

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

2. Mai 2007

Die vielfältigen Aspekte, Probleme und Perspektiven der betriebswirtschaftlichen Entwicklung von neugegründeten Zahnarztpraxen nach der Startphase stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Publikation. Das vom Institut der Deutschen Zahnärzte in Kooperation mit der Universität Augsburg fortgeführte Längsschnittprojekt

Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der zweiten Befragungswelle (AVE-Z-2) –

verdeutlicht, dass die betriebswirtschaftlichen Verläufe zwischen dem dritten und dem sechsten Jahr nach der Existenzgründung sehr unterschiedlich sein können und es keinen „Königspfad“ gibt, der eine erfolgreiche Praxisentwicklung garantiert. Die Ergebnisse zeigen auch, dass die Ausgangsbedingungen einer zahnärztlichen Existenzgründung (vgl. IDZ-Information 1/2004) die betriebswirtschaftlichen Verlaufsmuster in der anschließenden Konsolidierungsphase entscheidend beeinflussen. Als zentrale Ergebnisse der vorliegenden empirischen Untersuchung, die im Zeitraum von Oktober 2004 bis Februar 2005 durchgeführt wurde, sind hervorzuheben:

- Die zum Zeitpunkt der Praxisgründung bzw. -übernahme getroffenen **Entscheidungen bezüglich Standort, Praxisform und Praxisgröße** werden nur selten später korrigiert. Lediglich die Auswahl der angebotenen Arbeitsschwerpunkte stellt sich als **Suchprozess** dar, der in der Regel auch in der Konsolidierungsphase noch nicht abgeschlossen ist.
- Die **Betriebsausgaben** lagen über alle Praxisformen hinweg im Jahr 2003 bei durchschnittlich 264.000 Euro. Dies entspricht einer Steigerung um 17 Prozent gegenüber 2001.
- Die korrespondierenden **Gesamteinnahmen** im Jahr 2003 betragen im Schnitt 371.000 Euro und lagen somit 35 Prozent über dem Umsatz des Jahres 2001. Gleichwohl besteht noch ein deutlicher Rückstand gegenüber dem Umsatz von etablierten Zahnarztpraxen. Jede sechste neugegründete Zahnarztpraxis musste zwischen 2001 und 2003 einen Rückgang der Umsätze verkraften.
- **Einzelpraxisneugründungen** sind vergleichsweise **wachstumsdynamischer** als Einzelpraxisübernahmen, so dass sich die Umsätze im Laufe der Konsolidierungsphase angleichen.

Die Autoren dieser IDZ-Information sind Dr. David Klingenberg (IDZ) und PD Dr. Wolfgang Becker (Universität Augsburg – Forschungsstelle Gründungsforschung). Weitere Exemplare dieser IDZ-Info können kostenlos beim IDZ angefordert werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den vorliegenden Text als pdf-File von der Internet-Homepage des IDZ (www.idz-koeln.de) herunterzuladen.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis (IDZ)

Abstract

The manifold aspects, problems and perspectives of the economic development of new dental practices after the starting period are in the focus of the present publication. The results of the second survey within the longitudinal study

Economic analysis of the starting conditions, the course of practice development and factors influencing successful practice establishment – (AVE-Z-2)

carried out by the Institute of German Dentists in cooperation with the University of Augsburg show great differences in the economic development of the practices between the third and the sixth year following practice establishment and that there is no "ideal way" guaranteeing a successful practice development. Furthermore the results show that the starting conditions of a dental practice establishment (see IDZ-Information 1/2004) have a decisive influence on the economic course of the following consolidation period.

The main results of the present empirical survey carried out between October 2004 and February 2005 are as follows:

- The **decisions made with respect to practice location, form and size** when starting a new practice or buying an established practice are very rarely revised later on. Only the choice of the main fields of activity of a dental practice is part of a **searching process** which as a rule is not yet completed in the consolidation period.
- In 2003 the **operating expenses** for all practice forms on an average amounted to 264.000 Euro. This is an increase of 17 percent as compared with 2001.
- The **total income** achieved in 2003 was approximately 371.000 Euro and thus exceeded the turnover made in 2001 by 35 percent. Nevertheless compared with the turnover of long-standing dental practices it is clearly lower. Every sixth of the newly established dental practices had to cope with a decrease in turnover between 2001 and 2003.
- **Starting a new solo practice** is more **dynamic regarding the economic growth** than buying an established solo practice, so that turnovers in the course of the consolidation period become comparable.

The authors of this report are Dr. David Klingenberger (IDZ) and PD Dr. Wolfgang Becker (University of Augsburg - Forschungsstelle Gründungsforschung). Additional copies of the IDZ-Information No. 2/2007 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 zweiten Befragungswelle (AVE-Z-2) –

von David Klingenberg, Köln
und Wolfgang Becker, Augsburg

Inhaltsverzeichnis

1	Zielsetzung der 2. Projektphase und erkenntnisleitende Fragestellungen	3
2	Methodische Vorgehensweise und Ergebnisse des Strukturvergleichs...	5
3	Ergebnisse aus den empirischen Analysen	6
3.1	Beschreibung der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen.....	6
3.1.1	Veränderung der Praxisform.....	6
3.1.2	Veränderung des Standortes (Praxislage).....	8
3.1.3	Veränderung von Arbeitsschwerpunkten	10
3.1.4	Veränderung der Praxisgröße und -struktur.....	12
3.1.5	Art und Umfang betrieblicher Investitionen	14
3.1.6	Veränderung des Umfangs und der Struktur der Betriebsausgaben	16
3.1.7	Veränderung des Umfangs und der Struktur der Betriebseinnahmen	18
3.1.8	Veränderung des Einnahmensaldos.....	20
3.1.9	Exkurs: Vergleich der Entwicklung von wachstumsdynamischen und wachstumsschwächeren Praxen	22
3.1.10	Praxisentwicklung und Maßnahmen des Personalmanagements, des Kostenmanagements und des Controllings	23
3.1.10.1	Stellenwert von Maßnahmen des Personalmanagements.....	23
3.1.10.2	Stellenwert von Maßnahmen des Kostenmanagements.....	25
3.1.10.3	Stellenwert von Maßnahmen des Controllings.....	26
3.2	Erklärung der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen..	27
3.2.1	Methodik der ökonometrischen Schätzungen	28
3.2.2	Ergebnisse der ökonometrischen Schätzungen.....	30
3.2.2.1	Querschnittsanalysen für das Jahr 2003.....	30
3.2.2.2	Veränderungsanalysen für den Zeitraum 2001 bis 2003	32
4	Zusammenfassung und Ausblick auf weitere Projektarbeiten.....	34
5	Literaturverzeichnis.....	38

1 Zielsetzung der 2. Projektphase und erkenntnisleitende Fragestellungen

Das in Kooperation mit der Universität Augsburg durchgeführte Forschungsprojekt „**AVE-Z** – Ökonomische Analyse der **A**usgangsbedingungen, **V**erlaufsmuster und **E**rfolgsfaktoren von **z**ahnärztlichen Existenzgründungen“ ist eine anspruchsvolle Längsschnittanalyse (Panelstudie) mit der Zielsetzung, für den Bereich der zahnärzt-

lichen Praxisniederlassung und -tätigkeit einen kompletten Investitionszyklus in allen Phasen empirisch abzubilden und die auf die Praxisentwicklung und den Praxiserfolg auswirkenden Einflussfaktoren herauszuarbeiten. 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.

Im Mittelpunkt des vorliegenden Berichtes steht die Darstellung und Bewertung der Ergebnisse der 2. *Befragungswelle* von AVE-Z. Die Ergebnisse der 1. Befragungswelle wurden in der IDZ-Information Nr. 1/2004 (vgl. Klingenberger und Becker, 2004) publiziert. In der 2. Befragungswelle lag der Fokus auf der empirischen Analyse der *Verlaufsmuster* von zahnärztlichen Existenzgründungen. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Existenzgründungsforschung (vgl. Collrepp, 2000; Schmude und Leiner, 2002; Walterscheid, 2003; Ehrmann, 2006; Freiling, 2006) und des spezifischen Forschungsstandes bezüglich der Entwicklung und des Verlaufes von Unternehmensgründungen (vgl. Frank, Korunka und Lueger, 1999; Merz, 2001; Bulmahn, 2002; Corsten und Bausch, 2002; Fritsch und Niese, 2004) wurden die vielfältigen Weichenstellungen des zahnärztlichen Existenzgründers in der sog. *Konsolidierungsphase* abgefragt und untersucht. In diesem Zusammenhang wurde u. a. analysiert, inwieweit sich Strukturmerkmale der Praxis und betriebswirtschaftliche Kennziffern der Praxistätigkeit wie Betriebsausgaben, Gesamteinnahmen und Einnahmensaldo im Zeitraum von Oktober 2002 bis Oktober 2004 verändert haben.

Um die Verlaufsmuster der betrieblichen Konsolidierung und Expansion nach der Gründungsphase im AVE-Z-Panel nachzeichnen zu können, wurden teils prospektiv teils retrospektiv Daten zu folgenden Aspekten erhoben und ausgewertet: Veränderung der Praxisform (Abschnitt 3.1.1) bzw. des Standortes (Abschnitt 3.1.2), Veränderung von Arbeitsschwerpunkten (Abschnitt 3.1.3), Veränderung der Praxisgröße und -struktur (Abschnitt 3.1.4) sowie Art und Umfang betrieblicher Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen (Abschnitt 3.1.5).

Anschließend erfolgte eine eingehende Analyse der wirtschaftlichen Entwicklung von zahnärztlichen Existenzgründungen anhand zentraler betriebswirtschaftlicher Kennziffern, insbesondere hinsichtlich der Veränderung von Umfang und Struktur der Betriebsausgaben (Abschnitt 3.1.6) bzw. der Gesamteinnahmen (Abschnitt 3.1.7) sowie die Veränderung des Einnahmensaldos (Abschnitt 3.1.8).

Besonderes Augenmerk wurde aber auch auf die Aktivitäten des Praxisinhabers in den Bereichen Personalmanagement, Praxisorganisation, Kostenmanagement und Controlling (Abschnitt 3.1.10) gerichtet. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage nach dem Stellenwert von Maßnahmen, die mit Praxismanagement und -steuerung zusammenhängen.

Die deskriptiven Auswertungsergebnisse verdeutlichen u. a., dass die Entwicklungen von zahnärztlichen Existenzgründungen nicht gleichförmig verlaufen, sondern unterschiedlichen Verlaufsmustern folgen (vgl. hierzu u. a. auch den Extremgruppenvergleich in Abschnitt 3.1.9). Deshalb wurde abschließend untersucht, auf welche Ursachen diese Unterschiede zurückzuführen sind und welche Erklärungen dafür heran-

gezogen werden können (Abschnitt 3.2). Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden multivariate statistische Verfahren, die sich auf ökonometrische Schätzungen stützen, verwendet.

2 Methodische Vorgehensweise und Ergebnisse des Strukturvergleichs

Das Forschungsprojekt AVE-Z ist als sog. *Panelstudie* angelegt. Als Panel bezeichnet man Untersuchungsanordnungen, die an denselben Personen dieselben Variablen zu verschiedenen Zeitpunkten analysieren. Panelstudien bieten den Vorteil, dass sie individuelle Veränderungen aufzeigen und die kausale Rekonstruktion von Ereignissen erleichtern (vgl. Schnell, Hill und Esser, 1999). AVE-Z sieht eine Datenerhebung in drei Wellen in jeweils zweijährigem Abstand vor (vgl. Abbildung 1). Befragt werden dabei Zahnärzte, die sich zwischen 1998 und 2001 in freier Praxis niedergelassen haben.

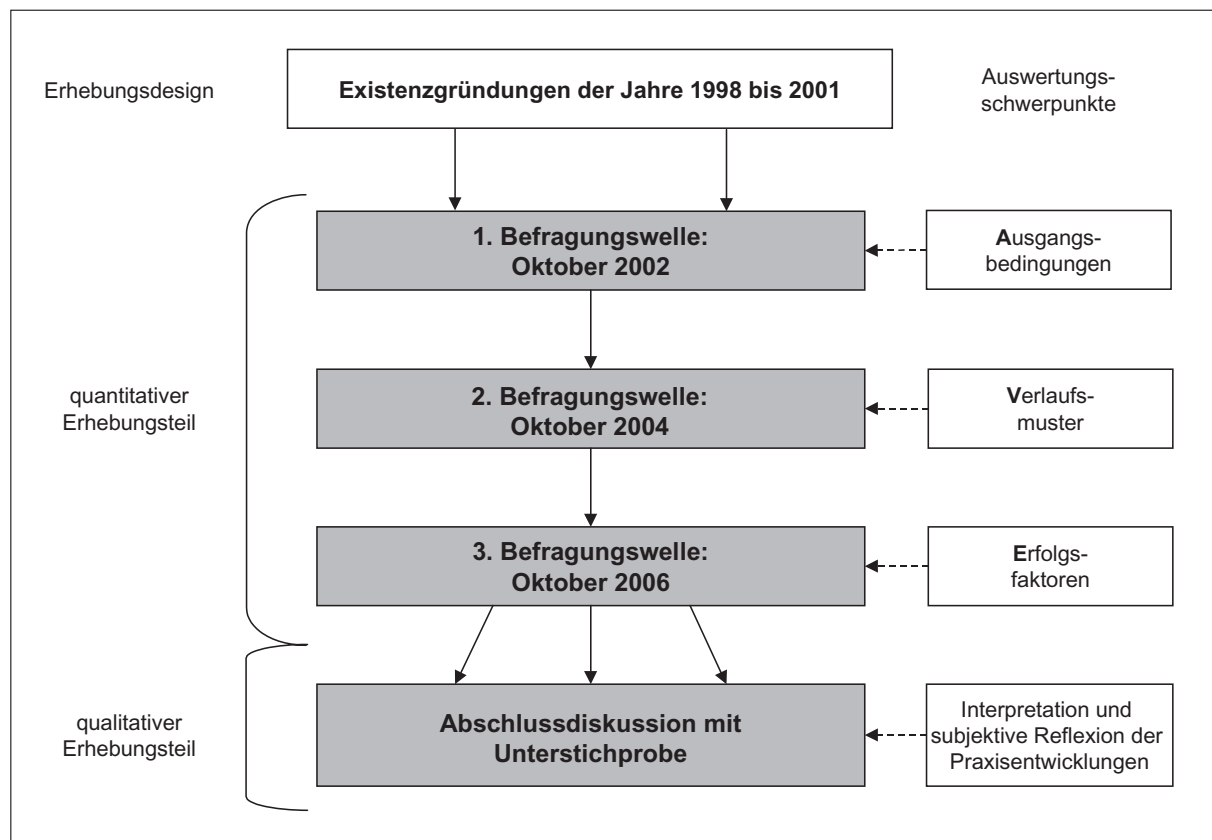


Abbildung 1: Projekttablaufschema von AVE-Z

© IDZ 2007

Die vorliegende Auswertung dokumentiert die Ergebnisse der 2. Befragungswelle, deren Schwerpunkt auf den Verlaufsmustern zahnärztlicher Existenzgründungen lag. Bei dem verwendeten Fragebogen handelt es sich um einen sog. Selbstausfüllbogen mit 35 Fragen. Insgesamt wurden im Rahmen der 2. Befragungswelle 156 Fragebögen versandt. Davon wurden 128 Fragebögen ausgefüllt zurückgeschickt. Die Ausschöpfungsrate der 2. Befragungswelle von AVE-Z beträgt somit 82,1 Prozent.

Zur Kontrolle der Repräsentativität wurde ein Vergleich wichtiger Strukturvariablen zwischen dem Teilnehmerkreis der 1. Befragungswelle und dem der 2. Befragungs-

welle vorgenommen. Im Hinblick auf den Altersdurchschnitt und die Geschlechtsverteilung zeigten sich im Strukturabgleich nur marginale Abweichungen zwischen den beiden Vergleichsgruppen. Lediglich bei der Praxisform war ein Rückgang des Anteils der Gemeinschaftspraxen um drei Prozentpunkte zu konstatieren. Der rückläufige Anteilswert der Gemeinschaftspraxen hatte zur Folge, dass auch die betriebswirtschaftlichen Kennziffern wie Betriebseinnahmen, Betriebsausgaben und Einnahmensaldo im Jahr 2001 in der Gruppe der Teilnehmer an der 2. Befragungswelle etwas niedriger lagen. Da die im Rahmen der 2. Befragungswelle von AVE-Z durchgeführten Auswertungen größtenteils differenziert nach Praxisform (Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis) erfolgten, war es sinnvoll, den Strukturvergleich auf die Einzelpraxen zu konzentrieren (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Strukturvergleich zur Kontrolle der Repräsentativität (nur Einzelpraxisneugründungen und Einzelpraxisübernahmen)		
Variablen	Teilnehmer 1. Welle (n = 126)	Teilnehmer 1. und 2. Welle (n = 109)
Altersdurchschnitt (in Jahren)	35,5	35,5
Geschlechtsverteilung (in %)		
- männlich	60,3	63,3
- weiblich	39,7	36,7
Praxisform (in %)		
- Einzelpraxisneugründung	38,1	37,6
- Einzelpraxisübernahme	61,9	62,4
Betriebswirtschaftliche Kennziffern (in 1.000 EUR)		
- Gesamteinnahmen 2001	271	271
- Betriebsausgaben 2001	227	225
- Einnahmensaldo 2001	44	46

Bei einem Strukturvergleich der Einzelpraxisinhaber zeigten sich zumeist nur minimale Abweichungen zwischen den beiden Gruppen. Lediglich der um drei Prozentpunkte gesunkene Frauenanteil fällt ins Auge. Relevante Verzerrungen durch eine Nicht-Beteiligung an der 2. Befragungswelle können aufgrund der Ergebnisse des Strukturvergleichs ausgeschlossen werden.

3 Ergebnisse aus den empirischen Analysen

Im Folgenden werden zunächst einmal die Ergebnisse der *deskriptiven* Auswertungen bezüglich der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen im Zeitraum von 2001 bis 2003 dargestellt (Abschnitt 3.1). Daran anschließend wird auf die Ergebnisse der *multivariaten* Analysen, die sich mit der Frage nach den Ursachen für entsprechende Veränderungen beziehen, näher eingegangen (Abschnitt 3.2).

