



INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

18. Oktober 2006

## Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2005

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 2005 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2005 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 51 % und in den neuen Bundesländern 67 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- In den alten Bundesländern wählte im Jahr 2005 jeder dritte zahnärztliche Existenzgründer (33 %) die **Gemeinschaftspraxis**. In den neuen Bundesländern entschieden sich 21 % (2004: 8%) der Existenzgründer für die Gemeinschaftspraxis als Praxisform.
- Während in den alten Bundesländern 59 % der Existenzgründungen von Männern und 41 % von Frauen realisiert wurden, war die Geschlechterverteilung in den **neuen Bundesländern** fast ausgeglichen. Hier wurden 51 % der Existenzgründungen von Männern vorgenommen und 49 % von Frauen vorgenommen.
- Im Jahr 2005 erreichte das **Investitionsvolumen für die Neugründung** einer westdeutschen Einzelpraxis mit einem Anstieg von knapp 6 % auf 355.000 Euro einen neuen Höchstwert. Das Investitionsvolumen einer Einzelpraxisübernahme stieg um etwa 4 % auf 264.000 Euro an, so dass die Differenz zwischen beiden Niederlassungsformen aktuell 91.000 Euro beträgt.
- In den Jahren 1997 bis 2004 hat sich der **ideelle Wert** („Goodwill“) bei einer westdeutschen Praxisübernahme – bis auf das Jahr 2003 – als weitgehend stabil erwiesen; im Jahr 2005 sank der ideelle Wert um 7 % auf 76.000 Euro. Für den **Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen** wurden im Jahr 2005 rund 116.000 Euro (+ 6 %) gezahlt.
- Wie schon in den Vorjahren wurde das **zahnärztliche Investitionsvolumen** für eine Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern auch im Zeitraum 2004/2005 im Vergleich zu den ärztlichen Investitionen **von keiner anderen medizinischen Facharztgruppe übertroffen**.

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

Weitere Exemplare dieser IDZ-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](http://www.idz-koeln.de)) herunterzuladen.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis (IDZ)

## Abstract

### Investments for setting up a dental practice in 2005

Since 1984 the Institute of German Dentists (IDZ) – in cooperation with the Deutsche Apotheker- und Ärztebank/Düsseldorf – analyses the investments of dentists when establishing a practice. For the year 2005 the main results are as follows:

- **Buying an established solo practice** was the most frequent form of setting up a dental practice in 2005. In West Germany 51 % of the dentists decided to choose this way to self-employment, in East Germany their number amounted to 67 %.
- In West Germany one third (33 %) started practice by joining a **practice partnership**.
- Compared to West Germany where 59 % of the dentists setting up a new practice were men and 41 % were women, the distribution of genders in **East Germany** was almost balanced. There 51 % of the dentists setting up a new practice were men, whereas 49 % were women.
- The **investment volume for starting a new solo practice** in West Germany in 2005 increased by approx. 6 % and thus reached a new peak of 355.000 Euro. The investment volume for buying an established solo practice increased by approx. 4 % to 264.000 Euro, i.e. the difference between the two forms of establishing amounts to 91.000 Euro.
- Over a period of 1997 to 2004 the **real value** (“goodwill”) for the taking over of a practice in West Germany proved to be quite stable (with the exception of 2003); in 2005 the real value however decreased by 7 % to 76.000 Euro. In the same year approx. 116.000 Euro (+ 6 %) were paid for the **capitalised earnings value plus new purchases**.
- Compared with medical practices the **investment volume for setting up a dental solo practice** in West Germany in 2004/2005 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/apoBank.

Additional copies of the IDZ-Information No. 3/2006 can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. Download version in the internet see under [www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de).

# Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2005

Dr. David Klingenberger, Andrea Schwarte

## Gliederungsübersicht

<b>1</b>	<b>Methodische Vorbemerkungen</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten</b> .....	<b>5</b>
3.1	Art der Existenzgründung.....	5
3.2	Alter der Existenzgründer.....	7
3.3	Geschlecht der Existenzgründer .....	9
3.4	Praxislage .....	10
<b>4</b>	<b>Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens</b> .....	<b>12</b>
4.1	Westdeutschland inkl. Berlin .....	12
4.1.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen .....	14
4.1.2	Der Betriebsmittelkredit.....	17
4.1.3	Die Bau- und Umbaukosten .....	18
4.1.4	Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme .	19
4.1.5	Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern .....	22
4.2	Ostdeutschland .....	24
4.2.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen .....	25
<b>5</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>26</b>

## 1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2005 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen in der vorangegangenen Dekade zu analysieren.

Die *Datenbasis* bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst und ausgewertet. Im Jahr 2005 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 768, die sich im Verhältnis 9 zu 1 auf die alten und neuen Bundesländer aufteilten. Die *statistische Auswertung* wurde gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der Deutschen Apothe-

ker- und Ärztebank unter Verwendung von SPSS 12.0 für Windows durchgeführt. Während sie für Westdeutschland einen recht guten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung bietet, sind für Ostdeutschland aufgrund der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle lediglich Trendaussagen möglich.

Im Einzelnen umfasst die statistische Auswertung folgende Größen:

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

## **2 Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen**

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

Die ab dem 1. Januar 1999 geltende Altersgrenze von 68 Jahren, nach deren Erreichen ein Zahnarzt nicht mehr an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen darf, führte dazu, dass die Zahl der Berufsaufgaben 1998 um 80 % über der des Jahres 1997 lag. Der damit verbundene Anstieg zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen blieb nicht ohne Einfluss auf das Niederlassungsgeschehen. Etwa 2.200 Zahnärzte, 15 % mehr als im Vorjahr, realisierten 1998 ihre Existenzgründung. Obwohl im Jahr 1999 die Zahl der Berufsaufgaben deutlich sank, erhöhte sich die Zahl der Niederlassungen weiter auf 2500. *In den Jahren 2000 bis 2005 entwickelten sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen stark rückläufig.* Im Jahr 2005 entschieden sich 1.792 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2006).

Insgesamt wurden in den Jahren 2004/2005 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 2004 (vgl. KZBV, 2005), so zeigt sich, *dass mit diesen Mitteln über 20.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. erhalten wurden.* Die-

se 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 2004 arbeiteten 18,1 % der niedergelassenen Zahnärzte in einer Gemeinschaftspraxis (vgl. KZBV, 2005) –, 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 keine bedeutende Rolle.

Der Anteil der zum Verkauf stehenden Zahnarztpraxen *in den alten Bundesländern* ist im Zeitablauf relativ stabil geblieben und lag im Zeitraum von 2001 bis 2004 jeweils zwischen 44 und 46 %. Im Jahr 2005 stieg der *Anteil der Einzelpraxisübernahmen* erstmals wieder deutlich um 6 Prozentpunkte auf nunmehr 51 % (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 auf 24 % und erreichte im Jahr 2005

mit einem Anteil von 16 % einen historischen Tiefpunkt. Zeitgleich mit dem relativen Bedeutungsverlust der Einzelpraxisneugründung hat die *Gemeinschaftspraxis* in 2002 anteilmäßig um 10 Prozentpunkte auf 30 % zugelegt und somit erstmalig die Einzelpraxisneugründung auf den „letzten Rang“ verwiesen. Im Jahr 2005 kletterte der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den alten Bundesländern weiter auf 33 % und wird somit mittlerweile doppelt so häufig als Praxisform gewählt wie die Einzelpraxisneugründung.

