

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

15. September 2010

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2008 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

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 2008 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2008 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 48 % und in den neuen Bundesländern 65 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- In den alten Bundesländern wählten im Jahr 2008 insgesamt 38 % der zahnärztlichen Existenzgründer die **Berufsausübungsgemeinschaft** (Gemeinschaftspraxis). In den neuen Bundesländern entschieden sich 23 % für die Praxisform der Berufsausübungsgemeinschaft.
- Während in den alten Bundesländern 58 % der Existenzgründungen von Männern und 42 % von Frauen vorgenommen wurden, war die Geschlechterverteilung in den **neuen Bundesländern** nahezu ausgeglichen. Hier wurden 51 % der Existenzgründungen von Männern und 49 % von Frauen realisiert.
- Im Jahr 2008 betrug das **Finanzierungsvolumen für die Neugründung** einer westdeutschen Einzelpraxis 420.000 Euro und lag somit 14 % über dem Vorjahreswert. Innerhalb von nur zwei Jahren erhöhte sich das Finanzierungsvolumen von Einzelpraxisneugründungen somit etwa um ein Drittel. Besonders dynamisch entwickelte sich das Finanzierungsvolumen in mittelstädtischen Räumen. Hier stieg der durchschnittliche Betrag innerhalb eines Jahres um 24 % auf 490.000 Euro.
- Das **Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme** betrug 2008 wie schon im Vorjahr 275.000 Euro. Allerdings zeigten sich deutliche Veränderungen bezüglich der Finanzierungsstruktur. Während der Substanzwert um 22.000 Euro zulegte, sank der ideelle Wert („Goodwill“) um den gleichen Betrag.

Die Autoren des InvestMonitor Zahnarztpraxis 2008 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

Investments for setting up a dental practice in 2008 (investment monitor dental practice)

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 2008 the main results are as follows:

- **Buying an established solo practice** was the most frequent form of setting up a dental practice in 2008. In West-Germany 48% of the dentists decided to choose this way of self-employment, in East-Germany their number amounted to 65%.
- In West Germany in 2008 38% of the dentists setting up a dental practice chose a **practice partnership**. In East Germany a practice partnership was preferred by 23% of the dentists setting up a practice.
- Whereas in West Germany 58% of the dentists setting up a new practice were male and 42% were female, the distribution of genders in **East Germany** was almost balanced: 51% of the dentist setting up a new dental practice were men and 49% were women.
- In 2008 the **financing volume for starting a new solo practice** in West Germany was 420.000 Euro and hence surpassed the previous year's value by 14%. Thus within only two years the financing volume for starting a new solo practice increased by one-third. Especially dynamic was the development of the financing volume in areas of medium-sized cities: The average amount there even increased within one year by 24% to 490.000 Euro.
- The **financing volume for buying an established solo practice** remained unchanged in 2008 and amounted to 275.000 Euro as already in the previous year. However, there were major changes with respect to the financing structure: While the asset value increased by 22.000 Euro, the real value (good will) decreased by the same amount.

The authors of the investment monitor dental practice 2008 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 2008 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

David Klingenberg
Andrea Schwarte

Inhaltsverzeichnis

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	13
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	19
4.1.4	Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme	20
4.1.5	Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisübernahme in den alten Bundesländern	23
4.2	Ostdeutschland	23
4.2.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen	24
5	Schlussbemerkung.....	25
6	Literaturverzeichnis	26

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2008 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 2008 belief

sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 588, die sich im Verhältnis 9 zu 1 auf die alten und neuen Bundesländer aufteilten. Die *statistische Auswertung* wurde gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank unter Verwendung von SPSS 12.0 für Windows durchgeführt. Während sie für Westdeutschland (n = 532 Fälle) einen recht guten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung bietet, sind für Ostdeutschland (n = 56 Fälle) aufgrund der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle lediglich statistische 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. Während die Zahl der Berufsaufgaben im Jahr 1999 deutlich sank, erhöhte sich die Zahl der Niederlassungen weiter auf 2.500. *In den Jahren 2000 bis 2008 entwickelten sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen stark rückläufig.* Im Jahr 2008 entschieden sich 1.450 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2009). Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wur-

de 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 2007/2008 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 2007 (vgl. KZBV, 2009), 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 „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 2007 arbeiteten 19 % der niedergelassenen Zahnärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vgl. KZBV, 2009) —, 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 2004 bis 2008 jeweils zwischen 45 % 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. Klingenberger und Becker, 2004; 2007; 2008; 2010).

Die *Einzelpraxisneugründung* hat in den letzten Jahren kontinuierlich an Bedeutung eingebüßt. So fiel der Anteil der Einzelpraxisneugründungen seit 2004 um insgesamt 12 Prozentpunkte und erreichte im Jahr 2008 mit einem Anteil von 14 % einen historischen Tiefpunkt. Zeitgleich mit dem relativen Bedeutungsverlust der Einzelpraxisneugründung hat die *Gemeinschaftspraxis* seit 2004 anteilmäßig um 9 Prozentpunkte zugelegt. Im Jahr 2005 kletterte der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den alten Bundesländern auf 33 % und wurde damit erstmals doppelt so häufig als Praxisform gewählt wie die Einzelpraxisneugründung. Im Jahr 2008 lag der Anteil der nun als Berufsausübungsgemeinschaften bezeichneten Gemeinschaftspraxen wie schon im Vorjahr bei 38 %.

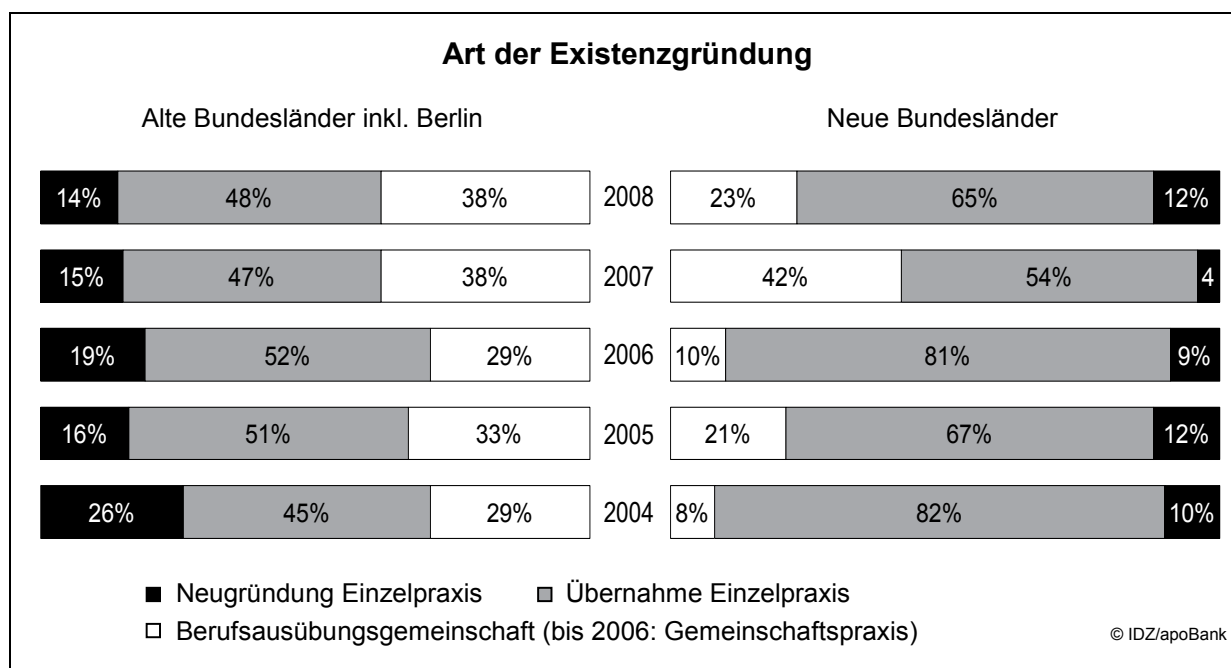


Abbildung 1

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 war allerdings wiederum ein deutlicher Rückgang des Anteils der Einzelpraxisübernahmen zu konstatieren, der auf die sprunghafte Zunahme des Anteils der Berufsausübungsgemeinschaften zurückgeführt werden konnte. Auch im Jahr 2008 wurden in den neuen Bundesländern mit einem Anteilswert von 65 % vergleichsweise häufiger *Einzelpraxisübernahmen* realisiert als in den alten Bundesländern.

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 2008 lag der Anteil mit 12 % um zwei Prozentpunkte unter dem Anteilswert in den alten Bundesländern.