3.1 Beschreibung der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen

3.1.1 Veränderung der Praxisform

Die Wahl der Praxisform ist eine der Entscheidungen von zahnärztlichen Existenzgründungen, die einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung von Zahnarztpra-

nen haben. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass einzelne Praxisformen mit spezifischen Vorteilen verbunden sind (vgl. Caesar, 1997; Lüddecke, 1997; Hübner, 2002). So kann sich bei *Praxisübernahmen* ein bestehender Patientenstamm positiv auf die Praxisentwicklung auswirken, weil in der Regel schneller stabile Umsätze erzielt werden und sich (Re-)Investitionen zeitlich besser strecken lassen. Bei *Praxisneugründungen* wird häufig als Argument angeführt, dass der Praxisgründer zum einen freier in seinen Entscheidungen ist und zum anderen zügiger und konsequenter innovative Praxiskonzepte realisieren kann. Für *Gemeinschaftspraxen* sprechen Kostenvorteile („economies of scale“), die aus der kollektiven Nutzung personeller, technischer und sachlicher Ressourcen resultieren und sich in vergleichsweise günstigeren betriebswirtschaftlichen Kostengrößen niederschlagen können.

Vor diesem Hintergrund ist in der 2. Welle des AVE-Z-Projektes der Frage nachgegangen worden, ob seit dem Zeitpunkt der ersten Befragung im Oktober 2002 *Änderungen bei der Praxisform* vorgenommen worden sind. Je nachdem, wie diese Frage beantwortet wurde, lassen sich Rückschlüsse auf die retrospektive Beurteilung der damals zugrunde gelegten Entscheidungen bzw. Handlungsmotive ableiten. Mitunter erweist sich eine zum Stichtag der Gründung bzw. Übernahme realisierte Praxisform als Interimslösung, um als neu eingetretener Kollege schrittweise in die selbstständige Praxis hineinwachsen zu können bzw. um dem ausscheidenden Praxisinhaber den zeitlich gestreckten Ausstieg zu ermöglichen (sog. Übergangsgemeinschaftspraxis). Darüber hinaus kann sich ein Praxisformenwechsel im Einzelfall als gezielte und strategisch angelegte Maßnahme der individuellen Praxisentwicklung anbieten.

Tabelle 2: Veränderung der Praxisform im Zeitraum Oktober 2002 bis Oktober 2004	
	%
Wechsel von Einzelpraxis zu Praxisgemeinschaft.....	1,6
Wechsel von Einzelpraxis zu Gemeinschaftspraxis	1,6
Aufnahme weiterer Inhaber in eine Gemeinschaftspraxis	0,8

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, ist im Zeitraum von Oktober 2002 bis Oktober 2004 nur in insgesamt vier Prozent der Fälle die Praxisform gewechselt bzw. ein weiterer Teilnehmer aufgenommen worden.

Primärer Beweggrund für den Wechsel der Praxisform war eindeutig der Wunsch nach einer *Verbreiterung des zahnmedizinischen Dienstleistungsangebotes*. Dies bezog sich entweder auf die Bildung neuer Arbeitsschwerpunkte (Parodontologie, Implantologie, Ästhetische Zahnheilkunde, Naturheilkunde) oder aber äußerte sich in einer institutionalisierten Kooperation mit anderen Fachärzten (z. B. Kieferorthopäden oder HNO-Fachärzten). Als weitere Gründe für die Aufnahme weiterer Inhaber bzw. Kooperationspartner wurden *betriebswirtschaftliche Kostenaspekte* und *private Lebensumstände* (bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie) genannt.

Hinsichtlich der Praxisform ergibt sich in der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes nunmehr folgendes Bild (vgl. Abbildung 2): Der Anteil der *Einzelpraxisneugründungen* lag im Oktober 2004 bei 33,3 Prozent, im Gegensatz zu 33,1 Prozent im Oktober 2002. Der Anteil der *Einzelpraxisübernahmen* war mit 55,0 Prozent (damals 53,1 Prozent) am höchsten. Der Anteil der *Gemeinschaftspraxen* an den zahnärztlichen Existenzgründungen lag bei 11,7 Prozent (damals 13,8 Prozent).

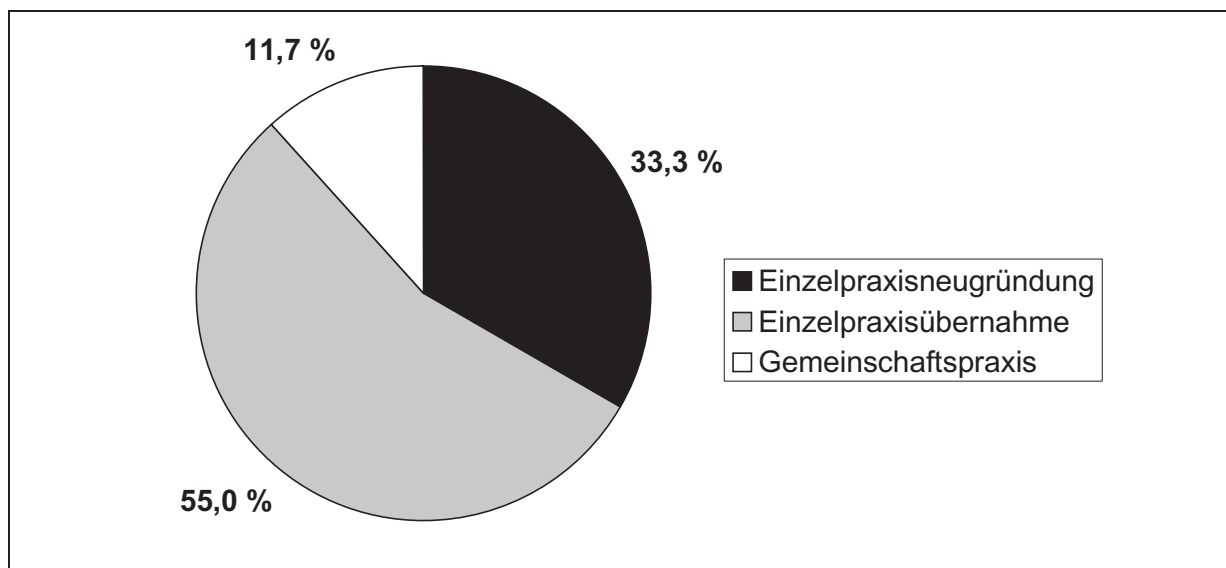


Abbildung 2: Praxisform im Oktober 2004

© IDZ 2007

Im betrachteten Zweijahres-Zeitraum ist es demnach nur in einem sehr beschränkten Umfang zu einer Veränderung der Praxisform gekommen. Auch unter alters- bzw. geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten erweisen sich diese Entscheidungen im Zweijahres-Zeitraum als durchgängig stabil (vgl. Tabelle 3).

	Altersgruppe		Geschlecht	
	31–40 Jahre	über 40 Jahre	männlich	weiblich
	%	%	%	%
Einzelpraxisneugründung.....	33,7	33,3	35,5	29,5
Einzelpraxisübernahme.....	54,1	61,9	52,6	59,1
Gemeinschaftspraxis	12,2	4,8	11,9	11,4

So hatte auch die Altersgruppe der über 40-Jährigen in der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes weiterhin eine überdurchschnittliche Präferenz für *Einzelpraxisübernahmen*, während *Gemeinschaftspraxen* bei älteren Existenzgründern offenbar eher auf Vorbehalte stießen. Gleiches gilt für Existenzgründerinnen, die sich etwas häufiger als ihre männlichen Kollegen für eine *Einzelpraxisübernahme* entschieden.

3.1.2 Veränderung des Standortes (Praxislage)

Die Frage, ob der richtige Standort gewählt worden ist, stellt sich für zahnärztliche Existenzgründungen auch in der Konsolidierungsphase. Entscheidendes Argument hierbei ist, dass die Ertragskraft einer Zahnarztpraxis in hohem Maße von den Strukturmerkmalen des räumlichen Umfeldes abhängt (vgl. Kanzler, 1997). Zum einen ist die Zahnärztdichte und damit der Wettbewerb zwischen Zahnarztpraxen standörtlich unterschiedlich ausgeprägt. Zum anderen streut erfahrungsgemäß die lokale und regionale Wirtschaftskraft und damit das Pro-Kopf-Einkommen der Patienten. Eine *Veränderung des Praxisstandortes* nach der Startphase ist – aus welchen Gründen auch immer dies geschieht – für den einzelnen Zahnarzt mit hohen (Transaktions-)

Kosten verbunden. Zu bedenken ist auch, dass der Patientenstamm – der über den Goodwill in den jeweiligen Praxiswert einfließt – bei einer Standortverlagerung nicht automatisch „mitwandert“. Eine Veränderung des Standortes bietet allerdings auch die Chance verbesserter Rahmenbedingungen für die Praxisentwicklung, sei es im Hinblick auf die Erschließung eines breiteren Patienten Klientels in Abhängigkeit von eigenen Schwerpunktsetzungen, eine bessere Erreichbarkeit oder eine bedarfsge-
rechtere und effizientere Gestaltung von Praxisabläufen.

Von den im AVE-Z-Panel beteiligten Zahnärzten haben im Zeitraum Oktober 2002 bis Oktober 2004 lediglich 2,4 Prozent ihren Standort verlagert. In zwei dokumentierten Fällen handelt es sich jeweils um oralchirurgische Fachpraxen, die im Unterschied zu allgemein Zahnärztlichen Praxen in der Regel einen deutlich größeren Anteil (30 bis 50 Prozent) an überwiesenen Patienten haben und insofern über vergleichsweise günstigere Rahmenbedingungen für einen Standortwechsel verfügen. Der dritte dokumentierte Fall ist eine zahnärztliche Einzelpraxis mit den Schwerpunkten Prophylaxe, Zahnerhaltung und Prothetik. Als *Begründung für den Standortwechsel* wurden hohe Mieten, unsicherere Mietvertragsverhältnisse sowie beengende Raumverhältnisse genannt. Die Standortverlagerung wurde dabei generell für eine Vergrößerung der Praxis genutzt, ablesbar am Erwerb einer weiteren Behandlungseinheit (in zwei der drei Fälle) bzw. einem großzügigeren Raumangebot (10, 26 bzw. 33 Quadratmeter mehr Raumfläche). Die Standortverlagerung erforderte jeweils Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen in Höhe von 200.000 bis 300.000 Euro, wobei in zwei Fällen eine Immobilie erworben wurde.

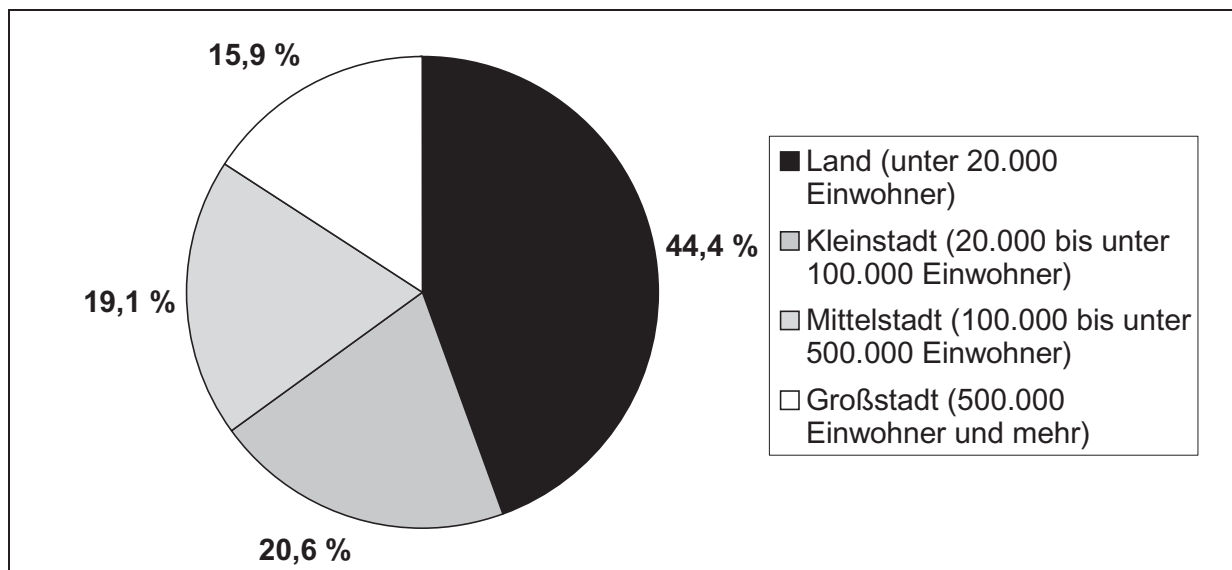


Abbildung 3: Praxislage – differenziert nach Ortsgröße

© IDZ 2007

Da die Praxisverlagerungen jeweils in räumlicher Nähe zum früheren Standort erfolgten, resultieren daraus nur marginale Veränderungen in der Praxislage differenziert nach Ortsgröße (vgl. Abbildung 3): 44,4 Prozent der Praxen lagen zum Zeitpunkt der 2. Befragungswelle im Oktober 2004 im ländlichen Bereich (im Gegensatz zu 43,4 Prozent im Jahr 2002). Weitere 20,6 Prozent entfielen auf Kleinstädte (damals 19,1 Prozent), 19,0 Prozent auf Mittelstädte (damals 19,7 Prozent) und 15,9 Prozent auf Großstädte (damals 17,8 Prozent). Auch hinsichtlich des Praxisstandortes zeigt sich, dass die zum Zeitpunkt der Praxisgründung bzw. -übernahme getroffenen Entscheidungen in der Konsolidierungsphase von fast allen Zahnärzten im AVE-Z-Panel als

nicht korrekturbedürftig (bzw. als mittelfristig nicht korrigierbar) eingestuft worden sind. In den drei Fällen, bei denen Praxisverlagerungen stattgefunden haben, ist ein neuer Standort ganz in der Nähe zur früheren Praxislage gewählt worden.

3.1.3 Veränderung von Arbeitsschwerpunkten

Fragen der Standortwahl sind eng mit Entscheidungen hinsichtlich bestimmter Arbeitsschwerpunkte in der Praxistätigkeit verknüpft. Die *individuelle „Findung“ des Praxisprofils* im Sinne der Etablierung passender Arbeitsschwerpunkte ist ein Suchprozess, der eine geraume Zeit in Anspruch nimmt. Für zahnärztliche Existenzgründer kommt es darauf an, diejenigen Arbeitsschwerpunkte zu identifizieren, die nicht nur den individuellen Präferenzen entsprechen, sondern die auch von den Patienten im räumlichen Umfeld entsprechend nachgefragt werden und sich betriebswirtschaftlich als erfolgversprechend erweisen.

Tabelle 4: Zahnärztliche Arbeitsschwerpunkte und deren Veränderung im Zeitraum Oktober 2002 bis Oktober 2004		
	1. Oktober 2002	1. Oktober 2004
	%	%
▪ Kinderzahnheilkunde.....	33,0	18,5
▪ Prophylaxe	79,5	78,5
▪ Zahnerhaltung	72,7	55,4
▪ Kieferorthopädie.....	3,4	10,8
▪ Parodontologie	68,2	61,5
▪ Prothetik.....	65,9	55,4
▪ Implantologie.....	19,3	36,9
▪ Ästhetische Zahnheilkunde	54,5	41,5
▪ Naturheilkunde	8,0	13,8

Vor diesem Hintergrund ist in der 2. Phase des AVE-Z-Projektes die Frage untersucht worden, ob und in welcher Form es im betrachteten Zweijahres-Zeitraum zu *Veränderungen der zahnärztlichen Arbeitsschwerpunkte* gekommen ist. Wie Tabelle 4 zeigt, markieren die in der Startphase präferierten Arbeitsschwerpunkte den Beginn eines Suchprozesses, der für viele zahnärztliche Existenzgründungen in der Konsolidierungsphase noch nicht abgeschlossen ist. Einzelne Arbeitsschwerpunkte (Zahnerhaltung, Prothetik, Ästhetische Zahnheilkunde) sind offensichtlich nicht in dem Maße nachgefragt worden, wie es erwartet oder erhofft wurde. Zum anderen haben sich bestimmte Tätigkeitsschwerpunkte als betriebswirtschaftlich problematisch erwiesen. Dies gilt z. B. für Praxen mit dem Arbeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde, die zum Befragungszeitpunkt der 1. Welle des AVE-Z-Projektes signifikant niedrigere Gesamteinnahmen als Praxen mit anderen Arbeitsschwerpunkten hatten (vgl. Klingenberg und Becker, 2004). Eine Reihe von Zahnarztpraxen haben deshalb im Zeitraum Oktober 2002 bis Oktober 2004 ihre Arbeitsschwerpunkte entsprechend angepasst. Andere Arbeitsschwerpunkte wurden hingegen in der Praxis stärker als zunächst vermutet nachgefragt und/oder erwiesen sich als relativ neue Tätigkeitsfelder mit günstigen Entwicklungspotentialen wie z. B. Implantologie oder Naturheilkunde. Kieferorthopädie musste in Einzelfällen aufgrund fehlender fachzahnärztlicher Versorgungsmöglichkeiten verstärkt von allgemein Zahnärztlichen Praxen angeboten werden, obwohl dies vom Praxisinhaber weder beabsichtigt noch gewünscht war.

Interessanterweise konnte sich Prophylaxe als Arbeitsschwerpunkt auf hohem Niveau behaupten.

Ein Indikator für die *relative Bedeutung der praktizierten Arbeitsschwerpunkte* ist die für einzelne Arbeitsschwerpunkte durchschnittlich aufgewendete Arbeitszeit (vgl. Abbildung 4). Fast drei Viertel der wöchentlichen Arbeitszeit wurde demnach für die vier Arbeitsschwerpunkte Zahnerhaltung, Prothetik, Prophylaxe sowie Parodontologie eingesetzt. Für Implantologie ist von den befragten Zahnärzten in der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes ein wöchentlicher Anteil an der gesamten Arbeitszeit von 5,6 Prozent angegeben worden. Naturheilkunde wurde nur in 1,2 Prozent der Fälle als Arbeitsschwerpunkt gewählt.

