

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

In Trägerschaft von: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentlichen Rechts

vom 12. Januar 2004

Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen (AVE-Z)

Bei dem in Kooperation mit der Universität Augsburg durchgeführten Forschungsprojekt AVE-Z handelt es sich um eine anspruchsvolle Längsschnittanalyse mit dem Ziel, für den Bereich der zahnärztlichen Praxisniederlassung und -tätigkeit einen kompletten Investitionszyklus in allen Phasen empirisch abzubilden und die sich positiv auf den dauerhaften Praxiserfolg auswirkenden Einflussfaktoren herauszuarbeiten. Im Mittelpunkt der vorliegenden Publikation steht die Darstellung und Bewertung ausgewählter Ergebnisse der ersten Befragungswelle (**AVE-Z-1**), die im Zeitraum von Oktober 2002 bis Februar 2003 durchgeführt wurde und sich auf zahnärztliche Existenzgründungen im Zeitraum von 1998 bis 2001 bezieht. Folgende zentralen Ergebnisse sind hervorzuheben:

- **Praxisneugründungen** erforderten im Jahr 2001 ein durchschnittliches Finanzierungsvolumen von 275.000 Euro. **Praxisübernahmen** schlugen demgegenüber mit 226.000 Euro zu Buche.
- **Der Personalbestand** neu gegründeter bzw. übernommener Zahnarztpraxen nahm im Zeitraum seit der Gründung bis zum Stichtag 1. Oktober 2002 um rund 28 Prozentpunkte zu. Diese deutliche Zunahme unterstreicht die besondere Entwicklungsfähigkeit und -dynamik von zahnärztlichen Existenzgründungen.
- **Die Betriebsausgaben** von zahnärztlichen Existenzgründungen betragen durchschnittlich 236.000 Euro. Generell gilt, dass die Entscheidung für einen subjektiv gewählten Arbeitsschwerpunkt oder mehrere Arbeitsschwerpunkte mit höheren Betriebsausgaben verbunden ist.
- Zahnärztliche Existenzgründer erzielten **Gesamteinnahmen** in Höhe von durchschnittlich 296.000 Euro. Im Hinblick auf die gewählte Praxisform bestätigte sich die in der Literatur mehrheitlich vertretene Auffassung, dass Praxisübernahmen schneller stabile Umsätze erbringen als Praxisneugründungen. Die Entscheidung für einen **subjektiven Arbeitsschwerpunkt** oder mehrere Schwerpunktsetzungen wirkte sich in der Regel positiv auf die Höhe der Betriebseinnahmen aus.
- Die zahnärztlichen Existenzgründer erwirtschafteten im Jahr 2001 einen **durchschnittlichen Einnahmenüberschuss** in Höhe von 60.000 Euro. Die Hälfte der neugegründeten Einzelpraxen ohne Arbeitsschwerpunkte arbeitete in der Anfangsphase defizitär.

Die Autoren dieser IDZ-Information sind Dr. David Klingenberg (IDZ) und PD Dr. Wolfgang Becker (Universität Augsburg – Forschungsstelle Gründungsforschung).

Weitere Exemplare der IDZ-Information 1/2004 können auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Eine Downloadversion des Textes finden Sie unter: www.idz-koeln.de

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis (IDZ)

Abstract

Economic analysis of the starting conditions, the course of practice development and factors influencing successful practice establishments (short-title: AVE-Z)

The project AVE-Z is designed as a longitudinal study and is carried out by the Institute of German Dentists (IDZ) in cooperation with the University of Augsburg. The aim is to reproduce empirically all phases of a complete cycle of investment and to describe the factors with a positive effect on long-lasting practice success. The present report focuses on the presentation and assessment of selected results of the first survey (**AVE-Z-1**) conducted from October 2002 until February 2003. It included practice establishments effected between 1998 and 2001. The main results are as follows:

- The average investment volume for **starting a new practice** in 2001 amounted to 275.000 Euro, whereas it was 226.000 Euro for **buying an established practice**.
- In both forms of practice establishments the **staff** increased by approximately 28 per cent in the period between the practice establishment and the cut-off date 1 October 2002. This significant increase underlines the special development potential and dynamics of practice establishments.
- The **operating expenses** of new practice establishments on an average amounted to 236.000 Euro. In general it can be said that the decision of the dentist to lay the focus on one or more main fields of activity in his practice entails also higher operating expenses.
- Newly established dentists achieved an **average total income** of 296.000 Euro. The majority of scientific literature suggests that that buying an established practice renders a stable turnover in a shorter period of time than starting a new practice; this was confirmed by the results of the study. **Specialising in one or more fields of activity** as a rule had a positive effect on the operating revenues.
- On an **average** newly established dentists yielded **earnings** of 60.000 Euro in 2001. However, half of the newly started solo practices without special fields of activity faced a financial deficit in the starting period.

The authors of this report are Dr. David Klingenberg (IDZ) and PD Dr. Wolfgang Becker (University of Augsburg - Forschungsstelle Gründungsforschung). Additional copies of the IDZ-Information No. 1/2004 can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. Download version see under www.idz-koeln.de.

Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen

– Ergebnisse der ersten Befragungswelle (AVE-Z-1) –

von David Klingenberger, Köln
und Wolfgang Becker, Augsburg

unter Mitarbeit von Wolfgang Micheelis, Köln

Inhaltsverzeichnis

1	Zunehmender wissenschaftlicher Analysebedarf	3
2	Zum methodischen Design des AVE-Z-Projektes.....	5
3	Ergebnisse.....	8
3.1	Wahl der Praxisform	8
3.2	Wahl des Standortes (Praxislage)	10
3.3	Wahl von Arbeitsschwerpunkten	11
3.4	Wahl der Praxisgröße	13
3.5	Umfang und Struktur betrieblicher Investitions- bzw. Finanzierungsvolumina	15
3.6	Umfang und Struktur der Betriebsausgaben.....	19
3.7	Umfang und Struktur der Gesamteinnahmen	22
3.8	Einnahmensaldo.....	25
4	Zusammenfassung und Bewertung der Auswertungsergebnisse und Ausblick auf weitere Projektarbeiten.....	28
5	Literaturverzeichnis.....	32

1 Zunehmender wissenschaftlicher Analysebedarf

Früher brauchte sich der zahnärztliche Existenzgründer kaum Gedanken über die Wahl der Arbeitsschwerpunkte, Praxislage und -größe oder den Einsatz betrieblicher Controllinginstrumente zu machen. Eine Zahnarztpraxis war, einmal gegründet, nahezu an jedem beliebigen Ort erfolgreich. Diese Situation hat sich grundlegend gewandelt, wie beispielsweise die steigende Zahl an Insolvenzen vertragszahnärztlicher Praxen zeigt (vgl. Companie, 2003; o. V., 2003; Wendte, 2003).

Unverkennbar ist, dass die Zahnärztdichte und damit der Wettbewerb unter den niedergelassenen Zahnärzten deutlich zugenommen haben (vgl. KZBV, 2002). Der niederlassungswillige Zahnarzt sieht sich zudem mit dem Problem konfrontiert, dass das bei einer Praxisgründung bzw. -übernahme zu finanzierende Investitionsvolumen kontinuierlich steigt und eine „freie“ Standortwahl über die Sperrung von Bereichen

bei der Kassenzulassung immer mehr beschnitten wird. Hinzu kommen in jüngster Zeit Sonderentwicklungen im Bereich der Kreditwirtschaft (sog. Basel II-Richtlinie) sowie Bundesgerichtshof-Entscheidungen (Az. XI ZR 50/02), die den zahnärztlichen Existenzgründer „auf dramatische Art und Weise“ zu einer vorausschauenden Finanzplanung zwingen (vgl. Brinker und Ureta, 2003). Mithin werden von zahnärztlichen Existenzgründern in zunehmendem Maße betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse und Kernkompetenzen verlangt, die aber im Rahmen der zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung immer noch nicht hinreichend vermittelt werden (vgl. Tiemann, Klingenberger und Weber, 2003).¹

Die erschwerten Ausgangsbedingungen der zahnärztlichen Existenzgründung erfordern aus den genannten Gründen eine sehr sorgfältige Analyse der Faktoren, die sich positiv auf die Entwicklung und den Erfolg von zahnärztlichen Existenzgründungen auswirken. Sie unterstreichen zugleich den großen Forschungsbedarf in diesem Bereich. Vordringlich ist die empirisch gestützte Herausarbeitung von betriebswirtschaftlichen Kennziffern, die einen *Vergleich der eigenen Praxis mit anderen Praxen im Sinne eines Benchmarkings* erlauben (vgl. Olbertz, 2003; Wietrychowski, 2003). Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit der Entwicklung von *Leitlinien für ein erfolgreiches Niederlassungs- und Praxisführungsmanagement*.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 auf der Grundlage der von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (Apo-Bank) durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen das zahnärztliche Investitionsverhalten und publiziert die Ergebnisse kontinuierlich (vgl. dazu aktuell Klingenberger und Schwarte, 2003). Die hierfür vorgenommenen Strukturanalysen geben einen detaillierten Überblick über die bei zahnärztlichen Existenzgründungen anfallenden Investitionen und den daraus resultierenden Finanzierungsbedarfen. Aufgrund ihrer spezifischen Erfassungsmodalität können diese Untersuchungen aber nicht für über den Investitionsbereich hinausgehende Analysen herangezogen werden. Sie spiegeln darüber hinaus lediglich die Situation der zahnärztlichen Existenzgründer in der Anfangsphase wieder, d. h. die Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren der Investitions- und Praxistätigkeit in den folgenden Phasen der Konsolidierung und Expansion blieben bislang weitgehend im Dunkeln.

Um diese Forschungslücke zu schließen, hat das IDZ im Herbst 2002 das Forschungsprojekt „AVE-Z – Ökonomische Analyse der **A**usgangsbedingungen, **V**erlaufsmuster und **E**rfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen“ in wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit der Universität Augsburg – Forschungsstelle Gründungsforschung – initiiert. Bei dem Forschungsprojekt AVE-Z handelt es sich um eine anspruchsvolle Längsschnittanalyse mit dem Ziel, für den Bereich der zahnärztlichen Praxisniederlassung und -tätigkeit einen kompletten Investitionszyklus in allen Phasen empirisch abzubilden und die sich positiv auf den dauerhaften Praxiserfolg auswirkenden Einflussfaktoren herauszuarbeiten. Um die Verlaufsmuster der betrieblichen Konsolidierung und Expansion nach der Gründungsphase nachzeichnen und die zugrunde liegenden Erfolgsfaktoren identifizieren zu können, werden teils

¹ Die Eigenwahrnehmung der befragten Teilnehmer am AVE-Z-Projekt bezüglich ihrer im Rahmen des Studiums erworbenen zahnmedizinischen und betriebswirtschaftlichen Kompetenzen ist insofern bezeichnend: 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.

prospektiv teils retrospektiv Daten über Umfang und Struktur der (Re-)Investitionen, Praxisgröße (sachliche und personelle Ressourcen), Umsatz- und Kostengrößen, fachliche Schwerpunktsetzungen etc. bezogen auf einen Zeitraum von sieben Jahren erhoben. Der gewählte Längsschnittansatz ermöglicht die Beurteilung der Entwicklungsbedingungen und -möglichkeiten von Praxisgründungen differenziert nach Anfangsphase, Konsolidierungsphase und Expansionsphase. Jede dieser drei Phasen weist Besonderheiten bezüglich Motivationen, unternehmerischer Handlungskalküle, finanzieller Notwendigkeiten etc. auf, die im Forschungsprojekt AVE-Z analysiert und auf ihre empirische Bedeutsamkeit hin untersucht werden. Für den Bereich der zahnärztlichen Existenzgründungsforschung wird insofern echte Pionierarbeit geleistet.

Im Mittelpunkt des vorliegenden Berichtes steht die *Darstellung und Bewertung der Ergebnisse der ersten Befragungswelle*, die im Zeitraum von Oktober 2002 bis Februar 2003 durchgeführt wurde und sich auf zahnärztliche Existenzgründungen im Zeitraum von 1998 bis 2001 bezieht. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Existenzgründungsforschung (vgl. Becker und Dietz, 2002; Schmude, 2003; Schmude und Leiner, 2002; Schulz, 1995; Weihe, Laufner und Schüler, 2001) sind in dieser Befragung Themenkomplexe abgefragt worden, die sich auf die wichtigsten Entscheidungsfragen des zahnärztlichen Existenzgründers in der Anfangsphase beziehen:

- Wahl der Praxisform: Neugründung versus Übernahme, Einzelpraxis versus Gemeinschaftspraxis (Abschnitt 3.1);
- Wahl des Standortes (Praxislage): Stadt versus Land (Abschnitt 3.2);
- Wahl möglicher Arbeitsschwerpunkte (Abschnitt 3.3);
- Wahl der Praxisgröße: Umfang der sachlichen und personellen Ressourcen (Abschnitt 3.4);
- Umfang und Struktur betrieblicher Investitions- bzw. Finanzierungsvolumina (Abschnitt 3.5).