Der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den neuen Bundesländern lag 2004 bis 2006 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 der nun als *Berufsausübungsgemeinschaften* bezeichneten Praxisform in den neuen Bundesländern allerdings sprunghaft von 10 % auf 42 % und lag damit erstmals über dem Anteilswert in den alten Bundesländern. Im Jahr 2008 fielen die Berufsausübungsgemeinschaften wieder auf einen Anteilswert von 23 % zurück und lagen damit 15 Prozentpunkte unter dem Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften in den alten Bundesländern.

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 20 % (2007: 18 %) gesunken. Der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte beträgt aktuell 65 % und liegt damit um 7 Prozentpunkte über dem Wert von 1995. Der Anteil der über 40-Jährigen stieg im Jahr 2008 um einen Prozentpunkt auf 15 % (vgl. Abb. 2).

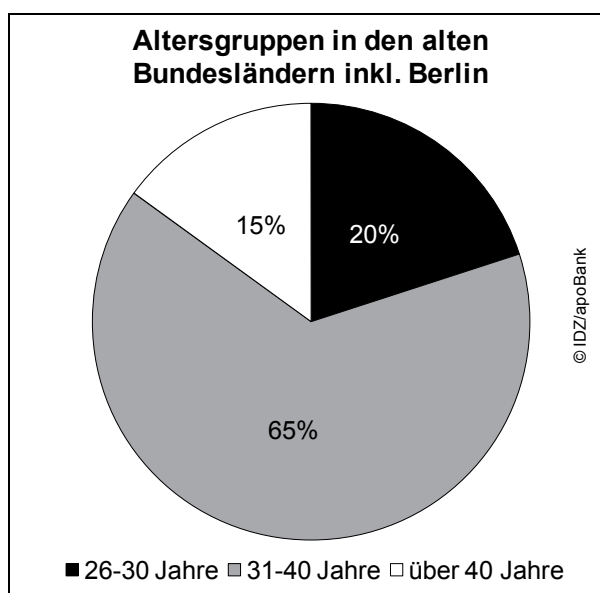


Abbildung 2

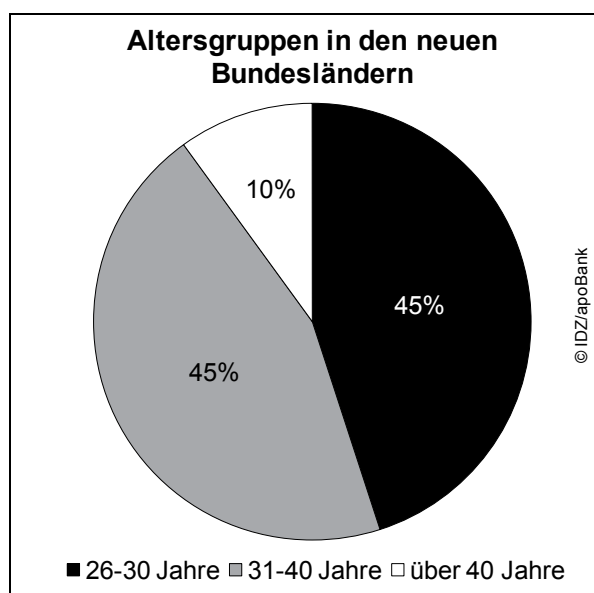


Abbildung 3

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 2008 deutlich verändert dar: 55 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern waren 31 Jahre oder älter (vgl. Abb. 3). Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der jüngeren Zahnärzte (unter 31 Jahren) im Jahr 2008 allerdings wieder deutlich gestiegen und mit einem Anteilswert von 45 % (2007: 37 %) genauso groß wie die Gruppe der 31- bis 40-Jährigen. Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung 35,1 Jahre; in Ostdeutschland lag das Durchschnittsalter bei 32,4 Jahren.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur sind mittlerweile weitgehend nivelliert. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 35 Jahre, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt 34,7 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 21 %, während diese Niederlassungsform in der Altersgruppe der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer bis 30 Jahre einen Anteilswert von 36 % 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.

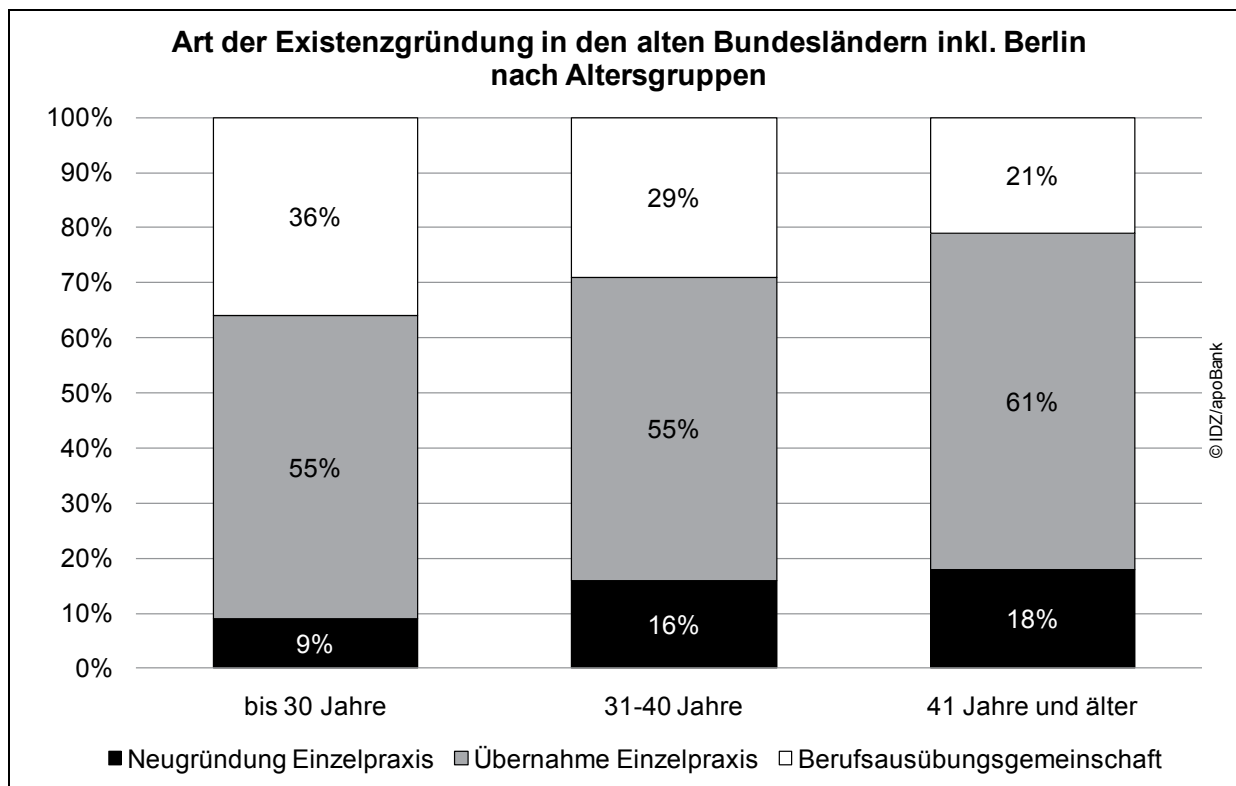


Abbildung 4

3.3 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“, die für das Jahr 2000 erstmals statistisch erfasst wurde, zeigt auch für das Jahr 2008 Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Im Gegensatz zu den *alten Bundesländern*, in denen 58 % der Existenzgründungen durch Männer und 42 % durch Frauen realisiert wurden (vgl. Abb. 5), war die Geschlechtsverteilung in den *neuen Bundesländern* nahezu ausgeglichen (vgl. Abb. 6). Hier betrug der Anteil der männlichen Existenzgründer 51 %, während der Anteil der weiblichen Existenzgründer bei 49 % lag.

Generell kann von einem Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes (vgl. Brecht, Meyer und Micheelis, 2009) ausgegangen werden. Hinter diesem Trend verbergen sich allerdings zeitweilig konvergierende Entwicklungen in den alten und den neuen Bundesländern. Während sich der Frauenanteil in den alten Bundesländern seit dem Jahre 2000 von 31 % auf nunmehr 42 % erhöhte, sank die generell höhere Frauenquote in den neuen Bundesländern von 69 % im Jahre 2000 auf nunmehr 49 %.

