

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

18. Mai 2009

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2007

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 2007 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2007 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 47 % und in den neuen Bundesländern 54 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- In den alten Bundesländern wählten im Jahr 2007 38 % der zahnärztlichen Existenzgründer die **Berufsausübungsgemeinschaft** (Gemeinschaftspraxis). In den neuen Bundesländern wurde die Praxisform der Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Anteil von 42 % erstmals vergleichsweise häufiger präferiert als in den alten Bundesländern.
- Während in den alten Bundesländern 59 % der Existenzgründungen von Männern und 41 % von Frauen realisiert wurden, war die Geschlechterverteilung in den **neuen Bundesländern** nahezu spiegelbildlich. Hier wurden 43 % der Existenzgründungen von Männern und 57 % von Frauen vorgenommen.
- Im Jahr 2007 betrug das **Finanzierungsvolumen für die Neugründung** einer westdeutschen Einzelpraxis 368.000 Euro und lag somit 16 % über dem Vorjahreswert. Die Zunahme beruht primär auf dem isolierten Anstieg der Investitionen für medizinisch-technische Geräte sowie die Praxiseinrichtung.
- Das **Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme** stieg 2007 ebenfalls um 12 % auf 275.000 Euro. Der Zuwachs wird in erster Linie von dem gestiegenen ideellen Wert („Goodwill“) getragen. Im Jahr 2007 betrug der Goodwill 99.000 Euro und lag damit um 30 % über dem Vorjahresniveau.
- Das **zahnärztliche Investitionsvolumen** für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wurde wie in den Vorjahren auch im Zeitraum 2006/2007 im Vergleich zu den ärztlichen Investitionen **von keiner anderen medizinischen Facharztgruppe übertroffen**.

Die Autoren dieser Investitionsanalyse sind: Dr. David Klingenberg/IDZ und Dipl.-Kffr. Andrea Schwarte/apoBank.

Weitere Exemplare dieser IDZ-Information können kostenlos beim IDZ angefordert werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den vorliegenden Text als pdf-Datei von der Internet-Homepage des IDZ (www.idz-koeln.de) herunterzuladen.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis (IDZ)

Abstract

Investments for setting up a dental practice in 2007

Since 1984 the Institute of German Dentists (IDZ) – in cooperation with the Deutsche Apotheker- und Ärztebank/Düsseldorf – analyses the investments of dentists when establishing a practice. For the year 2007 the main results are as follows:

- **Buying an established solo practice** was the most frequent form of setting up a dental practice in 2007. In West Germany 47% of the dentists decided to choose this way of self-employment, in East Germany their number amounted to 54%.
- In West Germany approximately 38% of the dentists setting up a dental practice in 2007 chose a **practice partnership**. However, a practice partnership was preferred by 42% of the East German dentists setting up a practice – and thus for the first time comparatively more often than in West Germany.
- Whereas in West Germany 59% of the dentists setting up a new practice were men and 41% were women, the distribution of genders in **East Germany** was almost inverse: There 43% of the dentists setting up a new practice were men and 57% were women.
- The **investment volume for starting a new solo practice** in West Germany in 2007 was 368.000 Euro and thus by 16 % higher than in the previous year. This increase is primarily due to the isolated increase of the investments for medical-technical and practice equipment.
- The **financing volume for buying an established solo practice** rose also in 2007 by 12% to 275.000 Euro. This rise is due primarily to the increased real value (goodwill). In 2007 the real value amounted to 99.000 Euro and was thus 30% higher than last year.
- Compared with medical practices the **investment volume for setting up a dental solo practice** in West Germany in 2006/2007 is **not surpassed by any other medical specialists' group** as in the previous years.

The authors of this investment analysis are: Dr. David Klingenberg/Institute of German Dentists and Dipl.-Kffr. Andrea Schwarte/apoBank.

Additional copies of this IDZ-Information can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. A pdf-file can be downloaded from the IDZ Internet-homepage (www.idz-koeln.de).

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2007

Dr. David Klingenberger, Andrea Schwarte

Gliederungsübersicht

1	Methodische Vorbemerkungen	3
2	Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen	4
3	Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten	5
3.1	Art der Existenzgründung	5
3.2	Alter der Existenzgründer	7
3.3	Geschlecht der Existenzgründer	9
3.4	Praxislage	11
4	Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens	12
4.1	Westdeutschland inkl. Berlin	13
4.1.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen.....	14
4.1.2	Der Betriebsmittelkredit	17
4.1.3	Die Bau- und Umbaukosten	18
4.1.4	Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme.....	19
4.1.5	Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern	22
4.2	Ostdeutschland	24
4.2.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen.....	25
5	Literaturverzeichnis	26

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2007 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen in der vorangegangenen Dekade zu analysieren.

Die *Datenbasis* bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst und ausgewertet. Im Jahr 2007 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 725, die sich im Verhältnis 8 zu 1

auf die alten und neuen Bundesländer aufteilen. Die *statistische Auswertung* wurde gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank unter Verwendung von SPSS 12.0 für Windows durchgeführt. Während sie für Westdeutschland einen recht guten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung bietet, sind für Ostdeutschland aufgrund der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle lediglich Trendaussagen möglich.

Im Einzelnen umfasst die statistische Auswertung folgende Größen:

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

2 Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen

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

Die zum 1. Januar 1999 eingeführte Altersgrenze von 68 Jahren, nach deren Erreichen ein Zahnarzt nicht mehr an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen darf, führte dazu, dass die Zahl der Berufsaufgaben 1998 um 80 % über der des Jahres 1997 lag. Der damit verbundene Anstieg zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen blieb nicht ohne Einfluss auf das Niederlassungsgeschehen. Etwa 2.200 Zahnärzte, 15 % mehr als im Vorjahr, realisierten 1998 ihre Existenzgründung. Obwohl im Jahr 1999 die Zahl der Berufsaufgaben deutlich sank, erhöhte sich die Zahl der Niederlassungen weiter auf 2500. *In den Jahren 2000 bis 2007 entwickelten sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen stark rückläufig.* Im Jahr 2007 entschieden sich 1.491 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2008a). Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde die Altersgrenze von 68 Jahren rückwirkend zum 1. Oktober 2008 wieder abgeschafft. Es

bleibt abzuwarten, in welchem Ausmaß die Zahl der Berufsaufgaben aufgrund dieser Gesetzesänderung weiter sinken wird.

Insgesamt wurden in den Jahren 2006/2007 durch zahnärztliche Existenzgründer Investitionen in Höhe von schätzungsweise 1,0 Mrd. Euro getätigt. Orientiert man sich an der durchschnittlichen Zahl der entgeltlich Beschäftigten in west- und ostdeutschen Zahnarztpraxen im Jahr 2006 (vgl. KZBV, 2008b), so zeigt sich, *dass mit diesen Mitteln über 20.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. erhalten wurden*. Diese von Zahnärzten getragenen gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachstumseffekte werden in den oftmals einseitig kostenorientiert geführten Diskussionen über das Gesundheitswesen allzu leicht übersehen (vgl. Weitkamp und Klingenberg, 2007).

3 Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

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

3.1 Art der Existenzgründung

Für die folgenden Analysen dieses Berichtes wird zwischen drei Arten der zahnärztlichen Existenzgründung unterschieden: Neugründung einer Einzelpraxis, Übernahme einer Einzelpraxis und Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis). Mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 1. Januar 2007 ist der Begriff der Gemeinschaftspraxis durch den Terminus der „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt worden, der den alten Begriff einschließt und gleichzeitig erweitert. Die Erweiterung betrifft die möglichen Partner, die Kooperation unterschiedlicher Fachgebiete und die Überörtlichkeit. In der Rubrik Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft werden die Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft, der Eintritt in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft und die Überführung einer bestehenden Einzelpraxis in eine Berufsausübungsgemeinschaft zusammengefasst.

Obwohl die Berufsausübungsgemeinschaften zunehmend an Bedeutung gewinnen – im Jahr 2006 arbeiteten 18,9 % der niedergelassenen Zahnärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vgl. KZBV, 2008b) –, ist diese Aggregation notwendig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine statistisch-detailliertere Analyse (noch) nicht zulässt. Während sog. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im allgemeinmedizinischen Versorgungssektor eine wachsende Bedeutung zufällt, spielt diese Praxisform im zahnärztlichen Versorgungsbereich bislang noch eine marginale Rolle.

Der Anteil der übernommenen Zahnarztpraxen in den *alten Bundesländern* ist im Zeitablauf relativ stabil geblieben und lag im Zeitraum von 2003 bis 2007 jeweils zwischen 44 % und 52 % (vgl. Abb. 1). Bei einer Übernahme können zwar nicht alle individuellen Vorstellungen des Zahnarztes hinsichtlich Praxislage und -ausstattung erfüllt werden, aber der übernehmende Zahnarzt hat die Chance, den vorhandenen Patientenstamm durch sein fachliches Können und seine Zuwendungsbereitschaft an sich zu binden. Der wirtschaftliche Vorteil einer Praxisübernahme besteht in der Möglichkeit, Investitionsentscheidungen zeitlich zu strecken und den sich verändernden ökonomischen Rahmenbedingungen anzupassen. Die Wirtschaftlichkeit einer Investition lässt sich nach begonnenem Praxisbetrieb präziser abschätzen als in der theoretischen Planungs- und Vorbereitungsphase (vgl. Klingenberg und Becker, 2004; Klingenberg und Becker, 2007; Klingenberg und Becker, 2008).

