

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

28. Januar 2011

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2009 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 2009 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2009 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 45 % und in den neuen Bundesländern 81 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- Im Jahr 2009 wählten 39 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den alten Bundesländern die **Berufsausübungsgemeinschaft** (Gemeinschaftspraxis); bei den jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzten (bis 30 Jahre) lag der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaft bereits bei 47 %. In den neuen Bundesländern wurde die Praxisform der Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Anteil von 11 % vergleichsweise deutlich seltener präferiert als in den alten Bundesländern.
- Während in den alten Bundesländern 57 % der Existenzgründungen von Männern und 43 % von Frauen realisiert wurden, war die **Geschlechterverteilung** in den neuen Bundesländern nahezu spiegelbildlich. Hier wurden 38 % der Existenzgründungen von Männern und 62 % von Frauen vorgenommen.
- Im Jahr 2009 betrug das **Finanzierungsvolumen für die Neugründung** einer westdeutschen Einzelpraxis 415.000 Euro und lag somit knapp über 1 % unter dem Vorjahreswert.
- Das **Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme** in den alten Bundesländern stieg 2009 um 4 % auf 286.000 Euro. Der Zuwachs wird in erster Linie von dem gestiegenen ideellen Wert („Goodwill“) getragen. Im Jahr 2009 betrug der Goodwill 103.000 Euro und lag damit um 34 % über dem Vorjahresniveau.

Die Autoren des InvestMonitor Zahnarztpraxis 2009 sind: Dr. David Klingenberg/IDZ und Dipl.-Kffr. Andrea Schwarte/apoBank.

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

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis

Investments for setting up a dental practice in 2009 (investment monitor dental practice)

Since 1984 the Institute of German Dentists (IDZ) – in cooperation with the Deutsche Apotheker- und Ärztebank/Düsseldorf – analyses the investments of dentists when establishing a practice. For the year 2009 the main results are as follows:

- **Buying an established solo practice** was the most frequent form of setting up a dental practice in 2009. In West-Germany 45% of the dentists decided to choose this way of self-employment, in East-Germany their number amounted to 81%.
- In West Germany in 2009 39% of the dentists setting up a dental practice chose a **practice partnership**; with respect to the younger female and male dentists (up to 30 years of age) the proportion of practice partnerships amounted already to 47%. In East Germany a practice partnership was preferred by only 11% of the dentists setting up a practice, and thus clearly more seldom than in West Germany.
- Whereas in West Germany 57% of the dentists setting up a new practice were male and 43% were female, the **distribution of genders** in East Germany was almost inverse: 38% of the dentist setting up a new dental practice were men and 62% were women.
- In 2009 the **financing volume for starting a new solo** practice in West Germany was 415.000 Euro and hence fell compared with the previous year's value by slightly more than 1%.
- The **financing volume for buying an established solo practice** in West Germany rose in 2009 by 4% and amounted to 286.000 Euro. This increase is first of all due to the increased real value ("goodwill"). In 2009 the goodwill amounted to 103.000 Euro and thus surpassed the previous year's level by 34%.

The authors of the investment monitor dental practice 2009 are: Dr. David Klingenberg/Institute of German Dentists and Dipl.-Kffr. Andrea Schwarte/apoBank.

Additional copies of this IDZ-Information can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. A pdf-file can be downloaded from the IDZ Internet-homepage (www.idz-koeln.de).

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2009 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

David Klingenberg
Andrea Schwarte

Inhaltsverzeichnis

1	Methodische Vorbemerkungen	3
2	Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen	4
3	Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten ...	5
3.1	Art der Existenzgründung.....	5
3.2	Alter der Existenzgründer.....	7
3.3	Geschlecht der Existenzgründer	9
3.4	Praxislage	11
4	Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens	12
4.1	Westdeutschland inkl. Berlin	13
4.1.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen	14
4.1.2	Der Betriebsmittelkredit.....	17
4.1.3	Die Bau- und Umbaukosten	18
4.1.4	Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme	19
4.2	Ostdeutschland	22
4.2.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen	24
5	Schlussbemerkung.....	24
6	Literaturverzeichnis	25

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2009 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen in der vorangegangenen Dekade zu analysieren.

Die *Datenbasis* bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst und ausgewertet. Der Marktanteil der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in diesem Segment liegt aktuell bei gut 50 %. Es handelt sich also lediglich um einen (gleichwohl relevanten) Ausschnitt der Ge-

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

Im Jahr 2009 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 577, die sich im Verhältnis 7 zu 1 auf die alten und neuen Bundesländer aufteilten. Die *statistische Auswertung* wurde gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank unter Verwendung von SPSS 12.0 für Windows durchgeführt. 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 zum 1. Januar 1999 eingeführte Altersgrenze von 68 Jahren, nach deren Erreichen ein Zahnarzt nicht mehr an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen darf, führte dazu, dass die Zahl der Berufsaufgaben 1998 um 80 % über der des Jahres 1997 lag. Der damit verbundene Anstieg zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen blieb nicht ohne Einfluss auf das Niederlassungsgeschehen. Etwa 2.200 Zahnärzte, 15 % mehr als im Vorjahr, realisierten 1998 ihre Existenzgründung. Während die Zahl der Berufsaufgaben im Jahr 1999 deutlich sank, erhöhte sich die Zahl der Niederlassungen weiter auf 2.500. *In den Jahren 2000 bis 2009 entwickelten*

sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen stark rückläufig. Im Jahr 2009 entschieden sich 1.359 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2010). Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) ist die Altersgrenze von 68 Jahren rückwirkend zum 1. Oktober 2008 wieder abgeschafft worden. In 2009 sank die Zahl der Berufsaufgaben – eventuell auch aufgrund dieser Gesetzesänderung – weiter.

Insgesamt wurden in den Jahren 2008/2009 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 2008 (vgl. KZBV, 2010), so zeigt sich, *dass mit diesen Mitteln über 20.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. erhalten wurden*. Diese von Zahnärzten getragenen gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachstumseffekte werden in den oftmals einseitig kostenorientiert geführten Diskussionen über das Gesundheitswesen allzu leicht übersehen (vgl. Weitkamp und Klingenberg, 2007).

3 Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

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

3.1 Art der Existenzgründung

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

Obwohl die Berufsausübungsgemeinschaften im Zeitablauf an Bedeutung gewonnen haben — im Jahr 2008 arbeiteten 33,3 % der niedergelassenen Zahnärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vgl. KZBV, 2010) —, ist diese Aggregation notwen-

dig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine statistisch-detailliertere Analyse (noch) nicht zulässt. Während sog. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im allgemeinmedizinischen Versorgungssektor eine wachsende Bedeutung zufällt, spielt diese Praxisform im zahnärztlichen Versorgungsbereich bislang noch eine marginale Rolle.

Der Anteil der übernommenen Zahnarztpraxen in den *alten Bundesländern* ist im Zeitablauf relativ stabil geblieben und lag im Zeitraum von 2005 bis 2009 jeweils zwischen 45 % und 52 % (vgl. Abb. 1). Bei einer Übernahme können zwar nicht alle individuellen Vorstellungen des Zahnarztes hinsichtlich Praxislage und -ausstattung erfüllt werden, aber der übernehmende Zahnarzt hat die Chance, den vorhandenen Patientenstamm durch sein fachliches Können und seine Zuwendungsbereitschaft an sich zu binden. Der wirtschaftliche Vorteil einer Praxisübernahme besteht in der Möglichkeit, Investitionsentscheidungen zeitlich zu strecken und den sich verändernden ökonomischen Rahmenbedingungen anzupassen. Die Wirtschaftlichkeit einer Investition lässt sich nach begonnenem Praxisbetrieb präziser abschätzen als in der theoretischen Planungs- und Vorbereitungsphase (vgl. Klingenberg und Becker, 2004; 2007; 2008; 2010).

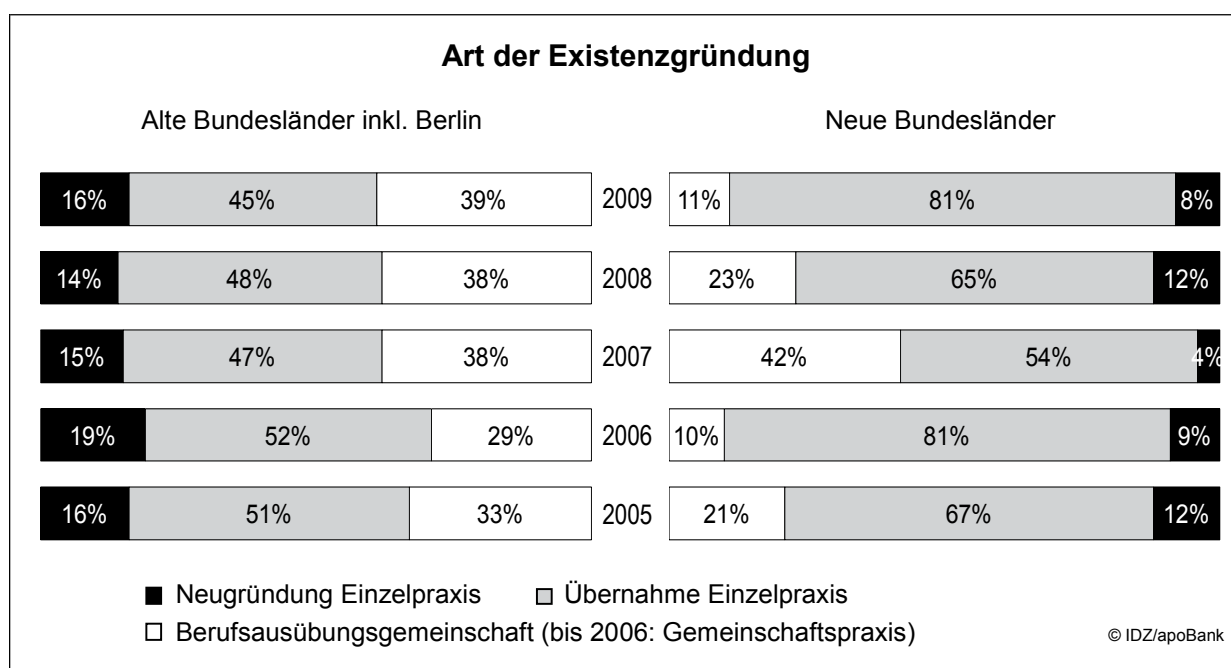


Abbildung 1

Die *Einzelpraxisneugründung* hat in den letzten Jahren kontinuierlich an Bedeutung eingebüßt. So fiel der Anteil der Einzelpraxisneugründungen seit 2004 um insgesamt 12 Prozentpunkte und erreichte im Jahr 2008 mit einem Anteil von 14 % einen historischen Tiefpunkt. Im Jahr 2009 betrug der Anteil der Einzelpraxisneugründungen 16 %. Zeitgleich mit dem relativen Bedeutungsverlust der Einzelpraxisneugründung hatte die *Gemeinschaftspraxis* seit 2004 anteilmäßig um 9 Prozentpunkte zugelegt.