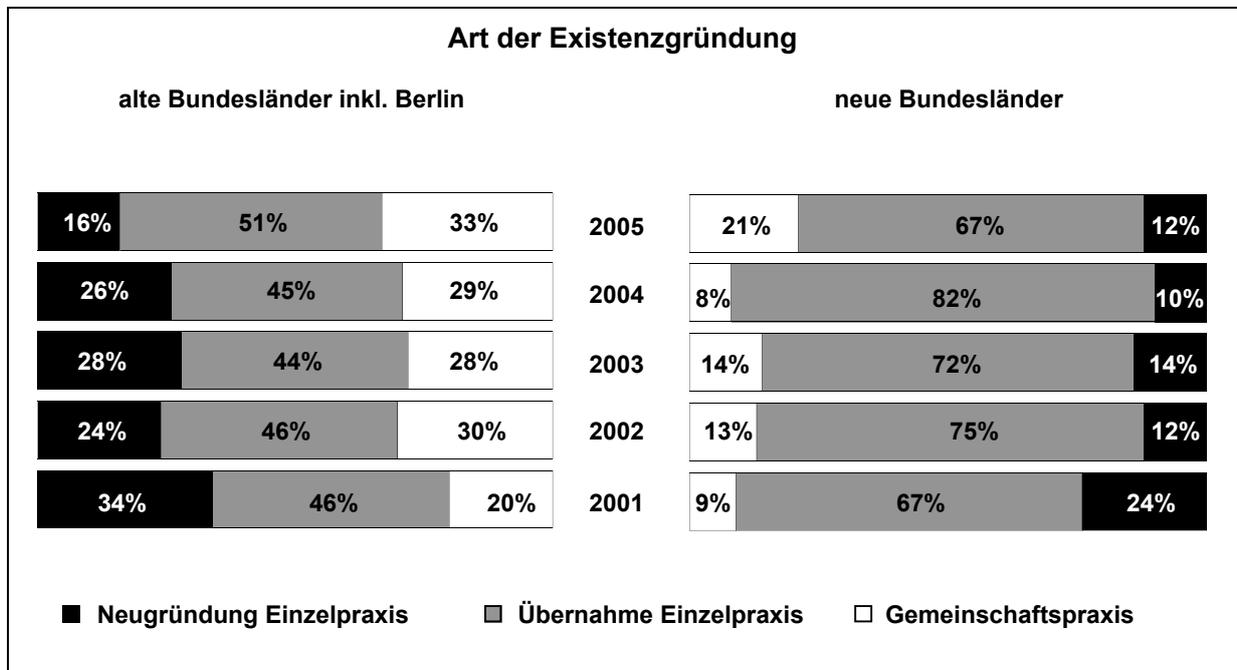


Abbildung 1

© IDZ/apoBank, 2006

In den *neuen Bundesländern* hatte die Einführung der Altersgrenze zur Folge, dass 1998 erstmals die *Übernahme einer Einzelpraxis* die dominierende Niederlassungsform war. Etwa Zweidrittel der zahnärztlichen Existenzgründer entschieden sich damals für den Kauf einer *Einzelpraxis*. In den folgenden Jahren konnte dieses hohe Niveau gehalten bzw. noch weiter ausgebaut werden. Im Jahr 2005 betrug der Anteilswert 67 %. Dies entspricht einer Abnahme um 15 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr. Trotz dieses Rückgangs waren *Einzelpraxisübernahmen* in den neuen Bundesländern im Betrachtungszeitraum deutlich häufiger als in den alten Bundesländern.

Bei den Einzelpraxisneugründungen zeigte sich die entgegengesetzte Entwicklung. Stets entschieden sich die zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern seltener für die Neugründung einer Einzelpraxis als ihre westdeutschen Kollegen. Im Jahre 2005 lag der Anteil mit 12 % noch 4 Prozentpunkte unter dem Anteilswert in den alten Bundesländern. Sowohl in den alten wie in den neuen Bundesländern hat sich der Anteil der Einzelpraxisneugründungen innerhalb von nur vier Jahren halbiert.

Der Anteil der *Gemeinschaftspraxen* lag in der Vergangenheit zwischen 8 % und 14 %; damit fällt dieser Praxisform immer noch nicht die Rolle zu wie in Westdeutschland. Im Jahr 2005 stieg der Anteil der Existenzgründungsfinanzierungen von Gemeinschaftspraxen in den neuen Bundesländern von 8 % sprunghaft auf 21 %.

### 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 14 % (2004: 16 %) gesunken. Der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte betrug 68 % und lag damit etwa auf Vorjahresniveau (1995: 58 %). Der Anteil der über 40-jährigen erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr leicht auf 18 % (vgl. Abb. 2).



Abbildung 2

© IDZ/apoBank, 2006

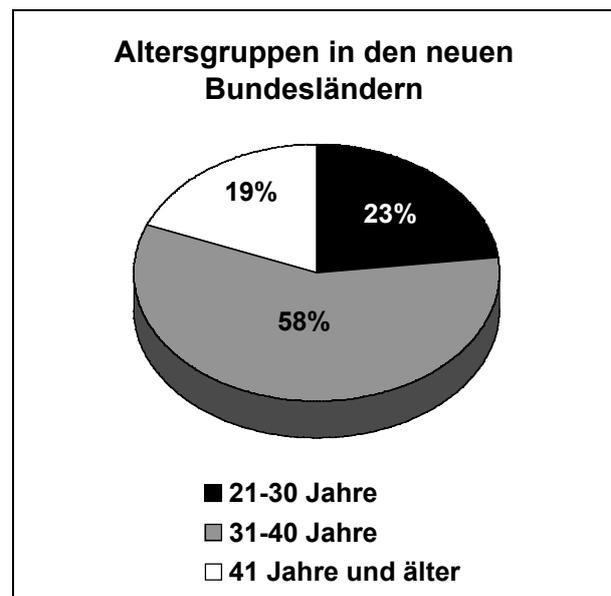


Abbildung 3

© IDZ/apoBank, 2006

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 2005 spiegelbildlich dar: 77 % 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 5 Prozentpunkte und beträgt aktuell 23 %. Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung 36 Jahre; in Ostdeutschland lag das Durchschnittsalter bei 35 Jahren.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur sind mittlerweile weitgehend nivelliert. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 36,2 Jahre alt, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt ein halbes Jahr jünger.

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

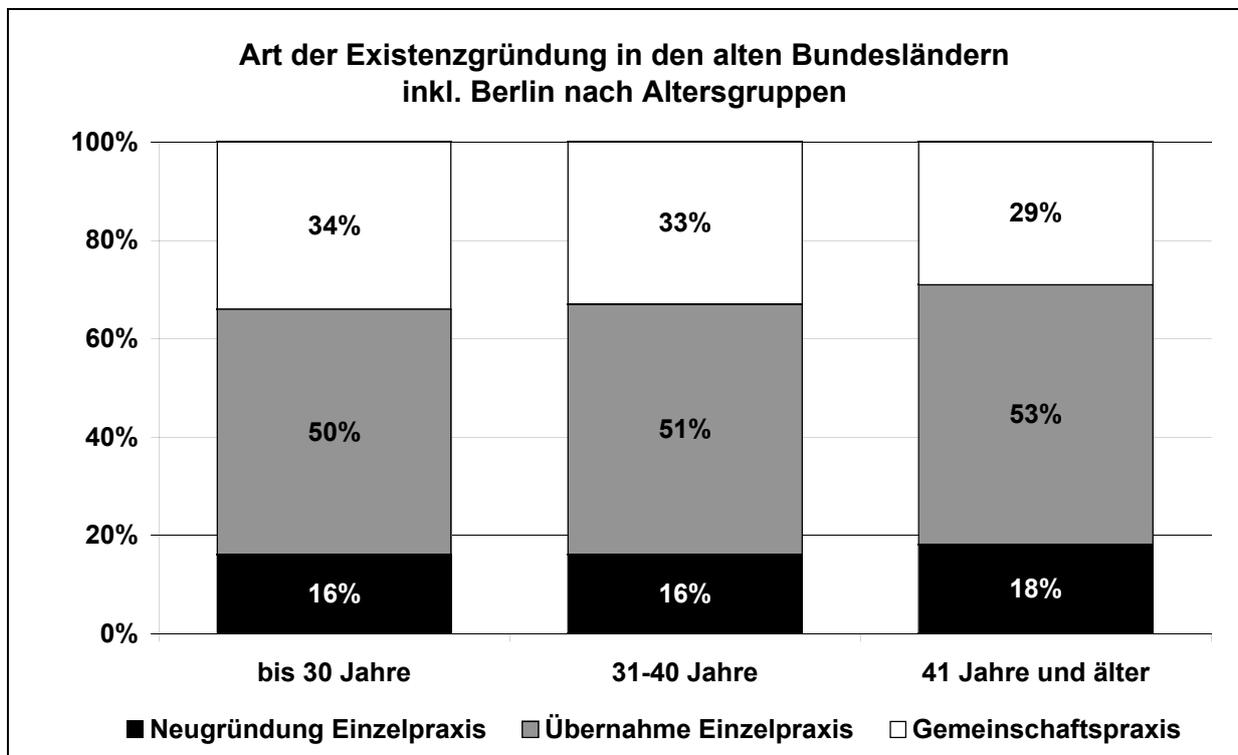


Abbildung 4

© IDZ/apoBank, 2006

Wie in Abbildung 4 ersichtlich, ist die individuelle Präferenz für eine bestimmte Praxisform unter anderem auch altersabhängig. So liegt der Anteil der Gemeinschaftspraxen in der Altersgruppe der über 40jährigen bei 29 %, während diese Niederlassungsform in der Altersgruppe der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer bis 30 Jahre einen Anteilswert von 34 % 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.

### 3.3 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“, die für das Jahr 2000 erstmals statistisch erfasst wurde, zeigt auch für das Jahr 2005 klare Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Im Gegensatz zu den *alten Bundesländern*, in denen 59 % der Existenzgründungen durch Männer und 41 % durch Frauen realisiert wurden (vgl. Abb. 5), war die Geschlechtsverteilung in den *neuen Bundesländern* nahezu ausgeglichen (vgl. Abb. 6). Gegenüber dem Vorjahr fiel der Anteil der weiblichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern um 3 Prozentpunkte und beträgt nun 49 %. Im Jahr 2000 hatte der Anteil der weiblichen Existenzgründer noch bei 69 % gelegen.

