

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

11. Dezember 2012

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2011 (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 2011 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2011 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten wie in den neuen Bundesländern entschieden sich jeweils 52 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- Im Jahr 2011 wählten 34 % der zahnärztlichen Existenzgründer die **Berufsausübungsgemeinschaft** (Gemeinschaftspraxis); bei den jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzten in den alten Bundesländern (bis 30 Jahre) lag der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaft sogar bei 49 %. Je nach Praxislage betrug der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften zwischen 30 % im ländlichen Umfeld und 39 % in mittelstädtischen Gebieten.
- Während in den alten Bundesländern 58 % der Existenzgründungen von Männern und 42 % von Frauen realisiert wurden, war die **Geschlechterverteilung** in den neuen Bundesländern ausgeglichen. Hier wurden 50 % der Existenzgründungen von Männern und 50 % von Frauen vorgenommen.
- Im Jahr 2011 betrug das **Finanzierungsvolumen für die Neugründung** einer westdeutschen Einzelpraxis 429.000 Euro und lag somit etwa 7 % über dem Vorjahreswert.
- Das **Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme** in den alten Bundesländern sank 2011 um 3 % auf 299.000 Euro. Hinter diesem Rückgang verbergen sich zwei gegenläufige Entwicklungen. Während der ideelle Wert deutlich um 41.000 Euro auf 107.000 Euro anstieg, fiel der für den Substanzwert aufgewendete Betrag merklich um 37.000 Euro auf 50.000 Euro.

Die Autoren des InvestMonitor Zahnarztpraxis 2011 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 2011 (investment monitor dental practice)

Since 1984 the Institute of German Dentists (IDZ) – in collaboration with the Deutsche Apotheker- und Ärztebank/Düsseldorf - analyses the investments of dentists when establishing a practice. For the year 2011 the main results are as follows:

- **Buying an established solo practice** was the most frequent form of setting up a dental practice in 2011. In West Germany as well as in East Germany 52 % of the dentists decided to choose this way of self-employment.
- In 2011, 34 % of the dentists setting up a dental practice in West Germany chose a **practice partnership**; with respect to the younger female and male dentists (up to 30 years of age) the proportion of practice partnership amounted already to 49 %. The proportion of practice partnerships in medium-sized towns was 39 % compared to rural regions with only 30 %.
- Whereas in West Germany 58 % of the dentists setting up a dental practice were male and 42 % were female, the **distribution of genders** in East Germany was balanced: 50 % of the dentists setting up a dental practice were men and 50 % were women.
- In 2011, the **financing volume for starting a new solo practice** in West Germany was 429 000 Euro and hence increased compared with the previous year's value by approximately 7 %.
- The **financing volume for buying an established solo practice** in West Germany declined in 2011 by 3 % and amounted to 299 000 Euro. Two opposing trends are hidden behind this reduction. Whilst the goodwill increased by 41 000 Euro to 107 000 Euro, the amount of money spent on the net asset value decreased considerably by 37 000 Euro to 50 000 Euro.

The authors of the investment monitor dental practice 2011 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 2011 (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	15
4.1.2	Der Betriebsmittelkredit.....	18
4.1.3	Die Bau- und Umbaukosten	19
4.1.4	Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme	20
4.2	Ostdeutschland	24
4.2.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen	25
5	Schlussbemerkung.....	26
6	Literaturverzeichnis	27

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2011 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. Der Marktanteil der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in diesem Segment liegt aktuell bei knapp 50 %. Es handelt sich also lediglich um einen (gleichwohl relevanten) Ausschnitt der

Gesamtheit der zahnärztlichen Existenzgründungen, der insofern nur eingeschränkt allgemeingültige Aussagen über das Niederlassungsverhalten im zahnärztlichen Bereich in Deutschland zulässt.

Im Jahr 2011 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 458, die sich im Verhältnis 7 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.¹ 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 (Praxisform),
- 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

¹ Die Autoren danken Herrn Betriebswirt (VWA) Bernd Köhler (Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf) sowie Herrn Dipl.-Volksw. Henning Bauer (AFEK, Aachen) für die wertvolle Unterstützung bei der statistischen Aufbereitung der Daten.

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 2011 entwickelten sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen stark rückläufig.* Im Jahr 2011 entschieden sich 1.271 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2012). Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) ist die Altersgrenze von 68 Jahren rückwirkend zum 1. Oktober 2008 wieder abgeschafft worden. In den Jahren 2009 bis 2011 sank die Zahl der Berufsaufgaben – eventuell auch aufgrund dieser Gesetzesänderung – weiter.

Insgesamt wurden in den Jahren 2010/2011 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 2010 (vgl. KZBV, 2012), 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. Klingenberger et al., 2012).

3 Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

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

3.1 Art der Existenzgründung

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

Obwohl die Berufsausübungsgemeinschaften im Zeitablauf an Bedeutung gewonnen haben — im Jahr 2010 arbeiteten 33,2 % der niedergelassenen Zahnärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vgl. KZBV, 2012) —, 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 2007 bis 2011 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. Klingenberg und Becker, 2004; 2007; 2008; 2010).

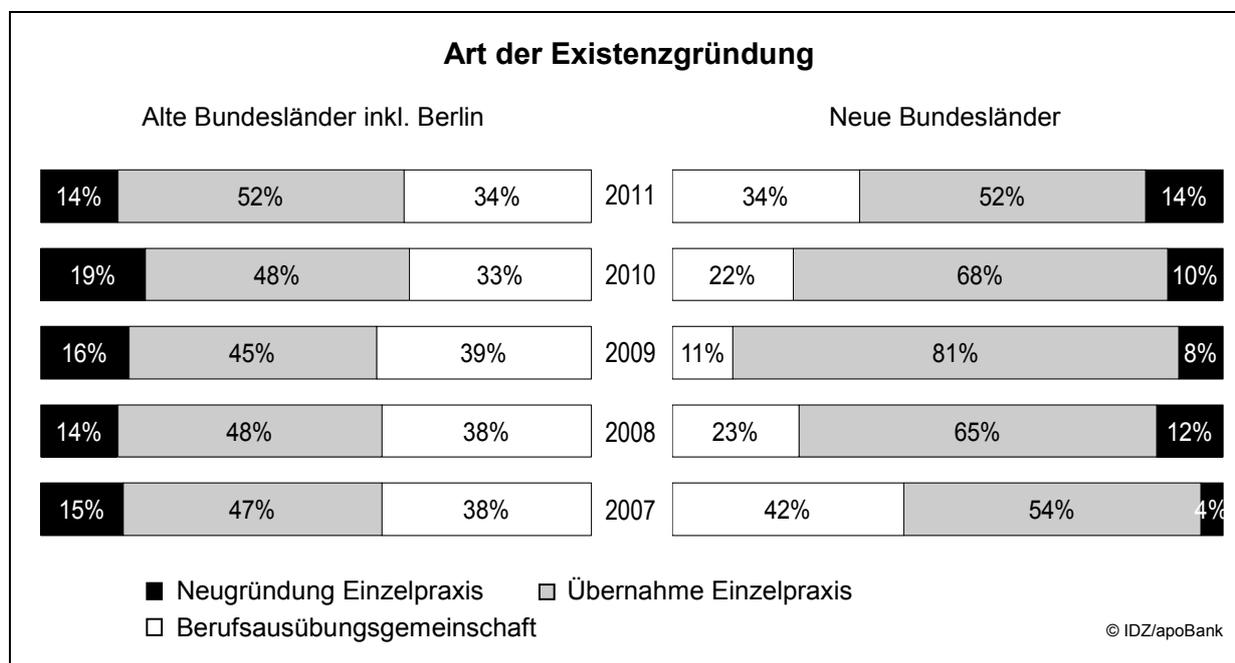


Abbildung 1

Die *Einzelpraxisneugründung* stellt mit einem Anteilswert zwischen 14 % und 19 % in den letzten fünf Jahren die am seltensten gewählte Niederlassungsform dar. Im Jahr 2011 betrug ihr Anteil 14 %.

Die *Berufsausübungsgemeinschaft* hatte zwischen 2007 und 2009 einen relativ konstanten Anteil von 38 % bzw. 39 %. Im Jahr 2010 fiel der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften um sechs Prozentpunkte auf 33 % zurück. 2011 lag er bei 34 %. Damit liegt der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften an den Existenzgründungen weiterhin deutlich über dem der Einzelpraxisneugründung.

