



Information

INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

in Trägerschaft von:

Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –

Nr. 4/2005

vom 20. Juli 2005

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2004

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 2004 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2004 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 45 % und in den neuen Bundesländern 82 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- In den alten Bundesländern wählte mehr als ein Viertel der zahnärztlichen Existenzgründer (29 %) die **Gemeinschaftspraxis**. Vor allem junge Existenzgründer bis 30 Jahre zeigten eine starke Präferenz für diese Existenzgründungsform (41 %).
- Im Gegensatz zu den alten Bundesländern, in denen 61 % der Existenzgründungen von Männern und 39 % von Frauen realisiert wurden, war die Geschlechterverteilung in den **neuen Bundesländern** umgekehrt. Hier wurden 52 % der Existenzgründungen von Frauen vorgenommen, während 48 % der Existenzgründer männlich waren.
- Im Jahr 2004 erreichte das **Investitionsvolumen für die Neugründung** einer westdeutschen Einzelpraxis mit einem Anstieg von knapp 2 % auf 335.000 Euro einen neuen Höchstwert. Da das Investitionsvolumen einer Einzelpraxisübernahme zugleich um etwa 8 % auf 255.000 Euro anstieg, sank die Differenz zwischen beiden Niederlassungsformen um 12.000 Euro auf aktuell 80.000 Euro.
- In den Jahren 1997 bis 2004 hat sich der **ideelle Wert** („Goodwill“) bei einer westdeutschen Praxisübernahme bis auf das Jahr 2003 (73.000 Euro) als recht stabil erwiesen; im Jahr 2004 betrug er 82.000 Euro. Für den **Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen** wurden im Jahr 2004 rund 109.000 Euro gezahlt.
- Das **zahnärztliche Investitionsvolumen** für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wurde 2003/2004 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/APO-Bank.

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

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis (IDZ)

Abstract

Investments for setting up a dental practice in 2004

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 2004 the main results are as follows:

- **Buying an established solo practice** was the most frequent form of setting up a dental practice in 2004. In West Germany 45 % of the dentists decided to choose this way to self-employment, in East Germany their number amounted to 82 %.
- In West Germany more than one fourth (29 %) started practice by joining a **practice partnership**. The younger age groups of the up to 30-year-old-dentists show a strong preference for practice partnerships (41 %).
- Compared to West Germany where 61 % of the dentists setting up a new practice were men and 39 % were women, the ratio in **East Germany** was vice versa. Here 52 % of the dentists setting up a new practice were women, whereas 48 % were men.
- The **investment volume for starting a new solo practice** in West Germany in 2004 increased by approx. 2 % and thus reached a new peak of 335.000 Euro. As the investment volume for buying an established solo practice increased by approximately 8 % to 255.000 Euro the difference between the two forms of establishing decreased to 80.000 Euro.
- Over a period of 1997 to 2004 the **real value** (“goodwill”) for the taking over of a practice in West Germany proved to be quite stable (exception: 2003 with 73.000 Euro); in 2004 it amounted to 82.000 Euro. In the same year approx. 109.000 Euro were paid for the **capitalised earnings value plus new purchases**.
- Compared with medical practices the **investment volume for setting up a dental solo practice** in West Germany in 2003/2004 is **not surpassed by any other medical specialists’ group**.

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

Additional copies of the IDZ-Information No. 4/2005 can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. Download version in the internet see under www.idz-koeln.de.

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2004

Dr. David Klingenberg, 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.....	6
3.3	Geschlecht der Existenzgründer	8
3.4	Praxislage	10
4	Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens	12
4.1	Westdeutschland inkl. Berlin.....	12
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 2004 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 2004 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 753, die sich im Verhältnis 10 zu 1 auf die alten und neuen Bundesländer aufteilten. Die *statistische Auswertung* wurde gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der Deutschen Apothe-

ker- und Ärztebank 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 ab dem 1. Januar 1999 geltende 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 2004 entwickelten sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen stark rückläufig.* Im Jahr 2004 entschieden sich 1.836 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2005).

Insgesamt wurden in den Jahren 2003/2004 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 2003 (vgl. KZBV, 2004), so zeigt sich, *dass mit diesen Mitteln über 20.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. erhalten wurden.* Diese von Zahnärzten getragenen gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachs-

tumseffekte werden in den oftmals einseitig kostenorientiert geführten Diskussionen über das Gesundheitswesen allzu leicht übersehen.

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 Gemeinschaftspraxis. In der Rubrik Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis werden die Neugründung einer Gemeinschaftspraxis, der Eintritt in eine bestehende Gemeinschaftspraxis und die Überführung einer bestehenden Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis zusammengefasst. Obwohl die Gemeinschaftspraxen zunehmend an Bedeutung gewinnen – im Jahr 2003 arbeiteten 17,6 % der niedergelassenen Zahnärzte in einer Gemeinschaftspraxis (vgl. KZBV, 2004) –, ist diese Aggregation notwendig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine statistisch-detailliertere Analyse (noch) nicht zulässt.

Der Anteil der zum Verkauf stehenden Zahnarztpraxen *in den alten Bundesländern* ist im Zeitablauf relativ stabil geblieben. Im Zeitraum von 2000 bis 2004 lag der *Anteil der Einzelpraxisübernahmen* jeweils zwischen 43 und 46 % und betrug im Jahre 2004 etwa 45 % (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).

Die *Einzelpraxisneugründung* hat in den letzten Jahren vergleichsweise an Bedeutung eingebüßt. So fiel der Anteil der Einzelpraxisneugründungen im Jahr 2002 gegenüber dem Vorjahr um 10 Prozentpunkte und erreichte mit einem Anteil von 24 % einen historischen Tiefpunkt. Im Jahr 2004 wählten 26 % der zahnärztlichen Existenzgründer diesen Weg in die Freiberuflichkeit. Gegenüber der Einzelpraxisneugründung hat die *Gemeinschaftspraxis* in 2002 anteilmäßig um 10 Prozentpunkte auf 30 % zugelegt und somit erstmalig die Einzelpraxisneugründung auf den „letzten Rang“ verwiesen. Im Jahr 2004 betrug der Anteil der Gemeinschaftspraxen

in den alten Bundesländern 29 % und lag somit drei Prozentpunkte über dem Anteil der Einzelpraxisneugründungen.

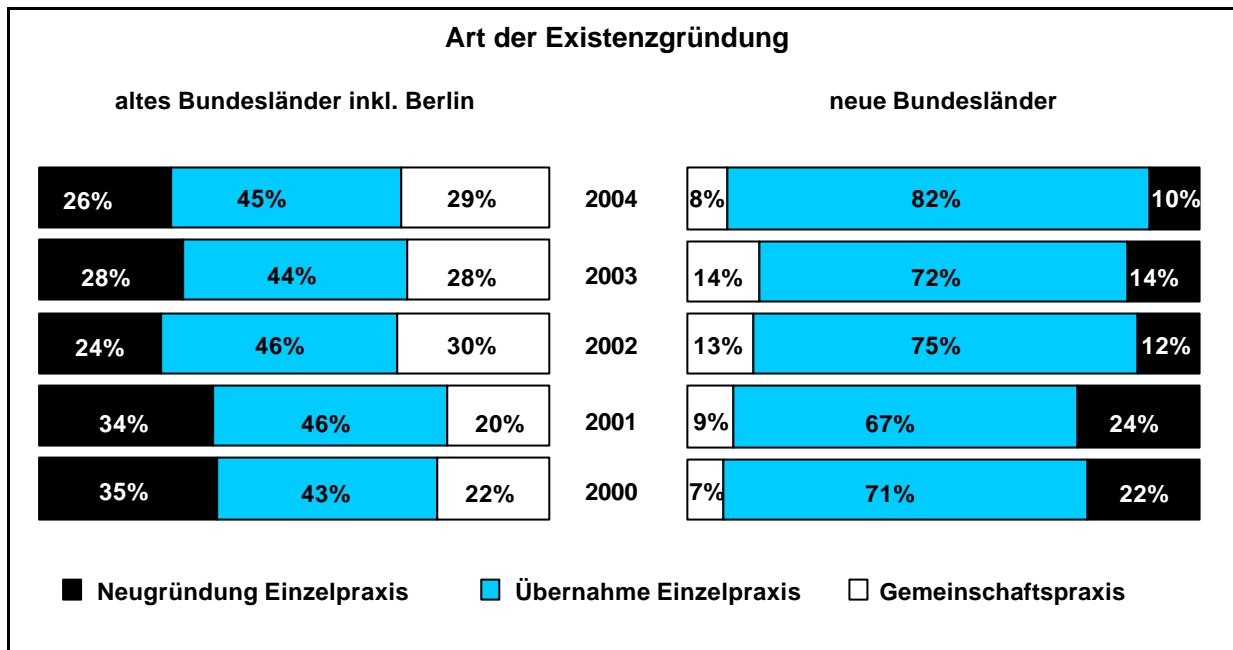


Abbildung 1

© IDZ/APO-B, 2005

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 dieses hohe Niveau gehalten werden. Im Jahr 2004 betrug der Anteilswert 82 %. Dies entspricht einer Steigerung um 10 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr. Damit waren *Einzelpraxisübernahmen* in den neuen Bundesländern im Betrachtungszeitraum deutlich häufiger als in den alten Bundesländern.

