



Information

INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

in Trägerschaft von:

Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –

Nr. 3/2004

vom 14. Juli 2004

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2003

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 2003 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2003 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 44 % und in den neuen Bundesländern 72 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- In den alten Bundesländern wählte mehr als ein Viertel der zahnärztlichen Existenzgründer (28 %) die **Gemeinschaftspraxis**. Eine starke Präferenz für diese Existenzgründungsform zeigten vor allem junge zahnärztliche Existenzgründer bis 30 Jahre (35 %) sowie Frauen (33 %).
- 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** spiegelbildlich. Hier wurden 59 % der Existenzgründungen von Frauen vorgenommen, während 41 % der Existenzgründer männlich waren.
- Im Jahr 2003 erreichte das **Investitionsvolumen für die Neugründung** einer westdeutschen Einzelpraxis mit einem Anstieg von knapp 1 % auf 329.000 Euro einen neuen Höchstwert. Da das Investitionsvolumen einer Einzelpraxisübernahme zugleich um 9 % auf 237.000 Euro sank, stieg die Differenz zwischen beiden Niederlassungsformen auf 92.000 Euro an.
- In den Jahren 1997 bis 2002 hat sich der **ideelle Wert** („Goodwill“) bei einer westdeutschen Praxisübernahme als recht stabil erwiesen; im Jahr 2003 betrug er mit 73.000 Euro jedoch 9.000 Euro weniger als im Vorjahr. Für den **Substanzwert zzgl. Neuan-schaffungen** wurden im Jahr 2003 rund 103.000 Euro gezahlt.
- Das **zahnärztliche Investitionsvolumen** für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern wurde 2002/2003 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 2003

Since 1984 the Institute of German Dentists (IDZ) - in cooperation with the Deutsche Apotheker- und Ärztekbank/Düsseldorf - analyses the investments of dentists when establishing a practice. For the year 2003 the main results are as follows:

- **Buying an established solo practice** was the most frequent form of setting up a dental practice in 2003. In West Germany 44 % of the dentists decided to choose this way to self-employment, in East Germany their number amounted to 72 %.
- In West Germany more than one fourth (28 %) started practice by joining a **practice partnership**. The younger age groups of the up to 30-year-old-dentists (35 %) as well as women (33 %) show a strong preference for practice partnerships.
- 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 59 % of the dentists setting up a new practice were women, whereas 41 % were men.
- The **investment volume for starting a new solo practice** in West Germany in 2003 increased by approx. 1 % and thus reached a new peak of 329.000 Euro. As the investment volume for buying an established solo practice decreased by approximately 9 % to 237.000 Euro the difference between the two forms of establishing increased to 92.000 Euro.
- Over a period of 1997 to 2002 the **real value** ("goodwill") for the taking over of a practice in West Germany proved to be quite stable; in 2003 it amounted to 73.000 Euro, about 9.000 Euro less than in the previous year. In the same year approx. 103.000 Euro were paid in 2003 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 2002/2003 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. 3/2004 can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. Download version in the internet see under www.idz-koeln.de.

Additional copies of the IDZ-Information No. 3/2004 can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. Download version see under www.idz-koeln.de.

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2003

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.....	7
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.....	16
4.1.3	Die Bau- und Umbaukosten	18
4.1.4	Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme..	18
4.1.5	Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern	21
4.2	Ostdeutschland	22
4.2.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen.....	23
5	Literaturverzeichnis	24

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die **Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens** bei der Niederlassung im Jahr 2003 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen in der vorangegangenen Dekade zu analysieren.

Die **Datenbasis** bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst und ausgewertet. Im Jahr 2003 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 466, 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 Apotheker- und Ärztekbank unter Verwendung von SPSS 12.0 für Windows durchgeführt. Während sie für Westdeutschland einen recht guten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung bietet, sind für Ostdeutschland

aufgrund der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle lediglich Trendaussagen möglich.

Im Einzelnen umfasst die statistische Auswertung folgende Größen:

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

2 Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen

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

Als Reaktion auf die befürchteten Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) kam es im Jahr 1993 zu einem Niederlassungsboom. Knapp 4.000 Zahnärzte, ca. 60 % mehr als 1992, ließen sich im gesamten Bundesgebiet neu nieder. Nachdem 1994 nur noch rund 1.600 Niederlassungen registriert wurden, stieg die Zahl im Folgejahr auf ca. 2.000 Existenzgründungen an und hielt sich bis 1997 auf diesem Niveau. 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 2003 entwickelten sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen wiederum stark rückläufig.** Im Jahr 2003 entschieden sich 1.848 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2004).

Insgesamt wurden in den Jahren 2002/2003 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 2002 (vgl. KZBV, 2003), 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.

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 2002 arbeiteten 17,2 % der niedergelassenen Zahnärzte in einer Gemeinschaftspraxis (vgl. KZBV, 2003) –, ist diese Aggregation notwendig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine statistisch-detailliertere Analyse (noch) nicht zulässt.

Die Einführung der Altersgrenze von 68 Jahren führte im Jahre 1998 zunächst zu einem merklichen Anstieg der zum Verkauf stehenden Zahnarztpraxen. Entsprechend nahm der Anteil der Einzelpraxisübernahmen **in den alten Bundesländern** um 10 Prozentpunkte zu. Bereits im folgenden Jahr hatten die Einzelpraxisübernahmen indes mit 47 % wieder das Niveau von 1997 erreicht. Im Zeitraum von 1999 bis 2003 lag der **Anteil der Einzelpraxisübernahmen** jeweils zwischen 43 und 47 % und betrug im Jahre 2003 etwa 44 % (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).

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 neuen historischen Tiefpunkt. Im Jahr 2003 wählten 28 % 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 die Einzelpraxisneugründung auf den „letzten Rang“ verwiesen. Im Jahr 2003 betrug der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den

alten Bundesländern 28 % und lag somit gleichauf mit den Einzelpraxisneugründungen.