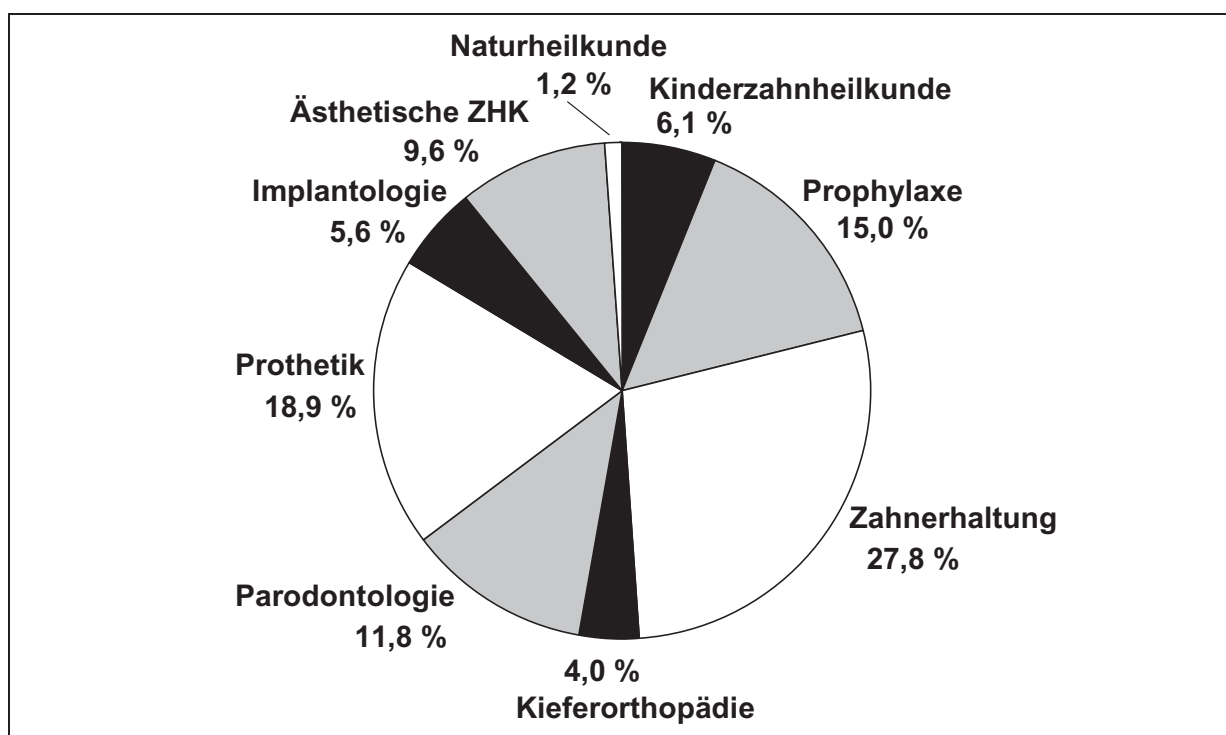


Abbildung 4: Anteile der Arbeitsschwerpunkte an der Arbeitszeit

© IDZ 2007

Bei den genannten Prozentwerten handelt es sich jeweils um Durchschnittswerte, die über alle Praxen hinweg ermittelt worden sind. Der Anteil der wöchentlichen Arbeitszeit für bestimmte Arbeitsschwerpunkte kann im Einzelfall natürlich deutlich höher ausfallen. So lag der zeitliche Arbeitsinput pro Woche für Maßnahmen der Zahnerhaltung bei einzelnen Praxen bei bis zu 60 Prozent, in der Prophylaxe und Parodontologie bei bis zu 50 Prozent, bei der Prothetik bei bis zu 45 Prozent, der Kinderzahnheilkunde und der Implantologie bei bis zu 40 Prozent sowie der Ästhetischen Zahnheilkunde bei max. 30 Prozent. Naturheilkunde hatte im Einzelfall einen Anteil von 20 Prozent an der wöchentlichen Arbeitszeit.

Ob mit den individuellen Arbeitsschwerpunkten auch das *Praxiswunschprofil* realisiert werden konnte, ist in der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes von 73,4 Prozent der befragten Zahnärzte mit „ja“ beantwortet worden. Von 26,6 Prozent der befragten zahnärztlichen Existenzgründer ist dies verneint worden. Von den Zahnärzten, die ihr Praxiswunschprofil als noch nicht erreicht ansehen, ist durchgehend ein deutlicher Wunsch nach mehr Spezialisierung im Sinne einer deutlicheren wettbewerblichen Positionierung (vgl. dazu allgemein Börkircher und Gensler, 2005) arti-

kuliert worden. Jeweils jeder Vierte würde zukünftig gerne mehr Implantologie bzw. Prophylaxe anbieten und jeder sechste Zahnarzt äußerte den Wunsch, seine Arbeitszeit in einem stärkeren Umfang als bislang für Ästhetische Zahnheilkunde einzusetzen. Auch Parodontologie und Naturheilkunde wurden mehrfach als angestrebte Arbeitsschwerpunkte genannt.

Als Hindernis für eine Realisierung des Praxiswunschprofils ist zum einen die Struktur der eigenen Patientenklientel, die bestimmte Leistungsangebote nicht im gewünschten Umfang annehme, genannt worden. Zum anderen wurde als Grund angeführt, dass manche Arbeitsschwerpunkte unter den derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen wirtschaftlich als nicht erfolgversprechend („machbar“) realisiert werden könnten.

3.1.4 Veränderung der Praxisgröße und -struktur

Die sachlichen, technischen und personellen Ressourcen wie Raumfläche, Anzahl der Behandlungsstühle, Zahl und Struktur des Personals etc. definieren – ausgehend von der Startphase zahnärztlicher Existenzgründungen – die Rahmenbedingungen für individuelle Praxisverläufe und die Ausschöpfung bzw. Erweiterung bestehender Praxispotentiale in der Konsolidierungsphase. Aus den Ergebnissen der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes lassen sich wichtige Erkenntnisse dahingehend ableiten, in welchem Umfang und in welcher Form Veränderungen der Praxisgröße und -struktur im Zeitraum Oktober 2002 bis Oktober 2004 stattgefunden haben (vgl. Klingenberg und Becker, 2004, insbes. Tabelle 4).

Die befragten zahnärztlichen Existenzgründer praktizierten – wie aus Tabelle 5 ersichtlich – im Oktober 2004 mehrheitlich (64,3 Prozent) in einer Praxis mit einer *Raumfläche* zwischen 100 und 174 Quadratmetern. Die durchschnittliche Praxisgröße betrug 138,3 Quadratmeter und lag damit knapp zwei Quadratmeter über dem Durchschnittswert zwei Jahre zuvor. In vier Prozent der Fälle wurde die zuvor gemietete Immobilie zwischenzeitlich käuflich erworben, in weiteren 1,6 Prozent war der Immobilienkauf mit einer Standortverlegung verbunden. In der Mehrzahl der Fälle ging der Kauf mit einer deutlichen Vergrößerung der Praxis einher (vgl. Abschnitt 3.1.2).

Ein wichtiger Indikator für die Praxisgröße ist die *Anzahl der Behandlungsstühle*. Die Mehrheit der zahnärztlichen Existenzgründer (87,4 Prozent) verfügte zum Erhebungsstichtag 1. Oktober 2004 über zwei oder drei Behandlungsstühle. Für alle befragten Zahnarztpraxen wurde ein Durchschnittswert von 2,6 Behandlungseinheiten ermittelt. Dieser Wert hat sich seit dem Zeitpunkt der 1. Befragung im Oktober 2002 nicht verändert.

Wie aus Tabelle 5 ebenfalls ersichtlich, lag zum Stichtag 1. Oktober 2004 die *durchschnittliche Anzahl des Personals einschließlich Zahnarzt/Zahnärztin* bei 6,3 Vollzeitstellen. Bezogen auf den Erhebungszeitpunkt 1. Oktober 2002 wurden 5,5 Vollzeitstellen ermittelt. Im Zweijahres-Zeitraum hat insofern eine Zunahme des Personalbestandes um 0,8 Vollzeitstellen stattgefunden. Dies entspricht einem durchschnittlichen Beschäftigungswachstum von 14,5 Prozent. In allen unterschiedenen beruflichen Funktionsbereichen hat ein in etwa gleichmäßiger Personalzuwachs stattgefunden. Die generelle Zunahme des Personalbestandes ist darauf zurückzuführen, dass die meisten zahnärztlichen Existenzgründer (77,8 Prozent) im weiteren Verlauf

ihrer Praxistätigkeit zusätzliches Personal eingestellt haben. 13,5 Prozent der Zahnarztpraxen konnten den Beschäftigungsstand halten. Immerhin 8,7 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründer mussten im Zeitraum Oktober 2002 bis Oktober 2004 aber auch Personal abbauen, im Einzelfall bis zu 4,5 Vollzeitstellen.

Tabelle 5: Praxisgröße – sachliche und personelle Ressourcen neugegründeter Zahnarztpraxen			
Durchschnittliche Raumfläche	138,3 qm		
Anteil der Zahnarztpraxen mit einer Raumfläche			
▪ unter 100 Quadratmetern	15,9 %		
▪ zwischen 100 und 174 Quadratmetern.....	64,3 %		
▪ 175 Quadratmeter und mehr	19,8 %		
Durchschnittliche Anzahl der Behandlungsstühle/-einheiten	2,6		
Anteil der Zahnarztpraxen mit			
▪ 1 Behandlungsstuhl/-einheit	3,9 %		
▪ 2 Behandlungsstühlen/-einheiten	47,2 %		
▪ 3 Behandlungsstühlen/-einheiten	40,2 %		
▪ 4 Behandlungsstühlen/-einheiten	7,1 %		
▪ 5 Behandlungsstühlen/-einheiten	0,8 %		
▪ 6 Behandlungsstühlen/-einheiten	0,8 %		
Personal (in Vollzeitstellen)	zum	zum	zum
	1.10.2002	1.10.2003	1.10.2004
▪ Zahnarzt/Zahnärztin	1,2	1,3	1,4
▪ Zahntechniker	0,1	0,2	0,2
▪ Dental-Hygienikerin	<0,1	0,1	0,1
▪ Zahnmed. Fachhelferin/-assistentin	0,4	0,4	0,5
▪ Zahnmed. Prophylaxehelferin/-assistentin	0,4	0,4	0,5
▪ Zahnmed. Verwaltungshelferin/-assistentin.....	0,2	0,3	0,3
▪ Zahnmed. Fachangestellte (Zahnarthelferin).....	1,4	1,5	1,5
▪ Zahnmed. Auszubildende.....	0,8	0,9	0,9
▪ nentgeltlich tätige Familienangehörige	0,1	0,2	0,2
▪ Sonstiges Personal (Bürohilfe, Raumpflege).....	0,7	0,7	0,8
Gesamtes Personal	5,5	6,0	6,3
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	48,2 Std.		
▪ Wöchentliche Behandlungszeit	35,8 Std.		
▪ Wöchentliche Verwaltungstätigkeit.....	8,3 Std.		
▪ Sonstige Arbeitszeit (Fortbildung u. ä.)	4,1 Std.		
Anteil der Praxen mit einer Wochenarbeitszeit von			
▪ 30 Stunden und weniger	3,9 %		
▪ 31 bis 40 Stunden	14,9 %		
▪ 41 bis 50 Stunden	47,6 %		
▪ mehr als 50 Stunden	33,6 %		

Im Hinblick auf die wöchentliche Arbeitszeit – eine wichtige betriebswirtschaftliche Kennziffer des Auslastungsgrades der personellen und sachlichen Ressourcen – unterscheiden sich zahnärztliche Existenzgründungen in der Konsolidierungsphase nur geringfügig von schon länger bestehenden Zahnarztpraxen. In der 2. Welle des

AVE-Z-Projektes haben die befragten Zahnärzte angegeben, im Durchschnitt pro Woche – bezogen auf das Jahr 2004 – etwa 48,2 (2002: 47,3) Stunden gearbeitet zu haben. Dieses Zeitbudget lässt sich wiederum unterteilen in 35,8 Stunden Behandlungszeit (+0,5 Stunden), 8,3 Stunden Verwaltungstätigkeiten (+0,1 Stunden) und 4,1 Stunden (+0,3 Stunden) für Fortbildung, Berufspolitik und ähnliches. Gegenüber den Erhebungen der KZBV (vgl. KZBV, 2005), die für die westlichen Bundesländer im Jahr 2004 eine Gesamtarbeitszeit von 47,9 Stunden (35,0 Stunden Behandlungszeit, 7,9 Stunden Zeitaufwand für Praxisverwaltung, 5,0 Stunden sonstige Arbeitszeit) ermittelt haben, fällt der immer noch vergleichsweise höhere Zeitaufwand für die Praxisverwaltung auf, der aber vermutlich mit zunehmender Berufserfahrung sukzessive reduziert werden kann. Im Gegenzug dazu ist bei den „jungen“ Zahnarztpraxen der Zeitbedarf für die berufliche Fortbildung mit zeitlichem Abstand zum Studium angestiegen.

Die Ergebnisse zur wöchentlichen Arbeitszeit machen deutlich, dass die zahnärztlichen Existenzgründer fast ausschließlich einer Vollerwerbstätigkeit nachgehen und Nebenerwerbsgründungen eine seltene Ausnahme bleiben. In vier von fünf Zahnarztpraxen wurde angegeben, mehr als 40 Stunden wöchentlich zu arbeiten. Lediglich 3,9 Prozent der Praxen gaben eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 30 Stunden oder weniger an. Auch neigten weibliche Existenzgründer nicht signifikant häufiger als ihre männlichen Kollegen zu einer Nebenerwerbsgründung, wie schon ein Vergleich der geschlechtsspezifischen Arbeitszeitvolumina deutlich macht. Die männlichen Existenzgründer gaben in der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 49,9 Stunden (2002: 48,6) an, die sich auf 36,9 Stunden Behandlungszeit (+0,2 Stunden), 8,7 Stunden Verwaltungstätigkeiten (+0,5 Stunden) und 4,3 Stunden für Fortbildung etc. (+0,6 Stunden) aufteilte.

Bei den Frauen betrug die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 45,5 Stunden (2002: 45,2), wobei 34 Stunden auf die Behandlungszeit (+1,1 Stunden), 7,7 Stunden auf Verwaltungstätigkeiten (-0,7 Stunden) und 3,8 Stunden auf Fortbildung etc. (-0,1 Stunden) entfielen. Aufgrund gegenläufiger Tendenzen beim Zeitaufwand für Verwaltung und Fortbildung haben sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hinblick auf die Arbeitszeit insgesamt vergrößert, wenngleich die Differenz bei den Behandlungszeiten von 3,8 Stunden auf 2,9 Stunden zurückging.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass im betrachteten Zweijahres-Zeitraum nur geringfügige Anpassungen der individuellen Praxisausstattungen vorgenommen worden sind, mithin die von den zahnärztlichen Existenzgründern in der Startphase getroffenen Entscheidungen hinsichtlich Praxisgröße und -struktur in der Konsolidierungsphase insofern nur geringfügig korrigiert wurden.

3.1.5 Art und Umfang betrieblicher Investitionen

Investitionen im Zusammenhang mit der Neugründung bzw. Übernahme einer Zahnarztpraxis beschränken sich selbstverständlich nicht nur auf die Startphase. Auch in der Konsolidierungsphase sind in der Regel Investitionen zu tätigen, entweder zum Ersatz von veralteten bzw. defekten medizinisch-technischen Geräten, Einrichtungsgegenständen etc. oder zur Erweiterung der Zahnarztpraxis, etwa zur Etablierung neuer Arbeitsschwerpunkte oder für Umbau-/Ausbauaktivitäten zur Optimierung von Praxisabläufen.

Im Hinblick auf die *getätigten Investitionen* haben sich in der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes deutliche Unterschiede zwischen Einzelpraxisneugründungen und Einzelpraxisübernahmen herauskristallisiert (vgl. Abbildungen 5 und 6).