In den *neuen Bundesländern* stieg der Anteil der Einzelpraxisübernahmen zwischen 2007 und 2009 von 54 % auf 81 %. Bis zum Jahr 2011 fiel der Anteil der Einzelpraxisübernahmen dann allerdings auf 52 %. Generell wurden über alle fünf Betrachtungsjahre hinweg in den neuen Bundesländern 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 2011 jedoch entsprach der Anteil mit 14 % erstmals dem Anteilswert in den alten Bundesländern.

Der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften in den neuen Bundesländern lag 2007 bei 42 % und damit erstmals über dem Anteilswert in den alten Bundesländern. Im Jahr 2008 fielen die Berufsausübungsgemeinschaften auf einen Anteilswert von 23 % zurück, um im Folgejahr weiter auf einen Anteil von 11 % zu fallen. In den Jahren 2010 und 2011 stieg der Anteilswert wiederum deutlich und entsprach in 2011 exakt dem Anteilswert in den alten Bundesländern.

3.2 Alter der Existenzgründer

Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer zeigt in den *alten Bundesländern* folgenden Trend auf: Der Anteil der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) nimmt immer mehr ab. Er sank von 2000 bis 2011 von 22 % auf 14 %. Im gleichen Betrachtungszeitraum stieg der Anteil der über 40-jährigen Zahnärzte um fünf Prozentpunkte auf 17 %. Der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte blieb im Jahr 2011 mit 69 % gegenüber dem Vorjahr konstant (vgl. Abb. 2).

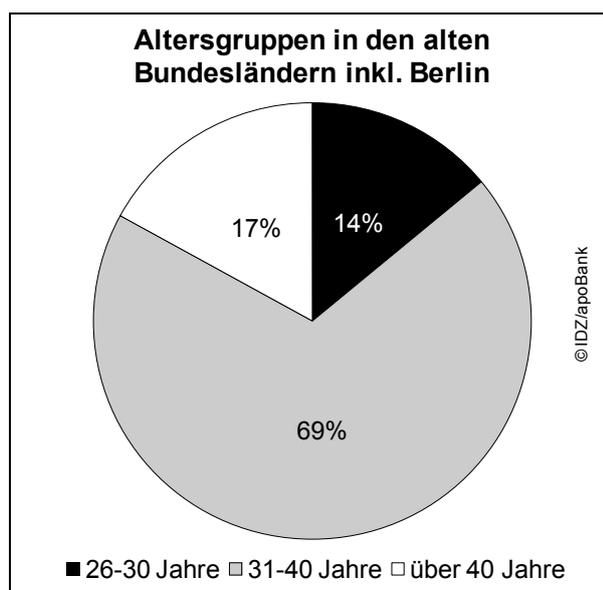


Abbildung 2

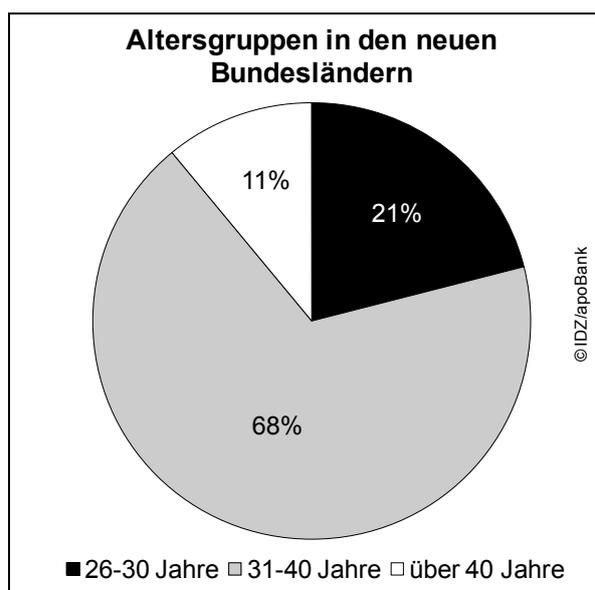


Abbildung 3

Auch in den *neuen Bundesländern* ist eine stetige Zunahme des Anteils der älteren Zahnärzte und ein entsprechender Rückgang der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer zu beobachten. Während im Jahr 2000 noch 40 % der Zahnärzte zum Zeitpunkt der Praxisgründung 30 Jahre oder jünger waren, stellt sich die Altersstruktur im Jahre 2011 deutlich verändert dar: Fast vier Fünftel 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 2011 um vier Prozentpunkte gesunken.

Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung 35,6 Jahre; in Ostdeutschland lag das Durchschnittsalter bei 34,0 Jahren.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur sind mittlerweile weitgehend nivelliert. In den alten Bundesländern waren die männlichen Existenzgründer durchschnittlich 35,7 Jahre, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt 35,5 Jahre alt.

Differenziert man für die alten Bundesländer die *relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen*, so zeigt sich, dass die Übernahme einer Einzelpraxis in den Altersgruppen 31 – 40 Jahre und über 40 Jahre die am meisten verbreitete Form der Niederlassung war (vgl. Abb. 4). Bei den bis 30-Jährigen ist es hingegen die Berufsausübungsgemeinschaft.

Die individuelle Präferenz für eine bestimmte Praxisform ist somit ganz klar altersabhängig. So liegt der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften in der Altersgruppe der über 40-Jährigen bei 24 %, während diese Niederlassungsform in der Altersgruppe der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer bis 30 Jahre einen Anteilswert

von 49 % 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.

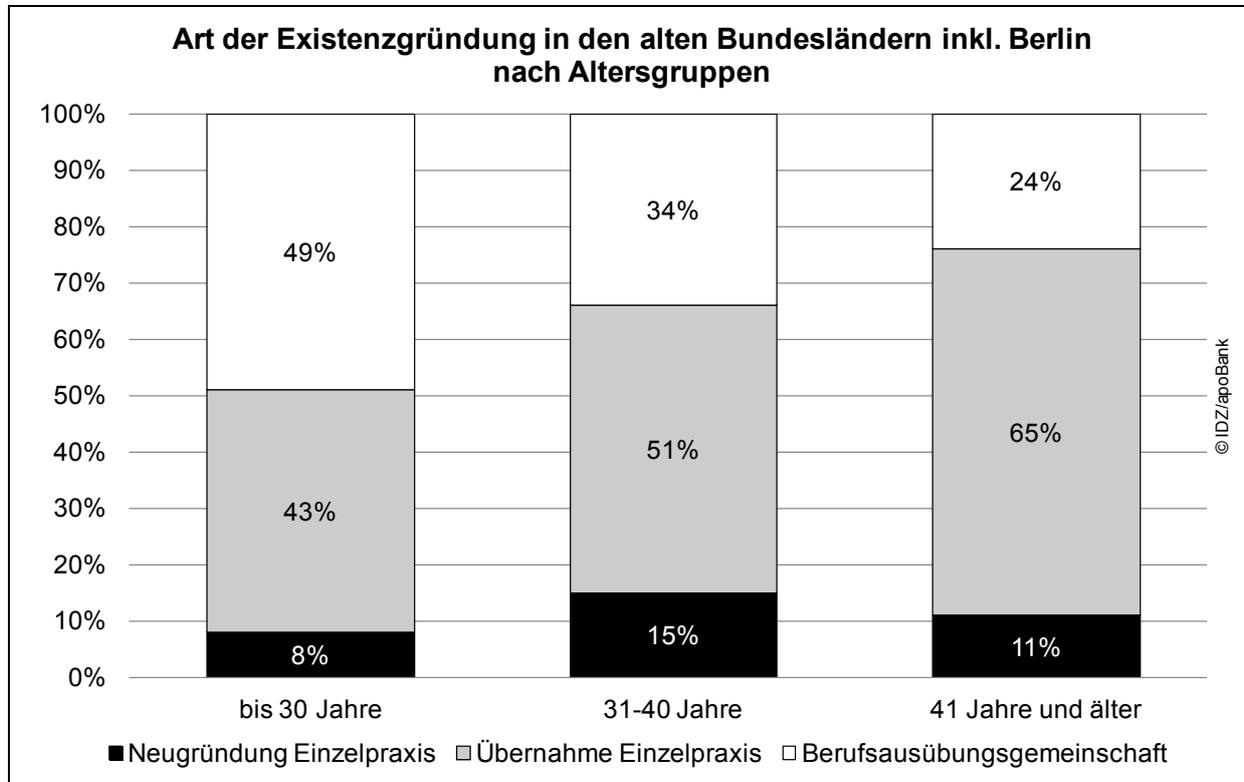


Abbildung 4

3.3 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“ zeigt auch für das Jahr 2011 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 Geschlechterverteilung in den *neuen Bundesländern* ausgeglichen, d. h. die Existenzgründungen wurden jeweils zur Hälfte von Männern bzw. von Frauen realisiert (vgl. Abb. 6).