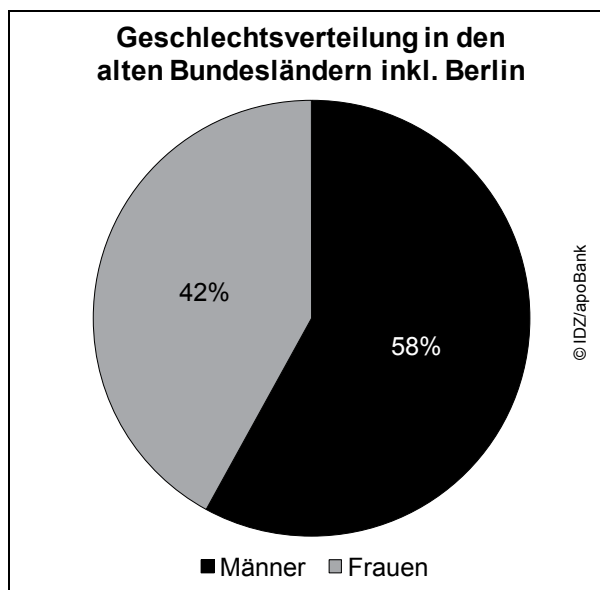


Abbildung 5

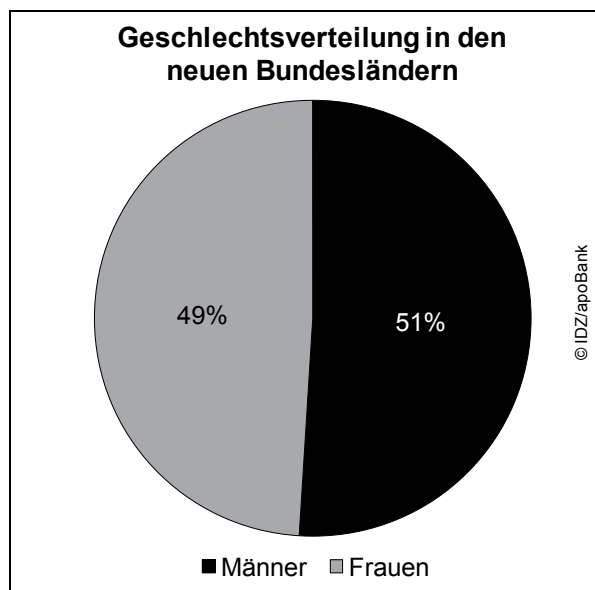


Abbildung 6

Wie Abbildung 7 zeigt, ist die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter die bevorzugte Niederlassungsform. Weibliche Existenzgründer präferierten gegenüber dem Vorjahr deutlich häufiger Einzelpraxisübernahmen (+15 Prozentpunkte), und auch bei den Männern wurde die Einzelpraxisübernahme häufiger als im Vorjahr (+5 Prozentpunkte) gewählt.

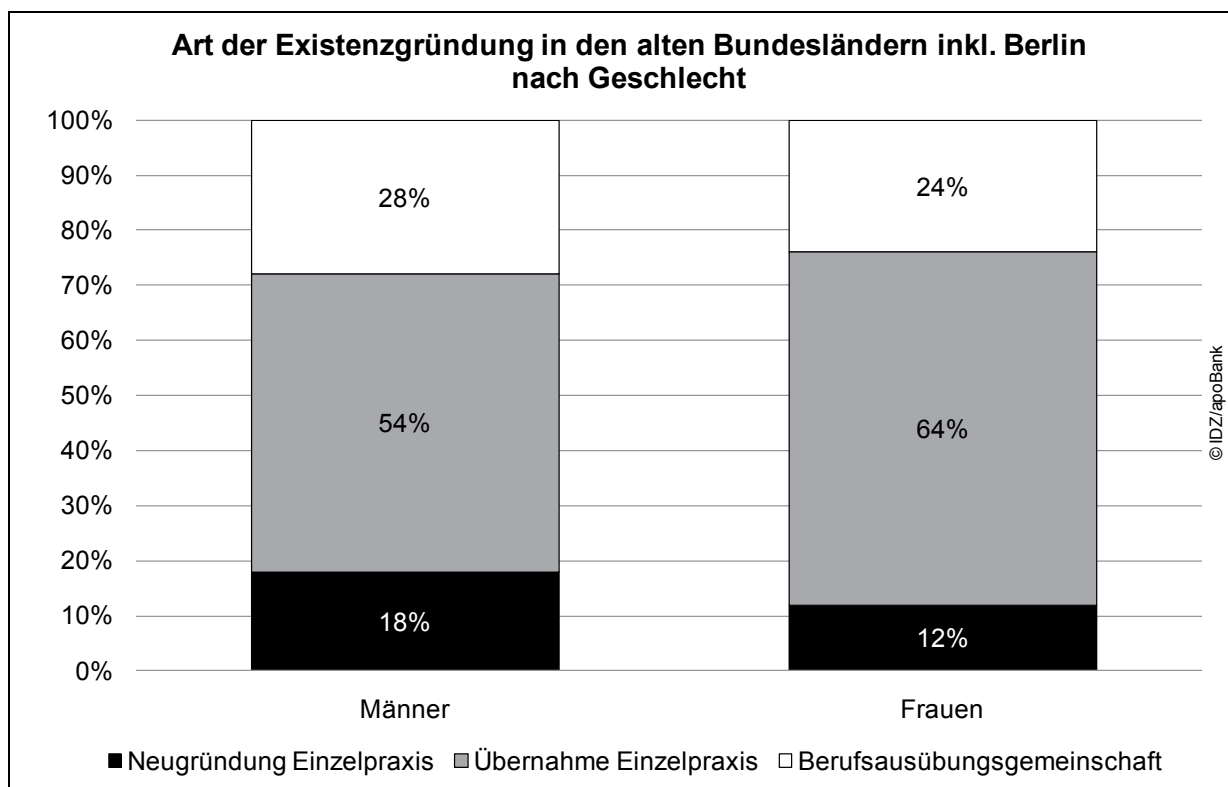


Abbildung 7

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	
Großstadt	500.000 und mehr Einwohner
Mittelstadt	100.000 bis unter 500.000 Einwohner
Kleinstadt	20.000 bis unter 100.000 Einwohner
Land	unter 20.000 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 zugeordnet wurden. Die Einteilung der Ortsgrößen, die seit 1998 Grundlage der Investitionsanalyse ist, wird in Tabelle 1 dargestellt.

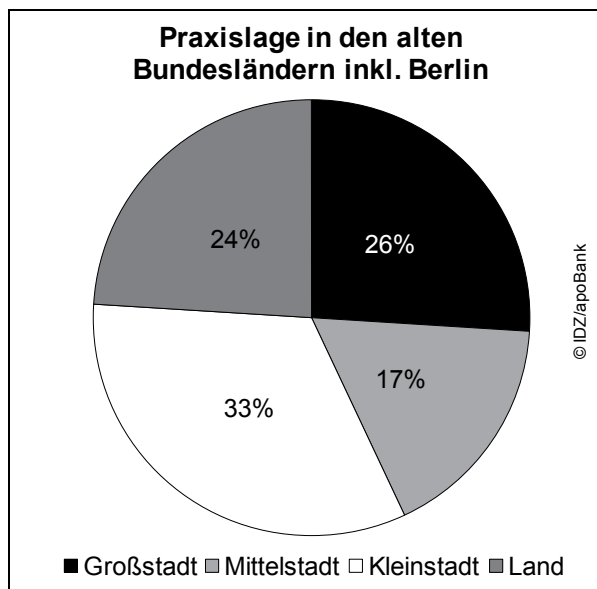


Abbildung 8

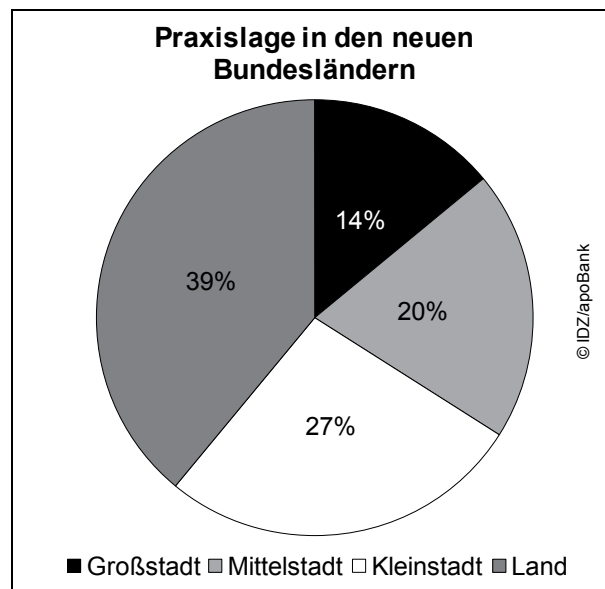


Abbildung 9

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründer auf die verschiedenen Ortsgrößen in *Westdeutschland* zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im großstädt-

tischen Bereich (26 %) im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozentpunkte gestiegen ist, während die Existenzgründungen in den Mittelstädten (17 %) anteilmäßig um 4 Prozentpunkte abgenommen haben (vgl. Abb. 8).