Diese so erfassten Startcharakteristika bzw. Ausgangsbedingungen zahnärztlicher Existenzgründungen wirken direkt oder indirekt auf zentrale betriebswirtschaftliche Erfolgsgrößen ein. Auf drei zentrale Aspekte wird in diesem Bericht näher eingegangen:

- Umfang und Struktur der Betriebsausgaben (Abschnitt 3.6);
- Umfang und Struktur der Gesamteinnahmen (Abschnitt 3.7);
- Einnahmensaldo als abgeleitete Erfolgsgröße (Abschnitt 3.8).

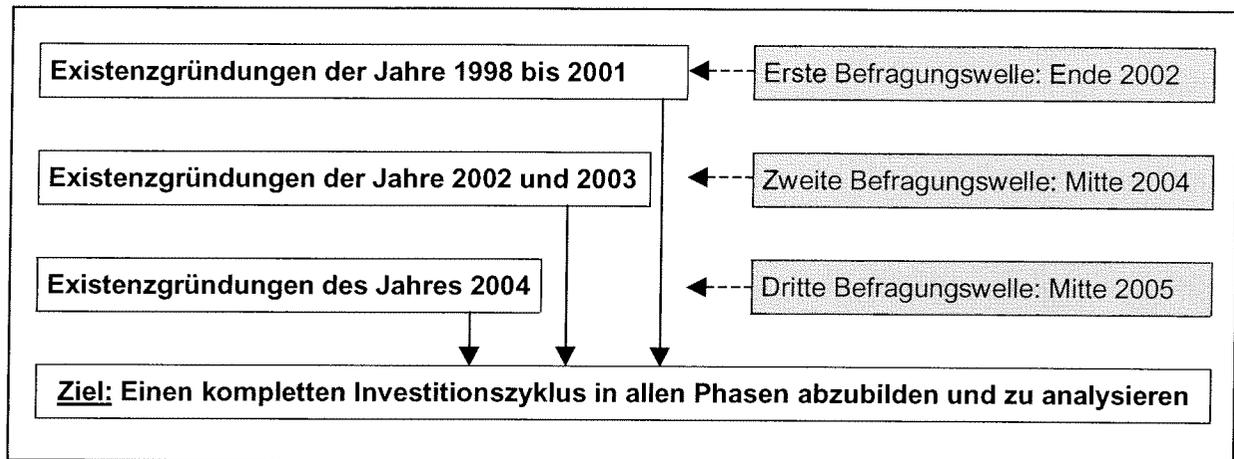
Bevor mit der Darstellung der Ergebnisse der ersten Befragungswelle begonnen wird, erfolgt eine kurze Beschreibung des methodischen Designs des AVE-Z-Projektes.

2 Zum methodischen Design des AVE-Z-Projektes

Das Forschungsprojekt AVE-Z ist mit seinem Betrachtungszeitraum von sieben Jahren als *Panelstudie* konzipiert. Als Panel bezeichnet man Untersuchungsanordnungen, die an denselben Personen dieselben Variablen zu verschiedenen Zeitpunkten analysieren. Panelstudien bieten den Vorteil, dass sie individuelle Veränderungen

anzeigen und die kausale Rekonstruktion von Ereignissen erleichtern (vgl. Schnell, Hill und Esser, 1999).

AVE-Z sieht eine Datenerhebung in drei Wellen vor, wobei die Teilnehmer der ersten beiden Befragungswellen zu den jeweils folgenden Terminen (2. Welle: Mitte 2004; 3. Welle: Mitte 2005) erneut befragt werden (vgl. Abbildung 1). Befragt wurden bzw. werden Zahnärzte, die zwischen 1998 und 2004 eine Praxis neu gegründet bzw. übernommen haben.



© IDZ 2003

Abbildung 1: Projektablaufschema von AVE-Z

Die Daten der ersten Befragungswelle basieren auf Zahnarztpraxen, die im Zeitraum von 1998 bis 2001 gegründet oder übernommen worden sind. Der verwendete Fragebogen ist als sog. Selbstausfüllbogen mit insgesamt 34 Fragen konzipiert, im Rahmen eines Pretests² einer gründlichen Untersuchung auf Plausibilität, Verständlichkeit und zeitliche Belastung unterzogen und anschließend teilweise nochmals überarbeitet worden. Die Rekrutierung der Befragungsteilnehmer erfolgte mittels einer Aufrufkampagne, die im Zeitraum vom 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.

Insgesamt wurden im Rahmen der ersten Befragungswelle 213 Fragebögen verschickt. Davon sind bis Februar 2003 insgesamt 166 Fragebögen (Rücklauf = 77,9 Prozent) ausgefüllt zurückgeschickt worden. Es gab insgesamt 11 qualitätsneutrale Ausfälle von Probanden, deren Praxisgründung nach dem 31.12.2001 erfolgte, so dass die Nettostichprobe insgesamt 155 Teilnehmer umfasst. Natürlich liegt die tatsächliche Zahl erfolgter Existenzgründungen in dem gewählten Zeitraum ungleich höher; nur ein sehr kleiner Teil der zahnärztlichen Existenzgründer hat also an diesem Projekt des IDZ teilgenommen. Dies ist aber naturgemäß das methodische Hauptproblem einer „Freiwilligenstichprobe“, so dass aus wissenschaftlicher Sicht eine sorgfältige Analyse der soziodemographischen Struktur der Teilnehmerstichprobe zu erfolgen hat. Um die *Stichprobenqualität* des AVE-Z-Befragungssamples be-

² Wir danken der KZV Bremen für die freundliche Unterstützung bei der Durchführung des Pretests (n = 7) in ihrem Einzugsbereich.

urteilen zu können, wurde ein Abgleich mit anderen Datenquellen, denen die gleiche Grundgesamtheit zugrunde liegt, vorgenommen. Die Investitionsanalyse des IDZ und der Apo-Bank für das Jahr 2001 basiert auf der gleichen Grundgesamtheit (neu niedergelassene Zahnärzte in eigener Praxis) und kann deshalb als Vergleichsmaßstab herangezogen werden (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Strukturvergleich der AVE-Z-Stichprobe mit der Investitionsanalyse von IDZ und Apo-Bank (identische Grundgesamtheitsdefinition)		
Variablen	AVE-Z-Stichprobe (1998-2001)	Investitionsanalyse IDZ/Apo-Bank (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 (analog der 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

© IDZ 2003

Der Vergleich der Verteilungsmuster nach Alter, Geschlecht und Region zeigt, dass die AVE-Z-Stichprobe hinsichtlich der Geschlechterverteilung nahezu identisch mit der Investitionsanalyse ist. Der Altersdurchschnitt liegt in den beiden Befragungssamples insgesamt sehr nahe beieinander, allerdings ist der Anteil der jüngeren Existenzgründer in der ersten Befragungswelle von AVE-Z merklich niedriger. Hinsichtlich der regionalen Verteilung sind in der AVE-Z-Freiwilligenstichprobe relativ mehr Teilnehmer aus Bayern enthalten, während sich vergleichsweise weniger Existenzgründer aus den Regionen Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Baden-Württemberg an der Befragung beteiligt haben. Die regionalen Abweichungen zwischen den beiden Datenquellen lassen sich allerdings möglicherweise auch auf lokale Verdichtungen im Filialnetz der Apo-Bank zurückführen.

3 Ergebnisse

3.1 Wahl der Praxisform

Im Rahmen des AVE-Z-Projektes wird zwischen drei Hauptarten von zahnärztlichen Existenzgründungen unterschieden³: *Neugründung einer Einzelpraxis*, *Übernahme einer Einzelpraxis* und *Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis*⁴. Die Entscheidung hinsichtlich einer Praxisneugründung oder -übernahme ist u. a. vom Kaufpreis und damit von den lokal bedeutsamen Marktverhältnissen (Zahnarztichte), der Anzahl der abzugebenden Praxen bzw. der Übernahmeinteressenten (Nachfrager- oder Anbietermarkt) abhängig.

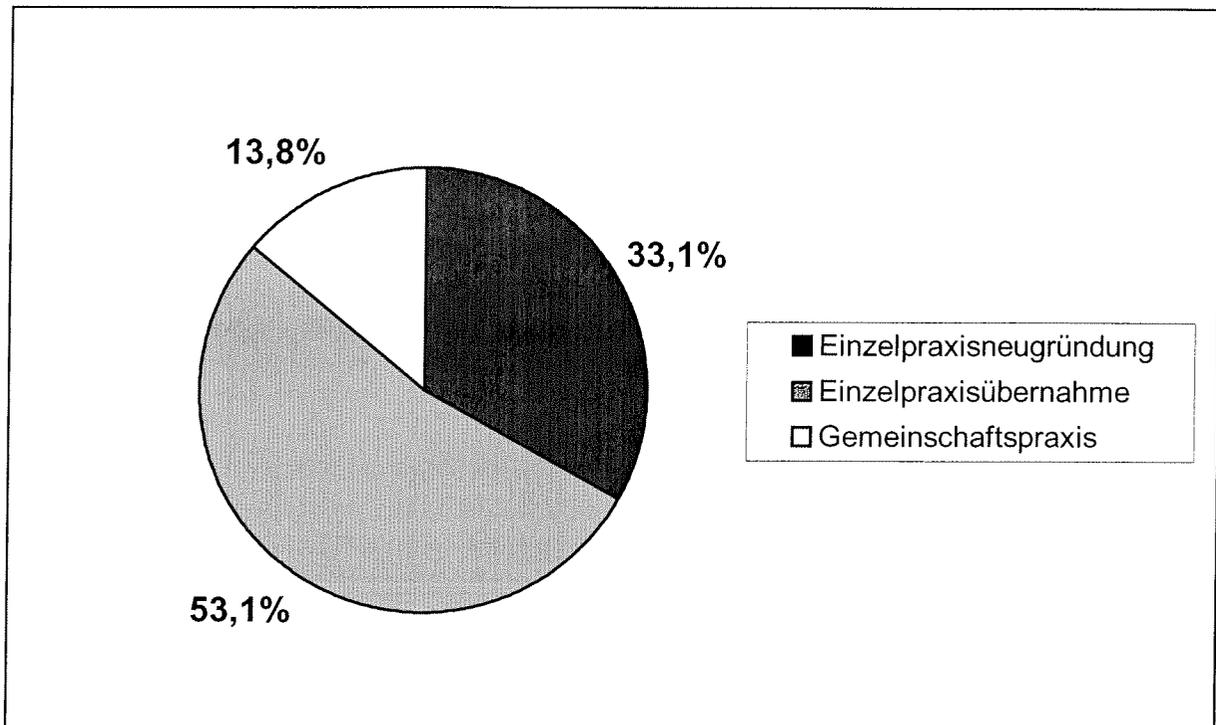
Die einzelnen Praxisformen sind mit spezifischen Vor- und Nachteilen verbunden, die es im Einzelfall abzuwägen gilt (vgl. Caesar, 1997; Hübner, 2002; Lüddecke, 1997). Bei *Praxisübernahmen* wird immer wieder auf die wirtschaftlichen Vorteile hingewiesen, demnach die Übernahme einer eingeführten Praxis mit bestehendem Patientstamm aus betriebswirtschaftlicher Sicht in der Regel schneller stabile Umsätze erbringt und sich die (Re-)Investitionen zeitlich besser strecken lassen. Anlaufschwierigkeiten dürften folglich in erster Linie *Praxisneugründungen* treffen. Als deren Vorteil gilt indes, dass der Praxisgründer nicht auf Verhaltenskonformität zu den Modalitäten seines Vorgängers achten muss, was die Umsetzung eines innovativen Praxis-konzeptes erleichtert und mittel- bis langfristig erfolversprechender sein kann. Bei der Niederlassung in Form einer *Gemeinschaftspraxis* werden gemeinhin im Hinblick auf die gemeinsame Nutzung der sachlichen und personellen Ressourcen Größenvorteile („economies of scale“) angenommen, die sich in der Regel in vergleichsweise günstigeren betriebswirtschaftlichen Kostengrößen niederschlagen.

Hinsichtlich der gewählten Praxisform zeigt sich für die erste Befragungswelle des AVE-Z-Projektes folgendes Muster (vgl. Abbildung 2): Der Anteil der *Einzelpraxisneugründungen* beträgt 33,1 Prozent, der Anteil der *Einzelpraxisübernahmen* 53,1 Prozent und der Anteil der *Gemeinschaftspraxen* an den zahnärztlichen Existenzgründungen liegt bei 13,8 Prozent.⁵

³ Die Mischform der Praxisgemeinschaft ist im Folgenden aufgrund der geringen Fallzahl (n = 10) nicht gesondert betrachtet worden.