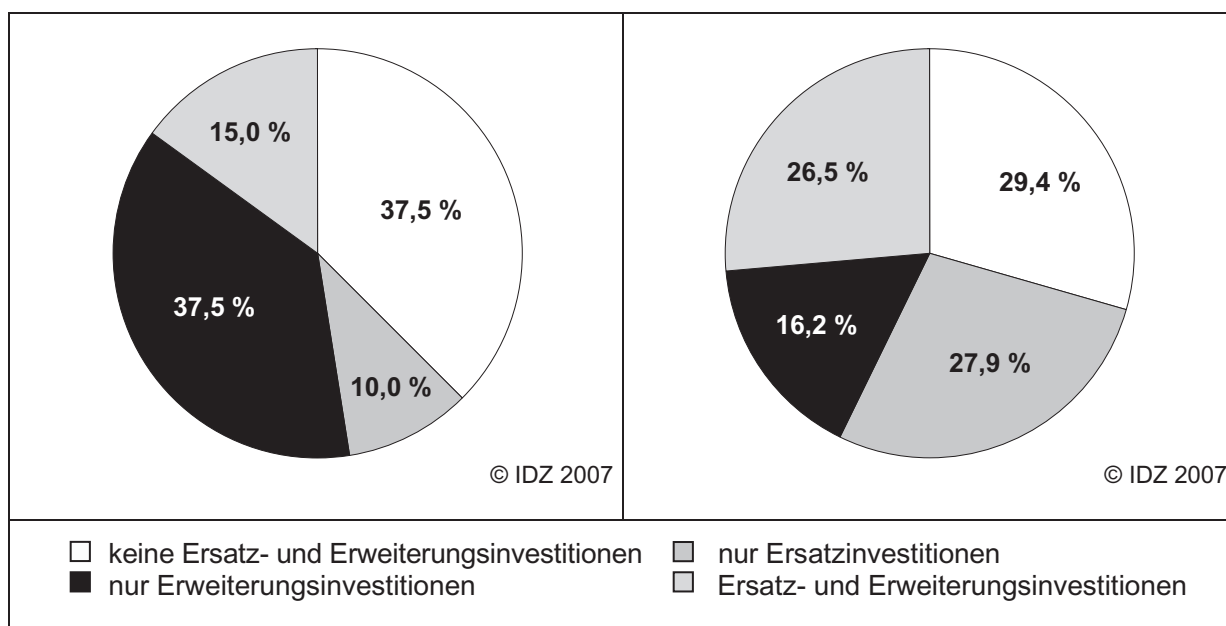
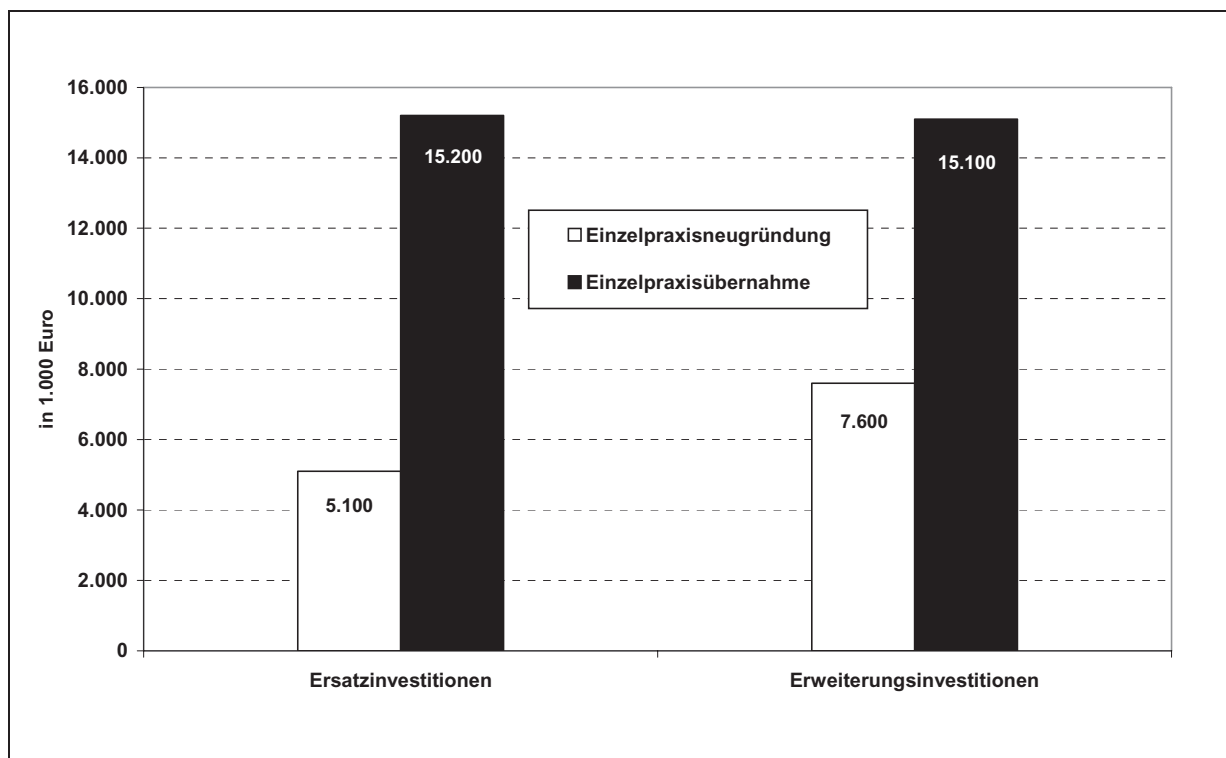


Abbildung 5: Anteil der Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen in neugegründeten Einzelpraxen im Zeitraum 2002 bis 2004

Abbildung 6: Anteil der Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen in übernommenen Einzelpraxen im Zeitraum 2002 bis 2004

Der Anteil der Praxisinhaber, die in den Jahren 2002 bis 2004 keine Ersatz- oder Erweiterungsinvestitionen getätigt haben, lag im Falle der Einzelpraxisneugründungen mit 37,5 Prozent höher als bei den Einzelpraxisübernahmen. Hier nahmen lediglich 29,4 Prozent der Praxisinhaber keine Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen vor. Da bei einem Praxiskauf die medizinisch-technische Ausstattung sowie die Einrichtung in der Regel mit übernommen werden, ist bei Einzelpraxisübernahmen naturgemäß entsprechend früher mit *Ersatzinvestitionen* zu rechnen. Während in jeder vierten neugegründeten Einzelpraxis (25,0 Prozent) im Verlauf der Konsolidierungsphase Ersatzinvestitionen getätigt worden sind, lag der Anteil bei den Einzelpraxisübernahmen mit 54,4 Prozent mehr als doppelt so hoch.

Auch hinsichtlich des Umfanges der getätigten Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen bestehen Unterschiede zwischen übernommenen und neugegründeten Zahnarztpraxen. Praxisübernahmen sind generell, verglichen mit Praxisneugründungen, mit einem geringeren Finanzierungsaufwand in der Anfangsphase verbunden. In der 1. Befragungswelle wurde ein durchschnittliches Finanzierungsvolumen von 226.000 Euro gegenüber 275.000 Euro ermittelt (vgl. Klingenberger und Becker, 2004). Allerdings geht eine Praxisübernahme mit vergleichsweise höheren Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen in der Konsolidierungsphase einher. Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, lagen die entsprechenden Investitionen bei Praxisübernahmen im Zeitraum von 2002 bis 2004 insgesamt bei durchschnittlich 30.300 Euro, bei Praxisneugründungen waren es lediglich 12.700 Euro.



**Abbildung 7: Vergleich der Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen von neu- © IDZ 2007
gegründeten und übernommenen Einzelpraxen im Zeitraum
2002 bis 2004**

Diese Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, dass im Rahmen von Praxisübernahmen die eigenen Vorstellungen bezüglich Schwerpunktsetzungen und Praxisausstattung in der Regel nur schrittweise und mit einem spürbaren „time lag“ umgesetzt werden können. Praxisneugründungen erfordern demgegenüber in der Anfangsphase vergleichsweise höhere Investitionen, im Konsolidierungsverlauf sind hingegen normalerweise geringere Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen zu tätigen.

3.1.6 Veränderung des Umfangs und der Struktur der Betriebsausgaben

Für die Beurteilung des Verlaufes von zahnärztlichen Existenzgründungen sind neben Aspekten, die mit Praxisform, Standort (Praxislage), Arbeitsschwerpunkten, Praxisgröße/-struktur und betrieblichen Investitionen zusammenhängen, auch *Veränderungen des Umfangs und der Struktur der Betriebsausgaben* von Bedeutung. Wie aus Tabelle 6 ersichtlich, lagen die Betriebsausgaben über alle Praxisformen hinweg bei den zahnärztlichen Existenzgründern im Jahre 2003 bei durchschnittlich 264.000 Euro, was einer Steigerung um etwa 17 Prozent gegenüber dem Jahr 2001 entspricht.

Ein Vergleich mit der Kostenstrukturerhebung der KZBV (vgl. KZBV, 2005) zeigt, dass sich Umfang und Struktur der Betriebsausgaben von „jungen“, in der Konsolidierungsphase befindlichen Zahnarztpraxen in einigen Bereichen deutlich von den entsprechenden Größenordnungen einer Durchschnittspraxis unterscheiden. So war der Anteil der Abschreibungen an den Betriebsausgaben bei den „jungen“ Zahnarztpraxen naturgemäß mit einem Anteil von 11,0 Prozent etwa doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller Zahnarztpraxen, während die Personalkosten mit einem Anteilswert von 26,5 Prozent noch um 4,4 Prozentpunkte (2001: 6,0 Prozentpunkte) darunter lagen.

**Tabelle 6: Umfang und Struktur der Betriebsausgaben je Praxis
in den Jahren 2001 und 2003**

	Zahnärztliche Existenzgründungen in der Konsolidierungsphase				Alle Zahnarztpraxen	
	AVE-Z, 1. Welle 2001 (n = 119)		AVE-Z, 2. Welle 2003 (n = 123)		Kostenstruktur- erhebung der KZBV, 2003	
	in 1.000 Euro	Anteil in %	in 1.000 Euro	Anteil in %	in 1.000 Euro	Anteil in %
Personalkosten (inklusive Sozialleistungen)	56	24,9	70	26,5	92	30,9
Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien	70	31,1	87	33,0	95	31,9
Materialkosten für Praxis und Labor	19	8,4	23	8,7	26	8,7
Raumkosten	17	7,6	19	7,2	20	6,7
Zinsen für Praxisdarlehen.....	11	4,9	12	4,5	11	3,7
Abschreibungen	28	12,4	29	11,0	17	5,7
Übrige Betriebsausgaben.....	24	10,7	24	9,1	37	12,4
Gesamtbetrag der Betriebsausgaben	225	100,0	264	100,0	298	100,0

Quelle: Eigene Berechnungen; KZBV, 2005, S. 116, 120, 154

Im Hinblick auf Umfang und Struktur der Betriebsausgaben zeigen die Verlaufsmuster, dass sich zahnärztliche Existenzgründungen im Zuge des Konsolidierungsprozesses in den jeweiligen Größenordnungen mehr und mehr den Durchschnittswerten für alle Zahnarztpraxen angleichen. Ein ähnliches Muster ist erkennbar, wenn man sich die Entwicklung der Betriebsausgaben *differenziert nach Praxisformen* (Einzelpraxisneugründungen und Einzelpraxisübernahmen) anschaut. Wie aus den Tabellen 7 und 8 ersichtlich, ist der prozentuale Anteil der beiden größten Ausgabenposten – Personalkosten (inklusive Sozialleistungen) sowie Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien – an den gesamten Betriebsausgaben im Zeitraum von 2001 bis 2003 am deutlichsten angestiegen. Die relativen Anteile der anderen Kostenarten sind im gleichen Zeitraum gesunken.

Die praxisformbezogenen Unterschiede hinsichtlich einzelner Ausgabenarten fallen zum Teil noch markanter aus als bei der 1. Befragungswelle. Bei den Einzelpraxisübernahmen lag der Anteil der Personalkosten an den gesamten Betriebsausgaben im Jahr 2003 um 5,1 Prozentpunkte (2001: 4,5 Prozentpunkte) über dem korrespondierenden Wert bei den Einzelpraxisneugründungen. Mit einem Anteil von 35,8 Prozent an den Gesamtausgaben waren die Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien bei den Einzelpraxisübernahmen im Jahr 2003 6,0 Prozentpunkte (2001: 5,1 Prozentpunkte) höher als bei den Einzelpraxisneugründungen und 3,9 Prozentpunkte höher als der Durchschnitt aller Zahnarztpraxen, wenn man die Ergebnisse der KZBV-Kostenstrukturhebung als Referenzgrößen heranzieht (vgl. KZBV, 2005). Im Gesamtbild sahen sich die Einzelpraxisneugründungen im Zeitraum von 2001 bis 2003 mit einer absoluten Ausgabensteigerung von 39.000 Euro bzw. einem relativen Zuwachs von 19,9 Prozent konfrontiert. Der Ausgabenzuwachs bei den Einzelpraxisübernahmen fiel in diesem Zeitraum mit einem Plus von 27.000 Euro bzw. 11,2 Prozent etwas verhaltener aus. Allerdings konnten die Einzelpraxisneugründungen – wie

im folgenden Abschnitt zu zeigen sein wird – im Schnitt auch deutlich höhere Einnahmensteigerungen verbuchen als die Einzelpraxisübernahmen.

Tabelle 7: Umfang und Struktur der Betriebsausgaben – Einzelpraxisneugründungen –				
	2001		2003	
	in 1.000 Euro	Anteil in %	in 1.000 Euro	Anteil in %
Personalkosten (inklusive Sozialleistungen)	40	20,4	53	22,5
Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien	55	28,1	70	29,8
Materialkosten für Praxis und Labor	18	9,2	20	8,5
Raumkosten	18	9,2	20	8,5
Zinsen für Praxisdarlehen.....	13	6,6	15	6,4
Abschreibungen	29	14,8	30	12,8
Übrige Betriebsausgaben	23	11,7	27	11,5
Gesamtbetrag der Betriebsausgaben	196	100,0	235	100,0

Tabelle 8: Umfang und Struktur der Betriebsausgaben – Einzelpraxisübernahmen –				
	2001		2003	
	in 1.000 Euro	Anteil in %	in 1.000 Euro	Anteil in %
Personalkosten (inklusive Sozialleistungen)	60	24,9	74	27,6
Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboratorien	80	33,2	96	35,8
Materialkosten für Praxis und Labor	18	7,5	20	7,5
Raumkosten	18	7,5	18	6,7
Zinsen für Praxisdarlehen.....	10	4,1	11	4,1
Abschreibungen	31	12,9	28	10,5
Übrige Betriebsausgaben	24	9,9	21	7,8
Gesamtbetrag der Betriebsausgaben	241	100,0	268	100,0

3.1.7 Veränderung des Umfangs und der Struktur der Betriebseinnahmen

Zahnärzte sind als „inhaberzentrierte Kleinbetriebe“ (vgl. Hohner, 1999) daran interessiert, möglichst hohe Betriebseinnahmen zu erzielen. Damit rücken Fragen in den Vordergrund, die sich auf die *Veränderung des Umfangs und der Struktur der Gesamteinkommen* aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit beziehen.

Die in der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes erfassten Zahnarztpraxen erzielten im Jahr 2003 über alle Praxisformen hinweg *Gesamteinnahmen* aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit in Höhe von durchschnittlich 371.000 Euro (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Gesamteinnahmen je Praxis aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit in den Jahren 2001 und 2003

	Zahnärztliche Existenzgründungen in der Konsolidierungsphase		Alle Zahnarztpraxen
	AVE-Z, 1. Welle 2001 (n = 119)	AVE-Z, 2. Welle 2003 (n = 122)	Kostenstruktur- erhebung der KZBV, 2003
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro)...	274	371	425
Einkommensanteil über KZV (in %).....	64,6	59,3	59,5
Einkommensanteil über Selbstzahler (in %).....	35,4	40,7	40,5
Durchschnittliche Scheinanzahl pro Quartal ¹	396	430	n. e.
Anteil der Privatpatienten (in %) ²	13,3	13,7	n. e.

Quelle: Eigene Berechnungen; KZBV, 2005, S. 116, 120, 154

¹ Berechnet mit den Klassenmittelwerten. Klassendefinition: untere Klasse (unter 200 Scheine) wurde bei einem Minimalwert von 0 geschlossen; obere Klasse (1.000 Scheine und mehr) wurde bei einem Maximalwert von 1.500 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.

Dies entspricht einer Zunahme von 35,4 Prozent gegenüber dem Jahr 2001. Bezogen auf die durchschnittlichen Betriebseinnahmen aller Zahnarztpraxen bestand allerdings immer noch ein deutlicher Rückstand. Die Kostenstrukturerhebungen der KZBV haben für das Jahr 2003 einen Durchschnittswert von 425.000 Euro je Zahnarztpraxis ermittelt (vgl. KZBV, 2005). Im Hinblick auf den *nicht über die KZV vereinnahmten Anteil der Gesamteinnahmen (Selbstzahler)*, der im Gesamtdurchschnitt aller Zahnarztpraxen im Jahr 2003 bei 40,5 Prozent lag (vgl. KZBV, 2005), sind aber keine diesbezüglichen Unterschiede mehr erkennbar. Im Jahr 2003 lag der Durchschnittswert bei den zahnärztlichen Existenzgründungen bei 40,7 Prozent. Die durchschnittliche *Scheinanzahl pro Quartal* stieg bei den zahnärztlichen Existenzgründungen in der Konsolidierungsphase deutlich um 8,6 Prozent auf 430. Der *Anteil der Privatpatienten* kletterte im betrachteten Zweijahres-Zeitraum um 0,4 Prozentpunkte auf dann 13,7 Prozent.

Die Tabellen 10 und 11 ermöglichen einen Vergleich der Einkommensentwicklung im Zeitraum von 2001 und 2003 *differenziert nach Praxisformen*. Erkennbar ist, dass neugegründete Einzelpraxen – wie schon in der Startphase – auch in der Konsolidierungsphase im Vergleich zu übernommenen Einzelpraxen in der Regel niedrigere Betriebseinnahmen erzielt haben.

Die Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit lagen, bezogen auf das Jahr 2003, bei den *Einzelpraxisneugründungen* bei durchschnittlich 326.000 Euro, während die Gruppe der *Einzelpraxisübernahmen* im Schnitt 367.000 Euro an Einnahmen zu verbuchen hatten. Neugegründete Einzelpraxen konnten, ausgehend von einem deutlich niedrigeren Ausgangsniveau, ihr Einnahmenlevel gegenüber dem Jahr 2001 um insgesamt 47,5 Prozent steigern. Bei den Einzelpraxisübernahmen fiel das Einnahmenplus mit 24,0 Prozent deutlich verhaltener aus. Der Einnahmenunterschied zwischen den beiden Praxisformen verringerte sich aufgrund der unterschiedlichen Verlaufsmuster von 75.000 Euro im Jahr 2001 auf 41.000 Euro im Jahr 2003. Einzelpraxisneugründungen konnten den *Anteil der Privatpatienten an den*

Gesamteinnahmen im betrachteten Zweijahres-Zeitraum um 1,5 Prozentpunkte auf 15,0 Prozent erhöhen. Der Einkommensanteil, der über *Selbstzahler* erzielt wurde, nahm um über 6 Prozentpunkte zu und lag damit bei 40,3 Prozent.