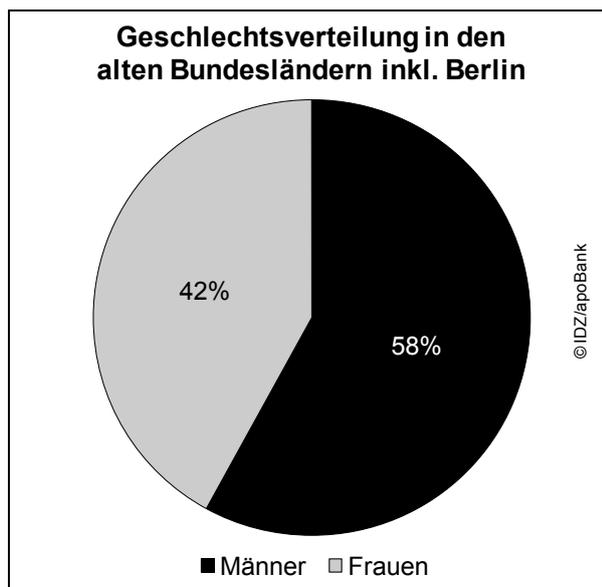


Abbildung 5

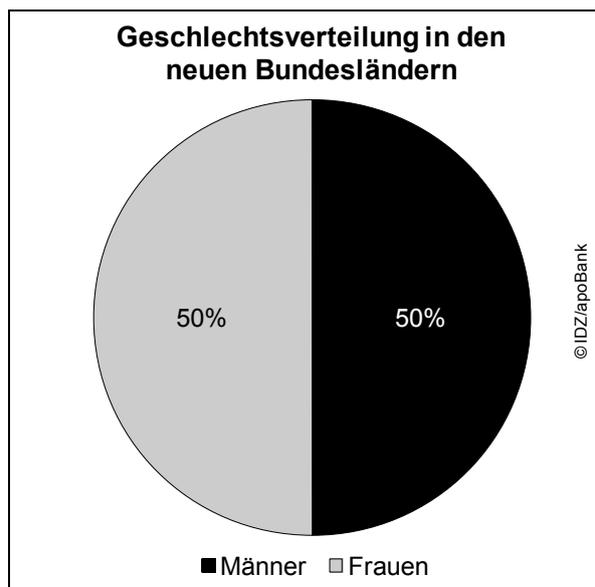


Abbildung 6

Generell kann von einem Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes (vgl. Brecht et al., 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 % auf aktuell 50 %.

Wie Abbildung 7 zeigt, ist die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter nach wie vor die bevorzugte Niederlassungsform. Interessant ist, dass weibliche Existenzgründer in den letzten Jahren die Einzelpraxis (Neugründung und Übernahme) jeweils stärker präferierten als ihre männlichen Kollegen. Im Jahr 2011 entschieden sich 69 % der weiblichen Existenzgründer für die Niederlassung in einer Einzelpraxis, während 31 % die Berufsausübungsgemeinschaft wählten. Bei den männlichen Existenzgründern wählten 63 % die Einzelpraxis und 37 % die Berufsausübungsgemeinschaft.

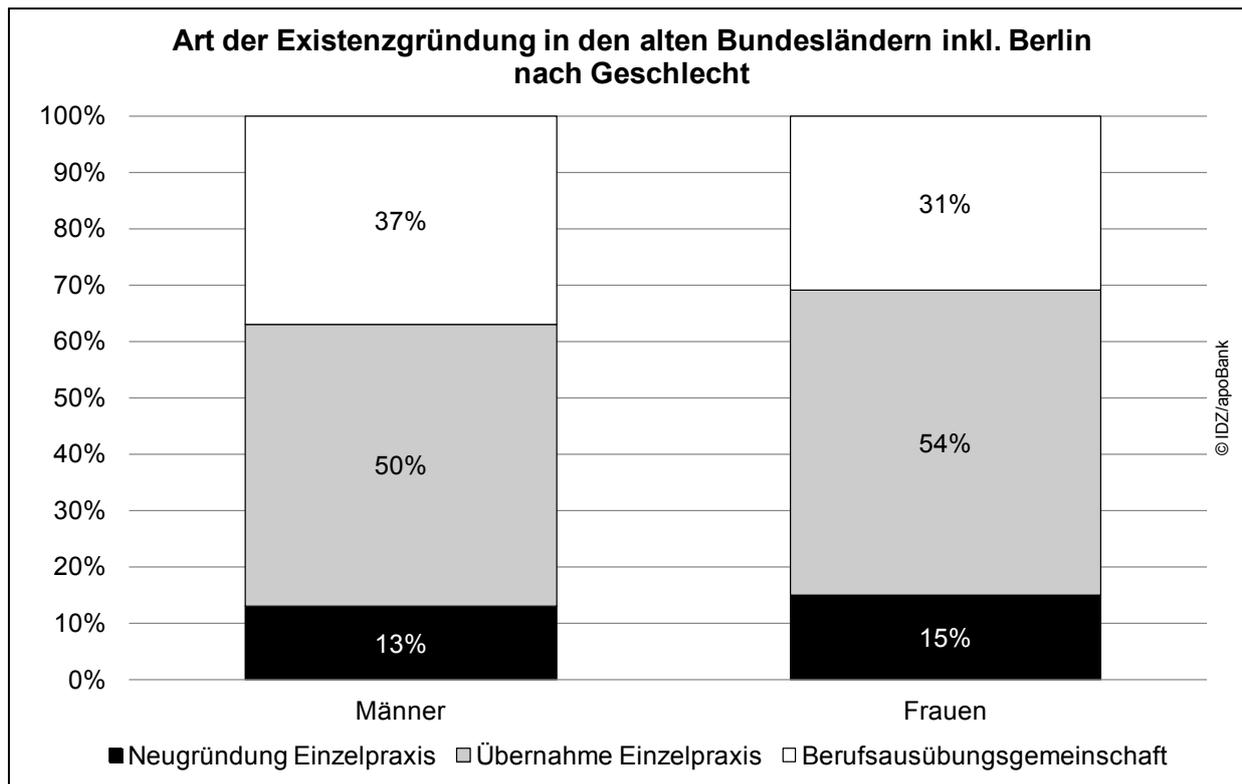


Abbildung 7

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 tätigem 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 wird in Tabelle 1 dargestellt.

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründungen auf die verschiedenen Ortsgrößen in *Westdeutschland* zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im kleinstädtischen Bereich (30 %) im Vergleich zum Vorjahr um 3 Prozentpunkte gefallen ist, während die Existenzgründungen im ländlichen Umfeld (25 %) um 2 Prozentpunkte zugenommen haben (vgl. Abb. 8). In den *neuen Bundesländern* stieg der Anteil der Existenzgründungen im groß- und mittelstädtischen Bereich mit insgesamt 47 % gegenüber dem Vorjahr um 6 Prozentpunkte. Demgegenüber verringerte sich der Anteil der Existenzgründungen im kleinstädtischen Umfeld gegenüber dem Vorjahr um 6 Prozentpunkte auf 26 % (vgl. Abb. 9).