Im Jahr 2005 kletterte der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den alten Bundesländern auf 33 % und wurde damit erstmals doppelt so häufig als Praxisform gewählt wie die Einzelpraxisneugründung. In den Jahren 2007 und 2008 lag der Anteil der nun als Berufsausübungsgemeinschaften bezeichneten Gemeinschaftspraxen bei 38 %. Im Jahr 2009 betrug der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften 39 %.

In den *neuen Bundesländern* hatte die Einführung der Altersgrenze zur Folge, dass 1998 erstmals die *Übernahme einer Einzelpraxis* die dominierende Niederlassungsform war. Etwa Zweidrittel der zahnärztlichen Existenzgründer entschieden sich damals für den Kauf einer *Einzelpraxis*. In den folgenden Jahren konnte dieser hohe Anteilswert gehalten bzw. noch weiter ausgebaut werden. Im Jahr 2006 betrug der Anteil 81 %. Für das Jahr 2007 war allerdings wiederum ein deutlicher Rückgang des Anteils der Einzelpraxisübernahmen zu konstatieren, der auf die sprunghafte Zunahme des Anteils der Berufsausübungsgemeinschaften zurückgeführt werden konnte. Im Jahr 2008 wurden in den neuen Bundesländern mit einem Anteilswert von 65 % weiterhin vergleichsweise häufiger *Einzelpraxisübernahmen* realisiert als in den alten Bundesländern. 2009 wurde mit einem Anteil von 81 % erneut der Höchstwert von 2006 erreicht.

Bei den *Einzelpraxisneugründungen* zeigte sich die entgegengesetzte Tendenz. Stets entschieden sich die zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern seltener für die Neugründung einer Einzelpraxis als ihre westdeutschen Kollegen. Im Jahre 2009 lag der Anteil mit 8 % um fünfzehn Prozentpunkte unter dem Anteilswert in den alten Bundesländern.

Der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den neuen Bundesländern lag in der Vergangenheit zwischen 10 % und 23 %; damit fällt dieser Praxisform immer noch nicht die Rolle zu wie in Westdeutschland. Im Jahr 2007 stieg der Anteil der Existenzgründungsfinanzierungen der nun als *Berufsausübungsgemeinschaften* bezeichneten Praxisform in den neuen Bundesländern allerdings sprunghaft von 10 % auf 42 % und lag damit erstmals über dem Anteilswert in den alten Bundesländern. Im Jahr 2008 fielen die Berufsausübungsgemeinschaften wieder auf einen Anteilswert von 23 % zurück, um im Folgejahr weiter auf einen Anteil von 11 % zu fallen. In den alten Bundesländern wird somit drei Mal häufiger die Praxisform der Berufsausübungsgemeinschaft gewählt als in den neuen Bundesländern.

3.2 Alter der Existenzgründer

Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer hat sich in den vergangenen Jahren jeweils innerhalb einer gewissen Bandbreite bewegt. Während in den *alten Bundesländern* der Anteil der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) zwischen 18 % und 30 % lag, bewegte sich der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte zwischen 60 % und 70 %. Der Anteil der über 40-jährigen Zahnärzte lag jeweils mit minimaler Schwankungsbreite bei etwa 14 %. 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 19 % (2008: 20 %) gesunken. Der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte beträgt aktuell 67 % und liegt damit um 9 Prozentpunkte über dem Wert von 1995. Der Anteil der über 40-Jährigen fiel im Jahr 2009 um einen Prozentpunkt auf 14 % (vgl. Abb. 2).

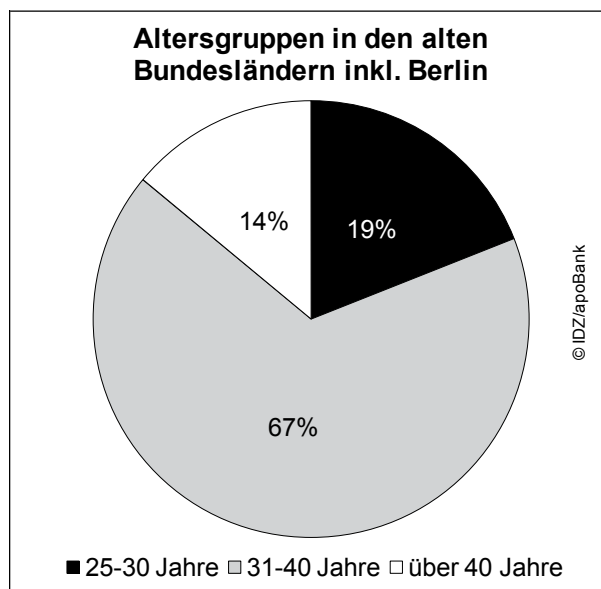


Abbildung 2

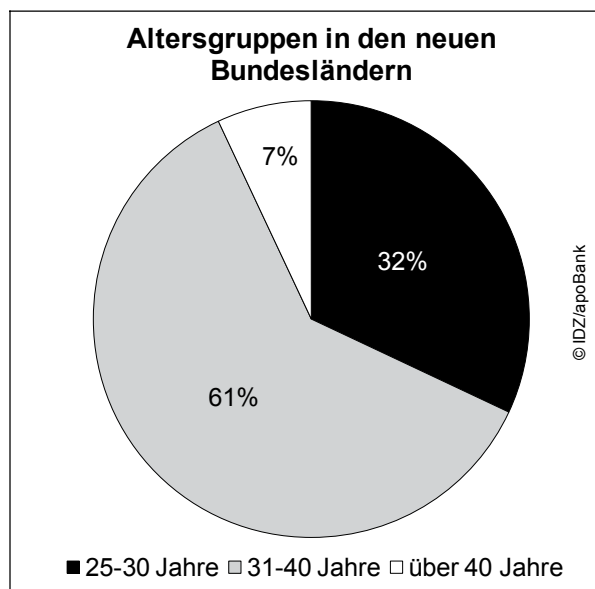


Abbildung 3

In den *neuen Bundesländern* war (mit Ausnahme der Jahre 1999 und 2002) seit 1995 eine stetige Zunahme des Anteils der älteren Zahnärzte und ein entsprechender Rückgang der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer zu beobachten. Während im Jahr 1995 noch zwei von drei Zahnärzten zum Zeitpunkt der Praxisgründung 30 Jahre oder jünger waren, stellt sich die Altersstruktur im Jahre 2009 deutlich verändert dar: 68 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern waren 31 Jahre oder älter (vgl. Abb. 3). Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der jüngeren Zahnärzte (unter 31 Jahren) im Jahr 2009 um 13 Prozentpunkte gesunken. Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung 34,9 Jahre; in Ostdeutschland lag das Durchschnittsalter bei 33,3 Jahren.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur sind mittlerweile weitgehend nivelliert. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 34,7 Jahre, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt 35,1 Jahre alt.

Differenziert man für die alten Bundesländer die *relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen*, so zeigt sich, dass die Übernahme einer Ein-

zelpraxis in allen Altersgruppen die am meisten verbreitete Form der Niederlassung war (vgl. Abb. 4).

Wie in Abbildung 4 ersichtlich, ist die individuelle Präferenz für eine bestimmte Praxisform ganz klar altersabhängig. So liegt der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften in der Altersgruppe der über 40-Jährigen bei 30 %, während diese Niederlassungsform in der Altersgruppe der jüngeren zahnärztlichen Existenzgründer bis 30 Jahre einen Anteilswert von 47 % erreicht. Offensichtlich sehen immer mehr junge Zahnärzte in der Kooperation eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen etablieren zu können.