Die *Einzelpraxisneugründung* hat in den letzten Jahren kontinuierlich an Bedeutung eingebüßt. So fiel der Anteil der Einzelpraxisneugründungen seit 2003 um insgesamt 13 Prozentpunkte von 28 % und erreichte im Jahr 2007 mit einem Anteil von 15 % einen historischen Tiefpunkt. Zeitgleich mit dem relativen Bedeutungsverlust der Einzelpraxisneugründung hat die *Gemeinschaftspraxis* seit 2003 anteilmäßig um 10 Prozentpunkte zugelegt und seit dem Jahre 2004 die Einzelpraxisneugründung auf den „letzten Rang“ verwiesen. Im Jahr 2005 kletterte der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den alten Bundesländern weiter auf 33 % und wurde somit doppelt so häufig als Praxisform gewählt wie die Einzelpraxisneugründung. Im Jahr 2007 lag der Anteil der nun als Berufsausübungsgemeinschaften bezeichneten Gemeinschaftspraxen bei 38 %.

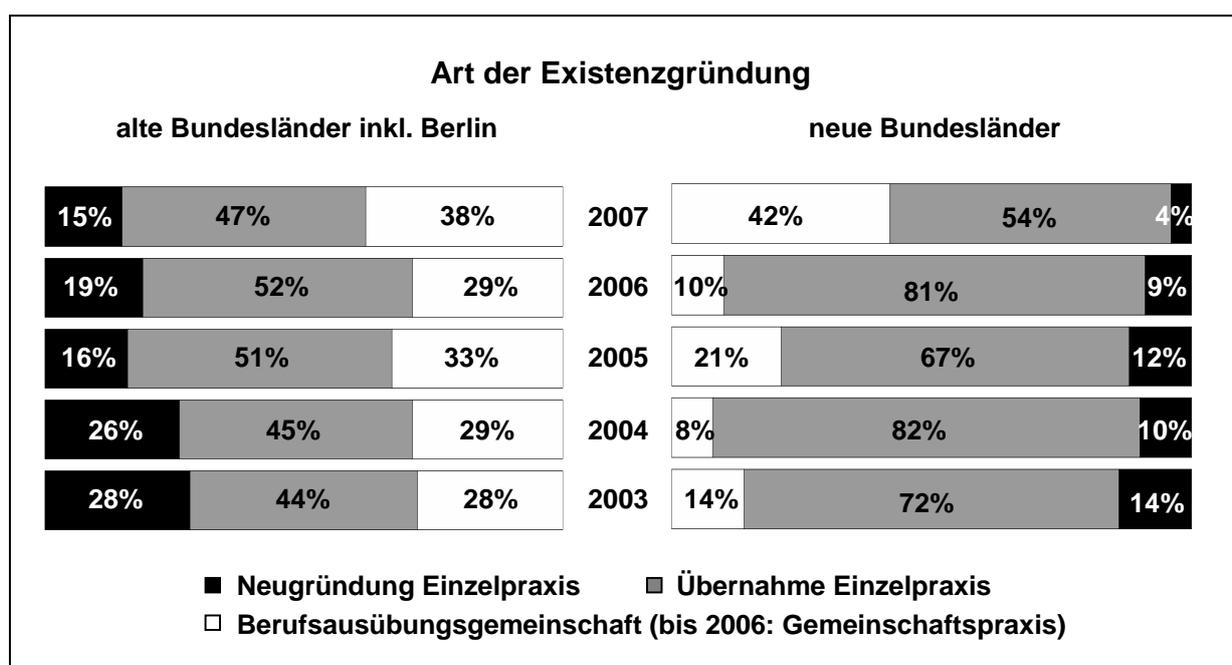


Abbildung 1

© IDZ/apoBank, 2009

In den *neuen Bundesländern* hatte die Einführung der Altersgrenze zur Folge, dass 1998 erstmals die *Übernahme einer Einzelpraxis* die dominierende Niederlassungsform war. Etwa Zweidrittel der zahnärztlichen Existenzgründer entschieden sich damals für den Kauf einer *Einzelpraxis*. In den folgenden Jahren konnte dieser hohe Anteilswert gehalten bzw. noch weiter ausgebaut werden. Im Jahr 2006 betrug der Anteil 81 %. Für das Jahr 2007 ist allerdings wiederum ein deutlicher Rückgang des Anteils der Einzelpraxisübernahmen zu konstatieren, der auf die sprunghafte Zunahme des Anteils der Berufsausübungsgemeinschaften zurückzuführen ist. Gleichwohl gilt auch für das Jahr 2007, dass *Einzelpraxisübernahmen* in den neuen Bundesländern häufiger als in den alten Bundesländern realisiert wurden.

Bei den Einzelpraxisneugründungen zeigte sich die entgegengesetzte Tendenz. Stets entschieden sich die zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern seltener für die Neugründung einer Einzelpraxis als ihre westdeutschen Kollegen. Im Jahre 2007 lag der Anteil mit 4 % um 11 Prozentpunkte unter dem Anteilswert in den alten Bundesländern.

Der Anteil der *Gemeinschaftspraxen* in den neuen Bundesländern lag in der Vergangenheit zwischen 8 % und 21 %; damit fällt dieser Praxisform immer noch nicht die Rolle zu wie in Westdeutschland. Im Jahr 2007 stieg der Anteil der Existenzgründungsfinanzierungen von nun als Berufsausübungsgemeinschaften bezeichneten Gemeinschaftspraxen in den neuen Bundesländern allerdings sprunghaft von 10 % auf 42 % und lag damit erstmals über dem Anteilswert in den alten Bundesländern. Es bleibt abzuwarten, ob sich der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften in den nächsten Jahren auf diesem hohen Niveau stabilisiert.

3.2 Alter der Existenzgründer

Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer hat sich in den vergangenen Jahren jeweils innerhalb einer gewissen Bandbreite bewegt. Während in den *alten Bundesländern* der Anteil der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) zwischen 18 % und 30 % lag, bewegte sich der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte zwischen 60 % und 70 %. Der Anteil der über 40-jährigen Zahnärzte lag jeweils mit minimaler Schwankungsbreite bei etwa 13 %. Vergleicht man die heutige Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer mit der Altersstruktur des Jahres 1995, so fällt auf, dass der Anteil der jungen Zahnärzte in den vergangenen Jahren sukzessive gesunken ist. Lag der Anteil der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) im Jahre 1995 noch bei 29 %, so ist der Anteil der jungen Zahnärzte mittlerweile auf 18 % (2006: 16 %) gesunken. Der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte beträgt aktuell 68 % und lag damit um 10 Prozentpunkte über dem Wert von 1995. Der Anteil der über 40-Jährigen fiel im Jahr 2007 um 4 Prozentpunkte auf 14 % (vgl. Abb. 2).



Abbildung 2

© IDZ/apoBank, 2009

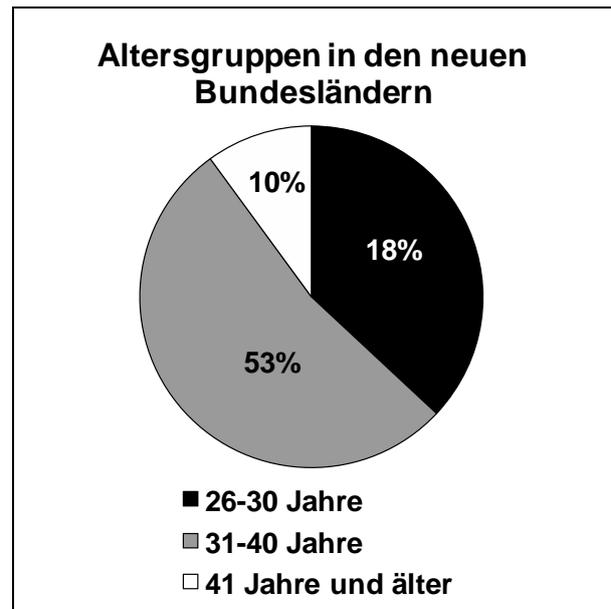


Abbildung 3

© IDZ/apoBank, 2009

In den *neuen Bundesländern* war (mit Ausnahme der Jahre 1999 und 2002) seit 1995 eine stetige Zunahme des Anteils der älteren Zahnärzte und ein entsprechender Rückgang der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer zu beobachten. Während im Jahr 1995 noch zwei von drei Zahnärzten zum Zeitpunkt der Praxisgründung 30 Jahre oder jünger waren, stellt sich die Altersstruktur im Jahre 2007 spiegelbildlich dar: 63 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern waren 31 Jahre oder älter (vgl. Abb. 3). Gegenüber dem Vorjahr ist gleichwohl der Anteil der jüngeren Zahnärzte (unter 31 Jahren) deutlich gestiegen und hat sich mit einem Anteilswert von 37 % gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt (2006: 20 %). Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung 35,2 Jahre; in Ostdeutschland lag das Durchschnittsalter bei 33,5 Jahren.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur sind mittlerweile weitgehend nivelliert. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 35 Jahre, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt 35,4 Jahre alt.

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

Wie in Abbildung 4 ersichtlich, ist die individuelle Präferenz für eine bestimmte Praxisform ganz klar altersabhängig. So liegt der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften in der Altersgruppe der über 40-Jährigen bei 30 %, während diese Niederlassungsform in der Altersgruppe der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer bis 30 Jahre einen Anteilswert von 47 % erreicht. Offensichtlich sehen immer mehr junge Zahnärzte in der Kooperation eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund

angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen etablieren zu können.