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



Abbildung 5

© IDZ/apoBank, 2006

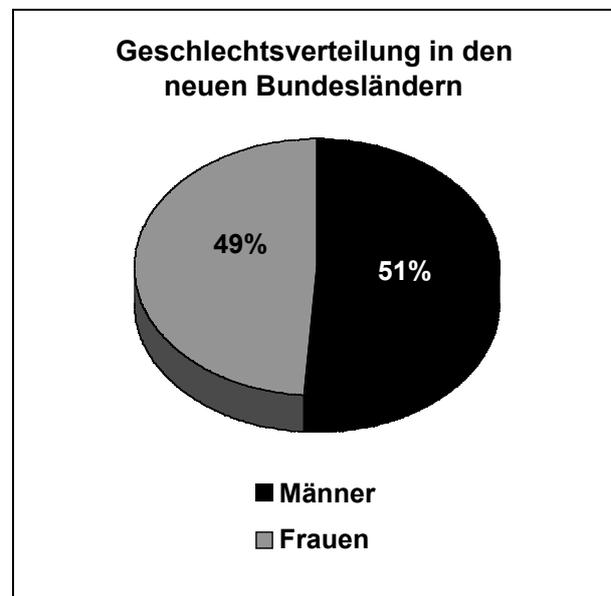


Abbildung 6

© IDZ/apoBank, 2006

Wie Abbildung 7 zeigt, ist die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter die bevorzugte Niederlassungsform. Männliche Existenzgründer präferierten gegenüber dem Vorjahr häufiger Gemeinschaftspraxen (+ 5 Prozentpunkte), während bei den Frauen vor allem die Einzelpraxisübernahme deutlich häufiger als im Vorjahr (+ 11 Prozentpunkte) gewählt wurde. Der Anteil der Einzelpraxisneugründungen als Niederlassungsform ist sowohl bei den Männern (- 7 Prozentpunkte) als auch bei den Frauen (- 14 Prozentpunkte) spürbar zurück gegangen.

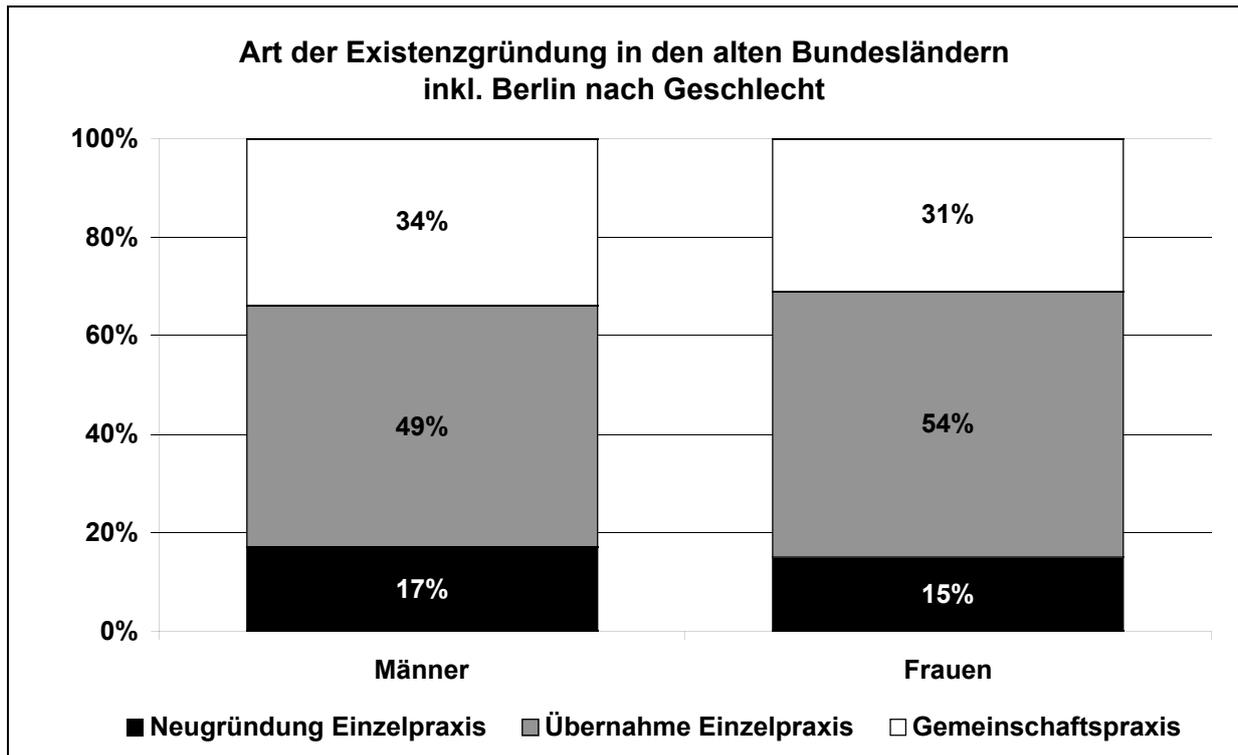


Abbildung 7

© IDZ/apoBank, 2006

### 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 im ländlichen

Umfeld (22 %) im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozentpunkte abgenommen hat, während die Existenzgründungen in den Klein- und Mittelstädten anteilmäßig um jeweils 3 Prozentpunkte zulegen konnten (vgl. Abb. 8).

Auch in den *neuen Bundesländern* sank der Anteil der Existenzgründungen im ländlichen Raum vergleichsweise am stärksten; der Anteil verringerte sich gegenüber dem Vorjahr um 9 Prozentpunkte auf 36 % (vgl. Abb. 9). Gleichzeitig stieg der Anteil der Existenzgründungen im kleinstädtischen Umfeld um 6 Prozentpunkte auf 30 %.

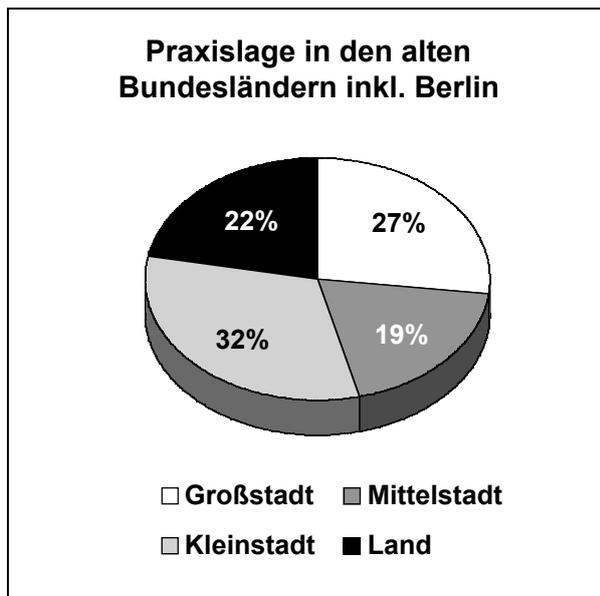


Abbildung 8

© IDZ/apoBank, 2006



Abbildung 9

© IDZ/apoBank, 2006

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich wie im Vorjahr eine relative Bevorzugung der Einzelpraxisübernahme im mittel- und großstädtischen Umfeld. In ländlichen und in mittelstädtischen Lagen wurden hingegen vergleichsweise häufig Einzelpraxisneugründungen realisiert, die in Großstädten mittlerweile recht selten geworden sind. Der Anteil der Einzelpraxisneugründungen hat in allen Praxislagen zum Teil recht deutlich abgenommen, so im kleinstädtischen Bereich um 13 Prozentpunkte auf 20 %. Den sinkenden Anteilswerten bei den Einzelpraxisneugründungen steht ein genereller Bedeutungszuwachs der Gemeinschaftspraxis gegenüber; in großstädtischen Lagen stieg der Anteil der Gemeinschaftspraxen um 11 Prozentpunkte auf 35 %. Lediglich im ländlichen Bereich nahm der Anteil der Gemeinschaftspraxen gegenüber dem Vorjahr um 7 Prozentpunkte auf nunmehr 26 % ab.