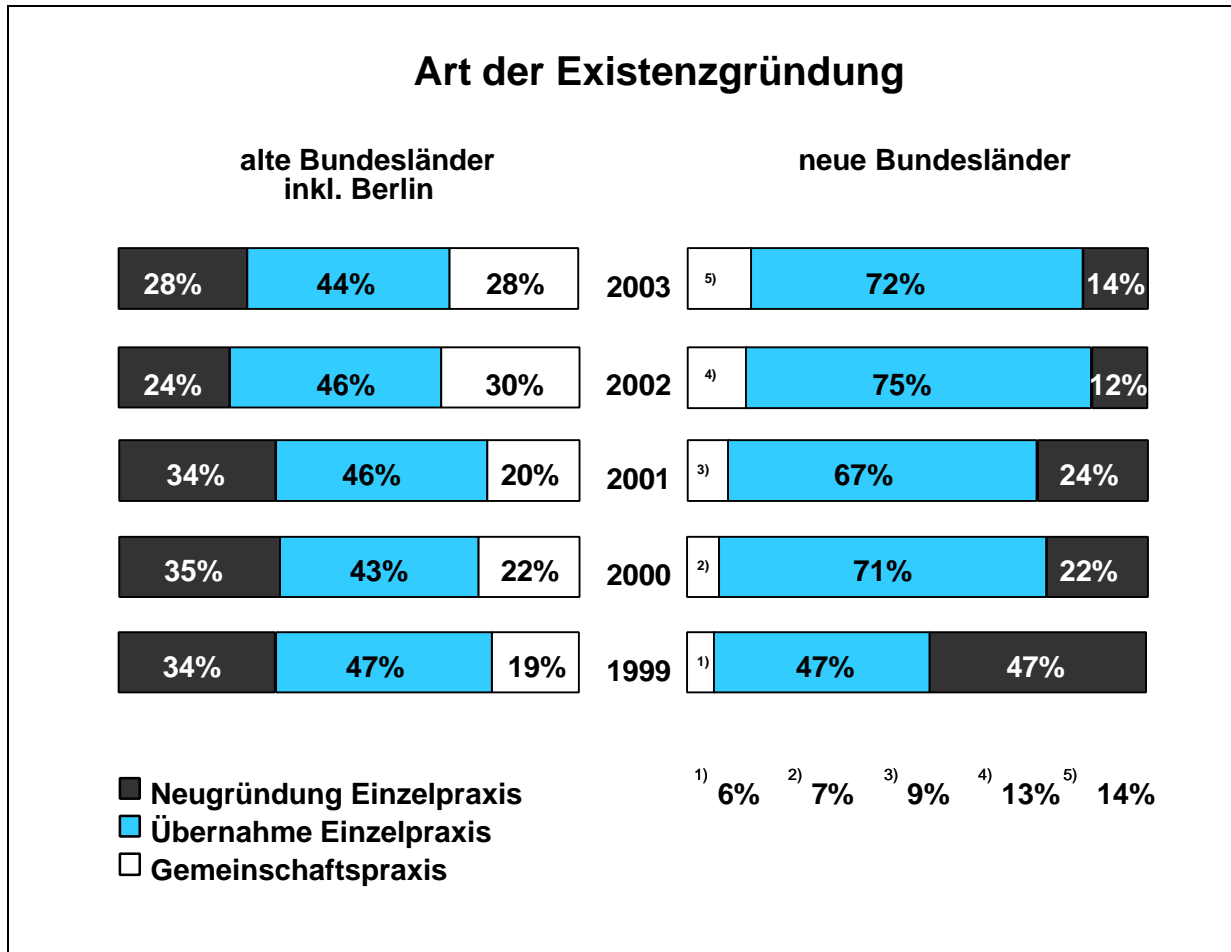


Abbildung 1

© IDZ/APO-B, 2004

In den **neuen Bundesländern** hatte die bevorstehende 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**. Dieses Verteilungsmuster zeigte sich auch in den folgenden Jahren (vgl. Abb. 1). Der Anteil der **Einzelpraxisübernahmen** lag im Jahr 2003 mit 72 % deutlich höher als in den alten Bundesländern. Bei den Einzelpraxisneugründungen zeigte sich die entgegengesetzte Entwicklung. Entschieden sich die zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern anfänglich noch häufiger für die Neugründung einer Einzelpraxis als ihre westdeutschen Kollegen, so sank der Anteil der Einzelpraxisneugründungen in der Folge deutlich ab und betrug im Jahre 2003 mit 14 % nur noch die Hälfte des Vergleichswertes in den alten Bundesländern. Der Anteil der **Gemeinschaftspraxen** lag in der Vergangenheit zwischen 6 % und 9 %; damit fällt dieser Praxisform immer noch nicht die Rolle zu wie in Westdeutschland. Gleichwohl stieg der Anteil der Gemeinschaftspraxen im Jahr 2002 auf 13 %, womit – analog zur Entwicklung in den alten Bundesländern – die Gemeinschaftspraxis als Niederlassungsform erstmals häufiger gewählt wurde als die Einzelpraxisneugründung. Im Jahr 2003 betrug der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den neuen Bundesländern 14 % und lag somit gleichauf mit den Einzelpraxisneugründungen.

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 15 % (2002: 17 %) gesunken. Der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte betrug 68 % und lag damit auf Vorjahresniveau (1995: 58 %). Der Anteil der über 40-Jährigen stieg gegenüber dem Vorjahr geringfügig und lag nun bei 17 % (vgl. Abb. 2).

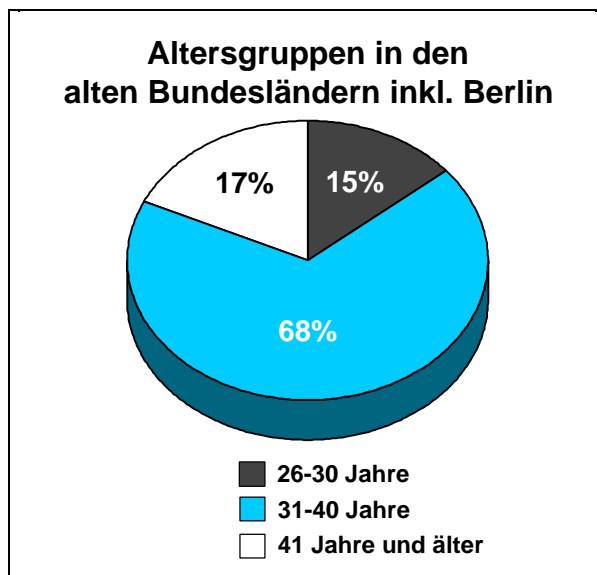


Abbildung 2

© IDZ/APO-B, 2004

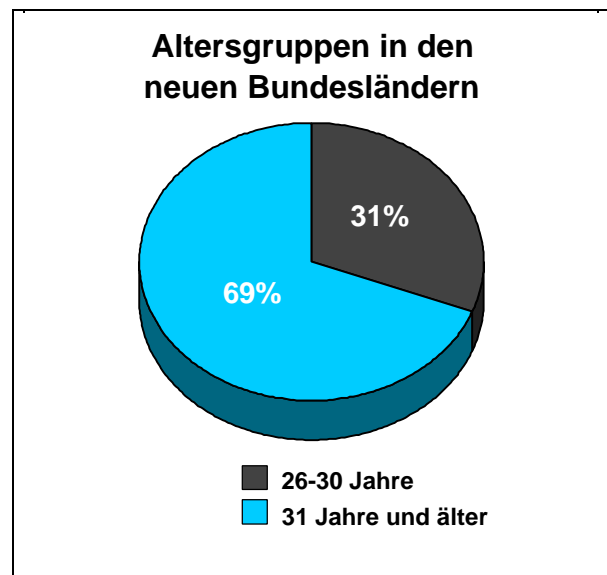


Abbildung 3

© IDZ/APO-B, 2004

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 2003 spiegelbildlich dar: 69 % 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 sechs Prozentpunkte und beträgt aktuell 31 %. Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung knapp 36 Jahre, in Ostdeutschland lag das Durchschnittsalter bei 33 Jahren.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur sind mittlerweile weitgehend nivelliert. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 36 Jahre alt, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt knapp ein 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 unteren wie in der mittleren Altersgruppe die verbreitetste Form der Niederlassung war, während in der Altersgruppe der über 40-Jährigen nach wie vor die Einzelpraxisneugründung bevorzugt wird (vgl. Abb. 4). Hier stieg der Anteil der Einzelpraxisneugründungen gegenüber dem Vorjahr sogar deutlich um 12 Prozentpunkte auf 45 % an.