Bei den Einzelpraxisneugründungen zeigte sich die entgegengesetzte Entwicklung. Stets entschieden sich die zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern seltener für die Neugründung einer Einzelpraxis als ihre westdeutschen Kollegen. Im Jahre 2004 betrug der Anteil mit 10 % weniger als die Hälfte des Vergleichswertes in den alten Bundesländern. Der Anteil der *Gemeinschaftspraxen* lag in der Vergangenheit zwischen 7 % und 14 %; damit fällt dieser Praxisform immer noch nicht die Rolle zu wie in Westdeutschland. Im Jahr 2004 fiel der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den neuen Bundesländern von 14 % zurück auf 8 %.

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 20 % und 30 % lag, betrug dieser bei den 31- bis 40-jährigen Zahnärzten 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 16 % (2003: 15 %) gesunken. Der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte betrug 67 % und lag damit etwa auf Vorjahresniveau (1995: 58 %). Der Anteil der über 40-jährigen blieb gegenüber dem Vorjahr konstant bei 17 % (vgl. Abb. 2).

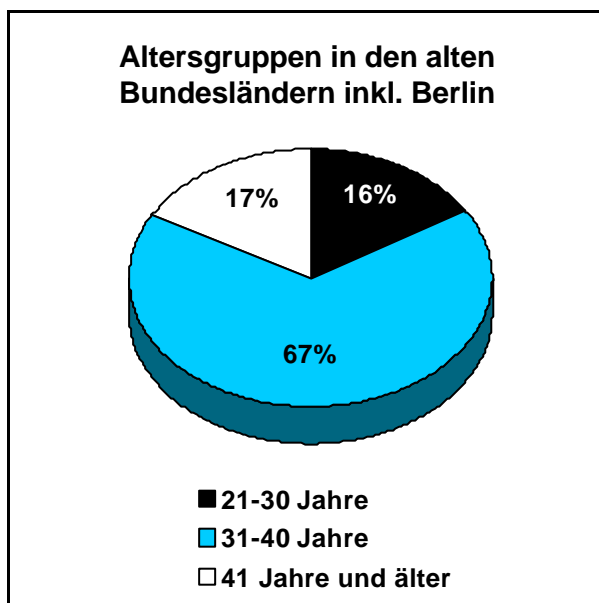


Abbildung 2

© IDZ/APO-B, 2005

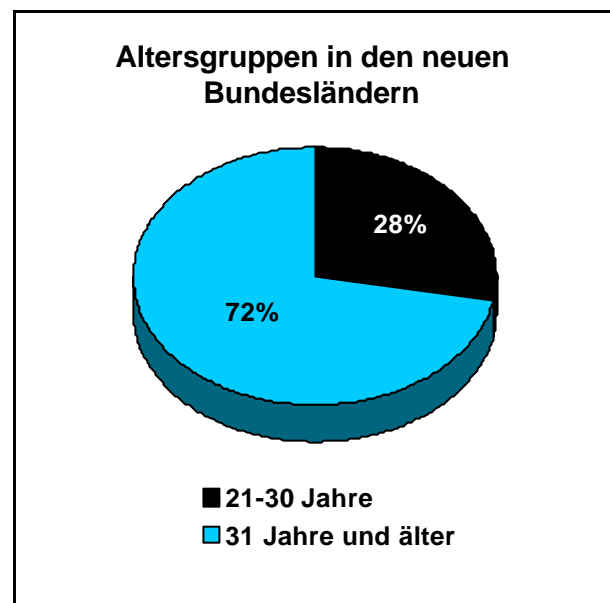


Abbildung 3

© IDZ/APO-B, 2005

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 Alterstruktur im Jahre 2004 spiegelbildlich dar: 72 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern waren 31 Jahre oder älter (vgl. Abb. 3). Der Anteil der jüngeren Zahnärzte sank gegenüber dem Vorjahr um drei Prozentpunkte und beträgt aktuell 28 %. Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung 35 Jahre; in Ostdeutschland lag das Durchschnittsalter bei knapp 34 Jahren.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur sind mittlerweile weitgehend nivelliert. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 35,5 Jahre alt, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt ein halbes Jahr jünger.

Differenziert man für die alten Bundesländer die *relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen*, so zeigt sich, dass die Übernahme einer Einzelpraxis in der mittleren wie in der oberen Altersgruppe die verbreitetste Form der Niederlassung war (vgl. Abb. 4).

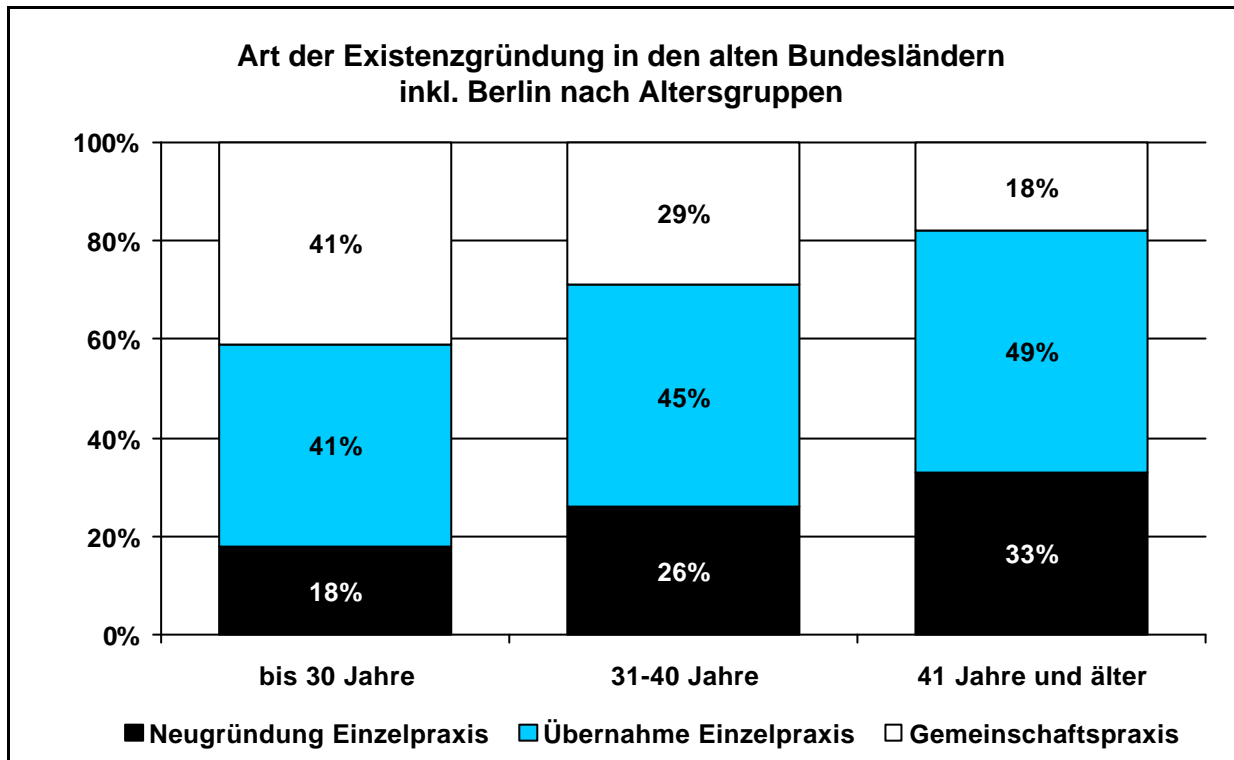


Abbildung 4

© IDZ/APO-B, 2005

Wie in Abbildung 4 ersichtlich, ist die individuelle Präferenz für eine bestimmte Praxisform zudem in hohem Maße altersabhängig. So liegt der Anteil der Gemeinschaftspraxen in der Altersgruppe der über 40jährigen bei 18 %, während diese Niederlassungsform in der Altersgruppe der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer bis 30 Jahre erstmals genauso häufig gewählt wurde wie die Einzelpraxisübernahme. Gegenüber dem Vorjahr stieg der Anteil der Gemeinschaftspraxen in dieser Altersgruppe um 6 Prozentpunkte auf 41 % an. 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.

3.3 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“, die für das Jahr 2000 erstmals statistisch erfasst wurde, zeigt auch für das Jahr 2004 klare Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Im Gegensatz zu den *alten Bundesländern*, in denen wie bereits im Vorjahr 61 % der Existenzgründungen durch Männer und 39 % durch Frauen reali-

siert wurden (vgl. Abb. 5), war die Geschlechtsverteilung in den *neuen Bundesländern* umgekehrt (vgl. Abb. 6).

In den neuen Bundesländern entschieden sich auch im Jahr 2004 mehr Frauen als Männer für eine zahnärztliche Niederlassung. Gegenüber dem Vorjahr fiel der Anteil der weiblichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern um 7 Prozentpunkte. Er lag damit aber immer noch einen Prozentpunkt höher als im Jahre 2002. In den alten Bundesländern stieg der Anteil der weiblichen Existenzgründer seit dem Jahr 2000 um insgesamt 8 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).