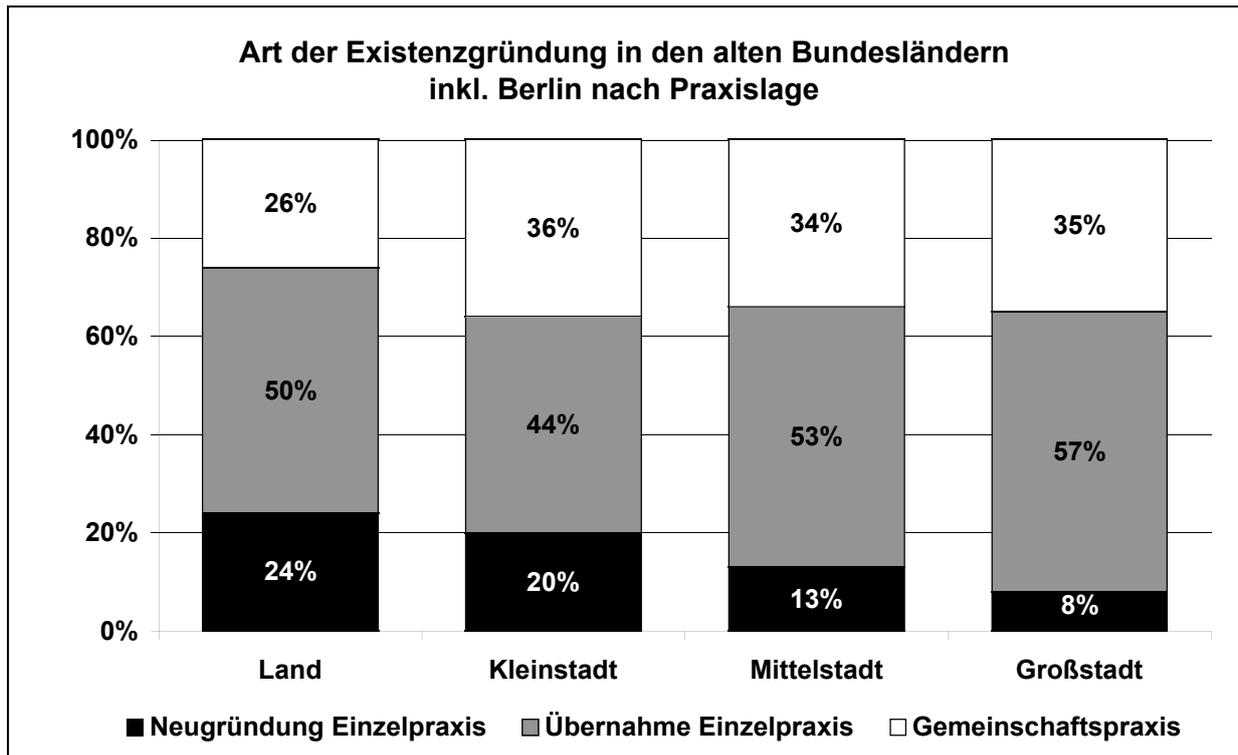


Abbildung 10

© IDZ/apoBank, 2006

## 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 1996 bis 2005 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

<b>Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)</b>	1996	1997	1998	1999	2000
med.-techn. Geräte und Einrichtung	182	183	186	184	196
+ Bau- und Umbaukosten	39	34	31	29	45
= Praxisinvestitionen	221	217	217	213	241
+ Betriebsmittelkredit	63	63	65	64	69
= Finanzierungsvolumen	284	280	282	277	310

Tabelle 2a

Angaben in 1.000 Euro

<b>Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)</b>	2001	2002	2003	2004	2005
med.-techn. Geräte und Einrichtung	208	209	210	216	233
+ Bau- und Umbaukosten	39	43	46	48	40
= Praxisinvestitionen	247	252	256	264	273
+ Betriebsmittelkredit	75	75	73	71	82
= Finanzierungsvolumen	322	327	329	335	355

Tabelle 2b

Angaben in 1.000 Euro

<b>Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)</b>	1996	1997	1998	1999	2000
Substanzwert	75	76	63	56	66
+ Neuanschaffungen	38	40	41	39	38
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	113	116	104	95	104
+ Goodwill	61	80	81	79	80
+ Bau- und Umbaukosten	11	11	13	14	11
= Praxisinvestitionen	185	207	198	188	195
+ Betriebsmittelkredit	53	54	58	54	49
= Finanzierungsvolumen	238	261	256	242	244

Tabelle 3a

Angaben in 1.000 Euro

<b>Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)</b>	2001	2002	2003	2004	2005
Substanzwert	67	64	60	59	62
+ Neuanschaffungen	45	46	43	50	54
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	112	110	103	109	116
+ Goodwill	84	82	73	82	76
+ Bau- und Umbaukosten	12	13	9	10	10
= Praxisinvestitionen	208	205	185	201	202
+ Betriebsmittelkredit	56	55	52	54	62
= Finanzierungsvolumen	264	260	237	255	264

Tabelle 3b

Angaben in 1.000 Euro

Im Jahr 2005 entfielen etwa 66 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxis-neugründung* auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 11 % auf die Bau- und Umbaukosten und 23 % auf den Betriebsmittelkredit. Im langfristigen Trend hat sich damit die Kostenverteilung als weitgehend stabil erwiesen.

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 2005 durchschnittlich 44 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 29 % für den Goodwill, 4 % für die Bau- und Umbaukosten und 23 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Damit entspricht die prozentuale Zusammensetzung des Jahres 2005 weitgehend der des Zeitraumes von 1998 bis 2004. 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 Goodwills 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 nahm das Gesamtfinanzierungsvolumen nur noch um etwa 2 % auf 327.000 Euro, im Jahr 2003 nochmals um knapp 1 % auf 329.000 Euro und im Jahr 2004 um 2 % auf 335.000 Euro zu. Auch im Jahr 2005 folgte die Entwicklung dem Wachstumspfad der vergangenen Jahre; mit einem kräftigen Zuwachs um knapp 6 % stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen auf 355.000 Euro an (vgl. Abb. 11).

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

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 2003 sank das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen von Einzelpraxisübernahmen indes wieder um 9 % auf 237.000 Euro und lag damit in etwa auf dem Niveau des Jahres 1996. Der im Jahr 2004 zu verzeichnende neuerliche Anstieg des durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumens um 8 % auf nunmehr 255.000 Euro verdeutlicht, dass der „Markt“ für Praxisübernahmen sensibel auf Änderungen der Rahmenbedingungen reagiert. Im Jahr 2005 wurde mit einem Anstieg des Gesamtfinanzierungsvolumens um knapp 4 % auf 264.000 Euro die historische Höchstmarke aus dem Jahr 2001 wieder erreicht.

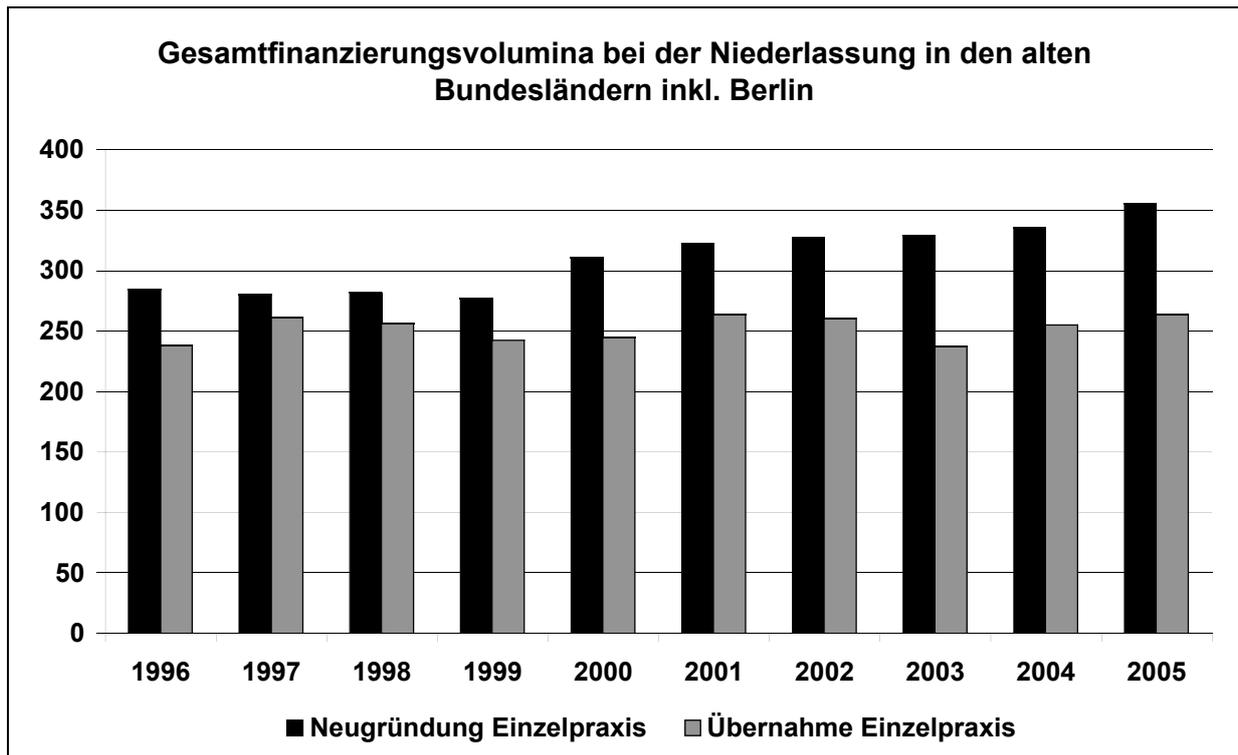


Abbildung 11

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2006

Infolge des recht deutlichen Anstiegs des durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumens bei einer Einzelpraxisneugründung nahm der Unterschied zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme im Jahr 2005 um 11.000 Euro zu. Aktuell beträgt die Differenz 91.000 Euro (vgl. Abb. 12).