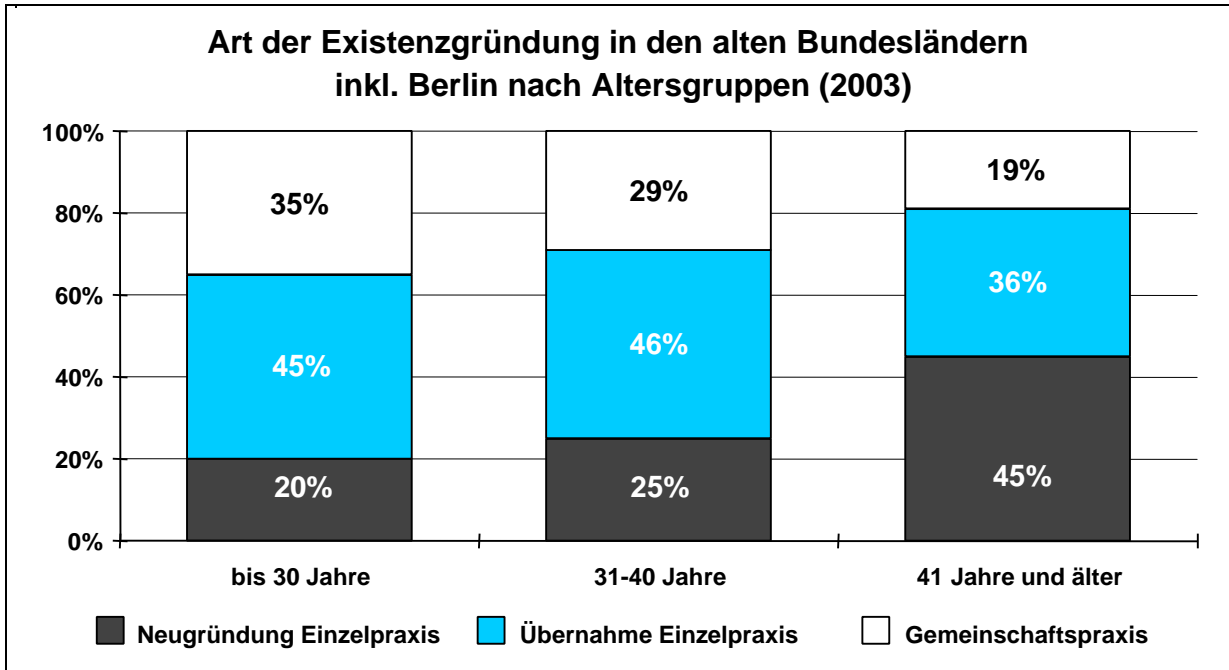


Abbildung 4

© IDZ/APO-B, 2004

Bei der Gemeinschaftspraxis stellt sich das altersspezifische Verteilungsmuster spiegelbildlich zur Einzelpraxisneugründung dar. Die Gemeinschaftspraxis wird von der Altersgruppe der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) am stärksten präferiert. Mit einem Anteil von 35 % erreichte die Gemeinschaftspraxis im Jahr 2003 einen neuen Höchstwert. Im Vorjahr hatten sich 31 % der jungen zahnärztlichen Existenzgründer (bis 30 Jahre) für die Gründung bzw. den Eintritt in eine Gemeinschaftspraxis entschieden. 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 2003 klare Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Im Gegensatz zu den **alten Bundesländern**, in denen 61 % der Existenzgründungen durch Männer und 39 % durch Frauen realisiert wurden (vgl. Abb. 5), war die Geschlechterverteilung in den **neuen Bundesländern** nahezu spiegelverkehrt (vgl. Abb. 6). Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der weiblichen Existenzgründer in den alten Bundesländern um 4 Prozentpunkte und in den neuen Bundesländern um 8 Prozentpunkte gestiegen, ein Indiz für den anhaltenden Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes.



Abbildung 5

© IDZ/APO-B, 2004

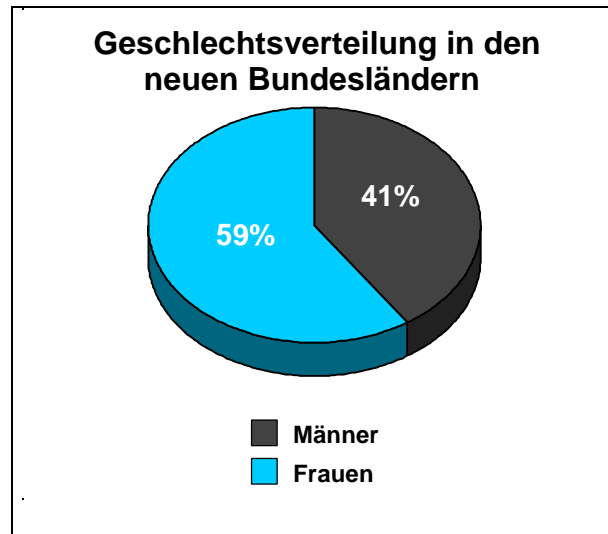


Abbildung 6

© IDZ/APO-B, 2004

Wie Abbildung 7 zeigt, ist die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter die bevorzugte Niederlassungsform, gefolgt von der Gemeinschaftspraxis sowie der Einzelpraxisneugründung. Bei den Zahnärztinnen ist mit einem Anteilswert von 33 % eine vergleichsweise stärkere Präferenz für die Gemeinschaftspraxis als Niederlassungsform erkennbar, während sich die männlichen Existenzgründer mit einem Anteilswert von 31 % relativ häufiger für die Neugründung einer Einzelpraxis entscheiden.

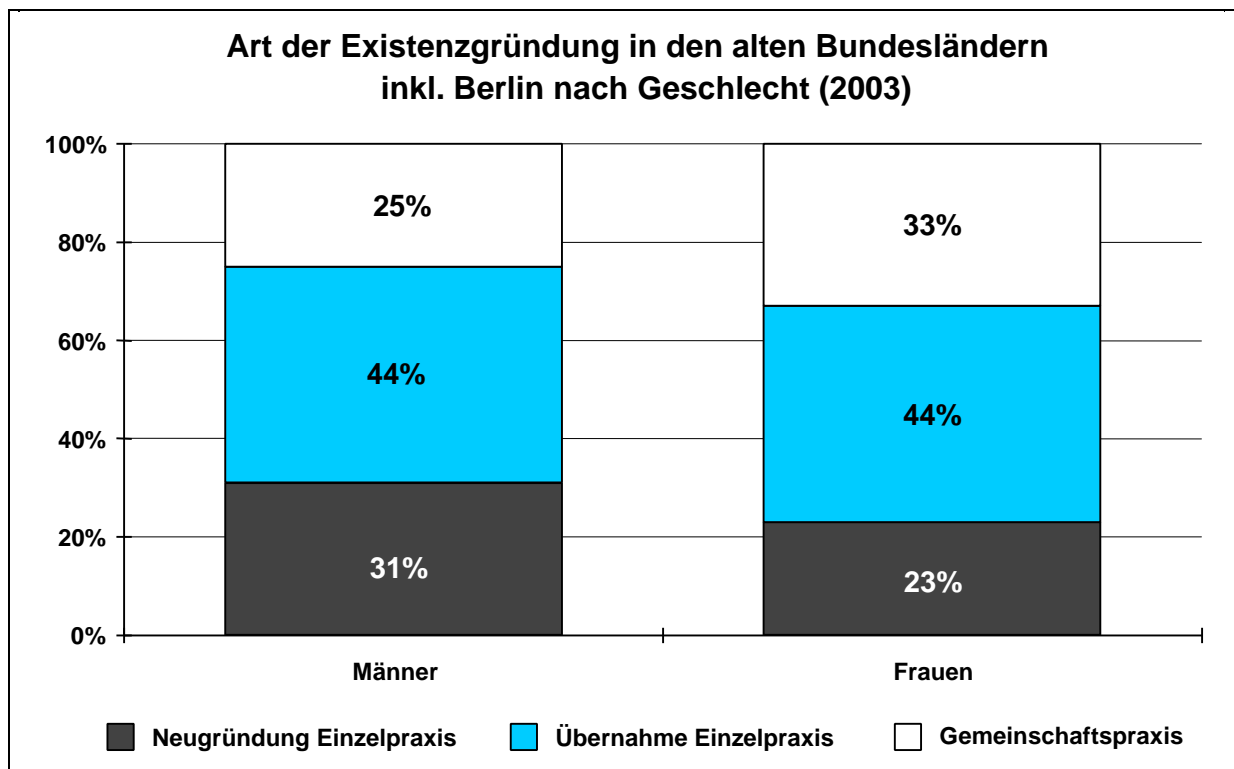


Abbildung 7

© IDZ/APO-B, 2004

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 (36 %) im Vergleich zum Vorjahr (29 %) zugenommen hat. Gleichzeitig ist der Anteil im mittelstädtischen Umfeld von 18 % auf 14 % und in ländlichen Gebieten um 4 Prozentpunkte auf 27 % zurückgegangen (vgl. Abb. 8).

In den **neuen Bundesländern** wurden nach wie vor die meisten Existenzgründungen im ländlichen Raum vorgenommen (vgl. Abb. 9). Gegenüber dem Vorjahr wurden vermehrt Existenzgründungen im kleinstädtischen Umfeld realisiert, während der Anteil der Niederlassungen in den Mittelstädten zurückgegangen ist.