Für den Vorjahresvergleich in den *neuen Bundesländern* ist zu berücksichtigen, dass Dresden aufgrund der gestiegenen Einwohnerzahl erstmals der Rubrik „Großstadt“ zugerechnet wurde. Unter Berücksichtigung dieser Umgruppierung ist eine Zunahme der Existenzgründungen im groß- und mittelstädtischen Bereich um 5 Prozentpunkte zu verzeichnen. Demgegenüber verringerte sich der Anteil der Existenzgründungen im kleinstädtischen Umfeld gegenüber dem Vorjahr um 5 Prozentpunkte auf 27 % (vgl. Abb. 9).

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich eine Bevorzugung von Einzelpraxisübernahmen im ländlichen und mittelstädtischen Umfeld. Der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften hat in ländlichen und kleinstädtischen Lagen gegenüber dem Vorjahr um jeweils 5 Prozentpunkte zugenommen. Im mittel- sowie großstädtischen Umfeld nahm der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften hingegen um 6 bzw. 9 Prozentpunkte ab.

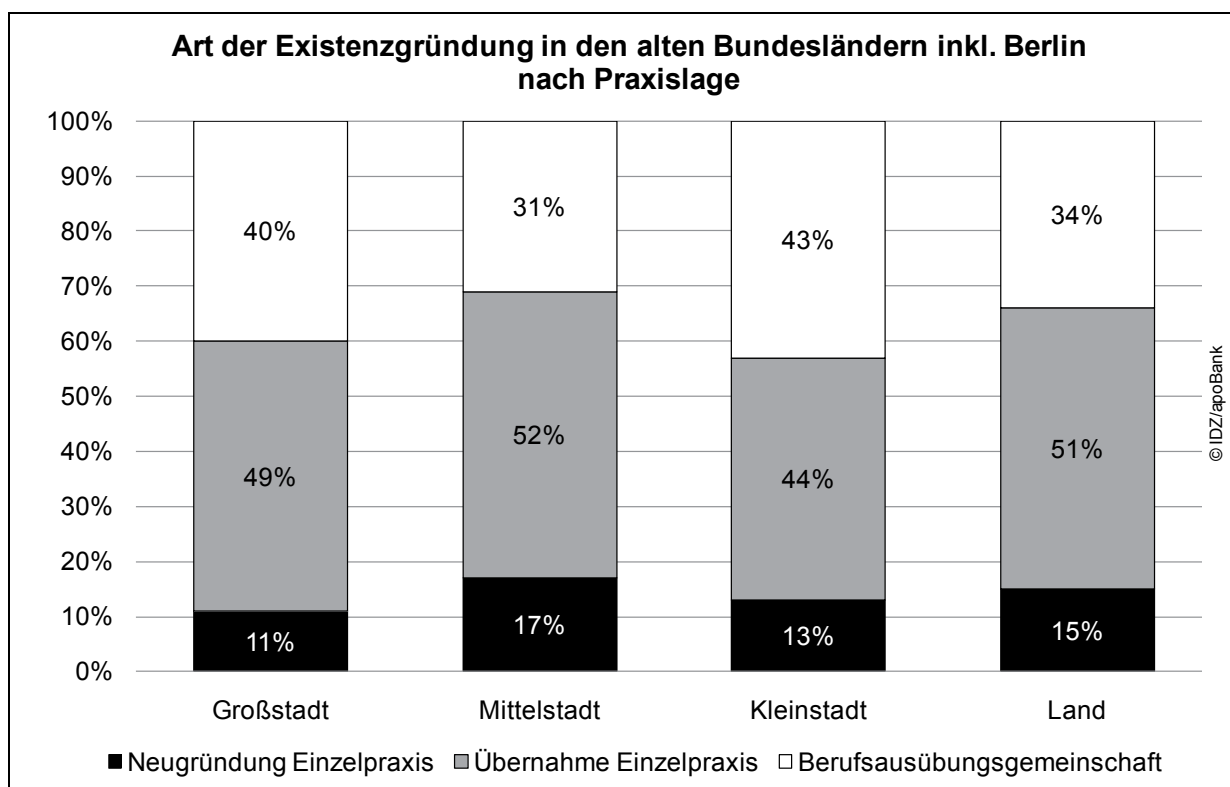


Abbildung 10

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“ ungefähre Größenordnungen darstellen.

4.1 Westdeutschland inkl. Berlin

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern errechneten Mittelwerte für die Jahre 1999 bis 2008 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

Im Jahr 2008 entfielen etwa 68 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 11 % auf die Bau- und Umbaukosten und 21 % auf den Betriebsmittelkredit. Nach einer längeren Phase einer stabilen Kostenverteilung war der für die medizinisch-technischen Geräte sowie die Einrichtung veranschlagte Kostenanteil im Jahr 2007 um 4 Prozentpunkte gestiegen. Diese Strukturverschiebung blieb im Jahr 2008 erhalten.

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)			1999	2000	2001	2002	2003
	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	in 1.000 Euro	184	196	208	209	210
+	Bau- und Umbaukosten		29	45	39	43	46
=	Praxisinvestitionen		213	241	247	252	256
+	Betriebsmittelkredit		64	69	75	75	73
=	Finanzierungsvolumen		277	310	322	327	329

Tabelle 2a

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)			2004	2005	2006	2007	2008
	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	in 1.000 Euro	216	233	205	255	286
+	Bau- und Umbaukosten		48	40	36	41	48
=	Praxisinvestitionen		264	273	241	296	334
+	Betriebsmittelkredit		71	82	75	72	86
=	Finanzierungsvolumen		335	355	316	368	420

Tabelle 2b

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)			1999	2000	2001	2002	2003
	Substanzwert	in 1.000 Euro	56	66	67	64	60
+	Neuanschaffungen		39	38	45	46	43
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		95	104	112	110	103
+	Goodwill		79	80	84	82	73
+	Bau- und Umbaukosten		14	11	12	13	9
=	Praxisinvestitionen		188	195	208	205	185
+	Betriebsmittelkredit		54	49	56	55	52
=	Finanzierungsvolumen		242	244	264	260	237

Tabelle 3a

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)			2004	2005	2006	2007	2008
	Substanzwert	in 1.000 Euro	59	62	47	41	63
+	Neuanschaffungen		50	54	54	61	61
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		109	116	101	102	124
+	Goodwill		82	76	76	99	77
+	Bau- und Umbaukosten		10	10	14	16	14
=	Praxisinvestitionen		201	202	191	217	215
+	Betriebsmittelkredit		54	62	55	58	60
=	Finanzierungsvolumen		255	264	246	275	275

Tabelle 3b

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 2008 durchschnittlich 45 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 28 % für den Goodwill, 5 % für die Bau- und Umbaukosten und 22 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Gegenüber dem Vorjahr stieg der für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen veranschlagte Kostenanteil um 8 Prozentpunkte, während der Goodwill in gleicher Größenordnung nachgab. Die hohen Goodwillbeträge des Vorjahres erwiesen sich somit als eine lediglich kurzfristige Abweichung von einem ansonsten recht stabilen Trend.

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 Inkrafttreten 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 Jahr 2008 stieg das Finanzierungsvolumen nochmals kräftig um 14 % auf nunmehr 420.000 Euro.