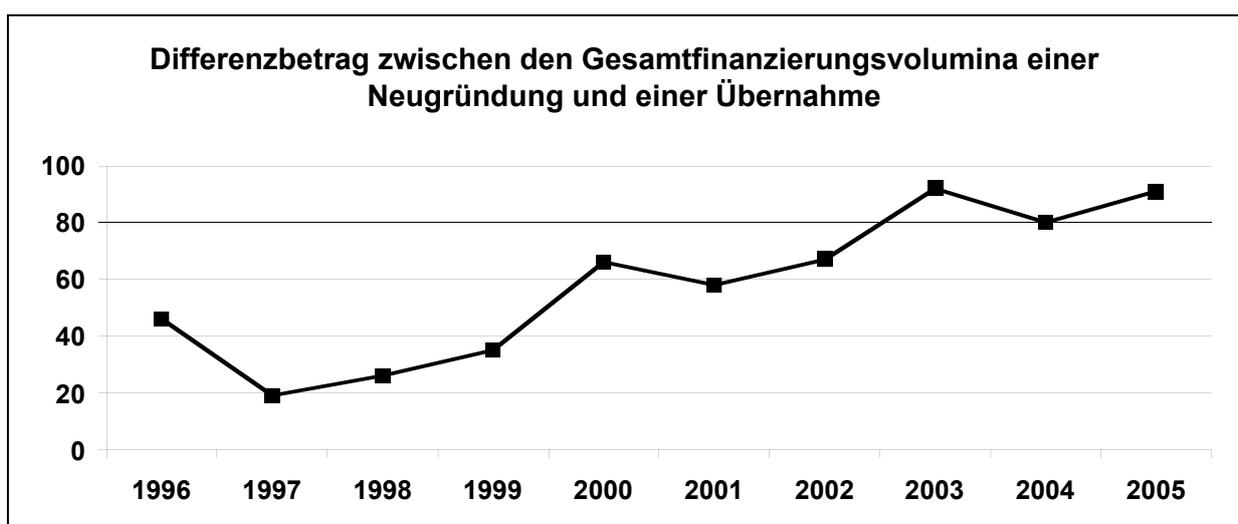


Abbildung 12

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2006

Eine nach *Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer (bis 30 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 371.000 Euro (2004: 312.000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierten. Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 278.000 Euro nahm das finanzielle Engagement der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen bei einer Einzelpraxisübernahme gegenüber dem Vorjahr um 14.000 Euro bzw. 5 % zu, während die jüngeren Zahnärzte hier im Durchschnitt 259.000 Euro – und somit 15.000 Euro bzw. 5 % weniger als im Vorjahr – aufwendeten. Die vergleichsweise geringsten Investitionen tätigte die Gruppe der 41-jährigen und älteren Existenzgründer. Das durchschnittliche Finanzierungsvolumen in dieser Gruppe lag im Jahr 2005 bei durchschnittlich 348.000 Euro (2004: 329.000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung bzw. 224.000 Euro (2004: 213.000 Euro) für eine Einzelpraxisübernahme. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bezüglich des jeweiligen Finanzierungsvolumens haben sich im Jahr 2005 leicht rückläufig entwickelt.

Die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* im Hinblick auf das Investitionsvolumen sind im Jahr 2005 gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert geblieben. In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 392.000 Euro (+5 %) bzw. 287.000 Euro (+5 %). Die Investitionsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung stiegen im gleichen Zeitraum um 6 % auf 301.000 Euro. Auch bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer mit 238.000 Euro etwa 5 % mehr als im Vorjahr.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte die Einzelpraxisneugründung in einer Mittelstadt im Jahr 2005 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 398.000 Euro lag das Finanzierungsvolumen mit einem Plus von 68.000 Euro bzw. 21 % deutlich über dem Vorjahreswert. Auch im großstädtischen Bereich war gegenüber dem Vorjahr ein merklich höheres Finanzierungsvolumen zu veranschlagen. Hier stieg das Finanzierungsvolumen um 59.000 Euro bzw. 19 %. Einzelpraxisneugründungen im kleinstädtischen Umfeld erforderten wie im Vorjahr unverändert ein Finanzierungsvolumen von durchschnittlich 352.000 Euro, während die Einzelpraxisneugründung im ländlichen Bereich etwa 2 % günstiger als im Vorjahr war.

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* war das höchste Finanzierungsvolumen *im großstädtischen Bereich* aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme mit 274.000 Euro zu Buche (2004: 246.000 Euro). Im ländlichen Umfeld waren Einzelpraxisübernahmen mit durchschnittlich 244.000 Euro knapp 6 % günstiger als im Vorjahr. Wie bereits im Jahr 2003 zeigte sich auch für das Jahr 2005, dass Existenzgründungen vor allem im ländlichen Bereich vergleichsweise günstig waren, während für Existenzgründungen im groß- und mittelstädtischen Bereich ein um etwa 10-20 % höheres Finanzierungsvolumen veranschlagt werden musste.

#### 4.1.2 Der Betriebsmittelkredit

Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittel- bzw. Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. Er ist notwendig, da den regelmäßigen Ausgaben für Praxis- und Lebenshaltungskosten anfangs häufig keine oder nur geringe Einnahmen gegenüberstehen. Der Betriebsmittelkredit wird dem Kreditnehmer auf seinem „laufenden“ Konto als Limit in Höhe der voraussichtlichen Höchstinanspruchnahme (sog. Kreditlinie) gewährt. Nachdem sich der Betriebsmittelkredit bei der Neugründung in den Jahren 1996 bis 1999 auf einen Wert von rund 64.000 Euro eingependelt hatte, stieg er im Jahr 2000 auf 69.000 Euro, erreichte in den Jahren 2001 und 2002 mit 75.000 Euro einen neuen Höchstwert, um in den folgenden beiden Jahren wieder leicht abzunehmen. Mit einem kräftigen Zuwachs von 15 % lag der Betriebsmittelkredit im Jahr 2005 bei 82.000 Euro. Der im Rahmen einer Praxisübernahme gewährte Betriebsmittelkredit stieg im Jahr 2005 ebenfalls um 15 % auf nunmehr 62.000 Euro (vgl. Abb. 13).