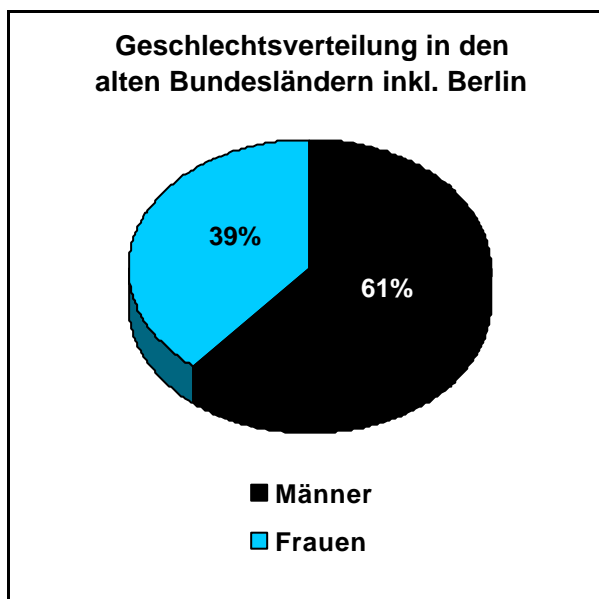


Abbildung 5

© IDZ/APO-B, 2005

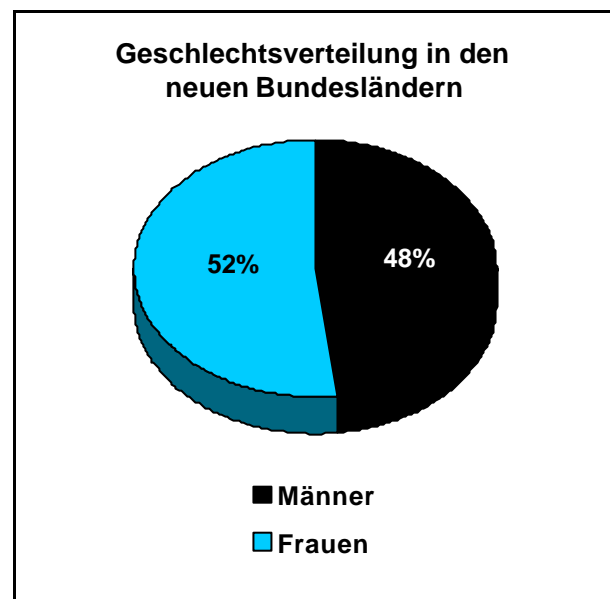


Abbildung 6

© IDZ/APO-B, 2005

Wie Abbildung 7 zeigt, ist die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter die bevorzugte Niederlassungsform. Männliche Existenzgründer präferierten gegenüber dem Vorjahr häufiger Gemeinschaftspraxen (plus 4 Prozentpunkte) sowie Einzelpraxisübernahmen (plus 3 Prozentpunkte), während bei den Frauen die Einzelpraxisneugründung wieder häufiger als im Vorjahr (plus 6 Prozentpunkte) gewählt wurde. Eine vergleichsweise stärkere Präferenz der weiblichen Existenzgründer für die Niederlassungsform der Gemeinschaftspraxis, wie sie sich in der Vergangenheit zeigte, war im Jahr 2004 nicht erkennbar.

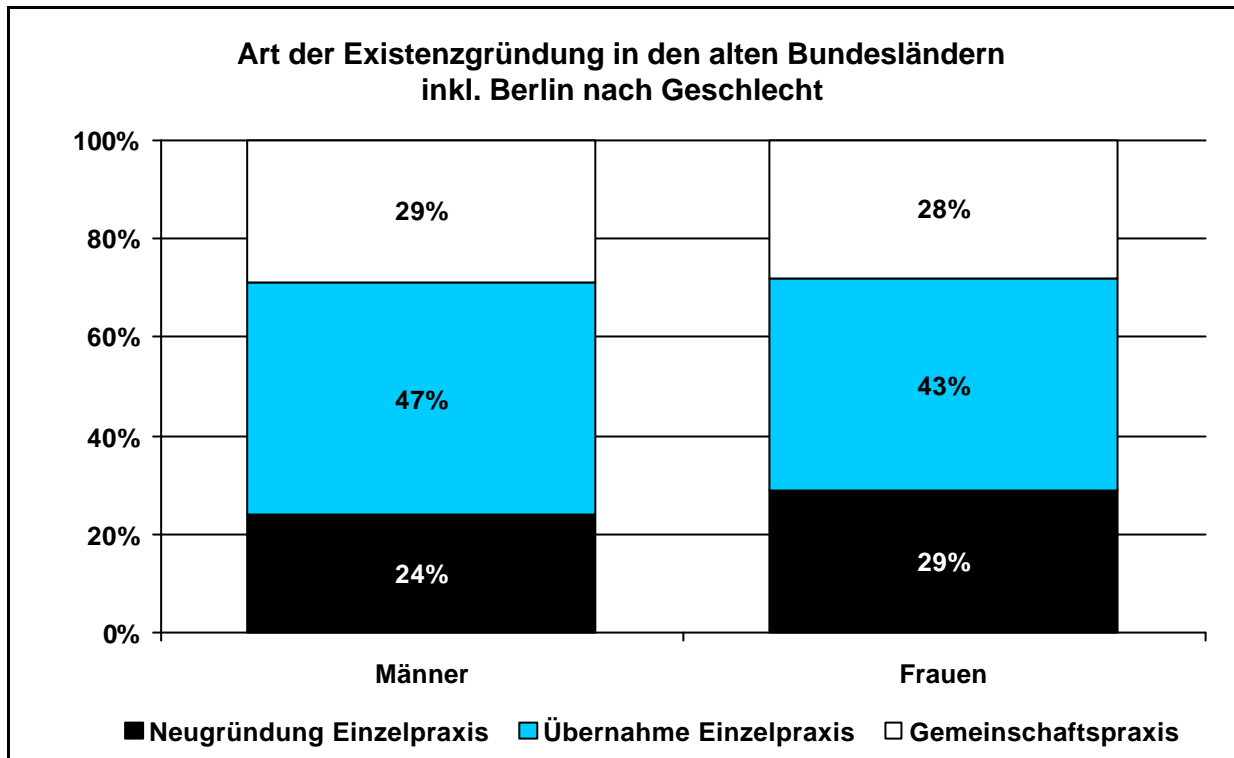


Abbildung 7

© IDZ/APO-B, 2005

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 tätigem Zahnarzt) sowie die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme (offener/gesperrter Zulassungsbezirk) beeinflusst.

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.

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

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

(28 %) im Vergleich zum Vorjahr um 8 Prozentpunkte abgenommen hat, während die Existenzgründungen in allen anderen Praxislagen anteilmäßig zulegen konnten. Die höchste Zuwachsrate hatten Praxisgründungen im ländlichen Umfeld mit einem Plus von 4 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr (vgl. Abb. 8).

Auch in den *neuen Bundesländern* nahm der Anteil der Existenzgründungen im ländlichen Raum vergleichsweise am stärksten zu; der Anteil erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um 3 Prozentpunkte auf 45 % (vgl. Abb. 9). Gleichzeitig sank der Anteil der Existenzgründungen im kleinstädtischen Umfeld um 5 Prozentpunkte auf 24 %.

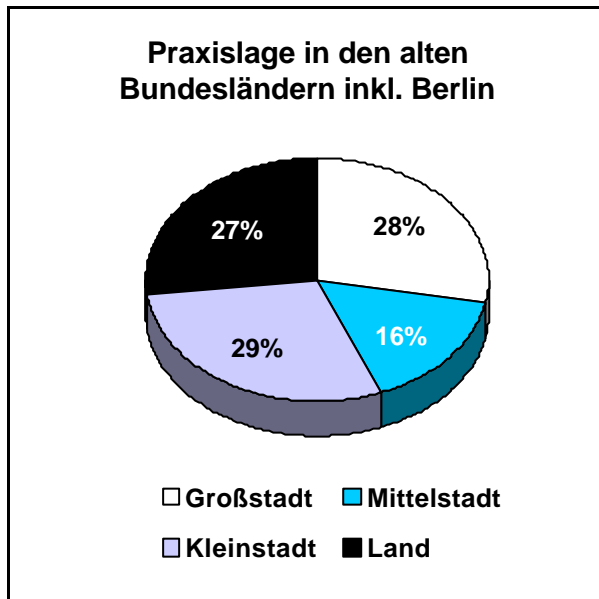


Abbildung 8

© IDZ/APO-B, 2005

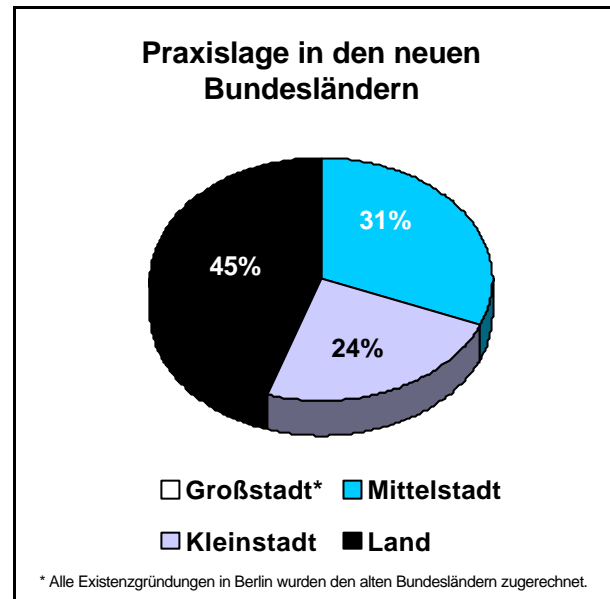


Abbildung 9

© IDZ/APO-B, 2005

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich eine relative Bevorzugung der Einzelpraxisübernahme im mittel- und großstädtischen Umfeld. Im Gegenzug wurden gegenüber dem Vorjahr vor allem in ländlichen und in mittelstädtischen Lagen deutlich weniger Einzelpraxisneugründungen realisiert; die Anteilswerte der Einzelpraxisneugründungen sanken von 39 % auf 27 % (Land) bzw. von 31 % auf 18 % (Mittelstadt). Den sinkenden Anteilswerten bei den Einzelpraxisneugründungen steht ein Bedeutungszuwachs der Gemeinschaftspraxis im ländlichen Bereich gegenüber; hier kletterte der Anteilswert um 7 Prozentpunkte auf 33 %. Bei der Verteilung der Niederlassungsformen im großstädtischen Bereich fällt auf, dass der Anteil der Gemeinschaftspraxen gegenüber dem Vorjahr um 5 Prozentpunkte auf 24 % und damit auf das Niveau des Jahres 2002 zurückgefallen ist.