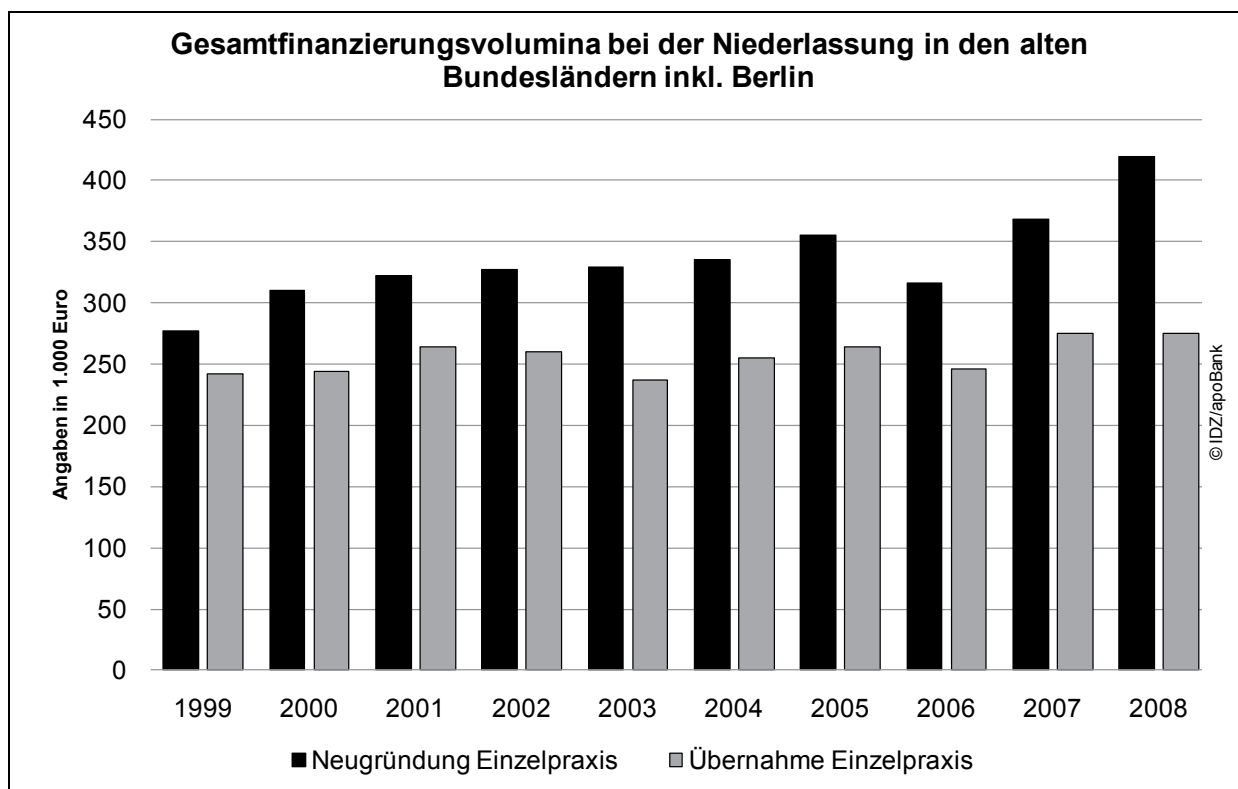


Abbildung 11

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. Der im Jahr 2004 zu verzeichnende neuerliche Anstieg des durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumens um 8 % auf nunmehr 255.000 Euro verdeutlicht, dass der „Markt“ für Praxis-

übernahmen 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 beruhte weitgehend auf einem isolierten Anstieg des Goodwills. Im Jahr 2008 verharrte das durchschnittliche Finanzierungsvolumen trotz eines Rückgangs des Goodwill bei diesem Wert.

Da das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen bei einer Einzelpraxisneugründung anstieg, während das Finanzierungsvolumen der Einzelpraxisübernahmen stagnierte, erhöhte sich die Differenz zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme im Jahr 2008 um 52.000 Euro. Aktuell beträgt die Differenz 145.000 Euro (vgl. Abb. 12).

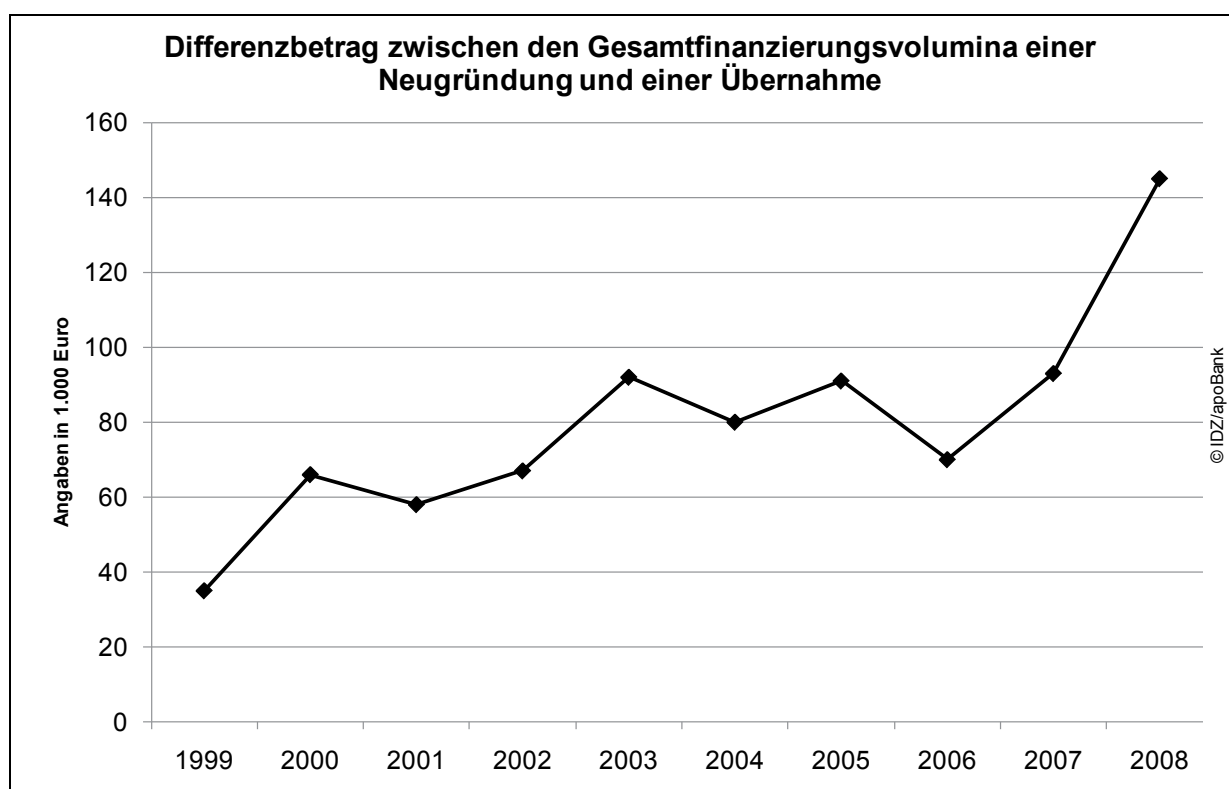


Abbildung 12

Eine nach Alter differenzierte Betrachtung zeigt, dass die jüngste Altersgruppe (bis 30 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 453.000 Euro (2007: 357.000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierte. Auch bei den Einzelpraxisübernahmen tätigten die jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) wie schon im Vorjahr die vergleichsweise höchsten Investitionen. Mit einem

durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 290.000 Euro sank das finanzielle Engagement dieser Altersgruppe bei einer Einzelpraxisübernahme allerdings gegenüber dem Jahr 2007 um 13.000 Euro. Die älteren Zahnärzte (41 Jahre und älter) ließen wie im Vorjahr bei der Finanzierung von Einzelpraxisübernahmen deutliche Zurückhaltung erkennen; hier lag das Gesamtfinanzierungsvolumen bei 234.000 Euro (2007: 210.000 Euro). Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bezüglich des jeweiligen Finanzierungsvolumens haben sich im Jahr 2008 insgesamt verkleinert.

Die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* im Hinblick auf das Investitionsvolumen blieben im Jahr 2008 erhalten. In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 464.000 Euro (+11 %) bzw. 295.000 Euro (+1 %). Die Investitionsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung entwickelten sich im gleichen Zeitraum mit einem Zuwachs um 11 % auf 350.000 Euro ebenso dynamisch. Bei der Einzelpraxisübernahme stiegen die Investitionsvolumina der weiblichen Existenzgründer um 1 % auf 253.000 Euro.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte die *Einzelpraxisneugründung* in einer Mittelstadt im Jahr 2008 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 490.000 Euro lag das Finanzierungsvolumen etwa 24 % über dem Vorjahreswert. Im Jahr 2006 waren für eine Einzelpraxisneugründung im mittelstädtischen Umfeld noch durchschnittlich 339.000 Euro zu veranschlagen. Auch in den anderen Lagen war eine dynamische Entwicklung zu verzeichnen; so stieg das Finanzierungsvolumen im großstädtischen Bereich um 17 % auf 378.000 Euro. Für Standorte in Kleinstädten und auf dem Land wurden um 11 % bzw. 12 % höhere Finanzierungsbeträge gegenüber dem Vorjahr nachgefragt.

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* war das höchste Finanzierungsvolumen wie schon im Vorjahr im kleinstädtischen Bereich aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme mit 308.000 Euro zu Buche (2007: 306.000 Euro). In Mittelstädten waren Einzelpraxisübernahmen mit durchschnittlich 265.000 Euro knapp 2 % teurer als im Vorjahr, im ländlichen Umfeld kletterte das Finanzierungsvolumen um 4 % auf 279.000 Euro. Lediglich in großstädtischen Lagen sank der durchschnittliche Finanzierungsbetrag erneut um etwa 5 % auf 247.000 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* im Zeitraum von 2001 bis 2004 mit

einem Wert zwischen 71.000 und 75.000 Euro stabilisiert hatte, kletterte der Betriebsmittelkredit im Jahr 2005 um 15 % auf 82.000 Euro, um in den beiden darauffolgenden Jahren wieder auf das Niveau des Zeitraums 2001 bis 2004 zurückzufallen. Im Jahr 2008 betrug der Betriebsmittelkredit 86.000 Euro und erreichte mit einem kräftigen Zuwachs um 19 % seine historische Höchstmarke. Der im Rahmen einer *Praxisübernahme* gewährte Betriebsmittelkredit stieg im Jahr 2008 um 2.000 Euro auf nunmehr 60.000 Euro, lag damit aber immer noch unter dem Stand des Jahres 2005 (vgl. Abb. 13).