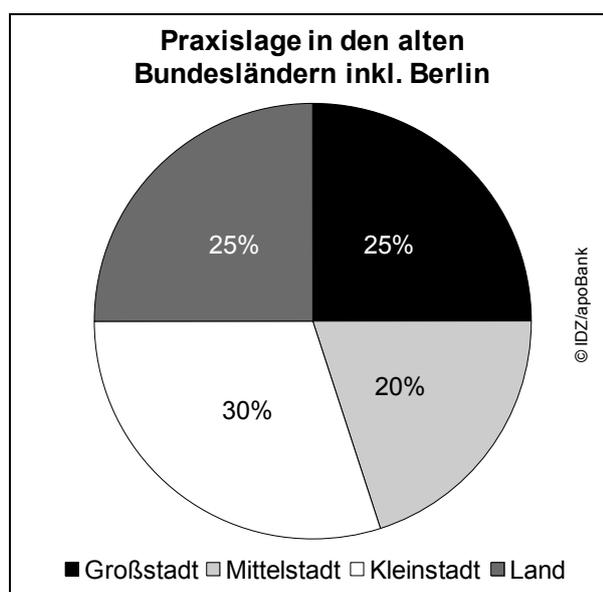


Abbildung 8

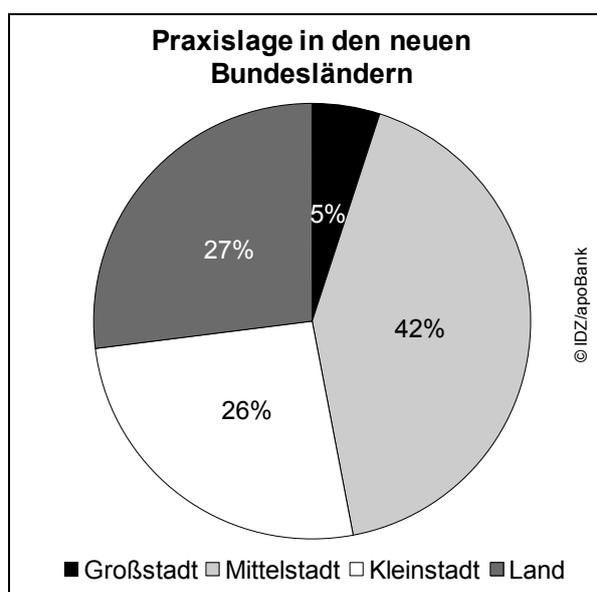


Abbildung 9

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich eine Bevorzugung der Einzelpraxisübernahme in ländlichen Gebieten. Während der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften in mittelstädtischen Lagen gegenüber dem Vorjahr um 8 Prozentpunkte abgenommen hat, waren im großstädtischen, kleinstädtischen und ländlichen Umfeld Zuwächse zu verzeichnen.

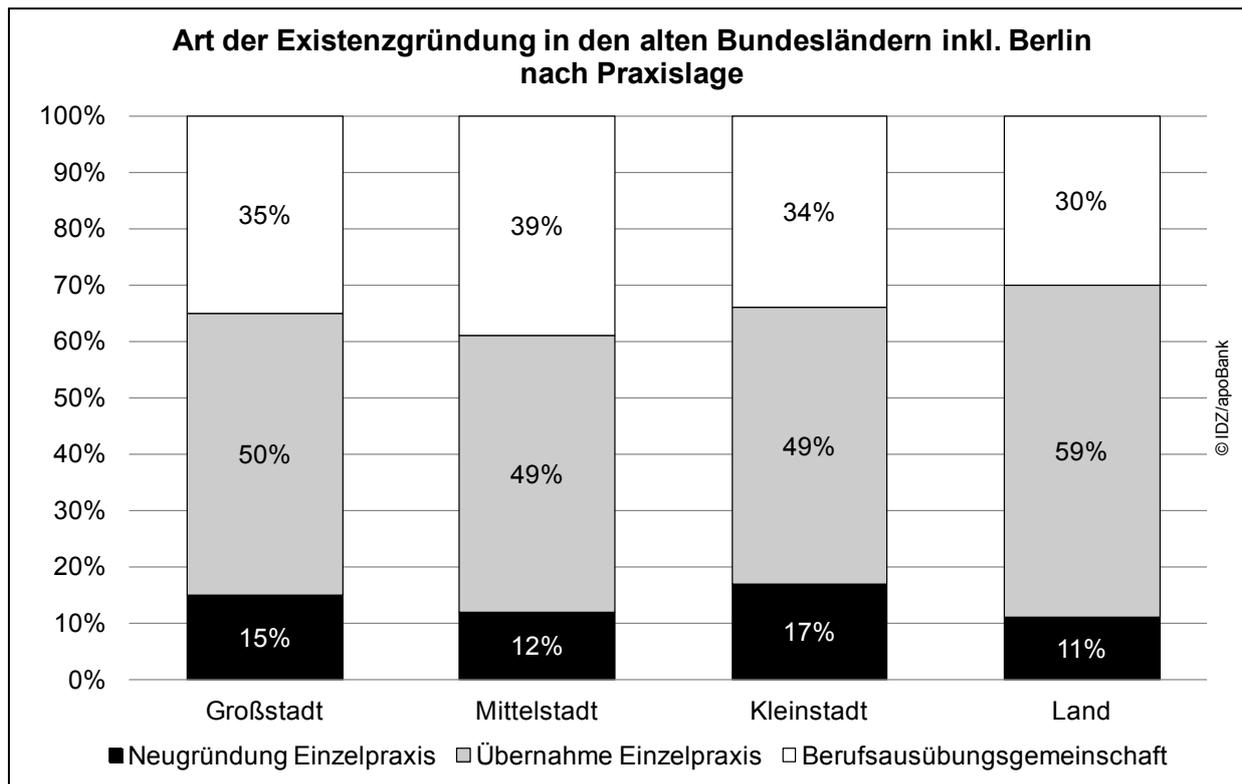


Abbildung 10

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 2002 bis 2011 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)			2002	2003	2004	2005	2006
	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	in 1.000 Euro	209	210	216	233	205
+	Bau- und Umbaukosten		43	46	48	40	36
=	Praxisinvestitionen		252	256	264	273	241
+	Betriebsmittelkredit		75	73	71	82	75
=	Finanzierungsvolumen		327	329	335	355	316

Tabelle 2a

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)			2007	2008	2009	2010	2011
	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	in 1.000 Euro	255	286	283	273	303
+	Bau- und Umbaukosten		41	48	52	50	56
=	Praxisinvestitionen		296	334	335	323	359
+	Betriebsmittelkredit		72	86	80	77	70
=	Finanzierungsvolumen		368	420	415	400	429

Tabelle 2b

Im Jahr 2011 entfielen 71 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 13 % auf die Bau- und Umbaukosten und 16 % 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 in den Jahren 2008 bis 2010 erhalten; im Jahr 2011 stieg der Kostenanteil für diesen Posten nochmals um 3 Prozentpunkte.

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)			2002	2003	2004	2005	2006
	Substanzwert	in 1.000 Euro	64	60	59	62	47
+	Neuanschaffungen		46	43	50	54	54
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		110	103	109	116	101
+	Goodwill		82	73	82	76	76
+	Bau- und Umbaukosten		13	9	10	10	14
=	Praxisinvestitionen		205	185	201	202	191
+	Betriebsmittelkredit		55	52	54	62	55
=	Finanzierungsvolumen		260	237	255	264	246

Tabelle 3a

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)			2007	2008	2009	2010	2011
	Substanzwert	in 1.000 Euro	41	63	39	87	50
+	Neuanschaffungen		61	61	67	73	65
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		102	124	106	160	115
+	Goodwill		99	77	103	66	107
+	Bau- und Umbaukosten		16	14	20	19	22
=	Praxisinvestitionen		217	215	229	245	244
+	Betriebsmittelkredit		58	60	57	62	55
=	Finanzierungsvolumen		275	275	286	307	299

Tabelle 3b

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 2011 durchschnittlich 39 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 36% für den Goodwill, 7 % für die Bau- und Umbaukosten und 18 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Gegenüber dem Vorjahr sank der für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen veranschlagte Kostenanteil um 13 Prozentpunkte, während der Goodwill um 14 Prozentpunkte auf den höchsten Wert der letzten Dekade stieg.

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 1996 (+ 9 %) begann unmittelbar im Jahr vor Inkrafttreten des GKV-Neuordnungsgesetzes – einer weitreichenden gesundheitspolitischen Reform – eine „Stabilitätsphase“. 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 sank das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung im Jahr 2006 erstmals wieder deutlich 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. Folge der gesetzgeberischen Maßnahmen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes gewesen 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. In den Jahren 2009 und 2010 sank das Gesamtfinanzierungsvolumen wiederum um 1 % bzw. 4 %. Mit einem kräftigen Anstieg um 7 % gegenüber dem Vorjahr erreichte das durchschnittliche Finanzierungsvolumen im Jahr 2011 mit 429.000 Euro eine neue Höchstmarke.