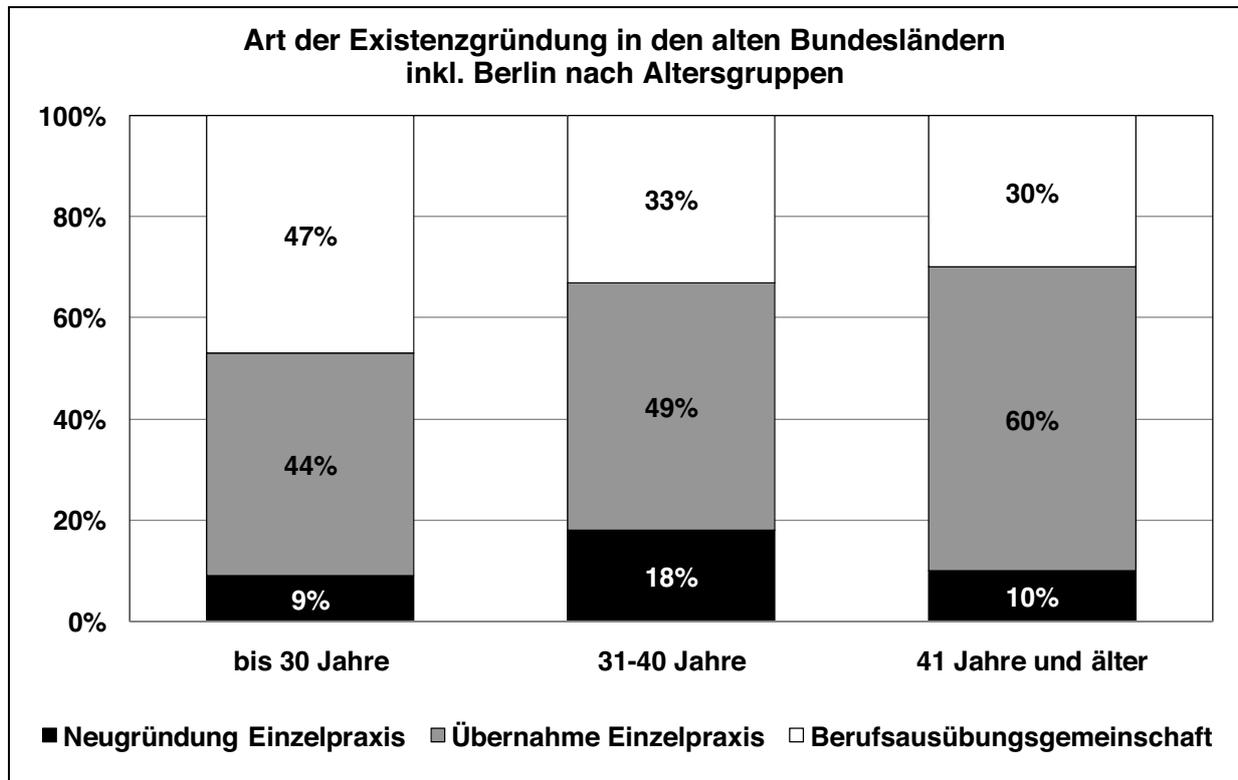


Abbildung 4

© IDZ/apoBank, 2009

3.3 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“, die für das Jahr 2000 erstmals statistisch erfasst wurde, zeigt auch für das Jahr 2007 klare Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Im Gegensatz zu den *alten Bundesländern*, in denen 59 % der Existenzgründungen durch Männer und 41 % durch Frauen realisiert wurden (vgl. Abb. 5), war die Geschlechtsverteilung in den *neuen Bundesländern* nahezu spiegelbildlich (vgl. Abb. 6). Gegenüber dem Vorjahr stieg der Anteil der weiblichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern um 3 Prozentpunkte und beträgt aktuell 57 %. Im Jahr 2000 hatte der Anteil der weiblichen Existenzgründer noch bei 69 % gelegen.

In den alten Bundesländern stieg der Anteil der weiblichen Existenzgründer seit dem Jahr 2000 hingegen um insgesamt 10 Prozentpunkte. Mittelfristig ist mit einer Angleichung der Geschlechtsverteilung in den alten und den neuen Bundesländern zu rechnen – bei einem gleichzeitigen Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes (vgl. Brecht et al., 2004).



Abbildung 5

© IDZ/apoBank, 2009



Abbildung 6

© IDZ/apoBank, 2009

Wie Abbildung 7 zeigt, ist die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter die bevorzugte Niederlassungsform. Männliche Existenzgründer präferierten gegenüber dem Vorjahr deutlich seltener Einzelpraxisneugründungen (-9 Prozentpunkte), während bei den Frauen die Einzelpraxisneugründung häufiger als im Vorjahr (+3 Prozentpunkte) gewählt wurde. Der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften als Niederlassungsform ist sowohl bei den Männern (+11 Prozentpunkte) als auch bei den Frauen (+7 Prozentpunkte) gegenüber dem Vorjahr deutlich angestiegen.

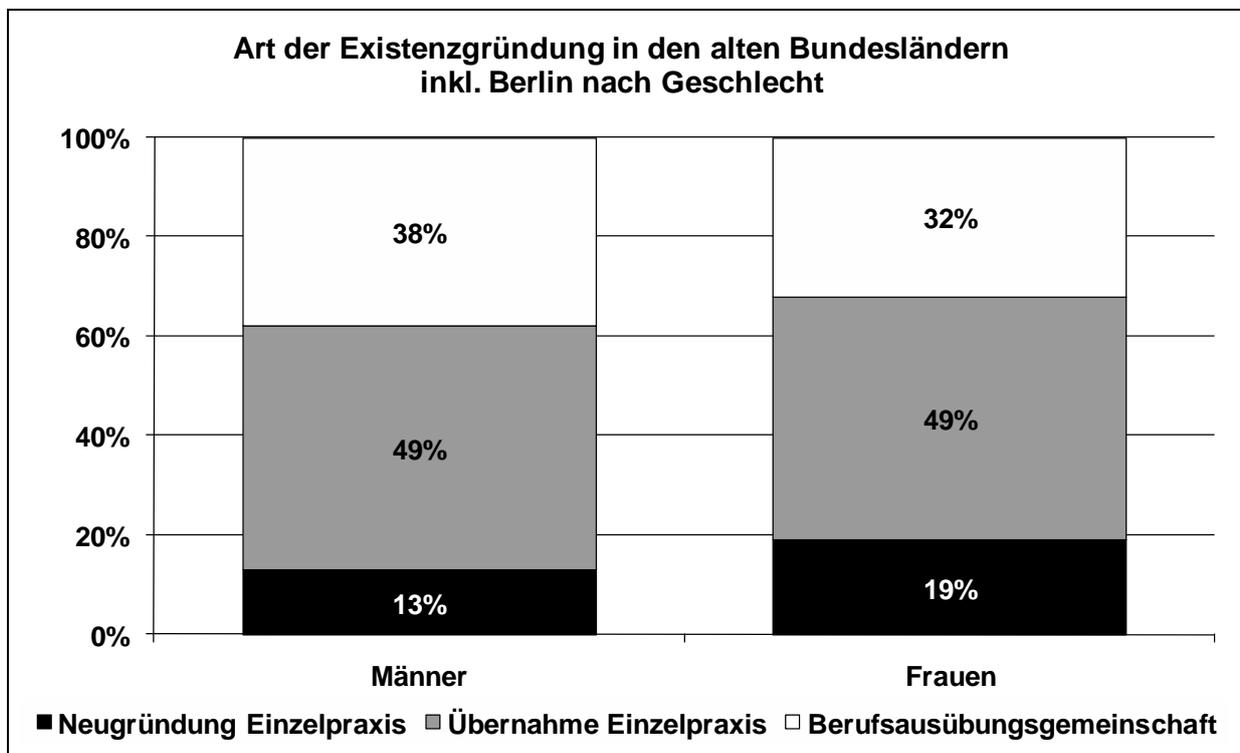


Abbildung 7

© IDZ/apoBank, 2009

3.4 Praxislage

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

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

Tabelle 1

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



Abbildung 8

© IDZ/apoBank, 2009



Abbildung 9

© IDZ/apoBank, 2009

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründer auf die verschiedenen Ortsgrößen in *Westdeutschland* zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich (21 %) im Vergleich zum Vorjahr um 11 Prozentpunkte gefallen ist, während die Existenzgründungen in den Kleinstädten (33 %) anteilmäßig um 8 Prozentpunkte zugenommen haben (vgl. Abb. 8).

In den *neuen Bundesländern* verringerte sich der Anteil der Existenzgründungen im ländlichen Umfeld gegenüber dem Vorjahr um 5 Prozentpunkte auf 39 % (vgl. Abb. 9). Gleichzeitig stieg der Anteil der Existenzgründungen in den Mittelstädten um 4 Prozentpunkte auf 29 %.

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich wie im Vorjahr eine Bevorzugung der Einzelpraxisübernahme im mittelstädtischen Umfeld. In ländlichen und in kleinstädtischen Lagen wurden hingegen vergleichsweise häufig Einzelpraxisneugründungen realisiert, die in Großstädten mittlerweile selten geworden sind. Der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften hat in allen Praxislagen gegenüber dem Vorjahr zugenommen, am deutlichsten im mittelstädtischen Bereich um 15 Prozentpunkte auf 37 %. Im großstädtischen Umfeld wird mittlerweile fast jede zweite Existenzgründung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft vorgenommen.