Tabelle 10: Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit – Einzelpraxisneugründungen –		
	2001	2003
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro).....	221	326
Einkommensanteil über KZV (in %).....	65,8	59,7
Einkommensanteil über Selbstzahler (in %).....	34,2	40,3
Durchschnittliche Scheinanzahl pro Quartal ¹	356	418
Anteil der Privatpatienten (in %) ²	13,5	15,0

¹ Berechnet mit den Klassenmittelwerten. Klassendefinition: untere Klasse (unter 200 Scheine) wurde bei einem Minimalwert von 0 geschlossen; obere Klasse (1.000 Scheine und mehr) wurde bei einem Maximalwert von 1.500 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.

Tabelle 11: Gesamteinnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit – Einzelpraxisübernahmen –		
	2001	2003
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro).....	296	367
Einkommensanteil über KZV (in %).....	64,0	61,0
Einkommensanteil über Selbstzahler (in %).....	36,0	39,0
Durchschnittliche Scheinanzahl pro Quartal ¹	390	408
Anteil der Privatpatienten (in %) ²	11,8	12,2

¹ Berechnet mit den Klassenmittelwerten. Klassendefinition: untere Klasse (unter 200 Scheine) wurde bei einem Minimalwert von 0 geschlossen; obere Klasse (1.000 Scheine und mehr) wurde bei einem Maximalwert von 1.500 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 den Einzelpraxisübernahmen stieg der Anteil der Privatpatienten nur marginal um 0,4 Prozentpunkte an. Der *nicht über die KZV vereinnahmte Einkommensanteil* erhöhte sich um 3 Prozentpunkte auf 39,0 Prozent und blieb damit im Vergleich zum Jahr 2001 hinter dem entsprechenden Anteilswert der Einzelpraxisneugründungen zurück.

3.1.8 Veränderung des Einnahmensaldos

Wichtige Erkenntnisse über die Entwicklung bzw. den Verlauf von zahnärztlichen Existenzgründungen lassen sich schließlich aus der *Gegenüberstellung von Betriebseinnahmen und -ausgaben* ableiten. Der Einnahmensaldo (GUV-Saldo) lag bei Zahnarztpraxen des AVE-Z-Panels *im Jahr 2001* – wie aus Tabelle 12 ersichtlich – bei durchschnittlich 49.000 Euro.

Tabelle 12: Einnahmensaldo je Praxis aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit in den Jahren 2001 und 2003 (GUV-Saldo)			
	Zahnärztliche Existenzgründungen in der Konsolidierungsphase		Alle Zahnarztpraxen
	AVE-Z, 1. Welle 2001 (n = 119)	AVE-Z, 2. Welle 2003 (n = 122)	Kostenstrukturhebung der KZBV, 2003
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro) ..	274	371	425
Betriebsausgaben (in 1.000 Euro)....	225	264	298
Einnahmensaldo (in 1.000 Euro) ...	49	107	127
Anteil der Praxen mit negativem Einnahmensaldo (in %)	23,5	2,5	n. e.
Quelle: Eigene Berechnungen; KZBV, 2005, S. 116, 120, 154			

Im Vergleich zu allen Zahnarztpraxen, die laut Kostenstrukturhebung der KZBV im Jahr 2001 einen Einnahmenüberschuss von durchschnittlich 127.000 Euro je Praxis aufwiesen (vgl. KZBV, 2002), mussten sich zahnärztliche Existenzgründer demnach mit einem deutlich niedrigeren Ertragsniveau zufrieden geben. Auch in der Konsolidierungsphase bestehen diese Niveauunterschiede fort. *Im Jahr 2003* betrug der Einnahmensaldo im Durchschnitt 107.000 Euro und lag damit ca. 20.000 Euro unter dem durchschnittlichen Einnahmensaldo aller Zahnarztpraxen. Der *Anteil der Betriebsausgaben an den Gesamteinnahmen* zahnärztlicher Existenzgründungen sank von 82,1 Prozent im Jahr 2001 auf 71,2 Prozent im Jahr 2003. Die Kostenstrukturhebung der KZBV hat für 2003 einen durchschnittlichen Betriebsausgabenanteil aller Praxen von 70,1 Prozent ermittelt (vgl. KZBV, 2005). Hier konnte demnach in der Konsolidierungsphase eine deutliche Annäherung „junger“ Zahnarztpraxen im Vergleich zu allen Zahnarztpraxen erzielt werden.

Vergleicht man die Entwicklung der Einnahmensalden *differenziert nach Praxisformen* (vgl. Tabellen 13 und 14), so wird erkennbar, dass der deutliche Niveauabstand neugegründeter Einzelpraxen im Vergleich zu übernommenen Einzelpraxen in der Regel auf die Startphase beschränkt ist. Ein Grund dafür ist, dass sich in der Konsolidierungsphase der Einnahmensaldo neugegründeter Einzelpraxen im Durchschnitt dynamischer als bei Einzelpraxisübernahmen entwickelt hat. Zudem lag der Betriebsausgabenanteil der Einzelpraxisneugründungen mit 72,1 Prozent erstmals etwas günstiger als der korrespondierende Anteilswert bei den Einzelpraxisübernahmen (73,0 Prozent).

Eine *geschlechtsspezifische Differenzierung* erbrachte für das Jahr 2003 bei den Einzelpraxisneugründungen deutliche Unterschiede hinsichtlich des Einnahmenüberschusses zwischen weiblichen Existenzgründern (74.000 Euro) und männlichen Existenzgründern (99.000 Euro). Im Jahr 2001 hatten Zahnärztinnen in der Startphase einen Einnahmenüberschuss von rund 19.000 Euro erzielt, während ihre männlichen Kollegen einen Einnahmensaldo von rund 31.000 Euro verbuchen konnten. Bei den Einzelpraxisübernahmen waren die Unterschiede nicht ganz so ausgeprägt. So betrug der Einnahmensaldo im Jahr 2003 in der Gruppe der Männer durchschnittlich 104.000 Euro, während die Gruppe der Frauen im Schnitt 90.000 Euro verbuchen konnte. Im Jahr 2001 hatte der Einnahmensaldo der weiblichen Zahnärzte lediglich 2.000 Euro unter dem entsprechenden Wert ihrer Kollegen gelegen. Insgesamt betrachtet haben also im Zeitraum von 2001 bis 2003 die

geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den zahnärztlichen Existenzgründungen eher zu- als abgenommen.

Tabelle 13: Einnahmensaldo aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit – Einzelpraxisneugründungen –		
	2001	2003
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro)	221	326
Betriebsausgaben (in 1.000 Euro).....	196	235
Einnahmensaldo (in 1.000 Euro)	25	91

Tabelle 14: Einnahmensaldo aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit – Einzelpraxisübernahmen –		
	2001	2003
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro)	296	367
Betriebsausgaben (in 1.000 Euro).....	241	268
Einnahmensaldo (in 1.000 Euro)	55	99

3.1.9 Exkurs: Vergleich der Entwicklung von wachstumsdynamischen und wachstumsschwächeren Praxen

Bei den in den Abschnitten 3.1.6 bis 3.1.8 dargestellten betriebswirtschaftlichen Kennziffern handelt es sich um Durchschnittswerte aller Praxen, hinter denen sich höchst unterschiedliche Entwicklungsverläufe verbergen. Die Streubreite der betriebswirtschaftlichen Situation verdeutlicht der folgende Exkurs. Im Rahmen eines Extremgruppenvergleiches wurde denjenigen Praxen, deren Umsatz im Zeitraum 2001 bis 2003 rückläufig war (n = 21), eine gleich große Gruppe derjenigen Praxen gegenüber gestellt, die im gleichen Zeitraum die höchsten Wachstumsraten beim Umsatz aufwiesen (vgl. Abbildung 8).

Mit einem aus betriebswirtschaftlicher Sicht wenig erfolgreichen Konsolidierungsverlauf waren – wie die Analyse zeigt – primär Einzelpraxisübernahmen konfrontiert, die in der Anfangsphase noch vergleichsweise umsatzstark starteten, dieses Umsatzniveau in der Folge aber nicht halten konnten. Dass die *Einzelpraxisneugründungen in der Konsolidierungsphase* in der Regel *merklich wachstumsdynamischer* sind, hatte ja bereits die Analyse von Gesamteinnahmen und Einnahmensaldo nach Praxisform gezeigt (vgl. Abschnitte 3.1.7 und 3.1.8).

Die wachstumsschwächeren Praxen weisen – neben dem Merkmal der Praxisform – die folgenden Strukturmerkmale auf: Vergleichsweise häufig handelt es sich um allgemein Zahnärztliche Praxen ohne ausgewiesene Arbeitsschwerpunkte, der Praxisstandort liegt zumeist im ländlichen oder großstädtischen Umfeld und die Patientenklientel besteht überdurchschnittlich häufig aus Haushalten mit geringerem Einkommen. Alles in allem betrachtet handelt es sich aber um strukturell unauffällige Durchschnittspraxen. Interessanterweise haben diese Praxen Probleme im Konsolidierungsverlauf, obwohl die Inhaber dieser Praxen vergleichsweise mehr Aufwand im Hinblick auf Personalentwicklung, Praxisorganisation, Zeitmanagement, Qualitätssicherung und Control-

ling treiben. Dieser Befund kann auch als Hinweis auf den bestimmenden Einfluss der (mehr oder weniger günstigen) Ausgangsbedingungen interpretiert werden.

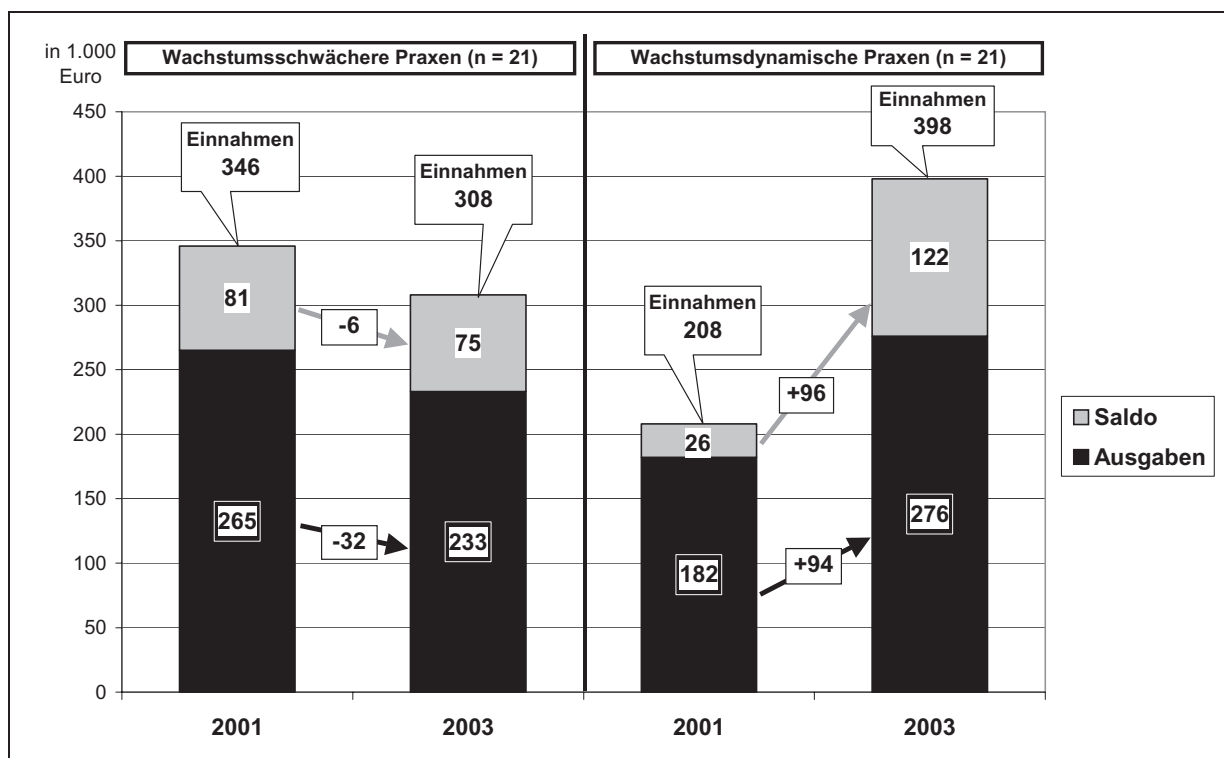


Abbildung 8: Vergleich der Entwicklung von wachstumsdynamischen und wachstumsschwächeren Zahnarztpraxen

© IDZ 2007

3.1.10 Praxisentwicklung und Maßnahmen des Personalmanagements, des Kostenmanagements und des Controllings

Im Anschluss an die Ausführungen zur Beschreibung der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen wird der Frage nachgegangen, welchen Stellenwert Maßnahmen, die mit Praxismanagement und -steuerung zusammenhängen (vgl. dazu allgemein Frank und Klandt 2002; Dowling und Drumm, 2003; Sager, 2006), haben. Gerade „junge“ Zahnarztpraxen sollten auch schon in der Konsolidierungsphase im Sinne einer strategisch angelegten Praxisführung die Möglichkeiten des systematischen Einsatzes von betriebswirtschaftlichen Managementinstrumenten (Personalmanagement, Kostenmanagement) und Steuerungsinstrumenten (Controlling-Verfahren) nutzen.

3.1.10.1 Stellenwert von Maßnahmen des Personalmanagements

Die wirtschaftliche Entwicklung des arbeitsintensiven Dienstleistungsbetriebes „Zahnarztpraxis“ ist in hohem Maße von den Fähigkeiten und Qualitäten des dort beschäftigten Personals abhängig. Die Praxisangehörigen stellen das entscheidende Potential für die Bewältigung der hohen Anforderungen der zahnärztlichen Arbeitswelt dar und machen daher einen wesentlichen Teil der Leistungsfähigkeit einer Zahnarztpraxis aus. Die Motivation und Führung von Menschen sollte daher immer auch als integraler Bestandteil eines Praxisführungskonzeptes verstanden werden. Ein erfolgreiches Personalmanagement erschöpft sich in diesem Sinne nicht in administrativen Aufgaben wie Personalbedarfsermittlung, Personalbeschaffung, Personaleinsatz und Personal-

verwaltung, sondern stellt strategisch darauf ab, die individuellen Fähigkeiten der Mitarbeiter gezielt auszuschöpfen und bestmöglich zu nutzen (vgl. Frodl, 2000a).

In der Praxis erweist sich insbesondere das *Problem einer hohen Personalfuktuation* als Hemmschuh einer erfolgreichen Praxisentwicklung, da Entlassungen, Neueinstellungen und Einarbeitungen erhebliche Kosten bedingen, insbesondere auch infolge der vergleichsweise reduzierten Arbeitsproduktivität. Eine hohe Fluktuationsrate weist auf Probleme in der Führung oder im Umgang des Praxisteam untereinander hin (vgl. Börkircher, 2000). Personalfuktuationen können zwar im Rahmen eines individuellen Suchprozesses zur betrieblichen Optimierung phasenweise notwendig sein, allerdings sollte der Praxisinhaber mittelfristig auf ein eingespieltes Praxisteam zurückgreifen können. Maßnahmen des Personalmanagements sollten daher generell darauf abzielen, das bereits eingearbeitete Personal zu halten und weiter zu qualifizieren.

Im Rahmen der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes zeigte sich in der Frage der Personalfuktuation das in Tabelle 15 wiedergegebene Muster: Der Anteil der Praxen, die im Zeitraum von Oktober 2002 bis Oktober 2004 Personalfuktuationen zu verzeichnen hatten, betrug 57,6 Prozent. Überdurchschnittlich hoch war die Personalfuktuation in kleinstädtischen und vor allem in großstädtischen Lagen. Auffallend hoch war die Personalfuktuation auch in Zahnarztpraxen mit weiblichen Praxisinhabern. Vergleichsweise gering war der Anteil der Praxen mit Personalfuktuation im genannten Zeitraum hingegen auf dem Land sowie bei fachzahnärztlichen Praxen. Quantitativ bedeutsam war die Fluktuation insbesondere in mittelstädtischen Lagen und in übernommenen Einzelpraxen, während im ländlichen Bereich und in neugegründeten Einzelpraxen relativ wenig Personalfuktuation zu verzeichnen war. Interessanterweise wurden die Personalfuktuationen von Inhabern neugegründeter Einzelpraxen dennoch überdurchschnittlich oft als hoch bzw. sehr hoch eingeschätzt, während Inhaber von übernommenen Einzelpraxen die Personalfuktuation deutlich seltener subjektiv als hoch bewerteten.

Als wichtige Maßnahmen zur Verringerung der Personalfuktuation kommen u. a. *Fortbildungen zu Themen der Personalführung* in Betracht. Eine entsprechende Fortbildung erfolgte, wie die Analyse der Befragungsdaten im AVE-Z-Projekt deutlich macht, seltener präventiv, sondern *zumeist reaktiv*, d. h. nach dem bereits Probleme in der Führung und Motivation des Praxispersonals auftraten. Vor allem weibliche Existenzgründer besuchten häufiger eine Fortbildungsveranstaltung zu Themen der Personalführung, während die Inhaber ländlicher Praxen bzw. fachzahnärztlicher Praxen, die in der Regel nicht so häufig mit einer hohen Personalfuktuation konfrontiert waren, auch deutlich seltener Personalführung als Fortbildungsthema wählten. Ein Controlling-Verfahren zur systematischen Erfassung der Personalentwicklung fand lediglich in 4,2 Prozent der Praxen Anwendung (vgl. Abschnitt 3.1.10.3).

Vergleicht man in der AVE-Z-Stichprobe die Einnahmenezuwächse der Praxen, die nach subjektiver Einschätzung des Praxisinhabers eine hohe bzw. sehr hohe Personalfuktuation im Zeitraum von Oktober 2002 bis Oktober 2004 hatten, mit dem Einnahmewachstum der Praxen mit mittlerer bis sehr geringer Personalfuktuation, so zeigen sich deutliche Unterschiede. Während die Praxen mit geringerer Personalfuktuation in diesem Zeitraum ihre Einnahmen um etwa 113.000 Euro steigern konnten, betrug das Umsatzplus der Praxen mit hoher Personalfuktuation im gleichen Zeitraum lediglich 50.000 Euro. Die Personalkostenquote der Praxen mit hoher Personalfuktuation lag dabei drei Prozentpunkte unter der entsprechenden Quote der Pra-

zen mit geringer Personalfuktuation. Damit zeigen sich die Folgen einer hohen Personalfuktuation in erster Linie auf der Umsatzseite in Form von entgangenen Einnahmen, weniger auf der Betriebsausgabenseite, da die vorübergehende Nichtbesetzung einer Arbeitsstelle zunächst zu einer Reduktion der Personalkosten führt.