Im Bereich der *Einzelpraxisübernahme* sank im Jahr 2003 das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen 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 Praxisübernahmen sensibel auf Änderungen der Rahmenbedingungen reagiert. Im Jahr 2005 wurde mit einem Anstieg des Gesamtfinanzierungsvolumens um knapp 4 % auf 264.000 Euro das Niveau des Jahres 2001 wieder erreicht. Im Jahr 2006 sank das Finanzierungsvolumen erneut um 7 % auf nunmehr 246.000 Euro. Analog zu der Entwicklung bei den Einzelpraxisneugründungen wurde hiermit in etwa das Finanzierungsniveau des Jahres 2000 realisiert. Im Jahr 2007 stieg das Finanzie-

rungsvolumen um knapp 12 % auf die Höchstmarke von 275.000 Euro. Im Jahr 2008 verharrte das durchschnittliche Finanzierungsvolumen bei diesem Wert. Mit einem Gesamtfinanzierungsbetrag von 286.000 Euro wurde im Jahr 2009 ein Plus von 4 % gegenüber dem Vorjahr realisiert. Im Jahr 2010 war erneut ein kräftiges Wachstum zu verzeichnen; mit einem Zuwachs von 7 % auf 307.000 Euro wurde eine neue historische Höchstmarke erreicht. Im Jahr 2011 gab das Finanzierungsvolumen um etwa 3 % nach und liegt nun bei 299.000 Euro.

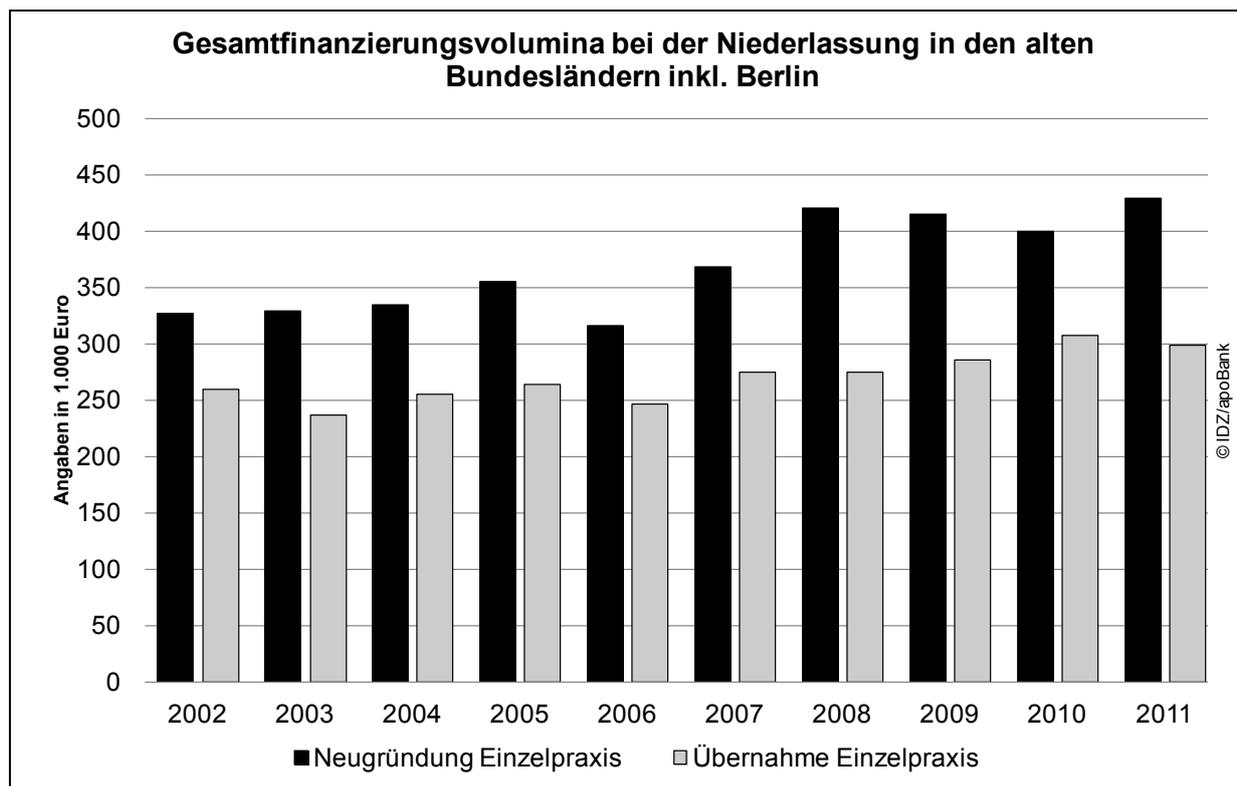


Abbildung 11

Da das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen bei einer Einzelpraxisneugründung spürbar anstieg, während das Finanzierungsvolumen der Einzelpraxisübernahmen rückläufig war, erhöhte sich die Differenz zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme im Jahr 2011 um 37.000 Euro. Aktuell beträgt die Differenz 130.000 Euro (vgl. Abb. 12).



Abbildung 12

Eine nach *Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die älteren Zahnärzte (41 Jahre und älter) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 446.000 Euro (2010: 358.000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierten. Bei den Einzelpraxisübernahmen tätigten die jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) die vergleichsweise höchsten Investitionen. Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 347.000 Euro erhöhte sich das finanzielle Engagement dieser Altersgruppe bei einer Einzelpraxisübernahme gegenüber dem Jahr 2010 um 38.000 Euro. Bei der Finanzierung von Einzelpraxisübernahmen ließen die älteren Zahnärzte (41 Jahre und älter) wie schon in den Vorjahren deutliche Zurückhaltung erkennen; hier lag das Gesamtfinanzierungsvolumen bei 258.000 Euro (2010: 260.000 Euro).

Die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* im Hinblick auf das Investitionsvolumen blieben auch im Jahr 2011 erhalten. In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 476.000 Euro (+7 %) bzw. 322.000 Euro (-9 %). Die Investitionsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung stiegen im gleichen Zeitraum um 7 % von 353.000 Euro auf nunmehr 377.000 Euro. Bei der Einzelpraxisübernahme blieben die Investitionsvolumina der weiblichen Existenzgründer mit 273.000 Euro stabil.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte die *Einzelpraxisneugründung* in einer Großstadt im Jahr 2011 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 480.000 Euro lag das Finanzierungsvolumen etwa 26 % über dem Vorjahreswert. Im

kleinstädtischen Bereich blieb das durchschnittliche Finanzierungsvolumen hingegen mit einem Betrag von 413.000 Euro stabil.

Im Jahr 2011 war das höchste Finanzierungsvolumen bei einer *Einzelpraxisübernahme* im ländlichen Umfeld aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme mit 315.000 Euro zu Buche; im Vorjahr waren noch 9 % weniger aufzubringen. In allen anderen Lagen sank das durchschnittliche Finanzierungsvolumen; am deutlichsten im großstädtischen Bereich um 13 % auf nunmehr 274.000 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 2002 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 2002 bis 2004 zurückzufallen. Im Jahr 2008 betrug der Betriebsmittelkredit 86.000 Euro und erreichte mit einem kräftigen Zuwachs um 19 % seine historische Höchstmarke. In den Folgejahren sank der Betriebsmittelkredit jedoch wieder; im Jahr 2011 betrug er 70.000 Euro. Der im Rahmen einer *Praxisübernahme* gewährte Betriebsmittelkredit sank im Jahr 2011 ebenfalls, um 7.000 Euro auf nunmehr 55.000 Euro (vgl. Abb. 13).

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die Gruppe der älteren Zahnärzte (41 Jahre und älter) im Jahr 2011 mit einem durchschnittlichen Betriebsmittelkredit von 75.000 Euro für eine Einzelpraxisneugründung die höchsten Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt hat. Im Vorjahr hatte der Betriebsmittelkredit in dieser Altersgruppe noch 69.000 Euro betragen. Bei einer Praxisübernahme wurde in dieser Altersgruppe lediglich ein Betriebsmittelkredit von 49.000 Euro (2010: 62.000 Euro) benötigt. Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites haben die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* deutlich zugenommen. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit 81.000 Euro einen um 23.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen. Auch bei einer Einzelpraxisübernahme lag der Betriebsmittelkredit der männlichen Existenzgründer mit 56.000 Euro um 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 mit 80.000 Euro um 63 % über dem entsprechenden Wert im ländlichen Bereich (49.000 Euro).