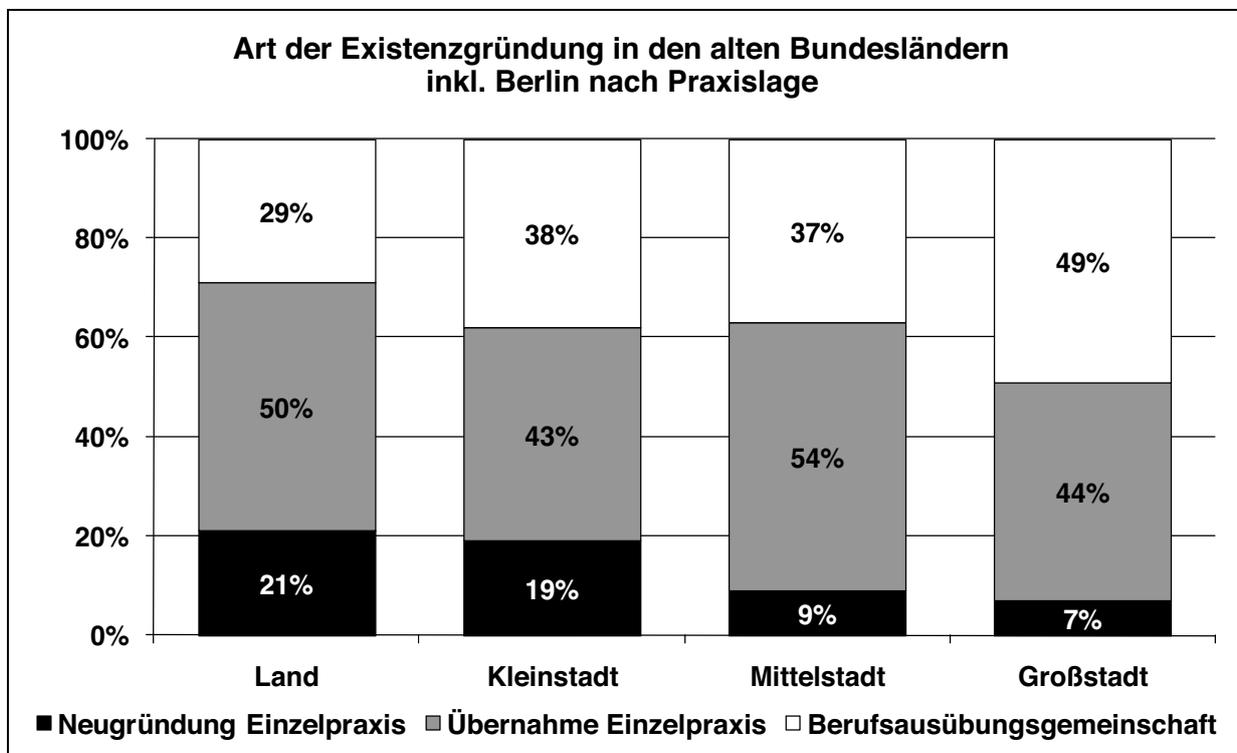


Abbildung 10

© IDZ/apoBank, 2009

4 Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens

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

zu gewährleisten (vgl. Abschnitt 4.2). Jedoch können die dort analysierten Zahlen „nur“ Größenordnungen darstellen.

4.1 Westdeutschland inkl. Berlin

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern errechneten Mittelwerte für die Jahre 1998 bis 2007 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

Im Jahr 2007 entfielen etwa 69 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 11 % auf die Bau- und Umbaukosten und 20 % auf den Betriebsmittelkredit. Nach einer längeren Phase einer stabilen Kostenverteilung stieg der für die medizinisch-technischen Geräte sowie die Einrichtung veranschlagte Kostenanteil um 4 Prozentpunkte.

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)	1998	1999	2000	2001	2002
med.-techn. Geräte und Einrichtung	186	184	196	208	209
+ Bau- und Umbaukosten	31	29	45	39	43
= Praxisinvestitionen	217	213	241	247	252
+ Betriebsmittelkredit	65	64	69	75	75
= Finanzierungsvolumen	282	277	310	322	327

Tabelle 2a

Angaben in 1.000 Euro

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)	2003	2004	2005	2006	2007
med.-techn. Geräte und Einrichtung	210	216	233	205	255
+ Bau- und Umbaukosten	46	48	40	36	41
= Praxisinvestitionen	256	264	273	241	296
+ Betriebsmittelkredit	73	71	82	75	72
= Finanzierungsvolumen	329	335	355	316	368

Tabelle 2b

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)	1998	1999	2000	2001	2002
Substanzwert	63	56	66	67	64
+ Neuanschaffungen	41	39	38	45	46
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	104	95	104	112	110
+ Goodwill	81	79	80	84	82
+ Bau- und Umbaukosten	13	14	11	12	13
= Praxisinvestitionen	198	188	195	208	205
+ Betriebsmittelkredit	58	54	49	56	55
= Finanzierungsvolumen	256	242	244	264	260

Tabelle 3a

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)	2003	2004	2005	2006	2007
Substanzwert	60	59	62	47	41
+ Neuanschaffungen	43	50	54	54	61
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	103	109	116	101	102
+ Goodwill	73	82	76	76	99
+ Bau- und Umbaukosten	9	10	10	14	16
= Praxisinvestitionen	185	201	202	191	217
+ Betriebsmittelkredit	52	54	62	55	58
= Finanzierungsvolumen	237	255	264	246	275

Tabelle 3b

Angaben in 1.000 Euro

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 2007 durchschnittlich 37 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 36 % für den Goodwill, 6 % für die Bau- und Umbaukosten und 21 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Damit kam es erstmals seit 1998 wieder zu einer größeren Abweichung bei der prozentualen Zusammensetzung des Finanzierungsvolumens, die primär auf einer isolierten Zunahme des Goodwills beruht.

4.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

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

Nach der seit dem Jahr 1999 andauernden Wachstumsphase ist das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung im Jahr 2006 erstmals wieder deutlich gesunken und lag mit einem Finanzierungsvolumen von 316.000 Euro um etwa 11 % unter dem Vorjahreswert (vgl. Abb. 11). Dies entspricht in etwa dem Finanzierungsniveau des Jahres 2000. Die Investitionszurückhaltung der zahnärztlichen Existenzgründer dürfte u. a. auf die gesetzgeberischen Maßnahmen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zurückzuführen sein. Im Jahr 2007 stieg das Finanzierungsvolumen wiederum deutlich um 16 % auf 368.000 Euro. Der Anstieg beruht auf einem isolierten Anstieg der Investitionen in medizinisch-technische Geräte sowie die Praxiseinrichtung.

Im Bereich der *Einzelpraxisübernahme* war im Jahr 2001 ein sprunghafter Anstieg des Gesamtfinanzierungsvolumens um 8 % auf 264.000 Euro zu verzeichnen, womit zugleich der seit 1997 erkennbare Abwärtstrend beendet wurde (vgl. Abb. 11). Im Jahr 2003 sank das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen von Einzelpraxisübernahmen indes wieder um 9 % auf 237.000 Euro und lag damit in etwa auf dem Niveau des Jahres 1996. Der im Jahr 2004 zu verzeichnende neuerliche Anstieg des durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumens um 8 % auf nunmehr 255.000 Euro verdeutlicht, dass der „Markt“ für Praxisübernahmen sensibel auf Änderungen der Rahmenbedingungen reagiert. Im Jahr 2005 wurde mit einem Anstieg des Gesamtfinanzierungsvolumens um knapp 4 % auf 264.000 Euro das Niveau des Jahres 2001 wieder erreicht. Im Jahr 2006 sank das Finanzierungsvolumen erneut um 7 % auf nunmehr 246.000 Euro. Analog zu der Entwicklung bei den Einzelpraxisneugründungen wurde hiermit in etwa das Finanzierungsniveau des Jahres 2000 realisiert. Im Jahr 2007 stieg das Finanzierungsvolumen um knapp 12 % auf die historische Höchstmarke von 275.000 Euro. Diese Entwicklung beruht weitgehend auf einem isolierten Anstieg des Goodwills.