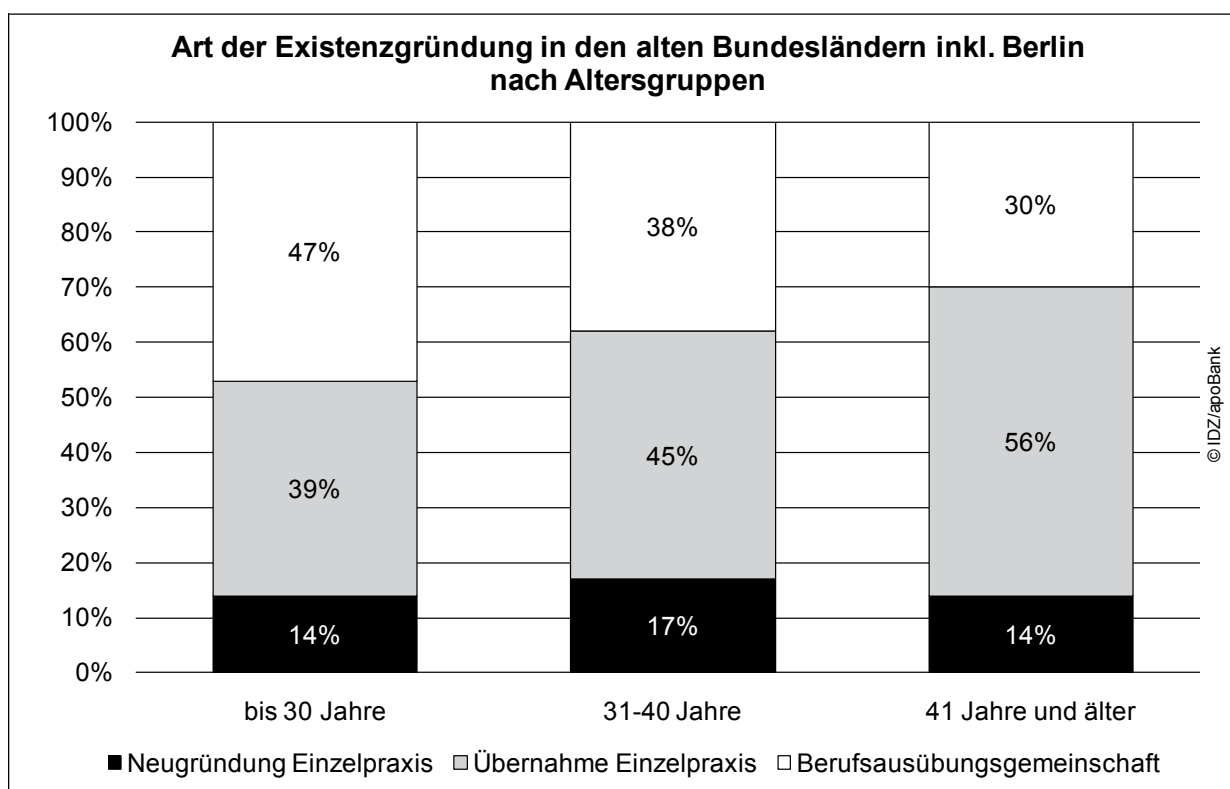


Abbildung 4

3.3 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“ zeigt auch für das Jahr 2009 Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Im Gegensatz zu den *alten Bundesländern*, in denen 57 % der Existenzgründungen durch Männer und 43 % durch Frauen realisiert wurden (vgl. Abb. 5), war die Geschlechterverteilung in den *neuen Bundesländern* spiegelbildlich (vgl. Abb. 6). Hier betrug der Anteil der männlichen Existenzgründer 38 %, während der Anteil der weiblichen Existenzgründer bei 62 % lag.

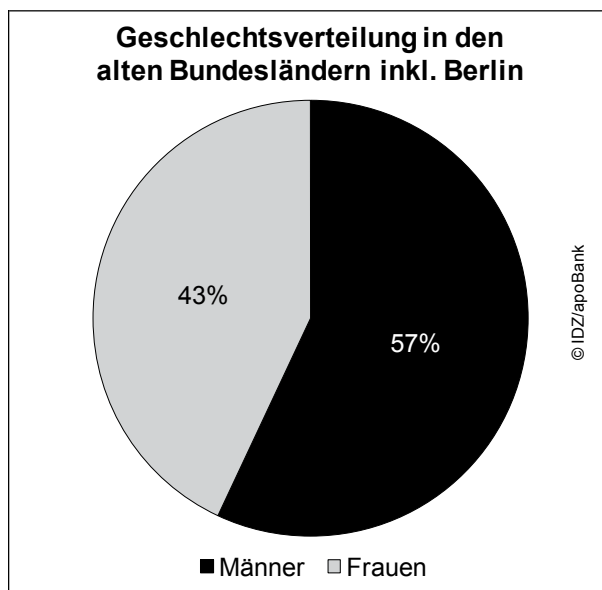


Abbildung 5

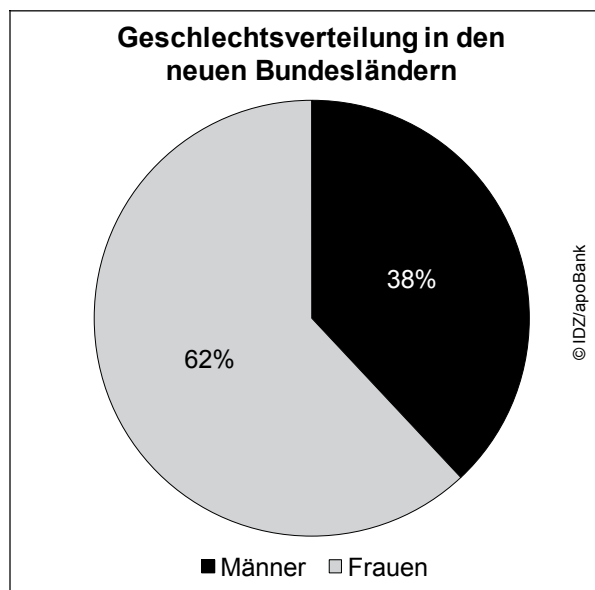


Abbildung 6

Generell kann von einem Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes (vgl. Brecht et al., 2009) ausgegangen werden. Hinter diesem Trend verbergen sich allerdings zeitweilig konvergierende Entwicklungen in den alten und den neuen Bundesländern. Während sich der Frauenanteil in den alten Bundesländern seit dem Jahre 2000 von 31 % auf nunmehr 43 % erhöhte, sank die generell höhere Frauenquote in den neuen Bundesländern von 69 % auf aktuell 62 %.

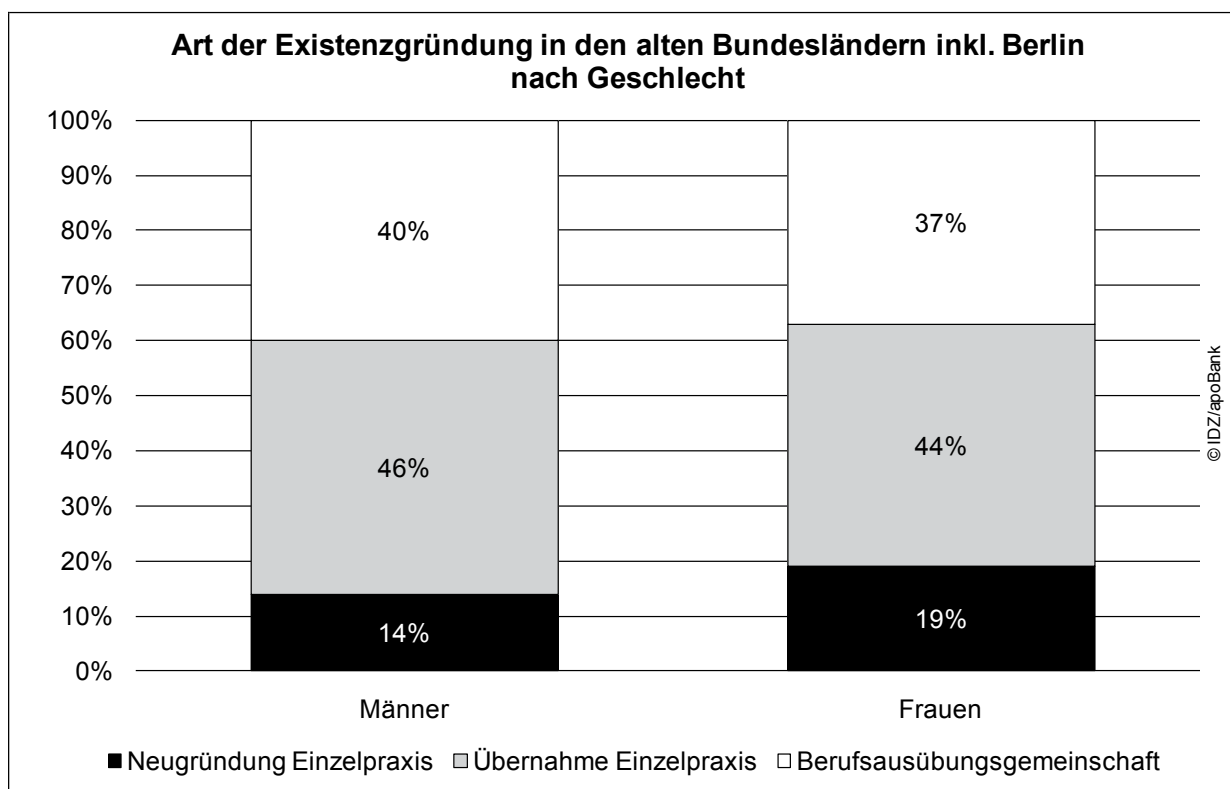


Abbildung 7

Wie Abbildung 7 zeigt, ist die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter nach wie vor die bevorzugte Niederlassungsform. Interessant ist, dass weibliche Existenzgründer in den letzten sechs Jahren die Einzelpraxis (Neugründung und Übernahme) jeweils stärker präferierten als ihre männlichen Kollegen.

3.4 Praxislage

Bei der Vorbereitung einer Existenzgründung kommt der Standortwahl eine entscheidende Bedeutung zu. Die Entscheidung für eine bestimmte Niederlassungsform wird u. a. durch die Bevölkerungsdichte im regionalen Einzugsbereich bzw. die Zahnärztdichte (Einwohner je behandelnd tätigem Zahnarzt) sowie die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme beeinflusst.

Ortsgröße	
Großstadt	500.000 und mehr Einwohner
Mittelstadt	100.000 bis unter 500.000 Einwohner
Kleinstadt	20.000 bis unter 100.000 Einwohner
Land	unter 20.000 Einwohner

Tabelle 1

Bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Auswertung der erfassten Finanzierungsfälle nicht getrennt nach Ost- und West-Berlin durchgeführt werden konnte und daher alle Existenzgründungen auf dem Stadtgebiet von Berlin aus statistischen Gründen den alten Bundesländern zugeordnet wurden. Die Einteilung der Ortsgrößen wird in Tabelle 1 dargestellt.