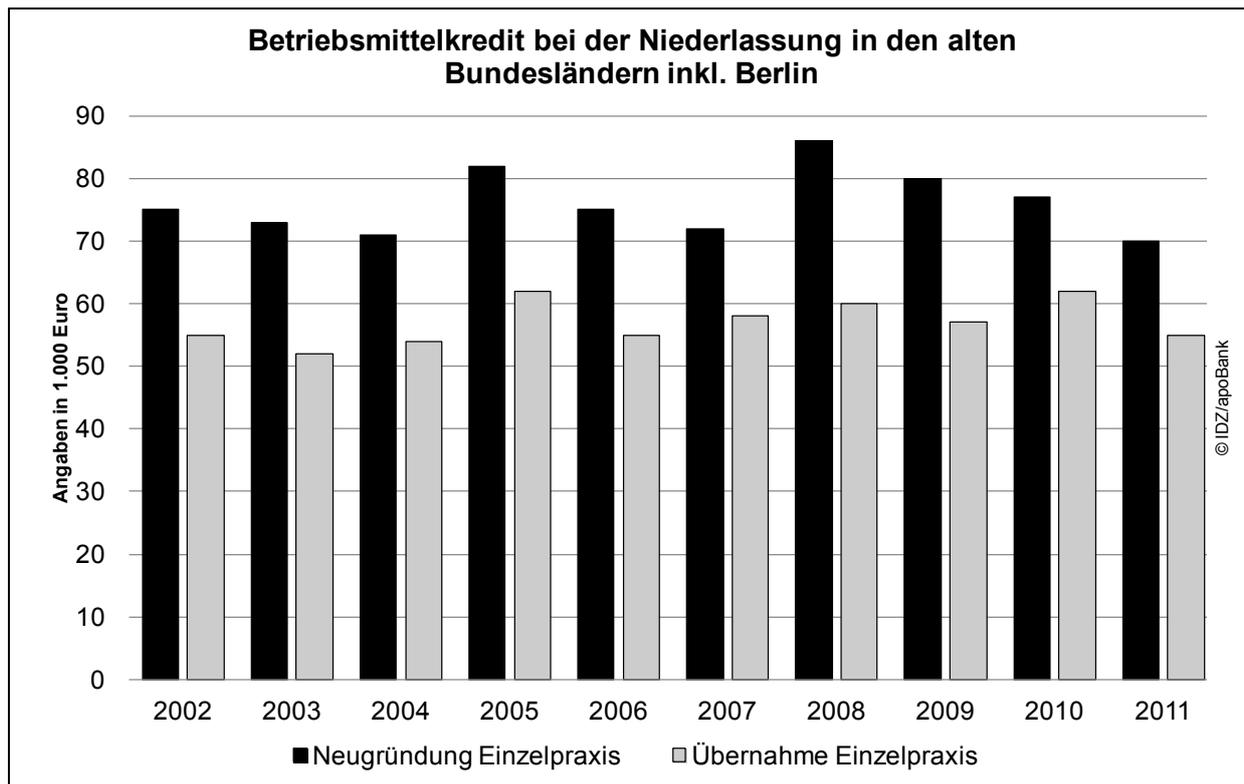


Abbildung 13

4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Im Jahr 2011 stiegen die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer *Praxisneugründung* um 6.000 Euro auf 56.000 Euro. Die bei einer *Praxisübernahme* anfallenden Bau- und Umbaukosten sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen im Jahr 2011 bei 22.000 Euro (vgl. Abb. 14). Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Einzelpraxisneugründung in der Großstadt mit 78.000 Euro (2010: 71.000 Euro) zu Buche schlugen, betragen sie im mittelstädtischen Bereich lediglich 37.000 Euro (2010: 60.000 Euro).

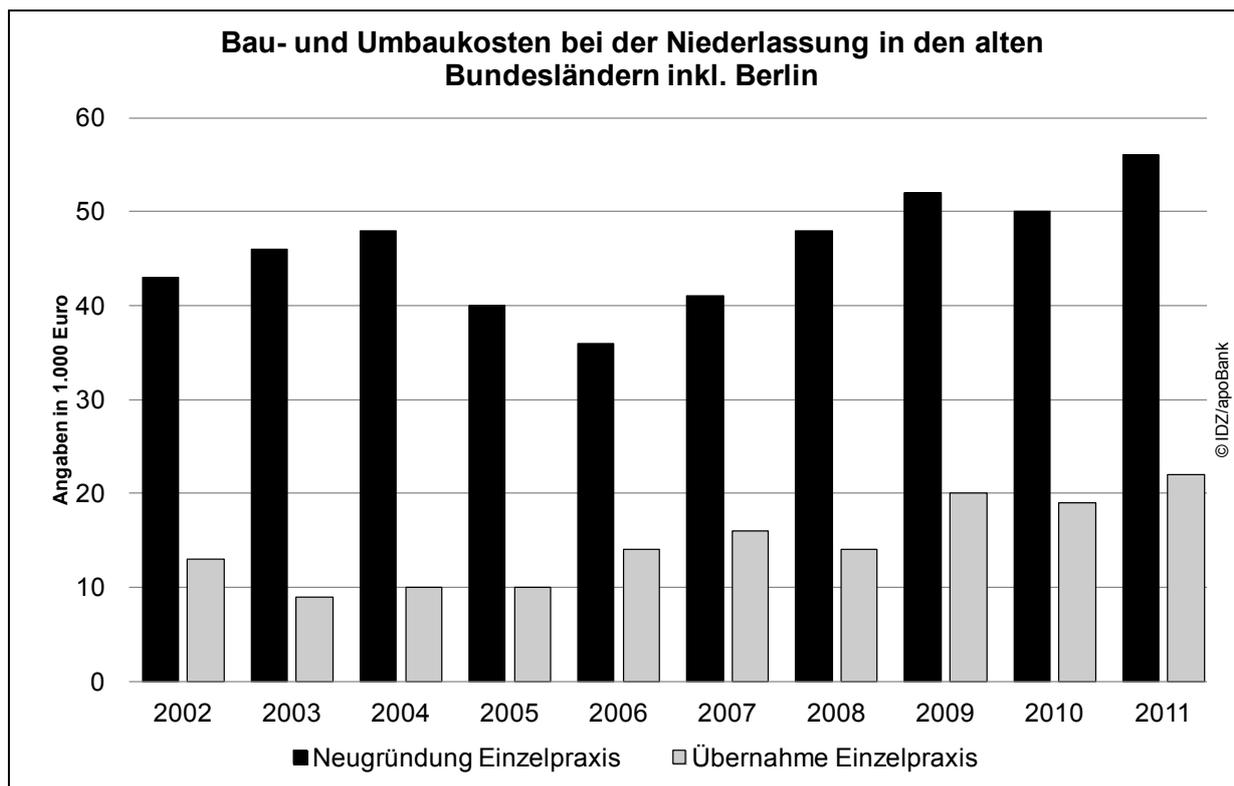


Abbildung 14

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. Im Jahr 2009 rutschte der Substanzwert erneut stark ab und erreichte mit 39.000 Euro ein historisches Tief. Im Jahr 2010 stieg der Substanzwert sprunghaft an, erreichte mit einem Betrag von 87.000 Euro seine historische Höchstmarke und lag wieder über dem für Neuanschaffungen aufgewendeten Investitionsvolumen. Im Jahr 2011 drehte sich das Verhältnis erneut um; jetzt lag der Substanzwert mit 50.000 Euro wieder unter dem entsprechenden Betrag für Neuanschaffungen (vgl. Abb. 15).