⁴ Die Praxisform der Gemeinschaftspraxen (n = 18) wird, soweit dies praktikabel ist, ohne weitere Unterteilung analysiert. Lediglich bei der Darstellung und Analyse der Investitions- und Finanzierungsvolumina (vgl. Abschnitt 3.5) wird zwischen dem *Eintritt in eine bestehende Gemeinschaftspraxis* (n = 7), der *Übernahme einer Gemeinschaftspraxis* (n = 6) und der *Neugründung einer Gemeinschaftspraxis* (n = 5) unterschieden.

⁵ Dieses Verteilungsmuster deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen der Investitionsanalyse des IDZ mit der Apo-Bank (vgl. Klingenberg und Schwarte, 2003).



© IDZ 2003

Abbildung 2: Wahl der Praxisform

Bei einer Differenzierung nach Alter und Geschlecht (vgl. Tabelle 2) zeigten sich teilweise deutliche Abweichungen von den obigen Werten. So hatten die jüngeren Existenzgründer (Altersgruppe bis 30 Jahre) eine überdurchschnittliche Präferenz für die *Einzelpraxisübernahme* sowie die *Gemeinschaftspraxis*, während die *Gemeinschaftspraxis* bei den älteren Existenzgründern (Altersgruppe der über 40-jährigen) offenbar eher auf Vorbehalte stieß. Gleiches gilt für Existenzgründerinnen, die sich deutlich häufiger als ihre männlichen Kollegen für eine *Einzelpraxisübernahme*, indes relativ selten für die Gründung bzw. den Einstieg in eine *Gemeinschaftspraxis* entschieden.

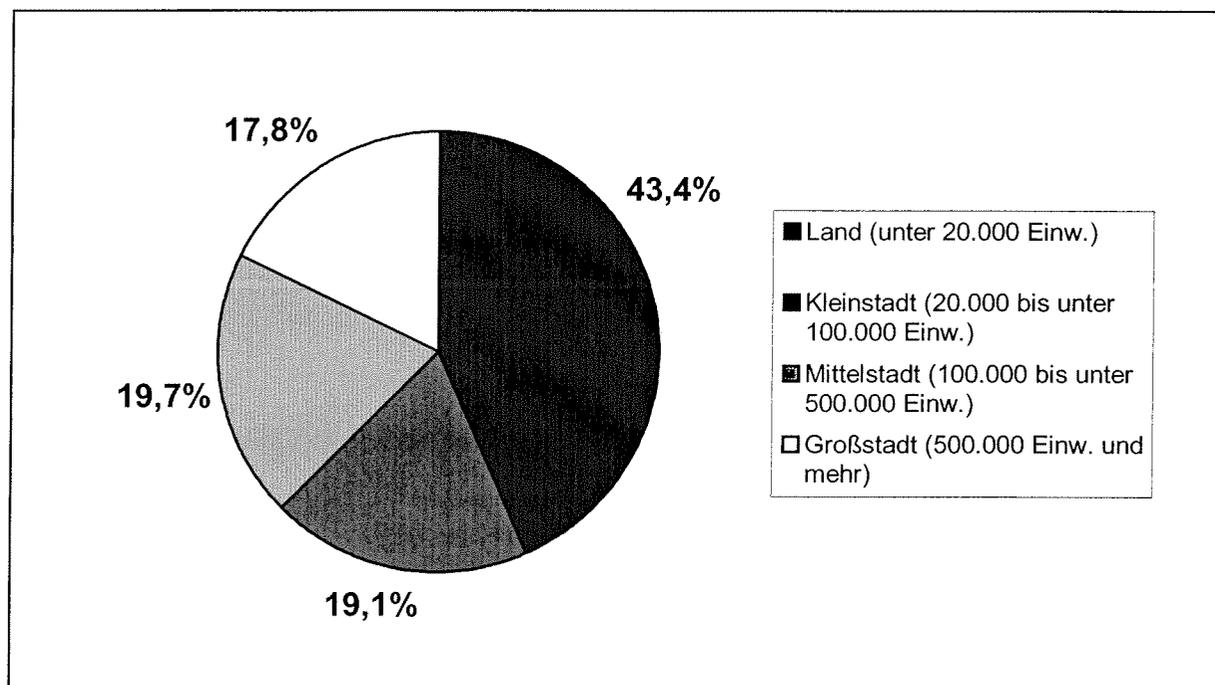
	Altersgruppe			Geschlecht	
	bis 30 Jahre	31-40 Jahre	über 40 Jahre	männlich	weiblich
	%	%	%	%	%
Einzelpraxisneugründung.....	16,7	35,0	30,8	34,1	31,5
Einzelpraxisübernahme.....	66,6	50,8	61,5	48,3	61,1
Gemeinschaftspraxis.....	16,7	14,2	7,7	17,6	7,4

© IDZ 2003

3.2 Wahl des Standortes (Praxislage)

Bei der Vorbereitung einer Existenzgründung kommt der Standortwahl eine entscheidende Bedeutung zu, da die Ertragskraft einer Zahnarztpraxis in hohem Maße auf regionalen Besonderheiten beruht. Zum einen ist die Zahnarztdichte und damit der Konkurrenzdruck räumlich unterschiedlich ausgeprägt.⁶ Zum anderen streut die Wirtschaftskraft und damit das Pro-Kopf-Einkommen sowie die Nachfrageelastizität der Patienten regional (vgl. Bade und Niebuhr, 1999; Gahlen, Hesse und Ramser, 1995; Nerlinger, 1998). Über die *Standortqualität* entscheiden mithin eine Vielzahl unterschiedlichster Faktoren, die von sozialstrukturellen (soziales Umfeld, Altersstruktur) und raumplanerischen (Verkehrsanbindung, Branchenansiedelung, Publikumszentren) Aspekten bis hin zu gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (Bedarfsplanung) reichen (vgl. Hennessen, 1999; Kanzler, 1997; Thill, 2002).

Betrachtet man die in der AVE-Z-Stichprobe erfassten Existenzgründungen unter räumlichen Gesichtspunkten (vgl. Abbildung 3), so kristallisiert sich ein Anteil von 43,4 Prozent im ländlichen Bereich heraus, 19,1 Prozent entfallen auf Kleinstädte, 19,7 Prozent auf Mittelstädte und 17,8 Prozent auf den großstädtischen Bereich.⁷ Für eine Niederlassung in räumlicher Nähe (d. h. im Umkreis von max. 50 km) zur Hochschule, an der sie ihr Zahnmedizinstudium absolviert hatten, entschieden sich 38,1 Prozent der Existenzgründer.



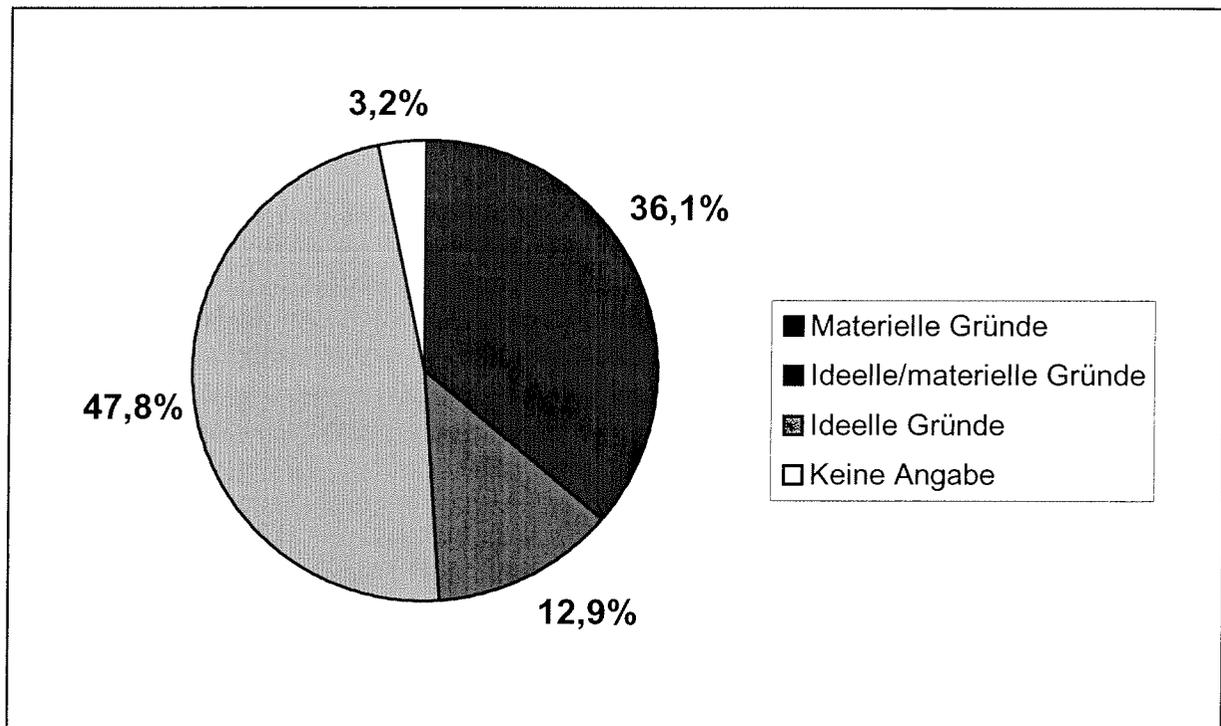
© IDZ 2003

Abbildung 3: Standortwahl und Ortsgröße

⁶ Eine erhöhte Zahnarztdichte besteht traditionell im Bereich der Hochschulstandorte, an denen Zahnmedizin gelehrt wird.

⁷ Das räumliche Verteilungsmuster streut merklich im Hinblick auf die Art der Praxisform. Während die Einzelpraxisneugründung im kleinstädtischen Umfeld mehrheitlich präferiert wird, sind Einzelpraxisneugründungen in Großstädten offenbar selten geworden. Hier werden 81,5 Prozent aller Existenzgründungen in Form einer Einzelpraxisübernahme durchgeführt.

Als Motiv für die Standortwahl nannten 36,1 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründer *materielle Gründe* (günstiges Preis-Leistungsverhältnis, zentrale Lage, Versorgungsdichte, Anteil der Privatpatienten, Scheinanzahl/Umsatz, Wachstumspotential der Praxis). 47,8 Prozent entschieden sich hingegen aus *ideellen Gründen* (Nähe zur Heimat bzw. zum Wohnort, familiäre Gründe, Lebensqualität) für den gewählten Standort. Insgesamt 12,9 Prozent fällten die Standortentscheidung aus einer Kombination materieller und ideeller Gründe (vgl. Abbildung 4).



© IDZ 2003

Abbildung 4: Motive für die Standortwahl

Wie bedeutsam eine umfassende *Zielgruppenanalyse* für die Standortplanung ist, zeigt sich bereits daran, dass 76,1 Prozent der befragten Existenzgründer strukturelle Besonderheiten in ihrer Patientenklientel bezüglich Alter, Einkommen, Bildungsgrad oder Gesundheitsbewusstsein sahen. Während sich die Patientenklientel von Praxen in *Mittelstädten* kaum vom Durchschnitt abhob, hatten die Patienten *ländlicher Zahnarztpraxen* nach der Einschätzung der befragten Zahnärzte in der Regel ein geringeres Bildungsniveau und zeigten weniger Gesundheitsbewusstsein. Im *kleinstädtischen Bereich* dominierten die jüngeren Patienten mit höherem Bildungsgrad und ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein. Die Patientenstruktur in der *Großstadt* war hingegen durch viele ältere Patienten mit höherem Einkommen und überdurchschnittlichem Gesundheitsbewusstsein geprägt. Hier lag auch der Anteil der Privatpatienten deutlich höher.

3.3 Wahl von Arbeitsschwerpunkten

Die Frage der Standortwahl ist prinzipiell eng mit der Entscheidung hinsichtlich bestimmter Arbeitsschwerpunkte verknüpft, da diese auf die Bedürfnisse des lokal bzw. regional maßgeblichen Patientenklientels zugeschnitten sein sollten. Die zunehmen-

de Ausdifferenzierung der ZahnMedizin hat zur Herausbildung spezieller Arbeitsschwerpunkte beigetragen, die sich unter Marketingaspekten gerade in der Anfangsphase auch gezielt zur *Praxisprofilierung* einsetzen lassen.