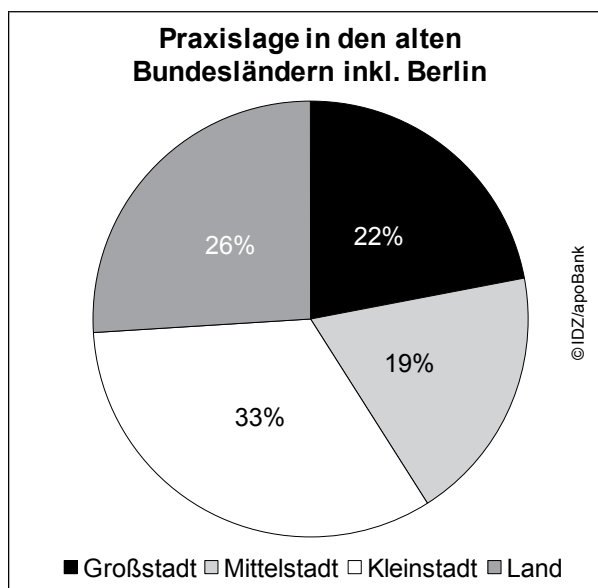


Abbildung 8

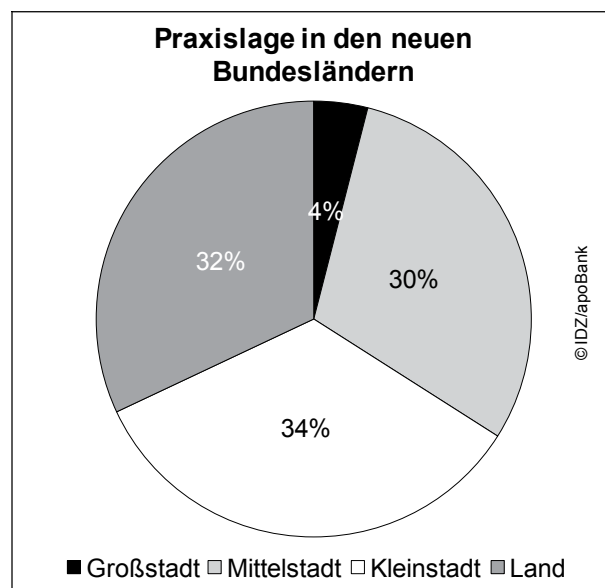


Abbildung 9

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründer auf die verschiedenen Ortsgrößen in *Westdeutschland* zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich (22 %) im Vergleich zum Vorjahr um 4 Prozentpunkte gefallen ist, während die Existenzgründungen in den Mittelstädten (19 %) sowie im ländlichen Umfeld (26 %) jeweils um 2 Prozentpunkte zugenommen haben (vgl. Abb. 8). In den *neuen Bundesländern* blieb der Anteil der Existenzgründungen im groß- und mittelstädtischen Bereich mit insgesamt 34 % gegenüber dem Vorjahr unverändert. Demgegenüber verringerte sich der Anteil der Existenzgründungen im ländlichen Umfeld gegenüber dem Vorjahr um 7 Prozentpunkte auf 32 % (vgl. Abb. 9).

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich eine Bevorzugung der Einzelpraxisneugründung im ländlichen Umfeld. Der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften hat in mittelstädtischen Lagen gegenüber dem Vorjahr um 8 Prozentpunkte zugenommen. Im kleinstädtischen Umfeld nahm der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften hingegen um 3 Prozentpunkte ab.

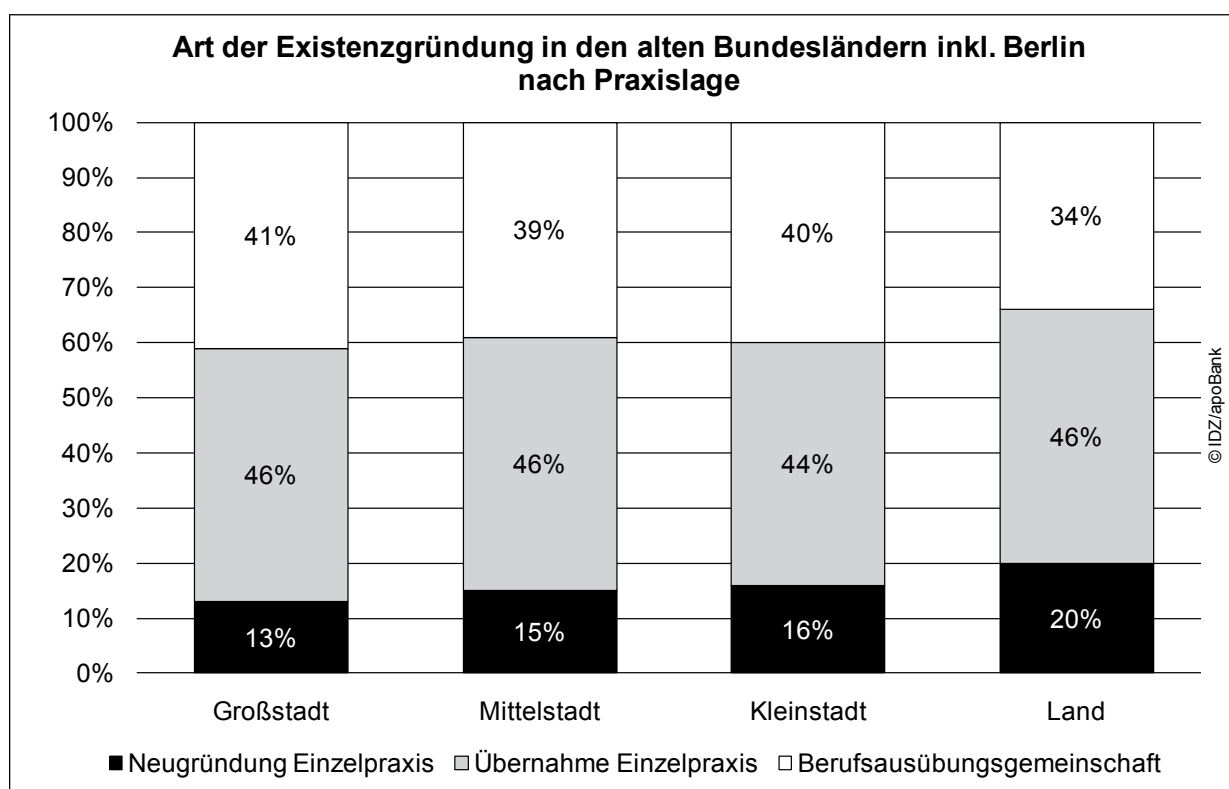


Abbildung 10

4 Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens

Im folgenden Kapitel werden nur Existenzgründungen, die in Form einer Einzelpraxisneugründung bzw. einer Einzelpraxisübernahme durchgeführt wurden, berücksichtigt. Eine Analyse für die einzelnen der unter der Rubrik „Berufsausübungsgemeinschaft“

meinschaft“ zusammengefassten Niederlassungsformen würde aufgrund der geringen Besetzungszahlen zu keinen zuverlässigen Ergebnissen führen. Trotz der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle soll auf eine Darstellung der Ergebnisse für Ostdeutschland nicht verzichtet werden, um die Kontinuität der Langzeitbeobachtung zu gewährleisten (vgl. Abschnitt 4.2). Jedoch können die dort analysierten Zahlen „nur“ ungefähre Größenordnungen darstellen.

4.1 Westdeutschland inkl. Berlin

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern errechneten Mittelwerte für die Jahre 2000 bis 2009 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)			2000	2001	2002	2003	2004
	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	in 1.000 Euro	196	208	209	210	216
+	Bau- und Umbaukosten		45	39	43	46	48
=	Praxisinvestitionen		241	247	252	256	264
+	Betriebsmittelkredit		69	75	75	73	71
=	Finanzierungsvolumen		310	322	327	329	335

Tabelle 2a

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)			2005	2006	2007	2008	2009
	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	in 1.000 Euro	233	205	255	286	283
+	Bau- und Umbaukosten		40	36	41	48	52
=	Praxisinvestitionen		273	241	296	334	335
+	Betriebsmittelkredit		82	75	72	86	80
=	Finanzierungsvolumen		355	316	368	420	415

Tabelle 2b

Im Jahr 2009 entfielen etwa 68 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 13 % auf die Bau- und Umbaukosten und 19 % auf den Betriebsmittelkredit. Nach einer längeren Phase einer stabilen Kostenverteilung war der für die medizinisch-technischen Geräte sowie die Einrichtung veranschlagte Kostenanteil im Jahr 2007 um 4 Prozentpunkte gestiegen. Diese Strukturverschiebung blieb in den Jahren 2008 und 2009 erhalten.

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 2009 durchschnittlich 37 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 36 % für den Goodwill, 7 % für die Bau- und Umbaukosten und 20 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Gegenüber dem Vorjahr sank der für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen veranschlagte Kostenanteil um 8 Prozentpunkte, während der Goodwill in gleicher Größenordnung stieg. Damit wurden die hohen Goodwillbeträge des Jahres 2007 noch übertroffen.

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)			2000	2001	2002	2003	2004
	Substanzwert	in 1.000 Euro	66	67	64	60	59
+	Neuanschaffungen		38	45	46	43	50
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		104	112	110	103	109
+	Goodwill		80	84	82	73	82
+	Bau- und Umbaukosten		11	12	13	9	10
=	Praxisinvestitionen		195	208	205	185	201
+	Betriebsmittelkredit		49	56	55	52	54
=	Finanzierungsvolumen		244	264	260	237	255

Tabelle 3a

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)			2005	2006	2007	2008	2009
	Substanzwert	in 1.000 Euro	62	47	41	63	39
+	Neuanschaffungen		54	54	61	61	67
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		116	101	102	124	106
+	Goodwill		76	76	99	77	103
+	Bau- und Umbaukosten		10	14	16	14	20
=	Praxisinvestitionen		202	191	217	215	229
+	Betriebsmittelkredit		62	55	58	60	57
=	Finanzierungsvolumen		264	246	275	275	286

Tabelle 3b

4.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

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

Nach der seit dem Jahr 1999 andauernden Wachstumsphase sank das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung im Jahr 2006 erstmals wieder deutlich und lag mit einem Finanzierungsvolumen von 316.000 Euro um etwa 11 % unter dem Vorjahreswert (vgl. Abb. 11). Dies entspricht in etwa dem Finanzierungsniveau des Jahres 2000. Die Investitionszurückhaltung der zahnärztlichen Existenzgründer dürfte u. a. Folge der gesetzgeberischen Maßnahmen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes gewesen sein. Im Jahr 2007 stieg das Finanzierungsvolumen wiederum deutlich um 16 % auf 368.000 Euro. Der Anstieg beruht auf

einem isolierten Anstieg der Investitionen in medizinisch-technische Geräte sowie die Praxiseinrichtung. Im Jahr 2008 stieg das Finanzierungsvolumen nochmals kräftig um 14 % auf nunmehr 420.000 Euro. Im Jahr 2009 stabilisierte sich das Gesamtfinanzierungsvolumen bei einem Betrag von 415.000 Euro.

