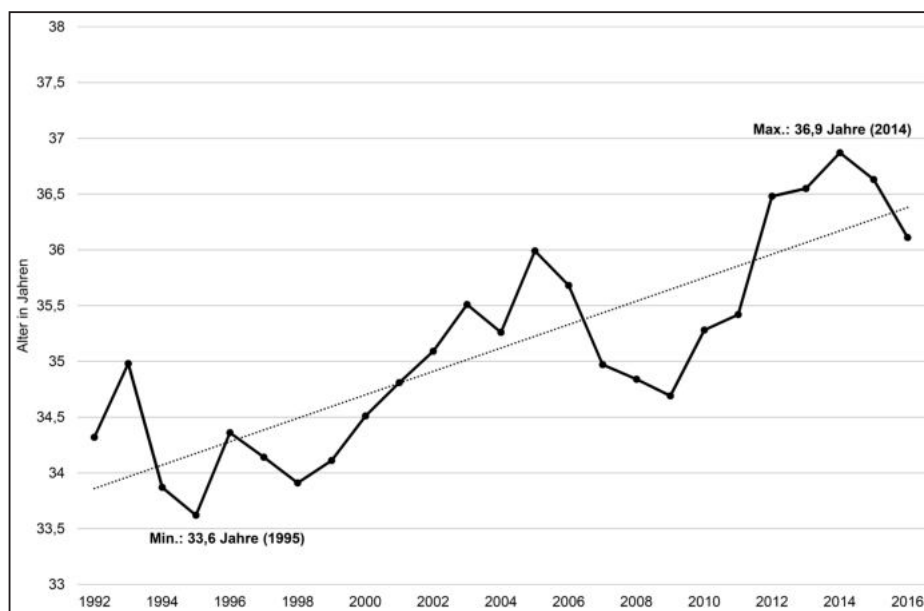


Abbildung 3-2-1: Altersdurchschnitt der Existenzgründer (1992–2016)

Ein Blick auf die Altersstruktur der Existenzgründer verdeutlicht, dass in erster Linie die Gruppe der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte im Alter von unter 30 Jahren deutlich geschrumpft ist, nämlich von einem Anteilswert von 24 Prozent im Jahr 1992 auf 7 Prozent im Jahr 2016 (Abbildung 3-2-2). Mit einem Anteilswert von 68 Prozent zählen die meisten Existenz-

gründer zur Gruppe der 30- bis 39-Jährigen, immerhin 23 Prozent gehören zur Gruppe der 40- bis 49-Jährigen. Lediglich 2 Prozent der Existenzgründer sind 50 Jahre und älter.

Im Datensatz sind vereinzelt Fälle von Existenzgründern enthalten, die sich bereits früher einmal niedergelassen haben, die Selbstständigkeit dann aber aus beruflichen oder privaten Gründen zwischenzeitlich aufgegeben haben, um sich zu einem späteren Zeitpunkt erneut niederzulassen. Durch den Einbezug solcher sogenannter Zweitniederlassungen steigt der Altersdurchschnitt statistisch. Für den Datensatz des Jahres 2015 konnte dieser Effekt empirisch ermittelt werden. Während der Altersdurchschnitt aller Existenzgründer im Jahr 2015 bei 36,6 Jahren lag, betrug der Altersdurchschnitt in der Gruppe der Zahnärzte mit einer erstmaligen Niederlassung 35,8 Jahre (lag also 0,8 Jahre niedriger). Der Altersdurchschnitt der Zahnärzte mit Zweitniederlassung betrug hingegen 43,3 Jahre. Der in Abbildung 3-2-1 dargestellte Altersdurchschnitt der Zahnärzte wäre insofern für die Gruppe der Zahnärzte mit erstmaliger Niederlassung in einer Größenordnung von 0,5 bis 1 Jahr nach unten zu korrigieren.

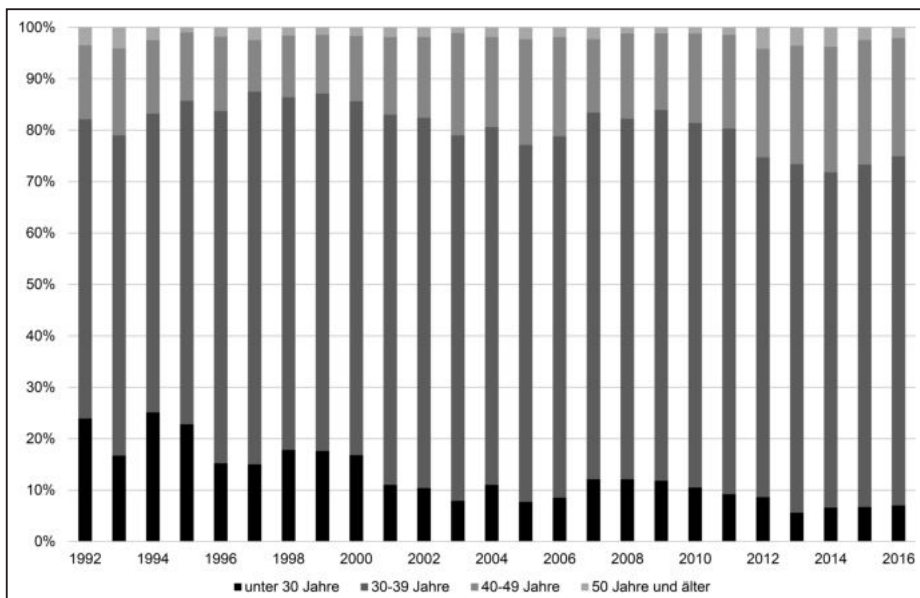


Abbildung 3-2-2: Gruppierte Altersverteilung der Existenzgründer (1992–2016)

Abweichende Altersdurchschnitte ergeben sich ebenfalls bei einer Unterscheidung zwischen allgemein Zahnärztlichen und fach Zahnärztlichen Existenzgründungen. Die Niederlassung als Fach Zahnärztin bzw. Fach Zahnarzt erfordert eine mehrjährige fach Zahnärztliche Weiterbildung; die Niederlassung kann also erst im Anschluss an diese Weiterbildung erfolgen. Dennoch liegt der Altersdurchschnitt der Fach Zahnärzte bei der Niederlassung

(Werte für 2015) mit 37,3 Jahren nur 0,8 Jahre höher als der korrespondierende Altersdurchschnitt der Allgemein Zahnärztinnen und Allgemein Zahnärzte (36,5 Jahre). Offenkundig erfolgt die fachzahnärztliche Weiterbildung vergleichsweise häufiger mit einer frühzeitigen klaren beruflichen Perspektive in Richtung einer zeitnahen Niederlassung.

3.2.1.2 Geschlecht der Gründerperson

Das Geschlecht der Gründerperson ist insofern für die zahnärztliche Existenzgründungsforschung von Interesse, als sich aus dem Geschlecht zum einen unterschiedliche Lebenslagen, zum anderen unterschiedliche fachliche Schwerpunktsetzungen und Interessen ergeben. Die Studie von Kullmann (Kullmann, 1999) hat dies sehr eindrücklich für die Zahnmedizin zeigen können. Für das Berufsfeld der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes ist zu konstatieren, dass der Frauenanteil in dieser anfänglich rein männlichen Berufsdomäne seit der Gründung der Bundesrepublik kontinuierlich angestiegen ist. Dieser anhaltende Trend ist in der wissenschaftlichen Literatur mitunter als „Feminisierung der Zahnmedizin“ titulierte und beschrieben worden (Buchmann, 2010).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Lebenslage und beruflichen Interessen äußern sich in unterschiedlichen Berufsverläufen – bis hinein in die Niederlassung. Betrachtet man den jeweiligen Frauenanteil in unterschiedlichen beruflichen Phasen, vom Studium bis in die Niederlassung, so wird deutlich, dass mittlerweile knapp 66 Prozent der Studienanfänger weiblich sind; gleichwohl stellen die Frauen „nur“ einen Anteil von 38 Prozent an der Gesamtheit der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte (Tabelle 3-2-1). Dieser empirische Befund kann dahingehend interpretiert werden, dass insbesondere bei den Frauen Hemmschwellen und Barrieren existieren, die eine Entscheidung für eine Niederlassung erschweren (Kettler, 2017).

Tabelle 3-2-1: Feminisierung der Zahnmedizin		
Anteil der Frauen an den ... (jeweils in %)		
	im Jahr 2000	im Jahr 2016
Studienanfängern der Zahnmedizin	60,7	65,9
Studierenden der Zahnmedizin	52,2	65,8
Studienabschlüssen der Zahnmedizin	48,7	65,2
Promotionen in der Zahnmedizin	41,7	59,7
Zahnärztlich tätigen Zahnärzten	36,3	44,6
Niedergelassenen Zahnärzten	34,0	38,0

Quelle: BZÄK, 2017

Der Vergleich der Daten aus dem Jahr 2016 mit denen des Jahres 2000 verdeutlicht einerseits, dass der Frauenanteil über alle beruflichen Statuspassagen hinweg in der Zwischenzeit gestiegen ist, andererseits zeigt sich aber auch, dass die geschlechtsspezifischen Lebenslagen und Einstellungen größtenteils erhalten geblieben sind.

Die Bestandsgröße der in freier Praxis niedergelassenen Zahnärztinnen hat sich binnen 16 Jahren um 4 Prozentpunkte erhöht, von 34 auf 38 Prozent. Die zahnärztlichen Existenzgründungen tragen als *Stromgröße* zu einer langsamen, aber stetigen Erhöhung des Frauenanteils an allen niedergelassenen Zahnärzten bei, da der Frauenanteil an den zahnärztlichen Existenzgründungen seit 2003 konstant über 40 Prozent beträgt und sich trendmäßig mittlerweile der 50-Prozent-Marke nähert (Abbildung 3-2-3).

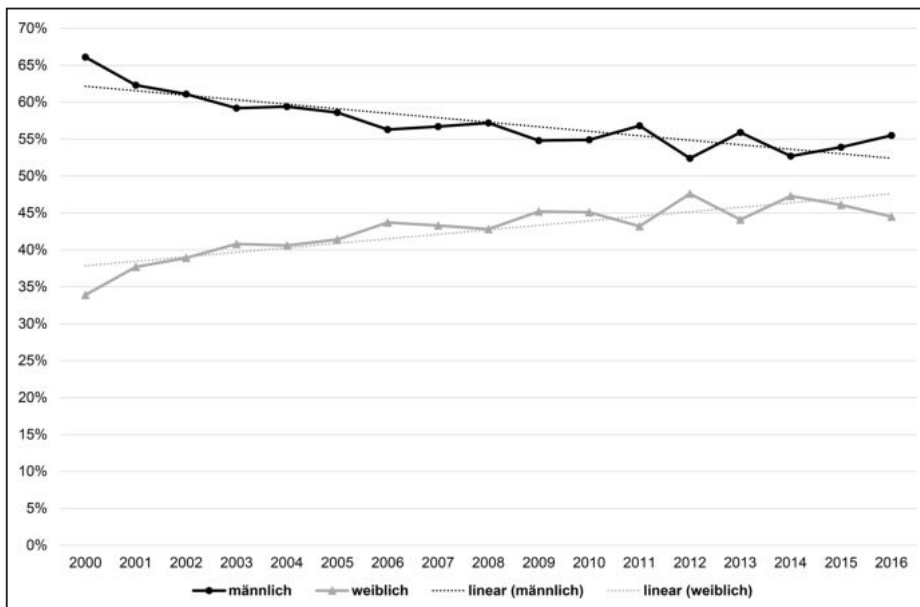


Abbildung 3-2-3: Geschlecht der Existenzgründer (2000–2016)

Der Sachverhalt, dass die weiblichen Existenzgründer noch in der Minderheit sind, obwohl sie in der zahnmedizinischen Ausbildung schon länger in der Mehrzahl sind, lässt sich als generell geringer ausgeprägte Niederlassungsneigung der Frauen charakterisieren. Im Berufsbild-Projekt wurden Studierende der Zahnmedizin nach ihrer gewünschten Form der Berufsausübung gefragt. Während 71,4 Prozent der Männer die Niederlassung präferierten, waren es bei den Frauen 56,7 Prozent. Der Frauenanteil an den Befragten im Berufsbild-Projekt betrug 68,2 Prozent, der Frauenanteil an allen bekundeten Niederlassungswünschen lag bei 63 Prozent. Insofern könnte der Frauenanteil an den Niederlassungen – trotz der geringeren Niederlassungsneigung – mittelfristig durchaus die 50-Prozent-Marke übersteigen.

3.2.1.3 Sozialisation zur Selbstständigkeit – Bedeutung der familiären Herkunft

Neben den Merkmalen Alter und Geschlecht gibt es weitere Aspekte im Sinne persönlicher Dispositionen, die einen Menschen zur Gründerperson machen können. Hierzu zählen insbesondere frühe Prägungen durch die Familie (primäre Sozialisation). In der wissenschaftlichen Literatur wird die These einer „Sozialisation zur Selbstständigkeit“ diskutiert, also die Bedeutung der familiären Herkunft bei der eigenen Entscheidung zur Selbstständigkeit. Die grundlegende These ist, dass die Kinder infolge einer beruflichen Selbstständigkeit der Eltern selbst ebenfalls eine positive Haltung zur Frage der Selbstständigkeit entwickeln und ihren eigenen Berufsweg entsprechend ausrichten.

Im Rahmen des Berufsbild-Projektes wurde erfragt, ob bereits ein Elternteil oder beide Eltern als Zahnärzte tätig waren. Dies bejahten 19,4 Prozent der Befragten (Frauen: 16,9 Prozent; Männer: 25,6 Prozent). In dieser Gruppe äußerten 73 Prozent einen Niederlassungswunsch. Bei den Befragten, deren Eltern nicht zahnärztlich tätig waren, präferierten 58,6 Prozent die Niederlassung. Die Unterschiede in der Niederlassungsneigung waren statistisch hoch signifikant.

Das Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, dass es offenkundig so etwas wie eine „Kultur der Selbstständigkeit“ gibt, die im Rahmen der primären Sozialisation in einer „Zahnarztfamilie“ vermittelt wird und die das Berufsbild der jüngeren Familienmitglieder nachhaltig zu prägen vermag.

Abbildung 3-2-4 verdeutlicht, dass die primäre Sozialisation zur Selbstständigkeit bei den angehenden Zahnärztinnen und den angehenden Zahnärzten gleichermaßen zu einer Verstärkung der Niederlassungsneigung beiträgt, bei den Frauen um 9,5 Prozentpunkte, bei den Männern etwas stärker um 11 Prozentpunkte.

Im Berufsbild-Projekt wurde ergänzend nach dem jeweiligen Selbstbild als Zahnärztin bzw. Zahnarzt gefragt. Bei den Befragten, die für eine Niederlassung votiert hatten, wurde nur ein Selbstbild signifikant häufiger genannt, nämlich „Zahnarzt/Zahnärztin aus Familientradition“ (Kettler, 2015).

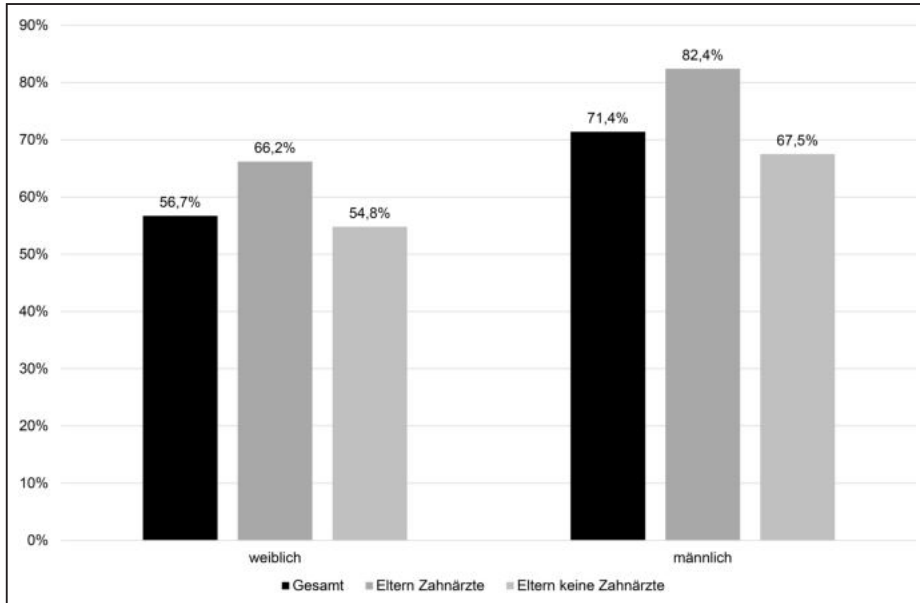


Abbildung 3-2-4: Anteil der Befragten mit Niederlassungspräferenz – gefiltert nach dem Beruf der Eltern

3.2.1.4 Gründungsmotive

Hinsichtlich der Existenzgründung kann motivational zwischen Push- und Pull-Faktoren unterschieden werden. Da, wie bereits erläutert, sich die beruflichen Alternativen der jungen Zahnärzte in den vergangenen 10 Jahren erhöht haben, gibt es kaum noch materielle Druckanreize für eine Existenzgründung. Die Niederlassung dient vermutlich nur selten der Vermeidung von Arbeitslosigkeit („Ökonomie der Not“). Die Quote der arbeitslos gemeldeten Zahnärzte an allen Zahnärzten (BZÄK, 2017) schwankte in der Vergangenheit zwischen 0,5 Prozent (2010) und 1,6 Prozent (2000). In vielen Fällen handelt es sich um eine Art Übergangszeit: „Bei jungen Zahnärzten hat die Arbeitslosmeldung eher die Funktion, eine beabsichtigte Niederlassung durch ein Überbrückungsgeld der Arbeitsagenturen zu erleichtern“ (o. V., 2004). Für den zahnmedizinischen Versorgungsbereich wird heute generell von einer Vollbeschäftigung ausgegangen (Binsch et al., 2009). Auch gesamtwirtschaftlich stellt die Zahnmedizin einen „Beschäftigungstreiber“ dar; die Beschäftigungsaussichten sind insofern mittelfristig sehr gut (Klingenberger und Ostwald, 2012).

Im Berufsbild-Projekt wurden die angehenden Zahnärzte gefragt, aus welchen Gründen sie sich für ein Zahnmedizinstudium entschieden haben. Differenziert man zwischen den Befragten, die eine Niederlassung anstreben und den Befragten, die eine Anstellung präferieren, so zeigen sich ei-

nige signifikante Unterschiede. Vor allem die Aspekte „gutes Einkommen“ und „schnelle Selbstständigkeit möglich“ wurden signifikant häufiger von den Befragten genannt, die perspektivisch eine Niederlassung anstreben. Aber auch die Aspekte „handwerklicher Beruf“ und „praxisorientierter Studiengang“ wurden von dieser Gruppe signifikant häufiger als Grund für die Studienwahl genannt (Tabelle 3-2-2).

Tabelle 3-2-2: Gründe, sich für das Zahnmedizinstudium zu entscheiden*					
	Niederlassung		Anstellung		Signifikanz
Gesamt	n = 812		n = 511		Chi ² -Test
	%	Rang	%	Rang	p
handwerklicher Beruf	65,9	1.	57,7	3.	0,003
Kontakt mit Menschen	65,4	2.	64,0	1.	0,6
gutes Einkommen	65,3	3.	56,2	4.	0,001
medizinischer Beruf	59,1	4.	59,9	2.	0,8
sicherer Arbeitsplatz	56,9	5.	53,6	6.	0,2
Hilfeleistung/Heilberuf	52,6	6.	54,0	5.	0,6
praxisorientierter Studiengang	43,4	7.	37,8	7.	0,045
schnelle Selbstständigkeit möglich	31,3	8.	15,3	13.	<0,001
abwechslungsreiches Fach	30,0	9.	25,8	9.	0,1
Arbeitszeiten	29,8	10.	28,6	8.	0,6
gesellschaftliches Ansehen	27,2	11.	23,7	10.	0,2
früher Patientenkontakt	17,2	12.	17,4	12.	0,9
NC für Medizinstudium nicht erreicht	13,4	13.	20,2	11.	0,001
Sonstiges	5,4	14.	6,8	14.	0,3
* Mehrfachnennungen möglich					

Insgesamt zeigten sich die Befragten mit Niederlassungspräferenz überzeugter von der Richtigkeit ihrer Studienwahl; knapp 78 Prozent würden erneut Zahnmedizin studieren wollen, bei den Befragten mit Anstellungspräferenz waren es knapp 73 Prozent.

Der Wunsch, als Zahnärztin/Zahnarzt behandelnd tätig zu sein, war bei knapp 89 Prozent der Befragten mit Niederlassungswunsch sehr stark oder stark ausgeprägt; bei den Befragten mit Anstellungspräferenz waren es etwa 78 Prozent.

Eindeutig für eine Niederlassung sprachen nach Auffassung der angehenden Zahnärzte vor allem die Aspekte der Verdienstmöglichkeiten, der Selbstverwirklichung und der Arbeitsfeldgestaltung.

3.2.1.5 Persönlichkeitseigenschaften

Eine sehr kontrovers diskutierte Frage ist die, inwieweit die Präferenz zur Selbstständigkeit mit spezifischen Persönlichkeitseigenschaften des Gründers einhergeht (Abschnitt 2.2.1).

Entscheidenden Einfluss auf die individuelle berufliche Wahl wird der sogenannten Selbstwirksamkeitserwartung zugeschrieben. Die primäre Sozialisation in der Familie wirkt beim Aufbau dieser individuellen Selbstwirksamkeitserwartung mit. In der wissenschaftlichen Literatur wurde ein Fragebogen speziell zur beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung entwickelt (Abele et al., 2000), der auch im Berufsbild-Projekt verwendet wurde (BSW-Skala).

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Befragten mit einer *Niederlassungspräferenz* (Gruppe N) in der Regel über eine stärkere berufliche Selbstwirksamkeitserwartung verfügen als die Befragten mit einem *Anstellungswunsch* (Gruppe A). Die Unterschiede waren bei 5 der 6 Items der BSW-Skala signifikant (Tabelle 3-2-3).

So waren knapp 79 Prozent der Gruppe N der Auffassung, die beruflichen Anforderungen erfüllen zu können; in der Gruppe A waren es etwa 70 Prozent (Frage 1). Auf ihre Fähigkeiten vertrauten in der Gruppe N etwa 59 Prozent, in der Gruppe A waren es etwa 46 Prozent (Frage 4). 53 Prozent der Befragten der Gruppe N bereitete es nach eigener Einschätzung keine Schwierigkeiten, die eigenen beruflichen Ziele und Absichten zu verwirklichen, in der Gruppe A waren es knapp 43 Prozent (Frage 5).

Umgekehrt zweifelten in der Gruppe N 8 Prozent an ihren beruflichen Fähigkeiten, in der Gruppe A etwa 10 Prozent (Frage 2). Lediglich 4 Prozent der Befragten in der Gruppe N sahen ihre eigene berufliche Motivation als zu gering an, in der Gruppe A waren es 6,5 Prozent (Frage 6).

Die empirischen Ergebnisse zeigen in der Gesamtschau signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der angehenden Zahnärzte mit Niederlassungspräferenz und der Gruppe der angehenden Zahnärzte mit Anstellungswunsch auf, was auf die Existenz spezifischer unternehmerischer Persönlichkeitseigenschaften hindeutet. Die Häufigkeitsverteilungen verdeutlichen aber auch, dass es in beiden Gruppen, den Niederlassungswilligen wie den Befragten mit Anstellungswunsch, Personen mit hoher und niedriger beruflicher Selbstwirksamkeitserwartung gibt. Daraus kann in Einklang mit anderen Forschungsergebnissen (Abschnitt 2.2.1) geschlossen werden, dass es offensichtlich keine „unabdingbaren“ Persönlichkeitseigenschaften für eine zahnärztliche Niederlassung gibt.

Tabelle 3-2-3: Zustimmung der Gründerpersönlichkeit zu Anforderungen im Beruf (BSW-Skala)			
	Niederlassung (Gruppe N)	Anstellung (Gruppe A)	Signifikanz
	%	%	Chi ² -Test (p)
1. Ich weiß genau, dass ich die an meinen Beruf gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will.			
Gesamt	n = 815	n = 513	0,002
stimme voll und ganz zu	35,0	25,9	
stimme eher zu	43,9	45,4	
teils/teils	17,3	24,8	
stimme eher nicht zu	3,1	3,1	
stimme gar nicht zu	0,7	0,8	
2. Ich weiß nicht, ob ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten wirklich habe.			
Gesamt	n = 815	n = 512	0,003
stimme voll und ganz zu	1,7	2,3	
stimme eher zu	6,3	7,8	
teils/teils	13,0	18,8	
stimme eher nicht zu	43,9	44,7	
stimme gar nicht zu	35,1	26,4	
3. Ich weiß nicht, ob ich genügend Interesse für alle mit meinem Beruf verbundenen Anforderungen habe.			
Gesamt	n = 815	n = 510	0,2
stimme voll und ganz zu	2,6	3,5	
stimme eher zu	11,2	13,7	
teils/teils	21,6	22,0	
stimme eher nicht zu	34,6	36,3	
stimme gar nicht zu	30,1	24,5	
4. Schwierigkeiten im Beruf sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann.			
Gesamt	n = 816	n = 512	<0,001
stimme voll und ganz zu	15,3	6,8	
stimme eher zu	43,8	39,3	
teils/teils	31,6	39,8	
stimme eher nicht zu	7,8	13,1	
stimme gar nicht zu	1,5	1,0	
5. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine beruflichen Ziele und Absichten zu verwirklichen.			
Gesamt	n = 814	n = 511	0,001
stimme voll und ganz zu	10,1	8,2	
stimme eher zu	42,9	34,6	
teils/teils	35,4	40,3	
stimme eher nicht zu	10,1	15,9	
stimme gar nicht zu	1,6	1,0	
6. Ich glaube nicht, dass ich für meinen Beruf so motiviert bin, um große Schwierigkeiten meistern zu können.			
Gesamt	n = 816	n = 510	0,001
stimme voll und ganz zu	0,6	1,0	
stimme eher zu	3,2	5,5	
teils/teils	7,2	10,6	
stimme eher nicht zu	38,1	42,9	
stimme gar nicht zu	50,9	40,0	

3.2.1.6 Erfahrungen und Fähigkeiten der Gründerperson

Neben der Sozialisation und den persönlichen Einstellungen zur Selbstständigkeit sind nicht zuletzt die erworbenen Erfahrungen und Fähigkeiten im Hinblick auf eine Niederlassung mit ausschlaggebend.

In dem Existenzgründungspanel AVE-Z (Abschnitt 3.1.4) wurden Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich neu niedergelassen hatten, danach gefragt, inwiefern sie sich hinsichtlich ihrer im Rahmen des Studiums erworbenen zahnmedizinischen und betriebswirtschaftlichen Kompetenzen gut auf die Niederlassung vorbereitet gefühlt hätten: Während 76,8 Prozent der Befragten glaubten, hinsichtlich ihrer zahnmedizinisch-fachlichen Fertigkeiten sehr gut oder gut auf die zahnärztliche Tätigkeit in freier Praxis vorbereitet zu sein, bejahten dies lediglich 5,8 Prozent der Befragten mit Blick auf ihre betriebswirtschaftlichen Kernkompetenzen (Klingenberger und Becker, 2004).

Trotz der selbst so empfundenen größeren Wissensdefizite in betriebswirtschaftlichen Fragen führte diese selbstkritische Erkenntnis bei den befragten Existenzgründern nicht dazu, den Plan einer Niederlassung in freier Praxis wieder zu verwerfen.

Im Rahmen des zahnmedizinischen Curriculums werden die benötigten betriebswirtschaftlichen Kenntnisse bislang nicht – oder zumindest nicht im erforderlichen Umfang – vermittelt. Diese Lücke wird in der Regel durch gezielte Fortbildungsangebote von berufsständischen und privaten Institutionen geschlossen.

Befragungsergebnisse aus der Berufsbild-Studie verdeutlichen, dass die angehenden Zahnärztinnen und Zahnärzte bereits sehr früh ihr Fortbildungsverhalten auf eine angestrebte Niederlassung hin ausrichten. Bei zahnmedizinischen Themen sind keine Unterschiede im Fortbildungsverhalten der Zahnärzte, egal ob mit Niederlassungs- oder Anstellungswunsch, feststellbar. Bei bestimmten betriebswirtschaftlichen Fortbildungsthemen nehmen diejenigen Befragten, die eine Niederlassung präferieren (Gruppe N), allerdings signifikant häufiger an Fortbildungen teil als Zahnärzte mit Anstellungswunsch (Gruppe A). Dies betrifft vor allem die Aspekte der Patientenkommunikation sowie des Praxismanagements. Etwa 14 Prozent in der Gruppe N nahmen in den letzten zwei Jahren außerhalb des Lehrplans an Fortbildungen zum Praxismanagement teil, in der Gruppe A waren es etwa 8 Prozent. Knapp 24 Prozent der Befragten aus der Gruppe N bildeten sich rund um die Patientenkommunikation fort, in der Gruppe A waren es knapp 16 Prozent.

Insofern sind die obigen Selbsteinschätzungen der Existenzgründer offenkundig insoweit reflektiert, als den Befragten die große Bedeutung der Praxisökonomie in aller Regel sehr bewusst ist, die in Fortbildungen ja durchaus erworbenen Kenntnisse aber gerade vor diesem Hintergrund als (noch) nicht ausreichend eingeschätzt werden.

Ein Großteil der betriebswirtschaftlichen Kenntnisse wird offenkundig erst im Verlaufe der betriebswirtschaftlichen Konsolidierungsphase in der eigenen Praxis oder berufsbegleitend erworben. Diese Annahme wird durch Befragungsergebnisse aus dem AVE-Z-Projekt (Abschnitt 3.1.4) gestützt. Nach durchschnittlich 6 Jahren Praxistätigkeit fühlten sich 64 Prozent der befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte in betriebswirtschaftlicher Hinsicht besser den Anforderungen der selbstständigen zahnärztlichen Berufsausübung gewachsen als zum Zeitpunkt der Niederlassung.

3.2.2 InvestMonitor Zahnarztpraxis: Empirische Erkenntnisse zum Gründungsunternehmen

3.2.2.1 Praxisformen im Wandel

Die zahnärztliche Berufsausübung findet ganz überwiegend in den beiden klassischen Formen der Einzelpraxis und der Berufsausübungsgemeinschaft statt (Kuntz, 2016).²

Als Einzelpraxis bezeichnet man eine Praxis, die durch eine einzelne Zahnärztin bzw. durch einen einzelnen Zahnarzt betrieben wird. Das zahnärztliche Leistungsangebot und die Praxisführung richten sich an der Person des Praxisinhabers aus. Die Finanzierung der Praxis erfolgt durch den Praxisinhaber.

Schließen sich mehrere Zahnärztinnen/Zahnärzte zur gemeinsamen Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit zusammen, so handelt es sich hingegen um eine Berufsausübungsgemeinschaft, kurz BAG. Mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Januar 2007 wurde der bis dato verwendete Begriff der Gemeinschaftspraxis durch den Terminus der Berufsausübungsgemeinschaft ersetzt, der den alten Begriff einschließt und gleichzeitig erweitert. Die Erweiterung betrifft die möglichen Partner, die Kooperation unterschiedlicher Fachgebiete und die Überörtlichkeit. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird in der Regel über einen gemeinsamen Standort verfügen (örtliche BAG), kann aber auch als überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen geführt werden. Die Praxisinhaber sind mit vertraglich festgelegten Anteilen an der gemeinsamen Praxis beteiligt und teilen sich alle Risiken, Kosten, Einnahmen und Gewinne.

Von den zahnärztlichen Praxen in Deutschland sind aktuell 81,9 Prozent Einzelpraxen, 18,1 Prozent sind Berufsausübungsgemeinschaften. Insgesamt 87,1 Prozent der Berufsausübungsgemeinschaften werden von zwei

² Eine Sonderform stellt die *Praxisgemeinschaft* dar: Darunter wird die Zusammenarbeit zweier Einzelpraxen zum Zwecke der gemeinsamen Nutzung von Einrichtungsgegenständen, Räumen und Personal verstanden. Aufgrund zu geringer Fallzahlen bleiben die Praxisgemeinschaften in den folgenden Analysen unberücksichtigt.

Inhabern geführt, die restlichen 12,9 Prozent haben mehr als zwei Inhaber (KZBV, 2017a).

Der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften (bzw. der früheren Gemeinschaftspraxen) hat im Zeitablauf deutlich zugenommen, so von 3,5 Prozent im Jahr 1976 (nur alte Bundesländer) auf 19,1 Prozent im Jahr 2007. Seit 2004 ist der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften vergleichsweise konstant geblieben (KZBV, 2017a) und liegt aktuell bei 18,1 Prozent.

Die Entscheidung für eine bestimmte Praxisform hat sicherlich eine starke subjektive Komponente im Sinne individueller Präferenzen der Existenzgründer. Daneben gibt es aber auch stärker objektivierbare Aspekte, die für oder gegen eine bestimmte Praxisform sprechen. Der Vorteil der Einzelpraxis wird in der Alleinverantwortung gesehen, die nicht durch die Mitspracherechte weiterer Inhaber begrenzt wird. Die Berufsausübungsgemeinschaft bietet demgegenüber möglicherweise ökonomische Größenvorteile (economies of scale) durch eine bessere Auslastung der Praxisressourcen.

Faktisch sind die Grenzen zwischen der Einzelpraxis und der Berufsausübungsgemeinschaft oft fließend, weil der Einstieg neuer Mitinhaber in eine Einzelpraxis ebenso möglich ist wie der Ausstieg eines Mitinhabers aus einer Berufsausübungsgemeinschaft, die damit wiederum zur Einzelpraxis wird. Ein gutes Beispiel ist die zeitlich gestreckte Praxisübernahme. Hier nimmt der alte Praxisinhaber einen Mitinhaber auf mit der mittelfristigen Absicht, die Praxis nach einer gewissen Übergangszeit ganz an den Nachfolger zu übergeben. Aufgrund der zeitlichen Befristung lässt sich diese Option auch als „Übergangsberufsausübungsgemeinschaft“ bezeichnen (Tafuro, 2014). Solche nachträglichen Änderungen der Praxisform werden in den Datensätzen des *InvestMonitor* nicht erfasst, sind insofern auch nicht Gegenstand der Analyse.

Für die folgenden Analysen wird zwischen drei Arten der zahnärztlichen Existenzgründung unterschieden: Neugründung einer Einzelpraxis, Übernahme einer Einzelpraxis sowie Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft.

Wie aus Abbildung 3-2-5 ersichtlich wird, ist der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften an den zahnärztlichen Existenzgründungen im Zeitraum von 1992 bis 2016 gestiegen. Erkennbar sind zwei unterschiedliche Phasen:

1. Zwischen 1992 und 2006 schwankte der Anteil der Existenzgründungen in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft (bzw. Gemeinschaftspraxis) in einem Intervall von 11 bis 19 Prozent (Mittelwert 14 Prozent).
2. Im Jahr 2007 war dann ein sprunghafter Anstieg der Existenzgründungen in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft zu verzeichnen. Die Anteilswerte lagen im Zeitraum seit 2007 jeweils zwischen 27 und 36 Prozent (Mittelwert 30 Prozent).

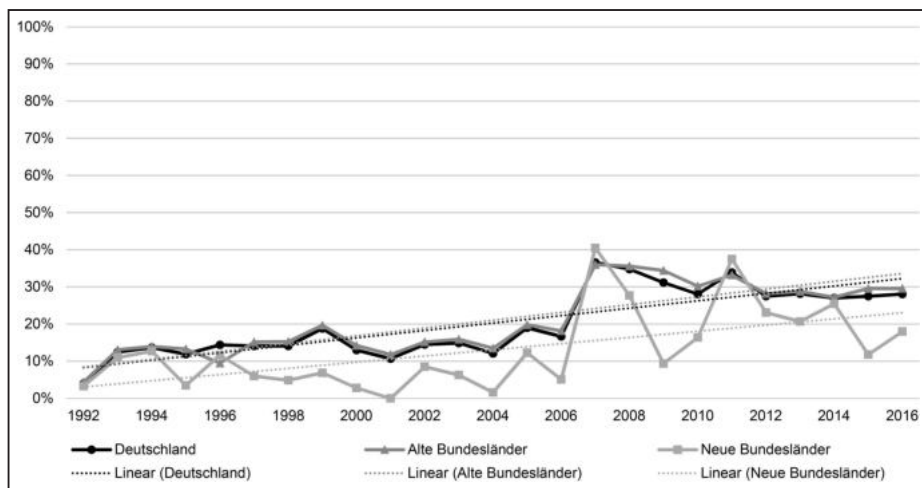


Abbildung 3-2-5: Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften (bzw. Gemeinschaftspraxen) an allen Existenzgründungen

Bei der Darstellung der korrespondierenden Anteilswerte für die Einzelpraxen ist es sinnvoll, hinsichtlich ihrer Gründungsform (Tafuro, 2014) zusätzlich zwischen Einzelpraxisneugründungen und Einzelpraxisübernahmen zu unterscheiden. Hier lassen sich anhand der empirischen Daten nämlich sehr unterschiedliche Verläufe erkennen. Der Anteil der Einzelpraxisneugründungen ist seit 1992 deutlich gesunken (Abbildung 3-2-6), nämlich von etwa 60 Prozent im Jahr 1992 auf aktuell knapp 7 Prozent.