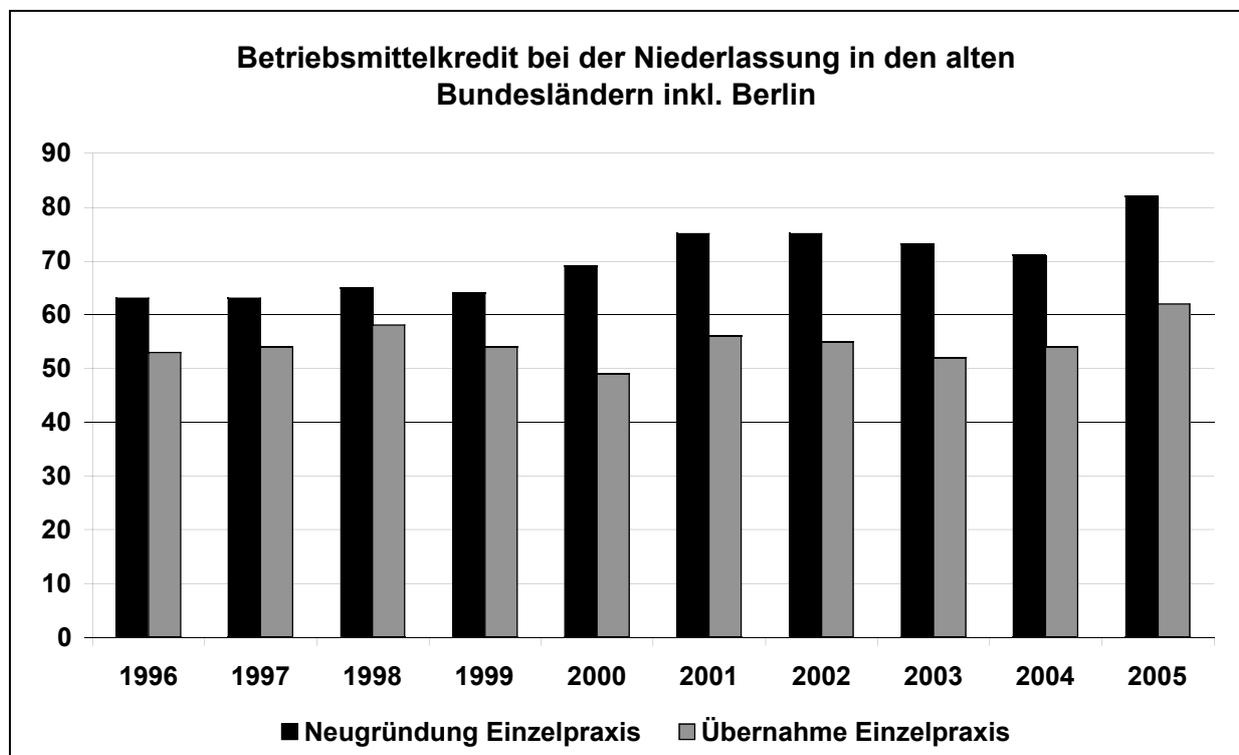


Abbildung 13

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2006

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die Gruppe der bis 30-jährigen Zahnärzte im Jahr 2005 deutlich höhere Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt hat als im Vorjahr. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittelkredit stieg in dieser Altersgruppe um 40 % auf 88.000 Euro; bei einer Praxisübernahme wurde ein Betrag von 61.000 Euro benötigt, d. h. etwa 9 % mehr als im Vorjahr. Auch in den anderen Altersgruppen stieg der nachgefragte Betriebsmittelkredit

an, wenngleich nicht so stark wie bei der Gruppe der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer.

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites haben die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* zugenommen. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit 92.000 Euro einen um 26.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen. Auch bei einer Einzelpraxisübernahme lag der Betriebsmittelkredit der männlichen Existenzgründer mit 66.000 Euro etwa 14.000 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 Kleinstadt mit 78.000 Euro deutlich unter dem entsprechenden Wert in einer Mittelstadt (90.000 Euro).

#### **4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten**

Im Jahr 2005 verringerten sich die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung um 8.000 Euro auf 40.000 Euro und lagen damit noch unter dem entsprechenden Wert des Jahres 2000. Die bei einer Praxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen im Jahr 2005 wie schon im Vorjahr bei 10.000 Euro (vgl. Abb. 14). Die Differenz zwischen den beiden Praxisformen hinsichtlich der Bau- und Umbaukosten hat sich seit 1999 von 15.000 Euro auf 30.000 Euro deutlich erhöht.

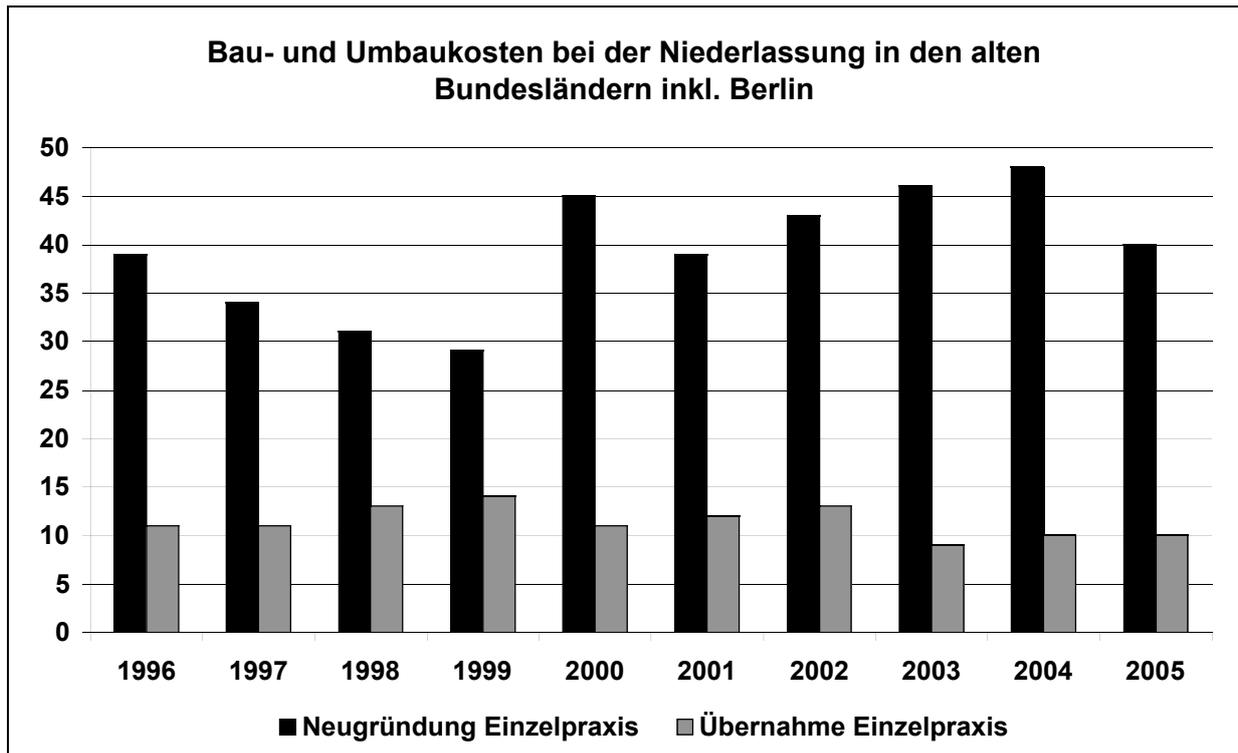


Abbildung 14

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2006

Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Praxisneugründung in der Kleinstadt mit 49.000 Euro (2004: 48.000 Euro) zu Buche schlugen, betragen sie im ländlichen Bereich lediglich 32.000 Euro (2004: 48.000 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, umso höher schätzt er die zukünftige Ertragskraft der Praxis ein.

Sowohl 1998 als auch 1999 verzeichnete der Substanzwert einen zweistelligen prozentualen Rückgang. Dieses deutliche Absinken des Substanzwertes dürfte in einem engen Zusammenhang mit der Einführung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte

stehen. Die daraus resultierende Zunahme zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen führte dazu, dass die Preise für die übernommenen Geräte und Ausstattung nachgaben. In der Folge verringerte sich das Verhältnis von Substanzwert zu Neuanschaffungen von 2 zu 1 im Jahr 1996 auf 1,1 zu 1 im Jahr 2005. 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 (vgl. Abb. 15).

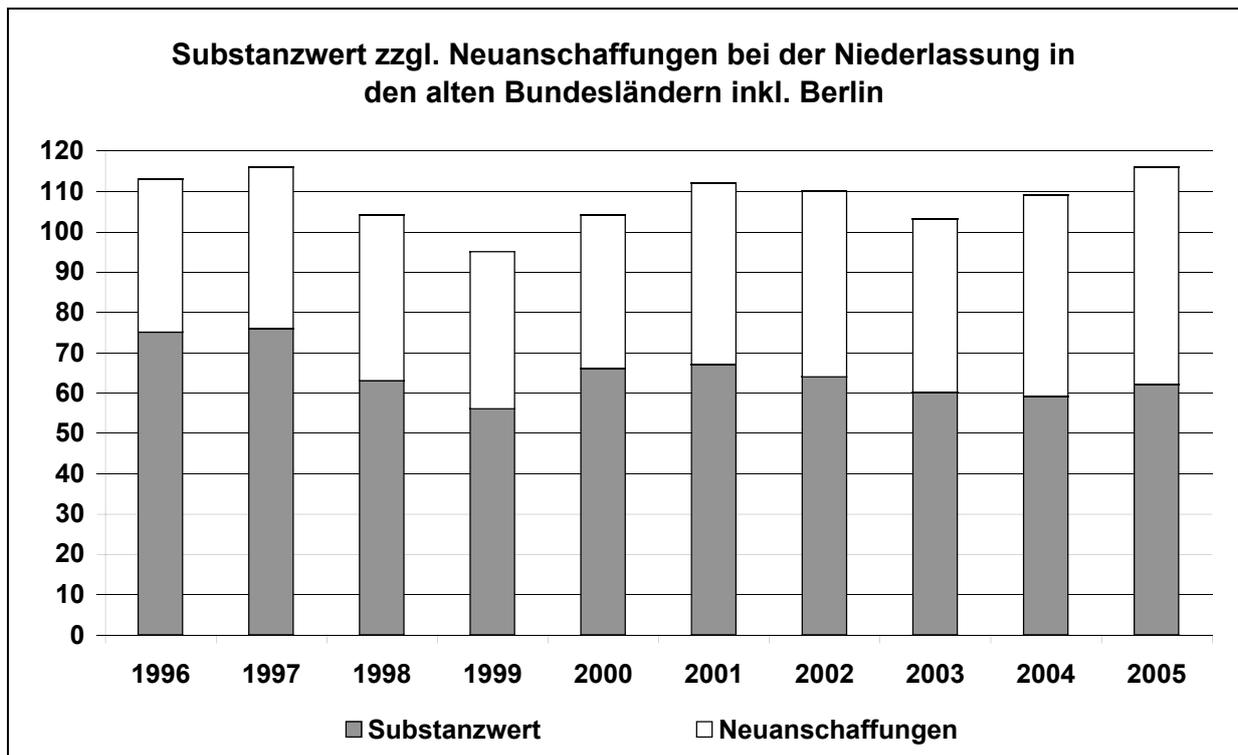


Abbildung 15

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2006

Die Ausgaben für den *Substanzwert* und die *Neuanschaffungen* haben sich in den verschiedenen Altersgruppen uneinheitlich entwickelt. Bei den unter 30-jährigen Zahnärzten ist eine Abnahme des Substanzwertes um 11 % auf 62.000 Euro zu verzeichnen, während der Substanzwert in den anderen Altersgruppen anstieg. Die Ausgaben für Neuanschaffungen stiegen im Jahr 2005 in der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen Zahnärzten am stärksten, nämlich um 9 % auf 59.000 Euro.