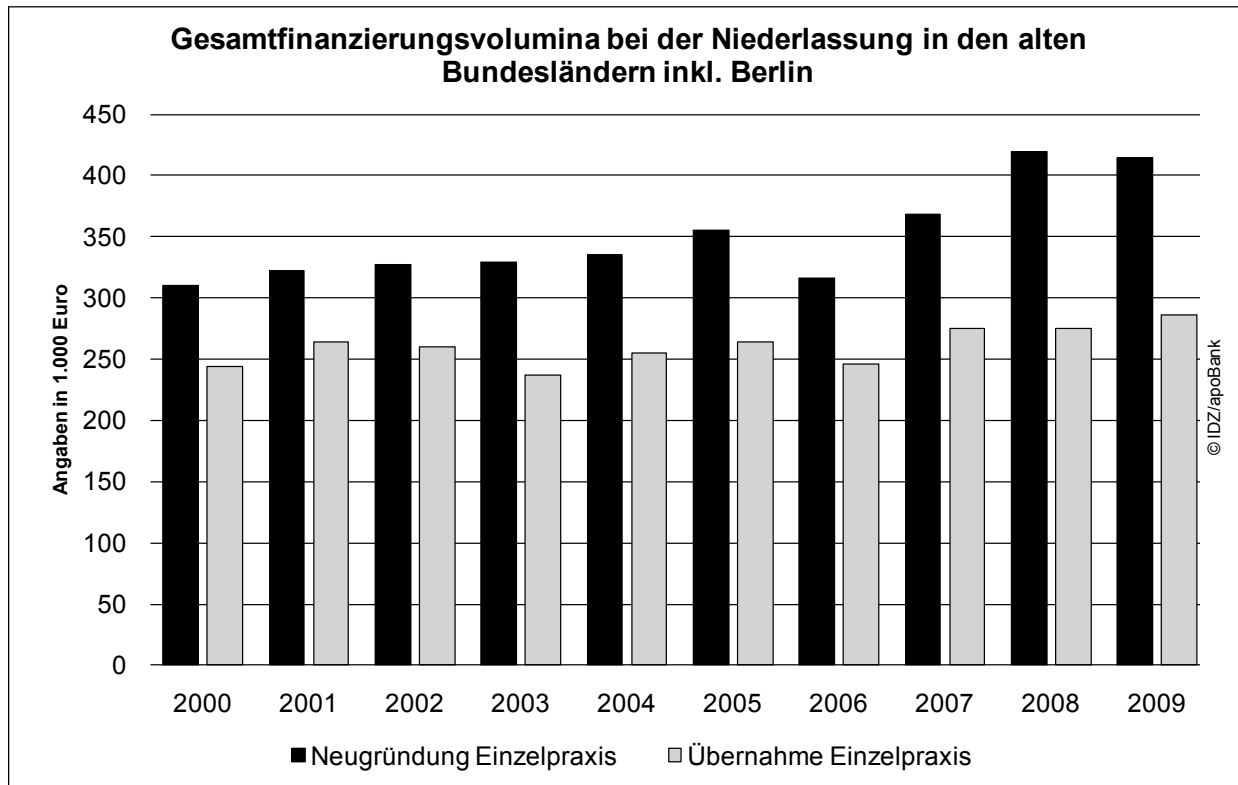


Abbildung 11

Im Bereich der *Einzelpraxisübernahme* war im Jahr 2001 ein sprunghafter Anstieg des Gesamtfinanzierungsvolumens um 8 % auf 264.000 Euro zu verzeichnen, womit zugleich der seit 1997 erkennbare Abwärtstrend beendet wurde (vgl. Abb. 11). Im Jahr 2003 sank das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen von Einzelpraxisübernahmen indes wieder um 9 % auf 237.000 Euro. Der im Jahr 2004 zu verzeichnende neuerliche Anstieg des durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumens um 8 % auf nunmehr 255.000 Euro verdeutlicht, dass der „Markt“ für Praxisübernahmen sensibel auf Änderungen der Rahmenbedingungen reagiert. Im Jahr 2005 wurde mit einem Anstieg des Gesamtfinanzierungsvolumens um knapp 4 % auf 264.000 Euro das Niveau des Jahres 2001 wieder erreicht. Im Jahr 2006 sank das Finanzierungsvolumen erneut um 7 % auf nunmehr 246.000 Euro. Analog zu der Entwicklung bei den Einzelpraxisneugründungen wurde hiermit in etwa das Finanzierungsniveau des Jahres 2000 realisiert. Im Jahr 2007 stieg das Finanzierungsvolumen um knapp 12 % auf die Höchstmarke von 275.000 Euro. Diese Entwicklung beruhte weitgehend auf einem isolierten Anstieg des Goodwills. Im Jahr 2008 verharrte das durchschnittliche Finanzierungsvolumen trotz eines Rückgangs des Goodwill bei diesem Wert. Mit einem Gesamtfinanzierungsbetrag von 286.000

Euro wurde im Jahr 2009 ein Plus von 4 % gegenüber dem Vorjahr realisiert und zugleich eine neue Höchstmarke erreicht.

Da das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen bei einer Einzelpraxisübernahme anstieg, während das Finanzierungsvolumen der Einzelpraxisneugründungen leicht rückläufig war, verringerte sich die Differenz zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme im Jahr 2009 um 16.000 Euro. Aktuell beträgt die Differenz 129.000 Euro (vgl. Abb. 12).

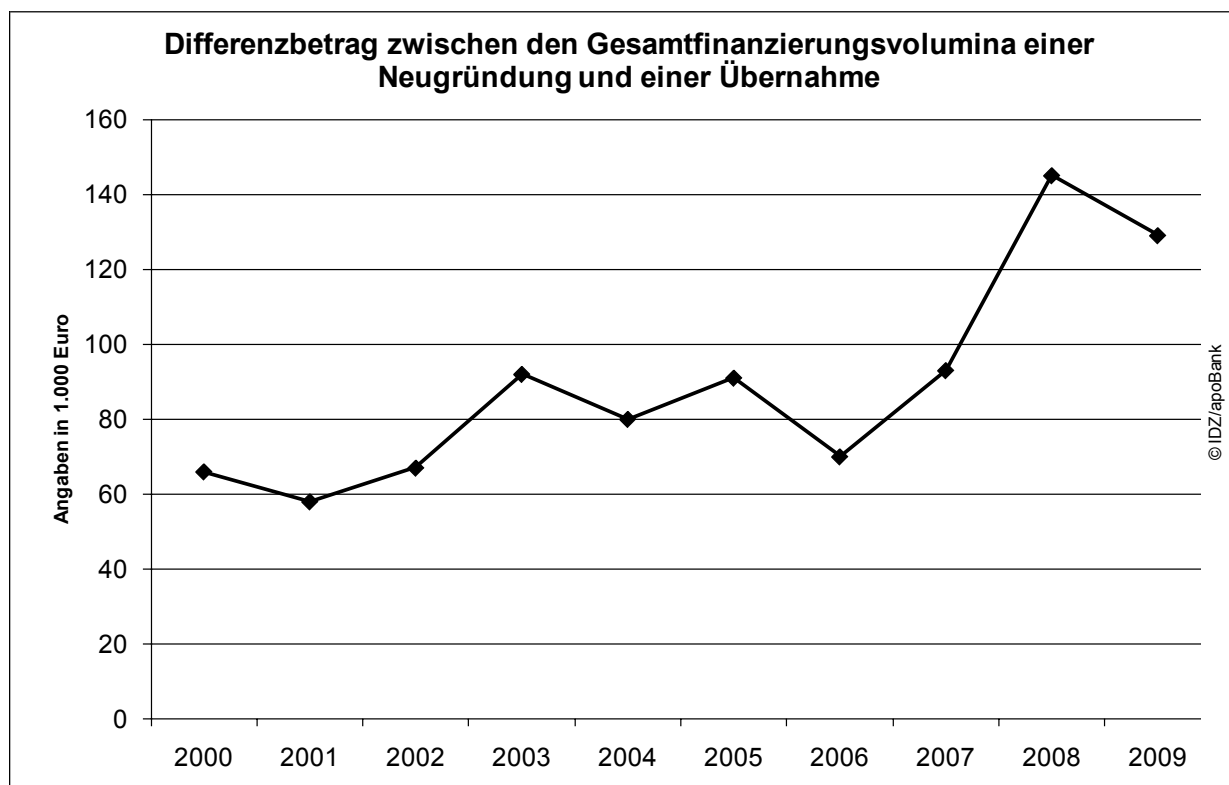


Abbildung 12

Eine nach *Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die mittlere Altersgruppe (31-40 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 426.000 Euro (2008: 416.000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierte. Auch bei den Einzelpraxisübernahmen tätigten die Existenzgründer in der mittleren Altersklasse (31-40 Jahre) die vergleichsweise höchsten Investitionen. Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 297.000 Euro erhöhte sich das finanzielle Engagement dieser Altersgruppe bei einer Einzelpraxisübernahme gegenüber dem Jahr 2008 um 13.000 Euro. Die älteren Zahnärzte (41 Jahre und älter) ließen wie im Vorjahr bei der Finanzierung von Einzelpraxisübernahmen deutliche Zurückhaltung erkennen; hier lag das Gesamtfinanzierungsvolumen bei 248.000 Euro (2008: 234.000 Euro). Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bezüglich des jeweiligen Finanzierungsvolumens haben sich im Jahr 2009 kaum verändert.

Die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* im Hinblick auf das Investitionsvolumen blieben im Jahr 2009 erhalten. In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 454.000 Euro (-2 %) bzw. 316.000 Euro (+7 %). Die Investitionsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung entwickelten sich im gleichen Zeitraum mit einem Zuwachs um 11 % auf 390.000 Euro deutlich dynamischer. Bei der Einzelpraxisübernahme sanken die Investitionsvolumina der weiblichen Existenzgründer um 1 % auf 250.000 Euro.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte wie schon im Vorjahr die *Einzelpraxisneugründung* in einer Mittelstadt auch im Jahr 2009 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 437.000 Euro lag das Finanzierungsvolumen allerdings etwa 11 % unter dem Vorjahreswert. Im Jahr 2006 war für eine Einzelpraxisneugründung im mittelstädtischen Umfeld noch durchschnittlich 339.000 Euro zu veranschlagen. Auch in den anderen Lagen war eine dynamische Entwicklung zu verzeichnen; so stieg das Finanzierungsvolumen im großstädtischen Bereich um 8 % auf 410.000 Euro. Für Standorte in Kleinstädten wurde ein um 3 % höherer Finanzierungsbetrag gegenüber dem Vorjahr nachgefragt, während das Finanzierungsvolumen in ländlichen Lagen um 4 % nachgab.