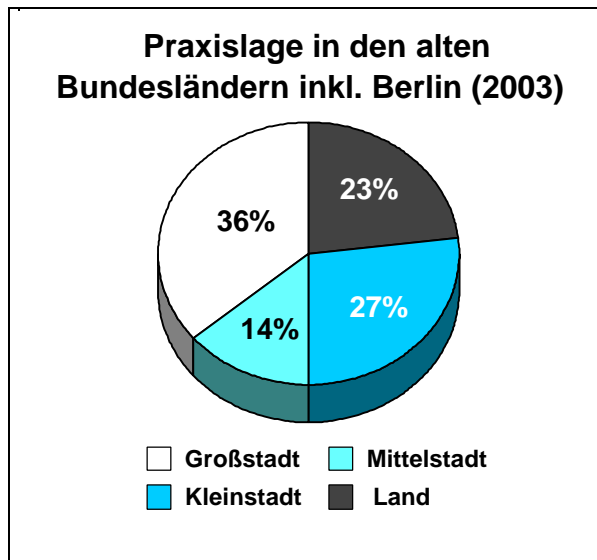


Abbildung 8

© IDZ/APO-B, 2004

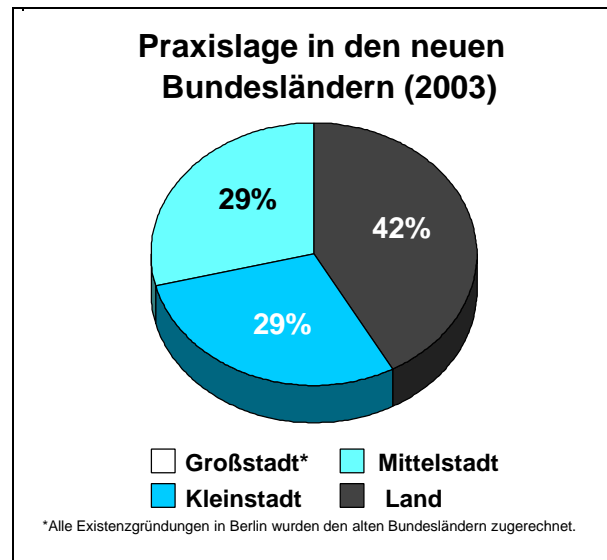


Abbildung 9

© IDZ/APO-B, 2004

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich eine relative Bevorzugung der Einzelpraxisneugründung in ländlich geprägten Gebieten. Demgegenüber hat die Einzelpraxisübernahme im ländlichen Bereich mit einem Anteil von 35 % den früheren Stellenwert (2001: 51 %) eingebüßt. Im großstädtischen Umfeld ist umgekehrt die Bedeutung der Einzelpraxisübernahme mit einem Anteilswert von 52 % hervorzuheben, während die Einzelpraxisneugründung mit einem Anteilswert von 19 % (2002: 24 %) anteilmäßig hinter die Gemeinschaftspraxen zurückgefallen ist.

Bei der Verteilung der Niederlassungsformen im großstädtischen Bereich fällt auf, dass der Anteil der Gemeinschaftspraxen gegenüber dem Vorjahr mit 29 % um 5 Prozentpunkte gestiegen ist, während sich der im Vorjahr noch zu beobachtende Trend zur Gemeinschaftspraxis in den anderen Regionen nicht weiter fortgesetzt hat. Dennoch gilt für alle Praxislagen, dass die Gemeinschaftspraxis als Praxisform weiterhin gefragt ist und gegenüber 2001 spürbar zugelegt hat.

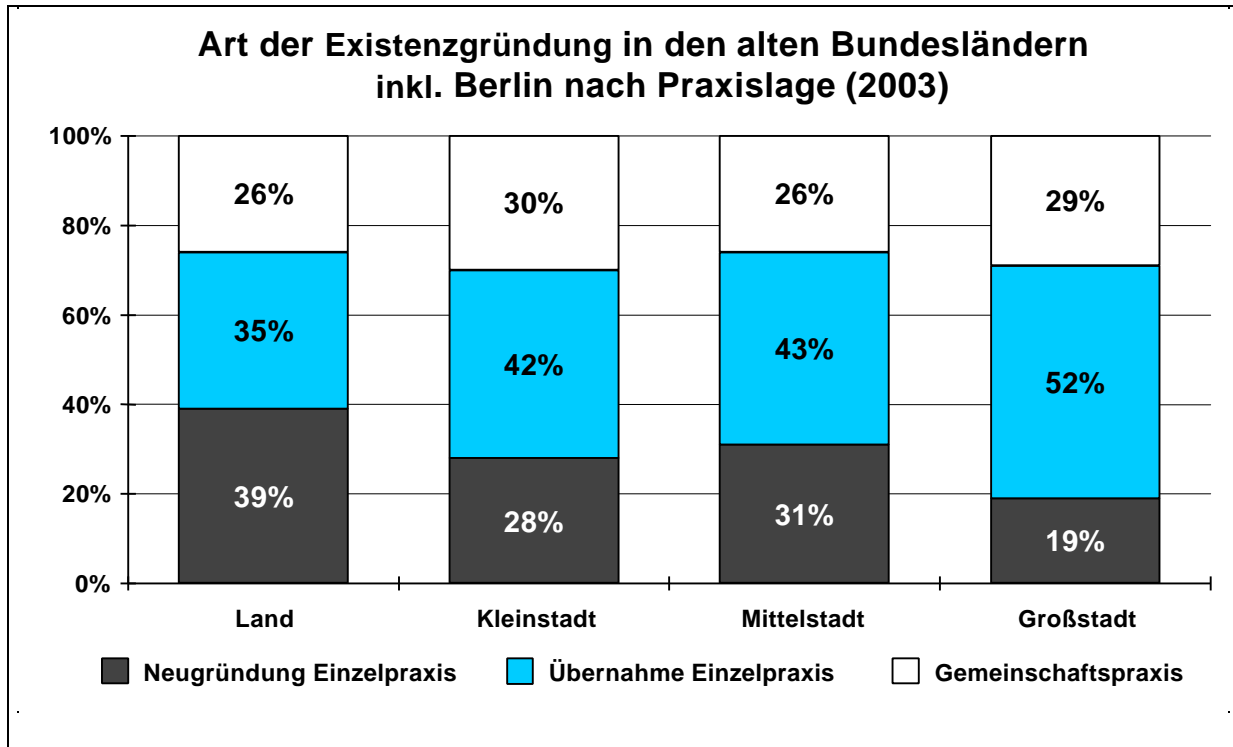


Abbildung 10

© IDZ/APO-B, 2004

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 1994 bis 2003 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)	1994	1995	1996	1997	1998
med.-techn. Geräte und Einrichtung	168	174	182	183	186
+ Bau- und Umbaukosten	30	29	39	34	31
= Praxisinvestitionen	198	203	221	217	217
+ Betriebsmittelkredit	55	58	63	63	65
= Finanzierungsvolumen	253	261	284	280	282

Tabelle 2a

Angaben in 1.000 Euro

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

Tabelle 2b

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)	1994	1995	1996	1997	1998
Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	127	103	113	116	104
+ Goodwill	57	67	61	80	81
+ Bau- und Umbaukosten	12	10	11	11	13
= Praxisinvestitionen	196	180	185	207	198
+ Betriebsmittelkredit	47	48	53	54	58
= Finanzierungsvolumen	243	228	238	261	256

Tabelle 3a

Angaben in 1.000 Euro

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

Tabelle 3b

Angaben in 1.000 Euro

Im Jahr 2003 entfielen 64 % des Finanzierungsvolumens einer **Einzelpraxisneugründung** auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 14 % auf die Bau- und Umbaukosten und 22 % auf den Betriebsmittelkredit. Im langfristigen Trend hat sich damit die Verteilung der Kostenanteile als relativ stabil erwiesen.

Bei einer **Einzelpraxisübernahme** wurden 2003 durchschnittlich 43 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 31 % für den Goodwill, 4 % für die Bau- und Umbaukosten und 22 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Damit entspricht die prozentuale Zusammensetzung des Jahres 2003 weitestgehend der der Jahre 1998 bis 2002. 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 (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 Inkrafttreten 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 2003 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.