In der AVE-Z-Stichprobe entschieden sich lediglich 22,1 Prozent der Existenzgründer für die Gründung einer allgemein Zahnärztlichen Praxis ohne besondere Arbeitsschwerpunkte. 71,4 Prozent der Gründungen waren hingegen allgemein Zahnärztliche Praxen mit mindestens einem Arbeitsschwerpunkt (im Schnitt wurden vier Arbeitsschwerpunkte genannt, am häufigsten Prophylaxe, Zahnerhaltung, Parodontologie, Prothetik und Ästhetische Zahnheilkunde), in weiteren 6,5 Prozent der Fälle wurde eine fach Zahnärztliche Praxis eröffnet (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Zahnärztliche Existenzgründungen mit und ohne Arbeitsschwerpunkte	
	%
Praxis ohne Arbeitsschwerpunkte	22,1
Praxis mit Arbeitsschwerpunkten	71,4
davon mit dem Schwerpunkt (Mehrfachnennungen möglich)	
▪ Kinder Zahnheilkunde	34,5
▪ Prophylaxe	80,0
▪ Zahnerhaltung	72,7
▪ Kieferorthopädie	4,5
▪ Parodontologie	68,2
▪ Prothetik	66,4
▪ Implantologie	24,5
▪ Ästhetische Zahnheilkunde.....	57,3
▪ Naturheilkunde	6,4
Fach Zahnärztliche Praxis	6,5

© IDZ 2003

Wie schon bei der Standortfrage zeigt sich auch bei der Wahl der Arbeitsschwerpunkte die *Bedeutung einer fundierten Zielgruppenanalyse*. Praxen mit den Arbeitsschwerpunkten Implantologie und/oder Ästhetische Zahnheilkunde wiesen eine Patientenstruktur mit vergleichsweise höherem Einkommen auf. Praxen mit den Arbeitsschwerpunkten Zahnerhaltung, Implantologie und/oder Ästhetische Zahnheilkunde versorgten überdurchschnittlich viele Patienten mit höherem Bildungsgrad. Besonders viele Patienten mit ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein hatten schließlich die Praxen mit den Arbeitsschwerpunkten Prophylaxe und/oder Implantologie.

3.4 Wahl der Praxisgröße

Die Zusammenführung von Aspekten der Marktstruktur- und der Standortanalyse gibt dem Existenzgründer Hinweise auf das *Praxispotential* und damit auf die zu deren Ausschöpfung erforderliche Praxisgröße. Hiermit ist der Umfang der Praxisausstattung gemeint, d. h. *alle Ressourcen sachlicher und personeller Art, die zum Praxisbetrieb benötigt werden* (Raumfläche, Anzahl der Behandlungsstühle/-einheiten, Anzahl des Personals etc.). Im Falle einer Praxisneugründung hat der Zahnarzt mehr Spielraum bei der Wahl der Praxisgröße, allerdings fehlen ihm die Erfahrungswerte, die im Falle einer Praxisübernahme vom Vorgänger geliefert werden können.

Wie aus Tabelle 4 ersichtlich (vgl. Tabelle 4), entschieden sich die in der AVE-Z-Stichprobe erfassten zahnärztlichen Existenzgründer mehrheitlich für die Anmietung bzw. den Erwerb einer Immobilie mit einer *Raumfläche* zwischen 100 und 174 Quadratmetern (Durchschnitt: 139,5 Quadratmeter).

Ein limitierender Faktor bei der Ausschöpfung des Praxispotentials ist naturgemäß die *Anzahl der Behandlungsstühle/-einheiten*. Hier entschied sich die Mehrheit der zahnärztlichen Existenzgründer (85,1 Prozent) für die Anschaffung von zwei oder drei Behandlungsstühlen/-einheiten (Durchschnitt: 2,6).

Die *durchschnittliche Anzahl des Personals einschließlich Zahnarzt/Zahnärztin* entsprach zum Zeitpunkt der Gründung 4,6 Vollzeitstellen. Lediglich 7,8 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründer mussten bis zum Stichtag 1. Oktober 2002 Personal abbauen, weitere 22,9 Prozent konnten den Beschäftigungsstand halten. Die meisten Existenzgründer (69,3 Prozent) stellten im weiteren Verlauf ihrer Praxistätigkeit jedoch weiteres Personal ein.

Das Beschäftigungswachstum lag im Schnitt bei 28,1 Prozent. Zum Stichtag 1. Oktober 2002 betrug das durchschnittliche Praxispersonal einschließlich Zahnarzt/Zahnärztin demzufolge 5,9 Vollzeitstellen. Lediglich die Anzahl der unentgeltlich tätigen Familienangehörigen ging in diesem Zeitraum zurück, was auf die Überbrückungsfunktion der Familienangehörigen hindeutet und den Stellenwert des Familiennetzwerkes in der Anfangsphase der Existenzgründung unterstreicht.

Im Hinblick auf die *wöchentliche Arbeitszeit* – eine wichtige betriebswirtschaftliche Maßzahl im Hinblick auf den Auslastungsgrad der personellen und sachlichen Ressourcen – unterscheiden sich neugegründete Zahnarztpraxen nur marginal von einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit betrug in der AVE-Z-Stichprobe 47,6 Stunden. Dieses Zeitbudget lässt sich wiederum unterteilen in 35,7 Stunden Behandlungszeit, 8,4 Stunden Verwaltungstätigkeiten und 3,5 Stunden für Fortbildung, Berufspolitik und ähnliches.

Gegenüber den Erhebungen der KZBV (vgl. KZBV, 2002), die für die alten Bundesländer im Jahr 2000 eine Gesamtarbeitszeit von 48,0 Stunden (35,7 Stunden Behandlungszeit, 7,4 Stunden Zeitaufwand für Praxisverwaltung, 4,9 Stunden sonstige Arbeitszeit) ermittelt haben, fällt der vergleichsweise höhere Zeitaufwand für die Praxisverwaltung auf, der aber vermutlich mit zunehmender Berufserfahrung wieder sukzessive reduziert werden kann. Im Gegenzug dürfte generell der Fortbildungsbedarf mit dem zeitlichen Abstand zum Studium ansteigen.

Tabelle 4: Wahl der Praxisgröße – Sachliche und personelle Ressourcen neugegründeter Zahnarztpraxen		
Durchschnittliche Raumfläche	139,5 qm	
Anteil der Zahnarztpraxen mit einer Raumfläche		
▪ unter 100 Quadratmetern	17,4 %	
▪ zwischen 100 und 174 Quadratmetern	62,6 %	
▪ 175 Quadratmeter und mehr	20,0 %	
Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsstühle/-einheiten	2,6	
Anteil der Zahnarztpraxen mit		
▪ 1 Behandlungsstuhl/-einheit	3,2 %	
▪ 2 Behandlungsstühlen/-einheiten.....	49,0 %	
▪ 3 Behandlungsstühlen/-einheiten.....	36,1 %	
▪ 4 Behandlungsstühlen/-einheiten.....	6,5 %	
▪ 5 Behandlungsstühlen/-einheiten.....	3,9 %	
▪ 6 Behandlungsstühlen/-einheiten.....	1,3 %	
Personal (in Vollzeitstellen)	zum Zeitpunkt der Gründung	Beschäftigungswachstum bis zum 1.10.2002
▪ Zahnärztin/Zahnarzt	1,2	+8,8 %
▪ Zahntechniker.....	0,1	+28,8 %
▪ Dental-Hygienikerin	<0,1	+360,0 %
▪ Zahnmed. Fachhelferin/-assistentin	0,3	+21,5 %
▪ Zahnmed. Prophylaxehelferin/-assistentin	0,2	+69,2 %
▪ Zahnmed. Verwaltungshelferin/-assistentin	0,2	+37,6 %
▪ Zahnmed. Fachangestellte (Zahnarzhelferin)	1,3	+15,1 %
▪ Zahnmed. Auszubildende	0,5	+79,1 %
▪ Unentgeltlich tätige Familienangehörige	0,2	-14,1 %
▪ Sonstiges Personal (Bürohilfe, Raumpflege)	0,5	+43,9 %
Gesamtes Personal	4,6	+28,1 %
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	47,6 Std.	
▪ Wöchentliche Behandlungszeit.....	35,7 Std.	
▪ Wöchentliche Verwaltungstätigkeit	8,4 Std.	
▪ Sonstige Arbeitszeit (Fortbildung u. ä.).....	3,5 Std.	
Anteil der Praxen mit einer Wochenarbeitszeit von		
▪ 30 Stunden und weniger.....	2,0 %	
▪ 31 bis 40 Stunden	18,9 %	
▪ 41 bis 50 Stunden	48,4 %	
▪ mehr als 50 Stunden	30,7 %	

Die Ergebnisse zur wöchentlichen Arbeitszeit machen deutlich, dass die zahnärztlichen Existenzgründer fast ausschließlich eine *Vollerwerbspraxis* etablieren und *Nebenerwerbsgründungen* eine seltene Ausnahme bleiben. In vier von fünf Zahnarztpraxen wird mehr als 40 Stunden wöchentlich gearbeitet, lediglich 2 Prozent der Praxen haben eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 30 Stunden oder weniger. Auch neigten weibliche Existenzgründer nicht signifikant häufiger als ihre männlichen Kollegen zu einer Nebenerwerbsgründung, wie schon ein Vergleich der geschlechtsspezifischen Arbeitszeitvolumina deutlich macht (männliche Existenzgründer: 48,6 Stunden, weibliche Existenzgründer: 46,0 Stunden).

3.5 Umfang und Struktur betrieblicher Investitions- bzw. Finanzierungsvolumina

Die Daten der jährlich publizierten Investitionsanalyse von IDZ und Apo-Bank lassen erkennen, dass das zur Gründung einer Zahnarztpraxis benötigte Investitions- bzw. Finanzierungsvolumen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist und mittlerweile zum Teil weit über dem Investitionsbedarf anderer vergleichbarer Facharztgruppen liegt (vgl. Klingenberg und Schwarte, 2003). Das hohe Investitionsniveau für eine zahnärztliche Praxis wird durch die Ergebnisse aus der ersten Befragungswelle des AVE-Z-Projektes bestätigt.

Bei der *Neugründung einer Einzelpraxis* wurden durchschnittlich 275.000 Euro investiert (vgl. Tabelle 5). Männliche Existenzgründer investierten dabei mit 287.000 Euro im Schnitt 36.000 Euro mehr als die weiblichen Existenzgründer.

Tabelle 5: Neugründung einer Einzelpraxis – Investitions- bzw. Finanzierungsvolumina differenziert nach Geschlecht, Alter und Praxislage (in 1.000 Euro)										
	MW	Geschlecht		Alter			Praxislage			
		männlich	weiblich	24-30 Jahre	31-40 Jahre	>40 Jahre	Land	Kleinstadt	Mittlstadt	Großstadt
Med.-techn. Geräte/Einrichtung....	194	201	180	205	193	196	202	180	183	241
+ Bau- und Umbaukosten....	30	27	36	7	32	23	25	27	42	50
= Praxisinvestitionen.....	224	228	216	212	225	219	227	207	225	291
+ Betriebsmittelkredit.....	51	59	35	54	52	45	50	29	82	69
= Finanzierungsvolumen.....	275	287	251	266	277	264	277	236	307	360

© IDZ 2003

Die Auswertung nach dem Alter zeigte nur geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Die Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen Existenzgründer investierte mit 277.000 Euro relativ am meisten. Größere Unterschiede hinsichtlich

des Finanzierungsvolumens zeigten sich indes bei einer Differenzierung nach Praxislage. Die Neugründung einer Großstadtpraxis kostete mit 360.000 Euro knapp 53 Prozent mehr als eine Niederlassung im kleinstädtischen Umfeld.

Tabelle 6 zeigt, dass die *Übernahme einer Einzelpraxis* im Schnitt mit 226.000 Euro zu Buche geschlagen hat. Männliche Existenzgründer investierten durchschnittlich 241.000 Euro und damit 33.000 Euro mehr als weibliche Existenzgründer. Eine Differenzierung nach dem Alter des Existenzgründers ergab keine gravierenden Unterschiede; hier investierte die Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen mit 223.000 Euro vergleichsweise am wenigsten. Die *Übernahme einer Einzelpraxis* auf dem Land war mit einem Finanzierungsvolumen von 222.000 Euro am günstigsten, während im mittelstädtischen Umfeld durchschnittlich ein Betrag von 244.000 Euro aufzuwenden war.