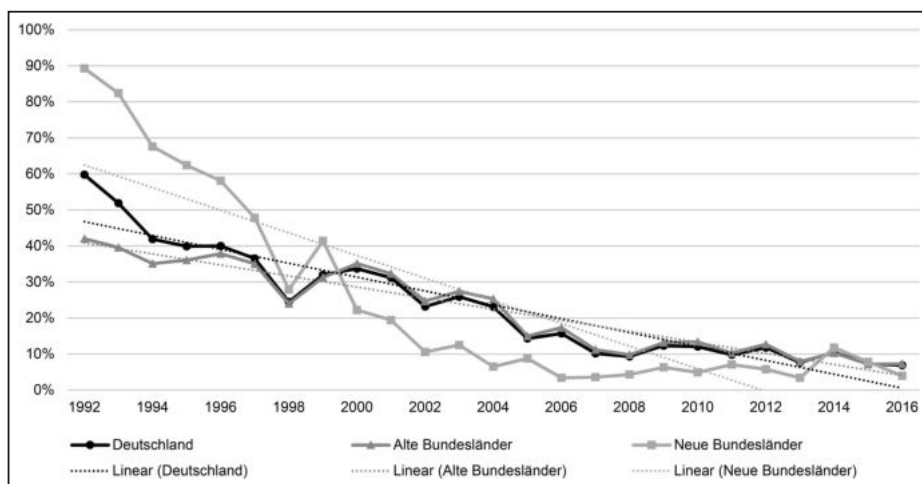


Abbildung 3-2-6: Anteil der Einzelpraxisneugründungen an allen Existenzgründungen

Die Entwicklung in den neuen Bundesländern war noch ausgeprägter. Machten die Einzelpraxisneugründungen im Jahr 1992 – d.h. kurz nach der Wiedervereinigung und der damit einhergehenden Systemtransformation der ehemaligen DDR auch in der Gesundheitsversorgung – aufgrund des Fehlens etablierter und zum Erwerb stehender Praxen noch einen Anteil von 90 Prozent an allen Existenzgründungen aus, so sank dieser Anteil in den Folgejahren rapide und beträgt aktuell lediglich noch 4 Prozent.

Im Gegenzug nahm der Anteil der Einzelpraxisübernahmen tendenziell zu, von etwa 36 Prozent im Jahr 1992 auf aktuell knapp 60 Prozent. In den neuen Bundesländern war im gleichen Zeitraum spiegelbildlich zum Rückgang der Einzelpraxisneugründungen ein noch deutlicherer Zuwachs bei den Einzelpraxisübernahmen zu erkennen, nämlich von 7 Prozent auf aktuell 68 Prozent (Abbildung 3-2-7).

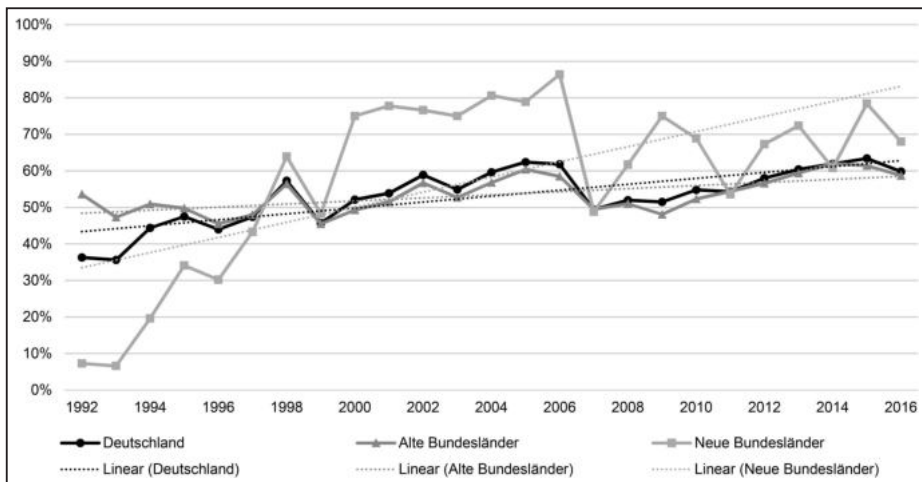


Abbildung 3-2-7: Anteil der Einzelpraxisübernahmen an allen Existenzgründungen

Die jährlich ausgewiesenen zahnärztlichen Existenzgründungen führen teils zu einer Erhöhung der Anzahl der Praxen in der zahnärztlichen Versorgung (im Falle reiner Neugründungen), sie sind teils aber auch bestandsneutral (so beim Wechsel des Inhabers im Falle einer Übernahme). Sogenannte Alterspraxen, die nicht weitergeführt werden, haben hingegen ein Absinken der Anzahl der Bestandspraxen zur Folge (Abschnitt 3.2.5).

Im Falle von Berufsausübungsgemeinschaften ist das Bild noch etwas komplexer. Lediglich die Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Anteil 2016 an allen Berufsausübungsgemeinschaften im Datensatz des *InvestMonitor*: 19 Prozent) führt zu einer Erhöhung der Bestandsgröße „Anzahl der Zahnarztpraxen in Deutschland“, während sowohl die Übernahme (Anteil 2016: 42 Prozent) als auch der Einstieg in eine bzw. der

Beitritt zu einer Berufsausübungsgemeinschaft (Anteil 2016: 39 Prozent) bestandsneutral wirken.

Die Zusammensetzung der Bestandsgröße (Gesamtbestand der Praxen zu einem bestimmten Zeitpunkt) wird nicht zuletzt auch dadurch beeinflusst, dass im Zuge von Praxisübernahmen häufig zugleich ein Praxisformwechsel vorgenommen wird. Das bedeutet, dass die zu übernehmende Praxis *vor* der Praxisübernahme in einer anderen Organisationsform geführt wurde als *nach* der Übernahme. Der Praxisformwechsel kann grundsätzlich in zwei Richtungen erfolgen:

1. Eine Einzelpraxis wird von den neuen Praxisinhabern als Berufsausübungsgemeinschaft (bzw. Medizinisches Versorgungszentrum) weitergeführt oder
2. eine Berufsausübungsgemeinschaft wird vom verbliebenen bzw. vom neuen Praxisinhaber als Einzelpraxis weitergeführt.

Im Falle von zum Verkauf stehenden Einzelpraxen (Praxisform *vor* der Übernahme) blieb die Organisationsform in den Jahren zwischen 2007 und 2014 im Schnitt bei 77 Prozent der Übernahmen unverändert, in 23 Prozent der Fälle wurde die Einzelpraxis zur Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) umgewandelt (Abbildung 3-2-8). Seit 2016 sind auch einige Fälle dokumentiert, in denen Einzelpraxen nach der Übernahme als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) weitergeführt wurden.

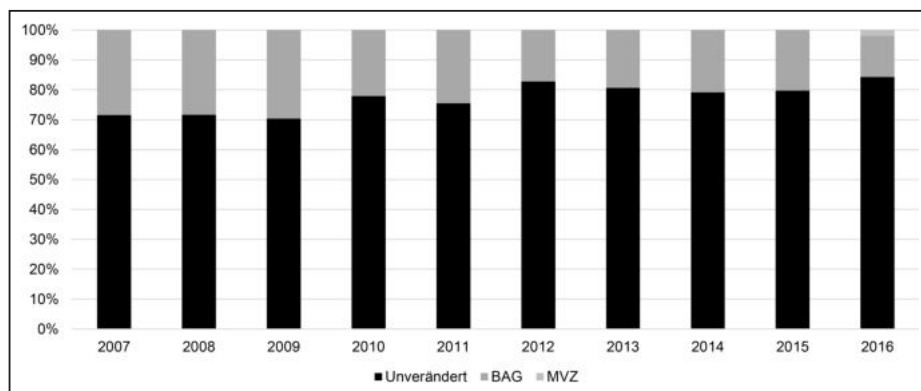


Abbildung 3-2-8: Praxisformwechsel nach Einzelpraxisübernahmen

Bei der Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft fand im Zeitraum zwischen 2007 und 2016 im Schnitt in 18 Prozent der Fälle ein Praxisformwechsel von der Berufsausübungsgemeinschaft hin zur Einzelpraxis (EP) statt, in 82 Prozent der Fälle blieb die Organisationsform unverändert (Abbildung 3-2-9).

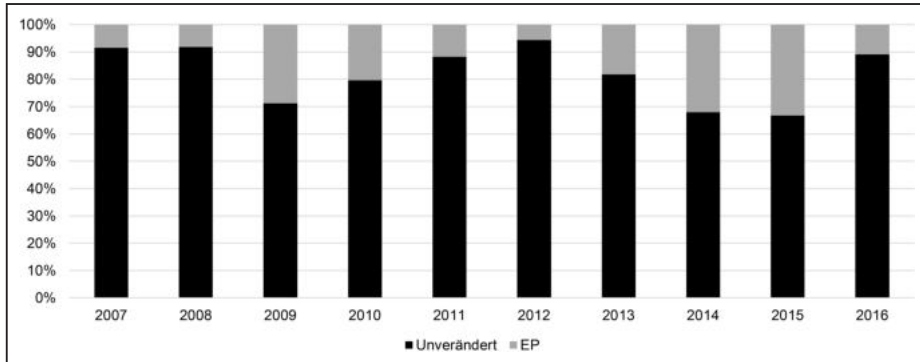


Abbildung 3-2-9: Praxisformwechsel nach BAG-Übernahmen

Auch wenn es die (im Vergleich selteneren) Fälle einer Umwandlung einer Berufsausübungsgemeinschaft in eine Einzelpraxis gibt, führt die in den Abbildungen 3-2-8 und 3-2-9 beschriebene Entwicklung dazu, dass per Saldo Jahr für Jahr Einzelpraxen vom Markt verschwinden und der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften an der Gesamtheit aller Zahnarztpraxen von daher mittelfristig wieder ansteigen könnte.

Abbildung 3-2-10 verdeutlicht diese Entwicklung anhand der Daten aus dem *InvestMonitor*. Demnach reduzierte sich die Anzahl der Einzelpraxen im Zeitraum zwischen 2014 und 2016 um etwa 50 Praxen pro Jahr, während die Berufsausübungsgemeinschaften infolge der rechtlichen Umfirmierung um die gleiche Anzahl stiegen. Die Anzahl der Praxisgemeinschaften blieb konstant. Wenn man von den über die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) finanzierten Existenzgründungen (Marktanteil über 40 Prozent) diese Zahlen auf alle zahnärztlichen Existenzgründungen hochrechnet, reduziert sich die Anzahl der Einzelpraxen infolge Praxisformwandels bei Praxisübernahmen jährlich um etwa 100 Praxen.

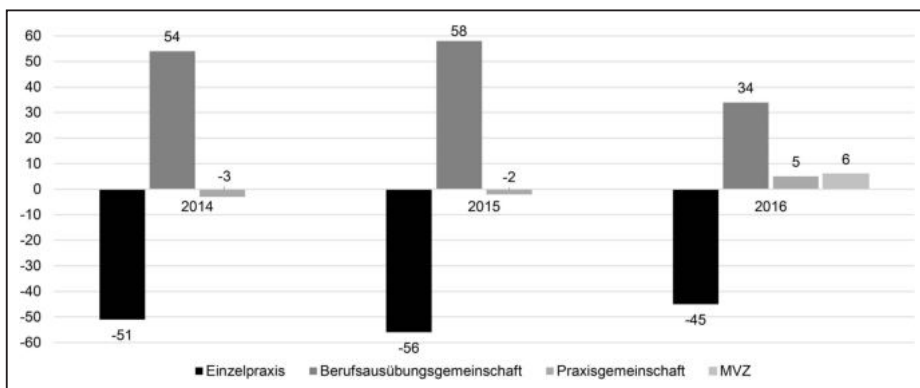


Abbildung 3-2-10: Bestandsveränderungen nach Praxisform infolge eines Praxisformwechsels (2014 bis 2016)

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass es auch in den Jahren nach der Existenzgründung zu einem erneuten Praxisformwechsel kommen kann. So kann die Umwandlung einer Einzelpraxis in eine Berufsausübungsgemeinschaft von vornherein bewusst auf Zeit angelegt sein (die erwähnten Übergangsberufsausübungsgemeinschaften mit zeitlich gestreckter Übernahme zwischen Senior- und Juniorpartner). Zu einem eher ungeplanten Ende der Berufsausübungsgemeinschaft kommt es in den Fällen, in denen die Kooperationspartner uneinig über die Art und Weise der Praxisführung sind und im Streit auseinandergehen. Diese Fälle sind in den obigen Daten nicht abgebildet.

3.2.2.2 Praxislage

Neben der Entscheidung für die Praxisform kommt der Standortwahl eine entscheidende Bedeutung zu. Die Entscheidung für einen bestimmten Standort wird gleichermaßen durch materielle wie ideelle Motive gespeist (Klingenberg und Becker, 2004). Im Rahmen der Panelstudie AVE-Z (Abschnitt 3.1.4) nannten 36 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründer materielle Gründe als Motive für die Standortwahl, also solche Kriterien wie ein günstiges Preis-Leistungsverhältnis, die zentrale Lage der Praxis, die Versorgungsdichte, den potenziellen Anteil der Privatpatienten, die erwartete Scheinanzahl bzw. den hieraus resultierenden Umsatz sowie das Wachstumspotenzial der Praxis an dem konkreten Standort. Knapp 48 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründer entschieden sich hingegen aus ideellen Gründen für einen bestimmten Standort. Hier spielten Aspekte wie die Nähe zur Heimat bzw. zum Wohnort, familiäre Gründe, die regionale Lebensqualität eine ausschlaggebende Rolle. Insgesamt 13 Prozent fällten die Standortentscheidung aus einer Kombination materieller und ideeller Gründe; etwa 3 Prozent machten keine Angabe zu ihren Motiven.

Zur analytischen Unterscheidung der jeweiligen Praxislage wird auf die Ortsgröße zurückgegriffen. Die Einteilung der Ortsgrößen wird in Tabelle 3-2-4 dargestellt. Die Klassifizierung der Ortsgrößen erfolgt in Anlehnung an die Siebener-Systematik der sogenannten BIK-Strukturtypen (GESIS, 2013). Diese Form der Einteilung der Gemeinden hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre in der Raumforschung und -planung als neue Standardtypologie durchgesetzt; sie ist zudem sowohl mit der Typisierung von administrativen Gebietseinheiten durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) als auch mit den Ortsgrößenklassen der amtlichen Statistik kompatibel (FIS, 2018).

Tabelle 3-2-4: Klassifizierung der Ortsgrößen (BIK-Strukturtypen)	
eher ländlicher Raum	
Landgemeinden	unter 5.000 Einwohner
Kleine Kleinstädte	5.000 bis unter 10.000 Einwohner
Größere Kleinstädte	10.000 bis unter 20.000 Einwohner
eher mittelstädtischer Raum	
Kleinere Mittelstädte	20.000 bis unter 50.000 Einwohner
Größere Mittelstädte	50.000 bis unter 100.000 Einwohner
eher großstädtischer Raum (inklusive Metropolen)	
Kleinere Großstädte	100.000 bis unter 500.000 Einwohner
Große Großstadt	500.000 Einwohner und mehr

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründungen im Zeitraum zwischen 2013 und 2016 ist der Abbildung 3-2-11 zu entnehmen. Erkennbar ist eine vergleichsweise häufige Entscheidung für Standorte in kleineren Mittelstädten sowie in großen Großstädten.

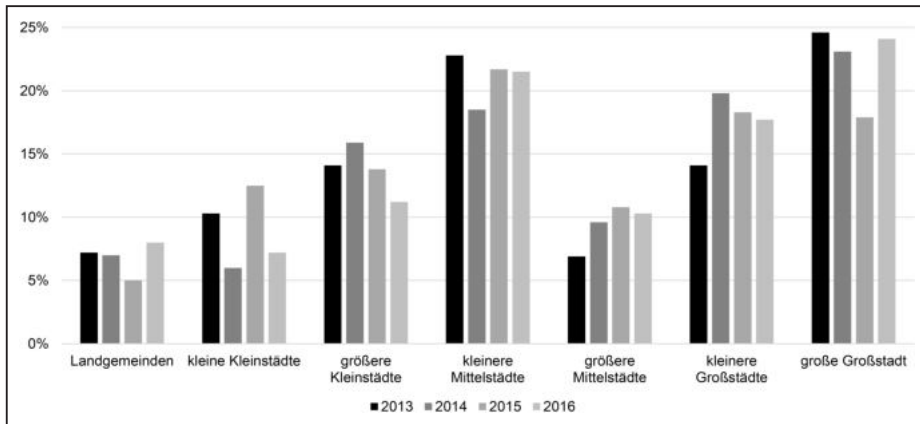


Abbildung 3-2-11: Existenzgründungen nach Ortsgrößenklassen (2013–2016)

Für eine Beurteilung dieses Verteilungsmusters bietet es sich an, die analoge Aufteilung der Wohnbevölkerung nach Ortsgrößenklassen zum Vergleich heranzuziehen (Tabelle 3-2-5). Die vergleichsweise häufige Präferenz für die Standortlagen „kleinere Mittelstädte“ und „große Großstadt“ korrespondiert mit dem Sachverhalt, dass diese beiden Ortsgrößen einen höheren Bevölkerungsanteil aufweisen als die anderen fünf Ortsgrößen. Der Vergleich relativiert die in Abbildung 3-2-11 ersichtliche Verteilung, er lässt gleichwohl erkennen, dass der eher ländliche Raum einen geringeren Anteil an zahnärztlichen Existenzgründungen auf sich vereint, als ihrem korrespondierenden Bevölkerungsanteil entspricht. Dafür sind die zahn-

ärztlichen Existenzgründungen insbesondere im großstädtischen Bereich vergleichsweise überrepräsentiert.

Tabelle 3-2-5: Existenzgründungen und Wohnbevölkerung nach Ortsgrößenklassen			
Ortsgrößenklassen	Existenzgründungen (MW 2013–2016)	Bevölkerungsanteil (2015)	Abweichung (+/-) in Prozentpunkten
Landgemeinden	6,8 %	10,5 %	-3,7 %
Kleine Kleinstädte	9,0 %	13,7 %	-4,7 %
Größere Kleinstädte	13,8 %	15,8 %	-2,0 %
Kleinere Mittelstädte	21,1 %	19,4 %	1,7 %
Größere Mittelstädte	9,4 %	9,2 %	0,2 %
Kleinere Großstädte	17,5 %	14,2 %	3,3 %
Große Großstadt	22,4 %	17,2 %	5,2 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	0,0 %
MW = Mittelwert			

Der Bezug zur Wohnbevölkerung wird auch mit der Berechnung der sogenannten Zahnarztichte hergestellt. Diese Maßzahl gibt die Anzahl der Einwohner je behandelnd tätigem Zahnarzt wieder. Ende 2016 kamen auf einen behandelnd tätigen Zahnarzt im Bundesdurchschnitt 1.145 Einwohner (KZBV, 2017a). Regional schwankt die Zahnarztichte etwa um den Faktor 2 (BZÄK/KZBV, 2018). Im Rahmen einer umfassenden Standortanalyse sollte immer auch die Zahnarztichte (möglichst kleinräumig) mit einbezogen werden, da diese zugleich ein Indikator für die Wettbewerbssituation und den Konkurrenzdruck darstellt. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass die Bevölkerungszahl an sich noch keine fundierten Rückschlüsse auf den Versorgungsbedarf in einer Region zulässt (Jäger et al., 2016; Schwendicke et al., 2016)

3.2.2.3 Praxisform und Praxislage

Die Verknüpfung von Praxisform und Praxislage fördert weitere Erkenntnisse zutage. Um jährliche Schwankungen zu glätten, wurden die Anteilswerte aus den vier Berichtsjahren zwischen 2013 und 2016 zu einem Durchschnittswert zusammengefasst. Die Filterung nach Ortsgrößenklassen lässt teilweise deutliche Unterschiede bei den Anteilswerten der vor Ort jeweils realisierten Praxisform erkennen (Abbildung 3-2-12). Einzelpraxisneugründungen werden demnach vergleichsweise häufig in größeren Kleinstädten realisiert, hingegen deutlich seltener in kleinen Kleinstädten, in denen wiederum die Einzelpraxisübernahme am häufigsten gewählt wird. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird vergleichsweise seltener in Landgemeinden präferiert, dafür relativ häufig in kleineren Mittelstädten.

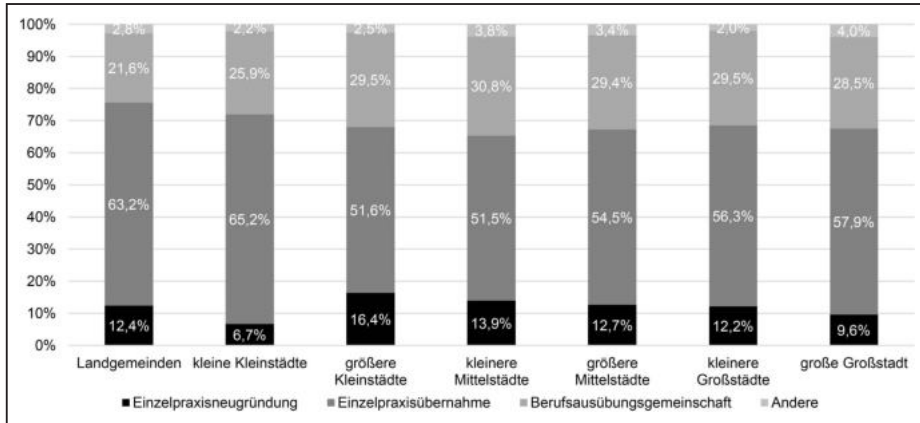


Abbildung 3-2-12: Art der Praxisgründung nach Ortsgrößenklassen (Durchschnitt der Jahre 2013–2016)

Da die Einzelpraxisübernahmen mit einem Anteil von etwa 60 Prozent die häufigste Erscheinungsform der Existenzgründung sind, lassen die Fallzahlen speziell für diese Praxisform ergänzende regionale Auswertungen zu.

3.2.2.4 Verteilung der Einzelpraxisübernahmen nach Praxislage und Region

Die populäre, vom Marktforschungsunternehmen A. C. Nielsen eingeführte Aufteilung Deutschlands in sieben Regionen (die sogenannten Niensengebiete) erwies sich für die weitere Analyse als zu feingliedrig, sodass schließlich eine Gliederung des Bundesgebietes in vier Regionen (Nord, Süd, Ost, West) gewählt wurde. Diese regionale Aufteilung hat den Vorteil, dass die jeweiligen Fallzahlen eine ausreichende „statistische Power“ aufweisen. Zudem sind die hierdurch gewonnenen Erkenntnisse anschlussfähig an die bewährte identische Regionalgliederung im Berufsbild-Projekt des IDZ (Kettler et al., 2018).

Die Zuordnung der einzelnen Bundesländer bzw. der KZV- und Kammerbereiche zu den vier Regionen kann Tabelle 3-2-6 entnommen werden.

Die nach Regionen gegliederten Auswertungen der Praxisstandorte verdeutlicht, dass in den vier Regionen sehr unterschiedliche räumliche Verdichtungen vorherrschen, die sich in der Folge auf die Verteilung der Zahnarztpraxen nach Praxislage auswirken. So werden im Süden Deutschlands wesentlich häufiger Einzelpraxen im ländlichen Raum übernommen als in den anderen Regionen (Abbildung 3-2-13). Mit einem Anteilswert von 48,7 Prozent im Jahr 2016 werden im Süden drei Mal so häufig Einzelpraxisübernahmen in diesen Lagen realisiert wie im Westen (15,5 Prozent).

Tabelle 3-2-6: Regionale Zuordnung der KZV-/Kammerbereiche			
Nord	Ost	West	Süd
Bremen	Berlin	Hessen	Baden-Württemberg
Hamburg	Brandenburg	Nordrhein	Bayern
Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Rheinland-Pfalz	
Niedersachsen	Sachsen-Anhalt	Saarland	
Schleswig-Holstein	Thüringen	Westfalen-Lippe	
Wohnbevölkerung (in 1.000) – Stand: 31.12.2016			
14.927	14.546	29.166	23.883
Anteil an der Gesamtbevölkerung (in %) – Stand: 31.12.2016			
18,1	17,6	35,4	28,9

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der im ländlichen Raum lebende Bevölkerungsanteil laut Zensusangaben im Süden etwa 56 Prozent beträgt, im Westen hingegen nur etwas mehr als 29 Prozent.

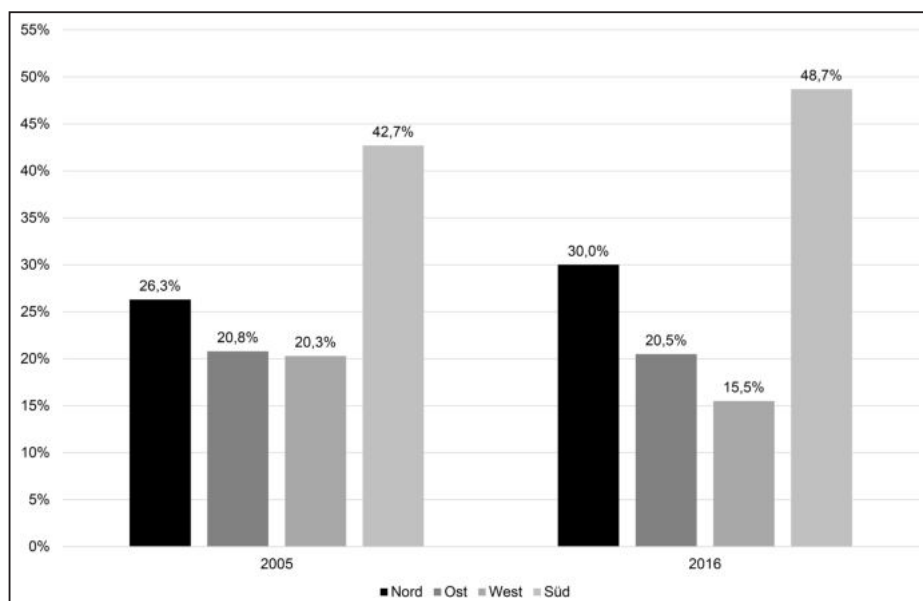


Abbildung 3-2-13: Anteil der Einzelpraxisübernahmen im ländlichen Raum nach Regionen (2005 und 2016)

Dafür wurde im Westen Deutschlands bei einer Einzelpraxisübernahme der mittelstädtische Raum vergleichsweise häufiger gewählt, mit einem Anteilswert von 39,3 Prozent im Jahr 2016 etwa doppelt so häufig wie im Osten oder Süden des Landes (Abbildung 3-2-14). Insgesamt 259 der 612 Mittelstädte Deutschlands liegen im Westen.

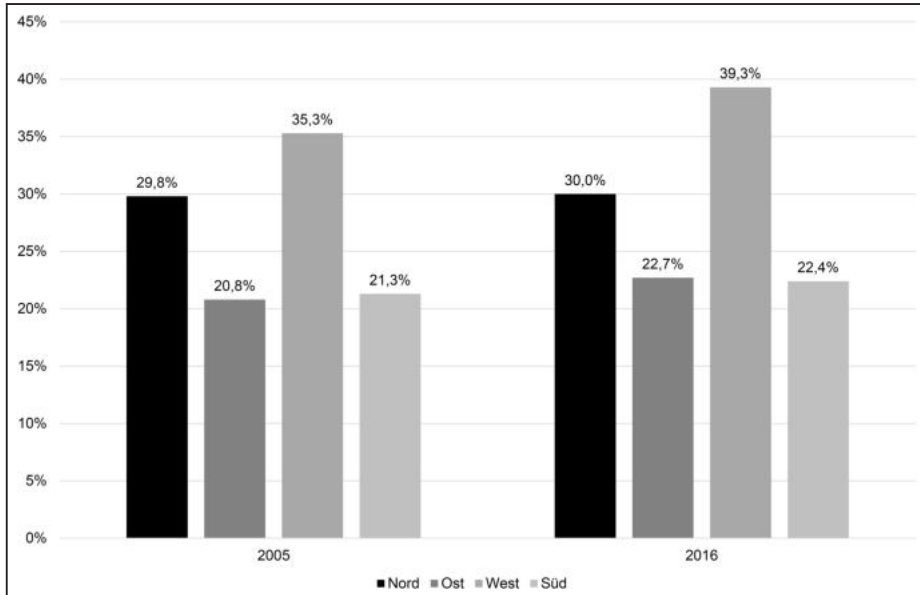


Abbildung 3-2-14: Anteil der Einzelpraxisübernahmen im mittelstädtischen Raum nach Regionen (2005 und 2016)

Im Osten Deutschlands wird die Einzelpraxisübernahme am häufigsten im großstädtischen Raum realisiert; primär ist dies auf die vielen Existenzgründungen in der Metropole Berlin zurückzuführen. Der Anteil der Einzelpraxisübernahmen in großstädtischen Lagen betrug 2016 im Osten derzeit 56,8 Prozent und liegt damit etwa doppelt so hoch wie in Süddeutschland (Abbildung 3-2-15).

Die Zusammenschau der vier Regionen mit den sieben Ortsgrößen verdeutlicht, wie unterschiedlich die vier Regionen hinsichtlich der strukturellen Zusammensetzung der Praxis- und Gründungsformen sind. Die Entscheidung für eine bestimmte Praxis- und Gründungsform ist ganz offensichtlich in hohem Maße von der Infrastruktur und Siedlungsdichte des Standortes abhängig, die Frage nach der „optimalen“ Praxis- und Gründungsform mithin nur mit Blick auf die konkrete jeweilige Region zu beantworten.

3.2.2.5 Entwicklung der zahnärztlichen Investitions- und Finanzierungsvolumina

Die zahnärztliche Berufsausübung erfordert eine sehr umfangreiche technisch-apparative Ausstattung zur modernen Patientenversorgung, die sich in entsprechend hohen Investitionsausgaben niederschlägt. Die folgende Analyse konzentriert sich auf das Investitionsgeschehen in der Startphase der Niederlassung.

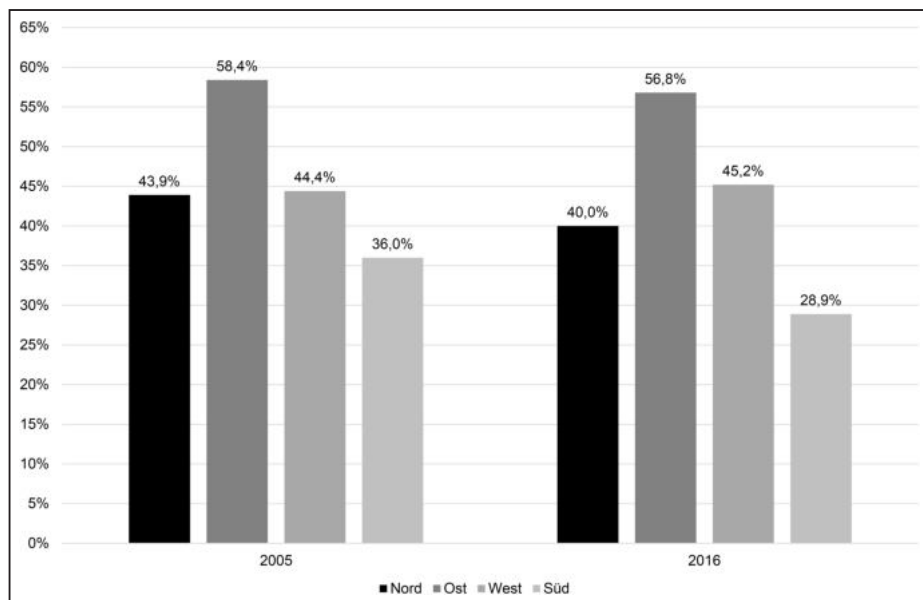


Abbildung 3-2-15: Anteil der Einzelpraxisübernahmen im großstädtischen Raum nach Regionen (2005 und 2016)

Die erforderlichen Investitionen hängen stark von der gewählten Praxis- und Gründungsform ab, weshalb die Datenauswertung zum einen nach der Praxisform (Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft), zum anderen nach der Gründungsform (Neugründung, Übernahme sowie im Falle der Berufsausübungsgemeinschaften zusätzlich der Beitritt zu einer bzw. der Einstieg in eine BAG) getrennt erfolgt.

Von einem Beitritt zu einer Berufsausübungsgemeinschaft spricht man in den Fällen, in denen ein weiteres Mitglied in eine bereits bestehende Berufsausübungsgemeinschaft aufgenommen wird. Eine Berufsausübungsgemeinschaft von zwei Inhabern wird beispielsweise durch den Beitritt eines weiteren Zahnarztes zu einer Berufsausübungsgemeinschaft mit drei Inhabern erweitert.

Von einem Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft spricht man demgegenüber immer dann, wenn ein Teilhaber einer bereits bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft seinen Praxisanteil veräußert. Der Verkäufer scheidet damit aus der Berufsausübungsgemeinschaft aus, während der Käufer der Praxisanteile neues Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft wird. Durch den Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft bleibt die Anzahl der Inhaber folglich identisch.

Aus finanzieller Sicht wird bei einer Existenzgründung zwischen dem Investitionsvolumen und dem Finanzierungsvolumen unterschieden. Die bei-

den Begriffe sollten nicht verwechselt oder synonym verwendet werden, denn sie bezeichnen unterschiedliche Sachverhalte. Entscheidend ist, ob der sogenannte Betriebsmittel- bzw. Kontokorrentkredit in die Gesamtsumme einbezogen wird oder nicht.

Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittelkredit der niedergelassenen Zahnärztin bzw. dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. In dieser Phase stehen den regelmäßigen Betriebsausgaben in der Regel noch keine Einnahmen in gleicher Höhe gegenüber. Der Betriebsmittelkredit wird dem Kreditnehmer auf seinem laufenden Konto als Limit in Höhe der voraussichtlichen Höchstanspruchnahme (sogenannte Kreditlinie) gewährt. Bezieht man den Betriebsmittelkredit in die Aufwandsbetrachtung einer Existenzgründung mit ein, so spricht man gemeinhin vom *Finanzierungsvolumen*, sonst vom *Investitionsvolumen*.

Bei den ausgewiesenen Summen handelt es sich jeweils um den gesamten Finanzierungsaufwand, unabhängig davon, aus welchen Finanzierungsquellen sich die Existenzgründung speist. Die Finanzierung erfolgt ganz überwiegend über kommerzielle Finanzinstitute. Aus dem Projekt AVE-Z (Abschnitt 3.1.4) ist bekannt, dass die zahnärztlichen Existenzgründer in der Regel nur wenig Eigenmittel einbringen; mit einer Eigenkapitalquote von rund 5 Prozent teilen die zahnärztlichen Existenzgründer das Schicksal der Eigenkapitalschwäche vieler inhaberzentrierter Kleinbetriebe (Hohner, 1999). Zum Vergleich: Die gesamtwirtschaftliche Eigenkapitalquote lag zum gleichen Zeitpunkt bei etwa 17 Prozent (Klingenberger und Becker, 2004)

58 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründer fragten unterstützend öffentliche Fördermittel ab, so etwa über die im jeweiligen Bundesland zuständige Bürgschaftsbank oder die KfW-Mittelstandsbank. Im Hinblick auf die geforderten Sicherheiten sowie die Kreditkonditionen sollte optional immer auch eine – möglicherweise günstigere – öffentliche Förderung in Betracht gezogen werden (Vetter, 2018).

a) *Entwicklung der Investitions- und Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisneugründungen*

Der Vergleich der Finanzierungsvolumina nach Praxis- und Gründungsform verdeutlicht, dass die Einzelpraxisneugründung die höchsten Investitionen erfordert. Das im Schnitt aufgewendete Finanzierungsvolumen hat sich dynamisch entwickelt. Während das Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung im Jahr 1984 im Mittel bei etwa 247.000 Euro (bzw. 482.000 DM; Zahlen für alte Bundesländer) lag (Deutsch und Müller, 1987), waren im Jahr 1996 umgerechnet bereits 284.000 Euro erforderlich (Tabelle 3-2-7). Im Jahr 2016 betrug das durchschnittliche Finanzierungsvolumen 528.000 Euro.

Tabelle 3-2-7: Investitionsvolumina (exkl. Betriebsmittelkredit) und Finanzierungsvolumina (inkl. Betriebsmittelkredit) in 1.000 Euro bei Einzelpraxisneugründungen (1996–2016)			
	Investitionsvolumen	Betriebsmittelkredit	Finanzierungsvolumen
1996	223	61	284
1997	215	61	276
1998	215	61	276
1999	215	63	278
2000	222	64	286
2001	240	68	308
2002	245	68	313
2003	238	65	303
2004	248	65	313
2005	253	73	326
2006	250	78	328
2007	301	61	362
2008	323	73	396
2009	368	76	444
2010	308	66	374
2011	366	70	436
2012	338	68	406
2013	365	62	427
2014	360	62	422
2015	421	63	484
2016	470	58	528

Die jährliche Zuwachsrate im Zeitraum zwischen 1984 bis 1996 lag bei etwa 1,2 Prozent (bzw. bei 1,4 Prozent in den alten Bundesländern). Im Zeitraum zwischen 1996 und 2006 betrug der jährliche Zuwachs etwa 1,5 Prozent (Abbildung 3-2-16).