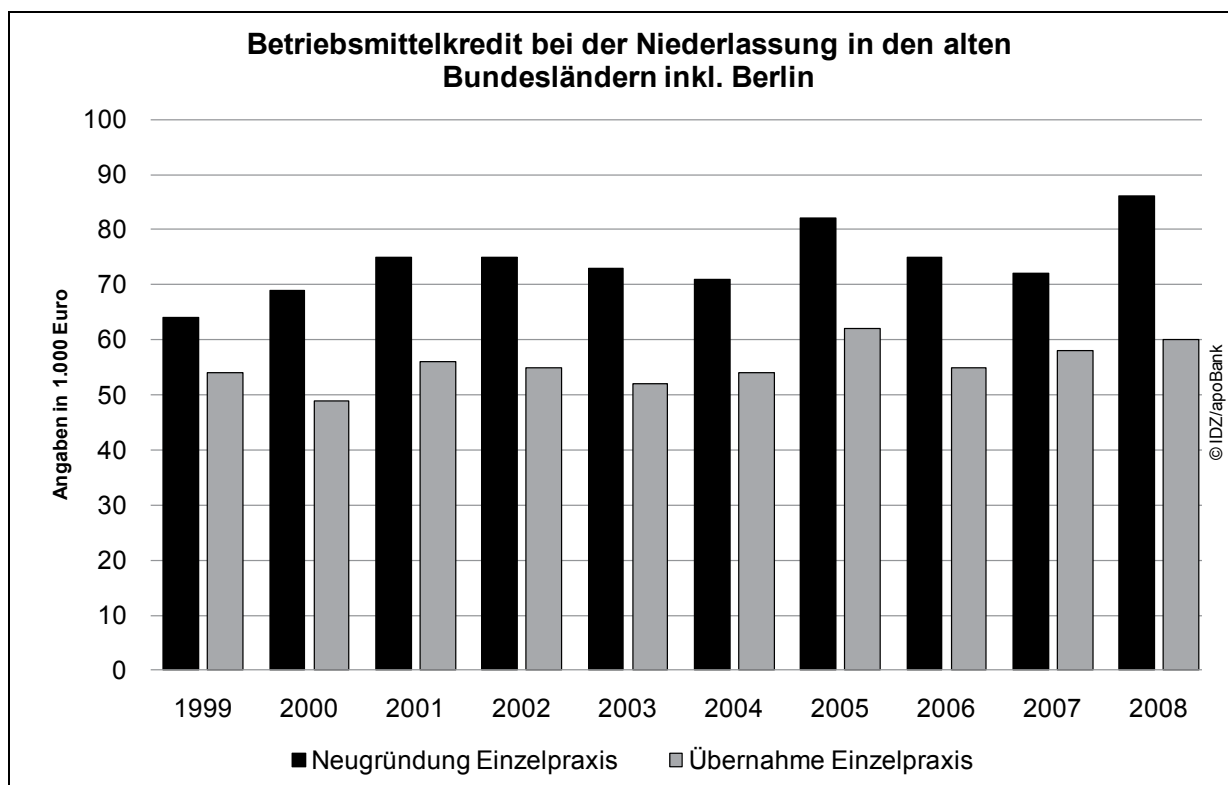


Abbildung 13

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die Gruppe der über 40-jährigen Zahnärzte im Jahr 2008 mit einem durchschnittlichen Betriebsmittelkredit von 120.000 Euro die höchsten Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten einer Einzelpraxisneugründung nachgefragt hat. Im Vorjahr hatte der Betriebsmittelkredit in dieser Altersgruppe noch 68.000 Euro betragen. Bei einer Praxisübernahme wurde in dieser Altersgruppe wie im Vorjahr lediglich ein Betriebsmittelkredit von 51.000 Euro benötigt.

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites haben die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* leicht zugenommen. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit 92.000 Euro einen um 15.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen. Auch bei einer Einzelpraxisübernahme lag der Betriebs-

mittelkredit der männlichen Existenzgründer mit 64.000 Euro um 8.000 Euro über dem entsprechenden Betrag der Frauen.

Bei der Existenzgründung beeinflusst neben dem Alter und dem Geschlecht des Zahnarztes auch der *Praxisstandort* die Höhe des Betriebsmittelkredits. So lag der Betriebsmittelkredit bei einer Einzelpraxisneugründung in der Mittelstadt mit 112.000 Euro deutlich über dem entsprechenden Wert in einer Großstadt (67.000 Euro).

4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Im Jahr 2008 erhöhten sich die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung um 7.000 Euro auf 48.000 Euro. Die bei einer Praxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen im Jahr 2008 bei 14.000 Euro (vgl. Abb. 14). Die Differenz zwischen den beiden Praxisformen hinsichtlich der Bau- und Umbaukosten hat sich seit 1999 von 15.000 Euro auf 34.000 Euro erhöht.

Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Einzelpraxisneugründung in der Mittelstadt mit 77.000 Euro (2007: 65.000 Euro) zu Buche schlugen, betragen sie im kleinstädtischen Bereich lediglich 32.000 Euro (2007: 46.000 Euro).

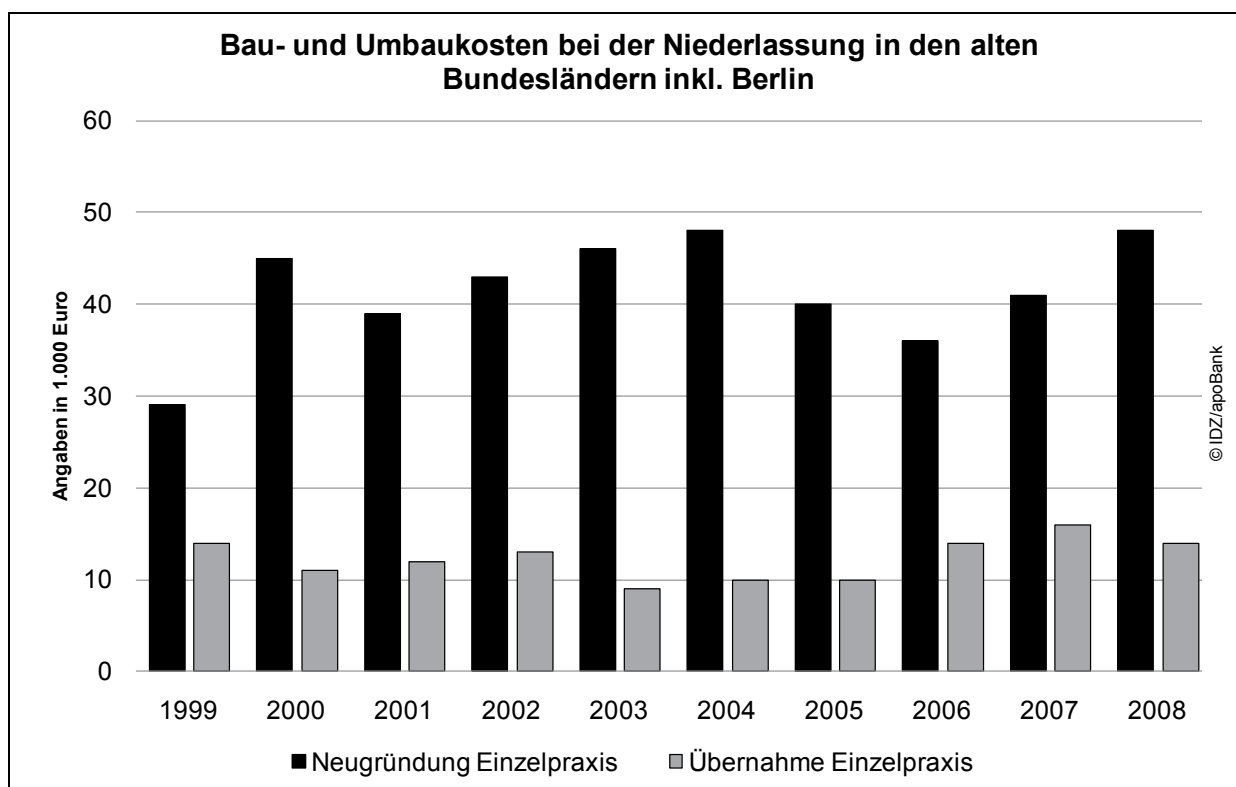


Abbildung 14

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 halbierte sich das Verhältnis von Substanzwert zu Neuanschaffungen von 2 zu 1 im Jahr 1996 auf 1 zu 1 im Jahr 2008. 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 % und im Jahr 2007 um weitere 13 % ab und lag seither unter dem für Neuanschaffungen aufgewendeten Investitionsvolumen. Im Jahr 2008 stieg der Substanzwert deutlich um 22.000 Euro auf nunmehr 63.000 Euro. Damit wurde ungefähr das Niveau des Jahres 2005 wieder erreicht (vgl. Abb. 15).