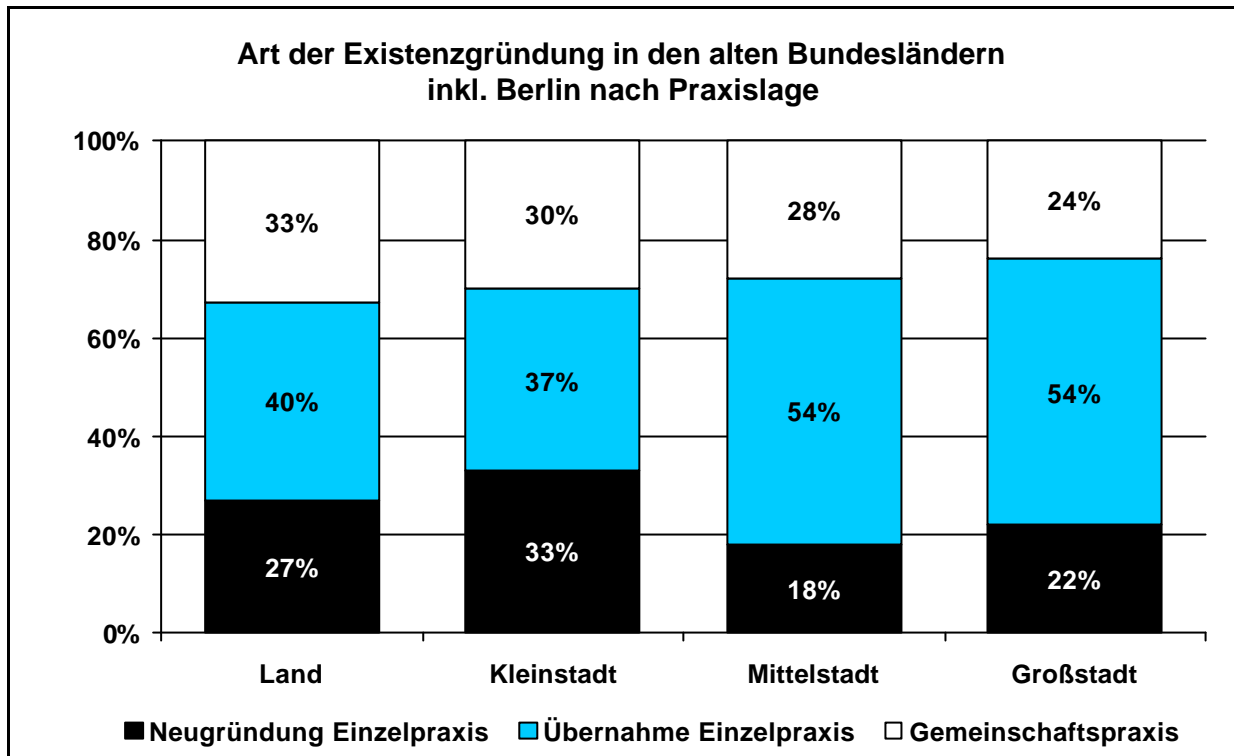


Abbildung 10

© IDZ/APO-B, 2005

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 „Gemeinschaftspraxis“ 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. Jedoch können die in Kapitel 4.2 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 1995 bis 2004 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)	1995	1996	1997	1998	1999
med.-techn. Geräte und Einrichtung	174	182	183	186	184
+ Bau- und Umbaukosten	29	39	34	31	29
= Praxisinvestitionen	203	221	217	217	213
+ Betriebsmittelkredit	58	63	63	65	64
= Finanzierungsvolumen	261	284	280	282	277

Tabelle 2a

Angaben in 1.000 Euro

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)	2000	2001	2002	2003	2004
med.-techn. Geräte und Einrichtung	196	208	209	210	216
+ Bau- und Umbaukosten	45	39	43	46	48
= Praxisinvestitionen	241	247	252	256	264
+ Betriebsmittelkredit	69	75	75	73	71
= Finanzierungsvolumen	310	322	327	329	335

Tabelle 2b

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)	1995	1996	1997	1998	1999
Substanzwert	69	75	76	63	56
+ Neuanschaffungen	34	38	40	41	39
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	103	113	116	104	95
+ Goodwill	67	61	80	81	79
+ Bau- und Umbaukosten	10	11	11	13	14
= Praxisinvestitionen	180	185	207	198	188
+ Betriebsmittelkredit	48	53	54	58	54
= Finanzierungsvolumen	228	238	261	256	242

Tabelle 3a

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)	2000	2001	2002	2003	2004
Substanzwert	66	67	64	60	59
+ Neuanschaffungen	38	45	46	43	50
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	104	112	110	103	109
+ Goodwill	80	84	82	73	82
+ Bau- und Umbaukosten	11	12	13	9	10
= Praxisinvestitionen	195	208	205	185	201
+ Betriebsmittelkredit	49	56	55	52	54
= Finanzierungsvolumen	244	264	260	237	255

Tabelle 3b

Angaben in 1.000 Euro

Wie schon im Vorjahr entfielen auch im Jahr 2004 etwa 65 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 14 % auf die Bau- und Umbaukosten und 21 % auf den Betriebsmittelkredit. Im langfristigen Trend hat sich damit die Kostenverteilung als relativ stabil erwiesen.

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 2004 durchschnittlich 43 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 32 % für den Goodwill, 4 % für die Bau- und Umbaukosten und 21 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Damit entspricht die prozentuale Zusammensetzung des Jahres 2004 weitestgehend der des Zeitraumes von 1998 bis 2003. Diese Beobachtung ist bemerkenswert, kam es doch zwischen 1991 und 1998 immer wieder zu größeren Abweichungen bei der prozentualen Zusammensetzung des Finanzierungsvolumens, insbesondere beim Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen und dem Goodwill. Auffällig hieran ist, dass sich die prozentualen Anteile dieser beiden Größen immer entgegengesetzt entwickelten. Ein prozentualer Anstieg (Rückgang) des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen wurde stets von einem ähnlichen prozentualen Rückgang (Anstieg) des Goodwill begleitet.

4.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Nach vier Jahren der Konstanz stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen einer *Einzelpraxisneugründung* im Jahr 2000 um 12 % auf 310.000 Euro; im Jahre 2001 erhöhte sich das Gesamtfinanzierungsvolumen nochmals um 4 % auf 322.000 Euro. Im Jahr 2002 stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen nur noch um etwa 2% auf 327.000 Euro und im Jahr 2003 nochmals um knapp 1 % auf 329.000 Euro. Auch im Jahr 2004 folgte die Entwicklung dem Wachstumspfad der vergangenen Jahre. Mit einem Zuwachs um 2 % stieg das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen auf 335.000 Euro an (vgl. Abb. 11).

Der Zeitraum der letzten Dekade kann in drei Abschnitte eingeteilt werden, in denen sich die für eine Praxisneugründung 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 %). Die Werte im Zeitraum von 2001 bis 2004 lassen darauf schließen, dass inzwischen wiederum ein „stabiles“ Finanzierungsniveau erreicht wurde.

Im Bereich der *Einzelpraxisübernahme* war im Jahr 2001 ein sprunghafter Anstieg des Gesamtfinanzierungsvolumens um 8% auf die historische Höchstmarke von 264.000 Euro zu verzeichnen, womit zugleich der seit 1997 erkennbare Abwärtstrend beendet wurde (vgl. Abb. 11). Im Jahr 2002 lag das Gesamtfinanzierungsvolumen mit 260.000 Euro nur knapp unter diesem Wert. Im Jahr 2003 sank das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen von Einzelpraxisübernahmen 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.