Seit dem Jahr 2006 ist dann eine merkliche Dynamisierung erkennbar. In der Dekade 2006 bis 2016 hat sich die jährliche Zuwachsrate mehr als verdreifacht auf etwa 4,9 Prozent (Abbildung 3-2-17).

Innerhalb der letzten beiden Dekaden hat sich die zahnärztliche Einzelpraxisneugründung um insgesamt 86 Prozent verteuert.

Die beiden sehr unterschiedlichen Entwicklungsphasen sind nicht in erster Linie darin begründet, dass die Investitionsgüterpreise in der letzten Dekade deutlich gestiegen wären. Der Preisindex der Investitionsgüterprodu-

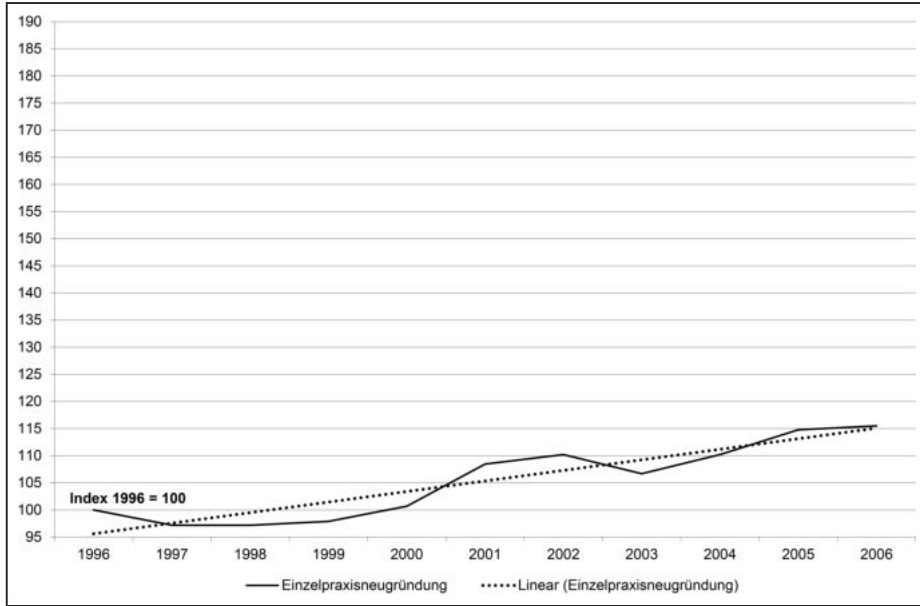


Abbildung 3-2-16: Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisneugründungen (1996–2006)

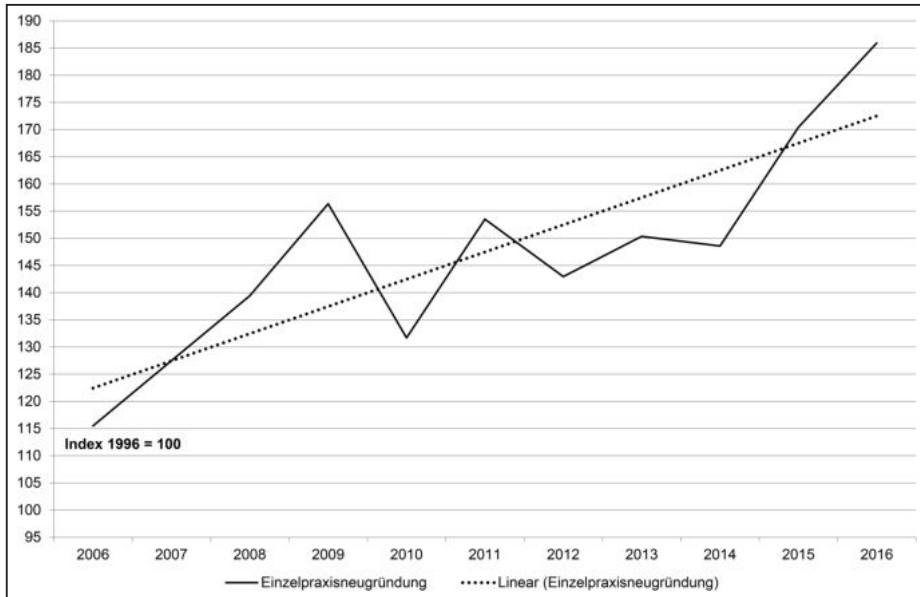


Abbildung 3-2-17: Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisneugründungen (2006–2016)

zenten stieg zwischen 1996 und 2006 um insgesamt 4,6 Prozent (bzw. 0,45 Prozent p. a.) und zwischen 2006 und 2016 dann um 7,3 Prozent (bzw. 0,71 Prozent p. a.) (Destatis, 2018d). Über die Preiskomponente kann also lediglich ein geringer Anteil an der gestiegenen Wachstumsrate erklärt werden.

Entscheidend für diese zweigeteilte Entwicklung ist vielmehr die Gesetzesnovelle durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG vom 27. Oktober 2006), mit der die Anstellungsmöglichkeiten von Zahnärzten erheblich erleichtert und ausgeweitet wurden. Die seit 2006 neu eröffneten Optionen hatten und haben weiterhin spürbaren Einfluss auf den Zuschnitt der Zahnarztpraxen. Dies gilt insbesondere auch für die Einzelpraxen, die nun prospektiv größer geplant werden, indem Anstellungsmöglichkeiten mitbedacht werden. In der Folge entwickeln sich die Einzelpraxen zunehmend zu „heimlichen“ Berufsausübungsgemeinschaften. „Heimlich“ insofern, als sie rechtlich aufgrund der Alleininhaberschaft weiterhin als Einzelpraxis gelten, während sie sich wirtschaftlich und organisatorisch mehr und mehr zu einer „kooperativen“ Praxisform weiterentwickeln, die (wie in einer Berufsausübungsgemeinschaft) arbeitsteilig mit mehreren Behandlern geführt wird. Dadurch erhöht sich in der Regel die bei der Existenzgründung eingeplante Anzahl der Behandlungsräume und Dentaleinheiten.

Die höhere Wachstumsrate der Finanzierungsvolumina in der vergangenen Dekade ist insofern primär von einem Mengen- und nicht von einem Preiseffekt angetrieben. Die Einzelpraxis von heute ist wirtschaftlich und organisatorisch offensichtlich nicht mehr die Einzelpraxis der letzten Dekade des vergangenen Jahrtausends.

b) Entwicklung der Investitions- und Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisübernahmen

Die Entwicklung der Investitions- und Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisübernahmen verlief im Vergleich zu dem der Einzelpraxisneugründungen stetig, aber weniger rasant. Auch lassen sich nicht unterschiedliche Wachstumsphasen voneinander abgrenzen. Im Zeitraum zwischen 1996 und 2016 stieg das Finanzierungsvolumen von umgerechnet 234.000 Euro auf 342.000 Euro an (Tabelle 3-2-8), die jährliche Zuwachsrate betrug in diesem Zeitraum etwa 1,9 Prozent. Innerhalb der letzten beiden Dekaden hat sich die zahnärztliche Einzelpraxisübernahme somit um insgesamt 46 Prozent verteuert.

Tabelle 3-2-8: Investitionsvolumina (exkl. Betriebsmittelkredit) und Finanzierungsvolumina (inkl. Betriebsmittelkredit) in 1.000 Euro bei Einzelpraxisübernahmen (1996–2016)			
	Investitionsvolumen	Betriebsmittelkredit	Finanzierungsvolumen
1996	182	52	234
1997	205	54	259
1998	195	55	250
1999	186	53	239
2000	169	47	216
2001	196	51	247
2002	189	50	239
2003	178	49	227
2004	191	50	241
2005	192	58	250
2006	190	55	245
2007	225	54	279
2008	225	55	280
2009	230	55	285
2010	246	57	303
2011	247	52	299
2012	248	56	304
2013	250	53	303
2014	265	57	322
2015	273	53	326
2016	284	58	342

c) *Entwicklung der Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisübernahmen nach Regionen*

In den alljährlichen Publikationen des *InvestMonitor* wird jeweils gesondert für die alten und die neuen Bundesländer berichtet. Die regionale Differenzierung entlang des alten Grenzverlaufes verdeutlicht die markanten Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern: Während das Finanzierungsvolumen von Einzelpraxisübernahmen in den alten Bundesländern im Jahr 2016 bei 357.000 Euro lag und damit 4 Prozent über dem gesamtdeutschen Durchschnitt, wurden in den neuen Bundesländern lediglich 254.000 Euro aufgewendet, also 26 Prozent weniger als im gesamtdeutschen Durchschnitt.

So berechtigt diese regionale Aufteilung angesichts des wirtschaftlichen Nachholbedarfs in den neuen Bundesländern auch war und weiterhin ist,

so deutet manches darauf hin, dass neben dem bekannten wirtschaftlichen Ost-West-Gefälle ein ebenfalls bedeutsames Nord-Süd-Gefälle existiert (von Borstel, 2015), das vergleichsweise selten thematisiert wird. Der an die Politik gerichtete Handlungsauftrag zur „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“ (Art. 72 Abs. 2 GG, Art. 106 Abs. 3 GG) gilt selbstverständlich für alle Regionen.

Die regional differenzierte Entwicklung der Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisübernahmen im Zeitraum zwischen 2005 und 2016 wird in Abbildung 3-2-18 mit Nominalwerten und zur besseren Veranschaulichung in Abbildung 3-2-19 zusätzlich in indexierter Form wiedergegeben.

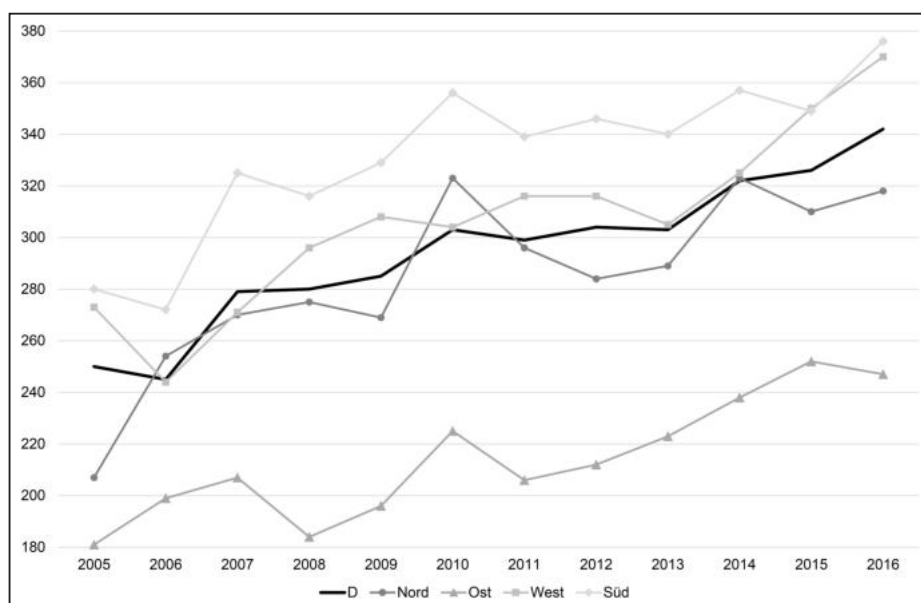


Abbildung 3-2-18: Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisübernahmen (in 1.000 Euro) nach Regionen (2005–2016)

Betrachtet man die Entwicklung im Zeitraum zwischen 2005 und 2016, so lassen sich folgende Erkenntnisse gewinnen:

1. Die Spannweite der ermittelten Finanzierungsvolumina nach Regionen ist beträchtlich; sie hat zudem im Zeitverlauf zugenommen, von 99.000 Euro (2005) auf 129.000 Euro im Jahr 2016 (Abbildung 3-2-18).
2. Wenn man hingegen den Variationskoeffizienten zugrunde legt, so wandelt sich das Bild. Der Variationskoeffizient sank von 39,6 Prozent (2005) leicht auf 37,7 Prozent (2016). Das bedeutet, dass – im Kontrast zu den gestiegenen nominalen Unterschieden – die relativen Unterschiede zwischen den Regionen im Zeitverlauf nicht zugenommen, sondern tendenziell sogar abgenommen haben.

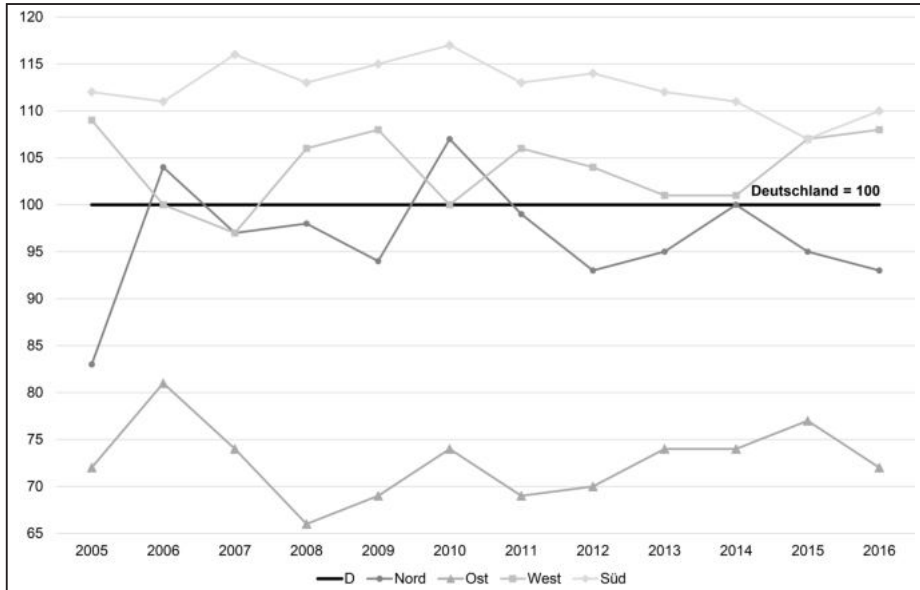


Abbildung 3-2-19: Indexierter Vergleich der Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisübernahmen nach Regionen (2005–2016)

3. In zwei Regionen (Süd und West) liegen die durchschnittlichen Finanzierungsbeträge über dem gesamtdeutschen Durchschnitt, in zwei Regionen (Nord und Ost) hingegen darunter. Die Regionen West und Nord liegen recht nah am Bundesdurchschnitt; in zwei Berichtsjahren lag das durchschnittliche Finanzierungsvolumen im Norden über dem des Westens, in der Regel war jedoch das Finanzierungsvolumen im Westen vergleichsweise höher.
4. Es zeigt sich nicht nur ein Ost-West-Gefälle, sondern auch ein (wenngleich weniger ausgeprägtes) Nord-Süd-Gefälle. Die Unterschiede zwischen dem Süden und dem Osten Deutschlands sind besonders prägnant, während die Unterschiede zwischen dem Norden und dem Westen recht gering ausfallen.

Die eingangs aufgestellte These eines gleichzeitigen Ost-West- wie Nord-Süd-Gefälles kann anhand der empirischen Daten folglich bestätigt werden.

Bildet man über den betrachteten Zeitraum von 2005 bis 2016 regionale Durchschnittswerte, so lassen sich die regionalen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt als „regionale Multiplikatoren“ ausdrücken. Finanzierungsvolumina oberhalb des Bundesdurchschnittes werden durch einen Multiplikator >1 angezeigt, während unterdurchschnittliche Finanzierungsvolumina mit einem Multiplikator <1 einhergehen. Der anhand der Einzelwerte aus dem Zeitraum zwischen 2005 und 2016 errechnete Multiplikator für Süddeutschland beträgt beispielsweise 1,13, der für Ostdeutschland 0,73 (Abbildung 3-2-20).

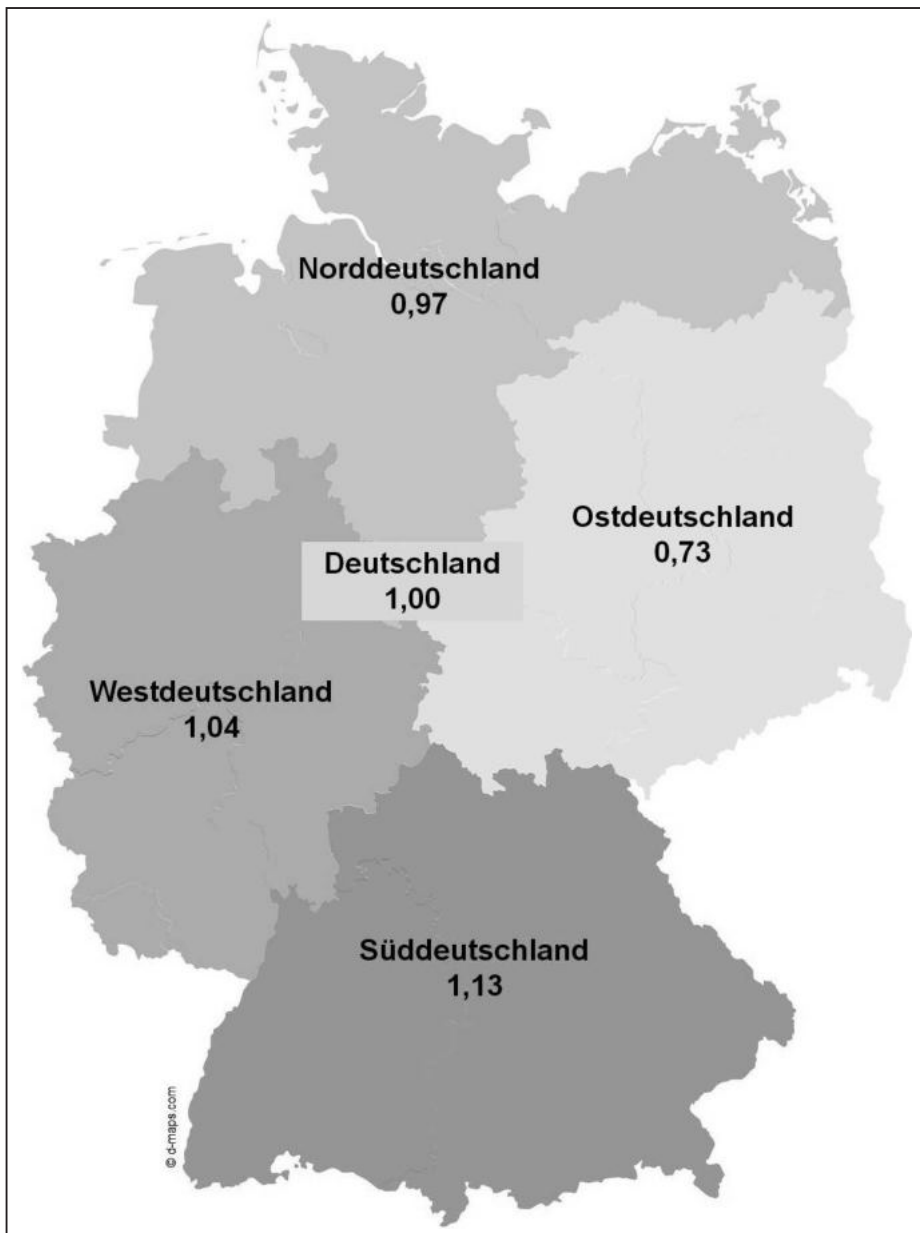


Abbildung 3-2-20: Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisübernahmen: Berechnete Multiplikatoren für die regionalen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt

d) *Entwicklung der Finanzierungsvolumina von Berufsausübungsgemeinschaften*

Die Entwicklung der Investitions- und Finanzierungsvolumina von Berufsausübungsgemeinschaften verlief in Abhängigkeit von der Gründungsform recht unterschiedlich. Bei der Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft wurde im Jahr 2016 ein durchschnittliches Finanzierungsvolumen in Höhe von 339.000 Euro aufgewendet, also 103.000 Euro bzw. 44 Prozent mehr als noch im Jahr 2008. War die Neugründung im Jahr 2008 noch die vergleichsweise günstigste Gründungsform einer Berufsausübungsgemeinschaft, so stellt sie mittlerweile die Gründungsform mit dem höchsten aufzuwendenden Finanzierungsbetrag dar.

Der bei der Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft benötigte Finanzierungsbetrag belief sich 2016 auf 318.000 Euro; im Jahr 2008 waren es noch 245.000 Euro. Der Zuwachs zwischen 2008 und 2016 liegt bei 73.000 Euro bzw. 30 Prozent. Der Beitritt zu einer bzw. der Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft erforderte im Jahr 2016 ein Finanzierungsvolumen 238.000 Euro. Im Jahr 2008 wurde im Schnitt noch ein Finanzierungsbetrag in Höhe von 247.000 Euro aufgewendet.

Im Unterschied zur Neugründung und Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft war in der Gründungsform Beitritt/Einstieg folglich keine Zunahme, sondern vielmehr eine (wenngleich geringe) Abnahme des Finanzierungsbetrages um 9.000 Euro bzw. 4 Prozent im Zeitraum zwischen 2008 und 2016 erkennbar (Tabelle 3-2-9). Diese absolute Abnahme ist allerdings primär der stark rückläufigen Entwicklung im Jahr 2016 geschuldet. Für den Zeitraum von 2008 bis 2015 errechnet sich ein Anstieg des Finanzierungsvolumens um immerhin 26 Prozent.

Tabelle 3-2-9: Finanzierungsvolumina von Berufsausübungsgemeinschaften (in 1.000 Euro, Werte je Inhaber) nach Gründungsform (2008–2016)

	Gründungsform		
	Neugründung	Übernahme	Beitritt/Einstieg
2008	236	245	247
2009	244	236	276
2010	288	182	238
2011	262	250	253
2012	344	321	278
2013	353	301	273
2014	312	262	281
2015	330	292	310
2016	339	318	238

Die Trendlinien in Abbildung 3-2-21 verdeutlichen, dass sich die Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft im Zeitablauf schneller verteuert hat als die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft. So stieg der durchschnittliche Finanzierungsbetrag bei der Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft seit 2008 pro Jahr um 4,6 Prozent, bei der Übernahme waren es jährlich 3,3 Prozent.

Somit zeigt sich bei den Berufsausübungsgemeinschaften ein ähnliches empirisches Muster wie bei den Einzelpraxen, bei denen das benötigte durchschnittliche Finanzierungsvolumen bei den Neugründungen (2008-2016: 3,7 Prozent p. a.) ebenfalls vergleichsweise rascher anstieg als bei den Übernahmen (2008-2016: 2,5 Prozent p. a.).

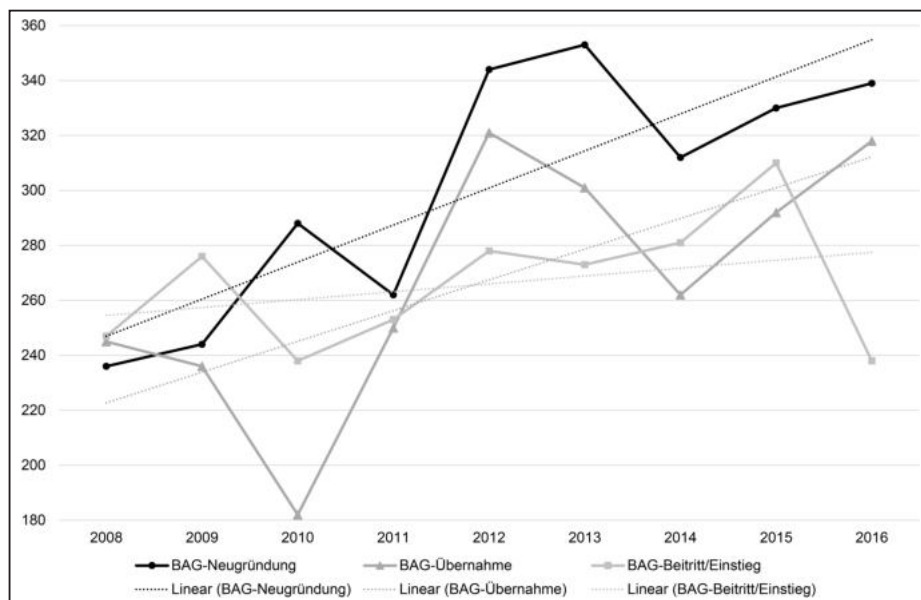


Abbildung 3-2-21: Finanzierungsvolumina von Berufsausübungsgemeinschaften (in 1.000 Euro, Werte je Inhaber) nach Gründungsform (2008–2016)

e) *Entwicklung der Finanzierungsvolumina von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften im Vergleich*

Die Finanzierungsdaten der jeweiligen in den obigen Abschnitten dargestellten Praxis- und Gründungsformen werden abschließend für einen Entwicklungsvergleich zusammengeführt.

Bezogen auf die Entwicklung im Zeitraum zwischen 2008 und 2016 haben sich die Finanzierungsvolumina der Neugründungen im Vergleich zu denen der Übernahmen insgesamt dynamischer entwickelt (Abbildung 3-2-22).

Das gilt sowohl für die Einzelpraxen als auch für die Berufsausübungsgemeinschaften.

Im Fall der Einzelpraxisübernahmen ist die Wachstumskurve relativ stetig ohne größere Ausschläge – ein vager Hinweis darauf, dass die übernommenen Praxen hinsichtlich Praxisgröße und -ausstattung im betrachteten Zeitraum keine größeren Veränderungen erfahren haben. Bei den Einzelpraxisneugründungen führt möglicherweise die geringere Fallzahl zu einem unstetigeren Verlauf.

Bei den Berufsausübungsgemeinschaften kommt zusätzlich ein struktureller Einfluss zum Tragen, nämlich die jährlich variierende Aufteilung der Berufsausübungsgemeinschaften auf zwei, drei oder mehr Inhaber. Die jeweiligen Beteiligungsquoten haben naturgemäß Einfluss auf den einzubringenden Finanzierungsanteil je Inhaber.

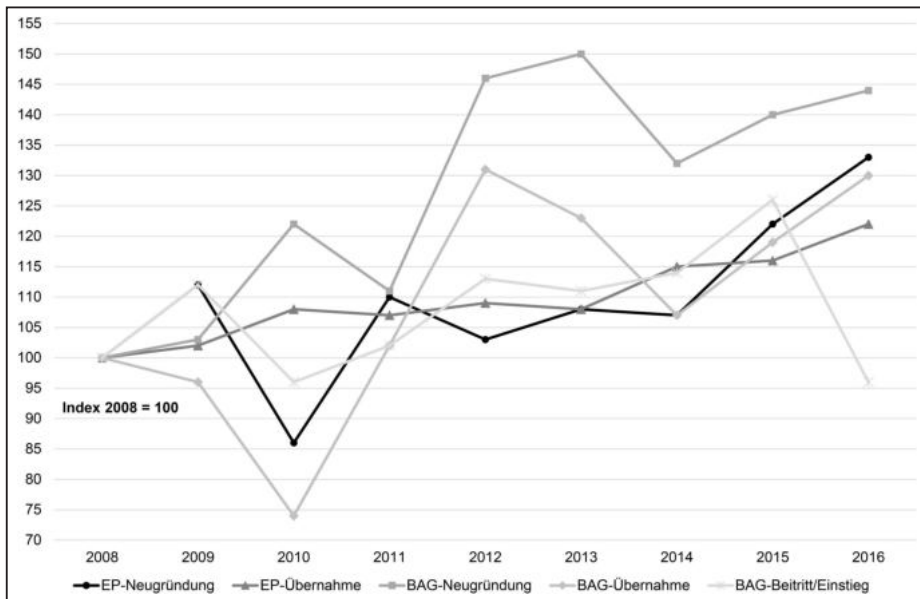


Abbildung 3-2-22: Indexierter Vergleich der Finanzierungsvolumina – nach Praxis- und Gründungsform (2008–2016)

Die zuvor dargestellten Finanzierungsvolumina nach Praxis- und Gründungsform sind Gesamtbeträge (Aggregate), die sich aus Einzelposten zusammensetzen. Diese Einzelposten werden in den nächsten Abschnitten (3.2.2.6 bis 3.2.2.9) eingehender dargestellt und analysiert.

3.2.2.6 Investitionen in medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV

Der anhaltende medizinisch-technische Fortschritt in der Zahnmedizin schlägt sich in entsprechend hohen Investitionen in medizinisch-technische Geräte in der Zahnarztpraxis nieder. Auch schlagen sich die strengen gesetzlichen Hygienevorschriften (Nowack et al., 2008) sowie die empfehlenswerten Maßnahmen einer präventiven ergonomischen Ausrichtung des zahnärztlichen Arbeitsplatzes (Meyer et al., 2001; Reitemeier et al., 2012) im diesbezüglichen Finanzierungsaufwand nieder.

Die höchsten diesbezüglichen Investitionen sind bei Neugründungen zu leisten. Wie Abbildung 3-2-23 für den Zeitraum von 2011 bis 2016 verdeutlicht, wurden bei Einzelpraxisneugründungen im Schnitt etwa 185.000 Euro allein für medizinisch-technische Geräte investiert, bei der Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft waren es im Schnitt 135.000 Euro. Der Trend geht in Richtung weiterer Zuwächse.

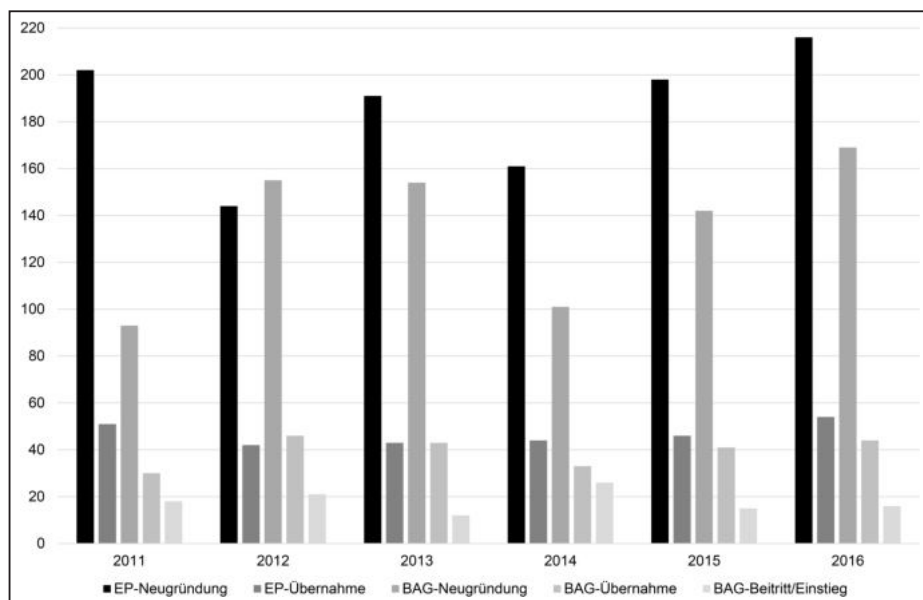


Abbildung 3-2-23: Investitionen in medizinisch-technische Geräte (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)

Demgegenüber sind bei Praxisübernahmen die Investitionen in medizinisch-technische Geräte deutlich geringer, da in der Praxis bereits auf einen Bestand von gebrauchten medizinisch-technischen Geräten zurückgegriffen werden kann, sodass bei der Existenzgründung keine neuwertige Erstausrüstung finanziert werden muss, sondern lediglich etwaige Zukäufe im Sinne von Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen anstehen.

Bei den Einzelpraxisübernahmen wurden im Zeitraum von 2011 bis 2016 durchschnittlich 47.000 Euro für die Neuanschaffung von medizinisch-technischen Geräten aufgewendet, bei den Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften waren es etwa 40.000 Euro je Praxisinhaber. Auch hier sind weitere Zuwächse zu erwarten.

Die geringsten Investitionen in medizinisch-technische Geräte waren bei dem Beitritt zu einer bzw. dem Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft zu zahlen, nämlich im Schnitt 18.000 Euro.

Zur Praxisausstattung gehören neben der Medizintechnik auch die Inneneinrichtung sowie die EDV-Anlage der Praxis. Auch hier zeigt sich das gleiche empirische Bild: Für Neugründungen sind die höchsten diesbezüglichen Investitionen aufzuwenden. Bei den Einzelpraxisneugründungen waren es im Zeitraum von 2011 bis 2016 im Schnitt 70.000 Euro, bei den Neugründungen einer Berufsausübungsgemeinschaft etwa 44.000 Euro (Abbildung 3-2-24). Im mittelfristigen Trend gehen die Investitionen für Einrichtung und EDV leicht zurück.

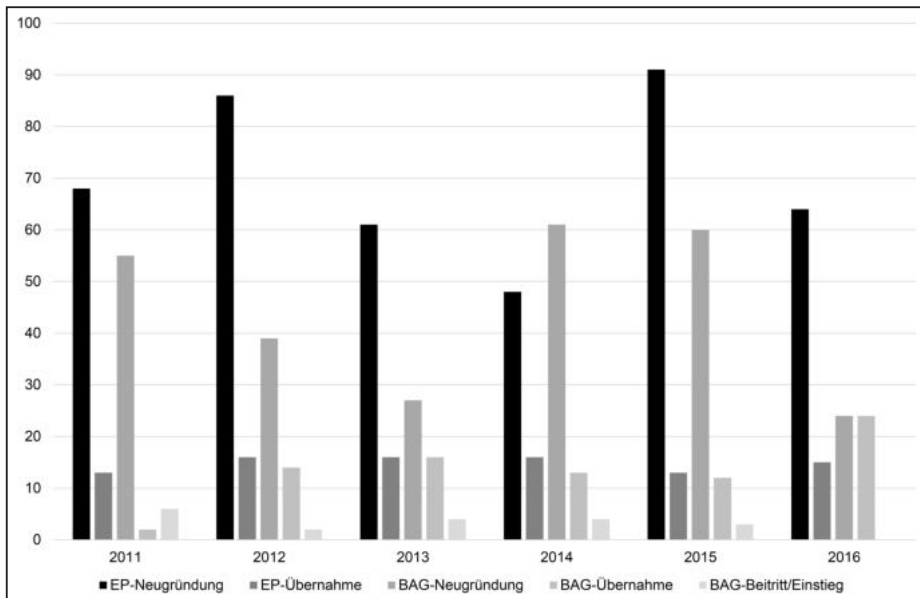


Abbildung 3-2-24: Investitionen in Einrichtung und EDV (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)

Bei den Praxisübernahmen wurde aufgrund bereits vorhandenen Mobiliars und EDV deutlich weniger investiert, bei den Einzelpraxisübernahmen im Schnitt 15.000 Euro, bei den Übernahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft etwa 14.000 Euro. Mittelfristig zeigt sich bei den Einzelpraxen ein Verharren auf dem derzeitigen Niveau, bei den Berufsausübungsgemein-

schaften zeigt der Trend in Richtung eines Anstiegs des diesbezüglichen Investitionsbetrages.

Im Falle eines Beitritts zu einer bzw. eines Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft fielen die Investitionen für Einrichtung und EDV mit etwa 3.000 Euro kaum ins Gewicht.

In Tabelle 3-2-10 werden die Investitionen in die gesamte Praxisausstattung zusammengefasst, und zwar sowohl für die neuwertige Erstausrüstung (bei einer Neugründung), analog die Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen (bei einer Übernahme bzw. einem Beitritt oder Einstieg) und schließlich für die Gründungsformen Übernahme und Einstieg zusätzlich der Anteil des Kaufpreises, der für den (evtl. gutachterlich bestimmten) Zeitwert der Praxisausstattung entrichtet wurde (sogenannter Substanzwert).

Tabelle 3-2-10: Anteil der Investitionen für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV am gesamten Finanzierungsvolumen (2011–2016)						
Praxis- und Gründungsform	Anteil am gesamten Finanzierungsvolumen					
	Med.-techn. Geräte, Einrichtung u. EDV		Substanzwert		Med.-techn. Geräte, Einrichtung u. EDV inkl. Substanzwert	
	MW ¹	Spw. ²	MW ¹	Spw. ²	MW ¹	Spw. ²
	%	%	%	%	%	%
Einzelpraxisneugründung	57	50–62	–	–	57	50–62
Einzelpraxisübernahme	19	18–21	16	13–20	35	33–40
BAG-Neugründung	56	51–61	–	–	56	51–61
BAG-Übernahme	18	13–22	16	12–19	34	32–37
BAG-Beitritt/Einstieg	8	6–11	20	17–23	28	24–32
¹ Mittelwert ² Spannweite						

Durch den Einbezug des Substanzwertes in den Vergleich verringern sich die Unterschiede hinsichtlich der Investitionsbeträge zwischen den verschiedenen Gründungsformen. Bei einer Neugründung muss demnach mehr als die Hälfte des gesamten Finanzierungsvolumens für die Praxisausstattung einkalkuliert werden; bei den Übernahmen ist etwa ein Drittel des gesamten Finanzierungsvolumens hierfür zu veranschlagen. Die verbliebenen Unterschiede sind 1. für den Praxisverkäufer ein empirischer Hinweis auf die Größenordnung des Wertverlustes, der für die Praxisausstattung einer zum Verkauf stehenden Bestandspraxis veranschlagt werden muss und 2. sind sie für den Praxiskäufer ein Hinweis auf den in der Expansions- und Konsolidierungsphase zusätzlich einzuplanenden Bedarf an Ersatzinvestitionen, die mittelfristig getätigt werden sollten.