Tabelle 6: Übernahme einer Einzelpraxis - Investitionsvolumina differenziert nach Geschlecht, Alter und Praxislage (in 1.000 Euro)										
	MW	Geschlecht		Alter			Praxislage			
		männlich	weiblich	24-30 Jahre	31-40 Jahre	>40 Jahre	Land	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt
Substanzwert	47	40	58	64	44	58	38	41	66	51
+ Neuan- schaffungen	62	71	50	61	61	66	79	64	44	54
= Substanzwert zzgl. Neuan- schaffungen	109	111	108	125	105	124	117	105	110	105
+ Goodwill	66	76	53	58	68	60	67	64	67	67
+ Bau- und Umbaukosten....	19	19	20	18	18	27	13	36	13	26
= Praxisinvesti- tionen	194	206	181	201	191	211	197	205	190	198
+ Betriebsmittel- kredit	32	35	27	34	32	25	25	26	54	29
= Finanzierungs- volumen	226	241	208	235	223	236	222	231	244	227

© IDZ 2003

Bei der Analyse der *Gründung von Gemeinschaftspraxen* lässt die geringe Fallzahl der AVE-Z-Stichprobe leider eine ähnlich differenzierte Betrachtung wie bei den Einzelpraxen nicht zu.⁸ Die Ergebnisse machen jedoch deutlich, dass bei Gemeinschaftspraxen strikt zwischen Neugründung, Übernahme und Eintritt zu unterscheiden ist. Für den *Eintritt in eine bestehende Gemeinschaftspraxis* wurden im Schnitt 165.000 Euro investiert, die *Übernahme einer Gemeinschaftspraxis* schlug demgegenüber mit 230.000 Euro zu Buche. Mit der Entscheidung für die *Neugründung ei-*

⁸ Diese Aussage gilt auch für die folgenden Auswertungen zu den betriebswirtschaftlichen Kennziffern.

ner *Gemeinschaftspraxis* verbinden sich offenbar Praxiskonzepte mit anderen Finanzierungsdimensionen; das durchschnittliche Finanzierungsvolumen einer neugegründeten Gemeinschaftspraxis betrug 469.000 Euro. Der individuell aufzubringende Finanzierungsanteil ist im Fall der *Neugründung einer Gemeinschaftspraxis* also keineswegs niedriger als bei einer *Einzelpraxisneugründung*, sondern dürfte in vielen Fällen sogar eher höher liegen. Insofern ist die Hypothese, der Trend zur *Gemeinschaftspraxis* sei lediglich ein „Kind der Not“, da der Investitionsbedarf von Einzelpraxisneugründungen bzw. -übernahmen nicht mehr zu finanzieren sei, stark zu relativieren.

Die Entscheidung des Existenzgründers für bestimmte Arbeitsschwerpunkte geht mit einem entsprechend unterschiedlichen Bedarf an sachlichen und personellen Ressourcen einher. Insofern ist es sinnvoll, die Investitions- bzw. Finanzierungsvolumina von zahnärztlichen Existenzgründungen nach Arbeitsschwerpunkten zu differenzieren. Betrachtet man *Einzelpraxisneugründungen* (vgl. Tabelle 7), so zeigt sich, dass Schwerpunktpraxen im Schnitt keinen höheren Finanzierungsaufwand begründen als *Einzelpraxisneugründungen ohne Arbeitsschwerpunkte*, sondern mit einem Finanzierungsvolumen von 274.000 Euro sogar 11.000 Euro unter dem Finanzierungsbedarf der neugegründeten Einzelpraxen ohne Arbeitsschwerpunkte liegen. Eine Spezialisierung mag auf der einen Seite die Anschaffung kostspieliger spezieller medizinisch-technischer Geräte bedingen. Sie geht auf der anderen Seite aber offenbar mit einem *selektioniertem Leistungsspektrum* einher (vgl. Oehme und Oehme, 1995), das an anderer Stelle niedrigere Investitionen erforderlich macht.

Tabelle 7: Neugründung einer Einzelpraxis - Investitions- bzw. Finanzierungsvolumina differenziert nach Arbeitsschwerpunkten (in 1.000 Euro)									
	ohne Arbeitsschwerpunkte	mit Arbeitsschwerpunkten (Mehrfachnennungen möglich)							
	MW	MW	Kinder-ZHK	Prophylaxe	Zahnerhaltung	Parodontologie	Prothetik	Implantologie	Ästhetische ZHK
Med.-techn. Geräte/ Einrichtung.....	195	191	200	190	192	193	197	192	191
+ Bau- und Umbaukosten.....	43	29	35	31	31	33	22	30	28
= Praxisinvestitionen.....	238	220	235	221	223	226	219	222	219
+ Betriebsmittelkredit.....	47	54	58	52	46	53	49	69	55
= Finanzierungsvolumen.....	285	274	293	273	269	279	268	291	274

© IDZ 2003

Bei *Einzelpraxisübernahmen* lag der Investitionsbedarf der Schwerpunktpraxen mit 239.000 Euro um 29.000 Euro höher als bei *Einzelpraxisübernahmen* ohne entsprechende Arbeitsschwerpunkte (vgl. Tabelle 8). Vor allem die Praxen mit dem Arbeits-

schwerpunkt Implantologie hoben sich mit einem Gesamtfinanzierungsvolumen von 337.000 Euro sehr merklich vom Durchschnitt ab. Deutlich höhere Beträge wurden insbesondere für den ideellen Wert (Goodwill) – der als Indikator für die hoch gesteckten Umsatzerwartungen an implantologische Schwerpunktpraxen interpretiert werden kann – als auch für Neuanschaffungen sowie Bau- und Umbaukosten gezahlt.

Der Arbeitsschwerpunkt Implantologie wird im übrigen auch auffallend häufig von Gemeinschaftspraxen zur Praxisprofilierung gewählt. Implantologische Leistungen werden von 46,7 Prozent der Gemeinschaftspraxen mit Arbeitsschwerpunkten angeboten.

Tabelle 8: Übernahme einer Einzelpraxis – Investitions- bzw. Finanzierungsvolumina differenziert nach Arbeitsschwerpunkten (in 1.000 Euro)									
	ohne Arbeitsschwerpunkte	mit Arbeitsschwerpunkten (Mehrfachnennungen möglich)							
	MW	MW	Kinder-ZHK	Prophylaxe	Zahnerhaltung	Parodontologie	Prothetik	Implantologie	Ästhetische ZHK
Substanzwert	49	47	44	47	46	52	48	47	45
+ Neuanschaffungen	53	68	58	63	61	62	59	93	73
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	102	115	102	110	107	114	107	140	118
+ Goodwill	63	69	54	62	58	65	72	115	63
+ Bau- und Umbaukosten	17	21	21	21	20	20	19	60	32
= Praxisinvestitionen	182	205	177	193	185	199	198	315	213
+ Betriebsmittelkredit	28	34	27	34	36	37	35	22	44
= Finanzierungsvolumen	210	239	204	227	221	236	233	337	257

© IDZ 2003

Über die Frage nach Umfang und Struktur betrieblicher Investitions- bzw. Finanzierungsvolumina hinausgehend können aus der ersten Befragungswelle des AVE-Z-Projektes auch Erkenntnisse hinsichtlich des Umfanges des eingesetzten Eigenkapitals bzw. der in Anspruch genommenen öffentlichen Fördermittel abgeleitet werden. Demnach setzten 28,3 Prozent der befragten Zahnärzte *Eigenmittel* ein (vgl. Tabelle 9). Das Eigenkapital lag im Schnitt bei 40.000 Euro. Bezogen auf alle erfassten zahnärztlichen Existenzgründungen wurden somit nur knapp über 11.000 Euro je Fall an Eigenmitteln aufgebracht, was im Hinblick auf das Finanzierungsvolumen einer durchschnittlichen Eigenkapitalquote von knapp 4,7 Prozent entspricht.

Tabelle 9: Umfang des im Rahmen zahnärztlicher Existenzgründungen eingesetzten Eigenkapitals bzw. der in Anspruch genommenen öffentlichen Fördermittel			
	MW	Geschlecht	
		männlich	weiblich
Anteil der Existenzgründungen, bei denen Eigenmittel eingesetzt wurden...	28,3 %	25,0 %	33,9 %
Durchschnittliche Höhe der Eigenmittel	40.000 EUR	37.000 EUR	45.000 EUR
Anteil der Existenzgründungen, bei denen öffentliche Fördermittel eingesetzt wurden.....	58,2 %	55,7 %	62,5 %
Durchschnittliche Höhe der öffentlichen Fördermittel.....	131.000 EUR	134.000 EUR	126.000 EUR

© IDZ 2003

Weibliche Existenzgründer setzten nicht nur häufiger und mehr Eigenmittel ein als ihre männlichen Kollegen, sondern fragten auch vergleichsweise häufiger *öffentliche Fördermittel* ab. Der Anteil der zahnärztlichen Existenzgründungen, bei denen öffentliche Fördermittel in Anspruch genommen wurde, lag insgesamt bei 58,2 Prozent. Im Durchschnitt wurde ein Förderbetrag von 131.000 Euro in Anspruch genommen. Die durchschnittliche Förderquote (Anteil der öffentlichen Fördermittel am gesamten Finanzierungsvolumen) lag bei 53,3 Prozent (männliche Existenzgründer: 52,0 Prozent; weibliche Existenzgründer: 56,2 Prozent).

Über *Schwierigkeiten bei der Kreditaufnahme* berichteten insgesamt 12,9 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründer (männliche Existenzgründer: 13,4 Prozent; weibliche Existenzgründer: 12,5 Prozent). Im Rahmen einer offenen Fragestellung konnten die wesentlichen Gründe für die Finanzierungsschwierigkeiten identifiziert werden. Von Seiten der Banken wurde eine Praxisfinanzierung demnach insbesondere aufgrund fehlender Sicherheiten bzw. zu geringen Eigenkapitals abgelehnt, womit die eingangs angesprochene Problematik der Eigenkapitalknappheit bzw. Fremdkapitalabhängigkeit von zahnärztlichen Existenzgründungen erneut bestätigt wird. Die Banken lehnten eine Praxisfinanzierung mitunter auch ab, wenn sie das vom Praxisgründer vorgesehene Finanzierungsvolumen als unangemessen hoch oder das Praxis-konzept bzw. die vorgesehene Praxislage als nicht akzeptabel erachteten. In Einzelfällen waren die Finanzierungsprobleme offenbar auch auf die familiäre Situation des Existenzgründers zurückzuführen.

3.6 Umfang und Struktur der Betriebsausgaben

Mit der Aufnahme des Praxisbetriebes entstehen dem zahnärztlichen Existenzgründer laufende Kosten, die kurzfristig über Betriebsmittelkredite finanzierbar sind, auf längere Sicht aber durch entsprechende Einnahmen ausgeglichen werden müssen.

Über alle Praxisformen hinweg entstanden den zahnärztlichen Existenzgründern durchschnittliche Betriebsausgaben in Höhe von 236.000 Euro (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Umfang und Struktur der Betriebsausgaben im Jahr 2001						
	alle zahnärztlichen Existenzgründungen (n = 142)		nur Einzelpraxisneugründungen (n = 42)		nur Einzelpraxisübernahmen (n = 74)	
	in 1.000 Euro	%	in 1.000 Euro	%	in 1.000 Euro	%
Personalkosten (inklusive Sozialleistungen).....	59	25,0	41	20,7	61	24,8
Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien.....	73	31,1	56	27,9	79	32,3
Materialkosten für Praxis und Labor	21	8,7	18	9,1	19	7,7
Raumkosten.....	19	7,8	19	9,3	18	7,5
Zinsen für Praxisdarlehen	11	4,7	13	6,9	10	4,3
Abschreibungen.....	29	12,2	30	15,0	32	12,9
Übrige Betriebsausgaben.....	25	10,5	22	11,1	26	10,5
Gesamtbetrag der Betriebsausgaben.....	236	100,0	199	100,0	245	100,0

© IDZ 2003

Der Strukturvergleich der Betriebsausgaben von *Einzelpraxisneugründungen* und *Einzelpraxisübernahmen* zeigt, dass die Personalkosten im Falle von *Einzelpraxisübernahmen* nicht nur absolut (um durchschnittlich 20.000 Euro bzw. 0,6 Vollzeitstellen), sondern auch relativ (bezogen auf die Gesamtausgaben im Schnitt um 4,1 Prozentpunkte) höher lagen als bei *Einzelpraxisneugründungen*. Gleiches gilt für die Arbeiten von Fremdlaboratorien, für die bei übernommenen Einzelpraxen im Schnitt im Vergleich 23.000 Euro (entspricht 4,4 Prozentpunkte) mehr verausgabt wurden.

Bei einem Vergleich mit der Abrechnungsstatistik der KZBV im Gesamtdurchschnitt fällt auf, dass der Personalkostenanteil neu gegründeter bzw. übernommener Praxen mit 25 Prozent deutlich unter dem Personalkostenanteil durchschnittlicher Zahnarztpraxen liegt, die im Schnitt 30,4 Prozent ihrer Betriebskosten für Personal verausgaben. Infolge des bei einer Praxiskonsolidierung einsetzenden Beschäftigungswachstums (vgl. Abschnitt 3.4) dürften sich diese Unterschiede allerdings sukzessive verringern. Im Vergleich mit einer durchschnittlichen Zahnarztpraxis haben zahnärztliche Existenzgründer zudem einen fast doppelt so hohen Ausgabenanteil für Abschreibungen (plus 5,8 Prozentpunkte) sowie einen höheren Anteil für Raumkosten (plus 1,3 Prozentpunkte) zu tragen (vgl. KZBV, 2003).