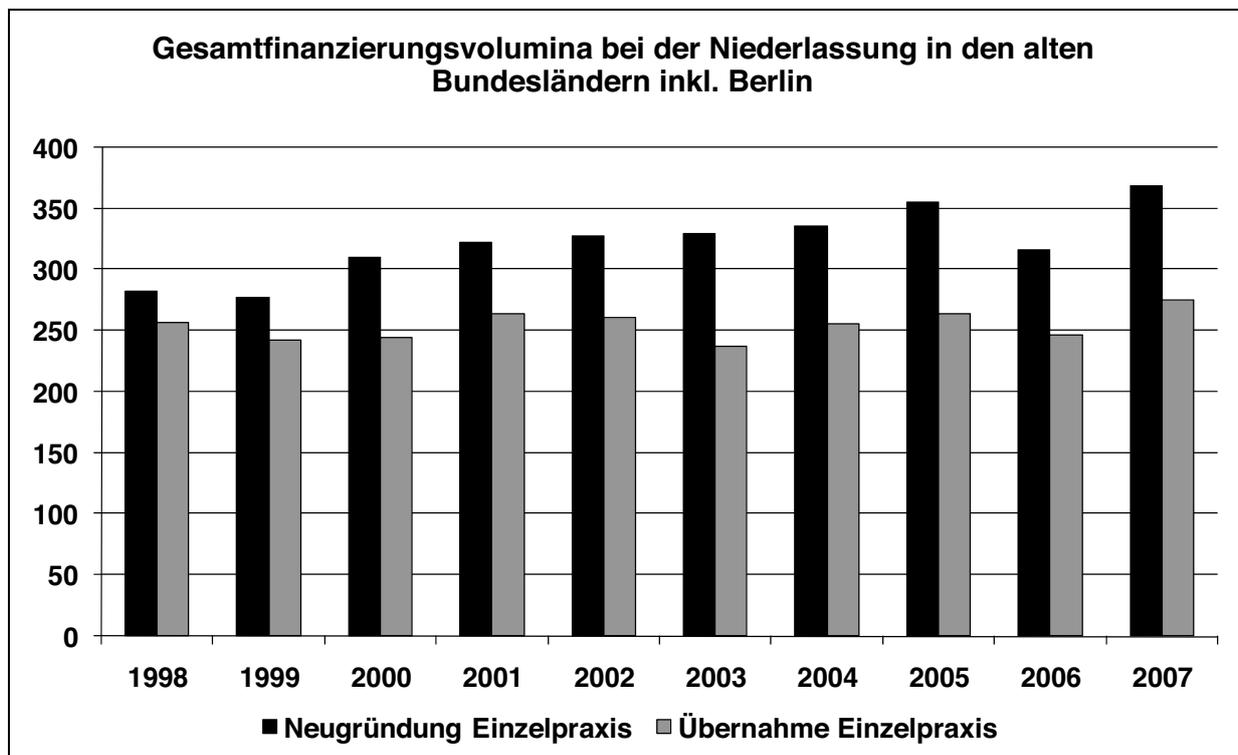


Abbildung 11

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2009

Da das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen bei einer Einzelpraxisneugründung im Vergleich zu einer Einzelpraxisübernahme stärker anstieg, erhöhte sich die Differenz zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme im Jahr 2007 um 23.000 Euro. Aktuell beträgt die Differenz 93.000 Euro (vgl. Abb. 12).

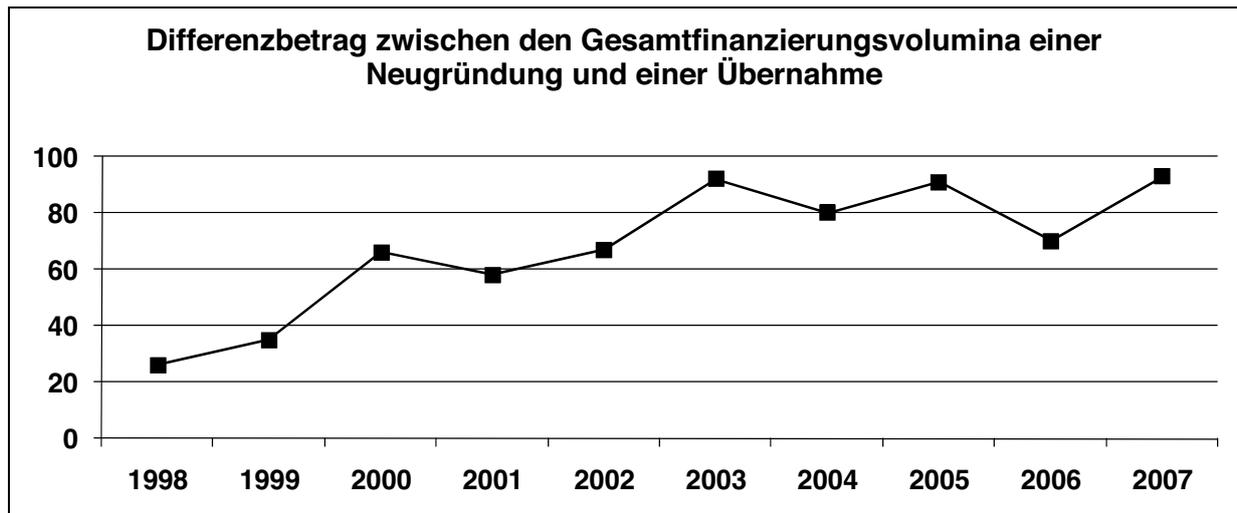


Abbildung 12

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2009

Eine nach *Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die mittlere Altersgruppe (31 bis 40 Jahre) wie schon im Vorjahr mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 376.000 Euro (2006: 348.000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierte. Bei den Einzelpraxisübernahmen tätigten die jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) die vergleichsweise höchsten Investitionen. Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 303.000 Euro stieg das finanzielle Engagement dieser Altersgruppe bei einer Einzelpraxisübernahme gegenüber dem Vorjahr um 51.000 Euro. Die älteren Zahnärzte (41 Jahre und älter) ließen vor allem bei der Finanzierung von Einzelpraxisübernahmen deutliche Zurückhaltung erkennen; hier lag das Gesamtfinanzierungsvolumen mit 210.000 Euro etwa 11 % unter dem Vorjahreswert. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bezüglich des jeweiligen Finanzierungsvolumens haben sich im Jahr 2007 insgesamt wieder vergrößert.

Die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* im Hinblick auf das Investitionsvolumen sind im Jahr 2007 gegenüber dem Vorjahr deutlich angestiegen. In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 419.000 Euro (+14 %) bzw. 292.000 Euro (+7 %). Die Investitionsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung entwickelten sich im gleichen Zeitraum mit einem Zuwachs um 4 % auf 316.000 Euro weniger dynamisch. Auch bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer mit 250.000 Euro lediglich 4 % mehr als im Vorjahr.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte die *Einzelpraxisneugründung* in einer Mittelstadt im Jahr 2007 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 394.000 Euro lag das Finanzierungsvolumen etwa 16 % über dem Vorjahreswert. In ländlichen Lagen war eine noch dynamischere Entwicklung zu verzeichnen; hier stieg das Finanzierungsvolumen um 22 % auf 377.000 Euro. Für Standorte in Groß- und Kleinstädten wurden hingegen um 11 % bzw. 6 % geringere Finanzierungsbeiträge gegenüber dem Vorjahr veranschlagt.

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* war das höchste Finanzierungsvolumen im kleinstädtischen Bereich aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme mit 306.000 Euro zu Buche (2006: 253.000 Euro). In Mittelstädten waren Einzelpraxisübernahmen mit durchschnittlich 260.000 Euro knapp 3 % teurer als im Vorjahr, im ländlichen Umfeld kletterte das Finanzierungsvolumen um 6 % auf 269.000 Euro. Lediglich in großstädtischen Lagen sank der durchschnittliche Finanzierungsbetrag um etwa 4 % auf 259.000 Euro.

4.1.2 Der Betriebsmittelkredit

Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittel- bzw. Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. Er ist notwendig, da den regelmäßigen Ausgaben für Praxis- und Lebenshaltungskosten anfangs häufig keine oder nur geringe Einnahmen gegenüberstehen. Der Betriebsmittelkredit wird dem Kreditnehmer auf seinem „laufenden“ Konto als Limit in Höhe der voraussichtlichen Höchstinanspruchnahme (sog. Kreditlinie) gewährt. Nachdem sich der Betriebsmittelkredit bei der *Neugründung* in den Jahren 1996 bis 1999 auf einen Wert von rund 64.000 Euro eingependelt hatte, stieg er im Jahr 2000 auf 69.000 Euro, erreichte in den Jahren 2001 und 2002 mit 75.000 Euro einen neuen Höchstwert, um in den folgenden beiden Jahren wieder leicht abzunehmen. Mit einem kräftigen Zuwachs von 15 % erreichte der Betriebsmittelkredit im Jahr 2005 mit 82.000 Euro die historische Höchstmarke. Im Jahr 2007 betrug der Betriebsmittelkredit 72.000 Euro und bewegte sich somit auf dem Niveau des Jahres 2003. Der im Rahmen einer *Praxisübernahme* gewährte Betriebsmittelkredit stieg im Jahr 2007 um 3.000 Euro auf nunmehr 58.000 Euro und erreichte damit den Stand des Jahres 1998 (vgl. Abb. 13).

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die Gruppe der über 40-jährigen Zahnärzte im Jahr 2007 vergleichsweise die niedrigsten Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt hat. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittelkredit sank in dieser Altersgruppe um 21 % auf 68.000 Euro; bei einer Praxisübernahme wurde ein Betrag von 51.000 Euro benötigt, d. h. etwa 9 % weniger als im Vorjahr. Lediglich in der Altersgruppe der jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) stieg der nachgefragte Betriebsmittelkredit bei den Einzelpraxisübernahmen leicht an, nämlich um 4 % auf 58.000 Euro.

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites haben die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* weiter abgenommen. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit 78.000 Euro einen um 12.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen. Auch bei einer Einzelpraxisübernahme lag der Betriebsmittelkredit der männlichen Existenzgründer mit 60.000 Euro um 6.000 Euro über dem entsprechenden Betrag der Frauen.

Bei der Existenzgründung beeinflusst neben dem Alter und dem Geschlecht des Zahnarztes auch der Praxisstandort die Höhe des Betriebsmittelkredits. So lag der Betriebsmittelkredit bei einer Einzelpraxisneugründung in der Mittelstadt mit 79.000 Euro deutlich über dem entsprechenden Wert in einer Großstadt (61.000 Euro).