3.2.2.7 Investitionen in Modernisierung und Umbau der Praxis

Je nach Praxis- und Gründungsform bringt auch die Modernisierung und der Umbau der Praxis unterschiedlich hohe Investitionsbeträge mit sich. Sowohl bei der Einzelpraxisneugründung als auch bei der Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft wurden im Zeitraum von 2011 bis 2016 im Schnitt etwa 55.000 Euro für Modernisierungen und Umbauten in der Praxis investiert (Abbildung 3-2-25). Trendmäßig ist hier mit einer weiteren Zunahme der Investitionen zu rechnen, u. a. im Hinblick auf eine barrierefreie oder zumindest barrierearme Gestaltung der Zahnarztpraxis (Kettler, 2013).

Bei Praxisübernahmen wurden hingegen deutlich geringere Investitionsbeträge für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen aufgewendet. Bei den Einzelpraxisübernahmen waren es im Durchschnitt 18.000 Euro, bei den Übernahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft etwa 20.000 Euro.

Im Falle eines Beitritts zu einer bzw. eines Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft fielen die Investitionen für Modernisierung und Umbau mit etwa 7.000 Euro noch deutlich geringer aus.

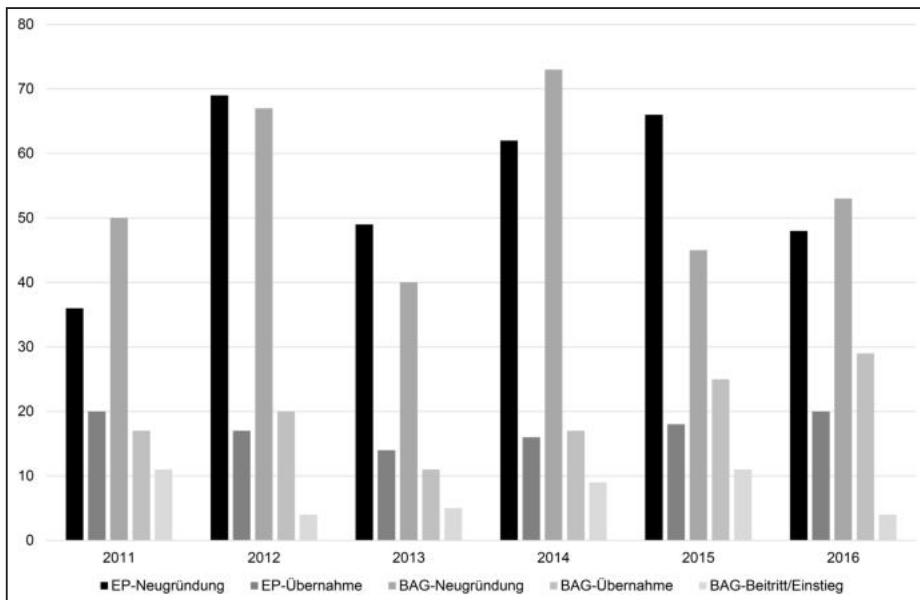


Abbildung 3-2-25: Investitionen in Modernisierung und Umbau (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)

3.2.2.8 Sonstige Investitionen

Die Kategorie der „sonstigen Investitionen“ umfasst alle Investitionen, die bei einer zahnärztlichen Existenzgründung anfallen, jedoch keinem anderen der bereits genannten Investitionsblöcke zugerechnet werden können. Im Grunde handelt es sich insofern um eine „Restgröße“, hinter der sehr unterschiedliche Sachverhalte stehen können. Beispielhaft seien hier genannt:

- Einmalzahlungen im Rahmen des Leasings von Geräten,
- Elektroarbeiten in der Zahnarztpraxis,
- die Erweiterung der Zahnarztpraxis um ein Eigenlabor,
- die Kapitaleinlage in eine zahnärztliche Partnergesellschaft.

Die Differenzierung der „sonstigen Investitionen“ nach Praxis- und Gründungsform lässt erkennen, dass vor allem bei Praxisneugründungen ein betragsmäßig durchaus relevanter Anteil am gesamten Finanzierungsvolumen auf diese sehr heterogene Restgröße entfällt (Abbildung 3-2-26).

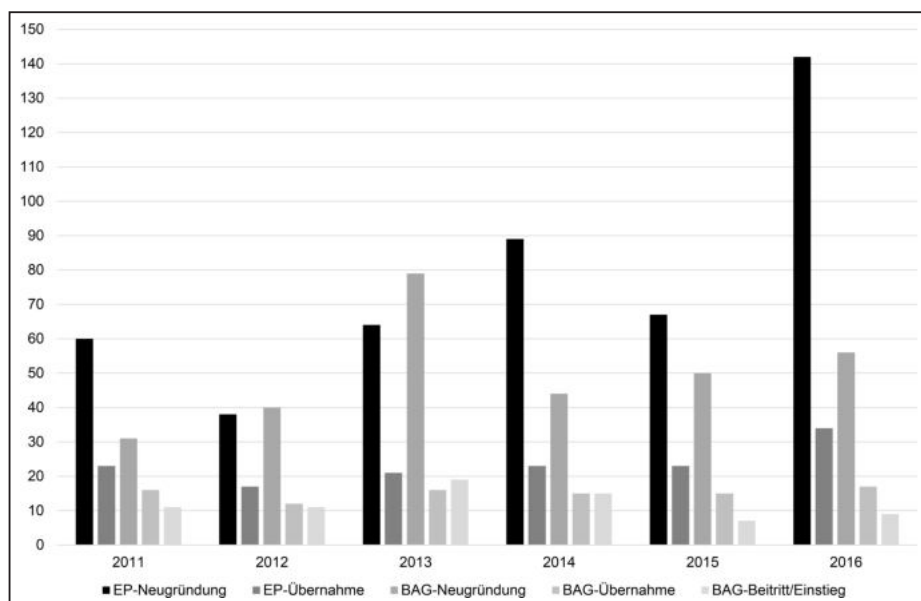


Abbildung 3-2-26: Sonstige Investitionen (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)

Im Schnitt der Jahre von 2011 bis 2016 entfielen auf die sonstigen Investitionen:

- bei einer Einzelpraxisneugründung 17 Prozent,
- bei einer Einzelpraxisübernahme 8 Prozent,
- bei der Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft 15 Prozent,

- bei der Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft 5 Prozent,
- beim Beitritt zu einer bzw. beim Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft 4 Prozent.

3.2.2.9 Der materielle und ideelle Wert einer Zahnarztpraxis

Bei einer Praxisübernahme sowie einem Einstieg in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft (gleichbedeutend mit einer anteiligen Übernahme) wird zwischen dem Praxiskäufer und dem ausscheidenden Inhaber ein Kaufpreis, ein sogenannter Übernahmepreis, vereinbart. Der Übernahmepreis beinhaltet zwei Komponenten: den ideellen Wert und den materiellen Wert der Praxis.

Der *materielle* Wert einer Praxis – auch *Substanzwert* genannt – ergibt sich aus der Addition der Einzelwerte der übernommenen Geräte und Ausstattung (Tabelle 3-2-10). Die Wertbestimmung der vorhandenen Praxisausstattung erfolgt in der Regel unter Zuhilfenahme von Originalkaufbelegen und detaillierten Abschreibungstabellen.

Der vom übernehmenden Zahnarzt an den bisherigen Praxisinhaber zu zahlende *ideelle Wert* („*Goodwill*“) ist der Betrag, um den der tatsächlich zu zahlende Kaufpreis den ermittelten Substanzwert übersteigt. Die Formulierung soll anzeigen, dass der Goodwill de facto als Aufschlagsposten respektive als Restgröße gesehen wird, da die Bestimmung des ideellen Wertes einer Zahnarztpraxis vergleichsweise komplizierter ist. Dabei verbergen sich hinter dieser unscheinbaren „Restgröße“ viele für den Praxiserfolg bedeutsame Aspekte, die bislang noch viel zu wenig in die gängigen Verfahren der Praxisbewertung einbezogen werden (Klingenberger und Sander, 2014).

Der ideelle Wert einer Zahnarztpraxis wird im Wesentlichen durch die persönlichen Beziehungen und das langjährige Betreuungsverhältnis zwischen Zahnärztin/Zahnarzt und Patientin/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. Im tatsächlich gezahlten Goodwill spiegelt sich die subjektive Erwartung der übernehmenden Zahnärztin bzw. des übernehmenden Zahnarztes an die zukünftige Ertragslage der Praxis wider. Die Erwartungsbildung wird durch die Entwicklung der letztjährigen nominalen Einnahmenüberschüsse und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst.

Da bei der vertraglichen Bestimmung der Zusammensetzung des Kaufpreises in einen materiellen und einen ideellen Wert auch steuerrechtliche

Aspekte mit hereinspielen (so etwa die Frage der Abschreibungsfähigkeit des ideellen Wertes) und die Berechnung eines ideellen Wertes mit vielen (methodischen) Unsicherheiten behaftet ist und dies absehbar auch bleibt, wird die Aufteilung des Übernahmepreises letztlich immer eine mehr oder weniger willkürliche Entscheidung sein. In diesem Sinne valide ist daher letztlich immer nur der Übernahmepreis selbst, nicht jedoch dessen Struktur.

Im Durchschnitt der Jahre 2011 bis 2016 lag der *Übernahmepreis von zahnärztlichen Einzelpraxen* bei 158.000 Euro; davon entfielen rund 70 Prozent auf den Goodwill und 30 Prozent auf den Substanzwert (Abbildung 3-2-27). Der Übernahmepreis stieg von 140.000 Euro im Jahr 2011 auf 161.000 Euro im Jahr 2016. Das entspricht einer Verteuerung um 15 Prozent in 6 Jahren.

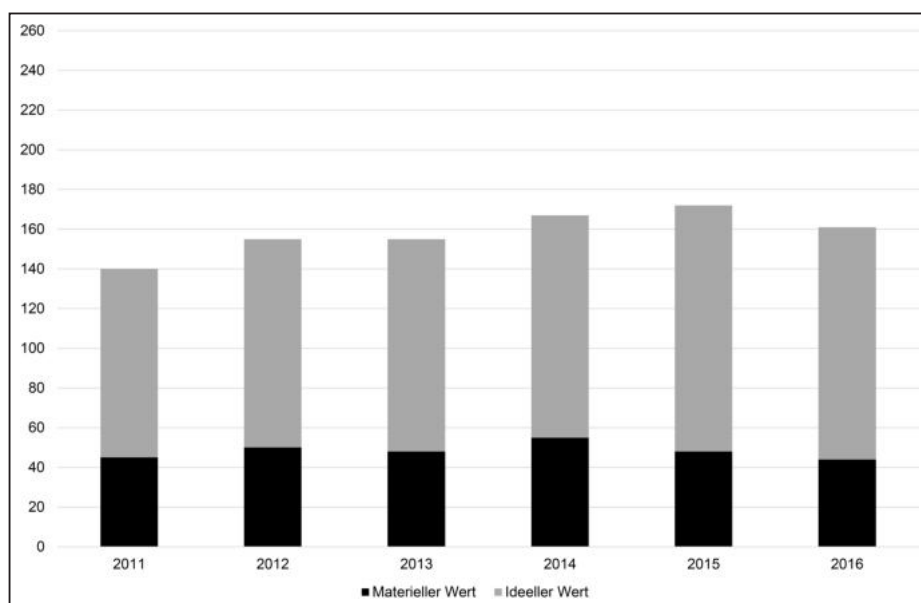


Abbildung 3-2-27: Übernahmepreise (in 1.000 Euro) von Einzelpraxen (2011–2016)

Im gleichen Zeitraum stieg der *Übernahmepreis von zahnärztlichen Berufs- ausübungsgemeinschaften* von 144.000 Euro im Jahr 2011 auf 162.000 Euro im Jahr 2016; mithin eine Verteuerung um 13 Prozent binnen 6 Jahren (Abbildung 3-2-28). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass der Übernahmepreis im Jahr 2012 mit 181.000 Euro zwischenzeitlich deutlich höher gelegen hatte. Im Durchschnitt der 6 Jahre betrug der Übernahmepreis 162.000 Euro. Davon entfielen etwa 71 Prozent auf den ideellen Wert, der Rest auf den materiellen Wert.

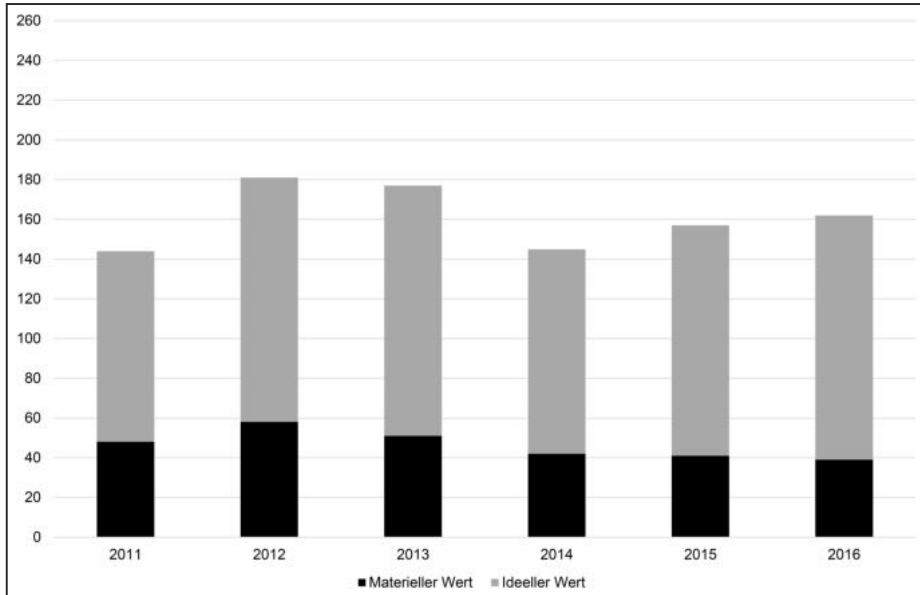


Abbildung 3-2-28: Übernahmepreise (in 1.000 Euro) von Berufsausübungsgemeinschaften (2011–2016)

Ein Übernahmepreis ist auch beim *Einstieg in eine bereits bestehende Berufsausübungsgemeinschaft* an das ausscheidende Mitglied zu entrichten. Im Zeitraum von 2011 bis 2016 zeigt sich zwar ein leichtes Absinken des Übernahmepreises von 184.000 Euro auf 180.000 Euro; Abbildung 3-2-29 verdeutlicht aber die deutlich höheren Werte in den Jahren zwischen 2012 und 2015. Im Durchschnitt wurde ein Übernahmepreis in Höhe von 205.000 Euro gezahlt. Davon entfielen etwa 73 Prozent auf den Goodwill, 27 Prozent auf den Substanzwert.

Die Zusammenschau für die drei Praxis- bzw. Gründungsformen lässt erkennen, dass der Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft mit dem vergleichsweise höchsten Übernahmepreis einhergeht (Abbildung 3-2-30).

Der Preistrend zeigt sowohl für die Übernahme einer Einzelpraxis als auch für den Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft mittelfristig nach oben. Die Übernahmepreise für Berufsausübungsgemeinschaften waren im Trend stabil. In Anbetracht der vorherrschenden Marktlage, die seit etwa zehn Jahren durch einen zunehmenden Angebotsüberhang von zum Verkauf stehenden Praxen geprägt ist (Klingenberger und Sander, 2014), wäre prima vista eher mit *fallenden* Übernahmepreisen zu rechnen. Die komplexen Rahmenbedingungen des Praxisabgabemarktes werden in Abschnitt 3.2.5 dargestellt und analysiert.

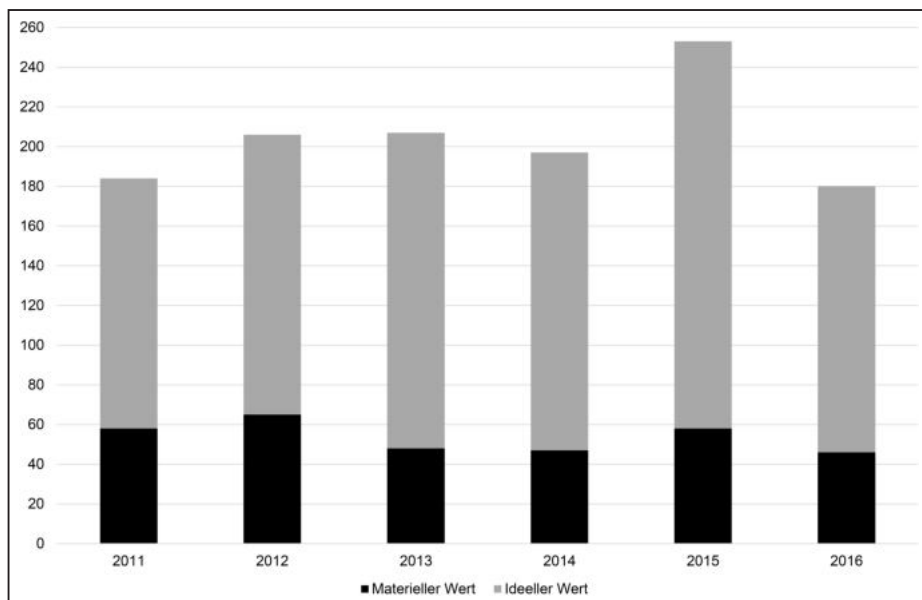


Abbildung 3-2-29: Übernahmepreise (in 1.000 Euro) im Falle eines Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft (2011–2016)

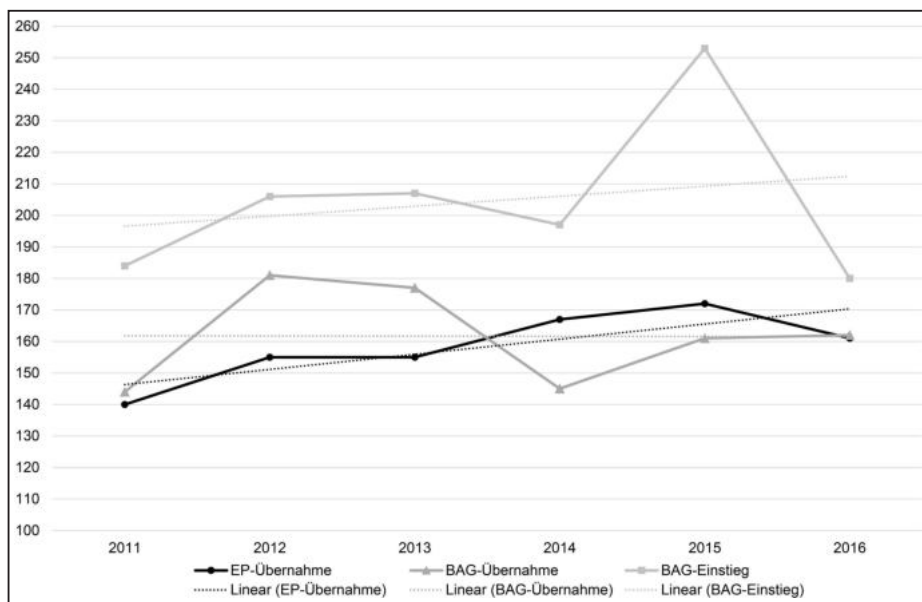


Abbildung 3-2-30: Übernahmepreise (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)

3.2.2.10 Die Finanzierung einer fachzahnärztlichen Praxis

Die Arbeitsbedingungen, die Hygieneanforderungen sowie die erforderlichen medizinisch-technischen Geräte einer fachzahnärztlichen Praxis unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von denen einer allgemeinzahnärztlichen Praxis und sind insofern eine gesonderte Betrachtung wert.

In den Datensätzen des *InvestMonitor* wird seit 1996 auch eine eigenständige Variable „Fachzahnarztmerkmal“ ausgewiesen; anfangs lediglich für die Kieferorthopäden, seit dem Jahr 2000 auch für Oralchirurgen und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen. Der gegenüber den Allgemeinzahnärzten (Stand 2016: 51.956 niedergelassene Zahnärzte) deutlich geringere Gesamtbestand an Fachzahnärzten (Stand 2016: 3.077 niedergelassene Kieferorthopäden, 2.224 niedergelassene Oralchirurgen sowie 1.114 niedergelassene Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen; Quellen: BZÄK, 2017; BÄK, 2018) hat naturgemäß zur Folge, dass die Datenbasis der jährlichen Existenzgründungen für diese fachzahnärztlichen Richtungen entsprechend schmal ist. Auf einen Kieferorthopäden kommen 17 Zahnärzte und auf einen Oral- oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen etwa 16 Zahnärzte. Bis zum Jahr 2011 war die Datenbasis des *InvestMonitor* für valide Auswertungen zu den Fachzahnärzten zu gering.

Seit 2012 wird im *InvestMonitor* auch gesondert zu den Finanzierungsvolumina von fachzahnärztlichen Existenzgründungen berichtet. Die Berichterstattung der vergangenen 5 Jahre wird im Folgenden übersichtlich zusammengefasst. Aufgrund der schmalen Datenbasis erfolgt eine Aufteilung lediglich nach der Gründungsform, nicht jedoch nach der Praxisform.

a) Finanzierungsvolumina von kieferorthopädischen Fachpraxen

Tabelle 3-2-11 gibt die durchschnittlichen Finanzierungsbeträge für die Neugründung einer kieferorthopädischen Fachpraxis im Zeitraum von 2012 bis 2016 wieder. Im 5-Jahres-Durchschnitt belief sich der Finanzierungsbetrag bei der Neugründung einer kieferorthopädischen Fachpraxis auf 490.000 Euro; davon entfielen 51 Prozent auf die medizinisch-technischen Geräte und die Einrichtung. Von 2012 bis 2016 verteuerte sich die Neugründung um etwa 6 Prozent. Die Neugründung einer *allgemeinzahnärztlichen Praxis* erforderte im gleichen Zeitraum ein durchschnittliches Finanzierungsvolumen von 395.000 Euro. Der Finanzierungsaufwand bei der Neugründung einer kieferorthopädischen Fachpraxis liegt also um etwa 24 Prozent höher als bei einer allgemeinzahnärztlichen Praxis.

Tabelle 3-2-11: Finanzierungsvolumina von neugegründeten kieferorthopädischen Fachpraxen in 1.000 Euro (2012–2016)						
		2012	2013	2014	2015	2016
	Modernisierung/Umbau	100	80	75	81	96
+	Med.-techn. Geräte, Einrichtung u. EDV	266	246	250	211	261
+	Sonstige Investitionen	35	117	49	133	100
=	Praxisinvestitionen	401	443	374	425	457
+	Betriebsmittelkredit	87	79	66	59	60
=	Finanzierungsvolumen	488	522	440	484	517

Die Übernahme einer kieferorthopädischen Fachpraxis geht in der Regel mit einem vergleichsweise geringeren Finanzierungsaufwand einher (Tabelle 3-2-12). Im 5-Jahres-Durchschnitt belief sich der Finanzierungsbeitrag bei der Übernahme (inklusive Gründungsform *Einstieg in eine BAG*) einer kieferorthopädischen Fachpraxis auf 386.000 Euro. Zwei Drittel des gesamten Finanzierungsbetrages entfielen auf den Übernahmepreis. Von 2012 bis 2016 verteuerte sich die Übernahme um knapp 21 Prozent. Die Übernahme einer allgemeinärztlichen Praxis (inklusive Gründungsform *Einstieg in eine BAG*) erforderte im gleichen Zeitraum einen durchschnittlichen Finanzierungsaufwand in Höhe von 298.000 Euro. Der Finanzierungsaufwand bei der Übernahme einer kieferorthopädischen Fachpraxis liegt also um etwa 30 Prozent höher als bei einer allgemeinärztlichen Praxis.

Tabelle 3-2-12: Finanzierungsvolumina von übernommenen kieferorthopädischen Fachpraxen in 1.000 Euro (2012–2016)						
		2012	2013	2014	2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	164	134	227	227	182
+	Materieller Wert (Substanzwert)	74	60	86	68	71
=	Übernahmepreis	238	194	313	295	253
+	Modernisierung/Umbau	15	15	8	4	31
+	Med.-techn. Geräte, Einrichtung u. EDV	34	42	40	13	50
+	Sonstige Investitionen	9	18	11	27	43
=	Praxisinvestitionen	296	269	372	339	377
+	Betriebsmittelkredit	54	52	62	64	45
=	Finanzierungsvolumen	350	321	434	403	422

b) Finanzierungsvolumina von oralchirurgischen Fachpraxen und MKG-Fachpraxen

Die Existenzgründungen der beiden Fachrichtungen Oralchirurgie und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG) werden im Folgenden zusammengefasst, da die Oralchirurgie ein wichtiger Teilbereich des Leistungsspektrums eines MKG-Chirurgen ist.

Tabelle 3-2-13 gibt die durchschnittlichen Finanzierungsbeträge für die Neugründung einer oralchirurgischen Fachpraxis bzw. MKG-Fachpraxis wieder. Im 5-Jahres-Durchschnitt belief sich der Finanzierungsbetrag bei der Neugründung einer oralchirurgischen bzw. MKG-Fachpraxis auf 576.000 Euro, davon entfielen 54 Prozent auf die medizinisch-technischen Geräte, Einrichtung und EDV. Von 2012 bis 2016 verteuerte sich die Neugründung um 28 Prozent. Die Neugründung einer allgemein Zahnärztlichen Praxis erforderte im gleichen Zeitraum ein durchschnittliches Finanzierungsvolumen von 395.000 Euro. Der Finanzierungsaufwand bei der Neugründung einer oralchirurgischen Fachpraxis bzw. MKG-Fachpraxis liegt also im Schnitt um 46 Prozent höher als bei einer allgemein Zahnärztlichen Praxis.

	2012	2013	2014	2015	2016
	48	90	92	141	122
+ Modernisierung/Umbau	48	90	92	141	122
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung u. EDV	276	317	373	272	329
+ Sonstige Investitionen	93	93	65	71	106
= Praxisinvestitionen	417	500	530	484	557
+ Betriebsmittelkredit	83	77	91	58	83
= Finanzierungsvolumen	500	577	621	542	640

Die Übernahme einer oralchirurgischen bzw. MKG-Fachpraxis geht im Vergleich zur Neugründung ebenfalls mit einem geringeren Finanzierungsaufwand einher (Tabelle 3-2-14). Im 5-Jahres-Durchschnitt belief sich der Finanzierungsbetrag bei der Übernahme (inklusive Gründungsform *Einstieg in eine BAG*) einer oralchirurgischen/MKG-Fachpraxis auf 472.000 Euro. Knapp 73 Prozent des gesamten Finanzierungsbetrages entfielen auf den Übernahmepreis. Von 2012 bis 2016 verteuerte sich die Übernahme deutlich um knapp 39 Prozent. Die Übernahme einer allgemein Zahnärztlichen Praxis (inklusive Gründungsform *Einstieg in eine BAG*) erforderte im gleichen Zeitraum einen durchschnittlichen Finanzierungsaufwand in Höhe von 298.000 Euro. Der Finanzierungsaufwand bei der Übernahme einer oralchirurgischen/MKG-Fachpraxis liegt also im Schnitt um etwa 58 Prozent höher als bei einer allgemein Zahnärztlichen Praxis.

Tabelle 3-2-14: Finanzierungsvolumina von übernommenen oralchirurgischen bzw. MKG-Fachpraxen in 1.000 Euro (2012–2016)						
		2012	2013	2014	2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	180	230	225	299	374
+	Materieller Wert (Substanzwert)	79	93	95	96	48
=	Übernahmepreis	259	323	320	395	422
+	Modernisierung/Umbau	14	16	7	19	28
+	Med.-techn. Geräte, Einrichtung u. EDV	45	26	24	38	41
+	Sonstige Investitionen	31	25	42	47	15
=	Praxisinvestitionen	349	390	393	499	506
+	Betriebsmittelkredit	45	42	39	57	40
=	Finanzierungsvolumen	394	432	432	556	546

3.2.3 Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft – Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030: Empirische Erkenntnisse zum Gründungs-umfeld

Die Zahnarztpraxis ist in ein soziales und wirtschaftliches Umfeld eingebettet, dessen Rahmenbedingungen auf die (Zukunfts-)Erwartungen des Gründers, die Gründungsoptionen selbst und nicht zuletzt auf den weiteren Gründungserfolg einwirken. Diese Rahmenbedingungen sind insofern nicht nur zum Zeitpunkt der Existenzgründung selbst relevant, sondern über die gesamte Dauer der „Praxisexistenz“ hinweg. Die Analyse hat daher neben zeitpunktbezogenen Aspekten (statische Analyse) auch zeitraumbezogene Aspekte (dynamische Analyse) miteinzubeziehen. Um welche Rahmenbedingungen handelt es sich im Einzelnen?

Als zentrale Rahmenbedingungen der Praxisgründung und Praxisentwicklung sind zu nennen:

- a) orale Morbiditätstrends,
- b) demographische Entwicklung,
- c) Veränderungen des Einkommensniveaus und der Einkommensverteilung,
- d) Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung.

Charakteristisch für die genannten Rahmenbedingungen ist, dass der Existenzgründer diese Faktoren selbst nicht beeinflussen, sondern lediglich als Faktum in sein Kalkül einbeziehen kann.

Im Folgenden werden perspektivisch die praktischen Konsequenzen der Umfeldbedingungen für zahnärztliche Praxisinhaber beleuchtet.

3.2.3.1 Umfeldbedingungen

a) Orale Morbiditätstrends

Orale Erkrankungen zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in der heutigen Gesellschaft und nehmen einen bedeutsamen Kostenanteil des Gesundheitssystems in Anspruch (Marcenes et al., 2013). In Deutschland hat die Zahnmedizin in den vergangenen 3 Jahrzehnten einen bemerkenswerten Paradigmenwechsel vollzogen: von einer restaurationsorientierten Krankenversorgung hin zu einer für die gesamte Medizin beispielhaften präventionsorientierten Gesundheitsversorgung. Dieser Paradigmenwechsel schlägt sich in den Prävalenzen von Zahnkaries, Parodontalerkrankungen und Zahnverlusten, um hier nur die quantitativ bedeutsamsten oralen Erkrankungen zu nennen, nieder.

Für Deutschland lassen sich die Trends der oralen Morbidität aus mittlerweile 5 bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudien herauslesen (zuletzt Jordan und Micheelis, 2016). Im Zeitraum zwischen 1989 und 2014 wurden vom Institut der Deutschen Zahnärzte – im Auftrag der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung – die relevanten oralen Morbiditäten für die Altersgruppen der Kinder, der Erwachsenen und der Senioren nach den methodischen Standards der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhoben.

Für Karies wie für Parodontitis ist in allen Altersgruppen ein nachhaltiger Trend zu mehr Zahngesundheit erkennbar – mit der Folge, dass die Menschen in Deutschland mehr mundgesunde Lebensjahre haben und sich die Krankheitslasten erst im höheren Alter verdichten (Abbildungen 3-2-31 und 3-2-32). Dies ist insgesamt ein Indiz für eine *Morbiditätskompression* in der Zahnmedizin (Jordan, 2016a; Jordan, 2016b).

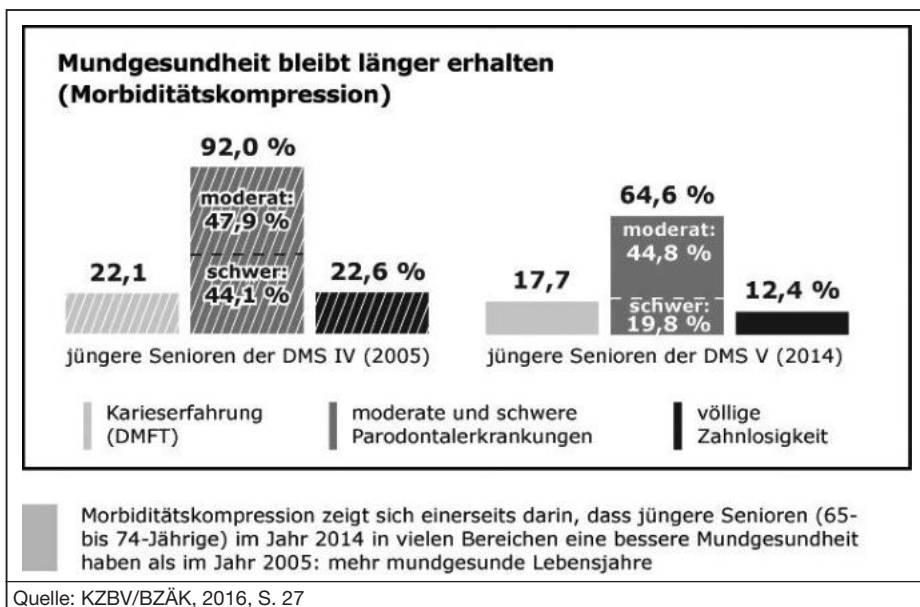


Abbildung 3-2-31: Mundgesundheits bleibt länger erhalten

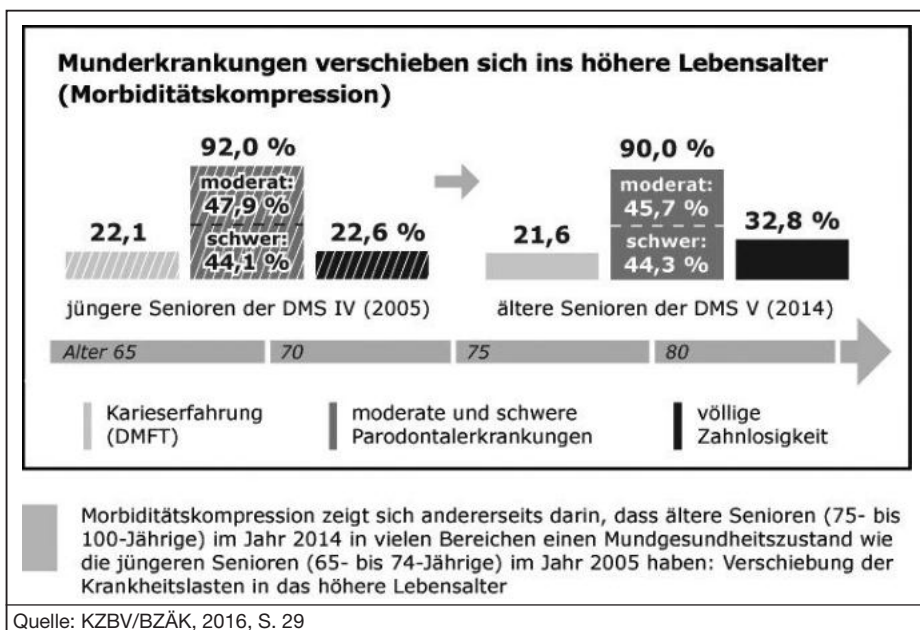


Abbildung 3-2-32: Munderkrankungen verschieben sich ins höhere Lebensalter

Für den Praxisgründer ist es vor diesem Hintergrund des zahnmedizinischen Paradigmenwechsels ratsam, die Arbeitsschwerpunkte seiner Praxis an den zukünftigen manifesten oralen Bedarfen der Bevölkerung zu orientieren. Zu beachten ist dabei, dass die aufgezeigten generellen Morbiditätstrends in regional unterschiedlichen Behandlungsbedarfen resultieren können, und zwar in Abhängigkeit von der jeweiligen regionalen demographischen Entwicklung.

b) Demographische Entwicklung

Die Entwicklung der oralen Morbidität wird durch die demographische Entwicklung, d. h. die sogenannte Alterung der Gesellschaft, gleich doppelt dynamisiert. Da die oralen Erkrankungen, wie unter a) ersichtlich wurde, altersassoziiert sind, verschieben sich mit der Alterung der Gesellschaft zugleich die Bedarfsstrukturen der Bevölkerung. Die geburtenstarken Jahrgänge der heute 50-Jährigen („Generation 50 plus“) zählen ab 2030 zu den Senioren mit entsprechend höheren Prävalenzen bei Karies, Parodontitis und Zahnverlust (Binsch et al., 2009). Die Erkrankungsprävalenzen der Erwachsenen (in den im Jahr 2030 dann geburtenschwächeren Jahrgängen) werden gemäß den oralen Morbiditätstrends zugleich deutlich abnehmen. Abbildung 3-2-33 zeigt am Beispiel der Parodontitis die Auswirkungen der oben genannten Morbiditätskompression und verdeutlicht den generellen Bedeutungszuwachs der Alterszahnheilkunde.