Tabelle 15: Personalfuktuation und Personalführung			
	Anteil der Praxen mit Personalfuktuation im Zeitraum 10/2002 bis 10/2004	Subjektive Einschätzung des Ausmaßes der Personalfuktuation als hoch bzw. sehr hoch	Fortbildung zu Themen der Personalführung während der vergangenen zwei Jahre
Alle Praxen.....	57,6 %	8,3 %	11,9 %
Einzelpraxisneugründungen.....	51,3 %	15,0 %	12,8 %
Einzelpraxisübernahmen.....	55,4 %	8,3 %	10,8 %
Praxen mit Arbeitsschwerpunkt.....	62,9 %	7,7 %	18,8 %
Praxen ohne Arbeitsschwerpunkt....	53,7 %	10,3 %	5,6 %
Fachzahnärztliche Praxen.....	37,5 %	0 %	0 %
Geschlecht: männlich.....	48,1 %	5,3 %	6,3 %
Geschlecht: weiblich.....	73,9 %	11,8 %	21,7 %
Alter: 31- bis 40-Jährige.....	55,8 %	8,8 %	10,7 %
Alter: über 40-Jährige.....	66,7 %	7,1 %	18,2 %
Praxisstandort: Land.....	49,1 %	3,7 %	5,4 %
Praxisstandort: Kleinstadt.....	66,7 %	11,8 %	19,2 %
Praxisstandort: Mittelstadt.....	54,2 %	7,7 %	17,4 %
Praxisstandort: Großstadt.....	70,0 %	15,4 %	15,8 %

3.1.10.2 Stellenwert von Maßnahmen des Kostenmanagements

Maßnahmen des Kostenmanagements bieten die Chance, den wirtschaftlichen Praxiserfolg zu sichern und damit den Praxisgewinn langfristig zu stabilisieren – dies gilt umso mehr, wenn eine Umsatzsteigerung aufgrund schwieriger Rahmenbedingungen nur begrenzt möglich ist. Eine wichtige Frage unter Kostengesichtspunkten ist die Entscheidung, ob benötigte Laborleistungen durch ein Fremdlabor bezogen oder im Eigenlabor selbst erstellt werden sollten. Da die Einrichtung eines Eigenlabors mit angestelltem Zahntechniker mit hohen Fixkosten verbunden ist, kann ein Eigenlabor generell erst bei einer höheren Scheinanzahl pro Quartal kostendeckend und darüber hinaus gewinnerzielend wirtschaften (vgl. Frodl, 2000b). Dieser Tatbestand wird durch die Befragungsergebnisse der 2. Welle des AVE-Z-Projektes bestätigt (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16 verdeutlicht, dass der Break-even-Point, d. h. der Punkt, ab dem ein *Eigenlabor für „umfangreichere“ zahntechnische Arbeiten* kostendeckend wirtschaften kann, oberhalb eines Gesamteinnahmenniveaus von 600.000 Euro liegen dürfte und ca. 600 Behandlungsscheine je Quartal voraussetzt. Auch dürfte ein hoher Privatanteil die Entscheidung für ein Eigenlabor begünstigen. Jenseits der Break-even-Schwelle kommt es aufgrund der Größenvorteile zu einer merklichen Kostendegres-

sion, die sich dann auch in einem signifikant geringeren Anteil der Eigen- und Fremdlaborkosten an den gesamten Betriebsausgaben bemerkbar macht.

Tabelle 16: Betriebswirtschaftliche Kennziffern von Zahnarztpraxen mit/ohne Eigenlabor			
	Praxen ohne Eigenlabor (n = 51)	Praxen mit Eigenlabor für „kleinere“ zahntechnische Arbeiten (n = 66)	Praxen mit Eigenlabor für „umfangreichere“ zahntechnische Arbeiten (n = 10)
Fremdlaborkosten der gesamten Betriebsausgaben (1)	35,1 %	31,9 %	11,8 %
Material- und Laborkosten der gesamten Betriebsausgaben (2)	7,4 %	7,5 %	16,2 %
Eigen- und Fremdlaborkosten der gesamten Betriebsausgaben (1 + 2)	42,5 %	39,4 %	28,0 %
Gesamteinnahmen (in 1.000 Euro)	322	368	641
Scheinanzahl je Quartal	410	420	600
Anteil der Privatpatienten/Selbstzahler....	37,8 %	40,9 %	55,4 %

Entsprechend fällt die subjektive Beurteilung der Entwicklung der Eigen- und vor allem der Fremdlaborkosten durch die Praxisinhaber mit großem Eigenlabor deutlich positiver aus als bei den Praxisinhabern ohne Eigenlabor. Die Voraussetzungen für den wirtschaftlichen Betrieb eines *Eigenlabors für „kleinere“ zahntechnische Arbeiten* sind aufgrund der entsprechend geringeren Fixkosten weit weniger anspruchsvoll und können unter Umständen auch bei einer Durchschnittspraxis schon gegeben sein.

3.1.10.3 Stellenwert von Maßnahmen des Controllings

Das sog. Controlling ist als integrierter Bestandteil des Praxismanagements aufzufassen und umfasst die Steuerung und Führung einer Zahnarztpraxis mit Hilfe von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen (vgl. Börkircher, 2000). Um Informationen über die wirtschaftliche Entwicklung einer Praxisneugründung bzw. -übernahme zu gewinnen, benötigt der Praxisinhaber statistische Daten und Zahlen, die er in geeigneten Abständen ermitteln und dann im Rahmen von Längs- und Quervergleichen, Soll-Ist-Vergleichen sowie in Abweichungsanalysen nutzen kann. Die in der AVE-Z-Stichprobe befragten zahnärztlichen Existenzgründer greifen in unterschiedlichem Maße auf Controlling-Instrumente zurück (vgl. Tabelle 17).

Die regelmäßige Ermittlung des Betriebsergebnisses erfolgt bei 96,1 Prozent der Zahnarztpraxen zumeist in monatlichen oder quartalsweisen Abständen. Differenziert man nach verschiedenen Controlling-Verfahren, so zeigt sich, dass die befragten Praxisinhaber in erster Linie auf die Umsatzentwicklung achten, während Verfahren zur Erfassung der Kostenentwicklung (vgl. Abschnitt 3.1.6) oder der Liquidität deutlich weniger häufig Verwendung finden. Die Bedeutung der Personalentwicklung für den Praxiserfolg (vgl. Glazinski, 2005) wird von den meisten Praxisinhabern offensichtlich als gering bzw. vernachlässigbar angesehen.

Tabelle 17: Einsatz von Controlling-Verfahren

Unregelmäßige Ermittlung des Betriebsergebnisses	3,9 %
Regelmäßige Ermittlung des Betriebsergebnisses	96,1 %
▪ monatlich	52,8 %
▪ quartalsweise	33,1 %
▪ halbjährlich	3,9 %
▪ jährlich	6,3 %
Verwendung von Verfahren zur Erfassung der	
▪ Kostenentwicklung	75,4 %
▪ Umsatzentwicklung	91,5 %
▪ Gewinnentwicklung	77,1 %
▪ Liquidität	53,4 %
▪ Fallzahlenentwicklung	63,6 %
▪ Häufigkeit spezifischer Gebührensätze	44,9 %
▪ Personalentwicklung	4,2 %

3.2 Erklärung der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen

Im Mittelpunkt der bisherigen Ausführungen stand die Beschreibung der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen. Für verschiedene Variablen, die sich auf Strukturmerkmale der Praxis und betriebswirtschaftliche Kennziffern der Praxistätigkeit beziehen, sind empirisch evidente Veränderungen im Zeitraum 2001 bis 2003 festgestellt worden. Die deskriptiven Auswertungsergebnisse haben deutlich gemacht, dass Entwicklungen von zahnärztlichen Existenzgründungen nicht gleichförmig verlaufen, sondern unterschiedlichen Mustern folgen.

Damit stellt sich die Frage, auf welche Ursachen diese Unterschiede zurückzuführen sind und welche Erklärungen dafür herangezogen werden können. Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden *multivariate Analysen*, die sich auf statistische Schätzungen stützen, durchgeführt. Der besondere Vorteil von solchen – auch als *ökonomisch* zu bezeichnenden – Schätzverfahren besteht darin, dass nicht einzelne Faktoren isoliert, sondern in ihrem Zusammenwirken mit anderen Einflussfaktoren betrachtet werden. Dies ermöglicht die Ableitung von empirisch fundierten Aussagen zur Erklärung unterschiedlicher Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen auf der Basis multifaktorieller Begründungszusammenhänge.

Die Ausführungen zu den multivariaten Schätzergebnissen sind auf zwei Ebenen angesiedelt. In einem ersten Arbeitsschritt geht es um die Bestimmung der Erklärungsfaktoren für den aus der Gegenüberstellung der Betriebseinnahmen und -ausgaben resultierenden GUV-Saldo (= Einnahmensaldo bzw. Betriebsergebnis) bezogen auf das *Jahr 2003*. Damit ist im Rahmen von *zeitpunktbezogenen Querschnittsanalysen* eine Bestandsaufnahme hinsichtlich der Faktoren vorgenommen worden, die für den Entwicklungsstand zahnärztlicher Existenz zwei Jahre nach dem Zeitpunkt der 1. Befragungswelle verantwortlich gemacht werden können. In einem zweiten Arbeitsschritt sind die Erklärungsfaktoren für Veränderungen des GUV-Saldos *im Zeitraum 2001 bis 2003* herausgearbeitet worden. Der Fokus wurde insofern auf *zeitraumbezogene Veränderungsanalysen* gelegt.

Bevor im Einzelnen auf die ökonometrischen Schätzergebnisse eingegangen wird, soll vorab ein Überblick über die in die multivariaten Analysen einbezogenen Variablen gegeben und die Grundstruktur des verwendeten Schätzmodells (*Basismodellrahmen*) vorgestellt werden.

3.2.1 Methodik der ökonometrischen Schätzungen

Um multivariate Analysen durchführen zu können, ist zunächst einmal der Kreis der abhängigen (zu erklärenden) und unabhängigen (erklärenden) Variablen festzulegen. Entsprechend der Zielsetzung der ökonometrischen Analysen sind als *abhängige (zu erklärende) Variablen* die Höhe des Einnahmensaldos (GUV-Saldo) im Jahr 2003 sowie entsprechende Veränderungen im Zeitraum 2001 bis 2003 (DIF_GUV) verwendet worden. Einzelheiten dazu sind aus Tabelle 18 ersichtlich.

Tabelle 18: Abhängige (zu erklärende) Variablen		
Variablen	Variablenname	Operationalisierung
NF22_GUV	Einnahmensaldo 2003 (GUV-Saldo)	Betriebseinnahmen minus Betriebsausgaben 2003 in Euro
DIF_GUV	Differenz GUV-Saldo 2003 minus 2001	saldierte Betriebseinnahmen/-ausgaben 2003 minus saldierter Betriebseinnahmen/-ausgaben 2001 in Euro

In einem weiteren Arbeitsschritt waren die *unabhängigen Variablen* zur Erklärung der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen auszuwählen und messtechnisch zu definieren. Ausgangspunkt hierfür bildeten die Ergebnisse der deskriptiven Analysen, wie sie für die 2. Befragungswelle im Abschnitt 3.1 beschrieben und für die 1. Befragungswelle an anderer Stelle dargelegt wurden (vgl. Klingenberger und Becker, 2004).

In Tabelle 19 sind die in den ökonometrischen Schätzungen als unabhängige (erklärende) Variablen definierten Variablen aufgelistet. Hierbei handelt es sich um *personenbezogene Variablen* wie Alter, Geschlecht etc., *standortbezogene Variablen* wie Praxislage, Konkurrenzsituation etc., *praxisbezogene Variablen* wie Praxisform, Arbeitsschwerpunkte, Praxisgröße, Personalbestand etc. und *strategiebezogene Variablen* wie z. B. Maßnahmen zur Ausweitung des Anteils der Privatpatienten/Selbstzahler, zur Förderung der Praxisentwicklung oder zur Verbesserung des Dienstleistungsangebotes.

Zur Abschätzung der Effekte, die von den in Tabelle 19 aufgelisteten Variablen auf den Verlauf zahnärztlicher Existenzgründungen ausgehen, ist auf das in der empirischen Forschung vielfältig eingesetzte und bewährte *OLS-Regressionsverfahren* („*Ordinary Least Squares Regression Technique*“) als ökonometrische Schätzmethode zurückgegriffen worden (vgl. Backhaus, 2006; Greene, 2003). Der den OLS-Regressionsschätzungen zugrunde gelegte *Basismodellrahmen* hat folgende Grundstruktur:

$$\gamma_i = \alpha_1 + \alpha_2 PERS_{i_} + \alpha_3 STAND_{i_} + \alpha_4 PRASTR_{i_} + \alpha_5 STRAT_{i_} + \varepsilon_i$$

In dieser Regressionsgleichung repräsentiert γ_i die jeweils abhängige Variable (NF22_GUV, DIF_GUV), *PERS* die personenbezogenen Variablen, *STAND* die standortbezogenen Variablen, *PRASTR* die praxisbezogenen Variablen sowie *STRAT* die strategiebezogenen Variablen. ε_i ist als nicht beobachtbarer, additiver Fehlerterm (statistische Störgröße) definiert.

Tabelle 19: Unabhängige (erklärende) Variablen		
Variablen	Variablenname	Operationalisierung
NGESCHL	Geschlecht	1 = männlich, 0 = weiblich
NALTER	Alter	in Jahren
NSTAND	Familienstand	1 = verheiratet, 0 = ledig
F3	Praxisart	1 = Übernahme, 0 = Neugründung
PRANZ	Anzahl der Praxisinhaber	Zahl der Personen
PRLAGE	Praxislage	1 = unter 20.000 Einwohner, 2 = 20.000 bis unter 100.000 Einwohner, 3 = 100.000 bis unter 500.000 Einwohner, 4 = 500.000 und mehr Einwohner
UNINAH	Praxis in Hochschulnähe (bis 50 km)	1 = ja, 0 = nein
NF9	Schwerpunktpraxis	1 = allgemein Zahnärztliche Praxis mit Schwerpunkt, 0 = allgemein Zahnärztliche Praxis ohne Schwerpunkt bzw. fach Zahnärztliche Praxis
NZGESAMT	wöchentliche Arbeitszeit	in Stunden
NF1241V	Zahnarzt/-ärztin	Zahl der Personen
NF1242V	Zahn techniker/in	Zahl der Personen
NF1243V	Dental-Hygenikerin	Zahl der Personen
NF1244V	Zahnmed. Fachhelferin	Zahl der Personen
NF1245V	Zahnmed. Prophylaxehelferin	Zahl der Personen
NF1246V	Zahnmed. Verwaltungshelferin	Zahl der Personen
NF1247V	Zahnmed. Fachangestellte	Zahl der Personen
NF1248V	Zahnmed. Auszubildende	Zahl der Personen
NF1249V	unentgeltlich tätige Familienangehörige	Zahl der Personen
NF12410V	sonstiges Personal	Zahl der Personen
PERS04	Personalbestand 2004	Zahl der Personen im Jahr 2004
N12	Personalfuktuation	Veränderung der Zahl der Stellen seit Oktober 2002
NANZSTUHL	Behandlungsstühle	Anzahl der Behandlungsstühle
NZALABOR	Praxis mit eigenem Zahnarztlabor	1 = ja, 0 = nein
NPRGROSS	Größe der Praxis	in Quadratmeter
NMIETEIG	Praxisräume gemietet oder Eigentum	1 = gemietet, 0 = Eigentum
NANZSCH	durchschnittliche Anzahl der Scheine pro Quartal	1 = unter 200 Scheine, 2 = 200 bis unter 400 Scheine, 3 = 400 bis unter 600 Scheine, 4 = 600 bis unter 800 Scheine, 5 = 800 bis unter 1000 Scheine, 6 = 1000 und mehr Scheine
ANZMIT	Anzahl der Praxen im Einzugsbereich	Zahl der Mitbewerber
NANTPRIV	Anteil der Privatpatienten	in Prozent
N20	Maßnahmen zur Ausweitung des Anteils der Privatpatienten/Selbstzahler	1 = ja, 0 = nein
N22	Maßnahmen zur Verbesserung des Dienstleistungsangebotes	1 = ja, 0 = nein
F23TOT	Gesamtbetrag der Finanzierung	in Euro
F25	Eigenmittel in Praxis eingebracht	1 = ja, 0 = nein
F26	öffentliche Fördermittel	1 = ja, 0 = nein
N29	Maßnahmen zur Praxisentwicklung	1 = ja, 0 = nein
NLJAHR	Niederlassungsjahr	1998, 1999, 2000, 2001
NF194	Patienten: höheres Einkommen	1 = ja, 0 = nein
PRTYP	Praxistyp	1 = Einzelpraxis, 0 = Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft
F22GUV	Einnahmensaldo 2001 (GUV-Saldo)	Betriebseinnahmen minus Betriebsausgaben 2001 in Euro
BLAND	Standort Praxis nach Bundesländern	1 = westliche Bundesländer, 0 = östliche Bundesländer

Auf der Grundlage des Basismodellrahmens wurden eine Vielzahl von ökonometrischen Schätzungen durchgeführt. Hierbei sind in einem mehrstufigen Analyseprozess umfangreiche Schätzvarianten hinsichtlich Validität und Stringenz getestet worden. Ziel war es dabei, *Modellspezifikationen mit möglichst hoher statistischer Aussagekraft* zu identifizieren. Als Auswahlkriterien dienten hierbei die Vorzeichen/Signifikanzen der Regressionskoeffizienten, die „goodness of fit“ (*adjusted R²*) und die Plausibilität der Schätzergebnisse.