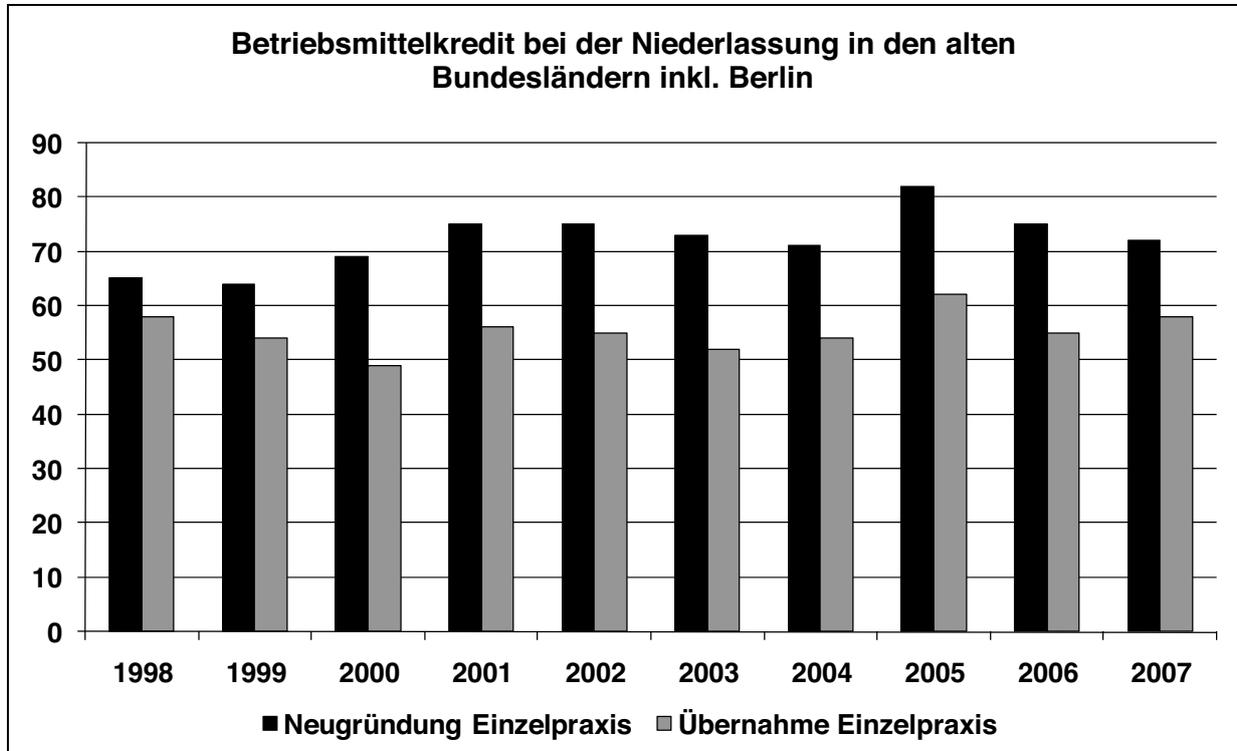


Abbildung 13

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2009

4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Im Jahr 2007 erhöhten sich die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung um 5.000 Euro auf 41.000 Euro. Die bei einer Praxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen im Jahr 2007 bei 16.000 Euro (vgl. Abb. 14). Die Differenz zwischen den beiden Praxisformen hinsichtlich der Bau- und Umbaukosten hat sich seit 1999 von 15.000 Euro auf 25.000 Euro erhöht.

Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Praxisneugründung in der Mittelstadt mit 65.000 Euro (2006: 40.000 Euro) zu Buche schlugen, betrug sie im ländlichen Bereich unverändert lediglich 29.000 Euro.

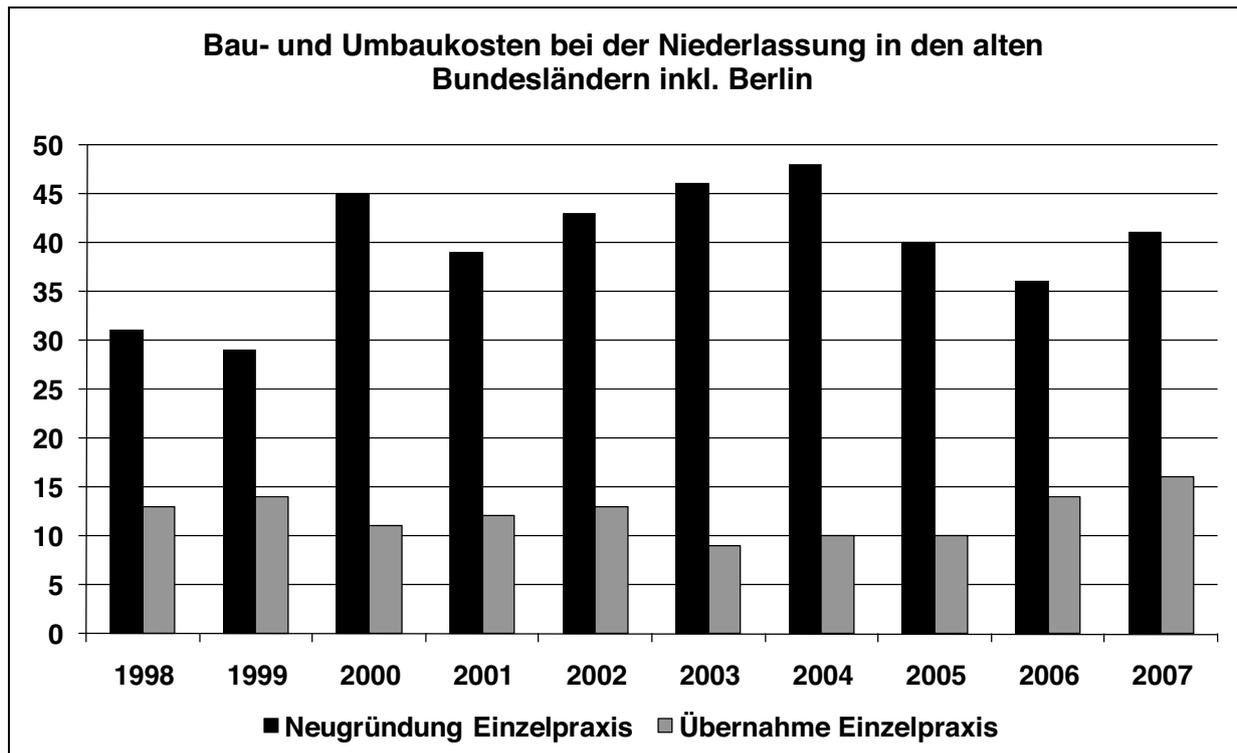


Abbildung 14

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2009

4.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme

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

Sowohl 1998 als auch 1999 verzeichnete der Substanzwert einen zweistelligen prozentualen Rückgang. Dieses deutliche Absinken des Substanzwertes dürfte in einem engen Zusammenhang mit der Einführung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte stehen. Die daraus resultierende Zunahme zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen führte dazu, dass die Preise für die übernommenen Geräte und Ausstattung nachgaben. In der Folge verringerte sich das Verhältnis von Substanzwert zu Neuanschaffungen von 2 zu 1 im Jahr 1996 auf 0,7 zu 1 im Jahr 2007. Die rückläufige Entwicklung beim Substanzwert der übernommenen Praxen innerhalb dieses Zeitraums wurde im Jahr 2000 gestoppt; im Zeitraum von 2002 bis 2004 sank der Substanzwert

allerdings erneut, um im Jahr 2005 wieder um 5 % auf 62.000 Euro anzusteigen. Im Jahr 2006 nahm der Substanzwert wiederum deutlich um 24 % ab und lag mit einem Durchschnittsbetrag von 47.000 Euro erstmalig unter dem für Neuanschaffungen aufgewendeten Investitionsvolumen. Im Jahr 2007 gab der Substanzwert erneut um weitere 13 % nach und liegt aktuell bei 41.000 Euro (vgl. Abb. 15).

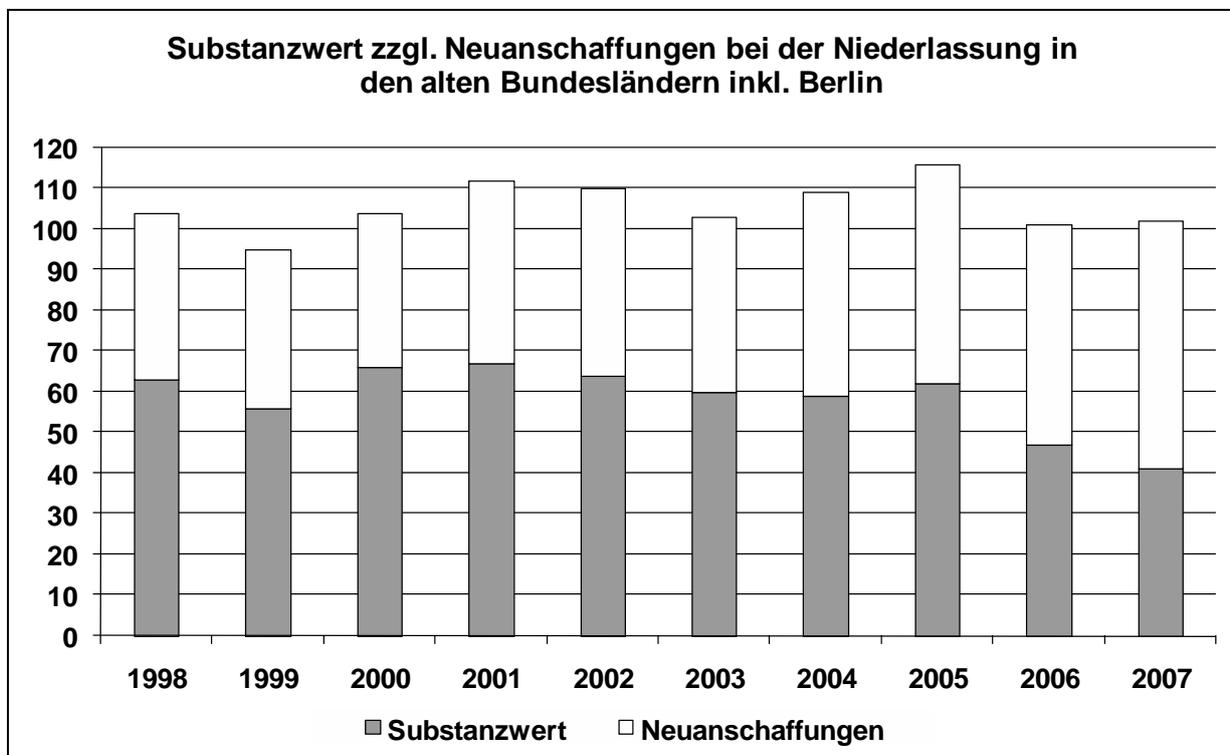


Abbildung 15

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2009

Die Ausgaben für den *Substanzwert* und die *Neuanschaffungen* haben sich in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich entwickelt. In der Altersgruppe der über 40-jährigen Zahnärzte sank der Substanzwert deutlich um 31 % auf 36.000 Euro. Die jüngeren Existenzgründer zahlten hingegen im Schnitt 48.000 Euro und damit 20 % mehr für den Substanzwert als noch im Vorjahr. Auch die Ausgaben für Neuanschaffungen stiegen im Jahr 2007 bei dieser Altersgruppe um 29 % auf 72.000 Euro.