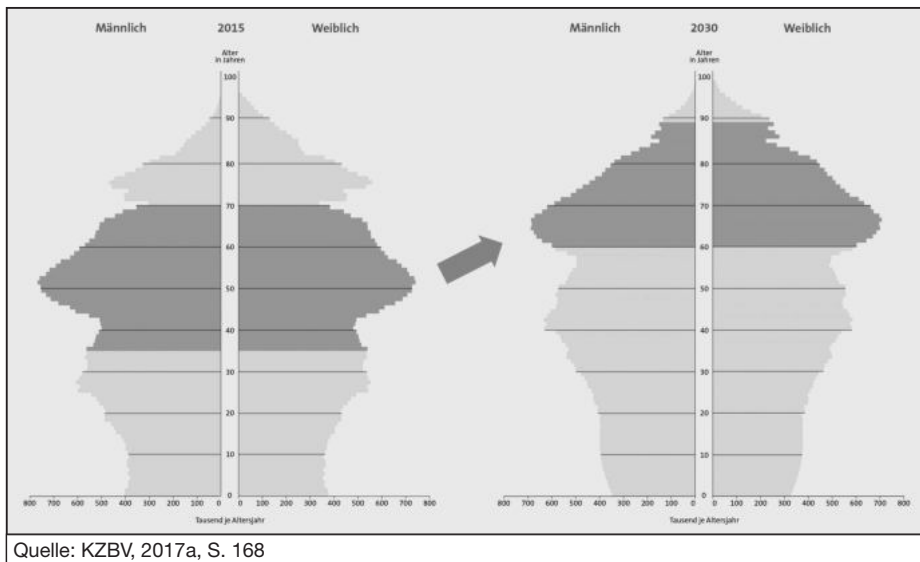


Abbildung 3-2-33: Prognostizierter parodontaler Behandlungsbedarf durch demographischen Wandel

Tabelle 3-2-15 illustriert die Konsequenzen von Morbiditätstrends und demographischer Entwicklung am Beispiel des parodontalen Behandlungsbedarfs. Während die Gesamtzahl der Behandlungsfälle fast konstant bleibt (2014: 12,2 Mio.; 2030: 12,0 Mio.), verschiebt sich die Relation der betroffenen Altersgruppen deutlich. Im Jahr 2014 entfielen etwa 57 Prozent der Behandlungsfälle auf die Senioren, im Jahr 2030 werden es hingegen voraussichtlich 84 Prozent sein. In der Altersgruppe der Senioren werden im Schnitt deutlich mehr Zähne betroffen sein, sodass die Anzahl der parodontal erkrankten Zähne bis 2030 um mehr als 60 Prozent zunehmen dürfte.

Tabelle 3-2-15: Parodontitis – Entwicklung des Behandlungsbedarfs (Prognose bis 2030)					
Jahr	Altersgruppen	Betroffene Zähne pro Kopf	Zähne in Mio.	Fälle in % (Prävalenz)	Fälle in Mio.
1997 (DMS III)	35–44 Jahre	7,36	93,8	83	10,6
	65–74 Jahre	5,54	33,5	63	4,7
2005 (DMS IV)	35–44 Jahre	6,34	88,0	73	10,1
	65–74 Jahre	5,99	54,4	72	6,6
2014 (DMS V)	35–44 Jahre	4,76	47,3	53	5,3
	65–74 Jahre	7,52	63,4	82	6,9
2030 (Prognose)	35–44 Jahre	3,15	33,7	18	1,9
	65–74 Jahre	12,23	144,9	88	10,1
Quellen: Micheelis und Reich, 1999; Micheelis und Schiffner, 2006; Jordan und Micheelis, 2016; Schwendicke et al., 2018					

Eine analoge Abschätzung des Behandlungsbedarfes kann auch für das Erkrankungsbild der Karies vorgenommen werden (Tabelle 3-2-16). Auch hier zeigt sich eine Verschiebung des Behandlungsbedarfes von den Erwachsenen zu den Senioren. 2014 entfielen etwa 57 Prozent aller unversorgten, kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne (gemessen anhand des DMFT-Indexes) auf die Gruppe der Senioren. Im Jahr 2030 werden es voraussichtlich 67 Prozent sein. Der gesamte Behandlungsbedarf wird sich im selben Zeitraum nur unwesentlich um etwa 3 Prozent verringern.

Tabelle 3-2-16: Karies – Entwicklung des Behandlungsbedarfs (Prognose bis 2030)					
Jahr	Altersgruppen	Unversorgte u. kariöse Zähne (DT) in Mio.	Fehlende Zähne (MT) in Mio.	Gefüllte Zähne (FT) in Mio.	Unversorgte u. kariöse, fehlende und gefüllte Zähne (DMFT) in Mio.
1997 (DMS III)	12 Jahre	0,323	0,027	1,193	1,543
	35–44 Jahre	6,373	49,198	148,995	204,437
	65–74 Jahre	1,921	129,836	42,491	174,248
2005 (DMS IV)	12 Jahre	0,132	0,033	0,419	0,584
	35–44 Jahre	6,247	32,760	162,409	201,415
	65–74 Jahre	2,649	128,517	70,789	201,864
2014 (DMS V)	12 Jahre	0,081	0,037	0,220	0,345
	35–44 Jahre	5,469	20,482	85,807	111,758
	65–74 Jahre	4,049	93,714	51,454	149,217
2030 (Prognose)	12 Jahre	0,022	0,037	0,051	0,110
	35–44 Jahre	6,093	5,559	70,554	82,206
	65–74 Jahre	9,795	79,631	82,166	171,592
Quellen: Micheelis und Reich, 1999; Micheelis und Schiffner, 2006; Jordan und Micheelis, 2016; Jordan et al., 2018					

Die Prognose der Behandlungsbedarfe bezieht sich auf das gesamte Bundesgebiet. Auch hier gilt, dass die Entwicklung der Bevölkerungszahl und deren Altersstruktur – unter anderem auch aufgrund von Wanderungsbewegungen – regional sehr unterschiedlich ausfallen kann (Abbildung 3-2-34), da jüngere Menschen vergleichsweise mobiler sind und tendenziell Ballungsgebiete bevorzugen. Abbildung 3-2-34 verdeutlicht, dass in der Vergangenheit insbesondere die ländlichen Gebiete Ostdeutschlands von dieser „Landflucht“ betroffen waren.

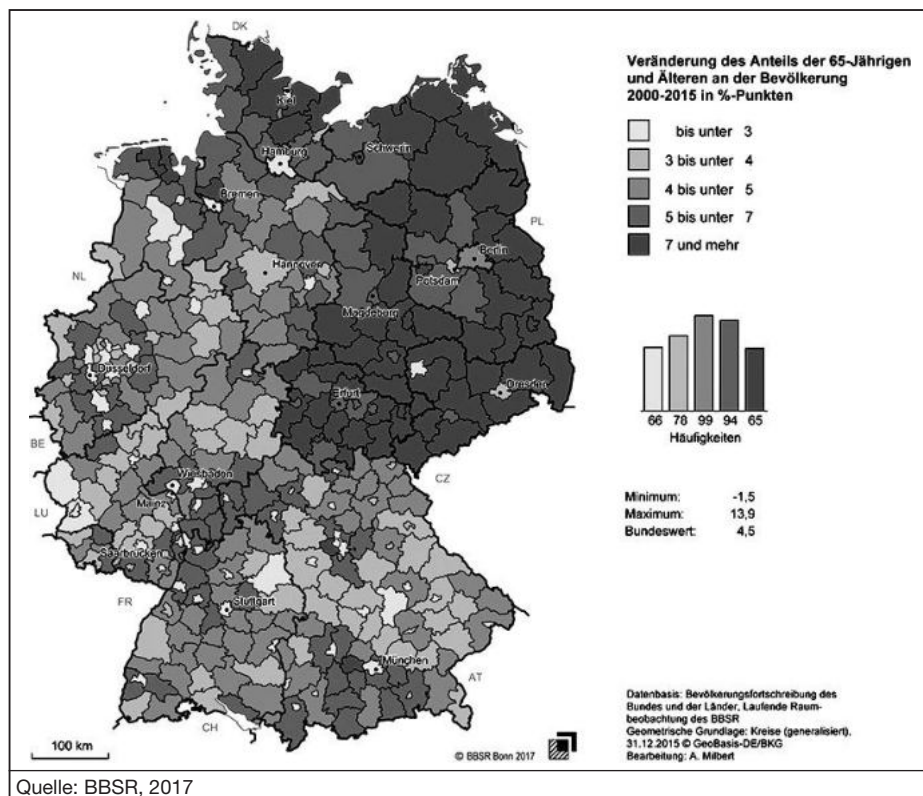


Abbildung 3-2-34: Veränderung des Anteils der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung (2000–2015)

c) Veränderungen des Einkommensniveaus und der Einkommensverteilung

Das Haushaltseinkommen der Bevölkerung ist vor allem mit Blick auf den „Zweiten Gesundheitsmarkt“ relevant. Als *Zweiter Gesundheitsmarkt* werden alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet (Kartte und Neumann, 2007). Im zahnmedizinischen Versorgungsbereich stammt mittlerweile die Hälfte der Praxiseinnahmen aus privaten Finanzierungsquellen (2015: 50,6 Prozent); im Jahr 1984 hatte der private Finanzierungsanteil noch bei 26,2 Prozent gelegen (KZBV, 2017a; KZBV, 1986).

Das Haushaltseinkommen wird generell entweder zum Konsum oder zum Sparen verwendet. Ein Anteil von etwa 4 Prozent des Haushaltsnettoeinkommens wird für den Konsum von Gütern und Dienstleistungen der Gesundheitspflege ausgegeben (Tabelle 3-2-17). Dieser Anteil mag auf den ersten Blick als gering empfunden werden. Zu bedenken ist aber, dass die Nachfrage der Privathaushalte im Bereich der Gesundheitspflege immer in Konkurrenz zu anderen optionalen Einkommensverwendungen steht.

Tabelle 3-2-17: Monatliche Konsumausgaben von Privathaushalten für Gesundheitspflege – 2013 und 2016									
	Haushalte insgesamt	Davon nach dem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von ... bis unter ... EUR							
		unter 900	900–1.300	1.300–1.500	1.500–2.000	2.000–2.600	2.600–3.600	3.600–5.000	5.000–18.000
Einkommens- und Verbrauchsstichprobe – 2013									
in EUR	102	22	31	39	48	67	97	131	261
in %	4,2	2,5	2,7	2,8	2,9	3,3	3,8	4,0	5,8
Laufende Wirtschaftsrechnungen – 2016									
in EUR	99	23		43			85	115	252
in %	4,0	2,3		2,6			3,5	3,7	5,6
Quellen: Destatis, 2015b; Destatis, 2018e									

Aus Tabelle 3-2-17 wird ersichtlich, dass die privat finanzierte Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -dienstleistungen mit dem Einkommen zunimmt, und zwar in Absolutbeträgen ebenso wie als relativer Anteil vom Einkommen. Der Einfluss von Veränderungen des Wohlstandsniveaus auf das Nachfrageverhalten der Konsumenten wird durch die sogenannte *Einkommenselastizität der Nachfrage* erfasst (von der Schulenburg und Claes, 2000; Sander und Müller, 2011; Sander und Müller, 2012). Steigt die Nachfrage nach einem bestimmten Gut mit zunehmendem Einkommen nicht nur absolut, sondern auch relativ, so handelt es sich um ein sogenanntes superiores Gut. Gesundheitsgüter zählen, wie Tabelle 3-2-17 verdeutlicht, in der Regel zu den superioren Gütern – ihre Bedeutung nimmt mit wachsendem Wohlstand zu.

Aufgrund der Einkommenselastizität der Nachfrage stellt auch nicht nur das durchschnittliche *Einkommensniveau* der Bevölkerung eine wichtige Rahmenbedingung der Praxisökonomie dar, sondern ebenso die *Einkommensverteilung*.

Im Übrigen ist auch der *Erste Gesundheitsmarkt*, der die öffentlichen Finanzierungsträger (Sozialversicherung, Staat) umfasst, nicht unabhängig von der allgemeinen Einkommensentwicklung. Bei den Gesetzlichen Krankenkassen gilt das Prinzip der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“, demnach sich die Ausgabenentwicklung an der Entwicklung der für die Beitragseinnahmen relevanten sogenannten Grundlohnsumme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten orientieren soll (§ 71 SGB V). Und für den Staatshaushalt gilt ebenso wie für den Privathaushalt das Prinzip der konkurrierenden Verwendung der Einnahmen (Budgetkonkurrenz).

d) Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung

Generell kann man beim mundgesundheitsbezogenen Gesundheitsverhalten zwischen einem beschwerdenorientierten und einem kontrollorientierten Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Dienste durch die Bevölkerung unterscheiden. Die Unterscheidung ist im Hinblick auf das präventionspolitisch wichtige Thema der Sekundärprophylaxe zur Karies- und Parodontitisfrüherkennung von zentraler Bedeutung. Der Anteil an der Bevölkerung, der erst bei Aufkommen von mundgesundheitlichen Problemen (z. B. Schmerzen) eine Zahnarztpraxis aufsuchen, also ein beschwerdenorientiertes Inanspruchnahmeverhalten aufweisen, ist in den letzten Jahrzehnten in allen Altersgruppen teilweise deutlich zurückgegangen; analog stieg der Anteil der Patientinnen und Patienten, die auch ohne eine entsprechende Symptomatik kontrollorientiert ihre Zahnärztin bzw. ihren Zahnarzt aufsuchen (Tabelle 3-2-18).

Tabelle 3-2-18: Kontrollorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste nach Altersgruppen und im zeitlichen Vergleich mit Prävalenzangaben aus 1997, 2005 und 2014			
Altersgruppen	1997 (DMS III)	2005 (DMS IV)	2014 (DMS V)
	%	%	%
12-Jährige	70,1	76,2	81,9
35- bis 44-Jährige	67,7	76,3	72,0
65- bis 74-Jährige	57,1	72,5	89,6
75- bis 84-Jährige	–	–	65,6
85- bis 100-Jährige	–	–	49,3

Quelle: Jordan und Micheelis, 2016

Als eine spezielle Form einer präventiv ausgerichteten Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste kann die Nachfrage nach einer professionellen Zahnreinigung (PZR) gelten. Im Rahmen der DMS V (2014) gaben 21,7 Prozent der jüngeren Erwachsenen an, in den letzten 5 Jahren 5-mal und öfter eine PZR in Anspruch genommen zu haben, bei den jüngeren Erwachsenen mit hohem Bildungsstatus waren es sogar 29,3 Prozent. Auch bei den jüngeren Senioren gaben 22,9 Prozent an, in den letzten 5 Jahren 5-mal und öfter eine PZR in der Zahnarztpraxis nachgefragt bzw. erhalten zu haben (Jordan und Micheelis, 2016).

Präventionsorientierte Einstellungs- und Verhaltensmuster in der Bevölkerung nehmen also mehr und mehr an Bedeutung zu mit der Folge, dass entsprechende präventionsorientierte Angebote in der Zahnarztpraxis von den Patienten auch stärker nachgefragt werden. Aufgrund der verbesserten Mundgesundheit der Bevölkerung verschiebt sich der Schwerpunkt der zahnmedizinischen Versorgung weg vom Zahnersatz und hin zum Zahnerhalt.

3.2.3.2 Makroökonomische Konsequenzen für den gesamten Bereich der Mundgesundheitswirtschaft

Basierend auf dem in Abschnitt 3.1.3 vorgestellten Prognosemodell können Aussagen zur weiteren Entwicklung der deutschen Mundgesundheitswirtschaft bis zum Jahr 2030 abgeleitet werden (Klingenberger et al., 2012).

In die Prognose der Wachstums- und Beschäftigungseffekte der deutschen Mundgesundheitswirtschaft bis zum Jahr 2030 fließen die zuvor genannten Faktoren ein. Da sich die Prognose retrospektiver Daten bedient, fließen auch all diejenigen Strukturparameter, die sich für die zurückliegende Entwicklung als prägend erwiesen haben, implizit in das Prognosemodell ein. Dies gilt etwa für die im Betrachtungszeitraum gestiegene „dental awareness“ in der Gesellschaft und das damit einhergehende kontrollorientierte Inanspruchnahmeverhalten der Patienten; hierbei handelt es sich um gesellschaftliche Phänomene, die sich konkret in den Abrechnungsdaten widerspiegeln.

Die Entwicklung der Einkommen wird ebenfalls aus retrospektiven Daten abgeleitet und prognostisch – ausgehend von 2008 – über das Jahr 2010 bis zum Jahr 2030 verlängert (Basisszenario mit einem jährlichen Einkommenszuwachs von 1,96 Prozent, entsprechend dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum des Bruttoinlandsprodukts im Zeitraum zwischen 1996 und 2008). Zusätzlich werden die Auswirkungen eines geringeren Einkommenswachstums von jährlich 1,0 Prozent (unteres Szenario) sowie eines stärkeren Einkommenswachstums von 3,0 Prozent (oberes Szenario) auf die Umsätze im Ersten und Zweiten Mundgesundheitsmarkt prognostiziert.

Als erstes zentrales Prognoseergebnis kann festgehalten werden, dass die Mundgesundheitswirtschaft in den nächsten Jahren unter stabilen Rahmenbedingungen ein beträchtliches Wachstumspotenzial aufweist. So könnte der *zahnärztliche Leistungsbereich* (Gesamtheit der Zahnarztpraxen im ambulanten Bereich; ohne Praxislabore) im Jahr 2030 laut Basisszenario bereits 18,03 Mrd. Euro umsetzen (Tabelle 3-2-19). Dies entspricht einer Steigerung um 3,08 Mrd. Euro bzw. 21 Prozent gegenüber dem Jahr 2010.

Allerdings lassen sich gleichzeitig deutliche Strukturverschiebungen zwischen einzelnen Marktsegmenten erkennen. Während die Umsätze im *zahnerhaltenden* Leistungsbereich bis 2030 um 26 Prozent überproportional steigen, zeigen sich im *zahnersetzenden* Leistungsbereich (Prothetik) bis 2030 eher rückläufige Umsätze (minus 8 Prozent). Trotz der insgesamt abnehmenden Umsätze im zahnersetzenden Leistungsbereich nehmen die Umsätze im *Zweiten Gesundheitsmarkt* gleichwohl um etwa 30 Prozent zu. Die prognostizierten Umsätze variieren sehr deutlich in Abhängigkeit vom jeweiligen Szenario, wobei die Einkommensabhängigkeit des Zweiten Gesundheitsmarktes erwartungsgemäß besonders ausgeprägt ist.

Tabelle 3-2-19: Prognostizierte Entwicklung des Umsatzvolumens im zahnärztlichen Leistungsbereich (in Mio. Euro)						
	Unteres Szenario: Einkommenswachstum 1 %		Basisszenario: Einkommenswachstum 1,96 %		Oberes Szenario: Einkommenswachstum 3 %	
	2010	2030	2010	2030	2010	2030
Zahnerhaltender Leistungsbereich	9.935,23	10.862,95	10.001,73	12.641,98	10.073,78	14.987,36
davon 2. MGM	2.444,06	3.758,58	2.460,43	4.374,13	2.478,15	5.185,63
Zahnersetzender Leistungsbereich	3.075,80	2.612,84	3.084,73	2.851,87	3.094,41	3.167,01
davon 2. MGM	759,65	904,04	758,84	986,75	761,23	1.095,78
Sonstiger Leistungsbereich	1.833,31	1.895,87	1.857,30	2.537,67	1.883,29	3.383,78
davon 2. MGM	451,00	655,97	456,90	878,03	463,29	1.170,78
Gesamt	14.844,34	15.371,66	14.943,77	18.031,53	15.051,48	21.538,14
davon 2. MGM	3.654,71	5.318,59	3.676,17	6.238,91	3.702,67	7.452,19
MGM = Mundgesundheitsmarkt			Quelle: Klingenberger et al., 2012			

Im *zahntechnischen* Leistungsbereich, dessen Umsätze mittelbar von der manifesten Nachfrage im zahnärztlichen Leistungsbereich abhängen, kann laut Prognosemodell davon ausgegangen werden, dass der Umsatz bis 2030 auf über 6,8 Mrd. Euro steigen wird (Tabelle 3-2-20). Dies entspricht einer Steigerung um 566 Mio. Euro bzw. 9 Prozent gegenüber dem Jahr 2010. Dabei wird das Umsatzplus vollständig vom Zweiten Gesundheitsmarkt getragen, während die Umsätze des Ersten Mundgesundheitsmarktes tendenziell (zumindest im Basisszenario sowie im unteren Szenario) rückläufig sind.

Tabelle 3-2-20: Prognostizierte Entwicklung des Umsatzvolumens im zahntechnischen Leistungsbereich (in Mio. Euro)						
	Unteres Szenario: Einkommenswachstum 1 %		Basisszenario: Einkommenswachstum 1,96 %		Oberes Szenario: Einkommenswachstum 3 %	
	2010	2030	2010	2030	2010	2030
Gesamt	6.213,91	5.707,09	6.255,59	6.822,04	6.300,74	8.291,93
davon 2. MGM	1.528,62	1.974,66	1.538,87	2.360,42	1.549,95	2.869,00
MGM = Mundgesundheitsmarkt			Quelle: Klingenberger et al., 2012			

Nimmt man die in den Tabellen 3-2-19 und 3-2-20 prognostizierten Umsatzentwicklungen zusammen und berücksichtigt zusätzlich prognostisch den Dentalhandel, dessen Umsätze vollumfänglich dem Zweiten Mundgesundheitsmarkt zuzurechnen sind, so lässt sich der Gesamtumsatz der Mundgesundheitswirtschaft bis zum Jahr 2030 abschätzen (Abbildung 3-2-35).

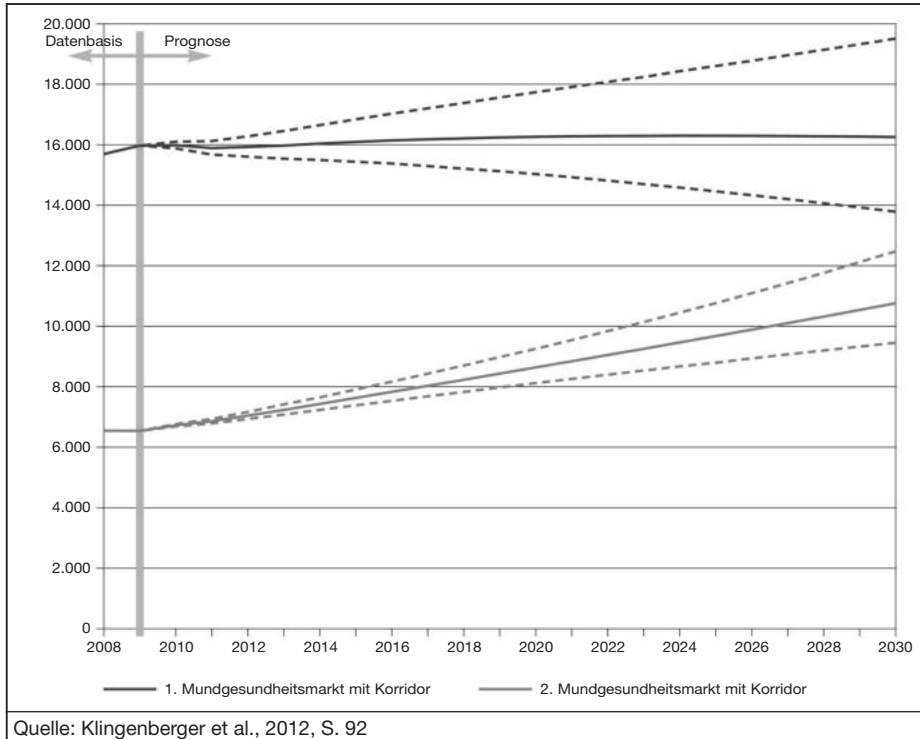


Abbildung 3-2-35: Prognostizierte Umsatzentwicklung des Ersten und Zweiten Mundgesundheitsmarktes (in Mio. Euro) in Abhängigkeit von der Einkommensentwicklung (2010–2030)

Demgegenüber ist der Wachstumsbeitrag des Ersten Mundgesundheitsmarktes vergleichsweise marginal. Hier steigen die Umsätze von 15,98 Mrd. Euro (2010) auf 16,25 Mrd. Euro (2030), also innerhalb von 2 Jahrzehnten um lediglich 270 Mio. Euro bzw. knapp 1,7 Prozent.

Das bedeutet, dass rund 94 Prozent des gesamten Umsatzplus vom Zweiten Mundgesundheitsmarkt generiert werden, während der Erste Mundgesundheitsmarkt lediglich einen Anteil von 6 Prozent am gesamten Umsatzwachstum beiträgt. Dieser Befund unterstreicht die enorm wichtige und weiter zunehmende Bedeutung privater Finanzierungsformen in der Mundgesundheitswirtschaft.

Im Fazit lassen die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Trendanalyse den Schluss zu, dass die deutsche Mundgesundheitswirtschaft unter stabilen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen bis 2030 voraussichtlich weiter expandieren wird. Deutlich wurde jedoch auch, dass nicht alle Marktsegmente im gleichen Maße an diesem Umsatzwachstum teilhaben werden, sondern sich vor allem auf den Zweiten Mundgesundheitsmarkt konzentrieren werden. Die

demographische Alterung der Gesellschaft sowie die verstärkten Präventionsanstrengungen der Zahnmedizin bedingen eine Verschiebung der oralen Morbiditätsstrukturen, die sich entsprechend in den wirtschaftlichen Rahmendaten der einzelnen Marktsegmente widerspiegeln.

3.2.4 Panelstudie AVE-Z (Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren zahnärztlicher Existenzgründungen): Empirische Erkenntnisse zum Gründungserfolg

Während die Forschung zum Gründungsunternehmen auf die Anfangs- oder Startphase der zahnärztlichen Niederlassung fokussiert, müssen zur Analyse des Gründungserfolges generell längere Zeiträume betrachtet werden. Die Panelstudie AVE-Z (Abschnitt 3.1.4) knüpft hier an, indem sie die Verlaufsmuster der betrieblichen Konsolidierung und Expansion im Anschluss an die Startphase nachzeichnet (Abbildung 3-2-36) und die zugrunde liegenden Erfolgsfaktoren identifiziert.

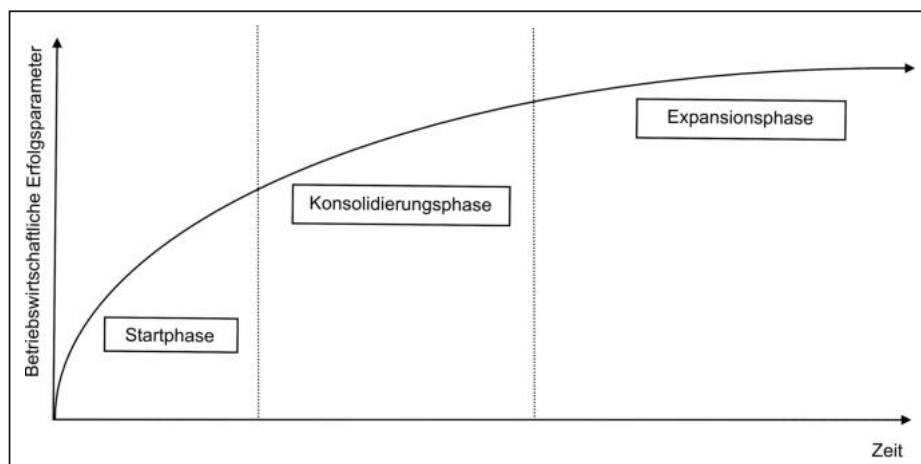


Abbildung 3-2-36: Phasen der regulären Praxisentwicklung

3.2.4.1 Überlebenswahrscheinlichkeit zahnärztlicher Praxen

Als ein erster, zentraler Erfolgsindikator wird in der betriebswirtschaftlichen Fachliteratur die „Überlebenswahrscheinlichkeit“ genannt, also die Wahrscheinlichkeit, auf dem Markt auch über einen längeren Zeitraum hinweg bestehen zu können. Wie aus Abbildung 3-2-37 ersichtlich, ist sowohl in der Gesamtwirtschaft als auch in der Mundgesundheitswirtschaft über die letzten 6 Jahre das Insolvenzrisiko gesunken. Dabei ist das Insolvenzrisiko für zahnärztliche Praxisinhaber im Vergleich zur Gesamtwirtschaft etwa um den Faktor 5-7 kleiner. Im Jahr 2017 waren insgesamt 44 Insolvenzen von Zahnarztpraxen zu verzeichnen, also gemessen am Gesamtbestand etwa

1 Insolvenz je 1.000 Zahnarztpraxen. Die durchschnittliche Forderung je Insolvenz bewegte sich im Durchschnitt der letzten 6 Jahre jeweils zwischen 500.000 und 700.000 Euro (Destatis, 2018f).

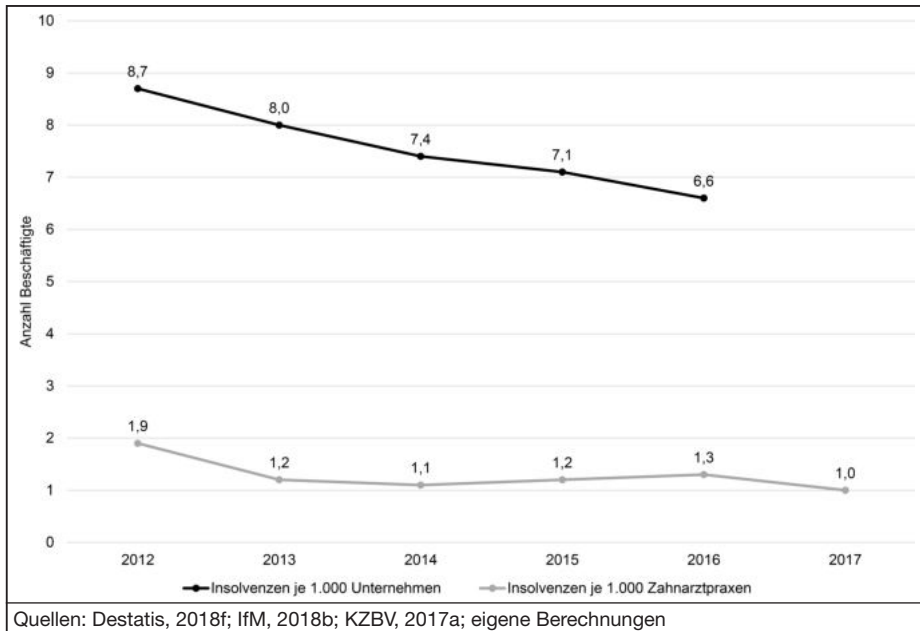


Abbildung 3-2-37: Vergleich der Insolvenzquoten von Gesamtwirtschaft und Mundgesundheitswirtschaft

Die Zahlen weisen das reine Insolvenzrisiko der zahnärztlichen Praxisinhaber aus und enthalten insofern also keine weiteren Informationen über diejenigen Fälle, in denen sich der Praxisinhaber aus wirtschaftlichen Gründen zur Beendigung der Praxistätigkeit entschließt, bevor es zu einer Unternehmensinsolvenz kommt. Eine solche „Dunkelziffer“ wird allerdings auch in der Gesamtwirtschaft zu veranschlagen sein, sodass es im Fazit dabei bleibt, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit einer Zahnarztpraxis vergleichsweise hoch ist und konkret etwa 99 Prozent betragen dürfte.

3.2.4.2 Beschäftigungsentwicklung in jungen Zahnarztpraxen

Bei der Bewertung weiterer Erfolgsparameter von „jungen“ Zahnarztpraxen ist es sinnvoll, sich im Rahmen eines *Benchmarking* (Steuer, 2009) an bereits etablierten Praxen, im Weiteren als „Bestandspraxen“ bezeichnet, zu orientieren. Der Erfolg der neu gegründeten bzw. übernommenen Praxen wäre dann daran zu bemessen, inwieweit im Laufe eines *betriebswirtschaftlichen Aufholprozesses* in angemessener Zeit das Niveau etablierter Praxen erreicht oder übertroffen werden konnte.

Neben der Überlebenswahrscheinlichkeit wird die *Veränderung der Zahl der Beschäftigten* als ein weiterer Erfolgsparameter angesehen. Während der Konsolidierungs- und Expansionsphase wird mit steigenden Praxisumsätzen in der Regel auch die Beschäftigung zunehmen. Ein Beschäftigungsrückgang kann insofern als Hinweis auf betriebswirtschaftliche Probleme im Zuge der Praxisentwicklung gedeutet werden.

Aus dem Datensatz des AVE-Z-Panels kann die Beschäftigungsentwicklung von jungen zahnärztlichen Praxen über den Zeitraum von 7 Jahren nachvollzogen werden (Zeitraum 1999 bis 2006; Personalbestand jeweils zum 1. Oktober des Jahres *inklusive Praxisinhaber*). Zum Vergleich wurde die durchschnittliche Zahl der Beschäftigten (inklusive des Praxisinhabers) aller Zahnarztpraxen („Bestandspraxen“) im gleichen Zeitraum einbezogen (Abbildung 3-2-38).

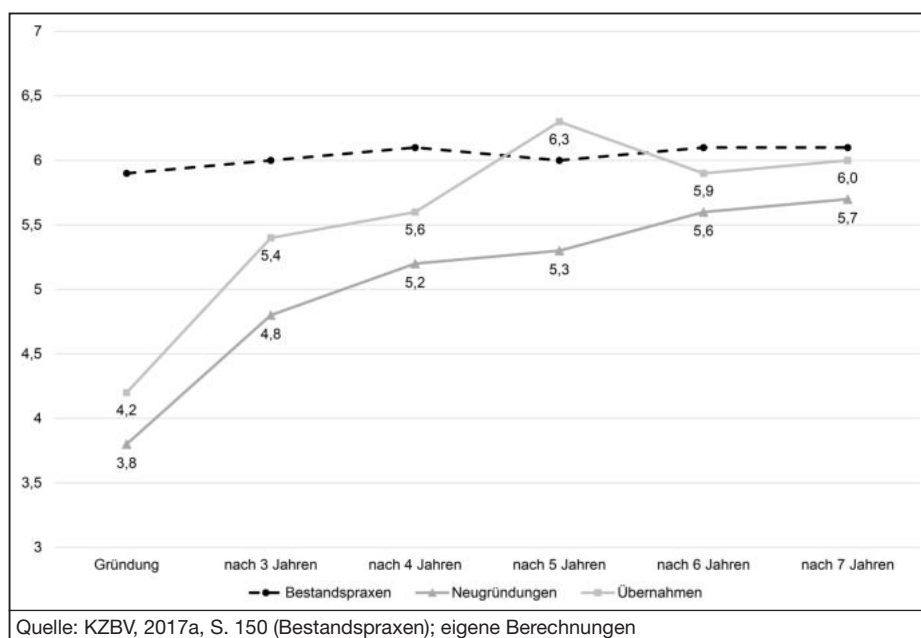


Abbildung 3-2-38: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in Zahnarztpraxen (inkl. Praxisinhaber) nach Gründungsform (in Vollzeitäquivalenten)

Es wird deutlich, dass 1. zahnärztliche Existenzgründer insbesondere in der Konsolidierungsphase die Anzahl der Praxismitarbeiter generell erhöhen und 2. die Personalstärke bei Praxisübernahmen gegenüber reinen Neugründungen vergleichsweise höher liegt. Gut erkennbar ist die sukzessive Annäherung der Personalstärke an den Durchschnitt der Bestandspraxen. Bei den Praxisübernahmen ist ein kurzzeitiger Beschäftigungsrückgang im 6. Jahr (1. Oktober 2004 bis 30. September 2005) erkennbar, nicht jedoch bei den Praxisneugründungen. Die Praxisneugründungen

kamen also vergleichsweise besser mit den systembedingten Umsatzausfällen beim Übergang vom alten System der prozentualen Bezuschussung zum neuen System der befundbezogenen Festzuschüsse im Jahr 2005 zu recht (Klingenberger und Micheelis, 2005).

Bei den *Praxisneugründungen* resultierte der Beschäftigungszuwachs in erster Linie aus weiteren Personaleinstellungen von zahnmedizinischen Auszubildenden, aber auch von zahnmedizinischen Fachhelferinnen und Fachangestellten sowie sonstigem Personal (Tabelle 3-2-21).

Tabelle 3-2-21: Beschäftigungsentwicklung von neugegründeten Zahnarztpraxen in der Konsolidierungs- und Expansionsphase (in Vollzeitäquivalenten)						
	Gründung	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr
Zahnarzt/Zahnärztin	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
Zahntechniker/-in	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Dental-Hygieniker/-in	0,0	<0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Zahnmed. Fachhelfer/-in	0,3	0,4	0,3	0,4	0,6	0,6
Zahnmed. Prophylaxehelfer/-in	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,4
Zahnmed. Verwaltungshelfer/-in	<0,1	<0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Zahnmed. Fachangestellte(r)	1,1	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
Zahnmed. Auszubildende(r)	0,4	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8
Unentgeltlich tätige Familienangehörige	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Sonstiges Personal (Bürohilfe, Raumpflege)	0,4	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7

Bei den *übernommenen Praxen* resultierte das Beschäftigungswachstum in erster Linie aus der Einstellung von zahnmedizinischen Prophylaxehelferinnen, aber auch von zahnmedizinischen Auszubildenden sowie sonstigem Personal (Tabelle 3-2-22).