Eine nach Verstädterungsgrad differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt ebenfalls ein unterschiedliches Entwicklungsmuster. Gegenüber dem Vorjahr stieg der Substanzwert im großstädtischen Umfeld um 38 % auf 69.000 Euro, während er in allen anderen Praxislagen absank. In *ländlichen Lagen* war mit rund 57.000 Euro der geringste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden. Bei den Ausgaben für Neuanschaffungen zeigte sich eine gegenläufige Entwicklung. Während die Ausgaben für Neuanschaffungen in großstädtischen Lagen

um 11 % auf 51.000 Euro sanken, wurde in allen anderen Praxislagen mehr für die Praxisausstattung ausgegeben als im Vorjahr.

Im tatsächlich gezahlten Goodwill spiegelt sich die *subjektive Erwartung des übernehmenden Zahnarztes* an die zukünftige Ertragslage der Praxis wider. Die Erwartungsbildung wird durch die Entwicklung der letztjährigen nominalen Einnahmenüberschüsse (vgl. KZBV, 2005) 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 2004 weitgehend bestätigt (vgl. Abb. 16).

Die Veränderung des Einnahmenüberschusses zwischen 1999 und 2000 betrug in den alten Bundesländern etwa 7 % (vgl. KZBV, 2005) 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 Goodwills beeinflussen. Generell gilt, dass subjektive Faktoren (wie der Goodwill) im Zeitverlauf reagibler sind als objektive Daten.

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill steigt. Das Verhältnis zwischen *Goodwill und Vorjahresumsatz*<sup>1</sup> liegt in 36 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 28 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20 und in 18 % 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.

---

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

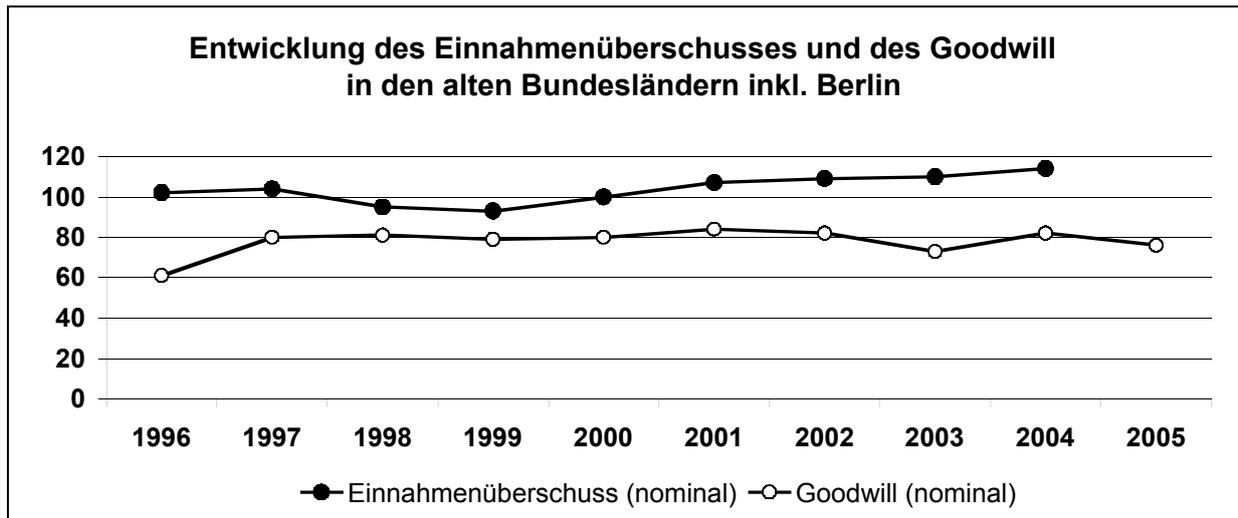


Abbildung 16

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2006

#### 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 2004/2005 zeigt, dass das zahnärztliche Investitionsvolumen wie schon im Vorjahr von keiner anderen Arztgruppe übertroffen wird (vgl. Abb. 17). Der Zuwachs des Gesamtfinanzierungsvolumens zahnärztlicher Einzelpraxisneugründungen gegenüber dem Vorjahr (vgl. Klingenberg und Schwarte, 2005) betrug 3 %, so dass sich das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen aktuell auf 343.000 Euro beläuft. Allerdings repräsentieren die Einzelpraxisneugründungen inzwischen nur noch ein Sechstel der zahnärztlichen Existenzgründungen in den alten Bundesländern (vgl. Abb. 1), während die „günstigeren“ Praxisformen im Zeitablauf an Bedeutung gewonnen haben. Für eine Einzelpraxisübernahme in den alten Bundesländern belief sich das Gesamtfinanzierungsvolumen im Zeitraum 2004/2005 auf durchschnittlich 260.000 Euro (+ 5 % gegenüber 2003/2004), während für den Eintritt in eine bzw. die Beteiligung an einer Gemeinschaftspraxis im Schnitt 218.000 Euro (+ 5 % gegenüber 2003/2004) aufzuwenden waren.