Eine nach Verstärkerungsgrad differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt ebenfalls ein unterschiedliches Entwicklungsmuster. Gegenüber dem Vorjahr fiel der Substanzwert in allen Praxislagen, teilweise deutlich wie im großstädtischen Bereich (-24 %), teilweise marginal wie im kleinstädtischen Umfeld (-3 %). In *ländlichen Lagen* war mit rund 43.000 Euro der höchste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden. Bei den Ausgaben für Neuanschaffungen zeigte sich eine gegenläufige Entwicklung. Während die Ausgaben für Neuanschaffungen in ländlichen Lagen um 22 % anzogen, wurde in kleinstädtischen Praxislagen etwa 4 % weniger für die Praxisausstattung ausgegeben als im Vorjahr.

Im tatsächlich gezahlten Goodwill spiegelt sich die *subjektive Erwartung des übernehmenden Zahnarztes* an die zukünftige Ertragslage der Praxis wider. Die Erwartungsbildung wird durch die Entwicklung der letztjährigen nominalen Einnahmenüberschüsse (vgl. KZBV, 2008b) und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die aufgrund empirischer Beobachtungen formulierte Aussage (vgl. Kaufhold, 1996), dass die Entwicklung des Goodwill der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse mit einer einjährigen Verzögerung folgt, wird durch die Zahlen im Zeitraum zwischen 1997 und 2006 weitgehend bestätigt (vgl. Abb. 16).

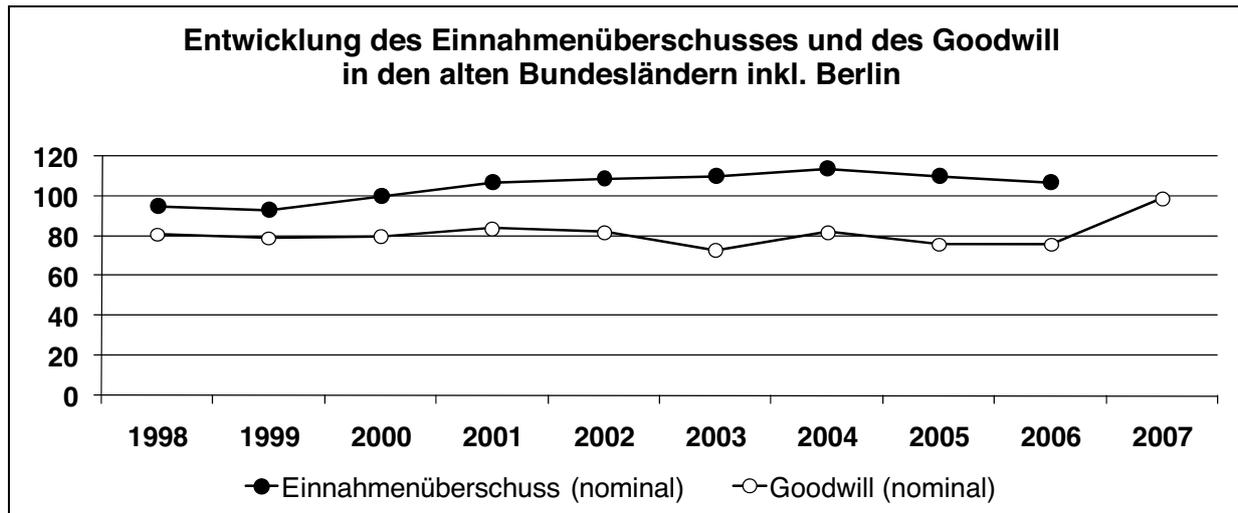


Abbildung 16

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2009

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

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill steigt. Das Verhältnis zwischen *Goodwill und Vorjahresumsatz*¹ liegt in 29 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 12 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20, in 13 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40 und in 15 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,41 und 0,50. Im Schnitt wurden im Jahr 2007 etwa 37 % vom Vorjahresumsatz für den Goodwill aufgewendet. Mit dieser empirischen Beobachtung konnte erstmals die Faustregel, dass bei einer Praxisübernahme der Goodwill etwa ein Viertel des Vorjahresumsatzes ausmacht, nicht bestätigt werden.

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

Trotz eines über alle Praxen hinweg erkennbaren Umsatzrückganges in einer Größenordnung von knapp 3 % (vgl. KZBV, 2008b) stieg der durchschnittlich gezahlte Goodwill im Jahr 2007 um 23.000 Euro bzw. 30 %. Es bleibt abzuwarten, ob sich die hierin geäußerten verbesserten Umsatzerwartungen der Praxiserwerber in den kommenden Jahren bestätigen oder mittelfristig wieder ein Absinken des Goodwills auf das Niveau der Vorjahre zu beobachten sein wird.

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

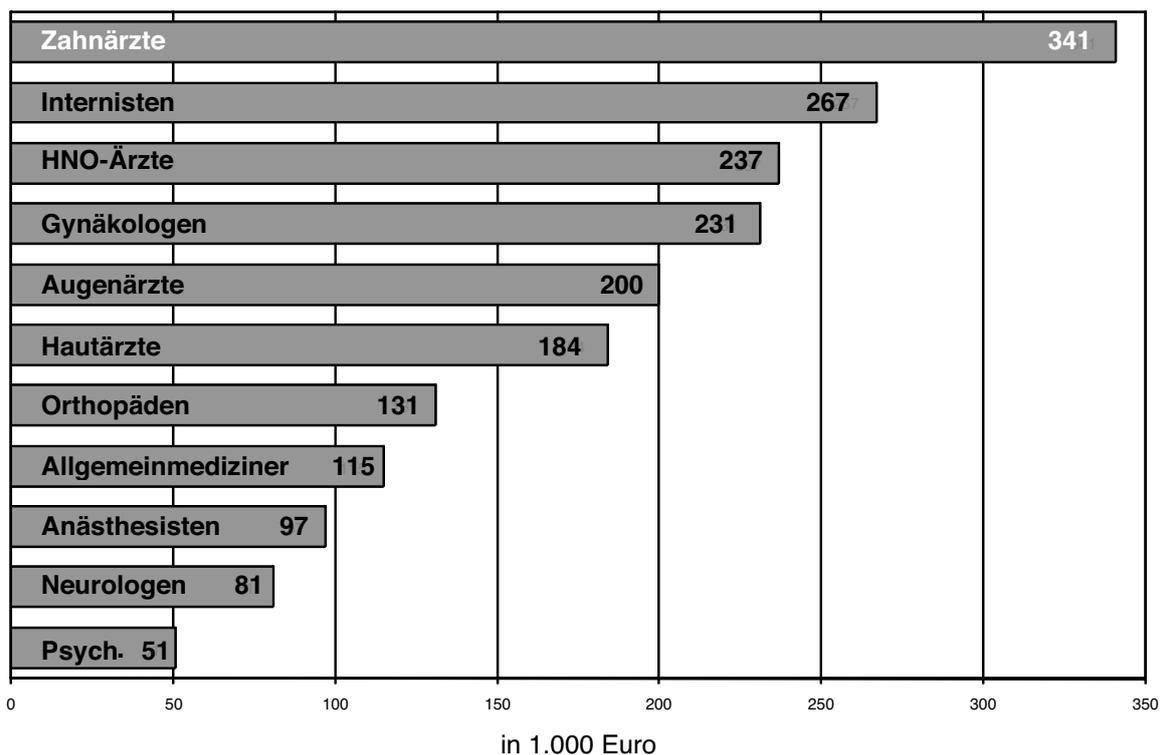
Der arztgruppenbezogene Vergleich der für eine Praxisneugründung aufzubringenden Finanzmittel in den Jahren 2006/2007 zeigt, dass *das zahnärztliche Investitionsvolumen wie schon in den Vorjahren von keiner anderen Arztgruppe übertroffen wird* (vgl. Abb. 17). Nach einer längeren Wachstumsphase, die von 1998 bis 2005 dauerte, kam es im Zweijahreszeitraum 2005/2006 erstmals zu einem Rückgang des Gesamtfinanzierungsvolumens zahnärztlicher Einzelpraxisneugründungen um 2 % gegenüber dem Vorjahr (vgl. Klingenberger und Schwarte, 2006). Im Zweijahreszeitraum 2006/2007 setzte sich der kurzzeitig unterbrochene Wachstumstrend mit einem verhaltenen Zuwachs von knapp über 1 % weiter fort, so dass sich das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen aktuell auf 341.000 Euro beläuft. Allerdings repräsentieren die Einzelpraxisneugründungen inzwischen nur noch 15 % der zahnärztlichen Existenzgründungen in den alten Bundesländern (vgl. Abb. 1), während die „günstigeren“ Praxisformen im Zeitablauf an Bedeutung gewonnen haben. Für eine Einzelpraxisübernahme in den alten Bundesländern belief sich das Gesamtfinanzierungsvolumen im Zeitraum 2006/2007 auf durchschnittlich 262.000 Euro (+3 % gegenüber 2005/2006), während für den Eintritt in eine bzw. die Beteiligung an einer Gemeinschaftspraxis bzw. einer Berufsausübungsgemeinschaft im Schnitt 184.000 Euro (-14 % gegenüber 2005/2006) aufzuwenden waren.