Die detaillierte *Aufschlüsselung der Betriebsausgaben nach den gewählten Arbeitsschwerpunkten* (vgl. Tabelle 11) zeigt, dass die Entscheidung für einen Arbeitsschwerpunkt oder mehrere Arbeitsschwerpunkte offensichtlich generell mit höheren Betriebsausgaben einhergeht. Besonders deutlich wird dies bei den Kostenstellen Personal, Eigen- und Fremdlabor sowie Abschreibungen. Auch hier stechen wieder die Praxen mit dem Arbeitsschwerpunkt Implantologie besonders heraus, deren Be-

etriebsausgaben im Schnitt 320.000 Euro betragen, während eine neugegründete Einzelpraxis im Jahr 2001 lediglich 161.000 Euro verausgabte.

Tabelle 11: Betriebsausgaben von neugegründeten Einzelpraxen im Jahr 2001 differenziert nach Arbeitsschwerpunkten (in 1.000 Euro)									
	ohne Arbeitsschwerpunkte	mit Arbeitsschwerpunkten (Mehrfachnennungen möglich)							
	MW	MW	Kinder-ZHK	Prophylaxe	Zahnerhaltung	Parodontologie	Prothetik	Implantologie	Ästhetische ZHK
Personalkosten (inkl. Sozialleistungen)	32	47	51	46	43	45	42	66	45
Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien	47	65	74	61	57	60	50	108	67
Materialkosten für Praxis und Labor.....	12	22	22	20	22	23	20	29	20
Raumkosten.....	15	20	20	19	19	19	17	26	20
Zinsen für Praxisdarlehen	15	14	13	14	13	14	12	16	14
Abschreibungen	22	33	41	34	29	32	27	47	31
Übrige Betriebsausgaben.	18	24	24	22	25	22	18	28	25
Gesamtbetrag der Betriebsausgaben	161	225	245	216	208	215	186	320	222

© IDZ 2003

Während die Betriebsausgaben von neugegründeten Einzelpraxen mit einem Arbeitsschwerpunkt oder mehreren Arbeitsschwerpunkten generell höher lagen als die Betriebsausgaben von Einzelpraxisneugründungen ohne entsprechende Arbeitsschwerpunkte, gab es bei den Einzelpraxisübernahmen zwei Ausnahmen von diesem Muster. Wie aus Tabelle 12 ersichtlich, verzeichneten übernommene Einzelpraxen mit den Arbeitsschwerpunkten Kinderzahnheilkunde und/oder Zahnerhaltung im Jahr 2001 Betriebsausgaben in Höhe von 210.000 Euro bzw. 220.000 Euro und lagen damit unter den durchschnittlichen Betriebsausgaben einer übernommenen Einzelpraxis ohne Arbeitsschwerpunkte.

Generell lagen die durchschnittlichen Betriebsausgaben von übernommenen Einzelpraxen über denen neugegründeter Einzelpraxen. Die einzige Ausnahme betraf wiederum den Arbeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde. Hier überstiegen die durchschnittlichen Betriebsausgaben der neugegründeten Einzelpraxen den entsprechenden Wert der übernommenen Einzelpraxen um 35.000 Euro.

Tabelle 12: Betriebsausgaben von übernommenen Einzelpraxen im Jahr 2001 differenziert nach Arbeitsschwerpunkten (in 1.000 Euro)									
	ohne Arbeitsschwerpunkte	mit Arbeitsschwerpunkten (Mehrfachnennungen möglich)							
	MW	MW	Kinder-ZHK	Prophylaxe	Zahnerhaltung	Parodontologie	Prothetik	Implantologie	Ästhetische ZHK
Personalkosten (inkl. Sozialleistungen)	56	61	49	63	52	61	60	110	70
Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien	71	83	64	90	74	95	79	123	103
Materialkosten für Praxis und Labor.....	14	20	25	21	14	21	17	53	24
Raumkosten.....	17	19	15	18	16	19	18	25	21
Zinsen für Praxisdarlehen	10	11	8	10	11	10	11	16	10
Abschreibungen.....	31	33	24	32	30	32	32	55	34
Übrige Betriebsausgaben	28	25	25	25	23	25	27	40	27
Gesamtbetrag der Betriebsausgaben.....	227	252	210	259	220	263	244	422	289

© IDZ 2003

Die Betriebsausgaben der übernommenen Einzelpraxen mit dem Arbeitsschwerpunkt Implantologie lagen – wie schon im Falle von neugegründeten Einzelpraxen – mit einem Wert von 422.000 Euro deutlich über dem Durchschnitt, wobei besonders die hohen Personalkosten, Eigen- und Fremdlaborkosten ins Auge fallen.

3.7 Umfang und Struktur der Gesamteinnahmen

Die Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit erreichten im Jahr 2001 über alle Praxisformen hinweg 296.000 Euro. Bei *neugegründeten Einzelpraxen* betragen die Gesamteinnahmen im Schnitt 226.000 Euro, während *übernommene Einzelpraxen* durchschnittlich 299.000 Euro an Einnahmen verbuchen konnten (vgl. Tabelle 13).

Die Kostenstrukturerhebungen der KZBV weisen demgegenüber für die alten Bundesländer einen durchschnittlichen Wert von 355.000 Euro je Praxisinhaber für das Jahr 2000 aus (vgl. KZBV, 2002). In der Anfangsphase müssen zahnärztliche Existenzgründer demnach in aller Regel mit unterdurchschnittlichen Gesamteinnahmen rechnen. Auch fällt der nicht über die KZV vereinnahmte Anteil der Gesamteinnahmen, der im Gesamtdurchschnitt aller Zahnarztpraxen bei 39,8 Prozent lag (vgl. KZBV, 2003), bei den neugegründeten bzw. neu übernommenen Zahnarztpraxen geringer aus. Im Schnitt wurden hier lediglich 36,9 Prozent der Gesamteinnahmen nicht über die KZV, sondern über Selbstzahler eingenommen.

Tabelle 13: Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit im Jahr 2001			
	alle zahnärztlichen Existenzgründungen (n = 142)	nur Einzelpraxisneugründungen (n = 42)	nur Einzelpraxisübernahmen (n = 74)
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro).....	296	226	299
Einkommensanteil über KZV (in %).....	63,1	65,0	64,0
Einkommensanteil über Selbstzahler (in %) ..	36,9	35,0	36,0
Durchschnittliche Scheinanzahl pro Quartal ¹	412	355	393
Anteil der Privatpatienten (in %) ²	14,1	14,9	11,8

© IDZ 2003

¹ Berechnet mit den Klassenmittelwerten. Klassendefinition: Untere Klasse (unter 200 Scheine) wurde bei einem Minimalwert von 0 geschlossen; obere Klasse (1000 Scheine und mehr) wurde bei einem Maximalwert von 1500 geschlossen.

² Berechnet mit den Klassenmittelwerten. Klassendefinition: Untere Klasse (unter 10 Prozent) wurde bei einem Minimalwert von 0 geschlossen; obere Klasse (30 Prozent und mehr) wurde bei einem Maximalwert von 40 geschlossen.

Differenziert man für die Gruppe der Einzelpraxisneugründungen nach den gewählten Arbeitsschwerpunkten (vgl. Tabelle 14), so zeigt sich, dass die Gesamteinnahmen der neugegründeten Einzelpraxen ohne Arbeitsschwerpunkte im Jahr 2001 insgesamt 30,1 Prozent unter den Gesamteinnahmen der Praxen mit entsprechenden Arbeitsschwerpunkten lagen, und dies, obwohl die Praxen ohne Arbeitsschwerpunkte vergleichsweise mehr Scheine pro Quartal abrechnen sowie einen höheren Selbstzahleranteil auf sich vereinen konnten. Die Praxen mit dem Arbeitsschwerpunkt Implantologie weichen mit einem Gesamteinkommen von 379.000 Euro sowie einem überdurchschnittlichen Privatanteil erneut vom Gesamtbild ab.

Tabelle 14: Höhe und Struktur der Gesamteinnahmen neugegründeter Einzelpraxen im Jahr 2001 differenziert nach Arbeitsschwerpunkten									
	ohne Arbeitsschwerpunkte	mit Arbeitsschwerpunkten (Mehrfachnennungen möglich)							
	MW	MW	Kinder-ZHK	Prophylaxe	Zahnerhaltung	Parodontologie	Prothetik	Implantologie	Ästhetische ZHK
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro)	181	259	261	239	224	251	201	379	260
Einkommensanteil über KZV (in %)	64,3	64,6	65,8	64,9	67,8	64,7	71,7	57,9	63,0
Einkommensanteil über Selbstzahler (in %)	35,7	35,4	34,2	35,1	32,2	35,3	28,3	42,1	37,0
Durchschnittliche Scheinanzahl pro Quartal ¹	411	342	386	343	333	343	359	450	348
Anteil der Privatpatienten (in %) ²	20,5	13,5	12,1	12,9	12,9	14,1	11,5	16,3	14,6

© IDZ 2003

¹ Berechnet mit den Klassenmittelwerten. Klassendefinition: Untere Klasse (unter 200 Scheine) wurde bei einem Minimalwert von 0 geschlossen; obere Klasse (1000 Scheine und mehr) wurde bei einem Maximalwert von 1500 geschlossen.

² Berechnet mit den Klassenmittelwerten. Klassendefinition: Untere Klasse (unter 10 Prozent) wurde bei einem Minimalwert von 0 geschlossen; obere Klasse (30 Prozent und mehr) wurde bei einem Maximalwert von 40 geschlossen.

Bei einer Betrachtung nach Arbeitsschwerpunkten streuen die Gesamteinnahmen der *übernommenen Einzelpraxen* ebenfalls stark (vgl. Tabelle 15). Im Jahr 2001 lagen sie bei den Praxen *ohne* Arbeitsschwerpunkte 7,6 Prozent unter den Gesamteinnahmen der Praxen *mit* Arbeitsschwerpunkten. Lediglich die Schwerpunktpraxen für Kinderzahnheilkunde sowie Zahnerhaltung hatten noch geringere Gesamteinnahmen. Im Hinblick auf die durchschnittliche Anzahl der Scheine pro Quartal zeigten sich keine merklichen Unterschiede, allerdings war der Privatanteil in den Praxen ohne Arbeitsschwerpunkte deutlich geringer.

Tabelle 15: Höhe und Struktur der Gesamteinnahmen von übernommenen Einzelpraxen im Jahr 2001 differenziert nach Arbeitsschwerpunkten (in 1.000 Euro)

	ohne Arbeits- schwer- punkte	mit Arbeitsschwerpunkten (Mehrfachnennungen möglich)							
	MW	MW	Kin- der- ZHK	Pro- phy- laxe	Zahn- erhal- tung	Paro- don- to- logie	Pro- the- tik	Im- plan- tolo- gie	Äs- theti- sche ZHK
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro).....	280	303	238	311	262	320	294	498	342
Einkommensanteil über KZV (in %).....	69,4	61,4	63,4	61,5	64,7	61,8	62,6	47,1	54,6
Einkommensanteil über Selbstzahler (in %).....	30,6	38,6	36,6	38,5	35,3	38,2	37,4	52,9	45,4
Durchschnittliche Scheinanzahl pro Quartal ¹	390	394	394	383	359	381	374	525	408
Anteil der Privatpatienten (in %) ²	8,5	12,9	12,1	12,8	13,3	12,3	14,2	18,8	14,6

© IDZ 2003

¹ Berechnet mit den Klassenmittelwerten. Klassendefinition: Untere Klasse (unter 200 Scheine) wurde bei einem Minimalwert von 0 geschlossen; obere Klasse (1000 Scheine und mehr) wurde bei einem Maximalwert von 1500 geschlossen.

² Berechnet mit den Klassenmittelwerten. Klassendefinition: Untere Klasse (unter 10 Prozent) wurde bei einem Minimalwert von 0 geschlossen; obere Klasse (30 Prozent und mehr) wurde bei einem Maximalwert von 40 geschlossen.

Übernommene Einzelpraxen mit dem Arbeitsschwerpunkt Implantologie konnten Gesamteinnahmen in Höhe von 498.000 Euro verbuchen und nahmen damit erneut eine Sonderstellung ein. Der über die KZV vereinnahmte Anteil machte bei den Implantologie-Schwerpunktpraxen weniger als die Hälfte der Gesamteinnahmen aus. Die durchschnittliche Scheinanzahl pro Quartal lag sehr deutlich über dem Durchschnitt, ebenso der Anteil der Privatpatienten (implantologische Leistungen sind nicht Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung!). Ebenfalls einen hohen Selbstzahleranteil wiesen die übernommenen Einzelpraxen mit dem Arbeitsschwerpunkt Ästhetische Zahnheilkunde auf.