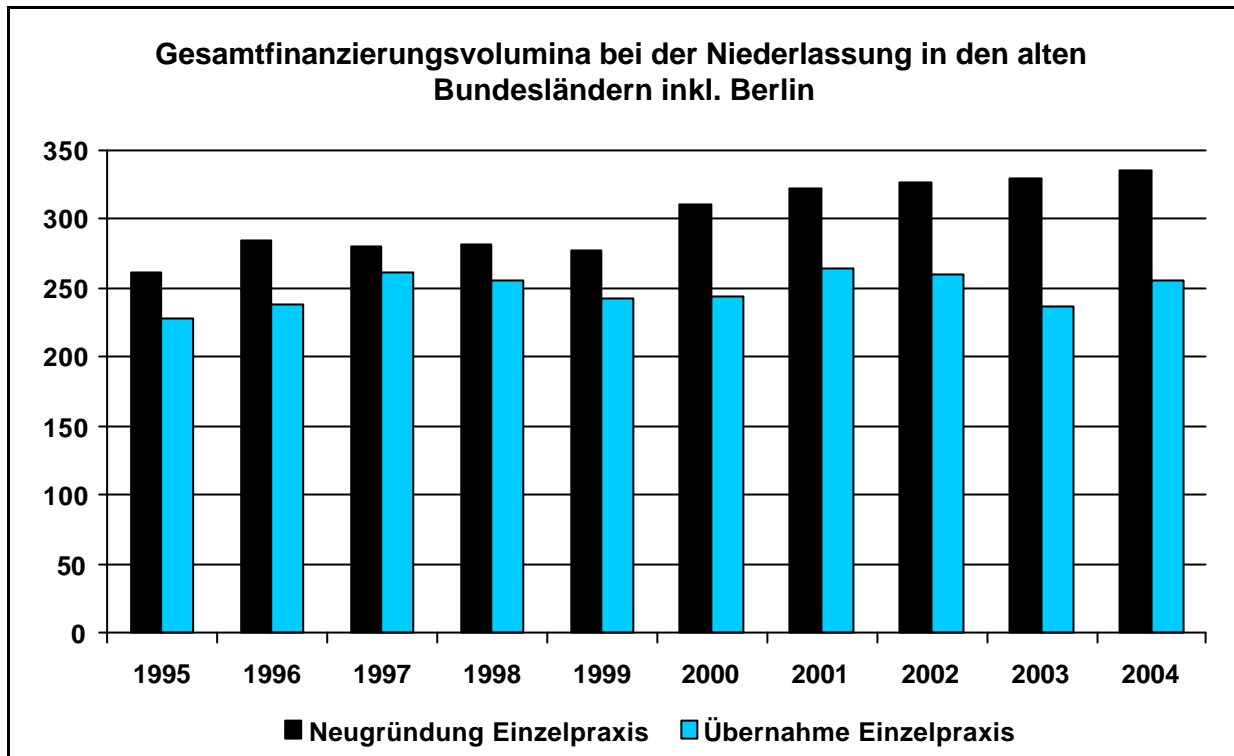


Abbildung 11

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2005

Infolge des recht deutlichen Anstiegs des durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumens bei einer Einzelpraxisübernahme nahm der Unterschied zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme im Jahr 2004 um 12.000 Euro ab. Aktuell beträgt die Differenz 80.000 Euro (vgl. Abb. 12).

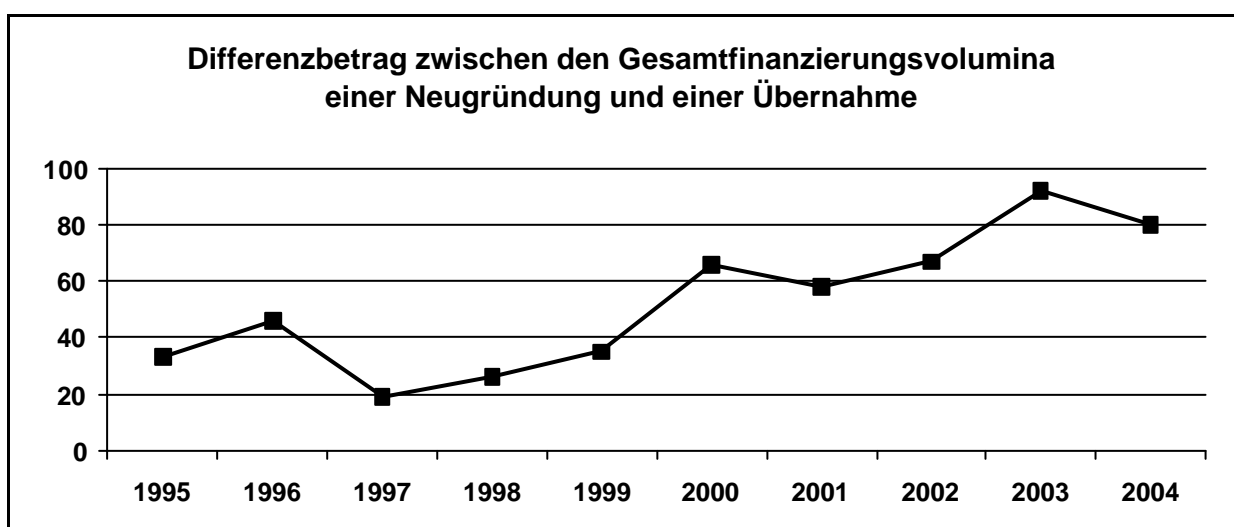


Abbildung 12

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2005

Eine nach *Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass zahnärztliche Existenzgründer der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 343.000 Euro (2003: 326.000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierten. Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 264.000 Euro nahm das finanzielle Engagement dieser Altersgruppe auch bei einer Einzelpraxisübernahme gegenüber dem Vorjahr um 22.000 Euro bzw. 9 % zu. Die höchsten Investitionen für eine Einzelpraxisübernahme tätigten die jüngeren Zahnärzte bis 30 Jahre mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 274.000 Euro. Im Vorjahr lag das Finanzierungsvolumen dieser Altersgruppe noch bei 232.000 Euro. In der Gruppe der 41-jährigen und älteren Existenzgründer wurden bei einer Einzelpraxisneugründung im Schnitt 329.000 Euro investiert, bei der Einzelpraxisübernahme lag das Investitionsvolumen dieser Altersgruppe mit 213.000 Euro im Jahr 2004 knapp unter dem Vorjahresniveau (216.000 Euro). Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bezüglich des jeweiligen Finanzierungsvolumens sind im Jahr 2004 wieder angestiegen.

Auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hinblick auf das Investitionsvolumen nahmen gegenüber dem Vorjahr deutlich zu. In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 375.000 Euro (+11 %) bzw. 274.000 Euro (+14 %). Die Investitionsvolumina *weiblicher Zahnärzte* bei der Einzelpraxisneugründung sanken im Jahr 2004 um 8 % auf 284.000 Euro. Auch bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer entgegen dem allgemeinen Trend mit 227.000 Euro etwa 3 % weniger als im Vorjahr, der Differenzbetrag zu den männlichen Existenzgründern vergrößerte sich infolgedessen gegenüber dem Vorjahr von 7.000 Euro auf 47.000 Euro.

Wie schon im Vorjahr erforderte die *Einzelpraxisneugründung in einer Kleinstadt* auch im Jahr 2004 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 352.000 Euro lag das Finanzierungsvolumen 7.000 Euro bzw. etwa 2 % über dem Vorjahreswert. Am stärksten stieg das Finanzierungsvolumen bei den Einzelpraxisneugründungen im ländlichen Bereich mit einer Steigerungsrate von 7 %, während das Finanzierungsvolumen von Einzelpraxisneugründungen in der Großstadt gegenüber dem Vorjahr um 7 % sank.

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* war das höchste Finanzierungsvolumen *im mittel- und kleinstädtischen Bereich* aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme jeweils mit 262.000 Euro zu Buche. Den stärksten Zuwachs im Hinblick auf das durchschnittliche Finanzierungsvolumen hatten Einzelpraxisübernahmen im ländlichen Umfeld zu verzeichnen; hier stieg das aufzubringende durchschnittliche Finanzierungsvolumen um 26 % auf 259.000 Euro.

Während Existenzgründungen im Jahr 2003 vor allem im ländlichen Bereich vergleichsweise günstig waren, zeigte sich für das Jahr 2004, dass Existenzgründungen in der Großstadt das geringste Finanzierungsvolumen erforderten. Einzelpraxisneugründungen wurden hier mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 310.000 Euro realisiert, bei Einzelpraxisübernahmen betrug das Finanzierungsvolumen im Schnitt 246.000 Euro. In der Kleinstadt war der Differenzbetrag zwischen den

beiden Niederlassungsformen am größten (90.000 Euro), während der Unterschied im ländlichen Umfeld lediglich 58.000 Euro betrug.

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 Höchstanspruchnahme (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 im Jahr 2003 wiederum leicht auf 73.000 Euro zu sinken. Im Jahr 2004 ging der Betriebsmittelkredit nochmals um 3 % auf nunmehr 71.000 Euro zurück. Der im Rahmen einer Praxisübernahme gewährte Betriebsmittelkredit lag im Jahr 2004 mit 54.000 Euro um 2.000 Euro über dem Vorjahreswert (vgl. Abb. 13).