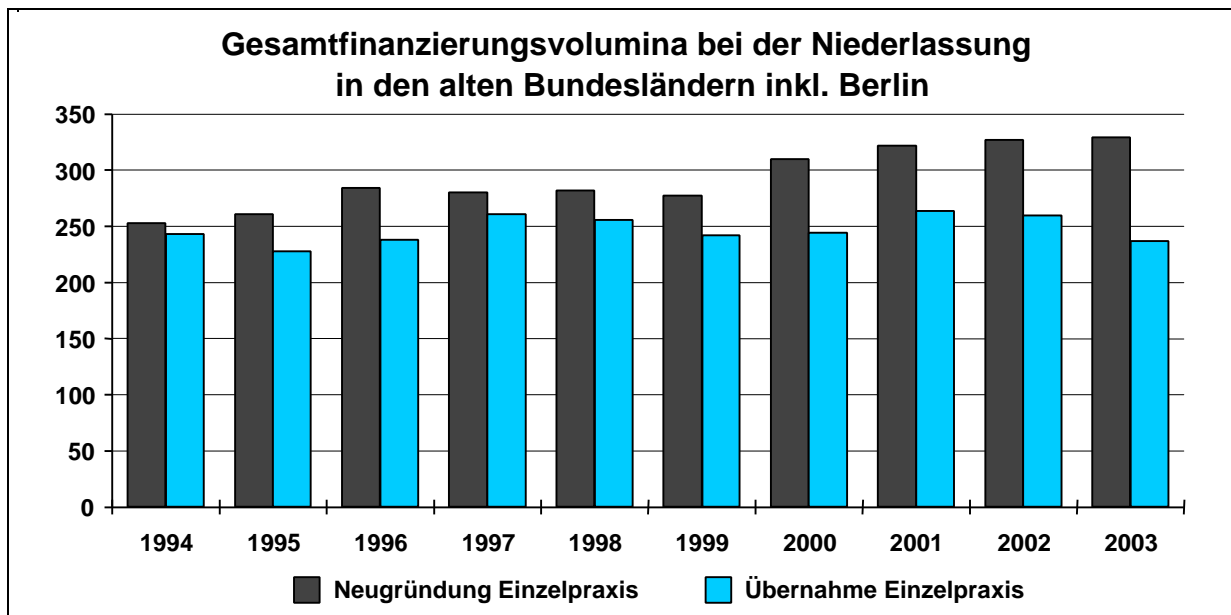


Abbildung 11

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2004

Der deutliche Rückgang des durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumens bei einer Einzelpraxisübernahme hatte zur Folge, dass der Unterschied zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme im Jahr 2003 um 25.000 Euro zunahm. Aktuell beträgt die Differenz der Investitionsvolumina für die Neugründung und die Übernahme einer Einzelpraxis 92.000 Euro, womit der Differenzbetrag im Beobachtungszeitraum einen neuen Höchstwert erreicht hat (vgl. Abb. 12).

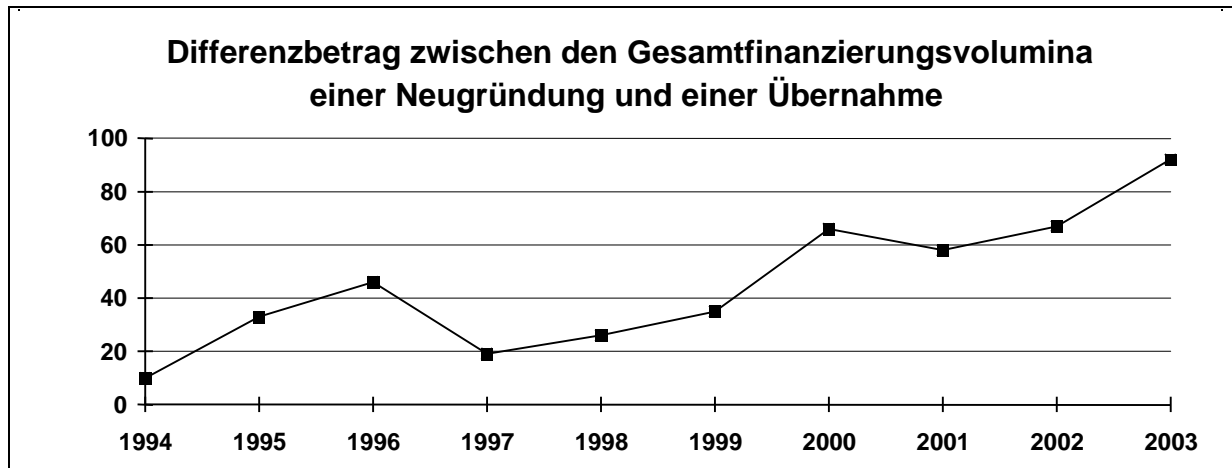


Abbildung 12

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2004

Eine nach **Alter differenzierte Betrachtung** zeigt, dass zahnärztliche Existenzgründer, die im Jahr 2003 das 30. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten, mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 343.000 Euro (2002: 322.000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierten. Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 232.000 Euro nahm das finanzielle Engagement dieser Altersgruppe bei einer Einzelpraxisübernahme gegenüber dem Vorjahr hingegen um 20.000 Euro bzw. 8 % ab. Die höchsten Investitionen für eine Einzelpraxisübernahme tätigten wie schon im Vorjahr die 31- bis 40-jährigen Existenzgründer mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 242.000 Euro. Im Vorjahr lag das Finanzierungsvolumen dieser Altersgruppe noch bei 270.000 Euro. In der Gruppe der 41-jährigen und älteren Existenzgründer wurden bei einer Einzelpraxisneugründung im Schnitt 332.000 Euro investiert, bei der Einzelpraxisübernahme lag das Investitionsvolumen dieser Altersgruppe mit 216.000 Euro im Jahr 2003 nur knapp unter dem Vorjahresniveau (222.000 Euro). Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bezüglich des jeweiligen Finanzierungsvolumens sind insofern tendenziell zurückgegangen.

In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 338.000 Euro (+1 %) bzw. 240.000 Euro (-15 %). Die Investitionsvolumina **weiblicher Zahnärzte** bei der Einzelpraxisneugründung sanken um 1 % auf 308.000 Euro. Bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer entgegen dem allgemeinen Trend mit 233.000 Euro etwa 4 % mehr als im Vorjahr, der Differenzbetrag zu den männlichen Existenzgründern verkleinerte sich infolgedessen gegenüber dem Vorjahr von 60.000 Euro auf 7.000 Euro.

Im Jahr 2003 erforderte die **Einzelpraxisneugründung in einer Kleinstadt** die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 345.000 Euro lag das Fi-

finanzierungsvolumen 6.000 Euro bzw. etwa 2 % über dem Vorjahreswert. Am stärksten stieg das Finanzierungsvolumen bei den Einzelpraxisneugründungen im großstädtischen Bereich mit einer Steigerungsrate von 13 %, während das Finanzierungsvolumen von Einzelpraxisneugründungen in der Mittelstadt gegenüber dem Vorjahr um 14 % sank.

Bei einer **Einzelpraxisübernahme** war das höchste Finanzierungsvolumen in einer **Mittelstadt** aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme mit 286.000 Euro zu Buche, was einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr um 33.000 Euro bzw. 13 % entspricht. Demgegenüber sank das bei einer Einzelpraxisübernahme im kleinstädtischen Umfeld aufzubringende durchschnittliche Finanzierungsvolumen um 19 % auf 228.000 Euro.

Vergleichsweise günstig sind Existenzgründungen nach wie vor im ländlichen Bereich. Einzelpraxisneugründungen wurden hier mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 317.000 Euro realisiert, bei Einzelpraxisübernahmen betrug das Finanzierungsvolumen im Schnitt 205.000 Euro. In der Kleinstadt war der Differenzbetrag zwischen den beiden Niederlassungsformen am größten (117.000 Euro), während der Unterschied in der Mittelstadt lediglich 33.000 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 Höchstinanspruchnahme (sog. Kreditlinie) gewährt. Nachdem sich der Betriebsmittelkredit bei der Neugründung in den Jahren 1996 bis 1999 auf einen Wert von rund 64.000 Euro eingependelt hatte, stieg er im Jahr 2000 auf 69.000 Euro, erreichte in den Jahren 2001 und 2002 mit 75.000 Euro einen neuen Höchstwert, um im Jahr 2003 wiederum leicht auf 73.000 Euro zu sinken. Der im Rahmen einer Praxisübernahme gewährte Betriebsmittelkredit lag im Jahr 2003 mit 52.000 Euro um 3.000 Euro unter dem Vorjahreswert (vgl. Abb. 13).