Insgesamt zeigt sich im arztgruppenbezogenen Vergleich der Finanzierungsvolumina für eine Einzelpraxisneugründung, dass in den meisten Facharztgruppen ein deutlicher Anstieg der Gesamtfinanzierungsvolumina gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen war. Die höchsten Zuwächse waren bei den Gynäkologen mit einem Plus von 47 % zu beobachten, gefolgt von den Internisten mit +36 %. Lediglich bei den Orthopäden und den Augenärzten nahm das Gesamtfinanzierungsvolumen ab. Subsummiert man die Facharztgruppen unter „Ärzte“, so errechnet sich für diese Gesamtgruppe in 2006/2007 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von ca. 114.000 Euro, was einem Rückgang von 5 % gegenüber dem Zeitraum 2005/2006 entspricht.

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer nach wie vor bereit sind, auf einem sehr hohen Niveau zu investieren, vermittelt eine von IDZ/ZZQ durchgeführte Befragung bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte (vgl. Bergmann-Krauss, Micheelis und Walther, 2005), die auch *Aspekte der subjektiven Berufszufriedenheit* mit einschloss. Demnach scheinen Aspekte wie die „Selbstständigkeit/Freiberuflichkeit“, der „Kontakt mit Menschen“ und

die „Möglichkeit einen Heilberuf auszuüben“ dominante Eckpunkte eines positiven Berufserlebens zu sein. Als negative Aspekte stechen vor allem die „staatliche Reglementierung“ und der „Umfang der Verwaltungsarbeiten“ hervor. Trotz dieser Vielschichtigkeit im zahnärztlichen Berufserleben besteht aber eine unverändert positive Berufsrolleneinschätzung, die sich bei den niederlassungswilligen Zahnärzten offenbar auch in mutigen Investitionsentscheidungen niederschlägt.

Gesamtfinanzierungsvolumina bei der Neugründung einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern nach Arztgruppen 2006/2007



Quelle: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 2009

Abbildung 17

© IDZ/apoBank, 2009

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

4.2 Ostdeutschland

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können den Tabellen 4 und 5a/5b entnommen werden. Die empirisch-statistische Aussagekraft dieser Ergebnisse ist nach wie vor durch die im Vergleich zu Westdeutschland geringeren Besetzungszahlen eingeschränkt. Ab dem Jahr 2003 waren nur noch sehr wenige Einzelpraxisneugründungen zu verzeichnen, so dass aufgrund der geringen Fallzahlen auf eine statistische Auswertung verzichtet wurde. Dies ist umso bemerkenswerter, als Einzelpraxisneugründungen im Jahre 1999 anteilmäßig noch gleichauf mit den Einzelpraxisübernahmen lagen. Mittlerweile kommen in den neuen Bundesländern auf eine Einzelpraxisneugründung etwa 13 Einzelpraxisübernahmen.

Im Jahr 2007 entfielen 40 % des Finanzierungsvolumens (2006: 49 %) einer Einzelpraxisübernahme auf den *Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen*, etwa 38 % (2006: 27 %) auf den Goodwill, knapp 3 % (2006: 3 %) auf die *Bau- und Umbaukosten* und 19 % (2006: 21 %) auf den *Betriebsmittelkredit*. Der Vergleich mit der Finanzierungsstruktur in den alten Bundesländern macht deutlich, dass in den neuen Bundesländern ein um 3 Prozentpunkte höherer Anteil für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen und ein um 2 Prozentpunkte höherer Anteil für den Goodwill einkalkuliert werden muss.

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)	1998	1999	2000	2001	2002
med.-techn. Geräte und Einrichtung	140	145	118	137	150
+ Bau- und Umbaukosten	16	18	17	16	9
= Praxisinvestitionen	156	163	135	153	159
+ Betriebsmittelkredit	45	46	44	40	32
= Finanzierungsvolumen	201	209	179	193	191

Tabelle 4

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)	1998	1999	2000	2001	2002
Substanzwert	55	61	57	48	50
+ Neuanschaffungen	32	18	28	52	36
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	87	79	85	100	86
+ Goodwill	60	62	61	54	50
+ Bau- und Umbaukosten	5	1	4	4	3
= Praxisinvestitionen	152	142	150	158	139
+ Betriebsmittelkredit	41	37	37	37	35
= Finanzierungsvolumen	193	179	187	195	174

Tabelle 5a

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)	2003	2004	2005	2006	2007
Substanzwert	42	36	38	42	27
+ Neuanschaffungen	36	31	33	48	36
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	78	67	71	90	63
+ Goodwill	50	50	46	51	61
+ Bau- und Umbaukosten	2	5	7	5	4
= Praxisinvestitionen	130	122	124	146	128
+ Betriebsmittelkredit	35	37	38	39	31
= Finanzierungsvolumen	165	159	162	185	159

Tabelle 5b

Angaben in 1.000 Euro

4.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

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

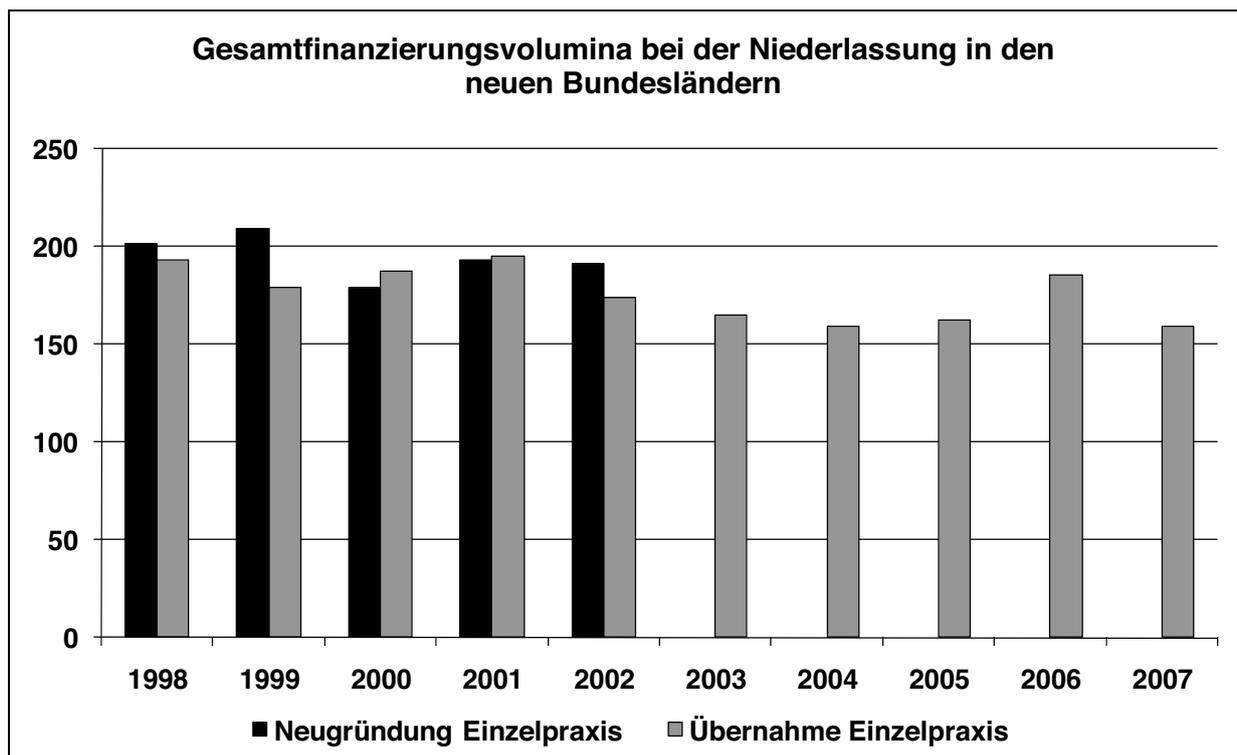


Abbildung 18

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2009

Eine *Einzelpraxisübernahme* in den neuen Bundesländern erforderte 2007 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 159.000 Euro, was einem Minus von 14 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Damit wurde in etwa das Finanzierungsniveau des Jahres 2004 wieder erreicht (vgl. Abb. 18). Da das für eine Einzelpraxisübernahme aufzuwendende Gesamtfinanzierungsvolumen in den alten Bundesländern im Jahr 2007

zugleich um 12 % gestiegen ist, fiel das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme um 17 Prozentpunkte auf 58 %.

5 Literaturverzeichnis

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

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

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 2006/2007 (unveröffentlichtes Material), Düsseldorf/Berlin 2009

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

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

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

Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der dritten Befragungswelle (AVE-Z-3). IDZ-Information 3/2008, Köln 2008

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

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Fachbereich Statistik: mündliche Auskunft, Köln 2008a

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2007. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2008b

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

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