Das Personalmanagement sollte vor allem in den ersten Jahren einen zentralen Stellenwert bei der Praxisentwicklung einnehmen. Auswertungen des AVE-Z-Praxispanels zeigen, dass eine hohe Personalfuktuation die Umsatzentwicklung der Praxis merklich beeinträchtigen kann; der entgangene Umsatz wurde auf etwa 63.000 Euro geschätzt (Klingenberger und Becker, 2007). Hinzu kommen die Rekrutierungskosten für neues Personal, Einarbeitungskosten und oft unterschätzte Opportunitätskosten wie beispielsweise der Know-how-Verlust und Auswirkungen auf die Patientenbindung (Mentel, 2016).

Tabelle 3-2-22: Beschäftigungsentwicklung von übernommenen Zahnarztpraxen in der Konsolidierungs- und Expansionsphase (in Vollzeitäquivalenten)

	Gründung	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr	7. Jahr
Zahnarzt/Zahnärztin	1,1	1,1	1,3	1,5	1,2	1,2
Zahntechniker/-in	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Dental-Hygieniker/-in	<0,1	0,1	<0,1	0,1	0,1	0,1
Zahnmed. Fachhelfer/-in	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Zahnmed. Prophylaxehelfer/-in	0,1	0,4	0,4	0,6	0,5	0,6
Zahnmed. Verwaltungshelfer/-in	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
Zahnmed. Fachangestellte(r)	1,3	1,3	1,3	1,3	1,5	1,5
Zahnmed. Auszubildende(r)	0,4	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7
Unentgeltlich tätige Familienangehörige	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Sonstiges Personal (Bürohilfe, Raumpflege)	0,5	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8

3.2.4.3 Umsatzentwicklung in jungen Zahnarztpraxen

Als bedeutsamste betriebswirtschaftliche Erfolgsgröße wird üblicherweise die *Umsatzentwicklung* genannt – und daraus abgeleitet die *Betriebsausgaben* sowie der sich rechnerisch ergebende *Saldo aus den Einnahmen und den Ausgaben*.

Bei der Interpretation des Einnahmen- und Ausgabensaldos ist zu berücksichtigen, dass die hier vorgenommene Erfolgsbetrachtung insofern über eine reine Gewinnberechnung hinausgeht, als auf der Ausgabenseite Finanzierungskosten (Kreditzinsen) und Abschreibungen auf die Investitionen miteinbezogen wurden. Der verwendete Erfolgsbegriff enthält somit einen starken Rentabilitätsaspekt, der die langfristige Finanzierbarkeit der Re-Investitionen im Auge behält.

Analog zum Beschäftigungsaufbau in jungen Zahnarztpraxen lässt sich auch die Umsatzentwicklung als eine Annäherung an die durchschnittlichen Umsätze von bereits etablierten Praxen darstellen.

Aktuelle Auswertungen der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer (apoBank) lassen vermuten, dass sich die Selbstständigkeit möglicherweise schon nach recht kurzer Zeit rechnet. So erzielten Existenzgründer, die sich in 2015 niedergelassen haben, im Folgejahr bereits Praxisumsätze, die 95 Prozent der Durchschnittseinnahmen bzw. 81 Prozent des durchschnittlichen Einnahmenüberschusses aller ausgewerteten Praxen (Bestandspraxen) ausmachten (apoBank, 2018c). Diese Daten differenzieren allerdings nicht weiter nach Gründungsform bzw. anderen Praxiseigenschaften.

Die Auswertung des AVE-Z-Datensatzes (Abschnitt 3.1.4) kommt mit älteren Daten zu differenzierteren Ergebnissen. Über alle Gründungsformen hinweg betrug der Umsatzrückstand in den ersten 2 Jahren der Praxistätigkeit demnach rund 80 Prozent der Umsätze der Bestandspraxen (KZBV, 2017b). Der Angleichungsprozess setzte sich in der Konsolidierungsphase weiter fort; der Umsatzrückstand gegenüber den Bestandspraxen betrug nach 4 Jahren nur noch knapp über 3 Prozent. Nach 6 Jahren war der Rückstand auf nunmehr anderthalb Prozent weiter gesunken (Abbildung 3-2-39).

Differenziert man nun nach *Gründungsform*, so zeigt sich ein anfänglicher Umsatzrückstand der Praxisneugründungen gegenüber den Praxisübernahmen. Nach 2 Jahren Praxistätigkeit wiesen die neugegründeten Praxen im Schnitt Umsätze in Höhe von 65 Prozent der Bestandspraxen auf (KZBV, 2017b). In der Konsolidierungsphase war dann aber eine kräftige Umsatzsteigerung zu erkennen und die Umsätze lagen nach 4 Jahren Praxistätigkeit nur noch knapp 7 Prozent unter den Umsätzen der etablierten Praxen. Nach 6 Jahren hatte sich der Unterschied weiter reduziert: Die Umsätze der neugegründeten Praxen lagen nur noch etwa 5 Prozent unterhalb der Umsätze der Bestandspraxen. Das Umsatzwachstum über den Zeitraum von 4 Jahren lag bei 41 Prozent und die rechnerische Umsatzsteigerung pro Jahr betrug knapp 9 Prozent.

Die Umsätze der übernommenen Praxen lagen im direkten Vergleich etwas höher, was mit dem teilweise vom Vorgänger übernommenen Patientenbestand erklärt werden kann. Im Zuge der Praxisübernahme hatten die Käufer im Schnitt 70.000 Euro für den ideellen Wert der Praxis (= kapitalisierter Wert der Patientenbindung) gezahlt. Nach 2 Jahren Praxistätigkeit lagen die Umsätze noch etwa 10 Prozent unterhalb der Gesamteinnahmen der Bestandspraxen (KZBV, 2017b). In der Konsolidierungsphase lagen die Umsätze sogar um knapp 5 Prozent über dem Niveau der Bestandspraxen im gleichen Jahr (2003). Nach 6 Jahren Praxistätigkeit lagen die übernommenen Praxen schließlich exakt auf dem Umsatzniveau der Bestandspraxen. Das Umsatzwachstum über den Zeitraum von 4 Jahren lag bei 7,5 Prozent und die rechnerische Umsatzsteigerung pro Jahr betrug etwa 1,8 Prozent.

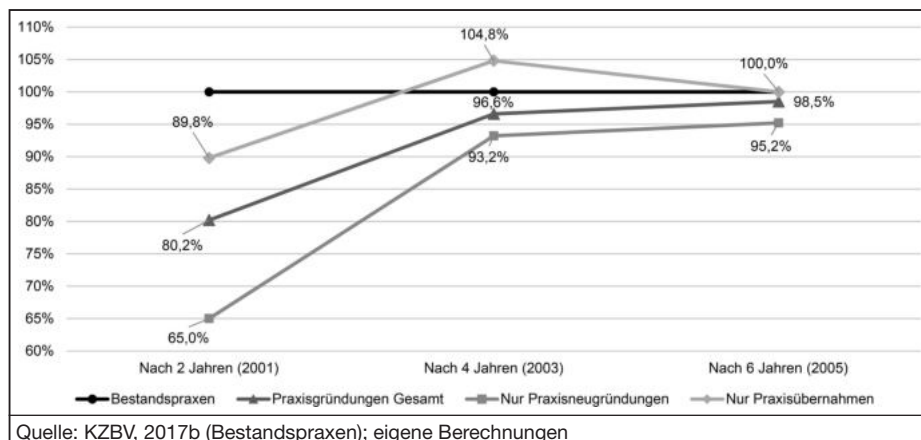


Abbildung 3-2-39: Existenzgründungen nach Gründungsform – Entwicklung der Gesamteinnahmen nach dem 2., 4. und 6. Praxisjahr, jeweils als Anteil der Gesamteinnahmen der Bestandspraxen

Der Vergleich der Umsatzentwicklung nach Gründungsform verdeutlicht, dass die Praxisneugründungen zwar von einem deutlich geringeren Umsatzniveau starten, in der Folge dann aber wesentlich dynamischer wachsen als übernommene Praxen. Die Daten des AVE-Z-Panels zeigen des Weiteren, dass die zahnärztlichen Existenzgründer in der Startphase keine zu hohen Umsatzerwartungen hegen und erst im Verlaufe der Konsolidierungsphase mit stabilen Umsätzen rechnen sollten. Die von den Banken im Rahmen der Gründungsfinanzierung bereitgestellte Kreditlinie (der Betriebsmittelkredit) zur Überbrückung etwaiger finanzieller Liquiditätsgänge in der Startphase sollte vor diesem Hintergrund nicht zu knapp bemessen sein (Binsch et al., 2009).

3.2.4.4 Die Entscheidung zur Ausweisung von Arbeitsschwerpunkten

Neben der Entscheidung des zahnärztlichen Existenzgründers für eine bestimmte Gründungsform (Neugründung versus Übernahme) wird der betriebswirtschaftliche Entwicklungspfad durch eine weitere Entscheidung des Praxisgründers beeinflusst, nämlich durch die Entscheidung für oder gegen die Ausweisung von Arbeitsschwerpunkten. Die Ausweisung von Arbeitsschwerpunkten sollte immer im Zusammenhang mit einem strategischen Praxismarketing erfolgen und die regionalen Besonderheiten, sozioökonomischen Standortbedingungen und die erreichbare Patientenklientel vor Ort im Blick haben.

3 von 4 Praxen, das gilt für Neugründungen wie Übernahmen gleichermaßen, weisen mindestens einen Arbeitsschwerpunkt aus. Aus Abbildung 3-2-40 wird deutlich, dass laut AVE-Z-Praxispanel die Ausweisung von Arbeitsschwerpunkten in der Regel mit vergleichsweise höheren Umsätzen

einhergeht. Nach 2 Jahren Praxistätigkeit lagen die Gesamteinnahmen etwa 9 Prozent unter dem Durchschnittsumsatz der Bestandspraxen im gleichen Zeitraum (KZBV, 2017b). Nach 4 Jahren wurde der Durchschnittsumsatz der etablierten Praxen bereits übertroffen.

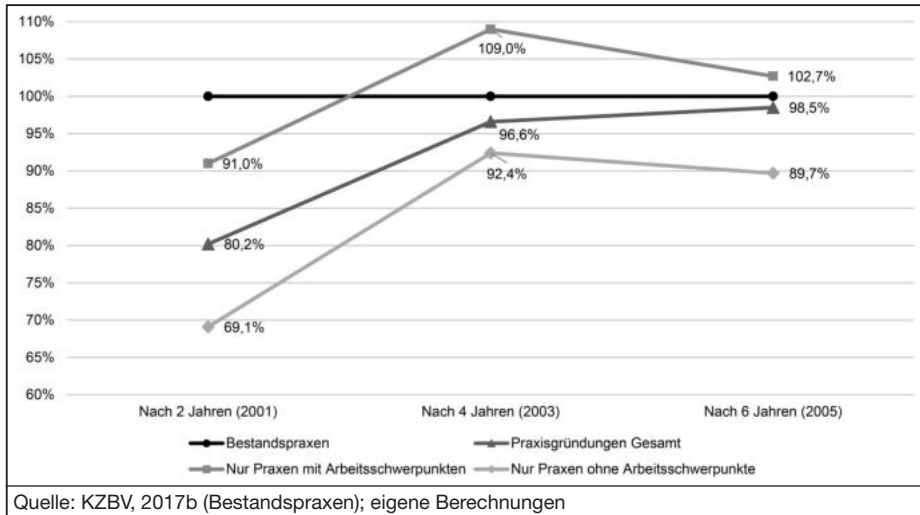


Abbildung 3-2-40: Existenzgründungen mit und ohne Arbeitsschwerpunkt – Entwicklung der Gesamteinnahmen nach dem 2., 4. und 6. Praxisjahr, jeweils als Anteil der Gesamteinnahmen der Bestandspraxen

Die Praxen ohne ausgewiesene Arbeitsschwerpunkte waren demgegenüber deutlich umsatzschwächer und lagen mit den Gesamteinnahmen nach 2 Jahren Praxistätigkeit noch etwa 31 Prozent unter den Durchschnittsumsätzen der Bestandspraxen. Auch wenn die Umsätze in der Konsolidierungsphase deutlich anzogen, blieb nach 4 Jahren Praxistätigkeit immer noch ein Rückstand von 8 Prozent gegenüber den etablierten Praxen bestehen (KZBV, 2017b).

Die Konzentration auf bestimmte Arbeitsschwerpunkte war im Schnitt lediglich mit einem Mehraufwand in Höhe von etwa 5.000 Euro verbunden. Die Ausweisung von Arbeitsschwerpunkten hat nicht notwendigerweise ein Mehr an medizinisch-technischen Geräten zur Folge, sondern führt unter Umständen von vornherein zu einem anderen Instrumentenmix, verbunden mit einer höheren Geräteauslastung.

3.2.4.5 Die Bedeutung des Kostenmanagements

Vor dem Hintergrund der in den ersten 2 Jahren noch merklich geringeren Umsätze kommt einem möglichst effizienten *Kostenmanagement* in der Anfangszeit große Bedeutung zu. Da die Betriebsausgaben teils variabel mit dem Umsatz steigen (etwa Ausgaben für Fremd- und Praxislabor), teils aber auch fix, d. h. unabhängig vom Umsatz anfallen (z. B. die Raumkosten sowie der Großteil der Personalkosten), ist der Anteil der Betriebsausgaben an den Gesamteinnahmen in der (umsatzschwachen) Startphase üblicherweise erhöht. So war der Betriebsausgabenanteil in der Praxen-Stichprobe von AVE-Z gegenüber den Bestandspraxen noch um 8,6 Prozentpunkte erhöht, während sich die Differenz in der Konsolidierungsphase bereits auf 0,9 Prozentpunkte reduzierte (Abbildung 3-2-41).

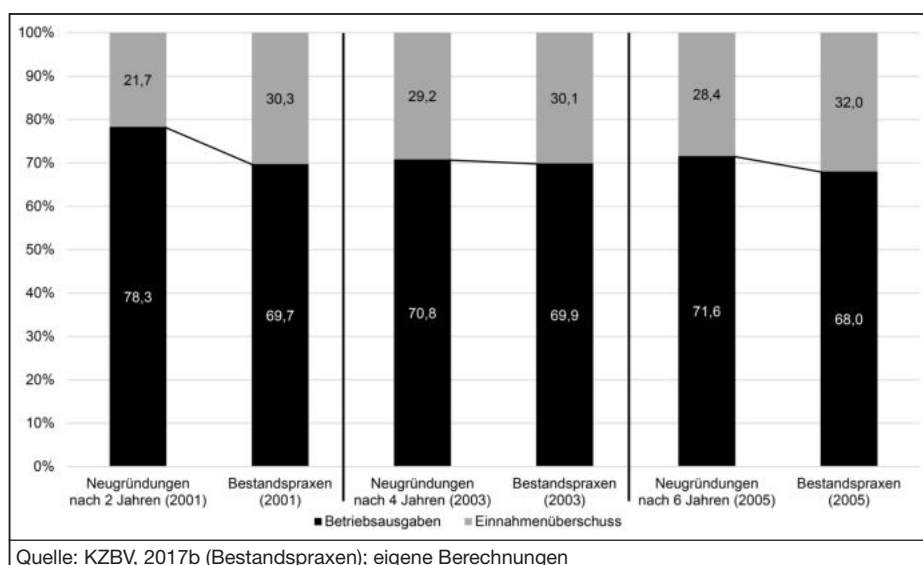


Abbildung 3-2-41: Aufteilung der Gesamteinnahmen – Vergleich von Existenzgründungen und Bestandspraxen

In den ersten Jahren der Niederlassung wird der Fixkostenblock einen relativ großen Anteil an den Gesamteinnahmen ausmachen und den Einnahmenüberschuss begrenzen. Die Personal- und Raumkosten einer zahnärztlichen Existenzgründung machten in der Startphase 33,9 Prozent der gesamten Betriebsausgaben aus (Tabelle 3-2-23), der Anteil an den Gesamteinnahmen lag bei 30,8 Prozent. Bei den Bestandspraxen lag der korrespondierende Anteil der beiden Ausgabenpositionen an den gesamten Betriebsausgaben zwar höher, nämlich bei 40,8 Prozent, der Anteil an den Gesamteinnahmen war aber mit 25,9 Prozent deutlich geringer.

Tabelle 3-2-23: Struktur der Betriebsausgaben je Praxis – Vergleich von Existenzgründungen und Bestandspraxen				
	Existenzgründungen			Bestandspraxen
	Startphase (1. Welle 2001)	Konsolidierungsphase (2. Welle 2003)	Expansionsphase (3. Welle 2005)	Kostenstruktur- erhebung der KZBV (2005)
	%	%	%	%
Personalkosten (inklusive Sozialleistungen)	25,9	26,3	29,9	33,5
Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien	32,2	33,2	28,3	27,1
Materialkosten für Praxis und Labor	8,9	8,8	9,7	9,1
Raumkosten	8,0	7,2	8,0	7,3
Zinsen für Praxisdarlehen	4,9	4,6	5,1	3,4
Abschreibungen	8,9	10,7	8,0	5,7
Übrige Betriebsausgaben	11,2	9,2	11,0	13,9
Gesamtbetrag der Betriebsausgaben	100,0	100,0	100,0	100,0
Quelle: KZBV, 2017b (Bestandspraxen); eigene Berechnungen				

Für junge Praxen ist aufgrund der Fixkostenproblematik ein konsequentes Kostenmanagement besonders wichtig und sollte bereits bei der Existenzgründung selbst handlungsleitend sein. Dies bezieht sich insbesondere auf den Umfang der in der Startphase getätigten Investitionen. Berechnungen zum *Return on Investment* sollten auf den erforderlichen Mindestumsatz abstellen (Binsch et al., 2009) und nicht einen mittelfristig erhofften Durchschnittsumsatz als Basis nehmen. Kostspielige Investitionen in medizinisch-technische Geräte könnten beispielsweise in Zweifelsfällen zeitlich in die Expansionsphase verschoben werden.

3.2.4.6 Return on Investment

Als eine der wichtigsten finanziellen Kennzahlen gilt der *Return on Investment*, kurz ROI genannt. Die Kennzahlen stellen dar, wie eingesetztes Kapital während der Lebensdauer der Praxis verzinst wird. Damit wird dem Praxisgründer zumindest ein grober Vergleich mit anderen Kapitalanlageformen (Immobilienwerb, Aktien, Sparbriefe, Fondanteile etc.) möglich.

Um als Existenzgründer abschätzen zu können, wie hoch der nachhaltige Praxisgewinn sein sollte, um einen bestimmten Investitionsbetrag refinanzieren zu können oder umgekehrt, wie hoch die Praxisinvestitionen bei

einem angestrebten konkreten Praxisgewinn sein sollten, ist der Return on Investment eine unentbehrliche Kennzahl. Mit Hilfe des ROI kann entweder die Rendite auf das eingesetzte Eigen- und Fremdkapital berechnet werden oder aber die *Amortisationsdauer* bestimmt werden, d. h. der Zeitraum, der benötigt wird, bis die Investitionen durch die Gewinne aus der Praxistätigkeit wieder hereingeholt worden sind.

Um die Arbeitsleistung des Praxisinhabers auf der einen Seite und seinen Kapitaleinsatz auf der anderen Seite analytisch sauber zu trennen, wird von dem (erwarteten oder realisierten) Einnahmenüberschuss zunächst ein kalkulatorischer Zahnarztlohn abgezogen (BÄK/KBV, 2008; Schmid-Domin, 2009; Sander und Müller, 2012; Frielingsdorf, 2017). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Praxisinhaber seine Arbeitskraft mit der Entscheidung zur freiberuflichen Niederlassung nun nicht mehr anderweitig verwerten kann, z. B. als angestellter Zahnarzt (Prinzip der Opportunitätskosten): „Der kalkulatorische Arztlohn stellt einen Kostenbestandteil der Praxis für entgangene Vergütung hinsichtlich der Verwertung persönlicher Arbeitsleistung außerhalb der eigenen Praxis dar“ (Schmid-Domin, 2009). Der verbliebene Betrag stellt den nachhaltigen Praxisgewinn dar.

In Tabelle 3-2-24 wird die Amortisationsdauer von Praxisinvestitionen in Abhängigkeit vom nachhaltigen Praxisgewinn dargestellt. Die Matrix geht von fiktiven Werten aus, die verdeutlichen sollen, wie sich die Amortisationszeiträume nach Maßgabe von Investitionsvolumina und nachhaltigem Praxisgewinn verändern.

Die Amortisationsdauer streut von 0,7 Jahren bis zu mehr als 50 Jahren. Die steuerrechtliche Abschreibung auf Anlagegüter in Zahnarztpraxen umfasst einen Zeitraum zwischen 3 Jahren (PC) und 15 Jahren (Mikroskope, Mobiliar). Der Modellrechnung liegt eine angenommene durchschnittliche Nutzungsdauer von 10 Jahren zugrunde. Es wird ein Zins von 5 Prozent angenommen, d. h. es handelt sich um eine *dynamische Amortisationsrechnung* (in Abgrenzung zur statischen zinslosen Amortisationsrechnung).

Die Werte in der rechten oberen Ecke der Matrix sind am niedrigsten (Kombination von niedrigen Investitionen und höheren Praxisgewinnen), in der linken unteren Ecke hingegen am höchsten (Kombination von hohen Investitionen und geringen Praxisgewinnen). Der Amortisationszeitraum sollte die maximale Länge eines Investitionszyklus (in der Regel etwa 15 Jahre) auf keinen Fall überschreiten, da die Investitionen sonst nicht wieder vollständig bis zum Ende der Nutzungsdauer refinanziert sind. In der Matrix sind solche Konstellationen mit hohen Amortisationszeiträumen dunkelgrau unterlegt.

		Tabelle 3-2-24: Dynamische Amortisation von Investitionen im Rahmen der Niederlassung – Amortisationsdauer in Jahren															
		Bei einem nachhaltigen Praxisgewinn von ...															
Bei einem Investitionsvolumen von ..		20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	70.000	80.000	90.000	100.000	110.000	120.000	130.000	140.000	150.000		
		Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	
100.000 Euro		5,9	3,7	2,7	2,2	1,8	1,5	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7	0,7		
150.000 Euro		9,6	5,9	4,3	3,3	2,7	2,3	2,0	1,8	1,6	1,4	1,3	1,2	1,1	1,1		
200.000 Euro		14,2	8,3	5,9	4,6	3,7	3,2	2,7	2,4	2,2	2,0	1,8	1,6	1,5	1,4		
250.000 Euro		20,1	11,0	7,7	5,9	4,8	4,0	3,5	3,1	2,7	2,5	2,3	2,1	1,9	1,8		
300.000 Euro		28,4	14,2	9,6	7,3	5,9	4,9	4,3	3,7	3,3	3,0	2,7	2,5	2,3	2,2		
350.000 Euro		42,6	17,9	11,8	8,8	7,1	5,9	5,1	4,4	3,9	3,6	3,2	3,0	2,7	2,5		
400.000 Euro		n. b.	22,5	14,2	10,5	8,3	6,9	5,9	5,2	4,6	4,1	3,7	3,4	3,2	2,9		
450.000 Euro		n. b.	28,4	16,9	12,3	9,6	7,9	6,8	5,9	5,2	4,7	4,3	3,9	3,6	3,3		
500.000 Euro		n. b.	36,7	20,1	14,2	11,0	9,1	7,7	6,7	5,9	5,3	4,8	4,4	4,0	3,7		
550.000 Euro		n. b.	50,9	23,8	16,4	12,6	10,2	8,6	7,5	6,6	5,9	5,3	4,9	4,5	4,2		
600.000 Euro		n. b.	n. b.	28,4	18,8	14,2	11,5	9,6	8,3	7,3	6,5	5,9	5,4	4,9	4,6		
650.000 Euro		n. b.	n. b.	34,3	21,5	16,0	12,8	10,7	9,2	8,1	7,2	6,5	5,9	5,4	5,0		
700.000 Euro		n. b.	n. b.	42,6	24,7	17,9	14,2	11,8	10,1	8,8	7,8	7,1	6,4	5,9	5,4		
750.000 Euro		n. b.	n. b.	56,8	28,4	20,1	15,7	13,0	11,0	9,6	8,5	7,7	7,0	6,4	5,9		
800.000 Euro		n. b.	n. b.	n. b.	33,0	22,5	17,4	14,2	12,0	10,5	9,3	8,3	7,5	6,9	6,4		

n. b. = nicht berechnet

3.2.4.7 Subjektive Zufriedenheit mit dem wirtschaftlichen Erfolg

Die Frage des unternehmerischen Erfolges ist nicht allein anhand betriebswirtschaftlicher Kennziffern wie etwa Umsatzgrößen zu beantworten. So wie die Entscheidung des Existenzgründers für einen bestimmten Standort oder für eine Praxisform gleichermaßen auf materiellen wie auf ideellen Motiven beruhen kann, wird der „Erfolg“ als subjektive Kategorie immer auch in Bezug zu den individuellen Zielen des Gründers zu bewerten sein (Lang-von Wins, 2004).

Die Existenzgründer des AVE-Z-Panels wurden nach 4 Jahren Praxistätigkeit gebeten, ihre subjektive Zufriedenheit mit der Einnahmen- und Ausgabensituation ihrer Praxis anhand einer Fünfer-Skala einzuschätzen.

Knapp 55 Prozent der Befragten bewerteten die Einnahmensituation als positiv oder sogar sehr positiv, während etwa 13 Prozent diese als negativ oder sehr negativ beurteilten (Abbildung 3-2-42). Praxisneugründer bewerteten die Einnahmensituation vergleichsweise am besten; hier beurteilen 60 Prozent die Einnahmensituation als positiv oder sehr positiv und lediglich etwa 7 Prozent als negativ.

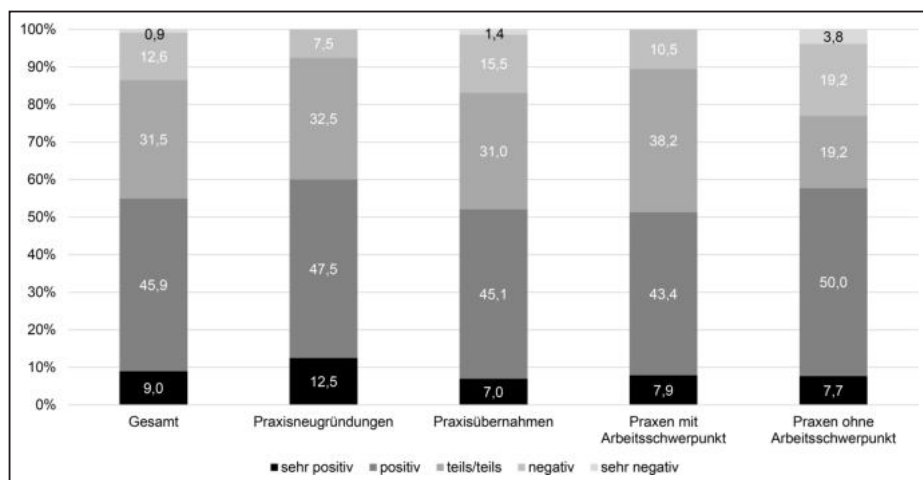


Abbildung 3-2-42: Subjektive Zufriedenheit des Praxisinhabers mit der Einnahmensituation (nach 4 Jahren Praxistätigkeit)

Das in der Startphase geringere Umsatzniveau der neugegründeten Praxen schlägt sich in dieser Beurteilung offenkundig nicht nieder. Entscheidender dürfte die deutlich dynamischere Umsatzentwicklung der neugegründeten Praxen im Vergleich zu den übernommenen Praxen sein (Abschnitt 3.2.4.3), die zu einer positiveren subjektiven Einschätzung führt.

Die Entscheidung zur Ausweisung von Arbeitsschwerpunkten, die sich in der Regel auch betriebswirtschaftlich positiv bemerkbar macht, ging zwar

nicht mit einer erhöhten subjektiven Zufriedenheit mit den Gesamteinnahmen einher, aber doch mit einem deutlich geringeren Anteil negativer Einschätzungen. Während die Inhaber von Praxen ohne Arbeitsschwerpunkt zu 23 Prozent die Einnahmensituation als negativ oder gar sehr negativ bewerteten, betrug der Anteil der negativen Bewertungen bei den Praxisinhabern mit Arbeitsschwerpunkt(en) lediglich etwas über 10 Prozent.

Im direkten Vergleich wurde die Ausgabensituation durchweg deutlich kritischer beurteilt als die Einnahmensituation (Abbildung 3-2-43). Der Befund unterstreicht erneut die Bedeutung eines effizienten Kostenmanagements für die Steigerung des Einnahmenüberschusses. Kein einziger Befragter beurteilte die Ausgabensituation als sehr positiv. Im Durchschnitt bewerteten knapp 19 Prozent der Befragten die Ausgabensituation als positiv, bei den Inhabern von Praxen ohne Arbeitsschwerpunkt waren es lediglich etwa 11 Prozent. Demgegenüber sahen 34 Prozent der Befragten die Ausgabensituation negativ oder sehr negativ. Bei den Praxisneugründern der Anteil mit 30 Prozent etwas niedriger.

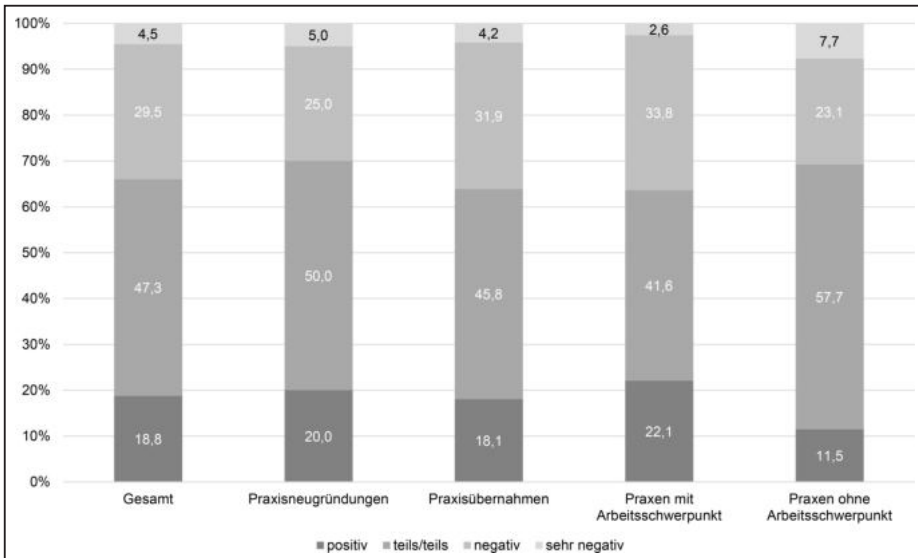


Abbildung 3-2-43: Subjektive Zufriedenheit des Praxisinhabers mit der Ausgabensituation (nach 4 Jahren Praxistätigkeit)

Im Rahmen des AVE-Z-Panels wurden die zahnärztlichen Existenzgründerinnen und -gründer auch nach der generellen Einschätzung der wirtschaftlichen Entwicklung ihrer Praxis gefragt. Zwischen der Startphase (2. Jahr der Praxistätigkeit) und der Expansionsphase (6. Jahr der Praxistätigkeit) blieb das Zufriedenheitsniveau bei etwa 46 Prozent der Befragten stabil. Bei 22 Prozent der Befragten war die Zufriedenheit im Zeitablauf gesunken, bei weiteren 4 Prozent war sie stark gesunken. Demgegenüber war die Zufriedenheit bei 18 Prozent der Befragten gestiegen, bei weiteren

10 Prozent sogar stark gestiegen. Im Durchschnitt war also eine leichte Stimmungsaufhellung im Zeitablauf zu erkennen – bei allerdings weiterhin sehr unterschiedlichem Meinungsbild.

3.2.5 Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren: Empirische Erkenntnisse zum Praxisabgabemarkt

Das natürliche Pendant zur Gründung eines inhabergeführten Unternehmens ist die Aufgabe der beruflichen Selbstständigkeit; im Idealfall durch den Verkauf des Unternehmens an einen Nachfolger, der dafür einen ausgehandelten Übernahmepreis zahlt. Die Möglichkeiten der späteren ökonomischen Verwertung des akkumulierten Praxiswertes sollten bereits bei der Existenzgründung antizipiert werden, d. h. in die langfristige betriebswirtschaftliche Investitionsrechnung und persönliche Lebensplanung mit einfließen.

Während aus Sicht des früheren Praxisinhabers mit der Praxisabgabe zugleich die berufliche Selbstständigkeit aufgegeben wird, ist aus der Perspektive des neuen Praxisinhabers mit der Praxisübernahme der Beginn der beruflichen Selbstständigkeit verbunden. Sofern im Rahmen der Praxisübernahme die Praxisräumlichkeiten inklusive Praxisausstattung sowie das Personal mitübernommen wird, findet lediglich ein Inhaberwechsel statt. Die Praxis an sich bleibt dann bestehen, wird in der Regel aber „umfirmiert“, d. h. es findet ein Namenswechsel statt. Mit dem Inhaberwechsel kann zudem eine Änderung der Praxisform (Abschnitt 3.2.2.1) oder der Rechtsform vorgenommen werden.

Eine Praxisabgabe bzw. Praxisübernahme kann nur gelingen, wenn die beiden „Marktseiten“, Angebot und Nachfrage, zueinanderfinden und dann auch in ihren Wünschen und Vorstellungen zueinanderpassen. Das ist nicht selbstverständlich – Ökonomen sprechen nicht umsonst von einer „double coincidence of wants“ (Jevons, 1875) – und nicht jede angebotene Zahnarztpraxis findet letztlich auch einen übernahmewilligen Interessenten.

3.2.5.1 Praxisabgabemarkt im Umbruch

Der Markt für den Verkauf und Kauf von Zahnarztpraxen befindet sich aktuell in einer Umbruchphase. Seit dem Jahr 2007 ist die Anzahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte rückläufig. Binnen einer Dekade sank die Anzahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Praxisinhaber) um 5.000 bzw. um 9 Prozent (KZBV, 2017a). Parallel nahm die Anzahl der angestellten Zahnärzte um mehr als 10.000 bzw. 162 Prozent spürbar zu (BZÄK, 2017). Auf der einen Seite bedeutet dies, dass die vertragszahnärztliche Versorgung

weiterhin gewährleistet ist – die nachrückenden Zahnärzte kommen in der Patientenversorgung an. Auf der anderen Seite bedeutet dies aber für die Veräußerung von Zahnarztpraxen, dass die Nachfrage nach Praxisübernahmen spürbar rückläufig ist und aus dem bis zum Jahr 2006 erkennbaren Nachfrageüberhang mittlerweile ein Angebotsüberhang geworden ist (Abbildung 3-2-44).

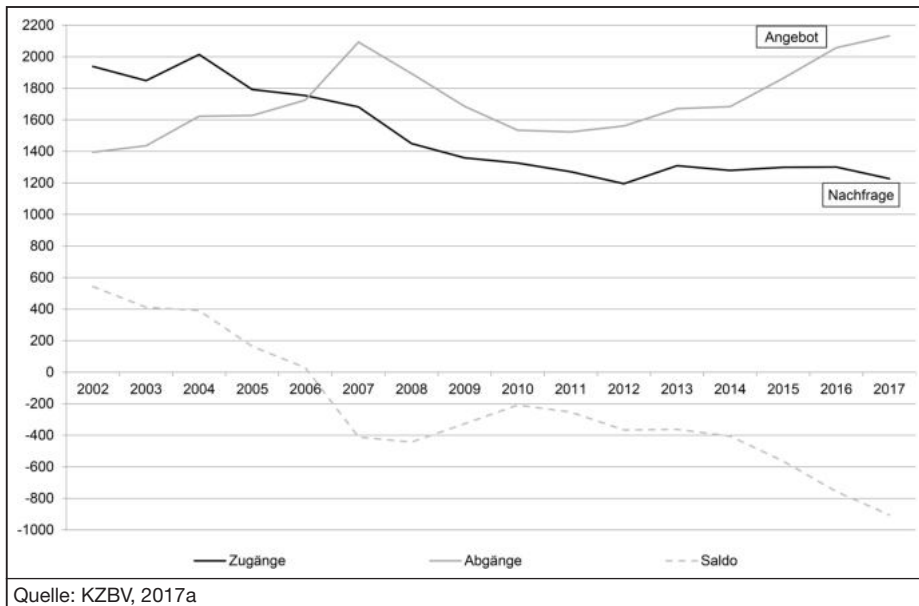


Abbildung 3-2-44: Zugänge zur und Abgänge aus der vertragszahnärztlichen Versorgung

Im Jahre 2017 schieden 2.132 Zahnärzte aus der vertragszahnärztlichen Versorgung aus – lediglich 1.227 Zahnärzte kamen im gleichen Zeitraum dazu (KZBV, 2017a). Die Veräußerung einer Zahnarztpraxis ist unter diesen Rahmenbedingungen deutlich erschwert. In vielen Regionen wird man insofern mittlerweile von einem Käufermarkt sprechen können. Bis 2023 werden mutmaßlich etwa 12.700 Zahnarztpraxen abzugeben sein, das entspricht einem Anteil von 18,8 Prozent der Bestandspraxen (Rebmann Research, 2016).

3.2.5.2 Auswirkungen auf den Übernahmepreis

Aufgrund der skizzierten Entwicklung auf dem Praxisabgabemarkt und der Herausbildung eines Käufermarktes ist – gemäß der mikroökonomischen Preistheorie – zu vermuten, dass der Übernahmepreis im Falle einer Praxisübernahme tendenziell sinken müsste.