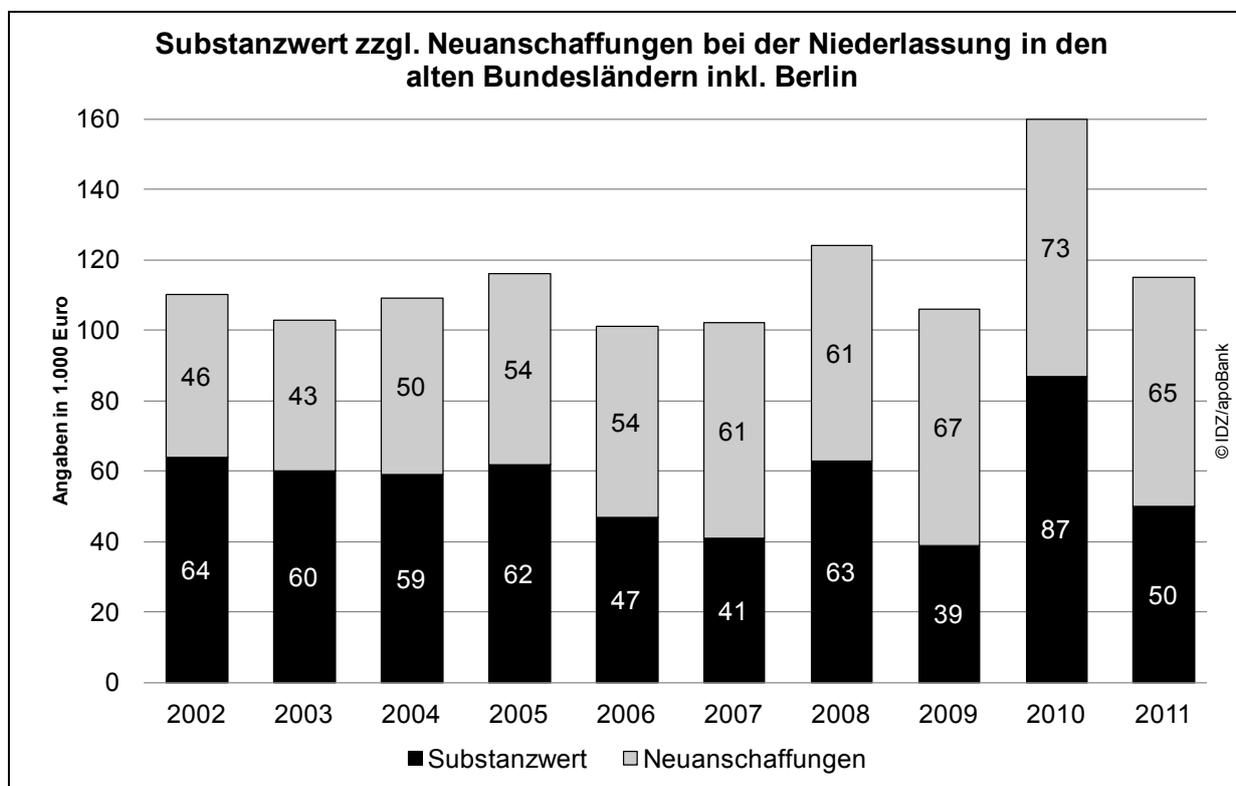


Abbildung 15

Die Ausgaben für den *Substanzwert zuzüglich Neuanschaffungen* sind im Jahr 2011 über alle Altersgruppen hinweg gesunken, am deutlichsten in der Altersgruppe der älteren Zahnärzte (41 Jahre und älter) mit einem Rückgang von 33 % auf nunmehr 94.000 Euro. Die jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) wendeten im Schnitt mit 142.000 Euro (2010: 170.000 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 sank der Substanzwert in allen Praxislagen, am stärksten im mittelstädtischen Bereich. In mittelstädtischen Lagen war mit rund 54.000 Euro der höchste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden. Bei den Ausgaben für Neuanschaffungen zeigte sich lediglich im ländlichen Bereich eine gegenläufige Entwicklung. Hier wurde mit 85.000 Euro ein gegenüber dem Vorjahr um 16.000 Euro höherer Betrag für Neuanschaffungen gezahlt.

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, 2012) 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 nachfolgende Abbildung (vgl. Abb. 16) nur zum Teil bestätigt.

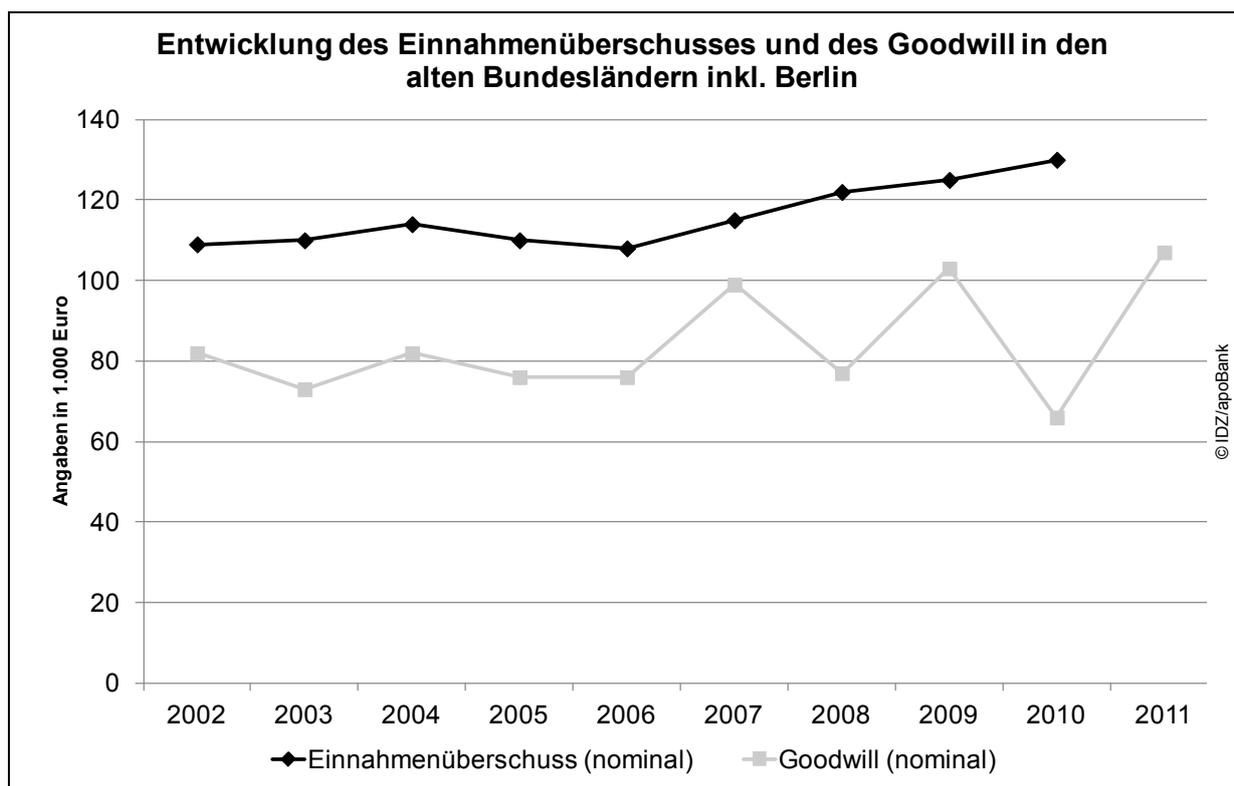


Abbildung 16

Bei einem über alle Praxen hinweg realisierten Umsatzplus in einer Größenordnung von knapp 4 % (vgl. KZBV, 2012) stieg der durchschnittlich gezahlte Goodwill im

Jahr 2011 um 41.000 Euro bzw. 62 % auf 107.000 Euro. Im Vorjahr war der Goodwill noch kräftig um 36 % gesunken.

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

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill zunimmt. Das Verhältnis zwischen *Goodwill* und *Vorjahresumsatz*² liegt in 35 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 31 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20, in 18 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40 und in 5 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,41 und 0,50. Im Schnitt wurden im Jahr 2011 etwa 26 % vom Vorjahresumsatz (2010: 20 %) für den Goodwill aufgewendet. Bei einer Praxisübernahme im Jahr 2011 machte damit der Goodwill etwa ein Viertel des Vorjahresumsatzes aus.

Die wechselhafte Entwicklung des Goodwill in den Jahren 2009 bis 2011 muss vor dem Hintergrund zunehmender Unsicherheit bezüglich der steuerrechtlichen Abschreibungsfähigkeit des ideellen Praxiswertes gesehen werden. In den Jahren 2009 und 2010 hatten Finanzämter in einer Reihe von Fällen entschieden, dass der auf die Kassenzulassung entfallende Anteil des Praxiswertes steuerlich nicht abgeschrieben werden kann. Im Rahmen der vorliegenden Analyse ist entscheidend, dass die Unsicherheit bezüglich der steuerlichen Abschreibungsfähigkeit des ideellen Praxiswertes bei der Aushandlung des Kaufpreises offensichtlich antizipiert wurde: Sofern „der Käufer den ideellen Wert nicht abschreiben darf, wird er versuchen, den Preis zu drücken“ (o.V., 2009).