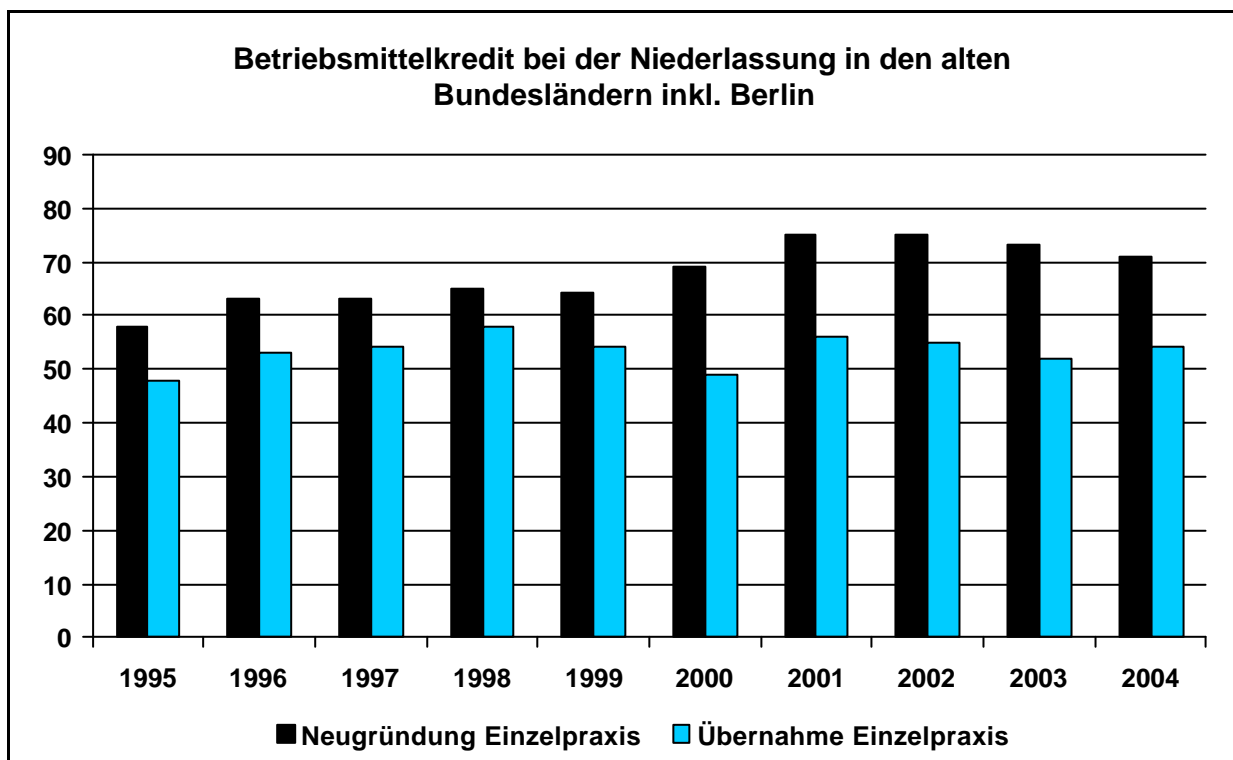


Abbildung 13

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2005

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach Altersgruppen ergibt ein uneinheitliches Bild. Von den über 40-jährigen Zahnärzten wurden im Jahr 2004 deutlich geringere Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt als im Vorjahr. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte

Betriebsmittelkredit sank in dieser Altersgruppe um 6 % auf 67.000 Euro; bei einer Praxisübernahme wurde ein Betrag von 46.000 Euro benötigt, d. h. etwa 12 % weniger als im Vorjahr. In der Gruppe der unter 30-jährigen Zahnärzte lag der Betriebsmittelkredit für eine Einzelpraxisübernahme mit 56.000 Euro hingegen etwa 14 % über dem Wert des Vorjahres. Mit 75.000 Euro wurde der *höchste Betriebsmittelkredit* bei einer Einzelpraxisneugründung wie schon im Vorjahr von 31- bis 40-jährigen Zahnärzten nachgefragt.

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites haben die geschlechtsspezifischen Unterschiede zugenommen. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit 80.000 Euro einen um 19.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen. Auch bei einer Einzelpraxisübernahme lag der Betriebsmittelkredit der männlichen Existenzgründer mit 55.000 Euro etwa 3.000 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 Großstadt sowie im ländlichen Bereich mit jeweils 69.000 Euro deutlich unter dem entsprechenden Wert in einer Mittelstadt (79.000 Euro).

4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Im Jahr 2004 stiegen die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung um 2.000 Euro auf 48.000 Euro und erreichten damit einen neuen historischen Höchstwert. Die bei einer Praxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen im Jahr 2004 bei 10.000 Euro (2003: 9.000 Euro) (vgl. Abb. 14). Die Differenz zwischen den beiden Praxisformen hinsichtlich der Bau- und Umbaukosten hat sich seit 1999 von 15.000 Euro auf 38.000 Euro deutlich erhöht.

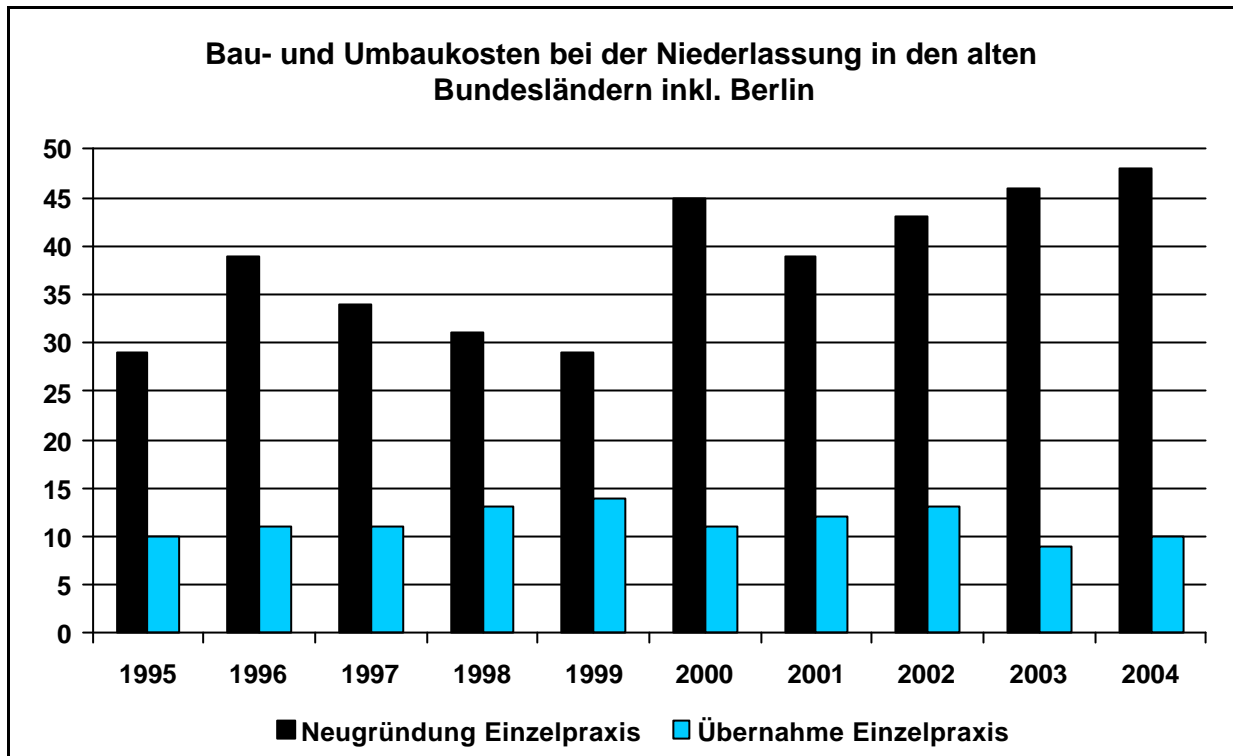


Abbildung 14

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2005

Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Praxisneugründung in der Großstadt mit 50.000 Euro (2003: 64.000 Euro) zu Buche schlugen, betragen sie in der Mittelstadt lediglich 26.000 Euro (2003: 32.000 Euro).

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, um so 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 1995 auf 1,2 zu 1 im Jahr 2004. Die rückläufige Entwicklung beim Substanzwert der übernommenen Praxen innerhalb dieses Zeitraums wurde im Jahr 2000 gestoppt; in den letzten drei Jahren sank der Substanzwert allerdings erneut auf aktuell 59.000 (vgl. Abb. 15).