Im Jahr 2009 war das höchste Finanzierungsvolumen bei einer *Einzelpraxisübernahme* im ländlichen Bereich aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme mit 314.000 Euro zu Buche (2008: 279.000 Euro). In Großstädten waren Einzelpraxisübernahmen mit durchschnittlich 276.000 Euro 12 % teurer als im Vorjahr, im mittelstädtischen Umfeld kletterte das Finanzierungsvolumen um 6 % auf 281.000 Euro. Lediglich in kleinstädtischen Lagen sank der durchschnittliche Finanzierungsbetrag um 11 % auf 275.000 Euro.

4.1.2 Der Betriebsmittelkredit

Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittel- bzw. Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. Er ist notwendig, da den regelmäßigen Ausgaben für Praxis- und Lebenshaltungskosten anfangs häufig keine oder nur geringe Einnahmen gegenüberstehen. Der Betriebsmittelkredit wird dem Kreditnehmer auf seinem „laufenden“ Konto als Limit in Höhe der voraussichtlichen Höchstinanspruchnahme (sog. Kreditlinie) gewährt. Nachdem sich der Betriebsmittelkredit bei der *Neugründung* im Zeitraum von 2001 bis 2004 mit einem Wert zwischen 71.000 und 75.000 Euro stabilisiert hatte, kletterte der Betriebsmittelkredit im Jahr 2005 um 15 % auf 82.000 Euro, um in den beiden darauffolgenden Jahren wieder auf das Niveau des Zeitraums 2001 bis 2004 zurückzufallen. Im Jahr 2008 betrug der Betriebsmittelkredit 86.000 Euro und erreichte mit einem kräftigen Zuwachs um 19 % seine historische Höchstmarke. Im Jahr 2009 gab der Betriebsmittelkredit wieder um 7 % nach und betrug somit 80.000 Euro. Der im Rahmen einer *Praxisübernahme* gewährte Betriebsmittelkredit sank im Jahr 2009 um 3.000 Euro auf nunmehr 57.000 Euro (vgl. Abb. 13).

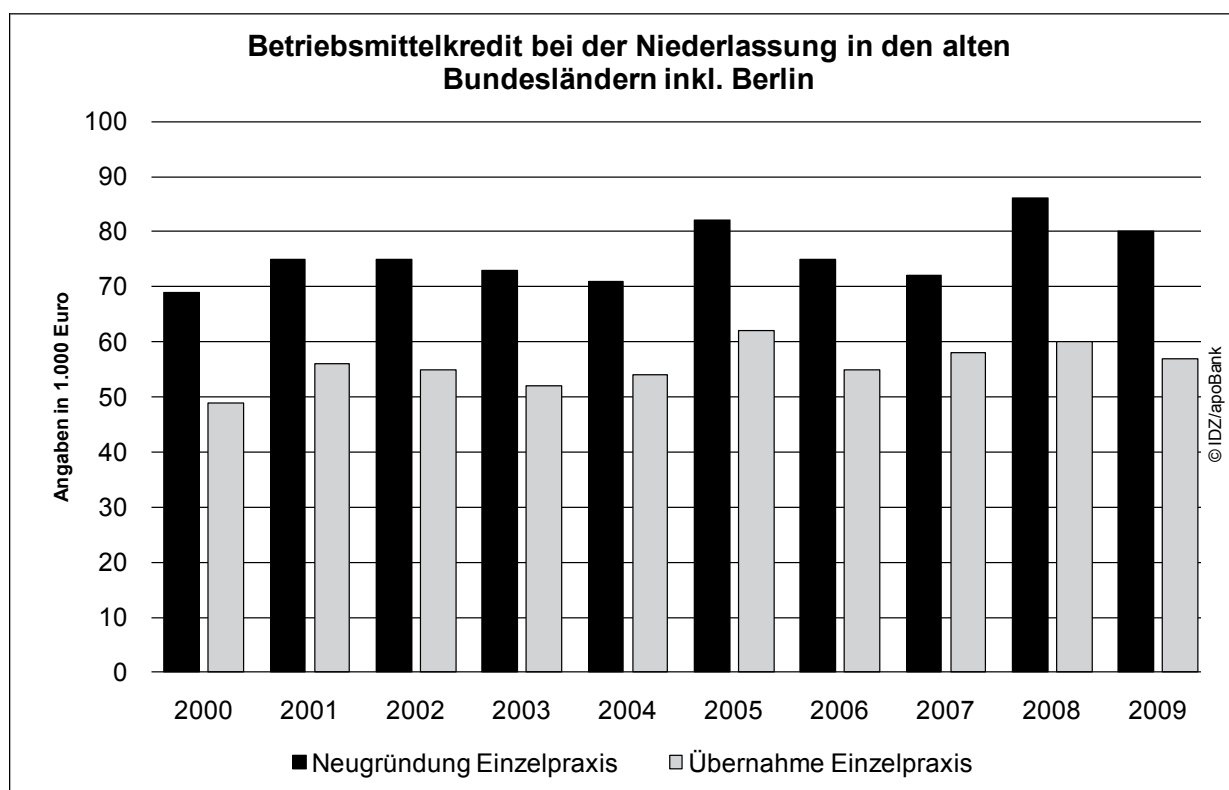


Abbildung 13

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die Gruppe der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte im Jahr 2009 mit einem durchschnittlichen Betriebsmittelkredit von 84.000 Euro die höchsten Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt hat. Im Vorjahr hatte der Betriebsmittelkredit in dieser Altersgruppe noch 79.000 Euro betragen. Bei einer Praxisübernahme wurde in dieser Altersgruppe lediglich ein Betriebsmittelkredit von 59.000 Euro (2008: 62.000 Euro) benötigt. Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredits haben die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* leicht zugenommen. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit 82.000 Euro einen um 3.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen. Auch bei einer Einzelpraxisübernahme lag der Betriebsmittelkredit der männlichen Existenzgründer mit 60.000 Euro um 5.000 Euro über dem entsprechenden Betrag der Frauen. Bei der Existenzgründung beeinflusst neben dem Alter und dem Geschlecht des Zahnarztes auch der *Praxisstandort* die Höhe des Betriebsmittelkredits. So lag der Betriebsmittelkredit bei einer Einzelpraxisneugründung in der Mittelstadt mit 93.000 Euro deutlich über dem entsprechenden Wert in einer Großstadt (75.000 Euro).

4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Im Jahr 2009 erhöhten sich die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer *Praxisneugründung* um 4.000 Euro auf 52.000 Euro und erreichten damit eine neue Höchstmarke. Die bei einer *Praxisübernahme* anfallenden Bau- und Umbaukosten

sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen im Jahr 2009 bei 20.000 Euro (vgl. Abb. 14). Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Einzelpraxisneugründung in der Großstadt mit 82.000 Euro (2008: 62.000 Euro) zu Buche schlugen, betrugten sie im ländlichen Bereich lediglich 38.000 Euro (2008: 35.000 Euro).

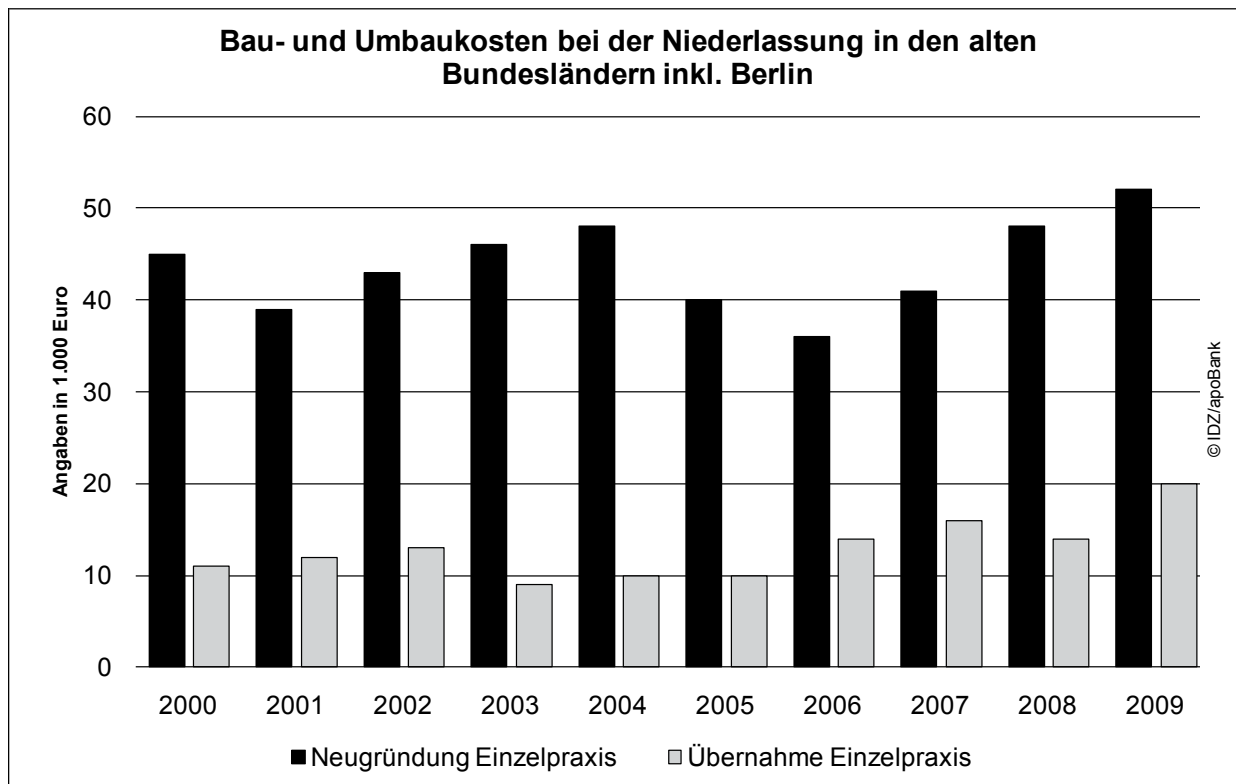


Abbildung 14

4.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme

Bei einer Praxisübernahme muss zwischen dem Substanzwert und dem ideellen Wert unterschieden werden. Der *Substanzwert einer Praxis* – auch materieller Wert genannt – ergibt sich aus der Addition der Einzelwerte der übernommenen Geräte und Ausstattung. Der vom übernehmenden Zahnarzt an den Praxisinhaber zu zahlende *ideelle Wert* („Goodwill“) ist der Betrag, um den der tatsächlich zu zahlende Kaufpreis den Substanzwert übersteigt. Der ideelle Wert einer Zahnarztpraxis wird im Wesentlichen durch die *persönlichen Beziehungen* und das langjährige Betreuungsverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient sowie durch die *soziale Praxislage und -organisation* beeinflusst. Letztlich unterliegt der zu zahlende Preis für den Goodwill der freien Aushandlung zwischen den Vertragspartnern. Je mehr ein Käufer für den ideellen Wert zu zahlen bereit ist, umso höher schätzt er die zukünftige Ertragskraft der Praxis ein.