Die Ausgaben für den *Substanzwert* und die *Neuanschaffungen* sind über alle Altersgruppen hinweg gestiegen, am deutlichsten in der Altersgruppe der über 40-jährigen Zahnärzte mit einer Zuwachsrate von 27 % auf nunmehr 112.000 Euro. Die jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) wendeten im Schnitt mit 141.000 Euro (2007: 120.000 Euro) den höchsten Betrag für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen auf.

Eine nach *Verstädterungsgrad* differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt ein ähnliches Entwicklungsmuster. Gegenüber dem Vorjahr stieg der Substanzwert in allen Praxislagen, am stärksten im mittelstädtischen Bereich. In kleinstädtischen Lagen war mit rund 74.000 Euro der höchste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden. Bei den Ausgaben für Neuanschaffungen zeigte sich teilweise eine gegenläufige Entwicklung. Während die Ausgaben für Neu-

schaffungen in ländlichen Lagen um 5 % anziehen, wurde in großstädtischen Praxislagen 15 % weniger für die Praxisausstattung ausgegeben als im Vorjahr.

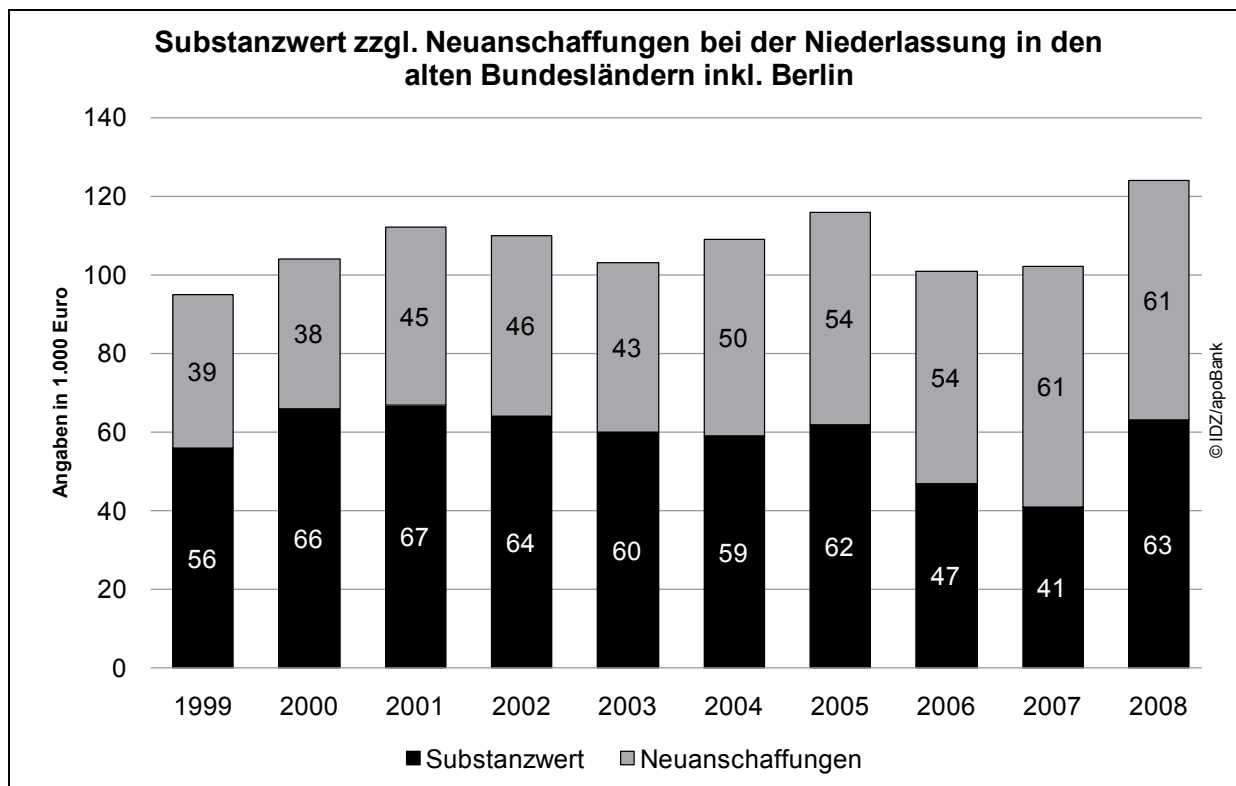


Abbildung 15

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, 2009) 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 1999 und 2008 weitgehend bestätigt (vgl. Abb. 16).

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

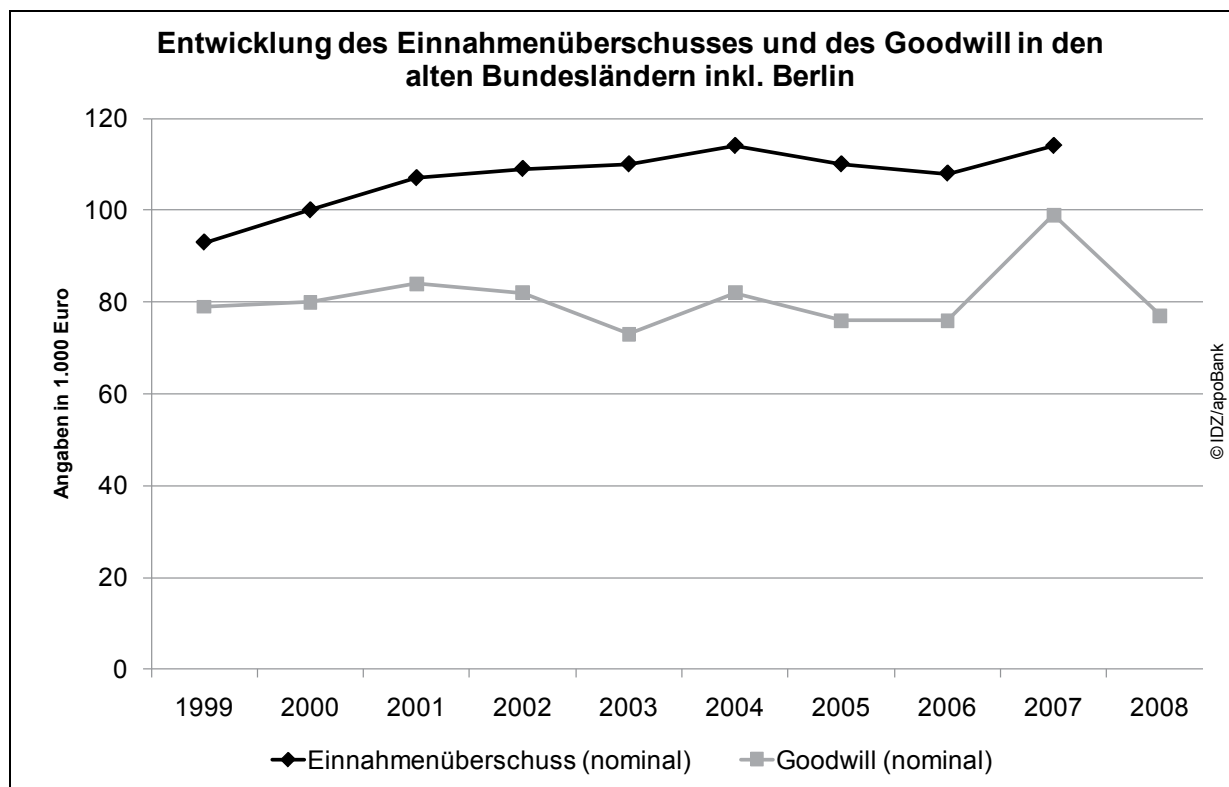


Abbildung 16

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill zunimmt. Das Verhältnis zwischen *Goodwill* und *Vorjahresumsatz*¹ liegt in 32 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 29 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20, in 13 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40 und in 6 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,41 und 0,50. Im Schnitt wurden im Jahr 2008 etwa 30 % vom Vorjahresumsatz (2007: 37 %) für den Goodwill aufgewendet. Bei einer Praxisübernahme macht damit der Goodwill etwa ein Drittel des Vorjahresumsatzes aus. Bis zum Jahre 2006 galt noch die Faustformel, dass der ideelle Wert einer übernommenen Praxis ungefähr einem Viertel des Vorjahresumsatzes entspricht.