Die empirischen Daten aus dem *InvestMonitor* zeigen allerdings, dass die Übernahmepreise (= zu entrichtender Kaufpreis für den materiellen und ideellen Praxiswert) in den letzten Jahren keineswegs unter Druck geraten sind (Abschnitt 3.2.2.9). Der Übernahmepreis von Einzelpraxen stieg im Zeitraum zwischen 2011 und 2016 um 15 Prozent und der Übernahmepreis von Berufsausübungsgemeinschaften stieg im gleichen Zeitraum um 13 Prozent.

Bei der Bewertung der skizzierten Entwicklung ist allerdings zu berücksichtigen, dass in diese Durchschnittswerte jeweils nur die Kaufpreise von *realisierten Praxisübernahmen* einfließen. Die zunehmende Anzahl der Fälle, in denen die Praxis nicht veräußert werden konnte, weil die Kaufpreisverhandlungen zu keiner Einigung führten bzw. weil sich keine potenziellen Praxiserwerber fanden, fließen nicht in den Mittelwert ein. Da in diesen Fällen kein Übernahmepreis realisiert werden konnte, beträgt der Kaufpreis dieser Praxen faktisch Null Euro.

Bezieht man nun das Verhältnis zwischen den Zugängen und den Abgängen aus Abbildung 3-2-44 als Faktor mit in die Berechnung ein, so wird deutlich, dass der solchermaßen berechnete kalkulatorische Kaufpreis im Zeitraum zwischen 2011 und 2016 im Schnitt um etwa 25 Prozent nach unten korrigiert werden müsste.

Für die Gesamtheit der ohne Nachfolge geschlossenen Praxen muss bei Ansatz eines durchschnittlichen kalkulatorischen Übernahmepreises in Höhe von 160.000 Euro überschlägig von einer *Kapitalvernichtung* in Höhe von aktuell etwa 72 Mio. Euro jährlich ausgegangen werden.

3.2.5.3 Sachliche und persönliche Präferenzen der Praxiserwerber

Die Stabilität der Übernahmepreise trotz bestehenden Angebotsüberhangs ist ein starkes Indiz dafür, dass es keinen einheitlichen Praxisabgabemarkt gibt, sondern *regional begrenzte Märkte*, in denen außerdem die sachlichen und persönlichen Präferenzen der Praxiserwerber zum Tragen kommen.

Auf dem Praxisabgabemarkt konkurrieren nicht alle Praxen gegeneinander, sondern lediglich (nach Standort und Praxisausstattung) vergleichbare Praxen. Der Kaufinteressent möchte nicht irgendeine Praxis erwerben, sondern eine Praxis, die seinen Vorstellungen entspricht. Es gibt also sachliche Gründe dafür, als Kaufinteressent bestimmte Praxen zu bevorzugen und anderweitige Angebote – unabhängig vom Kaufpreis – zu ignorieren. Neben diesen *sachlichen Präferenzen* (Vorlieben) können auch *persönliche Präferenzen* für eine bestimmte Praxis sprechen, beispielsweise, weil man den bisherigen Praxisinhaber schon kennt bzw. wertschätzt.

Bei Vorliegen solcher sachlichen oder persönlichen Präferenzen rückt die allgemeine Marktsituation (hier: Käufermarkt) ein Stück weit in den Hintergrund. Dieser Sachverhalt konnte im Sozialkapital-Projekt des IDZ (Abschnitt 3.1.5) nachgewiesen werden. So spielte die Mitbewerbersituation bei den Kaufverhandlungen nur eine untergeordnete Rolle; etwa 15 Prozent der befragten Praxisverkäufer sahen einen gewissen Einfluss der Mitbewerbersituation, während dies 85 Prozent verneinten (Klingenberger und Sander, 2014). Die gegenseitige Sympathie von Praxiskäufer und Praxisverkäufer hatte demgegenüber für 30 Prozent der Praxisverkäufer einen großen Einfluss auf die Kaufpreisverhandlung, für weitere 33 Prozent zumindest einen gewissen Einfluss. Die Bedeutung der Verhandlungsatmosphäre (Binsch et al., 2009; Sander und Müller, 2012) für zielführende Kaufpreisverhandlungen sollte insofern nicht unterschätzt werden.

3.2.5.4 Mismatch: Wenn Angebot und Nachfrage nicht zueinanderpassen

Die sachlichen Präferenzen der Kaufinteressenten haben ambivalente Wirkungen auf den Praxisabgabemarkt. Zum einen wirkt die (subjektiv empfundene) Heterogenität des Angebotes generell einem Preisverfall entgegen. Der Preis ist nicht der einzige Aktionsparameter, primär sind vielmehr zentrale Praxiseigenschaften von Interesse. Zum anderen führen die sachlichen Vorlieben der Kaufinteressenten aber auch dazu, dass ein Teil der angebotenen Praxen gar nicht nachgefragt wird, d. h. im Grunde nicht (mehr) *marktfähig* ist.

In den Fällen, in denen die Vorlieben des Nachfragers und das auf dem Markt befindliche Angebot nicht zueinanderpassen, spricht man von *Mismatch*. Um die Gefahr einer solchen Inkongruenz von Angebot und Nachfrage zu reduzieren, sollte der Verkauf einer Praxis perspektivisch bereits einige Jahre vor dem angestrebten Abgabedatum vorbereitet werden.

Der Abgleich der realisierten Existenzgründungen im *InvestMonitor* (Abschnitt 3.1.2) mit den bekundeten Niederlassungspräferenzen aus dem Berufsbild-Projekt (Abschnitt 3.1.1) verdeutlicht, dass trotz des generellen Angebotsüberhanges nicht alle Vorstellungen der jungen Praxisgründer auf dem Praxisabgabemarkt realisiert werden (können).

Die Generation der nachrückenden Zahnärzte präferiert beispielsweise in deutlich höherem Maß als die vorangegangenen Generationen kooperative Formen der Berufsausübung. Dies wird deutlich, wenn man etwa die Assistenz Zahnärzte nach der präferierten Gründungsform befragt. Jeder 2. Befragte bevorzugt demnach den Einstieg in eine bzw. den Beitritt zu einer Berufsausübungsgemeinschaft (Abbildung 3-2-45). In den Daten des *InvestMonitor* spiegelt sich diese Vorliebe allerdings bislang nicht wider. Lediglich jede 7. Existenzgründung wurde demnach in Form eines Ein-

stiegs in eine bzw. eines Beitritts zu einer Berufsausübungsgemeinschaft vollzogen.

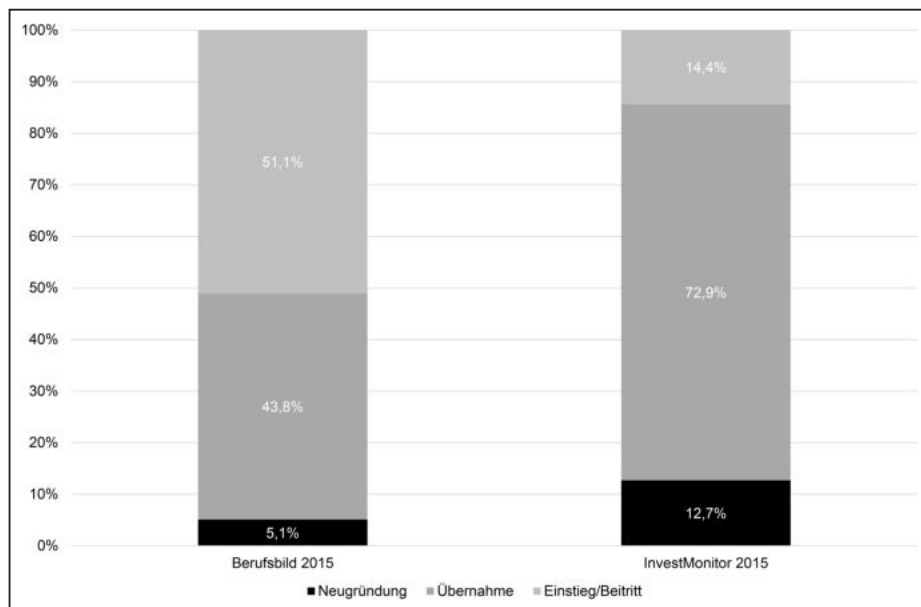


Abbildung 3-2-45: Gründungsform – Präferenzen der Assistenzzahnärzte (lt. Berufsbild-Projekt) und realisierte Niederlassungen (lt. Invest-Monitor) im gleichen Jahr (2015)

Die vergebliche Suche nach einer angebotenen Praxis, die hinsichtlich ihrer Charakteristika den Präferenzen des potenziellen Praxiskäufers entspricht, kann aber auch zum Ausweichen auf eine Second-best-Lösung führen, beispielsweise zu einer Neugründung. Auch diese Annahme wird durch den Datenvergleich gestützt: Die Neugründung wird nämlich häufiger realisiert (12,7 Prozent) als gewünscht (5,1 Prozent). Dennoch kann man sagen, dass Existenzgründungen im zahnmedizinischen Bereich vergleichsweise selten in Form einer Neugründung durchgeführt werden; nimmt man die Gesamtwirtschaft als Vergleichsmaßstab, so werden dort 89 Prozent aller Existenzgründungen als Neugründungen realisiert (BMW, 2016).

Die Zunahme des Frauenanteils bei zahnärztlichen Existenzgründungen (Abschnitt 3.2.1.2) dürfte das Mismatch-Risiko auf dem Praxisabgabemarkt ebenfalls erhöhen, da bei der Realisierung von Arbeitsschwerpunkten signifikante Unterschiede nach Geschlecht feststellbar sind (Micheelis et al., 2010). Während Männer vergleichsweise häufiger Arbeitsschwerpunkte wie Parodontologie, Endodontologie und Prothetik sowie vor allem Implantologie realisieren, tendieren Frauen häufiger zu Prophylaxe/Prävention, Kieferorthopädie und vor allem Kinderzahnheilkunde (Tabelle 3-2-25).

Tabelle 3-2-25: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Realisierung von Arbeitsschwerpunkten		
	Geschlecht	
	Frauen	Männer
	%	%
Kinderzahnheilkunde	44,0	20,8
Prophylaxe/Prävention	78,7	69,1
Parodontologie	51,7	59,3
Endodontologie	33,3	43,1
Prothetik	51,7	65,2
Implantologie	30,0	57,3
Kieferorthopädie	12,3	7,4
Quelle: Micheelis et al., 2010		

Da in den kommenden Jahren mehrheitlich männliche Zahnärzte ihre Praxis abgeben wollen, diese aber zunehmend von jungen Zahnärztinnen nachgefragt werden (sollen), treffen auch hier unterschiedliche Vorstellungen bezüglich des Praxisprofils aufeinander. Mit den Worten einer befragten Zahnärztin: „Mehr Zahnärztinnen suchen andere Praxisstrukturen“ (Klingenberger und Sander, 2014, S. 33).

3.2.5.5 Unterschiedliche Perspektiven: Der Blick zurück und nach vorn

Die unterschiedlichen Vorstellungen der Generationen und Geschlechter zeigen sich nicht allein in der Vorauswahl „geeigneter“ Praxen, sondern dann auch bei den Kaufpreisverhandlungen selbst. Hier geht es um die *Bewertung* einer zu veräußernden bzw. zu erwerbenden Praxis.

Im Zuge einer gutachterlichen Praxisbewertung wird ein „objektiver Wert“ ermittelt, der dem Wert entsprechen soll, der bei Fortführung des bisherigen Konzeptes erreicht würde. Dadurch fließt die Prägung des Konzeptes durch den Inhaber maßgeblich in die Wertermittlung ein (Sander, 2014). Sander konstatiert zu Recht, dass ein *Bewertungsobjekt* nur mit Bezug auf ein *Bewertungssubjekt* einen Wert haben kann, niemals aber einen Wert an sich. Das bedeutet, dass ein neutraler Wert grundsätzlich nicht ermittelt werden kann – es gibt nur einen Wert für jemanden, nicht einen Wert an sich.

Der im Rahmen eines Praxiswertgutachtens ermittelte Kaufpreis stellt insofern eher einen *Argumentationswert* für die zu führenden Kaufpreisverhandlungen dar. Auch wenn ein Praxiswertgutachten vorliegt, kann der Wert der Praxis doch von dem Verkäufer und dem Käufer sehr unterschiedlich eingeschätzt werden. Die Wertschätzung des bisherigen Praxis-

inhabers für „seine“ Praxis speist sich aus der Vergangenheit. Der Nutzen, den die Praxis in der Vergangenheit dem Inhaber gestiftet hat, ist für den Praxiserwerber kein in die Zukunft weisender wertbildender Faktor. In diesem Zusammenhang gilt: Für das Gewesene gibt der Kaufmann nichts. Entscheidend für den Erwerber ist der Nutzen, den die Praxis in Zukunft abwerfen kann. Die Werte aus der Vergangenheit können hier allenfalls Orientierungswerte sein, eine schlichte Extrapolation aus der Vergangenheit sagt wenig über die *Zukunftsfestigkeit* der Praxis aus.

Aus dieser Perspektivendifferenz zwischen dem vergangenheitsorientierten Verkäufer und dem zukunftsorientierten Käufer können sich in den Kaufpreisverhandlungen sehr abweichende Vorstellungen ergeben.

Im Rahmen des erwähnten Sozialkapital-Projektes (Abschnitt 3.1.5) wurden Verkäufer und Käufer nach den abgeschlossenen Kaufpreisverhandlungen jeweils danach gefragt, welche Aspekte aus ihrer Sicht bei der Aushandlung des Goodwill (bzw. ideellen Wertes) relevant gewesen seien (Klingenberger und Sander, 2014). Aus den Antworten wurde jeweils gesondert für die Verkäufer und die Käufer ein Ranking der Bedeutung der kaufpreisbildenden Kategorien gebildet (Tabelle 3-2-26).

Tabelle 3-2-26: Ranking der Bedeutung der kaufpreisbildenden Kategorien	
Praxisverkäufer (N = 27)	Praxiskäufer (N = 6)
1. Betriebswirtschaftliche Einnahmen	1. Betriebswirtschaftliche Einnahmen
2. Sozialkapital	2. Kauf-/Verkaufsverhandlungen selbst
3. Patientenstamm	3. Patientenstamm
4. Positionierung	4. Sozialkapital
5. Praxisorganisation	5. Äußere wirtschaftliche Rahmenbedingungen
6. Betriebswirtschaftliche Kosten und Stabilität	6. Betriebswirtschaftliche Kosten und Stabilität
7. Äußere wirtschaftliche Rahmenbedingungen	7. Positionierung
8. Kauf-/Verkaufsverhandlungen selbst	8. Praxisorganisation
Quelle: Klingenberger und Sander, 2014	

Im Ergebnis zeigt sich, dass die betriebswirtschaftliche Einnahmenseite in den Kaufpreisverhandlungen dominant war – und zwar für Verkäufer wie Käufer gleichermaßen. Hier wurden gleichermaßen der Gewinn vor Steuern, der Gesamtumsatz sowie der Honorarumsatz genannt. Die Anzahl der Behandlungsscheine für die gesetzlich Versicherten war eine weitere wichtige Kennzahl. Der einzige zukunftsbezogene Aspekt, nämlich der „nachhaltig erzielbare Gewinn“, hatte demgegenüber eine weniger große Bedeutung. Hier zeigt sich (noch) eine Diskrepanz von gelebter Praxis und dem Anspruch der Praxisbewertungsverfahren, den Wert zukunftsbezogen ermitteln zu wollen.

Als zweitwichtigstes Kriterium bewerteten Praxisverkäufer diejenigen Aspekte, die in unterschiedlichsten Ausprägungen die soziale Einbettung der Praxis in das lokale Umfeld umschreiben. Diese Aspekte sind hier unter dem Begriff des Sozialkapitals zusammengefasst. An dritter Stelle nannten die Praxisverkäufer den Patientenstamm. Bei den Käufern erwiesen sich die Kaufverhandlungen selbst als die zweitwichtigste Kategorie, als drittes Merkmal folgte – wie bei den Verkäufern auch – der Patientenstamm.

Das Ranking zeigt neben einigen Gemeinsamkeiten zwischen Verkäufer und Käufer aber auch deutliche Unterschiede. So wurden die Aspekte der „Positionierung der Praxis“ und der „Praxisorganisation“ vonseiten der Käufer als nachrangig eingestuft, während die Verkäufer diese Aspekte als deutlich wichtiger einstufen.

Der Praxisabgeber ist sich seiner *Positionierung* bzw. der seiner Praxis sehr bewusst. Sie steht auch in enger Verbindung zur Zahnarzt-Patienten-Bindung und stellt für den Verkäufer einen maßgeblichen Erfolgsfaktor dar, der sich aus seiner Sicht auch im Kaufpreis widerspiegeln sollte. Für den Übernehmer spielt dieser Aspekt indes keine große Rolle, weil die bisherige Positionierung ja wegen ihrer Personengebundenheit nicht von Dauer sein kann und der Käufer insofern eine eigene Positionierung schaffen muss. In diesem Zusammenhang wird lediglich die Praxislage von beiden Seiten als bedeutsam erachtet.

Viele Praxisverkäufer halten ihre Praxis zudem für gut *organisiert* und erhoffen sich entsprechend positive Auswirkungen auf den Kaufpreis. Diese Einschätzung wird von den Käufern wegen der Personengebundenheit und der Flüchtigkeit dieses Aspektes – oder weil sie ganz anderer Auffassung sind – offensichtlich jedoch nicht geteilt. Am ehesten wurde noch die Bedeutung und Fortwirkung eines gut aus- und fortgebildeten Mitarbeiter-teams für den Praxiserfolg gesehen.

Dafür waren die „äußeren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen“, d. h. das Gründungsumfeld, für den Praxiskäufer deutlich wichtiger als für den Praxisverkäufer. Das Gründungsumfeld des fraglichen Standortes ist für den Praxisgründer ein wichtiges Entscheidungskriterium. Er muss alternative Investitionsmöglichkeiten (etwa an anderen Standorten mit jeweils spezifischen Rahmenbedingungen) in sein Entscheidungskalkül einbeziehen. Der Praxisverkäufer hat diese Entscheidung schon vor langer Zeit getroffen, d. h. für ihn stellen diese äußeren Rahmenbedingungen aktuell ein von ihm nicht (mehr) beeinflussbares Faktum dar – er hat sich in ihnen etabliert.

Auch Aspekte wie Einwohnerzahl, Einkommensniveau der Patienten sowie Zahnarzt-dichte sind in diesem Zusammenhang für den Käufer wichtiger als für den Verkäufer, wenn auch allgemein von geringer Bedeutung. Die Entscheidung für eine bestimmte Region mit ihren prägenden Rahmenbedingungen wird oftmals auch aus ideellen Motiven (Heimat, familiäre Gründe

etc.) gefällt (Klingenberg und Becker, 2004), wodurch eine „Konkurrenz der Regionen“ begrenzt wird.

Die beispielhaft genannten Perspektivendifferenzen sind lediglich ein empirischer Fingerzeig für die Heterogenität der zum Kauf stehenden Zahnarztpraxis mit ihren spezifischen Praxiseigenschaften. Die Bedeutung des Praxisprofils für eine gute Positionierung im Wettbewerb („Nischenstrategie“) beschränkt sich nicht auf die Start-, Konsolidierungs- und Expansionsphase der Praxisentwicklung (Abschnitt 3.2.4.4). Die Erzeugung von Unterschieden gegenüber den Mitbewerbern („Positionierung“) ist auch im Rahmen der Praxisabgabe bedeutsam. Der potenzielle Praxisnachfolger sucht nicht irgendeine Praxis, sondern eine bestimmte.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der zahnärztlichen Existenzgründer haben sich im Verlaufe der letzten Dekade umfassend verändert. Durch eine Reihe von Gesetzesnovellen wurden sukzessive die Berufsausübungsmöglichkeiten für Zahnärztinnen und Zahnärzte ausgeweitet und in diesem Zusammenhang auch die rechtlich zulässigen Formen der Praxisausübung erweitert. Eine Niederlassung kann mittlerweile auch in Form einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, einer Partnergesellschaft, einer Kapitalgesellschaft sowie eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) erfolgen (Kuntz, 2016).

Die Ausweitung von Handlungsoptionen wird von Soziologen als ein generelles Signum der Moderne beschrieben und in seinen ambivalenten Wirkungen problematisiert (Gross, 1994; Rosa, 2005). Ambivalent wird diese Ausweitung insofern gewertet, als die Vervielfältigung der Optionen mit der gleichzeitigen Auflösung von Gewissheiten einhergeht. Die Entscheidung der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte für einen konkreten Berufsweg wird zunehmend komplexer empfunden, die überblickten Zeiträume werden (subjektiv) kürzer. Dabei muss die Entscheidung für eine Niederlassung nicht notwendigerweise eine *Festlegung* für den gesamten Zeitraum der Berufstätigkeit bedeuten – bestimmender dürfte hier die bereits getroffene Wahl des Studienfaches Zahnmedizin sein.

Die Bereitstellung von empirischen Daten soll in dieser Situation der „neuen Unübersichtlichkeit“ (Habermas, 1985) die notwendige Transparenz schaffen bzw. diese verbessern, um niederlassungswilligen Zahnärztinnen und Zahnärzten eine gesicherte Basis für eine informierte Entscheidung bieten zu können.

Die Analyse der Gründungsmotive (Abschnitt 3.2.1.4) verdeutlicht, dass die „Notwendigkeit“ einer Niederlassung in freier Praxis (beispielsweise zur Verhinderung von Arbeitslosigkeit) faktisch nicht mehr besteht. Nach dem Wegfall der Push-Faktoren muss also die Option einer Niederlassung auf die jungen Zahnärzte „anziehend“ genug wirken, damit diese dann den Schritt zur Gründung einer eigenen zahnärztlichen Praxis auch vollziehen. Hier können *ideelle Motive* („Wunsch, Menschen zu helfen“) ebenso Teil der individuellen Selbstverwirklichung sein wie *materielle Ziele* (Einkommen). Dass im Rahmen der zahnärztlichen Niederlassung in aller Regel nicht nur der betriebs-

wirtschaftlich erforderliche Return on Investment zur Erzielung eines nachhaltigen Praxisgewinns erwirtschaftet werden kann (Abschnitt 3.2.4.6), sondern auch eine angemessene „Bildungsrendite“ (= aus dem Studium resultierende Einkommenserhöhung) für das zeit- und kostenintensive Zahnmedizinstudium erzielt wird, ist empirisch belegt (Piopiunik et al., 2017).

Generell kann man also sagen, dass die Vielfalt der individuellen Motive zur Studien- und Berufswahl sowie die bestehenden Optionen einer Spezialisierung im Rahmen der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung ihre Entsprechung in der oben angedeuteten *Formenvielfalt* der realisierten Niederlassungen findet (Abschnitt 3.2.2.1).

Auf dem Praxisabgabemarkt ist – beginnend mit dem Jahr 2006 – ein Angebotsüberhang entstanden, der für zahnärztliche Existenzgründer aktuell gute bis beste Übernahmemöglichkeiten bietet. In vielen Regionen wird man mittlerweile von einem *Käufermarkt* sprechen können, d.h. die Verhandlungsmacht der potenziellen Käufer von Zahnarztpraxen dürfte tendenziell gestiegen sein. Der quantitative Überhang von zum Verkauf stehenden Praxen bedeutet allerdings nicht, dass jeder Kaufinteressent seine Wunschpraxis findet – die *subjektiven Vorstellungen* der (zumeist jungen) Käufer und der (in der Regel älteren) Verkäufer sind nicht immer in Übereinstimmung zu bringen und die *objektiven Gegebenheiten* (medizinisch-technische Praxisausstattung) entspricht ebenso wenig automatisch den Wünschen des potenziellen Praxiserwerbers (Abschnitt 3.2.5).

Natürlich besteht weiterhin die Möglichkeit, anstelle einer Übernahme die Existenzgründung in Form einer Neugründung zu realisieren. Auch wenn hier – im Unterschied zur Praxisübernahme – in den ersten Jahren der Praxistätigkeit erst ein eigener Patientenstamm aufgebaut und insofern anfangs mit vergleichsweise geringeren Umsätzen gerechnet werden muss, so zeigen die empirischen Daten doch deutlich, dass die neugegründeten Praxen in der Folge dynamischer wachsen als die übernommenen Praxen (Abschnitt 3.2.4.3). Neugegründete Praxen erlauben zudem möglicherweise eine generell bessere Passung zwischen den Zielen des Praxisgründers und dem realisierten Praxiszuschnitt und können somit die subjektive Zufriedenheit des Praxisinhabers mit der Praxisperformance erhöhen (Abschnitt 3.2.4.7).

Die Analyse hat gezeigt, dass die Entwicklung der letzten Dekade keineswegs zum Rückgang der Einzelpraxis geführt hat. Die Möglichkeiten der Beschäftigung von angestellten Zahnärzten haben vielmehr dazu geführt, dass die Unterschiede zwischen den (rechtlich definierten) Praxisformen zunehmend verschwimmen, da eine Einzelpraxis infolge des Einbezugs von angestellten Zahnärzten organisatorisch ebenfalls zu einer kooperativen Praxisform weiterentwickelt werden kann und von dieser Option auch zunehmend Gebrauch gemacht wird. Insofern wird eher der Einzelkämpfer als die Einzelpraxis verschwinden.

Wenn die Einzelpraxis auch in Zukunft Bestand haben wird, so verändert sie im Wettbewerb der Praxisformen doch ihr Gesicht. Die durchschnittliche Einzelpraxis wird größer, sie wird mehr Behandlungszimmer und Dentaleinheiten, mehr Beschäftigte und einen höheren Umsatz aufweisen. Mit steigender Praxisgröße wird eine Fixkostendegression möglich, die den Betriebsausgabenanteil senkt und somit positiv auf den Einnahmenüberschuss wirkt.

Die Flexibilität der Formen macht auch *kreative Formen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie* möglich. Die Arbeitsbelastung in der Praxis lässt sich nicht nur in der Anstellung steuern, sondern auch in der Selbstständigkeit – beispielsweise durch die Beschäftigung angestellter Zahnärzte, die den bzw. die Praxisinhaber genau da entlasten, wo es erforderlich ist. Das Einzelkämpfertum ist passé; die Praxisinhaber könnten sich auf ihre eigenen Kernkompetenzen konzentrieren, indem sie beispielsweise durch genossenschaftliche Kooperationen von anderen (Verwaltungs-)Aufgaben entlastet werden (Henke und Podtschaske, 2014).

Auch wenn der Existenzgründer den Zuschnitt seiner Praxis, den Standort, die Rechtsform, die Arbeitsschwerpunkte, die Finanzierung sowie die Aufbau- und Ablauforganisation nach eigenen Vorstellungen gestalten kann, so muss er doch das *Gründungsumfeld* inklusive perspektivischer Entwicklungen mit in Betracht ziehen (Abschnitt 3.2.3). Für den zahnärztlichen Existenzgründer stellen diese Umfeldbedingungen Faktoren dar, die auf seine berufliche Tätigkeit einwirken, aber zugleich von ihm selbst nicht beeinflusst werden können.

Die Entwicklungsmöglichkeiten der sogenannten Mundgesundheitswirtschaft, d. h. der Branche in Gesamtheit, sind auf absehbare Zeit gegeben und ein Indiz dafür, dass die Branche mit ihrer Vielgestaltigkeit insgesamt flexibel und angemessen auf die gesellschaftlichen Trends reagiert (hat). Die zunehmende *dental awareness* der (alternden) Bevölkerung schlägt sich in veränderten Inanspruchnahmepatternen und Versorgungsbedarfen nieder, auf die die Branche wie jede einzelne Zahnärztin bzw. jeder einzelne Zahnarzt reagieren kann. Die oralepidemiologischen Daten verdeutlichen, dass die präventiven Anstrengungen der Zahnärzteschaft nicht per se zu einem Rückgang der Behandlungsbedarfe führen werden, sondern vielmehr zu einer Verschiebung des Behandlungsbedarfes in spätere Lebensjahre. Der Bedeutungszuwachs des privat finanzierten sogenannten Zweiten Mundgesundheitsmarktes zeigt zudem, dass die steigenden Haushaltseinkommen der Bevölkerung auch zunehmend für den Konsum von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen genutzt werden. Dies bietet beispielsweise Spielraum für das Angebot von Formen des gleich- und andersartigen Zahnersatzes – jenseits der Regelversorgung.

Angesichts dieser insgesamt positiven Branchenaussichten kann es nicht verwundern, dass neue Anbieter in den Markt eintreten und der Wettbe-

werbsdruck in bestimmten Standortlagen spürbar steigt. Stabile Märkte locken Investoren an – und so gründen Klinikketten immer häufiger medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Fremdkapital fließt in die Praxen – finanziert durch sogenannte Private Equity-Fonds oder Private Equity-Gesellschaften.

Die im Jahr 2015 mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG) ermöglichte Gründung von fachgruppengleichen medizinischen Versorgungszentren in der zahnmedizinischen Versorgung hat recht schnell zu einer Ansiedelung von zahnärztlichen MVZ in Ballungsgebieten und städtischen Randlagen („Speckgürtel“) geführt. Für den zahnärztlichen Berufsstand ist es vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrages kontraproduktiv, wenn die Beschäftigungsverhältnisse für angestellte Zahnärzte aufgrund der Kapitalverwertungsinteressen von Privatinvestoren primär in überversorgten Regionen entstehen, während es zugleich unterversorgte ländliche Bereiche gibt, die von jungen Zahnärzten ansonsten prinzipiell als Niederlassungs-ort in Erwägung gezogen würden (Kettler et al., 2018).

Für die niederlassungswilligen Zahnärzte könnte es vor diesem Hintergrund wiederum attraktiver werden, im Zuge der Standortentscheidung bewusst solche Konkurrenzverdichtungen zu meiden und die eigene Existenzgründung bewusst in weniger wettbewerbsintensiven ländlichen und kleinstädtischen Gebieten zu realisieren, zumal sich die demographisch bedingte Alterung der Gesellschaft in ländlichen Gebieten vergleichsweise stärker bemerkbar macht; die damit einhergehenden regional zunehmenden Versorgungsbedarfe bieten jedenfalls die wirtschaftliche Basis für eine solche Standortwahl. Bei einer standortbezogenen Auswertung von AVE-Z-Paneldaten lagen die neugegründeten Zahnarztpraxen im großstädtischen Bereich hinsichtlich des durchschnittlichen Einnahmenüberschusses unter dem Niveau der Landpraxen.

Die Analyse konnte auch zeigen, dass die Praxisprofilierung über die Ausweisung von Arbeitsschwerpunkten den Praxisumsatz in der Regel erhöht (Abschnitt 3.2.4.4). Für die Patientengewinnung und -bindung kommt es auf die „Unterscheidbarkeit“ der Praxis in der Wahrnehmung der Patienten an. Heterogenität führt zur Konkurrenzverdünnung; man konkurriert nur mit „vergleichbaren“ Praxen.

So unterschiedlich sich die Patientengewinnung und -bindung je nach Region erweisen wird, so wird auch die Mitarbeitergewinnung und -bindung auf absehbare Zeit ein regional in unterschiedlicher Intensität aufscheinendes Problem sein und bleiben. Auf der einen Seite bestimmen die Mitarbeiter das Praxisprofil mit, tragen zur Patientenbindung bei und stellen insofern einen integralen Bestandteil des Sozialkapitals einer Praxis dar (Klingenberger und Sander, 2014). Auf der anderen Seite wirken sich Probleme beim Personalaufbau sowie eine hohe Personalfuktuation nachgewiese-

nermaßen nachteilig auf den Umsatz aus (Klingenberg und Becker, 2007).

Der *Fachkräftemangel* macht sich in vielen Regionen bereits bemerkbar (Schreiber, 2017) und der Ausbildungsbericht des Deutschen Gewerkschaftsbundes führt in aller Deutlichkeit vor Augen, dass die Arbeit der zahnmedizinischen Hilfsberufe wieder attraktiver werden muss (DGB, 2016). Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter sowie eine Anlehnung der Gehälter an die Vergütungsempfehlungen der Zahnärztekammern könnten hier wirksame Maßnahmen eines strategischen Personalmanagements sein (Leveringhaus, 2015; Ulrich, 2017).

Die Zusammenschau all dessen, was eingangs als Ausweitung von Handlungsoptionen charakterisiert wurde, sollte jedoch nicht den Eindruck eines *anything goes* erwecken. Praxisform, Standort und Arbeitsschwerpunkte müssen in eine widerspruchsfreie Gesamtkonstellation eingebracht werden und vieles ist dabei zu bedenken. Die Hilfestellung professioneller Berater im Gründungsprozess kann im Einzelfall hilfreich sein – sie ist es aber, da nicht frei von eigenen Interessen, nicht immer. Bei der Schaffung gründungsfreundlicher Umfeldbedingungen sind insofern andere Maßnahmen und Akteure gefordert.

Das Berufsfeld des Zahnarztes bzw. der Zahnärztin zählt zu den freien Berufen und die Zahnärzte und Zahnärztinnen sind (gleich ob angestellt oder in eigener Praxis niedergelassen) in diesem Sinne auch im Interesse der Allgemeinheit und des Gemeinwohls tätig. Der Sicherstellungsauftrag verdeutlicht, dass die Zahnärzteschaft im Sinne des Subsidiaritätsprinzips privatautonom eine öffentliche Aufgabe wahrnimmt (Isensee, 2014). Die Öffentlichkeit ist im Gegenzug gefordert, gemeinwohlorientierte Tätigkeiten abzusichern und gegebenenfalls zu begünstigen. Was kann dies konkret bedeuten?

Für die Zahnärzteschaft spielt die demographische Entwicklung nicht nur eine Rolle aufgrund der sich ändernden Versorgungsbedarfe ihrer Patienten. Der *Generationenwechsel* ergreift auch den Berufsstand selber. Bundesweit sind aktuell 35 Prozent der zahnärztlich tätigen Zahnärzte 55 Jahre oder älter und in einzelnen Kammerbereichen wie etwa Thüringen sind es gar 49 Prozent (BZÄK, 2017). Das Problem der Praxisnachfolge haben nicht nur die Praxisinhaber, die ursprünglich einen Veräußerungsbetrag in ihre Altersversorgung einkalkuliert hatten. Das Problem betrifft insbesondere in den ländlichen Lagen solche Kommunen, in denen die Suche nach einem Praxisnachfolger erfolglos bleibt. Hier sind alle gefordert, neben den zahnärztlichen Organisationen eben auch alle politischen Ebenen, vom Dorfbürgermeister über den Regierungsbezirk und die Landesregierung bis hin zu den für die Regionalentwicklung zuständigen Fachressorts auf Bundesebene. Das Thema der *Standortsicherung* hat lokal sehr viele Facetten mit vielen Wechselwirkungen: Für die Zahnärztin kann beispiels-

weise der wohnortnahe Kindergarten ein wichtiger Standortfaktor sein, für die Kindergärtnerin ist es möglicherweise die wohnortnahe Zahnarztpraxis.