Die mutmaßlichen Auswirkungen der Unsicherheit bezüglich der steuerrechtlichen Abschreibungsfähigkeit des ideellen Praxiswertes auf den Kaufpreis lassen sich mit statistischen Methoden gut nachweisen. Eine unveröffentlichte Korrelationsanalyse des IDZ mit den Daten der Investitionsanalysen der Jahre 1999 bis 2010 zeigte im Ergebnis, dass ein *positiver* Zusammenhang zwischen der Höhe des Substanzwertes und der Höhe des Goodwill bis zum Jahr 2008 nachweisbar ist, während die beiden Größen in den Jahren 2009 und 2010 *negativ* korreliert waren. Plausibel ist generell ein positiver Zusammenhang beider Größen. In 2011 waren beide Größen wiederum positiv korreliert.

² Mit Vorjahresumsatz wird an dieser Stelle der Gesamtumsatz einer Zahnarztpraxis, d. h. zahnärztlicher Honorarumsatz und Fremdlaboraausgaben, bezeichnet.

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.

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)			2002	2003	2004	2005	2006
	Substanzwert	in 1.000 Euro	50	42	36	38	42
+	Neuanschaffungen		36	36	31	33	48
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		86	78	67	71	90
+	Goodwill		50	50	50	46	51
+	Bau- und Umbaukosten		3	2	5	7	5
=	Praxisinvestitionen		139	130	122	124	146
+	Betriebsmittelkredit		35	35	37	38	39
=	Finanzierungsvolumen		174	165	159	162	185

Tabelle 5a

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)			2007	2008	2009	2010	2011
	Substanzwert	in 1.000 Euro	27	43	46	39	28
+	Neuanschaffungen		36	29	25	53	62
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		63	72	71	92	90
+	Goodwill		61	57	62	48	59
+	Bau- und Umbaukosten		4	4	4	6	12
=	Praxisinvestitionen		128	133	137	146	161
+	Betriebsmittelkredit		31	38	41	39	37
=	Finanzierungsvolumen		159	171	178	185	198

Tabelle 5b

Ab dem Jahr 2003 waren nur noch sehr wenige Einzelpraxisneugründungen zu verzeichnen, so dass 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 4 Einzelpraxisübernahmen. Die Präferenz für Formen der Berufsausübungsgemeinschaft war in den neuen Bundesländern bislang generell

geringer ausgeprägt; dies insbesondere bei den weiblichen Existenzgründern. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die in 2011 erkennbare strukturelle Annäherung in den alten und den neuen Bundesländern bezüglich der Praxisformen Bestand hat.

Im Jahr 2011 entfielen 45 % des Finanzierungsvolumens (2010: 50 %) einer Einzelpraxisübernahme auf den *Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen*, etwa 30 % (2010: 26 %) auf den Goodwill, 6 % auf die *Bau- und Umbaukosten* und 19 % (2010: 21 %) auf den *Betriebsmittelkredit*.

Der Vergleich mit der Finanzierungsstruktur in den alten Bundesländern macht deutlich, dass in den neuen Bundesländern ein um 6 Prozentpunkte höherer Anteil für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen einkalkuliert werden muss. Im Vorjahr hatte der in den neuen Bundesländern gezahlte Anteil für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen noch um 2 Prozentpunkte unter dem entsprechenden Anteil in den alten Bundesländern gelegen.

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 2011 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 198.000 Euro, was einem Plus von 7 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Damit wurde der höchste Wert der Dekade erreicht (vgl. Abb. 17).

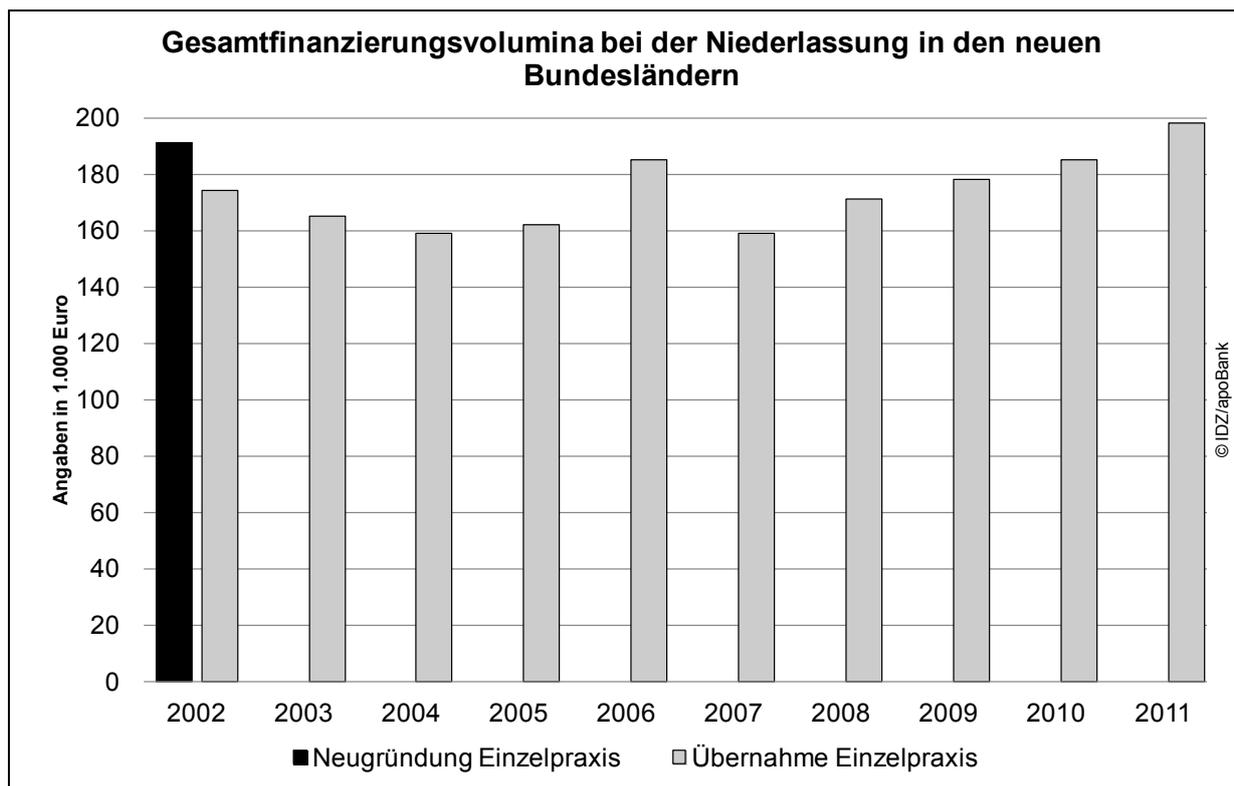


Abbildung 17

Da das für eine Einzelpraxisübernahme aufzuwendende Gesamtfinanzierungsvolumen in den alten Bundesländern im Jahr 2011 gegenüber dem Vorjahr um 3 % abnahm, stieg das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme um 6 Prozentpunkte auf nunmehr 66 %.

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 2/05, 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 1/09, Köln 2009

Kaufhold, R.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995. IDZ-Information 3/96, 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 1/04, 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 2/07, 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 3/08, Köln 2008

Klingenberger, D., Becker, W.: Entwicklung und wirtschaftlicher Erfolg von zahnärztlichen Existenzgründungen — Ergebnisse empirischer Analysen auf der Basis von Paneldaten. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement (Gesund ökon Qual manag) 15, 2010, S. 91-98

Klingenberger, D., Ostwald, D. A., Daume, P., Petri, M., Micheelis, W.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft, IDZ-Materialienreihe Bd. 33, Köln 2012

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2011. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2012

Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnisse von Zahnärzten und Zahnärztinnen in Deutschland zur eigenen Berufsausübung — Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information 1/10, Köln 2010

o.V.: Ideeller Praxiswert doch abschreibbar?, in: Medical Tribune, 44. Jg., Nr. 24, 12. Juni 2009, S. 26.

Schneller, T., Micheelis, W., Hendriks, J.: Individualprophylaxe bei Erwachsenen — Erfahrungen, Problemsichten und Perspektiven bei niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland. IDZ-Information 4/01, Köln 2001