Trotz eines über alle Praxen hinweg erkennbaren Umsatzplus in einer Größenordnung von knapp 3 % (vgl. KZBV, 2009) sank der durchschnittlich gezahlte Goodwill im Jahr 2008 um 22.000 Euro bzw. 22 % auf 77.000 Euro. Im Vorjahr hatte der Goodwill noch kräftig um 30 % angezogen.

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

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

Im Rahmen der Investitionsanalyse wurde in der Vergangenheit immer auch ein Vergleich der zahnärztlichen Finanzierungsvolumina von Einzelpraxisneugründungen mit den Finanzierungsvolumina anderer Facharztgruppen vorgenommen (vgl. Klingenberger und Schwarte, 2009, S. 22/23). Die Daten, die zum Vergleich herangezogen wurden, stammten jeweils aus den Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), das hier ebenfalls auf den Datenbestand der Deutschen Apotheker- und Ärztebank zurückgreifen konnte.

Wir haben uns entschlossen, auf einen solchen Vergleich künftig zu verzichten. Die fortschreitende Ausdifferenzierung der modernen Medizin hat zur Folge, dass die Anzahl der fachärztlichen Schwerpunkte in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Zugleich haben neue Praxisformen wie die Berufsausübungsgemeinschaften und die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine wachsende Bedeutung erlangt. Die fachärztliche Landschaft ist somit bunter und vielfältiger geworden. Konsequenz dieser Entwicklungen ist aber auch, dass die Fallzahlen für die Einzelpraxisneugründungen der jeweiligen Facharztgruppen in den letzten Jahren sukzessive gesunken sind und somit mittlerweile keine gesicherte statistische Grundlage für einen arztgruppenspezifischen Vergleich der Finanzierungsvolumina mehr bieten.

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, sodass aufgrund der geringen Fallzahlen auf eine statistische Auswertung verzichtet werden musste. 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 5 Einzelpraxisübernahmen.

Im Jahr 2008 entfielen 42 % des Finanzierungsvolumens (2007: 40 %) einer Einzelpraxisübernahme auf den *Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen*, etwa 33 % (2007: 38 %) auf den Goodwill, unverändert knapp 3 % auf die *Bau- und Umbaukosten* und 22 % (2007: 19 %) auf den *Betriebsmittelkredit*.

Der Vergleich mit der Finanzierungsstruktur in den alten Bundesländern macht deutlich, dass in den neuen Bundesländern ein um 3 Prozentpunkte niedrigerer Anteil für

den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen und ein um 5 Prozentpunkte höherer Anteil für den Goodwill einkalkuliert werden muss.

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)			1998	1999	2000	2001	2002
	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	in 1.000 Euro	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

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)			1999	2000	2001	2002	2003
	Substanzwert	in 1.000 Euro	61	57	48	50	42
+	Neuanschaffungen		18	28	52	36	36
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		79	85	100	86	78
+	Goodwill		62	61	54	50	50
+	Bau- und Umbaukosten		1	4	4	3	2
=	Praxisinvestitionen		142	150	158	139	130
+	Betriebsmittelkredit		37	37	37	35	35
=	Finanzierungsvolumen		179	187	195	174	165

Tabelle 5a

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)			2004	2005	2006	2007	2008
	Substanzwert	in 1.000 Euro	36	38	42	27	43
+	Neuanschaffungen		31	33	48	36	29
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		67	71	90	63	72
+	Goodwill		50	46	51	61	57
+	Bau- und Umbaukosten		5	7	5	4	4
=	Praxisinvestitionen		122	124	146	128	133
+	Betriebsmittelkredit		37	38	39	31	38
=	Finanzierungsvolumen		159	162	185	159	171

Tabelle 5b

4.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

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

Eine *Einzelpraxisübernahme* in den neuen Bundesländern erforderte 2008 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 171.000 Euro, was einem Plus von 8 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Damit wurde in etwa das Finanzierungsniveau des Jahres

2002 wieder erreicht (vgl. Abb. 17). Da das für eine Einzelpraxisübernahme aufzuwendende Gesamtfinanzierungsvolumen in den alten Bundesländern im Jahr 2008 konstant geblieben ist, stieg das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme um 4 Prozentpunkte auf 62 %.

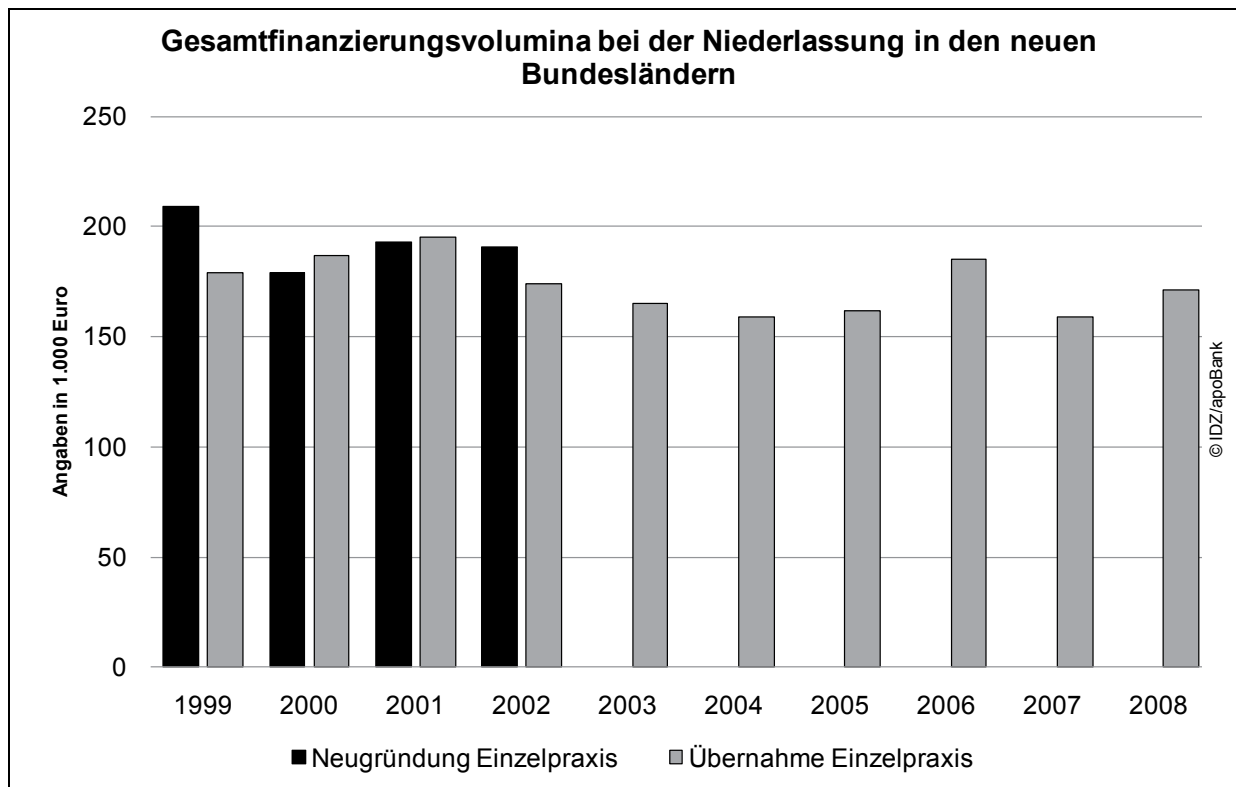


Abbildung 17

5 Schlussbemerkung

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer nach wie vor bereit sind, auf einem hohen Niveau zu investieren, vermitteln zwei von IDZ/ZZQ durchgeführte Befragungen bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte (vgl. Bergmann-Krauss, Micheelis und Walther, 2005; Micheelis, Bergmann-Krauss und Reich, 2010), 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.

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).

6 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., Micheelis, W.: Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030. Überprüfung und Erweiterung des Prognosemodells PROG20. IDZ-Information 1/2009, Köln 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., Becker, W.: Entwicklung und wirtschaftlicher Erfolg von zahnärztlichen Existenzgründungen — Ergebnisse empirischer Analysen auf der Basis von Paneldaten. Zeitschrift Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement (Gesund ökon Qual manag) 15, 2010, S. 91-98

Klingenberger, D., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2007. IDZ-Information 2/2009, Köln 2009

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2008. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2009

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

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., Klingenberg, 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