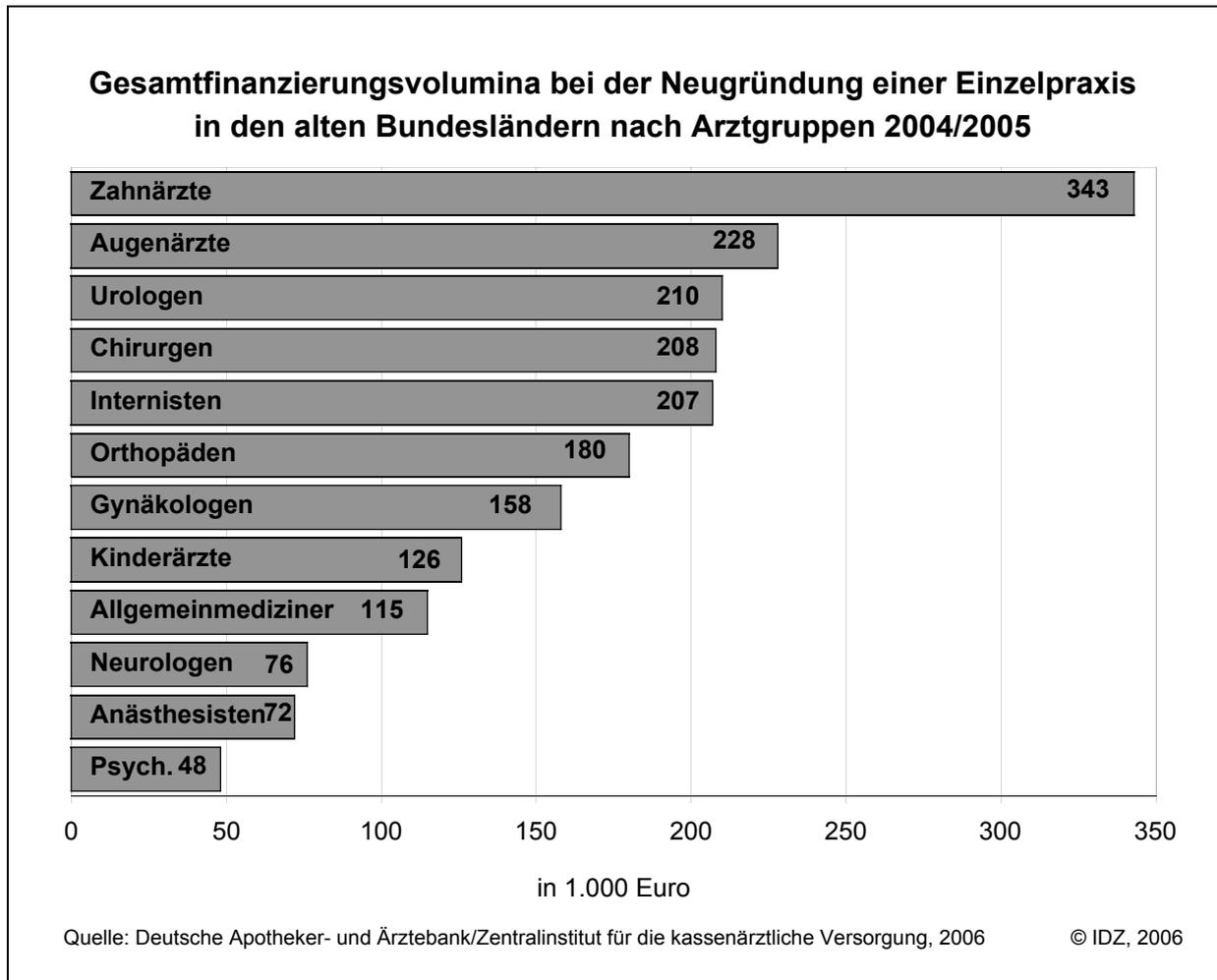


Abbildung 17

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2006

Insgesamt zeigt sich im arztgruppenbezogenen Vergleich der Finanzierungsvolumina für eine Einzelpraxisneugründung ein uneinheitliches Bild. Die höchsten Steigerungsraten verzeichneten wie schon im Vorjahr die Kinderärzte mit einem Plus von 31 %, gefolgt von den Urologen mit 6 % und den Augenärzten mit 5 % Zuwachs. In anderen Arztgruppen entwickelten sich die Investitionsvolumina dafür stark rückläufig, am deutlichsten bei den Chirurgen mit –28 % sowie den Orthopäden mit –20 %. Die relativ hohe Schwankungsbreite ist u. a. auf die geringe Datenbasis in einzelnen Facharztgruppen zurückzuführen. Subsummiert man die Facharztgruppen unter „Ärzte“, so errechnet sich für diese Gesamtgruppe in 2004/2005 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von ca. 124.000 Euro, was einem Rückgang von 9 % gegenüber dem Zeitraum 2003/2004 entspricht.

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

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

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

## 4.2 Ostdeutschland

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

<b>Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)</b>	1996	1997	1998	1999	2000
med.-techn. Geräte und Einrichtung	161	163	140	145	118
+ Bau- und Umbaukosten	31	13	16	18	17
= Praxisinvestitionen	192	176	156	163	135
+ Betriebsmittelkredit	44	48	45	46	44
= Finanzierungsvolumen	236	224	201	209	179

Tabelle 4a

Angaben in 1.000 Euro

<b>Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)</b>	2001	2002	2003	2004	2005
med.-techn. Geräte und Einrichtung	137	150	n.a.	n.a.	n.a.
+ Bau- und Umbaukosten	16	9	n.a.	n.a.	n.a.
= Praxisinvestitionen	153	159	n.a.	n.a.	n.a.
+ Betriebsmittelkredit	40	32	n.a.	n.a.	n.a.
= Finanzierungsvolumen	193	191	n.a.	n.a.	n.a.

Tabelle 4b

Angaben in 1.000 Euro

<b>Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)</b>	1996	1997	1998	1999	2000
Substanzwert	n.a.	59	55	61	57
+ Neuanschaffungen	n.a.	39	32	18	28
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	n.a.	98	87	79	85
+ Goodwill	n.a.	60	60	62	61
+ Bau- und Umbaukosten	n.a.	3	5	1	4
= Praxisinvestitionen	n.a.	161	152	142	150
+ Betriebsmittelkredit	n.a.	39	41	37	37
= Finanzierungsvolumen	n.a.	200	193	179	187

Tabelle 5a

Angaben in 1.000 Euro

<b>Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)</b>	2001	2002	2003	2004	2005
Substanzwert	48	50	42	36	38
+ Neuanschaffungen	52	36	36	31	33
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	100	86	78	67	71
+ Goodwill	54	50	50	50	46
+ Bau- und Umbaukosten	4	3	2	5	7
= Praxisinvestitionen	158	139	130	122	124
+ Betriebsmittelkredit	37	35	35	37	38
= Finanzierungsvolumen	195	174	165	159	162

Tabelle 5b

Angaben in 1.000 Euro

Im Jahr 2005 entfielen 44 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisübernahme auf den *Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen*, etwa 28 % auf den Goodwill, knapp über 4 % auf die *Bau- und Umbaukosten* und 24 % auf den *Betriebsmittelkredit*. Im Hinblick auf die Aufteilung des Finanzierungsvolumens entspricht das Verteilungsmuster in den neuen Bundesländern nahezu der Finanzierungsstruktur in den alten Bundesländern.

#### 4.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

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

Eine *Einzelpraxisübernahme* in den neuen Bundesländern erforderte 2005 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 162.000 Euro (+ 2 %). Im Jahre 2001 schlug sie noch mit 195.000 Euro zu Buche (vgl. Abb. 18). Da das für eine Einzelpraxisübernahme aufzuwendende Gesamtfinanzierungsvolumen in den alten Bundesländern im Jahr 2005 zugleich um 4 % gestiegen ist, reduzierte sich das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme um 1 Prozentpunkt auf 61 %.

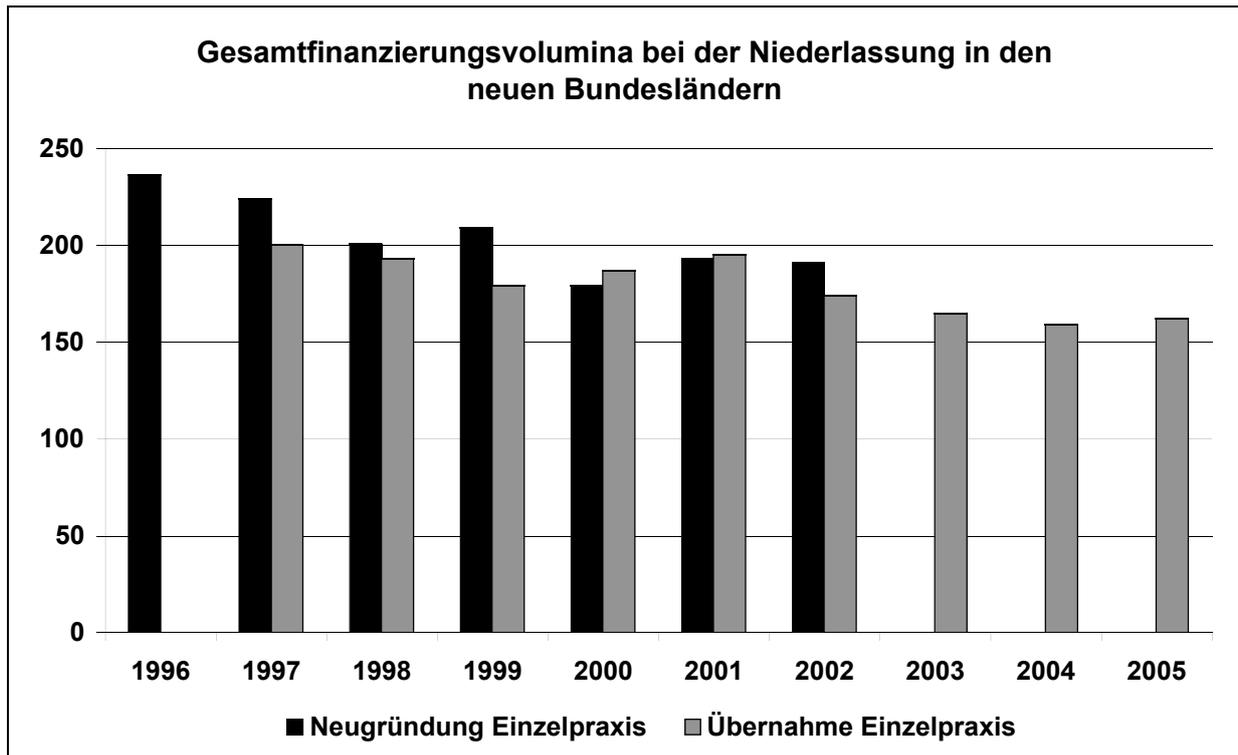


Abbildung 18

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/apoBank, 2006

## 5 Literaturverzeichnis

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

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

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 2004/2005 (bisher unveröffentlichtes Material), Düsseldorf/Berlin 2006

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2005. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2005

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Fachbereich Statistik: 2006 (mündliche Auskunft)

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

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

Klingenberger, D., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2004. IDZ-Information 4/2005, Köln 2005

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