3.2.2 Ergebnisse der ökonometrischen Schätzungen

Zunächst werden die multivariaten Schätzergebnisse zur Bestimmung der Erklärungsfaktoren für den Einnahmensaldo *im Jahr 2003* dargestellt. Danach wird der Frage nachgegangen, auf welche Ursachen entsprechende Veränderungen *im Zeitraum 2001 bis 2003* zurückzuführen sind.

3.2.2.1 Querschnittsanalysen für das Jahr 2003

Die Ergebnisse der *zeitpunktbezogenen* Querschnittsanalysen für das Jahr 2003 sind in der Tabelle 20 dargestellt. Bei den drei dort zusammengestellten Schätzvarianten NF22_GUV_1, NF22_GUV_2 und NF22_GUV_3 handelt es um die Modellspezifikationen, die sich als am aussagekräftigsten herauskristallisiert haben. Die ökonometrischen Gütekriterien – „goodness of fit“ – liegen durchgehend bei ≥ 0.84 , was ein klarer Indikator dafür ist, dass diese Modellvarianten eine sehr hohe Erklärungskraft besitzen.

Die drei Schätzvarianten weisen darüber hinaus eine hohe Stringenz und Plausibilität auf. Dies spricht wiederum für die Robustheit der multivariaten Auswertungsergebnisse und die hohe empirische Evidenz der Erklärungszusammenhänge. Hervorzuheben ist ferner, dass sich die Ergebnisse der uni- und bivariaten Auswertungen (vgl. Abschnitt 3.1) in den Schätzergebnissen widerspiegeln.

Fasst man die Ergebnisse der zeitpunktbezogenen Querschnittsanalysen zur Erklärung der Höhe des Einnahmensaldos 2003 (N22_GUV) zusammen, dann kristallisieren sich eine Reihe von Faktoren heraus, die für den Entwicklungsstand zahnärztlicher Existenzgründungen zwei Jahre nach dem Zeitpunkt der 1. Befragungswelle verantwortlich gemacht werden können. Auf folgende Zusammenhänge, die zumindest auf dem 0,05-Niveau (*) signifikant sind, soll hier explizit hingewiesen werden:

- Männliche Existenzgründer (NGESCHL mit 1 = männlich) sind bezogen auf das Jahr 2003 erfolgreicher in der Gestaltung ihrer GUV-Situation als Frauen.
- Zahnärztliche Existenzgründer, die verheiratet sind (N STAND mit 1 = verheiratet), zeichnen sich durch einen günstigeren Einnahmensaldo 2003 aus.
- Die Anzahl der zahnmedizinischen Fachangestellten (NF1247V) wirkt sich positiv auf die GUV-Situation im Jahr 2003 aus.
- Zahnärztliche Existenzgründungen mit eigenem Zahnarztlabor (NZALABOR mit 1 = ja) zeichnen sich durch einen höheren Einnahmensaldo im Jahr 2003 aus.
- Die qm-Größe der Praxis (NPRGROSS) wirkt sich positiv auf den GUV-Saldo des Jahres 2003 aus.

Tabelle 20: Schätzergebnisse für die zeitpunktbezogenen Querschnittsanalysen, abhängige Variable: Einnahmensaldo 2003 (NF22_GUV)					
Unabhängige Variablen		Schätzvarianten	NF22_GUV_1	NF22_GUV_2	NF22_GUV_3
NGESCHL	Geschlecht		+*	+	+
NALTER	Alter		+	+	+
NSTAND	Familienstand			+*	+*
F3	Praxisart		-	-	-
PRANZ	Anzahl der Praxisinhaber		+	+	+
PRLAGE	Praxislage		-	-	-
UNINAH	Praxisort in Hochschulnähe (50 km)		+	+	+
NF9	Schwerpunktpraxis		-	-	-
NZGESAMT	wöchentliche Arbeitszeit in Stunden		+	+	+
NF1241V	Anzahl Zahnarzt/-ärztin		-	-	
NF1242V	Anzahl Zahntechniker/in		-	-	
NF1243V	Anzahl Dental-Hygenikerin		+	+	
NF1244V	Anzahl Zahnmed. Fachhelferin		+	+	
NF1245V	Anzahl Zahnmed. Prophylaxehelferin		+	+	
NF1246V	Anzahl Zahnmed. Verwaltungshelferin		-	-	
NF1247V	Anzahl Zahnmed. Fachangestellte		+*	+*	
NF1248V	Anzahl Zahnmed. Auszubildende		+	+	
NF1249V	Anzahl unentgeltl. tätige Familienangeh.		+	+	
NF12410V	Anzahl sonstiges Personal		-	-	
PERS04	Personalbestand 2004				+
NANZSTUHL	Anzahl der Behandlungsstühle		+	+	+
NZALABOR	Praxis mit eigenem Zahnarztlabor		+***	+***	+***
NPRGROSS	qm-Größe der Praxis		+	+*	+*
NMIETEIG	Praxisräume gemietet oder Eigentum		+**	+***	+***
NANZSCH	durchschnittl. Anzahl der Scheine/Quartal		+***	+***	+***
ANZMIT	Anzahl der Praxen im Einzugsbereich		-**	-**	-***
NANTPRIV	Anteil der Privatpatienten		-	-	-
F23TOT	Gesamtbetrag der Finanzierung in Euro		-*	-*	-*
F25	Eigenmittel in Praxis eingebracht		+	+	+
F26	öffentliche Fördermittel		-**	-**	-***
NLJAHR	Niederlassungsjahr Praxis		-	-	-
PRTYP	Praxistyp nach Gründung		+	+	+
NF194	Patienten: höheres Einkommen		+	+	+
F22GUV	Einnahmensaldo 2001		+***	+***	+***
Zahl der Beobachtungen			n = 58	n = 58	n = 58
adjusted R ²			0.84	0.86	0.86
<u>Anmerkungen:</u> + = positiver Zusammenhang, - = negativer Zusammenhang, * = signifikant auf dem 0,05-Niveau, ** = signifikant auf dem 0,01-Niveau, *** = signifikant auf dem 0,001-Niveau					

- Der Tatbestand des Mietens von Praxisräumen (NMIETEIG mit 1 = gemietet) wirkt sich positiv auf die Höhe des Einnahmensaldos im Jahr 2003 aus.
- Die Anzahl der Scheine pro Quartal (NANZSCH) hat einen positiven Einfluss auf das Betriebsergebnis im Jahr 2003.
- Zwischen der Anzahl der Zahnarztpraxen im Einzugsbereich (ANZMIT) und der Höhe des GUV-Saldos im Jahr 2003 besteht ein negativer Zusammenhang.
- Mit steigender Höhe der in der Startphase durchgeführten Finanzierungen (F23TOT) reduziert sich der Einnahmen-Überschuss in der Konsolidierungsphase.

- Die Inanspruchnahme von öffentlichen Fördermitteln (F26 mit 1 = ja) wirkt sich negativ auf die GUV-Situation von zahnärztlichen Existenzgründungen im Jahr 2003 aus.
- Die GUV-Situation im Jahr 2001 (F22GUV) hat einen positiven Einfluss auf den Einnahmensaldo von zahnärztlichen Existenzgründungen zwei Jahre später. Hier zeigen sich die aus der Gründungsforschung allgemein bekannten Verstetigungstendenzen nach dem Motto „*success breeds success*“ (vgl. Merz, 2001; Kugler, 2003; KfW Bankengruppe, 2004).

3.2.2.2 Veränderungsanalysen für den Zeitraum 2001 bis 2003

Neben der Bestimmung der Erklärungsfaktoren für die GUV-Situation im Jahr 2003 zielten die multivariaten Analysen auch darauf ab, die *Ursachen für entsprechende Veränderungen im Zeitraum 2001 bis 2003* (DIF_GUV) herauszuarbeiten. Tabelle 21 zeigt die Ergebnisse der zeitraumbezogenen Veränderungsanalysen. Bei den drei ausgewiesenen Schätzvarianten DIF_GUV_1, DIF_GUV_2 und DIF_GUV_3 handelt es sich wiederum um die Modellspezifikationen, die sich im Rahmen der mehrstufigen Analysen als am *aussagekräftigsten* herausgestellt haben.

Die ausgewiesenen Schätzvarianten entsprechen in ihrer Grundstruktur im Wesentlichen den Modellvarianten für die zeitpunktbezogenen Analysen. Dies ermöglicht es, Parallelen bzw. Unterschiede zwischen beiden Betrachtungsebenen herauszuarbeiten. In den Schätzvarianten DIF_GUV_2 und DIF_GUV_3 wird aber ungeachtet dessen ein besonderes Augenmerk auf den Einfluss strategiebezogener Variablen wie Maßnahmen zur Verbesserung der Praxisentwicklung etc. gelegt.

Die *zeitraumbezogenen* Schätzergebnisse zeichnen sich ebenfalls durch eine hohe Stringenz und Plausibilität aus. Insofern bestehen hier Parallelen zu den Querschnittsanalysen. Andererseits liegen die ökonometrischen Gütekriterien etwas unterhalb der Werte, wie sie bei den zeitpunktbezogenen Analysen ermittelt worden sind. Die „*goodness of fit*“ ist aber immer noch als sehr gut zu bezeichnen.

Folgende *signifikanten* Zusammenhänge auf einem zumindest 0,05-Niveau (*) erweisen sich aus Projektsicht als besonders interessant:

- Zwischen dem Geschlecht des Praxisinhabers (NGESCHL mit 1 = männlich) und der Entwicklung des Einnahmensaldos im Zeitraum 2001 bis 2003 besteht ein positiver Zusammenhang.
- Zahnärztliche Existenzgründer, die verheiratet sind (NSTAND mit 1 = verheiratet), zeichnen sich durch eine günstigere Entwicklung des Betriebsergebnisses aus.
- Mit zunehmender Anzahl der Praxisinhaber (PRANZ) steigt das saldierte GUV der Jahre 2001 bis 2003.
- Zahnärztliche Existenzgründungen, die ihren Standort in einem Umkreis von maximal 50 km einer Hochschule (UNINAH) gewählt haben, zeichnen sich durch eine günstigere Entwicklung des Einnahmensaldos aus.
- Der Tatbestand einer Schwerpunktsetzung (NF9) in der zahnärztlichen Praxistätigkeit wirkt sich positiv auf die Entwicklung des GUV-Saldos im Zeitraum 2001 bis 2003 aus.

Tabelle 21: Schätzergebnisse für die zeitraumbezogenen Veränderungsanalysen, abhängige Variable: Veränderung des Einnahmensaldos im Zeitraum 2001 bis 2003 (DIF_GUV)					
Unabhängige Variablen		Schätzvarianten	DIF_GUV_1	DIF_GUV_2	DIF_GUV_3
NGESCHL	Geschlecht		+*	+	+*
NALTER	Alter		-	-	-
NSTAND	Familienstand				+**
F3	Praxisart		+	+	+
PRANZ	Anzahl der Praxisinhaber		+	+*	+**
PRLAGE	Praxislage		-	-	+
UNINAH	Praxisort in Hochschulnähe (50 km)		+	+	+***
NF9	Schwerpunktpraxis		+	+*	+*
NZGESAMT	wöchentliche Arbeitszeit in Stunden		+	+***	+***
NF1241V	Anzahl Zahnarzt/-ärztin		-		
NF1242V	Anzahl Zahntechniker/in		-		
NF1243V	Anzahl Dental-Hygenikerin		+		
NF1244V	Anzahl Zahnmed. Fachhelferin		+		
NF1245V	Anzahl Zahnmed. Prophylaxehelferin		+		
NF1246V	Anzahl Zahnmed. Verwaltungshelferin		-		
NF1247V	Anzahl Zahnmed. Fachangestellte		+		
NF1248V	Anzahl Zahnmed. Auszubildende		+		
NF1249V	Anzahl unentgeltl. tätige Familienangeh.		+		
NF12410V	Anzahl sonstiges Personal		-		
N12	Personalfluktuatun			-	-
NANZSTUHL	Anzahl der Behandlungsstühle		+	+	+
NZALABOR	Praxis mit eigenem Zahnarztlabor		+***	+**	+*
NPRGROSS	qm-Größe der Praxis		+	+**	+
NMIETEIG	Praxisräume gemietet oder Eigentum		+**	+**	+
NANZSCH	durchschnittliche Anzahl der Scheine pro Quartal		+***	+	+*
ANZMIT	Anzahl der Praxen im Einzugsbereich		-**	-**	-*
NANTPRIV	Anteil der Privatpatienten		+	+	+
N20	Maßnahmen zur Ausweitung des Anteils der Privatpatienten/Selbstzahler			+	+
N22	Maßnahmen zur Verbesserung des Dienstleistungsangebotes			-**	-**
F23TOT	Gesamtbetrag der Finanzierung in Euro		-*	-	
F25	Eigenmittel eingebracht		+	+	
F26	öffentliche Fördermittel		-**	-**	
N29	Maßnahmen zur Praxisentwicklung			+	+
NLJAHR	Niederlassungsjahr Praxis		+	+	+
PRTYP	Praxistyp nach Gründung		+	+	+
NF194	Patienten: höheres Einkommen		+	+	
F22GUV	Einnahmensaldo 2001		-***	-***	
BLAND	Standort Praxis nach Bundesländern				+**
Zahl der Beobachtungen			n = 58	n = 54	n = 52
adjusted R ²			0.73	0.64	0.58
<u>Anmerkungen:</u> + = positiver Zusammenhang, - = negativer Zusammenhang, * = signifikant auf dem 0,05-Niveau, ** = signifikant auf dem 0,01-Niveau, *** = signifikant auf dem 0,001-Niveau					

- Eine steigende wöchentliche Arbeitszeit (NZGESAMT) beeinflusst die GUV-Entwicklung von zahnärztlichen Existenzgründungen in der Konsolidierungsphase positiv.

- Zahnärztliche Existenzgründungen mit eigenem Zahnarzlabor (NZALABOR) zeichnen sich durch eine günstigere GU-Entwicklung im Zeitraum 2001 bis 2003 aus.
- Die Anzahl der Scheine pro Quartal (NANZSCH) und der Entwicklung des GU-Saldos im betrachteten Zweijahres-Zeitraum sind positiv miteinander assoziiert.
- Der Tatbestand des Mietens von Praxisräumen (NMIETEIG mit 1 = gemietet) wirkt sich positiv auf die Entwicklung des Betriebsergebnisses in der Konsolidierungsphase aus.
- Zwischen der Anzahl der Zahnarztpraxen im Einzugsbereich (ANZMIT) und der GU-Entwicklung besteht ein negativer Zusammenhang.
- Maßnahmen zur Verbesserung des eigenen Dienstleistungsangebotes (N22) wirken sich in der Konsolidierungsphase von zahnärztlichen Existenzgründungen negativ auf die GU-Entwicklung aus.
- Die Inanspruchnahme von öffentlichen Fördermitteln (F26) wirkt sich negativ auf Entwicklung des Betriebsergebnisses aus.
- Die GU-Situation im Jahr 2001 (F22GU) hat einen negativen Einfluss auf die Veränderung des Einnahmensaldos im Zeitraum von 2001 bis 2003. Offensichtlich entwickeln sich Praxen, die schon im Jahr 2001 einen relativ hohen GU-Saldo hatten, weniger dynamisch als Praxen, die im Jahr 2001 einen vergleichsweise geringen GU-Saldo aufwiesen.
- Zwischen dem Standort der Zahnarztpraxis in den westlichen Bundesländern (BLAND) und der Entwicklung des GU-Saldos im Zeitraum von 2001 bis 2003 besteht ein positiver Zusammenhang.

4 Zusammenfassung und Ausblick auf weitere Projektarbeiten

Im Mittelpunkt der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes stand die Beschreibung und Erklärung des *Verlaufes von zahnärztlichen Existenzgründungen im Zeitraum 2001 bis 2003*. Für diesen Zweijahres-Zeitraum wurden zum einen Veränderungen der in der 1. Welle erhobenen Daten zu allgemeinen Praxisdaten, zur Ertrags- und Kostensituation etc. untersucht. Darüber hinaus ist aber auch der Stellenwert von Einflussfaktoren, die mit Praxisorganisation, Praxismanagement, Personalführung, Controlling etc. zu tun haben, analysiert worden.

Die zentralen Projektergebnisse, die auf der Basis der *deskriptiven Auswertungen* gewonnen worden sind, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Bezüglich der *gewählten Praxisform* haben im Zeitraum Oktober 2002 bis Oktober 2004 nur in sehr beschränktem Umfang Veränderungen stattgefunden. Für den ganz überwiegenden Teil der Zahnärzte im AVE-Z-Panel hat es offensichtlich keine Gründe zur Korrektur der in der Startphase getroffenen Entscheidungen gegeben.
- Von fast allen Zahnärzten im AVE-Z-Panel sind auch die zum Zeitpunkt der Praxisgründung bzw. -übernahme getroffenen Entscheidungen hinsichtlich des *gewählten Standortes* in der Konsolidierungsphase nicht korrigiert worden. Das räumliche Umfeld ist insofern als für die eigene Praxistätigkeit adäquat eingestuft worden. Zu berücksichtigen ist dabei aber, dass Standortänderungen nicht kurzfristig erfolgen können, sondern zumindest mittelfristig angegangen werden müssen.