Sowohl 1998 als auch 1999 verzeichnete der Substanzwert einen zweistelligen prozentualen Rückgang. Dieses deutliche Absinken des Substanzwertes dürfte in einem engen Zusammenhang mit der Einführung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte stehen. Die daraus resultierende Zunahme zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen führte dazu, dass die Preise für die übernommenen Geräte und Ausstattung nachgaben. In der Folge halbierte sich das Verhältnis von Substanzwert zu Neuanschaffungen von 2 zu 1 im Jahr 1996 auf 1 zu 1 im Jahr 2008. Die rückläufige Entwicklung beim Substanzwert der übernommenen Praxen innerhalb dieses Zeitraums wurde im Jahr 2000 gestoppt; im Zeitraum von 2002 bis 2004 sank der Substanzwert allerdings erneut, um im Jahr 2005 wieder um 5 % auf 62.000 Euro anzusteigen. Im Jahr 2006 nahm der Substanzwert wiederum deutlich um 24 % und im Jahr 2007 um weitere 13 % ab und lag seither unter dem für Neuanschaffungen aufgewendeten Investitionsvolumen. Im Jahr 2008 stieg der Substanzwert deutlich um 22.000 Euro auf nunmehr 63.000 Euro. Damit wurde ungefähr das Niveau des Jahres 2005 wieder erreicht. Im Jahr 2009 rutschte der Substanzwert erneut stark ab und erreichte mit 39.000 Euro ein historisches Tief (vgl. Abb. 15).

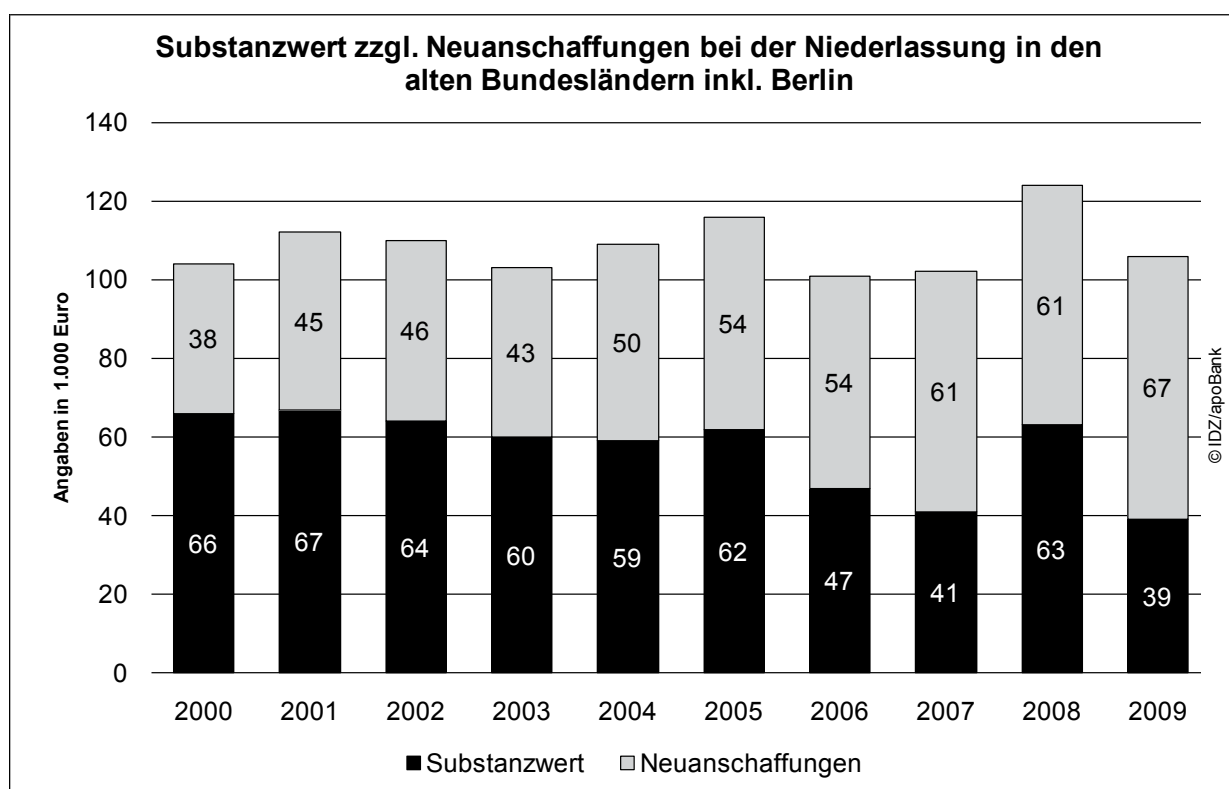


Abbildung 15

Die Ausgaben für den *Substanzwert* und die *Neuanschaffungen* sind über alle Altersgruppen hinweg gesunken, am deutlichsten in der Altersgruppe der über 40-jährigen Zahnärzte mit einem Minus von 21 % auf nunmehr 88.000 Euro. Die jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) wendeten im Schnitt mit 117.000 Euro (2008:

141.000 Euro) den höchsten Betrag für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen auf.

Eine nach *Verstädterungsgrad* differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt ein ähnliches Entwicklungsmuster. Gegenüber dem Vorjahr sank der Substanzwert in allen Praxislagen, am stärksten im ländlichen Bereich. In kleinstädtischen Lagen war mit rund 44.000 Euro der höchste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden. Bei den Ausgaben für Neuanschaffungen zeigte sich hingegen teilweise eine gegenläufige Entwicklung. Während die Ausgaben für Neuanschaffungen in mittelstädtischen und ländlichen Lagen anzogen, wurde in groß- und kleinstädtischen Praxislagen weniger für die Praxisausstattung ausgegeben als im Vorjahr. Auf dem Land wurde mit 89.000 Euro der höchste Betrag für Neuanschaffungen gezahlt.

Im tatsächlich gezahlten Goodwill spiegelt sich die *subjektive Erwartung des übernehmenden Zahnarztes an die zukünftige Ertragslage der Praxis* wider. Die Erwartungsbildung wird durch die Entwicklung der letztjährigen nominalen Einnahmenüberschüsse (vgl. KZBV, 2010) und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die aufgrund empirischer Beobachtungen formulierte Aussage (vgl. Kaufhold, 1996), dass die Entwicklung des Goodwill der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse mit einer einjährigen Verzögerung folgt, wird durch die Zahlen im Zeitraum zwischen 2000 und 2009 weitgehend bestätigt (vgl. Abb. 16).

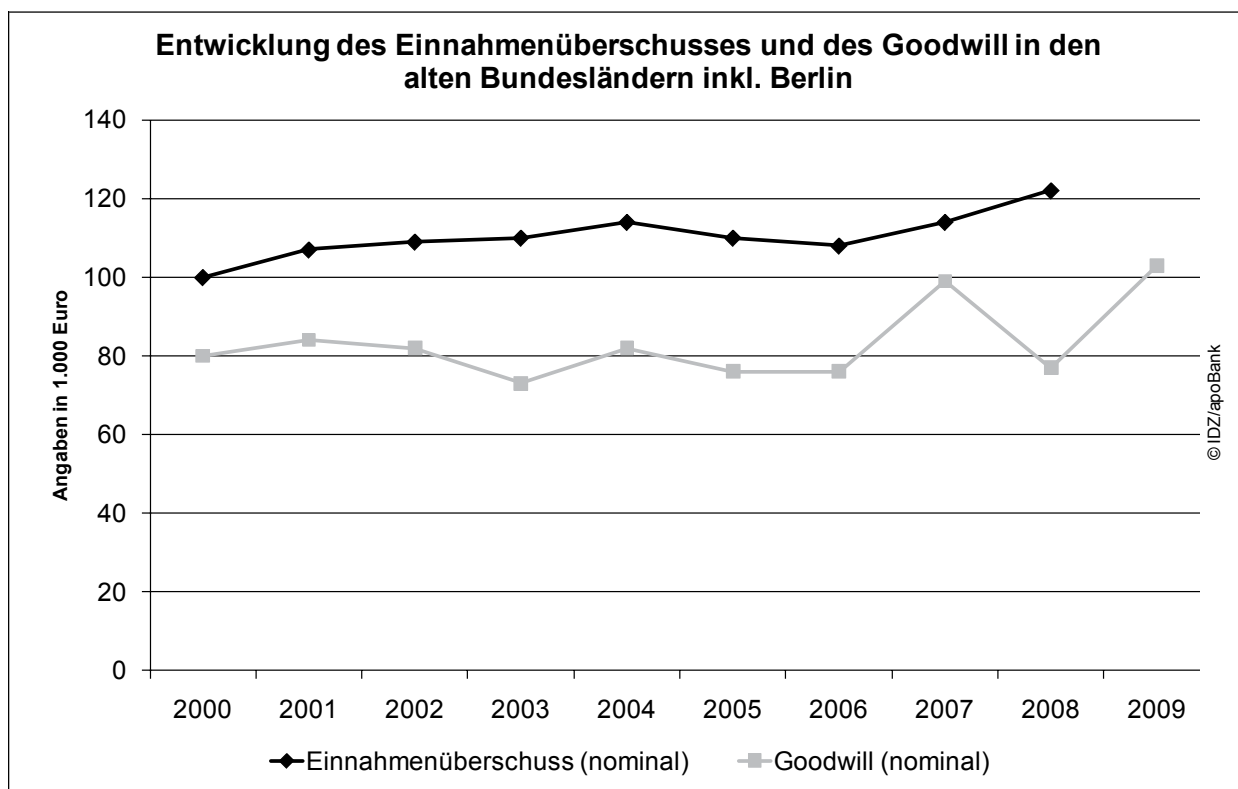


Abbildung 16

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

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill zunimmt. Das Verhältnis zwischen *Goodwill* und *Vorjahresumsatz*¹ liegt in 22 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 17 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20, in 15 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40 und in 12 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,41 und 0,50. Im Schnitt wurden im Jahr 2009 etwa 39 % vom Vorjahresumsatz (2008: 30 %) für den Goodwill aufgewendet. Bei einer Praxisübernahme macht damit der Goodwill inzwischen gut ein Drittel des Vorjahresumsatzes aus. Bis zum Jahre 2006 galt noch die Faustformel, dass der ideelle Wert einer übernommenen Praxis ungefähr einem Viertel des Vorjahresumsatzes entspricht.