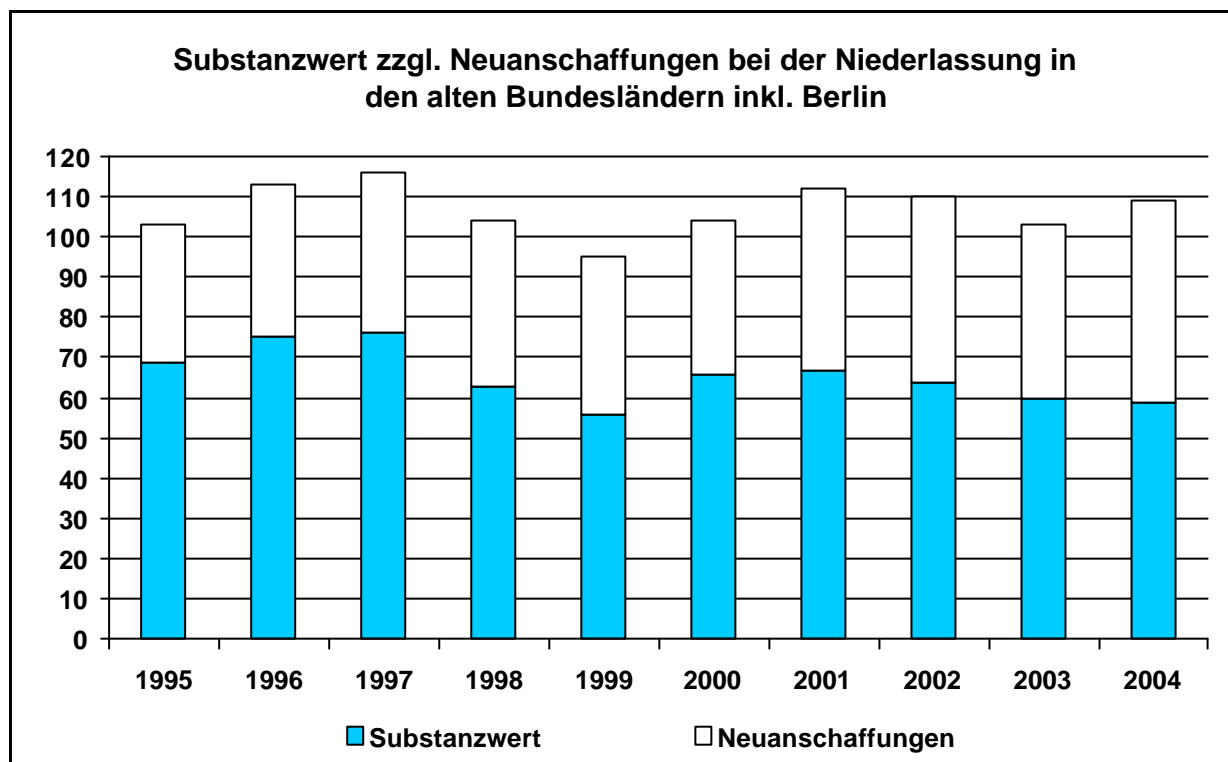


Abbildung 15

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2005

Die Ausgaben für den *Substanzwert* und die *Neuanschaffungen* haben sich in den verschiedenen Altersgruppen uneinheitlich entwickelt. Bei den unter 30-jährigen Zahnärzten ist eine Zunahme des Substanzwertes um 46 % auf 70.000 Euro zu verzeichnen, in der Altersgruppe der über 40-Jährigen sank der Substanzwert gleichzeitig um 20 % auf 51.000 Euro. Die Ausgaben für Neuanschaffungen stiegen im Jahr 2004 in der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen Zahnärzten deutlich um 35 % auf 54.000 Euro. In der Gruppe der unter 30-jährigen zahnärztlichen Existenzgründer sanken die Ausgaben für Neuanschaffungen hingegen um 18 % auf 50.000 Euro.

Eine nach Verstärterungsgrad differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt ebenfalls ein unterschiedliches Entwicklungsmuster. Gegenüber dem Vorjahr stieg der Substanzwert im kleinstädtischen Umfeld um 25 % auf 64.000 Euro, während er in der Großstadt um 19 % auf 50.000 absank. In *mittelstädtischen Lagen* war mit rund 65.000 Euro der höchste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden. Zugleich gingen die Ausgaben für Neuanschaffungen in der

Mittelstadt um 31 % auf 43.000 Euro zurück. Die Ausgaben für Neuanschaffungen waren mit 57.000 Euro (Vorjahr: 43.000 Euro) in Großstädten am höchsten.

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, 2004) und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die in der IDZ-Information 3/96 (vgl. Kaufhold, 1996) aufgrund empirischer Beobachtungen formulierte Aussage, dass die Entwicklung des Goodwill der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse mit einer einjährigen Verzögerung folgt, wird durch die Zahlen im Zeitraum zwischen 1997 und 2003 weitgehend bestätigt (vgl. Abb. 16).

Die Veränderung des Einnahmenüberschusses zwischen 1999 und 2000 betrug in den alten Bundesländern etwa 7 % (vgl. KZBV, 2004) und die des Goodwill zwischen 2000 und 2001 etwa 5 %. 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 Goodwill 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 30 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 32 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20 und in 14 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40. Mit dieser empirischen Beobachtung wird die Faustregel, dass bei einer Praxisübernahme der Goodwill etwa ein Viertel des Vorjahresumsatzes ausmacht, im Trend bestätigt.

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

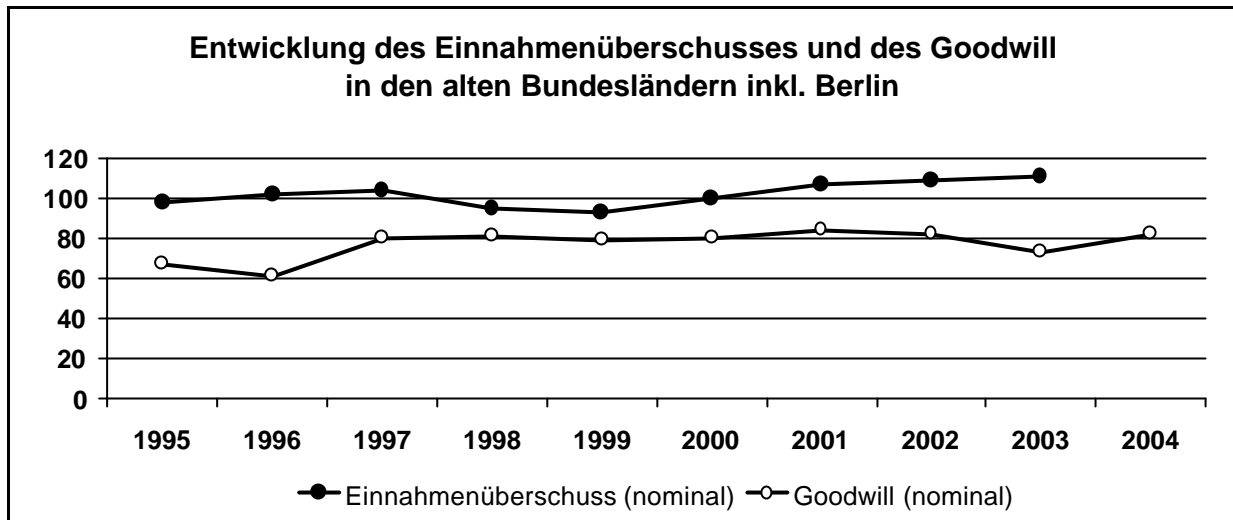


Abbildung 16

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2005

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 2003/2004 zeigt, dass das zahnärztliche Investitionsvolumen wie schon im Vorjahr von keiner anderen Arztgruppe übertroffen wird (vgl. Abb. 17). Dabei blieb der Zuwachs des Gesamtfinanzierungsvolumens zahnärztlicher Einzelpraxisneugründungen, wie der Blick auf die arztgruppenspezifischen Gesamtfinanzierungsvolumina des Jahres 2002/2003 (vgl. Klingenberg und Schwarte, 2004) deutlich macht, mit knapp 2 % vergleichsweise moderat. Die höchsten Steigerungsraten verzeichneten die Kinderärzte mit einem Plus von 14 %, gefolgt von den Augenärzten mit 10 % und den Psychotherapeuten mit 4 % Zuwachs. In anderen Arztgruppen entwickelten sich die Investitionsvolumina indes stark rückläufig, am deutlichsten bei den Neurologen mit -36 % sowie den Anästhesisten mit -23 %. Die relativ hohe Schwankungsbreite ist u. a. auf die geringe Datenbasis in einzelnen Facharztgruppen zurückzuführen. Subsummiert man die Facharztgruppen unter „Ärzte“, so errechnet sich für diese Gesamtgruppe in 2003/2004 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von ca. 137.000 Euro, was einem Rückgang von 13 % gegenüber dem Zeitraum 2002/2003 entspricht.