Die junge Zahnärztegeneration hat genaue Vorstellungen zu Themen wie Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Work-Life-Balance und Lebensqualität (Kettler und Klingenberg, 2016). Für die Niederlassung entscheiden sich die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte, wenn sie „anziehende“ Bedingungen vorfinden (Abschnitt 3.2.1.4). Die Befähigung zur Patientenversorgung haben die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte in einem anspruchsvollen akademischen Studium erworben und die Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung ist hoch. Ihre berufliche Tätigkeit will die junge Zahnärztegeneration in flexibel auf ihre Bedürfnisse und Vorstellungen angepassten Praxisformen ausüben. Dabei wird sie sich nicht gängeln lassen, leiten unter Umständen schon. Dazu bedarf es aber intelligenter Modelle, die ein positives Gründungsumfeld schaffen – ein Gründungsumfeld, das eine ökonomisch nachhaltige Praxistätigkeit ermöglicht und gute Lebensbedingungen bietet und der nachrückenden Zahnärztegeneration die freie Wahl ihrer Berufsausübung belässt – damit der Zahnarztberuf ein freier Beruf bleibt.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-2-1:	Ausprägungen unternehmerisch relevanter Eignungsmerkmale bei abhängig beschäftigten und selbstständig tätigen Personen	19
Abbildung 3-1-1:	Filialnetz der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (Stand: Dezember 2017)	28
Abbildung 3-1-2:	Musteransicht eines Kreditprotokolls	29
Abbildung 3-1-3:	Berichtete Praxisfinanzierungen – Entwicklung der Stichprobengröße (1992–2016)	30
Abbildung 3-1-4:	Anteil der Stichprobe an der Grundgesamtheit (1992–2016)	30
Abbildung 3-1-5:	Schichtenmodell der Mundgesundheitswirtschaft	33
Abbildung 3-1-6:	Kausale Kette des Wachstums der Mundgesundheitswirtschaft	34
Abbildung 3-1-7:	Projektablaufschema von AVE-Z	35
Abbildung 3-1-8:	Projektdesign der explorativen Studie zum Stellenwert des Sozialkapitals	38
Abbildung 3-2-1:	Altersdurchschnitt der Existenzgründer (1992–2016)	39
Abbildung 3-2-2:	Gruppierte Altersverteilung der Existenzgründer (1992–2016)	40
Abbildung 3-2-3:	Geschlecht der Existenzgründer (2000–2016)	42
Abbildung 3-2-4:	Anteil der Befragten mit Niederlassungspräferenz – gefiltert nach dem Beruf der Eltern	44

Abbildung 3-2-5:	Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften (bzw. Gemeinschaftspraxen) an allen Existenzgründungen	51
Abbildung 3-2-6:	Anteil der Einzelpraxisneugründungen an allen Existenzgründungen	51
Abbildung 3-2-7:	Anteil der Einzelpraxisübernahmen an allen Existenzgründungen	52
Abbildung 3-2-8:	Praxisformwechsel nach Einzelpraxisübernahmen	53
Abbildung 3-2-9:	Praxisformwechsel nach BAG-Übernahmen	54
Abbildung 3-2-10:	Bestandsveränderungen nach Praxisform infolge eines Praxisformwechsels (2014 bis 2016)	54
Abbildung 3-2-11:	Existenzgründungen nach Ortsgrößenklassen (2013–2016)	56
Abbildung 3-2-12:	Art der Praxisgründung nach Ortsgrößenklassen (Durchschnitt der Jahre 2013–2016)	58
Abbildung 3-2-13:	Anteil der Einzelpraxisübernahmen im ländlichen Raum nach Regionen (2005 und 2016)	59
Abbildung 3-2-14:	Anteil der Einzelpraxisübernahmen im mittelstädtischen Raum nach Regionen (2005 und 2016)	60
Abbildung 3-2-15:	Anteil der Einzelpraxisübernahmen im großstädtischen Raum nach Regionen (2005 und 2016)	61
Abbildung 3-2-16:	Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisneugründungen (1996–2006)	64
Abbildung 3-2-17:	Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisneugründungen (2006–2016)	64
Abbildung 3-2-18:	Finanzierungsvolumina von Einzelpraxis- übernahmen (in 1.000 Euro) nach Regionen (2005–2016)	67
Abbildung 3-2-19:	Indexierter Vergleich der Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisübernahmen nach Regionen (2005–2016)	68

Abbildung 3-2-20: Finanzierungsvolumina von Einzelpraxis- übernahmen: Berechnete Multiplikatoren für die regionalen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt	69
Abbildung 3-2-21: Finanzierungsvolumina von Berufsausübungs- gemeinschaften (in 1.000 Euro, Werte je Inhaber) nach Gründungsform (2008–2016)	71
Abbildung 3-2-22: Indexierter Vergleich der Finanzierungsvolumina – nach Praxis- und Gründungsform (2008–2016) . . .	72
Abbildung 3-2-23: Investitionen in medizinisch-technische Geräte (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)	73
Abbildung 3-2-24: Investitionen in Einrichtung und EDV (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)	74
Abbildung 3-2-25: Investitionen in Modernisierung und Umbau (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)	76
Abbildung 3-2-26: Sonstige Investitionen (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)	77
Abbildung 3-2-27: Übernahmepreise (in 1.000 Euro) von Einzelpraxen (2011–2016)	79
Abbildung 3-2-28: Übernahmepreise (in 1.000 Euro) von Berufsausübungsgemeinschaften (2011–2016) . . .	80
Abbildung 3-2-29: Übernahmepreise (in 1.000 Euro) im Falle eines Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft (2011–2016)	81
Abbildung 3-2-30: Übernahmepreise (in 1.000 Euro) nach Praxis- und Gründungsform (2011–2016)	81
Abbildung 3-2-31: Mundgesundheit bleibt länger erhalten	87
Abbildung 3-2-32: Munderkrankungen verschieben sich ins höhere Lebensalter	87
Abbildung 3-2-33: Prognostizierter parodontaler Behandlungsbedarf durch demographischen Wandel	88

Abbildung 3-2-34: Veränderung des Anteils der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung (2000–2015)	91
Abbildung 3-2-35: Prognostizierte Umsatzentwicklung des Ersten und Zweiten Mundgesundheitsmarktes (in Mio. Euro) in Abhängigkeit von der Einkommensentwicklung (2010–2030)	96
Abbildung 3-2-36: Phasen der regulären Praxisentwicklung	97
Abbildung 3-2-37: Vergleich der Insolvenzquoten von Gesamtwirtschaft und Mundgesundheitswirtschaft	98
Abbildung 3-2-38: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in Zahnarztpraxen (inkl. Praxisinhaber) nach Gründungsform (in Vollzeitäquivalenten)	99
Abbildung 3-2-39: Existenzgründungen nach Gründungsform – Entwicklung der Gesamteinnahmen nach dem 2., 4. und 6. Praxisjahr, jeweils als Anteil der Gesamteinnahmen der Bestandspraxen	103
Abbildung 3-2-40: Existenzgründungen mit und ohne Arbeitsschwerpunkt – Entwicklung der Gesamteinnahmen nach dem 2., 4. und 6. Praxisjahr, jeweils als Anteil der Gesamteinnahmen der Bestandspraxen	104
Abbildung 3-2-41: Aufteilung der Gesamteinnahmen – Vergleich von Existenzgründungen und Bestandspraxen . . .	105
Abbildung 3-2-42: Subjektive Zufriedenheit des Praxisinhabers mit der Einnahmensituation (nach 4 Jahren Praxistätigkeit)	109
Abbildung 3-2-43: Subjektive Zufriedenheit des Praxisinhabers mit der Ausgabensituation (nach 4 Jahren Praxistätigkeit)	110
Abbildung 3-2-44: Zugänge zur und Abgänge aus der vertragszahnärztlichen Versorgung	112
Abbildung 3-2-45: Gründungsform – Präferenzen der Assistenz-zahnärzte (lt. Berufsbild-Projekt) und realisierte Niederlassungen (lt. InvestMonitor) im gleichen Jahr (2015)	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1-1:	Anteil der kleinen Unternehmen an allen Unternehmen laut Unternehmensregister (Stand: 30. September 2017)	16
Tabelle 3-1-1:	Berufsbild angehender und junger Zahnärzte: Fallzahlen und Stichprobenanteile an der Grundgesamtheit	26
Tabelle 3-1-2:	InvestMonitor Zahnarztpraxis: Ermittelte Kenngrößen	31
Tabelle 3-1-3:	InvestMonitor Zahnarztpraxis: Datensatzrestriktionen und spätere Erweiterungen des Sekundärdatensatzes	31
Tabelle 3-1-4:	Strukturvergleich der AVE-Z-Stichprobe mit der Investitionsanalyse 2001	36
Tabelle 3-2-1:	Feminisierung der Zahnmedizin	41
Tabelle 3-2-2:	Gründe, sich für das Zahnmedizinstudium zu entscheiden	45
Tabelle 3-2-3:	Zustimmung der Gründerpersönlichkeit zu Anforderungen im Beruf (BSW-Skala)	47
Tabelle 3-2-4:	Klassifizierung der Ortsgrößen (BIK-Strukturtypen) ..	56
Tabelle 3-2-5:	Existenzgründungen und Wohnbevölkerung nach Ortsgrößenklassen	57
Tabelle 3-2-6:	Regionale Zuordnung der KZV-/Kammerbereiche ...	59
Tabelle 3-2-7:	Investitionsvolumina (exkl. Betriebsmittelkredit) und Finanzierungsvolumina (inkl. Betriebsmittelkredit) in 1.000 Euro bei Einzelpraxisneugründungen (1996–2016)	63
Tabelle 3-2-8:	Investitionsvolumina (exkl. Betriebsmittelkredit) und Finanzierungsvolumina (inkl. Betriebsmittelkredit) in 1.000 Euro bei Einzelpraxisübernahmen (1996–2016)	66
Tabelle 3-2-9:	Finanzierungsvolumina von Berufsausübungsgemeinschaften (in 1.000 Euro, Werte je Inhaber) nach Gründungsform (2008–2016)	70
Tabelle 3-2-10:	Anteil der Investitionen für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV am gesamten Finanzierungsvolumen (2011–2016)	75

Tabelle 3-2-11: Finanzierungsvolumina von neugegründeten kieferorthopädischen Fachpraxen in 1.000 Euro (2012–2016)	83
Tabelle 3-2-12: Finanzierungsvolumina von übernommenen kieferorthopädischen Fachpraxen in 1.000 Euro (2012–2016)	83
Tabelle 3-2-13: Finanzierungsvolumina von neugegründeten oralchirurgischen bzw. MKG-Fachpraxen in 1.000 Euro (2012–2016)	84
Tabelle 3-2-14: Finanzierungsvolumina von übernommenen oralchirurgischen bzw. MKG-Fachpraxen in 1.000 Euro (2012–2016)	85
Tabelle 3-2-15: Parodontitis – Entwicklung des Behandlungsbedarfs (Prognose bis 2030)	89
Tabelle 3-2-16: Karies – Entwicklung des Behandlungsbedarfs (Prognose bis 2030)	90
Tabelle 3-2-17: Monatliche Konsumausgaben von Privathaushalten für Gesundheitspflege – 2013 und 2016	92
Tabelle 3-2-18: Kontrollorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste nach Altersgruppen und im zeitlichen Vergleich mit Prävalenzangaben aus 1997, 2005 und 2014	93
Tabelle 3-2-19: Prognostizierte Entwicklung des Umsatzvolumens im zahnärztlichen Leistungsbereich (in Mio. Euro)	95
Tabelle 3-2-20: Prognostizierte Entwicklung des Umsatzvolumens im zahntechnischen Leistungsbereich (in Mio. Euro)	95
Tabelle 3-2-21: Beschäftigungsentwicklung von neugegründeten Zahnarztpraxen in der Konsolidierungs- und Expansionsphase (in Vollzeitäquivalenten)	100
Tabelle 3-2-22: Beschäftigungsentwicklung von übernommenen Zahnarztpraxen in der Konsolidierungs- und Expansionsphase (in Vollzeitäquivalenten)	101
Tabelle 3-2-23: Struktur der Betriebsausgaben je Praxis – Vergleich von Existenzgründungen und Bestandspraxen	106
Tabelle 3-2-24: Dynamische Amortisation von Investitionen im Rahmen der Niederlassung – Amortisationsdauer in Jahren	108
Tabelle 3-2-25: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Realisierung von Arbeitsschwerpunkten	116
Tabelle 3-2-26: Ranking der Bedeutung der kaufpreisbildenden Kategorien	117

Literaturverzeichnis

Abele, A. E., Stief, M., Andrä, M. S.: Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartung – Neukonstruktion einer BSW-Skala. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 2000, 44, (3), 145–151

Almus, M.: The Shadow of Death: An Empirical Analysis of the Pre-Exit Performance of Young German Firms. ZEW-Discussion Paper No. 00-44, Mannheim, 2000

apoBank [Deutsche Apotheker- und Ärztebank]: Die apoBank stellt sich vor. Düsseldorf, 2018a, Online: 18.06.2018, <https://www.apobank.de/ihre-apobank/die-apobank.html>

apoBank [Deutsche Apotheker- und Ärztebank]: Die apoBank in Ihrer Nähe. Filialübersicht. Düsseldorf, 2018b, Online: 10.08.2018, https://www.apobank.de/content/dam/g8008-0/ueber_uns/investor_relations/berichte_und_publicationen/Finanzberichte/2017-JFB.pdf

apoBank [Deutsche Apotheker- und Ärztebank]: Einnahmen-/Überschuss im ersten Jahr nach der Niederlassung. Persönliche Mitteilung vom 20.06.2018, Düsseldorf, 2018c

Arndt, C., Strotmann, H.: Paneluntersuchungen als Instrumente zur Analyse der Bestimmungsfaktoren des Strukturwandels. Unter Mitarbeit von Alfred Garloff und Tobias Hagen. Gutachten im Auftrag des Wirtschaftsministeriums Baden-Württemberg, IAW-Forschungsbericht Nr. 63, Tübingen, 2004

BÄK [Bundesärztekammer] (Hrsg.): Ärztestatistik zum 31.12.2016. Bundesgebiet gesamt. Online: 20.04.2018, http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16 AbbTab.pdf

BÄK/KBV [Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung] (Hrsg.): Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen. Stand: 09.09.2008. Deutsches Ärzteblatt 105, 2008, 51–52, A4–A6, Online: 06.06.2018, www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Arztpraxen.pdf

BBSR [Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung]: Veränderung des Anteils der über 64-Jährigen an der Bevölkerung. Bonn, 2017, Online:

11.05.2018, https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Home/Topthemen/alterung_bevoelkerung.html

Bea, F. X., Haas, J.: Strategisches Management. 6. Aufl., Stuttgart, 2012

Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie: Startup-Metropole Berlin. Berliner Agenda für ein optimiertes Gründungsumfeld. Berlin, 2016, Online: 18.06.2018, https://www.berlin-partner.de/fileadmin/user_upload/01_chefredaktion/02_pdf/02_navi/21/2016-04-11_Berliner-Startup-Agenda.pdf

Bijedic, T.: Regionale Gründungsumfelder am Beispiel ausgewählter Hotspots. IfM [Institut für Mittelstandsforschung Bonn]: IfM-Materialien Nr. 265, Bonn, 2018, Online: 25.06.2018, https://www.ifm-bonn.org/uploads/tx_ifmstudies/IfM-Materialien-265_2018.pdf

Binsch, H., Frehse, G., Kirschner, G., Rottkemper, M.: Assistenzzeit und Niederlassung für Zahnärzte. Ihr Navigator für Berufs- und Finanzplanung. Köln, 2009

Block, J. H.: Zur Gründungskultur in Deutschland: Persönlichkeitseigenschaften als Gründungshemmnis? In: KfW-Bankengruppe (Hrsg.): Gründungsförderung in Theorie und Praxis. Frankfurt a. M., Mai 2011: 131–143, Online: 02.07.2018, <https://www.kfw.de/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-Sonderpublikationen/Gr%C3%BCndungsf%C3%B6rderung-in-Theorie-und-Praxis.pdf>

BMWi [Bundesministerium für Wirtschaft und Energie]: Unternehmensgründungen und Gründergeist in Deutschland. Zahlen und Fakten. Stand: Juni 2016, Online: 28.06.2018, https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Mittelstand/unternehmensgruendungen-und-gruendergeist-in-deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=20

BMWi [Bundesministerium für Wirtschaft und Energie]: Existenzgründung – Motor für Wachstum und Wettbewerb. Online: 25.06.2018, <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Dossier/existenzgruendung.html>

Brecht, J. G., Meyer, V. P., Micheelis, W.: Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030. Überprüfung und Erweiterung des Prognosemodells PROG20. IDZ-Information, 2009, (1)

Brüderl, J., Preisendörfer, P., Ziegler, R.: Survival Chances of Newly Founded Business Organiations. American Sociological Review, 1992, 57, (2), 227–242

Brüderl, J., Preisendörfer, P., Ziegler, R.: Der Erfolg neugegründeter Betriebe – eine empirische Studie zu den Chancen und Risiken von Unternehmensgründungen. Berlin, 2007

Buchmann, M.: Die Feminisierung der Zahnmedizin. Auswertung einer Interviewstudie mit Hamburger Zahnärztinnen. Masterarbeit, Universität Bielefeld, 2010

Burandt, M.-D., Kanzek, T.: Unternehmertum – Psychologische Aspekte eines volkswirtschaftlichen Themas. In: BDP [Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen] (Hrsg.): Psychologische Expertise für erfolgreiches Unternehmertum in Deutschland. Berlin, 2010, 20–33

BZÄK [Bundeszahnärztekammer] (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2016/2017. Berlin, 2017

BZÄK/KZBV [Bundeszahnärztekammer/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (Hrsg.): Daten & Fakten 2017. Berlin/Köln, Februar 2018

Clade, H.: INKO: Computer-Beratung im Dialogverfahren. Deutsches Ärzteblatt 1985, 82, (43), 3207–3208

Destatis [Statistisches Bundesamt] (Hrsg.): Mehr Zeit für Behandlung. Vereinfachung für Verfahren und Prozeduren in Arzt- und Zahnarztpraxen. Abschlussbericht August 2015. Wiesbaden, 2015a, Online: 28.06.2018, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Download/ZeitFuerBehandlung.pdf?__blob=publicationFile

Destatis [Statistisches Bundesamt] (Hrsg.): Fachserie 15: Wirtschaftsrechnungen. Heft 4: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte 2013. Wiesbaden, 2015b, Online: 02.07.2018, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Fachserie_15.html

Destatis [Statistisches Bundesamt] (Hrsg.): Unternehmensregister – Unternehmen nach Umsatzgrößenklassen. Wiesbaden, 2018a, Online: 20.06.2018, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/Unternehmensregister/Tabellen/UnternehmenUmsatzgroessenklassenWZ08.html>

Destatis [Statistisches Bundesamt] (Hrsg.): Unternehmensregister – Unternehmen und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Beschäftigtengrößenklassen 2016. Wiesbaden, 2018b, Online: 20.06.2018, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/Unternehmensregister/Tabellen/UnternehmenBeschaeftigtengroessenklassenWZ08.html>

Destatis [Statistisches Bundesamt] (Hrsg.): Erläuterungen zu den kleinen und mittleren Unternehmen (KMU). Wiesbaden, 2018c, Online: 20.06.2018, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/KleineMittlereUnternehmenMittelstand/Methoden/Methodisches.html>

Destatis [Statistisches Bundesamt] (Hrsg.): Preise. Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise). Fachserie 17, Reihe 2, Stand: Mai 2018, Wiesbaden, 2018d, Online: 28.06.2018, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Preise/Erzeugerpreise/ErzeugerpreisePDF/Erzeugerpreise2170200181054.pdf;jsessionid=3787A20365A9C53A95F5210BD5704B40.InternetLive1?__blob=publicationFile

Destatis [Statistisches Bundesamt] (Hrsg.): Fachserie 15: Wirtschaftsrechnungen. Reihe 1: Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte 2016. Wiesbaden, 2018e, Online: 02.07.2018, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Fachserie_15.html

Destatis [Statistisches Bundesamt] (Hrsg.): Unternehmen und Arbeitsstätten. Insolvenzverfahren. Fachserie 2, Reihe 4.1, Wiesbaden, 2018f, Online: 24.05.2018, https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00035186/2020410181024.pdf

Deutsch, R., Müller, P. J.: Entwicklungstrends der Investitionen durch Zahnärzte – Eine betriebs- und volkswirtschaftliche Analyse. IDZ-Information, 1987, (2)

DGB [Deutscher Gewerkschaftsbund] (Hrsg.): Ausbildungsreport 2016. Pressemitteilung, Berlin, 01.09.2016. Online: 14.06.2018, <http://www.dgb.de/presse/++co++2d7d8286-6f95-11e6-8e3e-525400e5a74a>

FGF [Förderkreis Gründungsforschung]: Entrepreneurship-Professuren an öffentlichen und privaten Hochschulen in Deutschland. Stand: Februar 2017, Online: 25.06.2018, <https://www.fgf-ev.de/wp-content/uploads/2017/03/E-Professuren-14-02-2017.pdf>

FIS [Forschungs-Informationssystem für Mobilität und Verkehr des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI)]: Methodik der Bildung von Raumkategorien. (Erstellt 29.09.2010, Stand des Wissens: 12.06.2018), Online: 02.07.2018, <http://www.forschungsinformationssystem.de/servlet/is/331220/>

Fischer, B., Heinemann, L.: Nur wenige Zahnärzte sind Unternehmer-Typen. In: Der Freie Zahnarzt, 2009, (9), 54–56

Frielingdorf, O.: Kalkulatorischer Zahnarztlohn und Praxissubstanz: So sind die Auswirkungen auf den Praxiswert. ZP Zahnarztpraxis professionell, 2017, (4), 16–17

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften: Regionale Standards. Ausgabe 2013. GESIS-Schriftenreihe Bd. 12, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., GESIS Arbeitsgruppe Regionale Standards (Hrsg.), Köln, 2013

Göbel, S.: Persönlichkeit, Handlungsstrategien und Erfolg. In: Frese, M. (Hrsg.): Erfolgreiche Unternehmensgründer. Göttingen, 1998, 99–122

Gross, P.: Die Multioptionengesellschaft. Frankfurt a. M., 1994

Habermas, J.: Die neue Unübersichtlichkeit. Kleine politische Schriften. Frankfurt a. M., 1985

Henke, K.-D., Podtschaske, B.: Chancen und Risiken genossenschaftlicher Leistungserbringung im Gesundheitssektor. In: Bauer, H., Büchner, C., Markmann, F. (Hrsg.): Kommunen, Bürger und Wirtschaft im solidarischen Miteinander von Genossenschaften. Potsdam, 2014, 63–71

Herr, C.: Nicht-lineare Wirkungsbeziehungen von Erfolgsfaktoren der Unternehmensgründung. Wiesbaden, 2007

Hilpisch, Y.: Options Based Management: Vom Realloptionsansatz zur optionsbasierten Unternehmensführung. Wiesbaden, 2006

Hohner, H.-U.: Ärzte als Unternehmer. In: Moser, K., Batinic, B., Zempel, J. (Hrsg.): Unternehmerisch erfolgreiches Handeln. Göttingen, 1999, 285–297

IfM [Institut für Mittelstandsforschung Bonn]: Mittelstand im Überblick: Volkswirtschaftliche Bedeutung der KMU. Bonn, 2018a, Online: 20.06.2018, <https://www.ifm-bonn.org/statistiken/mittelstand-im-ueberblick/#accordion=0&tab=0>

IfM [Institut für Mittelstandsforschung Bonn]: Quoten der insolventen Unternehmen nach Bundesländern. Bonn, 2018b, Online: 24.05.2018, https://www.ifm-bonn.org/fileadmin/data/redaktion/statistik/gruendungen-und-unternehmensschliessungen/dokumente/Quoten_insolv_Unt_BL_2006-2016vorl.pdf

Isensee, J.: Gemeinwohl und öffentliches Amt. Vordemokratische Fundamente des Verfassungsstaates. Wiesbaden, 2014

Jäger, R., van den Berg, N., Hoffmann, W., Jordan, R. A., Schwendicke, F.: Estimating future dental services' demand and supply: a model for Northern Germany. In: Community Dent Oral Epidemiol, 2016, 44, (2), 169–179

Jevons, W. S.: Money and the Mechanism of Exchange. New York, 1875

Jordan, A. R.: Die Morbiditätsdynamik greift auch hier. DMS V im Fokus: Parodontitis. Zahnärztliche Mitteilungen, 2016a, 106, (21), 2532–2538

Jordan, A. R.: Krankheitslasten verschieben sich ins höhere Lebensalter. DMS V im Fokus: Morbiditätskompression. Zahnärztliche Mitteilungen, 2016b, 106, (22), 2632–2633

Jordan, A. R., Micheelis, W.: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialienreihe Bd. 35, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Köln, 2016

Jordan, A. R., Krois, J., Schiffner, U., Micheelis, W., Schwendicke, F.: Trends in caries experience in the permanent dentition in Germany 1997–2030: Morbidity shifts in an ageing society. J Clin Epidemiol 2018, 99, (eingereicht)

Karte, J., Neumann, K.: Der Zweite Gesundheitsmarkt. Die Kunden verstehen, Geschäftschancen nutzen. Studie, Roland Berger Strategy Consultants, Amsterdam, 2007, (6)

Kayser, G.: Struktur und Entwicklung der Unternehmensgrößen in Deutschland. In: Greif, S., Laitko, H., Parthey, H. (Hrsg.): Wissenschaftsforschung. Jahrbuch 1996/1997. Berlin, 1997, 189–201

- Kettler, N.: IDZ-Survey zur Lage der Praxen – Barrieren im Gesundheitswesen. Zahnärztliche Mitteilungen, 2013, 103, (20), 50–52
- Kettler, N.: Antizipatorisches Berufsbild und Sozialisation der Studierenden der Zahnheilkunde – ein nationaler Survey. Masterarbeit, Universität Düsseldorf, 2015
- Kettler N.: Familie und Beruf: Kein Ding der Unmöglichkeit! IDZ-Studie zum Berufsbild. Zahnärztliche Mitteilungen, 2017, 107, (12), 1484–1486
- Kettler, N., Frenzel Baudisch, N., Klingenberger, D., Jordan, A. R.: Zukunft der regionalen Versorgung in Deutschland – Wohin wollen junge Zahnärztinnen und Zahnärzte? Gesundheitswesen, 2018 (eingereicht)
- Kettler, N., Frenzel Baudisch, N., Micheelis, W., Klingenberger, D., Jordan, A. R.: Professional identity, career choices, and working conditions of future and young dentists in Germany – study design and methods of a nationwide comprehensive survey. BMC Oral Health, 2017, 17, (1), 127
- Kettler, N., Klingenberger, D.: Was junge Zahnärzte heute wollen. IDZ-Studie zum Berufsbild. Zahnärztliche Mitteilungen, 2016, 106, (24), 80–84
- KfW-Bankengruppe (Hrsg.): KfW-Gründungsmonitor 2008. Untersuchung zur Entwicklung von Gründungen im Voll- und Nebenerwerb. Frankfurt a. M., Juni 2008
- Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der ersten Befragungswelle (AVE-Z-1). IDZ-Information, 2004, (1)
- Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der zweiten Befragungswelle (AVE-Z-2). IDZ-Information, 2007, (2)
- Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der dritten Befragungswelle (AVE-Z-3). IDZ-Information, 2008, (3)
- Klingenberger, D., Micheelis, W.: Befundbezogene Festzuschüsse als innovatives Steuerungsinstrument in der Zahnmedizin: Systemtheoretische Einordnung und empirische Befunde. Köln, 2005
- Klingenberger, D., Ostwald, D. A., Daume, P., Petri, M., Micheelis, W.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. Materialienreihe Bd. 33, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Köln, 2012
- Klingenberger, D., Ostwald, D. A.: Die Mundgesundheitswirtschaft als „Beschäftigungstreiber“ der deutschen Wirtschaft. Ergebnisse einer gesund-

heitsökonomischen Trendanalyse. In: Kirch, W., Hoffmann, T., Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgung. Stuttgart, 2012, 940–954

Klingenberger, D., Sander, T.: Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren – Eine kritische Reflexion theoretischer Ansätze anhand empirischer Fallrekonstruktionen. IDZ-Information, 2014, (1)

Koetz, E.: Persönlichkeitsstile und unternehmerischer Erfolg von Existenzgründern. Dissertation, Universität Osnabrück, 2006

KPMG Global Strategy Group: The dental chain opportunity. Consolidation of the European dental industry is in its early stages. Stand: Mai 2017, Online: 26.06.2018, <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/xx/pdf/2017/05/euro-dental-market.pdf>

Kritikos, A., Wießner, F.: Die richtigen Typen sind gefragt. IAB-Kurzbericht, Ausgabe Nr. 3 vom 30.01.2004, Online: 22.06.2018, <http://doku.iab.de/kurzber/2004/kb0304.pdf>

Kullmann, E.: Profession und Geschlechterdifferenz. Eine Studie über die Zahnmedizin. Opladen, 1999

Kuntz, B.: Formen der Berufsausübung. In: BZÄK, Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Schritte in das zahnärztliche Berufsleben – ein Ratgeber für junge Zahnärzte. Berlin, 2016, 14–19

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (Hrsg.): Statistische Basisdaten zur Kassenzahnärztlichen Versorgung. Ausgabe 1986. Köln, 1986

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2017. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln, 2017a

KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (Hrsg.): persönliche Mitteilung vom 21. November 2017, Köln, 2017b

KZBV/BZÄK [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung/Bundeszahnärztekammer] (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung. Köln/Berlin, 2016

Lang-von Wins, T.: Der Unternehmer. Arbeits- und organisationspsychologische Grundlagen. Berlin, 2004

Leveringhaus, P.: Exzellente Ausbildung steigert den Praxiswert. In: Arzt & Wirtschaft, 2015, (10), 46–47

Marcenes, W., Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Flaxman, A., Naghavi, M., Lopez, A., Murray, C. J. L.: Global burden of oral conditions in 1990–2010: a systematic analysis. J Dent Res, 2013, 92, (7), 592–597

Mentel, G.: Fluktuationskosten – Wie teuer ist ein Personalwechsel wirklich? Zahnarzt Wirtschaft Praxis, 2016, (5), 24–25

Merz, J., Paic, P.: Existenzgründungen von Freiberuflern und Unternehmern – Eine Mikroanalyse mit dem Sozio-ökonomischen Panel. For-

schungsinstitut Freie Berufe, Diskussionspapier Nr. 46, Lüneburg, Februar 2004

Meyer, V. P., Brehler, R., Castro, W. H. M., Nentwig, C. G.: Arbeitsbelastungen bei Zahnärzten in niedergelassener Praxis. Eine arbeitsmedizinische Bestandsaufnahme zu Wirbelsäulenbelastungen, Berufsdermatosen und Stressfaktoren. Materialienreihe Bd. 24, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Köln, 2001

Micheelis, W., Schiffner, U.: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Materialienreihe Bd. 31, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Köln, 2006

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

Micheelis, W., Reich, E.: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Materialienreihe Bd. 21, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Köln, 1999

Micheelis, W., Süßlin, W.: Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011. IDZ-Information, 2012, (1)

Müller, G. F.: Eigenschaftsmerkmale und unternehmerisches Handeln. In: Müller, G. F. (Hrsg.): Existenzgründung und unternehmerisches Handeln – Forschung und Förderung. Landau, 2000, 105–121

Müller, G. F., Kohls, N.: Unternehmer Arzt – Persönlichkeit und ökonomischer Praxiserfolg. Landau, 2002

Müller, G. F.: Unternehmerische Eignung – Impuls- und Erfolgsfaktor für eine erfolgreiche berufliche Selbstständigkeit. In: BDP [Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen] (Hrsg.): Psychologische Expertise für erfolgreiches Unternehmertum in Deutschland. Berlin, 2010, 66–71

Müller-Böling, D., Klandt, H.: Bezugsrahmen für die Gründungsforschung mit einigen empirischen Ergebnissen. In: Szyperski, N., Roth, P. (Hrsg.): Entrepreneurship – Innovative Unternehmensgründung als Aufgabe. Stuttgart, 1990, 143–170

Nowack, K., Meyer, V. P., Gebhardt, H., Neumann, B., Müller, B. H.: Hygienekosten in der Zahnarztpraxis. Ergebnisse aus einer kombiniert betriebswirtschaftlich-arbeitswissenschaftlichen Studie. IDZ-Information, 2008, (2)

o. V.: Unternehmensgründung. Online: 15.06.2018, <https://de.wikipedia.org/wiki/Unternehmensgr%C3%BCndung>

o.V.: Arbeitsmarkt: Zahnmediziner. Zahnärzte beißen sich durch. In: uni, 6/2004, S. 34–39, Online: 02.07.2018, http://doku.iab.de/uni/2004/uni0604_34.pdf

Ostwald, D. A.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Berlin, 2009

Paic, P.: Gründungsaktivität und Gründungserfolg von Freiberuflern. Eine empirische Mikroanalyse mit dem Sozio-ökonomischen Panel. Baden-Baden, 2009

Piekenbrock, D., Haric, P.: Theorie der Unternehmung. In: Gabler Wirtschafts-Lexikon. Version vom 29.08.2013. Online: 15.05.2018, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/theorie-der-unternehmung-47410/version-181850>

Piopionik, M., Kugler, F., Wößmann, L.: Einkommenserträge von Bildungsabschlüssen im Lebensverlauf: Aktuelle Berechnungen für Deutschland. ifo Schnelldienst, 2017, 70, (7), 19–30

Rebmann Research (Hrsg.): Jahrbuch für Ärzte und Zahnärzte 2017. Stuttgart, 2016

Reckort, H.-P.: Apobank sorgt sich um Liquidität ihrer Kunden. Zahnärztliche Mitteilungen, 1986, 76, (22), 2584

Reitemeier, B., Arnold, M., Scheuch, K., Pfeifer, G.: Arbeitshaltung des Zahnarztes. Zahnmedizin up2date, 2012, 6, (2), 147–170, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1298403>

Rosa, H.: Beschleunigung. Frankfurt a. M., 2005

Sander, T., Müller, M.-C.: Meine Zahnarztpraxis – Marketing. Berlin, 2011

Sander, T., Müller, M.-C.: Meine Zahnarztpraxis – Ökonomie. Finanz-, Liquiditäts- und Investitionsplanung, Honorare, Steuern, Gewinn. Berlin, 2012

Sander, T.: Von der Personalunion des Praxisinhabers. Zahnarzt Wirtschaft Praxis, 1+2/2012, 12–13

Sander, T.: Grundlagen der Praxiswertermittlung. Leitfaden für Ärzte, Zahnärzte und Gutachter. Berlin, 2014

Schmid-Domin, H. G.: Bewertung von Arztpraxen und Kaufpreisfindung: Methoden – Beispiele – Rechtsgrundlagen. 3., neu bearb. Aufl., Berlin, 2009

Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Aufl., München, 2013

Schreiber, A.: Fachkräftemangel: wenig Bewerberinnen, geringe Qualifikation – Wege aus dem Dilemma. Zahnarztpraxis professionell, 2017, (4), 12–15

- Schulte, R.: Gibt es eine Theorie der Unternehmensgründung? Überlegungen zum Theorieapparat eines jungen Forschungsfeldes. Manuskript, 2006, Online: 08.06.2017, http://www.kmu-hsg.ch/rencontres/2006/Topics06/D/Rencontres_2006_Schulte.pdf
- Schwendicke, F., Jäger, R., Hoffmann, W., Jordan, R. A., Berg, N.: Estimating spatially specific demand and supply of dental services: a longitudinal comparison in Northern Germany. *J Public Health Dent*, 2016, 76, (4), 269–275
- Schwendicke, F., Krois, J., Kocher, T., Hoffmann, T., Micheelis, W., Jordan, A. R.: More teeth in more elderly: Periodontal treatment needs in Germany 1997–2030. *J Clin Periodontol*, 2018, 45, (eingereicht)
- Söllner, R.: Die wirtschaftliche Bedeutung kleiner und mittlerer Unternehmen in Deutschland. In: *Wirtschaft und Statistik*. Januar 2014, 40–51, Online: 22.06.2018, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/KleineMittlereUnternehmenMittelstand/Methoden/BedeutungKleinerMittlererUnternehmen_12014.pdf?__blob=publicationFile
- Specht, P. H.: Munificence and carrying capacity of the environment and organisation formation. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 1993, 17, (2), 77–86
- Steuer, F.: Benchmarking – wie kann man es in der Praxis umsetzen? In: Hinz, R., Bolz, H. (Hrsg.): *Erfolgreiche Gründung und Übernahme einer Zahnarztpraxis: Eine systematische Anleitung von der Planung bis zur Umsetzung*. Herne, 2009, 143–157
- Tafuro, F.: *Übernahme und Gründung einer Zahnarztpraxis*. Berlin, 2014
- Ulrich, M.: Zukunftsperspektive – das Zauberwort für eine systematische Mitarbeiterbindung! *Zahnarztpraxis professionell*, 2017, (9), 8–10
- Vetter, M.: Kreditprobleme ade. *Der Freie Zahnarzt*, 2018, (1), 36–38
- von Borstel, S.: Nord-Süd-Gefälle löst Ost-West-Gegensatz ab. In: *Die Welt*, 1.10.2015
- von der Schulenburg, J.-M., Claes, C.: *Neue Honorierung in der privat-zahnärztlichen Versorgung. Klare Trennung zwischen Liquidation und Erstattung*. Köln, 2000
- Wagner, K., Ziltener, A.: Die Unternehmerpersönlichkeit und ihre Gründungsentscheidung: Gründungsmotive als Weichensteller. In: Fink, M., Kraus, S., Almer-Jarz, D.: *Sozialwissenschaftliche Aspekte des Gründungsmanagements: Die Entstehung und Entwicklung junger Unternehmen im gesellschaftlichen Kontext*. Stuttgart, 2006, 192–222
- Wallau, F.: *Der Mittelstand in Deutschland*. In: BDP [Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen] (Hrsg.): *Psychologische Expertise für erfolgreiches Unternehmertum in Deutschland*. Berlin, 2010, 34–41

IDZ-Publikationen zum Thema

Die in diesem Buch behandelten IDZ-Publikationen aus über 30 Jahren Forschung zur zahnärztlichen Existenzgründung finden Sie, wenn Sie unter nachfolgendem Link nach den Schlagwörtern **Niederlassung 2018** suchen:

www.idz.institute/publikationen.html



Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) mit dem Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) ist eine gemeinsame, organisatorisch verselbstständigte Einrichtung der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Das IDZ erfüllt die Aufgabe, für die Standespolitik der deutschen Zahnärzte praxisrelevante Forschung und wissenschaftliche Beratung im Rahmen der Aufgabenbereiche von BZÄK und KZBV zu betreiben.

The „Institute of German Dentists“ (IDZ) together with the “Agency for Quality in Dentistry” (ZZQ) works as an independently organised joint institution of the “German Dental Association” (BZÄK) and of the “National Association of Statutory Health Insurance Dentists” (KZBV). The IDZ undertakes research with a practical focus and advises on scientific matters relevant to the professional policy of the German dentists and within the framework of the activities of BZÄK and KZBV.