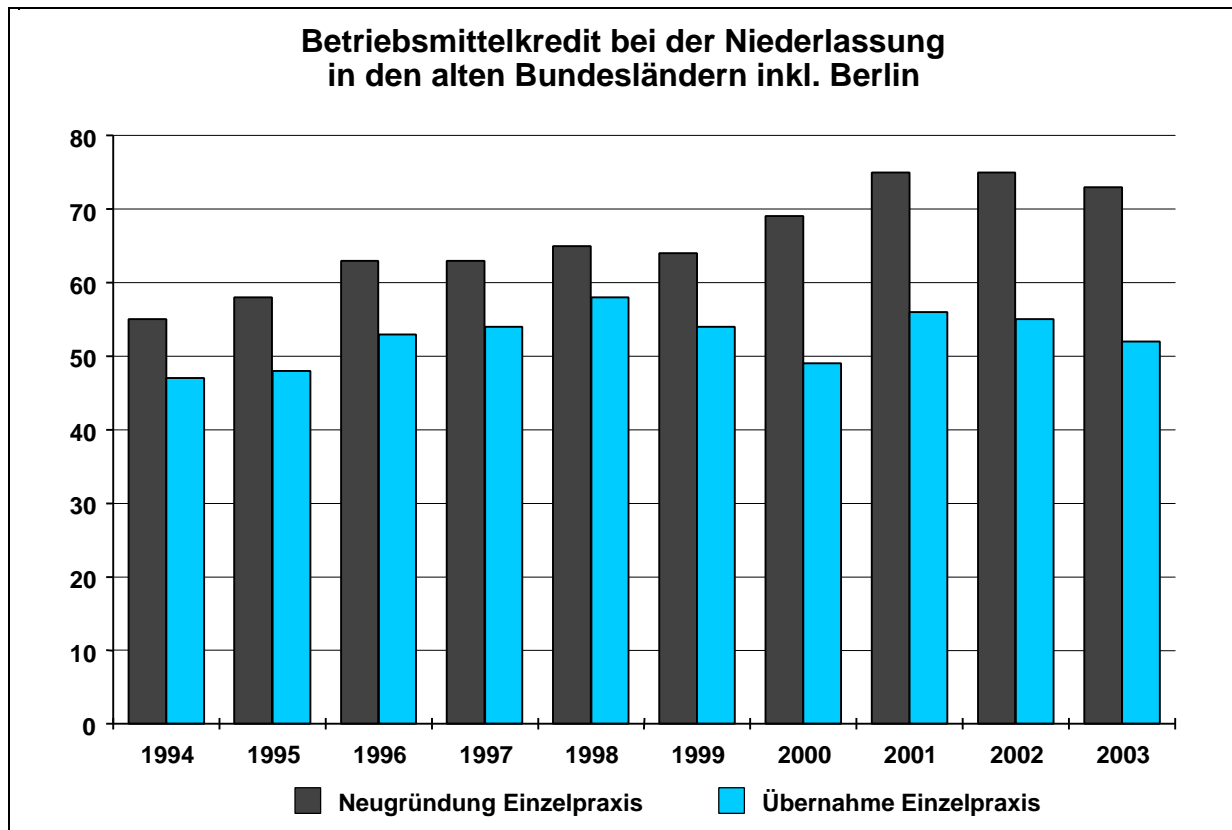


Abbildung 13

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2004

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach Altersgruppen ergibt ein uneinheitliches Bild. Von den bis 30-jährigen Zahnärzten wurden im Jahr 2003 deutlich geringere Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt als im Vorjahr. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittelkredit sank in dieser Altersgruppe um 11 % auf 62.000 Euro; bei einer Praxisübernahme wurde ein Betrag von 49.000 Euro benötigt, d. h. etwa 17 % weniger als im Vorjahr. Mit 75.000 Euro (2002: 80.000 Euro) wurde der **höchste Betriebsmittelkredit** bei einer Einzelpraxisneugründung von 31- bis 40-jährigen Zahnärzten nachgefragt. In der Gruppe der über 41-jährigen Zahnärzte lag der Betriebsmittelkredit für eine Einzelpraxisneugründung mit 71.000 Euro etwa 13 % über dem Wert des Vorjahres.

Anders als noch im Vorjahr zeigten sich bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit 76.000 Euro einen um 12.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen. Auch bei einer Einzelpraxisübernahme lag der Betriebsmittelkredit der männlichen Existenzgründer mit 54.000 Euro etwa 6.000 Euro über dem entsprechenden Betrag der Frauen.

Bei der Existenzgründung beeinflusst neben dem Alter und dem Geschlecht des Zahnarztes auch der Praxisstandort die Höhe des Betriebsmittelkredits. So lag der Betriebsmittelkredit bei einer Einzelpraxisübernahme auf dem Land mit 48.000 Euro deutlich unter dem entsprechenden Wert in einer Mittelstadt (59.000 Euro).

4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Im Jahr 2003 stiegen die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung um 3.000 Euro auf 46.000 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 erreichten im Jahr 2003 den historischen Tiefstwert von 9.000 Euro (vgl. Abb. 14). Die Differenz zwischen den beiden Praxisformen hinsichtlich der Bau- und Umbaukosten hat sich somit seit 1999 von 15.000 Euro auf 35.000 Euro deutlich erhöht.

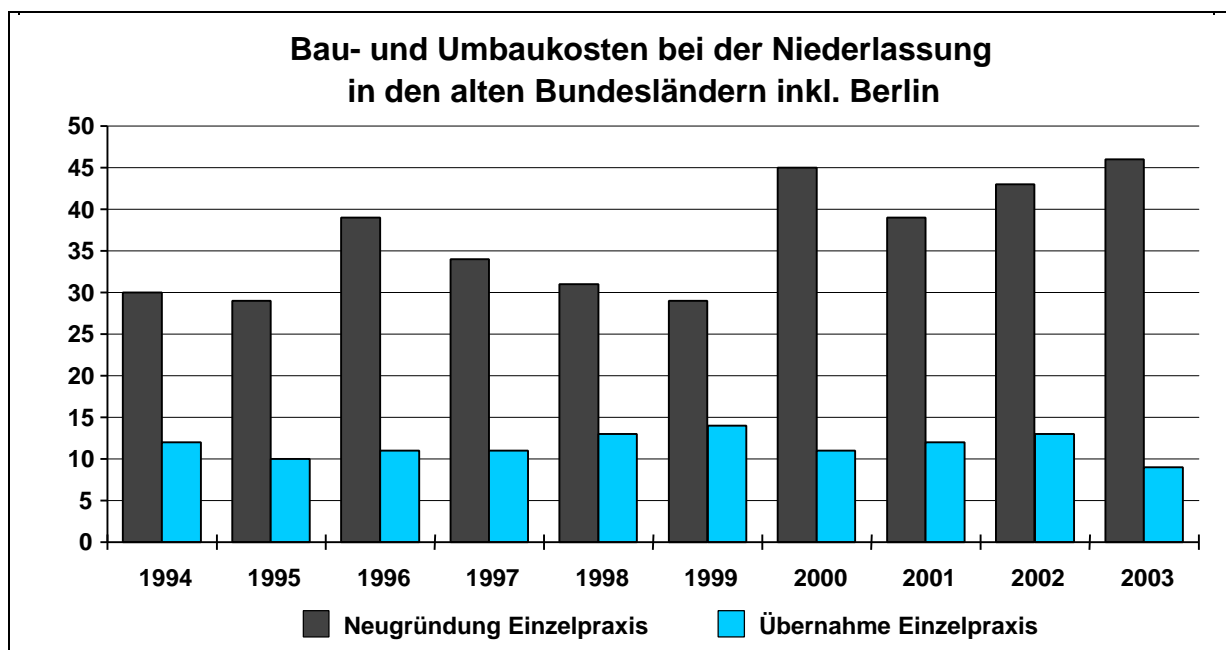


Abbildung 14

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2004

Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Insbesondere bei der Einzelpraxisneugründung macht sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle bemerkbar. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Praxisneugründung in der Großstadt mit 64.000 Euro (2002: 46.000 Euro) zu Buche schlugen, betragen sie im ländlichen Bereich 49.000 Euro (2002: 34.000 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 1,4 zu 1 im Jahr 1999. Die rückläufige Entwicklung beim Substanzwert der übernommenen Praxen wurde im Jahr 2000 gestoppt; in den beiden letzten Jahren sank der Substanzwert allerdings erneut auf aktuell 60.000 (vgl. Abb. 15).