- Die zum Zeitpunkt der Praxisgründung bzw. -übernahme präferierten *Arbeitsschwerpunkte* stellen für viele zahnärztliche Existenzgründungen den Beginn eines Suchprozesses dar, der in der Konsolidierungsphase noch nicht abgeschlossen ist. Dies erklärt, warum eine Reihe von zahnärztlichen Existenzgründern im Zeitraum Oktober 2002 bis Oktober 2004 Veränderungen ihrer Arbeitsschwerpunkte vorgenommen haben. So sind einzelne Arbeitsschwerpunkte (Zahnerhaltung, Prothetik, Ästhetische Zahnheilkunde) nicht in dem Maße nachgefragt worden, wie es erwartet oder erhofft wurde. Andere Arbeitsschwerpunkte wurden hingegen stärker als zunächst vermutet nachgefragt und/oder erwiesen sich als relativ neue, lukrative Tätigkeitsfelder wie z. B. Implantologie oder Naturheilkunde. Insgesamt betrachtet gaben immerhin rund drei Viertel der Zahnärzte an, zum Befragungszeitpunkt ihr Praxiswunschprofil erreicht zu haben.
- Die Ergebnisse der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes zeigen, dass nur in wenigen Fällen *Veränderungen der Praxisgröße und -struktur* im betrachteten Zweijahres-Zeitraum vorgenommen wurden. Die in der Startphase von zahnärztlichen Existenzgründungen getroffenen Entscheidungen bezüglich des sachlichen, technischen und personellen Ressourceneinsatzes wie Raumfläche, Anzahl der Behandlungsstühle, Zahl und Struktur des Personals etc. haben grundsätzlich auch in der Konsolidierungsphase Bestand. Als besonderes Merkmal bleibt hervorzuheben, dass in mehr als drei Viertel der befragten Praxen zusätzliches Personal eingestellt worden ist. Dies unterstreicht die besondere Entwicklungsfähigkeit und -dynamik von zahnärztlichen Existenzgründungen (vgl. hierzu auch Weitkamp und Klingenberg, 2007).
- Die schon in der 1. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes erkennbaren deutlichen Unterschiede zwischen den untersuchten Formen zahnärztlicher Existenzgründungen im Hinblick auf *Art und Umfang betrieblicher Investitionen* finden ihre Entsprechung auch in der Konsolidierungsphase. So lagen die Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen bei Einzelpraxisübernahmen im Zeitraum von 2002 bis 2004 insgesamt bei durchschnittlich 30.300 Euro, bei Praxisneugründungen waren es lediglich 12.700 Euro. Generell gilt, dass die in der Konsolidierungsphase von zahnärztlichen Existenzgründungen getätigten Investitionen deutlich unter dem entsprechenden Ausgabenniveau in der Startphase liegen. Praxisneugründungen hatten im Jahr 2001 durchschnittlich 275.000 Euro investiert, Praxisübernahmen demgegenüber 226.000 Euro.
- Die *Betriebsausgaben* von zahnärztlichen Existenzgründungen lagen über alle Praxisformen hinweg im Jahre 2003 bei durchschnittlich 264.000 Euro. Dies entspricht einer Steigerung um etwa 17 Prozent gegenüber dem Jahr 2001. Erkennbar ist, dass sich zahnärztliche Existenzgründungen im Zuge des Konsolidierungsprozesses in den jeweiligen Größenordnungen mehr und mehr den Durchschnittswerten für alle (etablierten) Zahnarztpraxen angleichen. Ein ähnliches Muster zeigt sich, wenn man die Entwicklung der gesamten Betriebsausgaben differenziert nach Einzelpraxisneugründungen und Einzelpraxisübernahmen betrachtet. Hinsichtlich einzelner Ausgabenarten (z. B. bei den Personalausgaben) bestehen aber weiterhin auch in der Konsolidierungsphase mehr oder weniger stark ausgeprägte Unterschiede zwischen diesen beiden Praxisformen.
- Für die Zahnarztpraxen in der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Panels wurden im Jahr 2003 über alle Praxisformen hinweg *Gesamteinnahmen* aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit in Höhe von durchschnittlich 371.000 Euro ermittelt. Gegenüber dem Jahr 2001 entspricht dies einer Steigerung von 35,4 Prozent. Im

Vergleich zu allen (etablierten) Zahnarztpraxen, die im Jahr 2003 durchschnittliche Betriebseinnahmen von 425.000 Euro erzielten (vgl. KZBV, 2005), besteht aber immer noch ein deutlicher Rückstand. Differenziert man nach Praxisformen, zeigt der Vergleich der Einnahmenentwicklung im Zeitraum von 2001 und 2003, dass Einzelpraxisneugründungen – wie schon in der Startphase – auch in der Konsolidierungsphase im Vergleich zu übernommenen Einzelpraxen in der Regel niedrigere Betriebseinnahmen erzielten. Der Einnahmenunterschied zwischen den beiden Praxisformen hat sich aber auf Grund unterschiedlicher Verlaufsmuster von 75.000 Euro im Jahr 2001 auf 41.000 Euro im Jahr 2003 verringert.

- Aus der Gegenüberstellung der *Veränderung der Höhe der Gesamteinnahmen und den Betriebsausgaben (GUV-Saldo)* im Zeitraum von 2001 bis 2003 lassen sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht wichtige Erkenntnisse über die Entwicklung von zahnärztlichen Existenzgründungen ableiten. Im Jahr 2003 lag der Einnahmensaldo (steuerliches Ergebnis) im Durchschnitt bei 107.000 Euro, im Gegensatz zu durchschnittlich 49.000 Euro im Jahr 2001. In der Konsolidierungsphase entwickelte sich der Einnahmensaldo der befragten Einzelpraxisneugründungen im Durchschnitt dynamischer als bei Einzelpraxisübernahmen, so dass sich der anfängliche Niveauunterschied zwischen den beiden Praxisformen von 30.000 Euro auf 8.000 Euro reduzierte.
- Zwischen der *Praxisentwicklung und Maßnahmen des Personalmanagements* besteht insofern ein Zusammenhang, als dass sich hohe Personalfluktuationen negativ auf die Praxisentwicklung auswirken. Die Auswertung der Befragungsdaten erbrachte, dass Zahnarztpraxen mit geringerer Personalfluktuation im Zeitraum Oktober 2002 bis Oktober 2004 ihre Einnahmen um etwa 113.000 Euro steigern konnten. Das Umsatzplus der Praxen mit hoher Personalfluktuation betrug im gleichen Zeitraum lediglich 50.000 Euro. Die Personalkostenquote der Praxen mit hoher Personalfluktuation lag dabei drei Prozentpunkte unter der entsprechenden Quote der Praxen mit geringer Personalfluktuation.
- Die Ergebnisse der 2. Befragungswelle des AVE-Z-Projektes unterstreichen auch den besonderen *Stellenwert des Kostenmanagements* für die Praxisentwicklung, wenn es etwa um die Entscheidung geht, ob benötigte Laborleistungen durch ein Fremdlabor bezogen oder im Eigenlabor selbst erstellt werden sollen. So erweist sich ein größeres Eigenlabor dann als kostendeckend und betriebswirtschaftlich profitabel, wenn die Gesamteinnahmen aus zahnärztlicher Praxistätigkeit pro Jahr bei über 600.000 Euro liegen und etwa 600 Behandlungsscheine je Quartal abgerechnet werden können.
- Maßnahmen des Controllings spielen auch schon in der Konsolidierungsphase von Praxisneugründungen bzw. -übernahmen eine wichtige Rolle. In fast jeder der befragten Praxen wird regelmäßig das Betriebsergebnis ermittelt. Rund die Hälfte der Praxisinhaber tut dies sogar monatlich. Besonders intensiv wird auf Controlling-Verfahren zurückgegriffen, die Informationen zur Umsatz-, Kosten- und Gewinnentwicklung liefern.

Im Mittelpunkt der 2. Welle des AVE-Z-Projektes stand neben der Beschreibung der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen die Bestimmung der Faktoren, die einen empirisch evidenten Einfluss auf die Praxisentwicklung haben. Hierbei ging es im Rahmen von *multivariaten Analysen* zum einen um die Bestimmung der Erklärungsfaktoren für die GUV-Situation im Jahr 2003 (*zeitpunktbezogene Querschnittsanalysen*). Zum anderen sind die Ursachen für entsprechende Veränderun-

gen im Zeitraum 2001 bis 2003 herausgearbeitet worden. Der Fokus wurde insofern auf *zeitraumbezogene Veränderungsanalysen* gelegt.

- Die Ergebnisse der *zeitpunktbezogenen Querschnittsanalysen* zeichnen sich durch eine hohe Erklärungskraft und Stringenz aus („goodness of fit“ ≥ 0.84). Dies spricht für die Robustheit der multivariaten Auswertungsergebnisse und die hohe empirische Evidenz der Erklärungszusammenhänge.

Fasst man die Ergebnisse der drei dargestellten Modellvarianten (NF22_GUV) zusammen, dann konnten eine Reihe von Faktoren herausgearbeitet werden, die einen signifikanten Einfluss auf den Entwicklungsstand des Einnahmensaldos im Jahr 2003 haben. Erwartungsgemäß gehen von der Anzahl der Scheine pro Quartal (NANZSCH), der qm-Größe der Praxis (NPRGROSS) *positive*, und von der Anzahl der Praxen im Einzugsbereich (ANZMIT) und dem Gesamtbetrag der Finanzierung (F23TOT) *negative Effekte* auf die GUV-Situation im Jahr 2003 aus.

Darüber hinaus konnten aber auch Faktoren identifiziert werden, die hinsichtlich der Einflussrichtung auf nicht unmittelbar zu erwartende Zusammenhänge hinweisen. Dies bezieht sich z. B. darauf, dass männliche Existenzgründer (NGESCHL mit 1 = männlich) in der Gestaltung ihrer GUV-Situation im Jahr 2003 erfolgreicher als Frauen waren. Überraschend ist auch das Ergebnis, dass zahnärztliche Existenzgründer, die verheiratet sind (N STAND mit 1 = verheiratet), einen günstigeren Einnahmensaldo 2003 erwirtschafteten. Hier kommen offensichtlich Erkenntnisse aus der Gründungsforschung zum Tragen, die mit geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gründungsverhalten zusammenhängen (vgl. Müller, 2000; Lischke, 2002; Hammermeister, 2006).

- Die Ergebnisse der *zeitraumbezogenen Veränderungsanalysen* zur Erklärung der Entwicklung des GUV-Saldos im Zeitraum 2001 bis 2003 (DIF_GUV) zeichnen sich ebenfalls durch eine hohe Aussagekraft und Stringenz aus („goodness of fit“ ≥ 0.58). Dies unterstreicht auch hier die Robustheit und empirische Evidenz der multivariaten Schätzergebnisse.

Im Rahmen der drei Schätzvarianten für DIF_GUV konnten ebenfalls Variablen identifiziert werden, von denen durchgehend (hoch-)signifikante Einflüsse ausgehen. Erwartungsgemäß haben die Anzahl der Scheine pro Quartal (NANZSCH), die Existenz eines eigenen Zahnarztlabors (NZALABOR) oder die Anzahl der Praxisinhaber einen positiven Einfluss auf die GUV-Entwicklung im betrachteten Zweijahres-Zeitraum gehabt.

Es finden sich in den zeitraumbezogenen Regressionsschätzungen aber auch teilweise a priori nicht zu erwartende Ergebnisse. So bestehen negative Zusammenhänge zwischen der Höhe des Einnahmensaldos 2001 (F22GUV) und der Entwicklung des Betriebsergebnisses im betrachteten Zweijahres-Zeitraum. Offensichtlich haben sich Praxisgründungen bzw. -übernahmen, die schon im Jahr 2001 ein relativ hohes GUV-Saldo hatten, weniger dynamisch entwickelt als zahnärztliche Existenzgründungen mit einem niedrigeren GUV-Saldo im Jahr 2001. Überraschend ist auch, dass sich Maßnahmen zur Verbesserung des eigenen Dienstleistungsangebotes (N22) in der Konsolidierungsphase von zahnärztlichen Existenzgründungen negativ auf die GUV-Entwicklung auswirken. Daraus kann die Schlussfolgerung abgeleitet werden, dass Fortbildungsmaßnahmen und weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung Investitionen sind, die erst unter längerfristigen Gesichtspunkten ihre ertragssteigernden Wirkungen entfalten können. In der 3. Phase des AVE-Z-Projektes wird zu überprüfen sein,

wie sich diese (und andere) Zusammenhänge im Sechsjahres-Zeitraum darstellen.

- Vergleicht man die Ergebnisse der zeitpunkt- und zeitraumbezogenen Analysen, dann sind *Gemeinsamkeiten zwischen beiden Betrachtungsebenen* deutlich geworden. So konnten eine Reihe von Faktoren herausgearbeitet werden, von denen durchgehend signifikante und positive Effekte auf den Einnahmensaldo im Jahr 2003 bzw. entsprechende Veränderungen im Zeitraum von 2001 bis 2003 ausgehen wie z. B. Familienstand, Praxis mit eigenem Labor oder Anzahl der Scheine pro Quartal. Darüber hinaus konnten aber *auch Unterschiede zwischen beiden Betrachtungsebenen* herausgearbeitet werden. Dies bezieht sich z. B. auf die unterschiedlichen Einflüsse der Variablen, die sich auf den Einnahmensaldo 2001 und die Personalstruktur (NF1241V– NF12410V) beziehen.

Im Mittelpunkt der hier dokumentierten 2. Phase des AVE-Z-Projektes stand die Beschreibung und Erklärung der Verlaufsmuster von zahnärztlichen Existenzgründungen in der Konsolidierungsphase. In der sich anschließenden 3. *Projektphase der Panelstudie* wird der Fokus auf die *Analyse der Erfolgsfaktoren* von neugegründeten bzw. übernommenen Zahnarztpraxen in der sog. Expansionsphase gerichtet. Die Frage, welche Faktoren einen fördernden Einfluss auf die längerfristige Entwicklung und den dauerhaften Erfolg von zahnärztlichen Existenzgründungen haben, wird dabei vor dem Hintergrund der bisherigen Erkenntnisse zu den Ausgangsbedingungen und den Verlaufsmustern von Praxisneugründungen bzw. -übernahmen zu analysieren und zu interpretieren sein. Im Detail wird dann zu untersuchen sein, wie sich die Zusammenhänge und Erklärungsmuster im Zeitverlauf zwischen Start- und Expansionsphase retrospektiv verändert haben und worauf dies zurückzuführen ist.

5 Literaturverzeichnis

- Backhaus, K. (Hrsg.): Multivariate Analysemethoden. 11. Auflage, Berlin u. a. 2006
- Börkircher, H.: Controlling, Reihe: Der Zahnarzt als Praxismanager. Bd. 12, Berlin 2000
- Börkircher, H., Gensler, H.: Positionierung der Zahnarztpraxis. In: Börkircher, H., Nemeč, S. (Hrsg.): Die Zahnarztpraxis als Marke. Köln 2005, S. 59–66
- Bulmahn, G.: Determinanten der Gründungsaktivität und des Gründungserfolges. Bonn 2002
- Caesar, R.: Wirtschaftliche Aspekte der Praxisgründung. In: Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Schritte in das zahnärztliche Berufsleben. 3. Auflage, Köln 1997, S. 32–37
- Collrepp, F. v.: Handbuch Existenzgründung. Stuttgart 2000
- Corsten, H., Bausch, A.: Dimensionen der Unternehmensgründung – Erfolgsaspekte der Selbständigkeit. Berlin 2002
- Dowling, M., Drumm, H. J.: Gründungsmanagement. Vom erfolgreichen Unternehmensstart zu dauerhaftem Wachstum. 2. Auflage, Berlin u. a. 2003
- Ehrmann, T.: Entrepreneurship. Wiesbaden 2006
- Frank, H., Klandt, H. (Hrsg.): Gründungsmanagement – Fallstudien. München 2002

- Frank, H., Korunka, C., Lueger, M.: Fördernde und hemmende Faktoren im Gründungsprozess. Wien 1999
- Freiling, J.: Entrepreneurship. Theoretische Grundlagen und unternehmerische Praxis. München 2006
- Fritsch, M., Niese, M. (Hrsg.): Gründungsprozess und Gründungserfolg. Interdisziplinäre Beiträge zum Entrepreneurship Research. Heidelberg 2004
- Frodl, A.: Personalmanagement. Reihe: Der Zahnarzt als Praxismanager. Bd. 9, Berlin 2000a
- Frodl, A.: Kostenmanagement. Reihe: Der Zahnarzt als Praxismanager. Bd. 2, Berlin 2000b
- Glazinski, B.: Personalauswahl und Führung in der Arztpraxis. In: Riedel, R., Hansis, M. L., Wehrmann, W., Schlesinger, A. (Hrsg.): Wirtschaftlich erfolgreich in der Arztpraxis. Das Einmaleins der Betriebswirtschaft für Ärzte. Köln 2005, S. 93–121
- Greene, W. H.: Econometric Analysis. 5. edition, Upper Saddle River (NJ) 2003
- Hammermeister, B.: Unternehmensgründung und Gründerperson. Hamburg 2006
- 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 21, 2002, Nr. 78, S. 40–43
- Kanzler, R.: Serviceunternehmen Zahnarztpraxis. München/Wien/Baltimore 1997
- KfW Bankengruppe (Hrsg.): Was erfolgreiche Unternehmen ausmacht. Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis. Heidelberg 2004
- Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen, IDZ-Information Nr. 1/2004, Köln 2004
- Kugler, F.: Erfolgsfaktoren und Erfolgsmuster von Unternehmensgründungen. Köln 2003
- KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Jahrbuch 2002. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2002
- KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Jahrbuch 2005. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2005
- Lischke, G.: Unternehmensgründungen von Frauen. Motive und Verbleibsfaktoren. Berlin 2002
- Lüddecke, J.: Vorüberlegungen zur Niederlassung. In: Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Schritte in das zahnärztliche Berufsleben. 3. Auflage, Köln 1997, S. 32–37
- Merz, J. (Hrsg.): Existenzgründung 2 – Erfolgsfaktoren und Rahmenbedingungen. Baden-Baden 2001
- Müller, G. F. (Hrsg.): Existenzgründung und unternehmerisches Handeln. Landau 2000
- Sager, B.: Strategische Marketing-Planung in jungen Wachstumsunternehmen. Köln 2006
- Schmude, J., Leiner, R.: Interdisziplinäre Gründungsforschung. Heidelberg 2002

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

Walterscheid, K. (Hrsg.): Entrepreneurship in Forschung und Lehre. Frankfurt am Main u. a. 2003

Weitkamp, J., Klingenberg, D.: Die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung der Zahnmedizin. In: Ulrich, V., Ried, W. (Hrsg.): Effizienz, Qualität – Festschrift für Prof. Eberhard Wille. Baden-Baden 2007 (im Druck)