3.8 Einnahmensaldo

Der Einnahmensaldo aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit (steuerliches Ergebnis) lag – wie aus Tabelle 16 zu ersehen – bei allen Praxen im Jahr 2001 bei durchschnittlich 60.000 Euro. Zahnärzte, die eine Einzelpraxis gegründet hatten, mussten sich in der Anfangsphase demgegenüber mit einem durchschnittlichen Einnahmenüberschuss von etwa 27.000 Euro begnügen. Im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt aller Zahnarztpraxen, die laut Kostenstrukturerhebung der KZBV über

alle Praxisformen hinweg im Jahr 2000 in den alten Bundesländern einen Einnahmenüberschuss von knapp 100.000 Euro je Praxisinhaber aufzuweisen hatten (vgl. KZBV, 2002), mussten sich zahnärztliche Existenzgründer demnach mit einem deutlich niedrigerem Ertragsniveau zufrieden geben.

Tabelle 16: Einnahmensaldo aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit im Jahr 2001 (steuerliches Ergebnis)						
	alle zahnärztlichen Existenzgründungen (n = 142)		nur Einzelpraxisneugründungen (n = 42)		nur Einzelpraxisübernahmen (n = 74)	
	in 1.000 Euro	in %	in 1.000 Euro	in %	in 1.000 Euro	in %
Gesamteinnahmen.....	296	100,0	226	100,0	299	100,0
Betriebsausgaben	236	79,7	199	88,1	245	81,9
Einnahmensaldo	60	20,3	27	11,9	54	18,1
Anteil der Praxen mit negativem Einnahmensaldo	22,5 %		35,7 %		21,6 %	

© IDZ 2003

Eine Differenzierung der ermittelten Werte nach Geschlecht und Praxisform erbrachte im Fall der Einzelpraxisübernahmen nur marginale Unterschiede hinsichtlich des Einnahmenüberschusses zwischen weiblichen Existenzgründern (53.000 Euro) und männlichen Existenzgründern (55.000 Euro). Deutlicher waren die Unterschiede hingegen bei den Einzelpraxisneugründungen. Hier erzielten Zahnärztinnen nur einen Einnahmenüberschuss von rund 19.000 Euro, während ihre männlichen Kollegen einen Einnahmensaldo von rund 31.000 Euro verbuchen konnten.

Der Anteil der Betriebsausgaben an den Gesamteinnahmen betrug durchschnittlich 79,7 Prozent. Im Falle der Einzelpraxisneugründungen lag der Betriebskostenanteil sogar bei 88,1 Prozent und somit weit über dem Gesamtdurchschnitt aller Zahnarztpraxen, die im Jahr 2001 lediglich einen durchschnittlichen Betriebsausgabenanteil von 69,7 Prozent aufzuweisen hatten (vgl. KZBV, 2003). Der Anteil der Praxen mit einem negativen steuerlichen Ergebnis machte in der AVE-Z-Stichprobe 22,5 Prozent aus, im Falle der Einzelpraxisneugründungen lag der Anteil mit 35,7 Prozent sogar noch deutlich höher.

Eine Differenzierung nach Arbeitsschwerpunkten (vgl. Tabelle 17) macht deutlich, dass die Hälfte der neugegründeten Einzelpraxen *ohne* Arbeitsschwerpunkte in der Anfangsphase defizitär arbeitete. Bei neugegründeten Einzelpraxen *mit* einem Arbeitsschwerpunkt oder *mehreren* Arbeitsschwerpunkten schrieb jeder vierte Existenzgründer rote Zahlen, bei den Implantologie-Schwerpunktpraxen jeder achte.

Tabelle 17: Einnahmensaldo neugegründeter Einzelpraxen im Jahr 2001 differenziert nach Arbeitsschwerpunkten (steuerliches Ergebnis)									
	ohne Arbeits- schwer- punkte	mit Arbeitsschwerpunkten (Mehrfachnennungen möglich)							
	MW	MW	Kin- der- ZHK	Pro- phy- laxe	Zahn- erhal- tung	Paro- don- to- logie	Prot- hetik	Im- plan- tolo- gie	Äs- theti- sche ZHK
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro).....	181	259	261	239	224	251	201	379	260
Betriebsausgaben (in 1.000 Euro).....	161	225	245	216	208	215	186	320	222
Einnahmensaldo (in 1.000 Euro)	20	34	16	23	16	36	15	59	38
Anteil der Praxen mit negativem Einnahmen- saldo (in %).....	50,0	25,0	41,7	29,2	30,0	28,6	35,7	12,5	23,8

© IDZ 2003

Der Einnahmenüberschuss von *neugegründeten Einzelpraxen* ohne Arbeitsschwerpunkte lag im Durchschnitt bei 20.000 Euro. Im Falle zahnärztlicher Einzelpraxisneugründungen mit dem Arbeitsschwerpunkt Prothetik betrug der Einnahmensaldo lediglich 15.000 Euro und erreichte selbst bei den Implantologie-Schwerpunktpraxen nur einen Durchschnittswert von 59.000 Euro.

Wie aus Tabelle 18 ersichtlich, bestanden im Jahr 2001 innerhalb der Gruppe der *Einzelpraxisübernahmen* bei einer Differenzierung nach Arbeitsschwerpunkten kaum Unterschiede im Einnahmensaldo. Übernommene Einzelpraxen *ohne* Arbeitsschwerpunkte erwirtschafteten einen Einnahmenüberschuss von 53.000 Euro und lagen damit um 2.000 Euro über dem entsprechenden Saldo der Einzelpraxisübernahmen *mit* Arbeitsschwerpunkten. Die Einzelpraxisübernahmen mit dem Arbeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde arbeiteten überdurchschnittlich häufig defizitär und verzeichneten mit 28.000 Euro auch den geringsten Einnahmenüberschuss. Demgegenüber konnten die Implantologie-Schwerpunktpraxen einen Einnahmenüberschuss von knapp 76.000 Euro verbuchen. Der Anteil der Zahnarztpraxen mit negativem Einnahmensaldo erreichte deshalb auch bei den Implantologie-Schwerpunktpraxen mit 14,3 Prozent den niedrigsten Wert.

Tabelle 18: Einnahmensaldo übernommener Einzelpraxen im Jahr 2001 differenziert nach Arbeitsschwerpunkten (steuerliches Ergebnis)									
	ohne Arbeitsschwerpunkte	mit Arbeitsschwerpunkten (Mehrfachnennungen möglich)							
	MW	MW	Kinder-ZHK	Prophylaxe	Zahnerhaltung	Parodontologie	Prothetik	Implantologie	Ästhetische ZHK
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro)	280	303	238	311	262	320	294	498	342
Betriebsausgaben (in 1.000 Euro)	227	252	210	259	220	263	244	422	289
Einnahmensaldo (in 1.000 Euro)	53	51	28	52	42	57	50	76	53
Anteil der Praxen mit negativem Einnahmensaldo (in %)	20,0	22,0	35,3	18,4	25,6	17,6	22,2	14,3	22,7

© IDZ 2003

4 Zusammenfassung und Bewertung der Auswertungsergebnisse und Ausblick auf weitere Projektarbeiten

Im Rahmen der ersten Befragungswelle des AVE-Z-Projektes wurde ein differenziertes Set von betriebswirtschaftlichen Daten zu den *Ausgangsbedingungen* zahnärztlicher Existenzgründungen erhoben. Die für zentrale ökonomische Parameter herausgearbeiteten Erkenntnisse, die *auf der Basis deskriptiver Auswertungen* erarbeitet worden sind, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Im Hinblick auf die gewählte *Praxisform* bestätigte sich die in der Literatur mehrheitlich vertretene Auffassung, dass Praxisübernahmen schneller stabile Umsätze erbringen als Praxisneugründungen. Die Ertragsenerwartungen äußern sich im immateriellen Praxiswert (Goodwill), stehen aber im Einzelfall stets unter der ungewissen Prämisse künftiger Realisierung. Wie sich die Umsätze übernommener Zahnarztpraxen im Vergleich zu Praxisneugründungen im längerfristigen Betrachtungszeitraum entwickeln werden, wird erst anhand der Ergebnisse der beiden folgenden Befragungswellen des AVE-Z-Projektes zu beantworten sein.
- Bezüglich der *Standortfrage* hat sich in den empirischen Analysen die hohe Bedeutung des sozialen Umfelds für die Standortentscheidung gezeigt. Die Standortentscheidung wird offenbar wesentlich durch das sozialstrukturell bzw. psychosozial gegebene Lebensumfeld des Existenzgründers vorbestimmt (regionale Verhaftung). Verhaltenswissenschaftliche Ansätze der Gründungsforschung (vgl. z. B. Schmude, 2003) gehen davon aus, dass Existenzgründer über ihre unmittelbare Umgebung den besten Informationsstand besitzen und auch aufgrund ihrer regionalen Verhaftung die Frage nach dem besten Standort für die Existenz-

gründung innerhalb eines ihnen bekannten Raumes entscheiden: „Die Folge ist nicht die Wahl eines optimalen, sondern eines zufriedenstellenden Standorts“ (vgl. Schätzl, 2003).

- In der Anfangsphase von zahnärztlichen Existenzgründungen spielt die Entscheidung für bestimmte *Arbeitsschwerpunkte* eine wichtige Rolle. Das Beispiel der implantologischen Schwerpunktpraxen zeigt, dass auch hohe Investitionsvolumina in der Folge zu entsprechend hohen Umsätzen und somit zumeist zu einem mittelfristigen Return on Investment führen können. Die fachliche Spezialisierung dürfte sich – insbesondere im Hinblick auf die angestrebte Patientenklientel – im Sinne einer Praxisprofilierung auszahlen, zumal das zur Gründung von Schwerpunktpraxen benötigte Finanzierungsvolumen nicht notwendigerweise höher sein muss als im Falle einer Praxisgründung ohne entsprechende Arbeitsschwerpunkte.
- Die Auswertung des AVE-Z-Datenmaterials bezüglich der *Wahl der Praxisgröße* erbrachte, dass die zahnärztlichen Existenzgründer in der Anfangsphase ihre Praxen im Durchschnitt mit 2,6 Behandlungsstühlen/-einheiten ausgestattet haben. Die durchschnittliche Anzahl des Personals einschließlich Zahnarzt/Zahnärztin lag zum Zeitpunkt der Gründung bei 4,6 Vollzeitstellen. Bemerkenswert ist die Zunahme des Personalbestandes im Zeitraum seit der Gründung bis zum Stichtag 1. Oktober 2002. Das Beschäftigungswachstum lag im Durchschnitt bei 28,1 Prozent. Diese deutliche Zunahme des Personalbestandes unterstreicht die besondere Entwicklungsfähigkeit und -dynamik von zahnärztlichen Existenzgründungen. Im gesamtwirtschaftlichen Rahmen dürften allein die zahnärztlichen Neugründungen jährlich direkte Beschäftigungseffekte im Umfang von überschlägig 10.000 Vollzeitstellen induzieren.
- Die Auswertungen der ersten Befragungswelle des AVE-Z-Projektes weisen auf deutliche Unterschiede zwischen den untersuchten Formen zahnärztlicher Existenzgründungen im Hinblick auf *Umfang und Struktur betrieblicher Investitions- und Finanzierungsvolumina* hin. Praxisneugründungen haben im Jahr 2001 durchschnittlich 275.000 Euro investiert. Praxisübernahmen schlugen demgegenüber mit 226.000 Euro zu Buche. Bemerkenswert ist, dass die Neugründung einer Einzelpraxis *mit Schwerpunktsetzung* im Durchschnitt keinen höheren Finanzierungsaufwand als vergleichbare Praxen *ohne Arbeitsschwerpunkte* begründete. Bei Praxisübernahmen mit Schwerpunktbildung lag der Finanzierungsbedarf demgegenüber unter dem Investitionsvolumina von übernommenen Einzelpraxen ohne Arbeitsschwerpunkte.
- Mit einer *Eigenkapitalquote* von rund 5 Prozent teilen die zahnärztlichen Existenzgründer das „Schicksal“ der Eigenkapitalschwäche vieler „inhaberzentrierter Kleinbetriebe“ (vgl. Hohner, 1999). Vergleicht man diesen Wert mit der gesamtwirtschaftlichen Eigenkapitalquote, die derzeit bei etwa 17 Prozent liegt, so muss man eine sehr geringe Eigenkapitaldecke bzw. eine bedenklich hohe Fremdkapitalabhängigkeit der zahnärztlichen Neugründungen konstatieren. Dieses Problem stellt sich umso deutlicher, als zahnärztliche Existenzgründer über eine vergleichsweise geringe Verhandlungsmacht gegenüber Kreditinstituten verfügen und auch aufgrund fehlender detaillierter Bilanzen oftmals nicht die erforderliche Bonität nachweisen können.