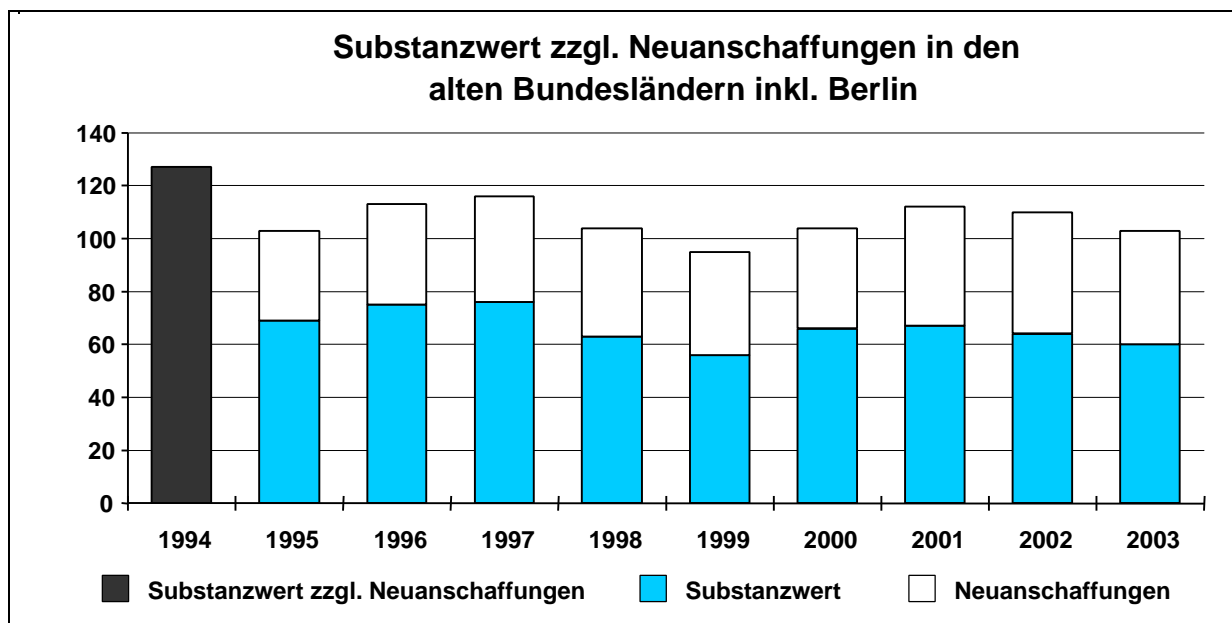


Abbildung 15

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2004

Die Ausgaben für den **Substanzwert** und die **Neuanschaffungen** haben sich in den verschiedenen Altersgruppen uneinheitlich entwickelt. Bei den über 40-jährigen Zahnärzten ist eine Zunahme des Substanzwertes um 14 % auf 64.000 Euro zu verzeichnen, in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen sank der Substanzwert gleichzeitig um 9 % auf 62.000 Euro. Die Ausgaben für Neuanschaffungen stiegen im Jahr 2003 bei den bis 30-jährigen Zahnärzten deutlich um 15 % auf 61.000 Euro und bei den über 40-jährigen Zahnärzten um 19 % auf 37.000 Euro. In der Gruppe der 31- bis 40-jährigen zahnärztlichen Existenzgründer sanken die Ausgaben für Neuanschaffungen hingegen um 15 % auf 40.000 Euro.

Eine nach Verstärkergrad differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt ebenfalls ein unterschiedliches Entwicklungsmuster. Gegenüber dem Vorjahr fiel der Substanzwert im kleinstädtischen Umfeld um 23 % auf 51.000 Euro ab; in allen anderen Praxislagen blieb der Rückgang mit 2 bis 3 % vergleichsweise moderat. In **ländlichen Gebieten** war mit rund 64.000 Euro der höchste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden. Zugleich halbierten sich die Ausgaben für Neuanschaffungen in den ländlichen Gebieten mit einem Rückgang auf

29.000 Euro nahezu. Die Ausgaben für Neuanschaffungen waren mit 62.000 Euro (Vorjahr: 42.000 Euro) in Mittelstädten 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, 2003) 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 2002 weitgehend bestätigt (vgl. Abb. 16).

Die Veränderung des Einnahmenüberschusses zwischen 1999 und 2000 betrug in den alten Bundesländern etwa 7 % (vgl. KZBV, 2002) 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.

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill steigt. Das Verhältnis zwischen **Goodwill und Vorjahresumsatz**¹ liegt in 38 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 23 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20 und in 15 % 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.

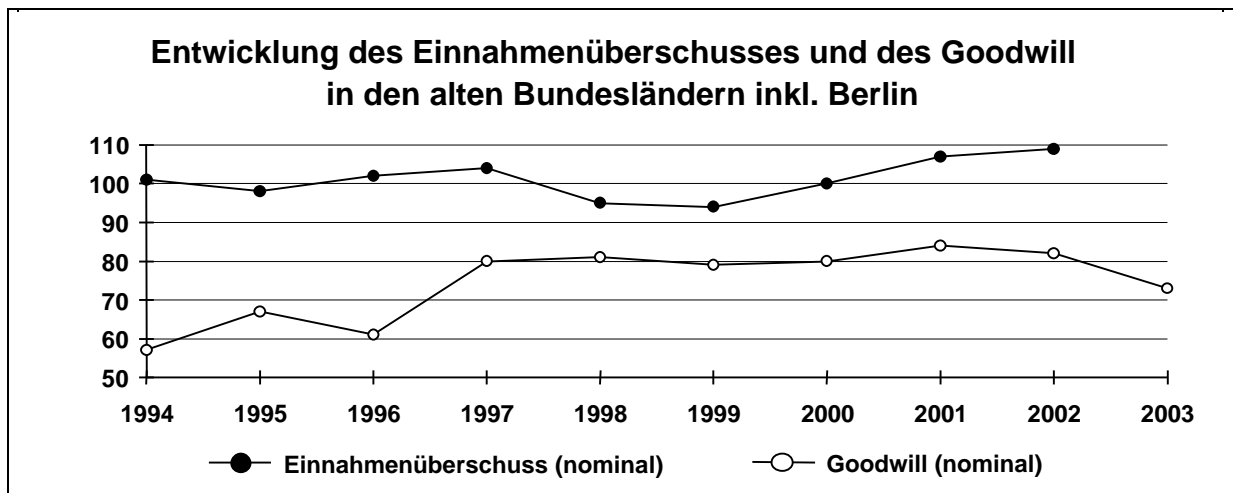


Abbildung 16

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2004

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

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

Der arztgruppenbezogene Vergleich der für eine Praxisneugründung aufzubringenden Finanzmittel in den Jahren 2002/2003 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 2001/2002 (vgl. IDZ, 2003) deutlich macht, mit knapp über 1 % vergleichsweise moderat. Die höchsten Steigerungsraten verzeichneten die Hautärzte mit einem Plus von 31 %, gefolgt von den Gynäkologen mit 12 % und den Chirurgen mit 8 % Zuwachs. In anderen Arztgruppen entwickelten sich die Investitionsvolumina indes stark rückläufig, am deutlichsten bei den Kinderärzten mit –40 % sowie den Augenärzten mit –19 %. Die relativ hohe Schwankungsbreite ist u. a. auf die geringere Fallzahlenbesetzung in einzelnen Facharztgruppen zurückzuführen. Subsummiert man die Facharztgruppen unter „Ärzte“, so errechnet sich für diese Gesamtgruppe in 2002/2003 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von ca. 157.000 Euro, was einem Rückgang von 6 % gegenüber dem Zeitraum 2001/2002 entspricht.