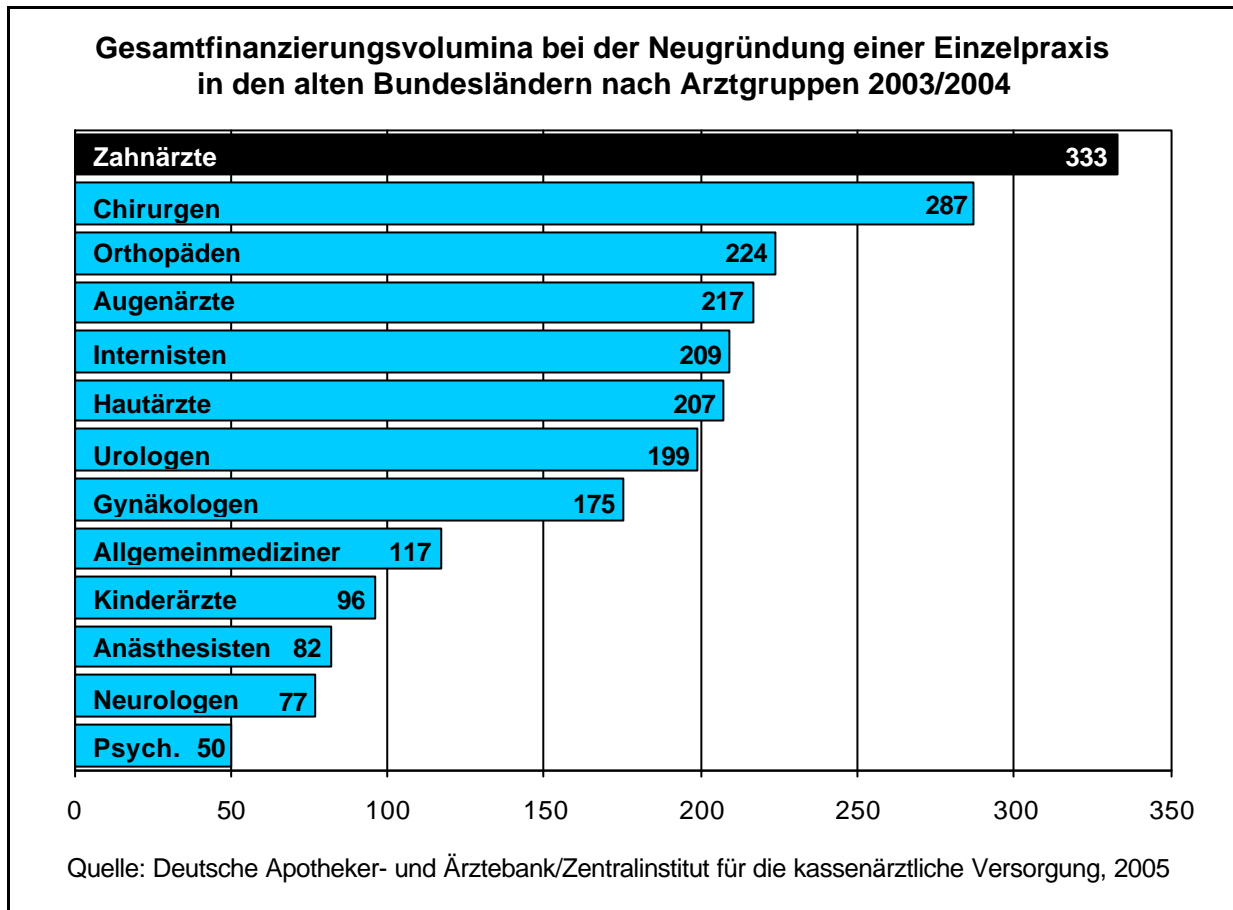


Abbildung 17

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2005

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer nach wie vor bereit sind, stabil auf einem sehr hohen Niveau zu investieren, vermittelt eine vom IDZ/zzq durchgeführte aktuelle Befragung bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte (vgl. Bergmann-Krauss, Micheelis, 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 Beruferlebens 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, Hendriks, 2001).

4.2 Ostdeutschland

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können den Tabellen 4a/4b und 5a/5b entnommen werden. Die empirisch-statistische Aussagekraft dieser Ergebnisse ist nach wie vor durch die im Vergleich zu Westdeutschland geringeren Besetzungszahlen eingeschränkt. Vor dem Jahr 1997 wurden nur sehr wenige Einzelpraxisübernahmen registriert, so dass auf eine statistische Auswertung verzichtet wurde. Gleiches gilt für die Einzelpraxisneugründungen in den Jahren 2003 und 2004. Letzteres ist umso bemerkenswerter, als Einzelpraxisneugründungen im Jahre 1999 anteilmäßig noch mit den Einzelpraxisübernahmen gleichauf lagen. Mittlerweile kommen in den neuen Bundesländern auf eine Einzelpraxisneugründung etwa acht Einzelpraxisübernahmen.

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)	1995	1996	1997	1998	1999
med.-techn. Geräte und Einrichtung	148	161	163	140	145
+ Bau- und Umbaukosten	22	31	13	16	18
= Praxisinvestitionen	170	192	176	156	163
+ Betriebsmittelkredit	48	44	48	45	46
= Finanzierungsvolumen	218	236	224	201	209

Tabelle 4a

Angaben in 1.000 Euro

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)	2000	2001	2002	2003	2004
med.-techn. Geräte und Einrichtung	118	137	150	n.a.	n.a.
+ Bau- und Umbaukosten	17	16	9	n.a.	n.a.
= Praxisinvestitionen	135	153	159	n.a.	n.a.
+ Betriebsmittelkredit	44	40	32	n.a.	n.a.
= Finanzierungsvolumen	179	193	191	n.a.	n.a.

Tabelle 4b

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)	1995	1996	1997	1998	1999
Substanzwert	n.a.	n.a.	59	55	61
+ Neuanschaffungen	n.a.	n.a.	39	32	18
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	n.a.	n.a.	98	87	79
+ Goodwill	n.a.	n.a.	60	60	62
+ Bau- und Umbaukosten	n.a.	n.a.	3	5	1
= Praxisinvestitionen	n.a.	n.a.	161	152	142
+ Betriebsmittelkredit	n.a.	n.a.	39	41	37
= Finanzierungsvolumen	n.a.	n.a.	200	193	179

Tabelle 5a

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)	2000	2001	2002	2003	2004
Substanzwert	57	48	50	42	36
+ Neuanschaffungen	28	52	36	36	31
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	85	100	86	78	67
+ Goodwill	61	54	50	50	50
+ Bau- und Umbaukosten	4	4	3	2	5
= Praxisinvestitionen	150	158	139	130	122
+ Betriebsmittelkredit	37	37	35	35	37
= Finanzierungsvolumen	187	195	174	165	159

Tabelle 5b

Angaben in 1.000 Euro

Im Jahr 2004 entfielen 42 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisübernahme auf den *Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen*, etwa 32 % auf den Goodwill, knapp über 3 % auf die *Bau- und Umbaukosten* und 23 % auf den *Betriebsmittelkredit*. Im Hinblick auf die Aufteilung des Finanzierungsvolumens entspricht das Verteilungsmuster in den neuen Bundesländern weitgehend der Finanzierungsstruktur in den alten Bundesländern. Lediglich der in den neuen Bundesländern um 2 Prozentpunkte höhere Anteil für den Betriebsmittelkredit fällt ins Auge.

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.

Eine *Praxisübernahme* in den neuen Bundesländern erforderte 2004 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 159.000 Euro (-4 %). Im Jahre 2001 schlug sie noch mit 195.000 Euro zu Buche. Da das für eine Einzelpraxisübernahme aufzuwendende Gesamtfinanzierungsvolumen in den alten Bundesländern im Jahr 2004 zugleich um 8 % gestiegen ist, reduzierte sich das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme um 8 Prozentpunkte auf 62 % (vgl. Abb. 18).

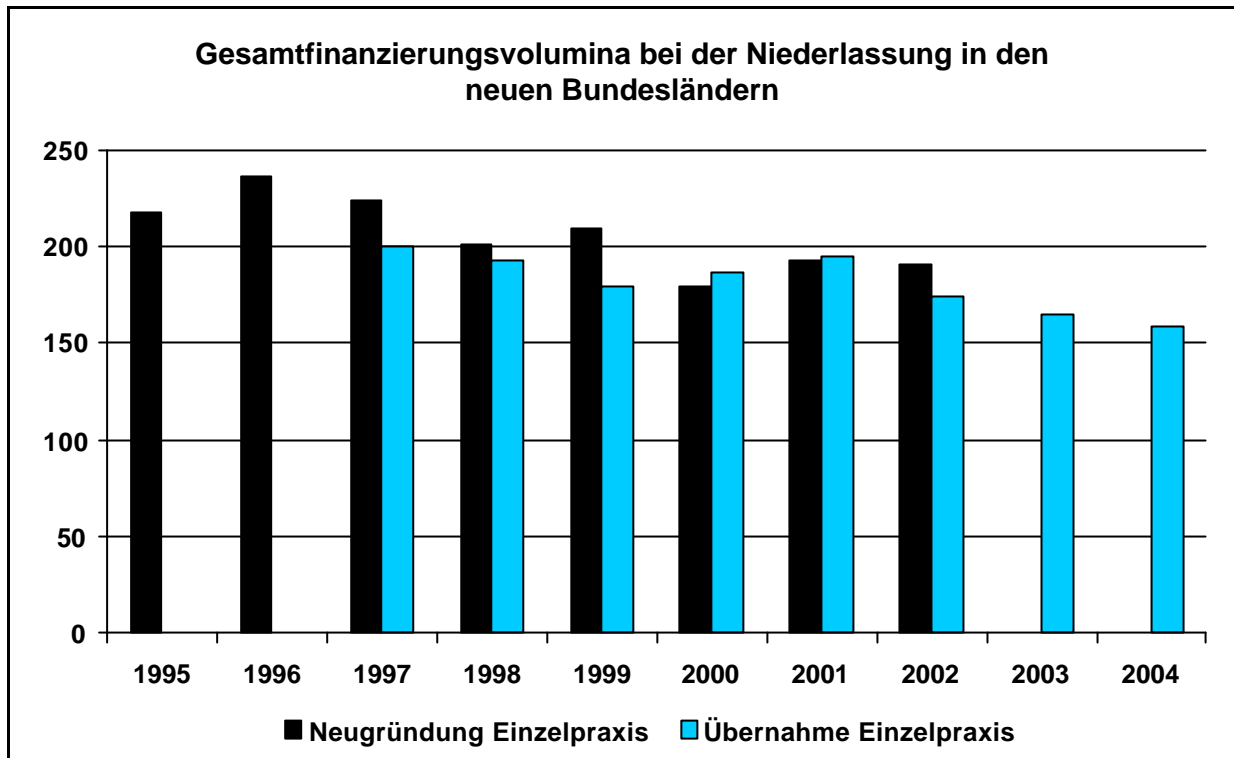


Abbildung 18

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2005

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 Ärztekasse/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 2003/2004 (bisher unveröffentlichtes Material), Düsseldorf/Berlin 2005

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2004. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2004

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Fachbereich Statistik: 2005 (mündliche Auskunft)

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., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2003. IDZ-Information 3/2004, Köln 2004

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