Bei einem über alle Praxen hinweg realisierten Umsatzplus in einer Größenordnung von 6 % (vgl. KZBV, 2010) stieg der durchschnittlich gezahlte Goodwill im Jahr 2009 um 26.000 Euro bzw. 34 % auf 103.000 Euro. Im Vorjahr war der Goodwill noch deutlich um 22 % abgesackt.

4.2 Ostdeutschland

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können den Tabellen 4 und 5a/5b entnommen werden. Die empirisch-statistische Aussagekraft dieser Ergebnisse ist nach wie vor durch die im Vergleich zu Westdeutschland geringeren Besetzungszahlen eingeschränkt.

Ab dem Jahr 2003 waren nur noch sehr wenige Einzelpraxisneugründungen zu verzeichnen, so dass aufgrund der geringen Fallzahlen auf eine statistische Auswertung verzichtet werden musste. Dies ist umso bemerkenswerter, als Einzelpraxisneugründungen im Jahre 1999 anteilmäßig noch gleichauf mit den Einzelpraxisübernahmen lagen. Mittlerweile kommen in den neuen Bundesländern auf eine Einzelpraxisneugründung etwa 10 Einzelpraxisübernahmen. Die Präferenz für Formen der Berufsausübungsgemeinschaft ist in den neuen Bundesländern generell geringer ausgeprägt; dies insbesondere bei den weiblichen Existenzgründern. Der Zuwachs an Berufsausübungsgemeinschaften ist aktuell zudem geringer als es dem Anteil der

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

Berufsausübungsgemeinschaften am Gesamtbestand entspricht (vgl. Micheelis, Bergmann-Krauss und Reich, 2010).

Im Jahr 2009 entfielen 40 % des Finanzierungsvolumens (2008: 42 %) einer Einzelpraxisübernahme auf den *Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen*, etwa 35 % (2008: 33 %) auf den Goodwill, 2 % auf die *Bau- und Umbaukosten* und 23 % (2008: 22 %) auf den *Betriebsmittelkredit*.

Der Vergleich mit der Finanzierungsstruktur in den alten Bundesländern macht deutlich, dass in den neuen Bundesländern ein um 3 Prozentpunkte höherer Anteil für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen einkalkuliert werden muss. Im Vorjahr hatte der in den neuen Bundesländern gezahlte Anteil für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen noch um 5 Prozentpunkte unter dem entsprechenden Anteil in den alten Bundesländern gelegen.

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)			1998	1999	2000	2001	2002
	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	in 1.000 Euro	140	145	118	137	150
+	Bau- und Umbaukosten		16	18	17	16	9
=	Praxisinvestitionen		156	163	135	153	159
+	Betriebsmittelkredit		45	46	44	40	32
=	Finanzierungsvolumen		201	209	179	193	191

Tabelle 4

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)			2000	2001	2002	2003	2004
	Substanzwert	in 1.000 Euro	57	48	50	42	36
+	Neuanschaffungen		28	52	36	36	31
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		85	100	86	78	67
+	Goodwill		61	54	50	50	50
+	Bau- und Umbaukosten		4	4	3	2	5
=	Praxisinvestitionen		150	158	139	130	122
+	Betriebsmittelkredit		37	37	35	35	37
=	Finanzierungsvolumen		187	195	174	165	159

Tabelle 5a

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)			2005	2006	2007	2008	2009
	Substanzwert	in 1.000 Euro	38	42	27	43	46
+	Neuanschaffungen		33	48	36	29	25
=	Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen		71	90	63	72	71
+	Goodwill		46	51	61	57	62
+	Bau- und Umbaukosten		7	5	4	4	4
=	Praxisinvestitionen		124	146	128	133	137
+	Betriebsmittelkredit		38	39	31	38	41
=	Finanzierungsvolumen		162	185	159	171	178

Tabelle 5b

4.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

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

Eine *Einzelpraxisübernahme* in den neuen Bundesländern erforderte 2009 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 178.000 Euro, was einem Plus von 4 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Damit wurde in etwa das Finanzierungsniveau des Jahres 2002 wieder erreicht (vgl. Abb. 17). Da das für eine Einzelpraxisübernahme aufzuwendende Gesamtfinanzierungsvolumen in den alten Bundesländern im Jahr 2009 gegenüber dem Vorjahr ebenfalls um 4 % zunahm, lag das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme unverändert bei 62 %.

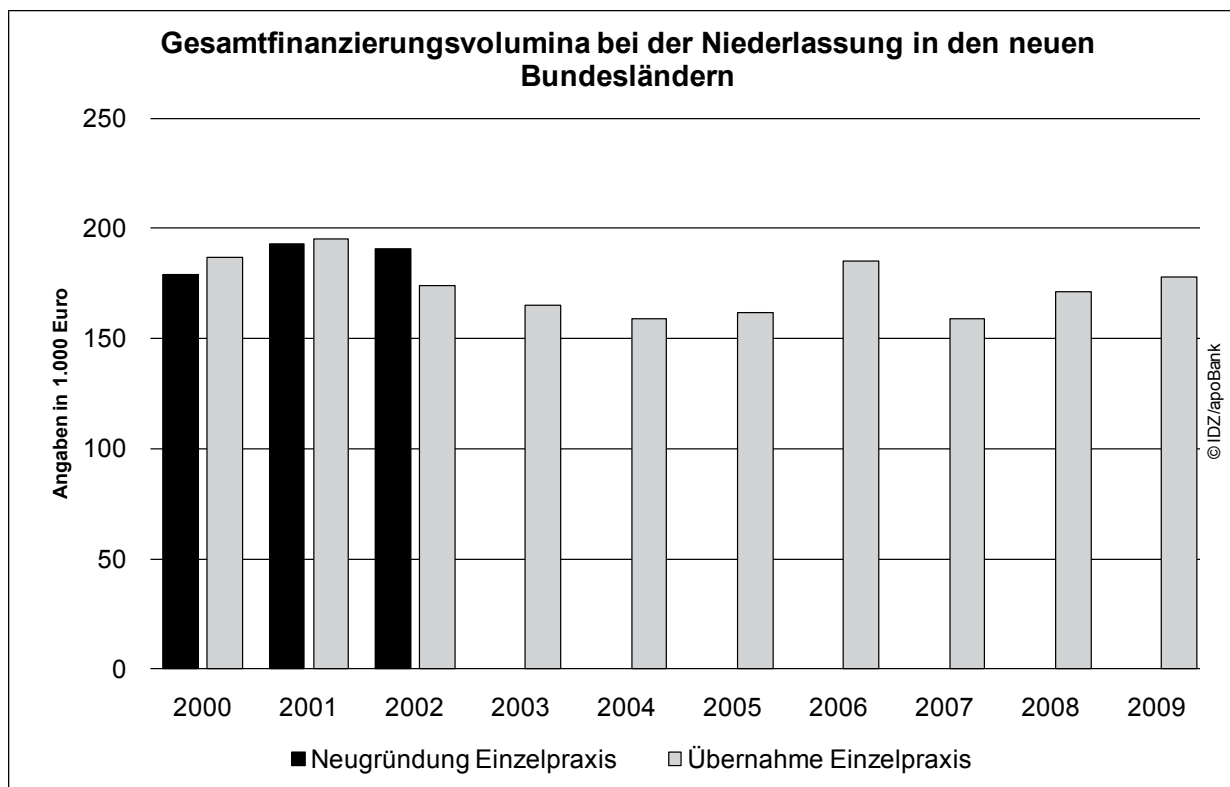


Abbildung 17

5 Schlussbemerkung

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer nach wie vor bereit sind, auf einem hohen Niveau zu investieren, vermitteln zwei von IDZ/ZZQ durchgeführte Befragungen bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte (vgl. Bergmann-Krauss, Micheelis und Walther, 2005; Micheelis, Bergmann-Krauss und Reich, 2010), die auch *Aspekte der subjektiven Berufszufriedenheit* mit einschloss. Demnach scheinen Aspekte wie die „Selbstständigkeit/Frei-

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

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

6 Literaturverzeichnis

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Walther, W.: Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung — Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information 2/05, Köln 2005; eigene interne Auswertungen

Brecht, J. G., Meyer, V. P., Micheelis, W.: Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030. Überprüfung und Erweiterung des Prognosemodells PROG20. IDZ-Information 1/09, Köln 2009

Kaufhold, R.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1995. IDZ-Information 3/96, Köln 1996

Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen — Ergebnisse der ersten Befragungswelle (AVE-Z-1). IDZ-Information 1/04, Köln 2004

Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen — Ergebnisse der zweiten Befragungswelle (AVE-Z-2). IDZ-Information 2/07, Köln 2007

Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen — Ergebnisse der dritten Befragungswelle (AVE-Z-3). IDZ-Information 3/08, Köln 2008

Klingenberger, D., Becker, W.: Entwicklung und wirtschaftlicher Erfolg von zahnärztlichen Existenzgründungen — Ergebnisse empirischer Analysen auf der Basis von

Paneldaten. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement (Gesund ökon Qual manag) 15, 2010, S. 91-98

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2009. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2010

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

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

Weitkamp, J., Klingenberg, D.: Die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung der Zahnmedizin. In: Ulrich, V., Ried, W. (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung. Baden-Baden 2007, S. 917—921