- Im Hinblick auf die *Zielgruppenorientierung öffentlicher Förderprogramme* sind grundsätzlich zwei Konzeptionen möglich: zum einen eine öffentliche Förderung von „Spitzengründungen“, d. h. die Selektion von positiven Risiken; zum zweiten eine öffentliche Förderung, die sich der Philosophie des „Nachteilsausgleichs“ verpflichtet fühlt und entsprechend kapitalschwache Unternehmen fördert (vgl. Almus und Prantl, 2001; Brüderl, Preisendörfer und Ziegler, 1998). Vergleicht man die Gesamteinnahmen und den Einnahmensaldo von öffentlich geförderten Praxisgründungen mit denen solcher Praxen, die ohne öffentliche Fördermittel gegründet wurden, so spricht nach den Ergebnissen aus der AVE-Z-Stichprobe mehr für das Konzept des Nachteilsausgleichs, da sich die öffentlich geförderten Zahnarztpraxen als vergleichsweise umsatzschwächer erwiesen haben.
- Die *Betriebsausgaben* von zahnärztlichen Existenzgründungen lagen laut AVE-Z-Auswertungen im Jahr 2001 bei 236.000 Euro. Ein Vergleich der Struktur der Betriebsausgaben erbrachte, dass die Personalkosten im Falle von *Einzelpraxisübernahmen* nicht nur absolut, sondern auch relativ gesehen höher lagen als bei *Einzelpraxisneugründungen*. Generell gilt, dass die Entscheidung für einen Arbeitsschwerpunkt oder mehrere Arbeitsschwerpunkte zwar nicht – wie oben dargestellt – mit einem höheren Finanzierungsvolumen (als sog. Bestandsgröße) einhergeht, aber dafür offenbar mit höheren Betriebsausgaben (als sog. Stromgröße) verbunden ist. Deutlich wurde auch, dass die Betriebsausgaben von übernommenen Einzelpraxen im Durchschnitt über denen neugegründeter Einzelpraxen lagen.
- Zahnärztliche Existenzgründer erzielten laut den vorliegenden Stichprobenergebnissen im Jahr 2001 *Gesamteinnahmen* aus selbstständiger Tätigkeit in Höhe von durchschnittlich 296.000 Euro. Bei neugegründeten Einzelpraxen lagen die Gesamteinnahmen bei 226.000 Euro, während übernommene Einzelpraxen durchschnittlich 299.000 Euro an Einnahmen verbuchen konnten. Die AVE-Z-Auswertungen machen aber auch deutlich, dass sich die Entscheidung für einen Arbeitsschwerpunkt oder mehrere Schwerpunktsetzungen positiv auf die Höhe der Betriebseinnahmen auswirkt. Besonders deutlich kommt dies bei Einzelpraxisneugründungen zum Tragen. Hervorzuheben ist schließlich, dass insbesondere der nicht über die KZV vereinnahmte Anteil an den Gesamteinnahmen von neugegründeten bzw. übernommenen Zahnarztpraxen zum Teil deutlich unter dem entsprechenden Anteil aller Zahnarztpraxen liegt.
- Die Gegenüberstellung von Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit und Betriebsausgaben erbrachte für 2001 ein *positives Einnahmensaldo* (steuerliches Ergebnis) von durchschnittlich 60.000 Euro. *Einzelpraxisneugründungen* mussten sich dabei mit einem durchschnittlichen Einnahmenüberschuss von 27.000 Euro begnügen. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* lag der Ertragswert bei 54.000 Euro. Die Entscheidung einer zahnärztlichen Schwerpunktsetzung hat wiederum einen erheblichen Einfluss auf das Ertragsniveau. So arbeitete im Jahr 2001 die Hälfte der neugegründeten Einzelpraxen ohne Arbeitsschwerpunkte in der Anfangsphase defizitär. Bei Einzelpraxisneugründungen mit einem Arbeitsschwerpunkt oder mehreren Schwerpunkten verzeichnete demgegenüber nur jeder vierte Existenzgründer ein negatives Einnahmensaldo. Hervorzuheben ist ferner, dass bei Einzelpraxisübernahmen – mit Ausnahme der Kinderzahnheilkunde – keine markanten Unterschiede im Einnahmensaldo festgestellt werden konnten, wenn nach Arbeitsschwerpunkten differenziert wurde.

Die dargestellten Ergebnisse der ersten Befragungswelle des AVE-Z-Projektes basieren ausschließlich auf deskriptiven Auswertungen. Dabei haben uni- und bivariate Analysen der Ausgangsbedingungen von zahnärztlichen Existenzgründungen deutlich gemacht, dass die Praxisform (Einzelpraxisneugründung, Einzelpraxisübernahme) sowie die Entscheidung für eine Schwerpunktsetzung wesentlichen Einfluss auf die Einnahmen-, Ausgaben- und Ertragssituation in der Anfangsphase haben. Zu wichtigen ökonomischen Parametern in der Anfangsphase einer Zahnarztpraxis zählen darüber hinaus aber auch Umfang und Struktur betrieblicher Investitions- und Finanzierungsvolumina sowie die Wahl der Praxisgröße bezogen auf den personellen und sachlichen Ressourceninput. Für den Bereich der zahnärztlichen Niederlassung unterstreicht all dies, dass „neben einer hohen fachmedizinischen Qualität auch spezifische unternehmerische Eigenschaften, Orientierungen und Handlungsweisen hilfreich, ja unabdingbar für eine erfolgreiche Praxisentwicklung sind“ (vgl. Hohner, 1999).

Über die deskriptiven Analysen hinausgehend wird es in einem *weiteren Arbeitsschritt* des AVE-Z-Projektes darum gehen, die Perspektive dahingehend zu erweitern, in *multivariaten Analysen* das Zusammenwirken der als zentral einzustufenden betriebswirtschaftlichen Kennziffern näher zu untersuchen. Die Ergebnisse der uni- und bivariaten Auswertungen dienen dabei als Ausgangspunkt für die Spezifikation der ökonometrischen Schätzungen. Im Mittelpunkt der noch ausstehenden multivariaten Analysen steht dabei die Fragestellung, welchen Einfluss in der Anfangsphase von zahnärztlichen Existenzgründungen erklärende (unabhängige) Variablen wie Art der Praxisgründung bzw. -übernahme, Praxisform, Praxislage, fachliche Schwerpunktsetzungen, Personal- und Ressourceneinsatz, Investitions- bzw. Finanzierungsvolumina etc. auf zu erklärende (abhängige) Variablen wie Höhe der Gesamteinnahmen, der Betriebsausgaben und des Einnahmensaldos haben.

Wie eingangs dargestellt, handelt es sich beim AVE-Z-Projekt um eine *Längsschnittanalyse* mit dem Ziel, für den Bereich der zahnärztlichen Praxisniederlassung und -tätigkeit einen kompletten Investitionszyklus in allen Phasen empirisch abzubilden und die sich positiv auf den dauerhaften Praxiserfolg auswirkenden Einflussfaktoren herauszuarbeiten. Im weiteren Projektverlauf wird damit zunehmend die Frage nach der Ermittlung des empirischen Stellenwertes der Faktoren, die einen fördernden Einfluss auf die *längerfristige Entwicklung* und den *dauerhaften Erfolg* von zahnärztlichen Existenzgründungen haben, in den Mittelpunkt späterer Projektauswertungen rücken.

Insofern ist es von großer Bedeutung, dass sich ein möglichst großer Kreis von zahnärztlichen Existenzgründern an den beiden folgenden Befragungswellen in den Jahren 2004 und 2005 beteiligt. Dadurch wird die Herausarbeitung von betriebswirtschaftlichen Kennziffern, die einen Vergleich der eigenen Praxis mit anderen Praxen im Sinne eines Benchmarkings möglich machen und die Basis für ein erfolgreiches Niederlassungs- und Praxisführungsmanagement darstellen, auf eine breite empirische Basis gestellt.

5 Literaturverzeichnis

Almus, M., Prantl, S.: Bessere Unternehmensentwicklung durch Gründungsförderung? Bonn 2001

Bade, F.-J., Niebuhr, A.: Zur Stabilität des räumlichen Strukturwandels. In: Jahrbuch für Regionalwissenschaft, 19. Jg., 1999, S. 131–156

Becker, W., Dietz, J.: Unternehmensgründungen, etablierte Unternehmen und Innovationsnetzwerke. In: Schmude, J., Leiner, R. (Hrsg.): Interdisziplinäre Gründungsforschung. Heidelberg 2002, S. 235–268

Brinker, I., Ureta, L. F.: Seriöse Planung ihrer Liquidität wird für Ärzte immer wichtiger. In: Ärzte Zeitung, 5./6. September 2003, S. 3

Brüderl, J., Preisendörfer, P., Ziegler, R.: Der Erfolg neugegründeter Betriebe. Eine empirische Studie zu den Chancen und Risiken von Unternehmensgründungen. 2. Auflage, Berlin 1998

Caesar, R.: Wirtschaftliche Aspekte der Praxisgründung. In: Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Schritte in das zahnärztliche Berufsleben. 3. Auflage, Köln 1997, S. 32–37

Companie, U.: Steigende Zahl von Insolvenzen vertragszahnärztlicher Praxen aus Sicht der KZV Westfalen-Lippe. Vortrag auf der Koordinierungskonferenz "Insolvenzfälle vertragszahnärztlicher Praxen" der KZBV im Kölner Zahnärztheaus, Köln, 16. Juli 2003

Gahlen, B., Hesse, H., Ramser, H. J. (Hrsg.): Standort und Region. Tübingen 1995

Hennessen, G.: Praxis und Organisation. In: Hennessen, G., Groß, C., Steiner, A. (Hrsg.): Erfolg im Unternehmen Zahnarztpraxis. München, Wien, Baltimore 1999, S. 3–164

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

Hübner, E.: Einzel- oder Gruppenpraxis... keine leichte Entscheidung. In: DAZ-forum 78, 2002, 21. Jg., S. 40–43

Kanzler, R.: Serviceunternehmen Zahnarztpraxis. München, Wien, Baltimore 1997

Klingenberger, D., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2002. IDZ-Information Nr. 2/2003

KZBV: Jahrbuch 2002. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2002

KZBV: Fachbereich Statistik, interne Berechnungen (mündliche Auskunft), November 2003

Lüddecke, J.: Vorüberlegungen zur Niederlassung. In: Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Schritte in das zahnärztliche Berufsleben. 3. Auflage, Köln 1997, S. 22–24

Nerlinger, E.: Standorte und Entwicklung junger innovativer Unternehmen. Baden-Baden 1998

Oehme, W., Oehme, S.: Marketing für niedergelassene Ärzte. Der Arzt als Mediziner und Unternehmer. München 1995

Olbertz, S.: Bereichernde Vergleiche – Benchmarking bei Zahnarztpraxen. In: zm 93, Nr. 18, 16.9.2003, S. 96–98

o. V.: Auch die Pfändungen in der Branche nehmen zu – Immer mehr Zahnärzte in NRW melden Insolvenz an. In: Die Welt am Sonntag, 7. September 2003

Schätzl, L.: Wirtschaftsgeographie 1: Theorie. 9. Auflage, Paderborn u. a., 2003

Schmude, J.: Standortwahl und Netzwerke von Unternehmensgründern. In: Dowling, M., Drumm, H. J.: Gründungsmanagement. Vom erfolgreichen Unternehmensstart zu dauerhaftem Wachstum. 2. Auflage, Berlin u. a., 2003, S. 291–304

Schmude, J., Leiner, R.: Interdisziplinäre Gründungsforschung. Heidelberg 2002

Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. Auflage, München, Wien 1999

Schulz, N.: Unternehmensgründungen und Markteintritt. Heidelberg 1995

Thill, K.-D.: Professionelles Management. Von der Arztpraxis zum Dienstleistungsunternehmen in 21 Schritten. Köln 2002

Tiemann, B., Klingenberger, D., Weber, M.: System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – The System of Dental Care in Germany. IDZ-Materialienreihe Bd. 28, Köln 2003

Weihe, J., Laufner, W., Schüler, S.: Bedingungen erfolgreicher Existenzgründungen – Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung im Landkreis Lüneburg. In: Merz, J. (Hrsg.): Existenzgründung 2 – Erfolgsfaktoren und Rahmenbedingungen. Schriften des Forschungsinstituts Freie Berufe, Bd. 12, Baden-Baden 2001, S. 113-134

Wendte, J.: Insolvenzfälle vertragszahnärztlicher Praxen - Steigende Zahl von Insolvenzen vertragszahnärztlicher Praxen aus Sicht der KZV Niedersachsen. Vortrag auf der Koordinierungskonferenz "Insolvenzfälle vertragszahnärztlicher Praxen" der KZBV im Kölner Zahnärzthehaus, Köln, 16. Juli 2003

Wietrychowski, R.: Benchmarking – eine Überlebenstechnik in einem hart umkämpften Gesundheitsmarkt. In: Q-med, Nr. 5, 2003, S. 121–124