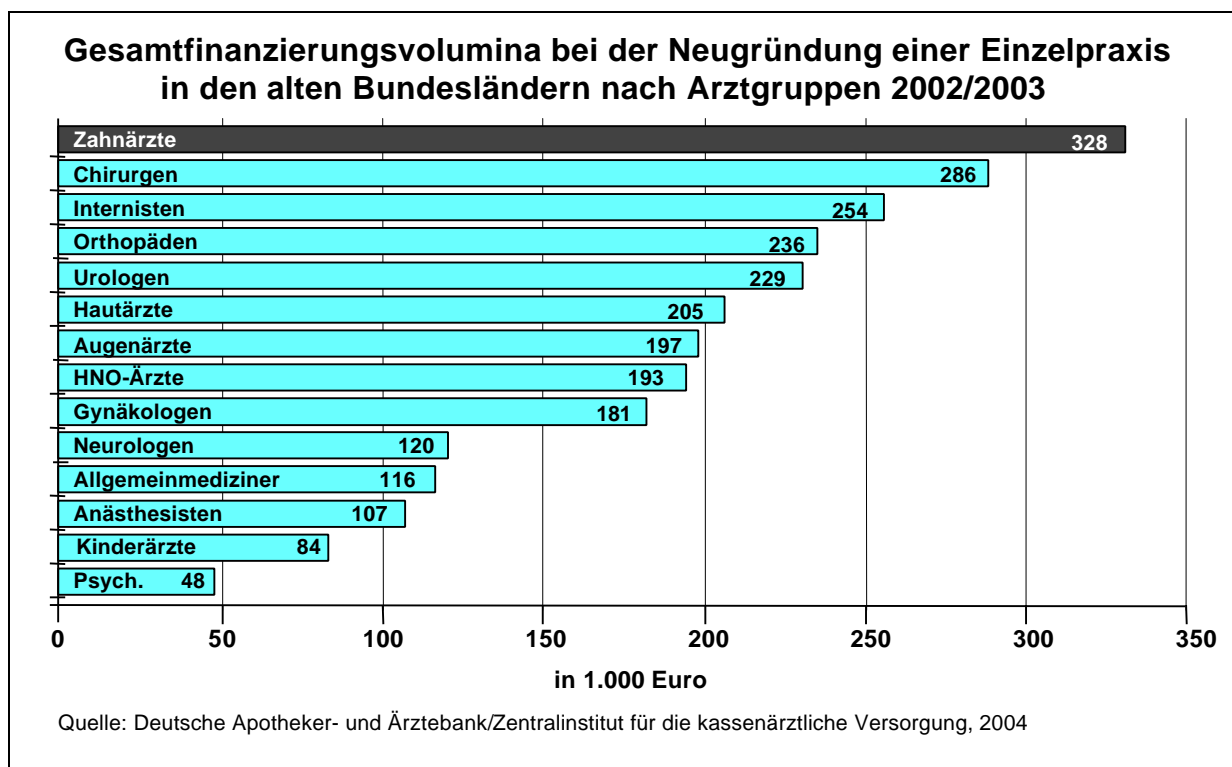


Abbildung 17

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2004

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 gemeinsam vom IDZ und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) - bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte - durchgeführte Befragung (vgl. Schneller und Micheelis, 1997), die auch **Aspekte der subjektiven Berufszufriedenheit** mit einschloss. Demnach spielt die Aussicht auf ein gutes Einkommen und die damit verbundene wirtschaftliche Sicherheit für die Zahnärzte keine

alleinige Rolle. Wichtig scheinen auch Aspekte wie die „Selbstständigkeit/Freiberuflichkeit“, der „Kontakt mit Menschen“ und die „Möglichkeit einen Heilberuf auszuüben“; als unangenehme Seiten des Zahnarztberufes wurden vor allem die wachsenden „staatlichen Eingriffe“, der „Leistungs-/Zeitdruck“ und die „Verwaltungsarbeiten“ genannt. 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 5 entnommen werden. Die empirisch-statistische Aussagekraft dieser Ergebnisse ist nach wie vor durch die im Vergleich zu Westdeutschland geringeren Besetzungszahlen eingeschränkt. In den Jahren 1993 bis 1997 wurden nur sehr wenige Einzelpraxisübernahmen registriert, so dass auf eine statistische Auswertung verzichtet wurde. Gleiches gilt für die Einzelpraxisneugründungen im Jahre 2003. Dies 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 fünf Einzelpraxisübernahmen.

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)	1994	1995	1996	1997	1998
med.-techn. Geräte und Einrichtung	147	148	161	163	140
+ Bau- und Umbaukosten	25	22	31	13	16
= Praxisinvestitionen	172	170	192	176	156
+ Betriebsmittelkredit	41	48	44	48	45
= Finanzierungsvolumen	213	218	236	224	201

Tabelle 4a

Angaben in 1.000 Euro

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)	1999	2000	2001	2002	2003
med.-techn. Geräte und Einrichtung	145	118	137	150	n.a.
+ Bau- und Umbaukosten	18	17	16	9	n.a.
= Praxisinvestitionen	163	135	153	159	n.a.
+ Betriebsmittelkredit	46	44	40	32	n.a.
= Finanzierungsvolumen	209	179	193	191	n.a.

Tabelle 4b

Angaben in 1.000 Euro

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

Tabelle 5

Angaben in 1.000 Euro

Im Jahr 2003 entfielen 47 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisübernahme auf den **Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen**, 31 % auf den Goodwill, knapp über 1 % auf die **Bau- und Umbaukosten** und 21 % auf den **Betriebsmittelkredit**. Gegenüber den Vergleichswerten aus den alten Bundesländern fällt auf, dass der für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen aufgewendete Anteil vier Prozentpunkte höher liegt, während die im Rahmen einer Einzelpraxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten nur ein Bruchteil der entsprechenden Kostengröße in den alten Bundesländern ausmachen.

4.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Aufgrund der geringen Besetzungszahlen sind keine empirisch-statistisch gesicherten Aussagen über die jüngste Entwicklung des Gesamtfinanzierungsvolumens von Einzelpraxisneugründungen in den neuen Bundesländern möglich. Tendenziell dürfte das Gesamtfinanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr jedenfalls deutlich gestiegen sein, womit sich die Differenz der west- und ostdeutschen Finanzierungsvolumina für eine Praxisneugründung wieder verringert haben dürfte. Im Vorjahr lag das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine **Praxisneugründung** bei 58 %.

Eine **Praxisübernahme** in den neuen Bundesländern erforderte 2003 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 165.000 Euro (-5 %). 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 2003 zugleich um 9 % gesunken ist, stieg das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme um 3 Prozentpunkte auf 70 % an.

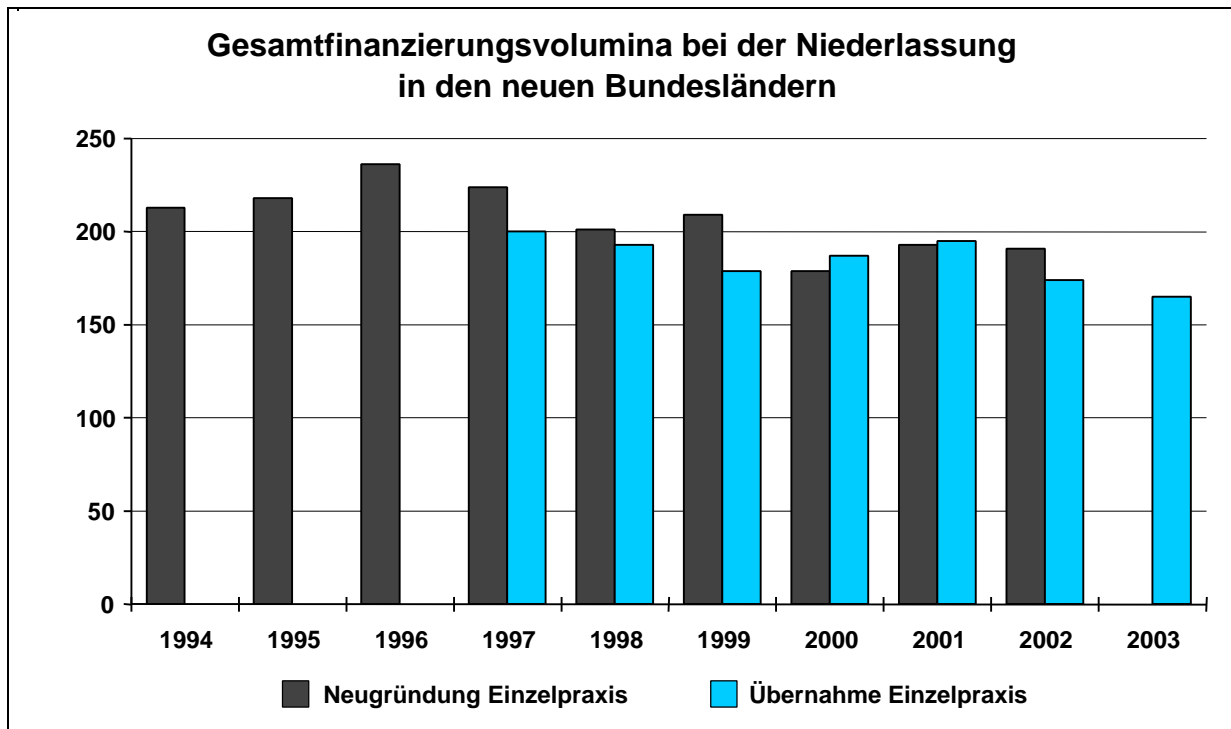


Abbildung 18

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2004

5 Literaturverzeichnis

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 2002/2003 (bisher unveröffentlichtes Material)

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2003. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2003

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Fachbereich Statistik: 2004 (mündliche Auskunft)

Kaufhold, R.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995. IDZ-Information 3/96

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

Klingenberger, D., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2002. IDZ-Information 2/2003

Schneller, T., Micheelis, W.: Berufszufriedenheit des Zahnarztes. Wachsende Unzufriedenheit mit der staatlichen Reglementierung. Ausgewählte Ergebnisse aus einer sozialwissenschaftlichen Erhebung. zm 87, Nr. 23, 01.12.1997, S. 96–100

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