

# Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2001

Dr. David Klingenberger, Andrea Schwarte

## Gliederungsübersicht

	Seite
<b>1</b>	<b>Methodische Vorbemerkungen</b> ..... 1
<b>2</b>	<b>Wachstums- und Beschäftigungseffekte von zahnärztlichen Existenzgründungen</b> ..... 2
<b>3</b>	<b>Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten</b> ..... 3
3.1	Art der Existenzgründung..... 3
3.2	Alter der Existenzgründer ..... 5
3.3	Geschlecht der Existenzgründer ..... 6
3.4	Praxislage..... 8
<b>4</b>	<b>Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens</b> ..... 10
4.1	Westdeutschland inkl. Berlin..... 10
4.1.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen..... 11
4.1.2	Der Betriebsmittelkredit..... 13
4.1.3	Die Bau- und Umbaukosten ..... 15
4.1.4	Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme ..... 16
4.1.5	Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern..... 18
4.2	Ostdeutschland ..... 19
4.2.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen..... 20
4.2.2	Der Betriebsmittelkredit..... 21
4.2.3	Die Bau- und Umbaukosten ..... 22
<b>5</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> ..... 23

## 1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die **Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens** bei der Niederlassung im Jahr 2001 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 2001 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 536, die sich – wie bereits im Vorjahr – im Verhältnis 9 zu 1 auf die alten und neuen Bundesländer aufteilen. Die **statistische Auswertung** wurde gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der

Deutschen Apotheker- und Ärztebank unter Verwendung von SPSS 10.0 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 nur 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)*
- der *Vorjahresumsatz* der Übernahmepraxis

Aufgrund der zum 31.12.2001 erfolgten Währungsumstellung werden die ökonomischen Daten bezüglich Höhe und Struktur des zahnärztlichen Investitionsvolumens erstmals nicht mehr in DM, sondern in **Euro-Werten** angegeben, die Daten der zurückliegenden Jahre wurden entsprechend umgerechnet.

## 2 Wachstums- und Beschäftigungseffekte von zahnärztlichen Existenzgründungen

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

Als Reaktion auf die befürchteten Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) kam es im Jahr 1993 zu einem Niederlassungsboom. Knapp 4.000 Zahnärzte, ca. 60 % mehr als 1992, ließen sich im gesamten Bundesgebiet neu nieder. Nachdem 1994 nur noch rund 1.600 Niederlassungen registriert wurden, stieg die Zahl im Folgejahr auf ca. 2.000 Existenzgründungen an und hielt sich bis 1997 auf diesem Niveau. Die ab dem 1. Januar 1999 geltende Altersgrenze von 68 Jahren, nach deren Erreichen ein Zahnarzt nicht mehr an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen darf, führte dazu, dass die Zahl der Berufsaufgaben 1998 um 80 % über der des Jahres 1997 lag. Der damit verbundene Anstieg zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen blieb nicht ohne Einfluss auf das Niederlassungsgeschehen. Etwa 2.200 Zahnärzte, 15 % mehr als im Vorjahr, realisierten 1998 ihre Existenzgründung. Obwohl im Jahr 1999 die Zahl der Berufsaufgaben deutlich sank, erhöhte sich die Zahl der Niederlassungen auf 2500. **In den Jahren 2000 und 2001 entwickelte sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der**

**Existenzgründungen stark rückläufig.** Im Jahr 2001 entschieden sich rund 1.970 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2002).

Insgesamt wurden in den Jahren 2000/2001 durch zahnärztliche Existenzgründer Investitionen in Höhe von rund 1,0 Mrd. Euro getätigt. Orientiert man sich an der durchschnittlichen Zahl der entgeltlich Beschäftigten in west- und ostdeutschen Zahnarztpraxen im Jahr 2000 (vgl. KZBV, 2001), so zeigt sich, **dass mit diesen Mitteln über 20.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. erhalten wurden.** Diese von Zahnärzten getragenen gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachstumseffekte werden in den oftmals einseitig kostenorientiert geführten Diskussionen über das Gesundheitswesen allzu leicht übersehen.

### 3 Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

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

#### 3.1 Art der Existenzgründung

Für die folgenden Analysen dieses Berichtes wird zwischen drei Arten der zahnärztlichen Existenzgründung unterschieden: Neugründung einer Einzelpraxis, Übernahme einer Einzelpraxis und Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis. In der Rubrik Niederlassung in Form einer Gemeinschaftspraxis werden die Neugründung einer Gemeinschaftspraxis, der Eintritt in eine bestehende Gemeinschaftspraxis und die Überführung einer bestehenden Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis zusammengefasst. Obwohl die Gemeinschaftspraxen zunehmend an Bedeutung gewinnen – im Jahr 2001 arbeitete bereits jeder vierte Zahnarzt in einer Gemeinschaftspraxis (vgl. KZBV, 2001) –, ist diese Aggregation notwendig, da die Anzahl der auswertbaren Finanzierungsfälle eine statistisch-detailliertere Analyse (noch) nicht zulässt.

Die bevorstehende Einführung der Altersgrenze von 68 Jahren prägte das Niederlassungsgeschehen des Jahres 1998 in den **alten Bundesländern**. Der Anstieg zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen motivierte 57 % der niederlassungswilligen Zahnärzte zu einer Einzelpraxisübernahme (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. Gleichzeitig ging die Zahl der Einzelpraxisneugründungen deutlich zurück. Nur noch 27 % der zahnärztlichen Existenzgründer wählten diesen Weg in die Freiberuflichkeit. In den folgenden Jahren hat sich das Niederlassungsgeschehen deutlich gewandelt. Im Jahr 2001 stellte die **Übernahme einer Einzelpraxis** nach wie vor die dominierende Niederlassungsform dar, jedoch lag ihr Anteil mit 46 % um 11 Prozentpunkte unter dem Wert des Jahres 1998. Zugleich befanden sich die **Einzelpraxisneugründung** und die **Gemeinschaftspraxis** im Aufwind. Im Jahr 2001 lag der Anteil der Einzelpraxisneugründungen bei etwa 34 %, jeder fünfte zahnärztliche Existenzgründer entschied sich für die Neugründung einer Gemeinschaftspraxis, den Eintritt

in eine bestehende Gemeinschaftspraxis oder die Überführung einer bestehenden Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis.

In den **neuen Bundesländern** hatte die bevorstehende Einführung der Altersgrenze zur Folge, dass 1998 erstmals die Übernahme einer Einzelpraxis die dominierende Form der Niederlassung war. Etwa Zweidrittel der zahnärztlichen Existenzgründer entschieden sich für den Kauf einer **Einzelpraxis** (vgl. Abb. 1). Dieses Verteilungsmuster zeigte sich auch in den letzten beiden Jahren. Der Anteil der **Einzelpraxisübernahmen** lag im Jahr 2001 mit 67 % deutlich höher als in den alten Bundesländern. Bei den Einzelpraxisneugründungen zeigte sich die entgegengesetzte Entwicklung. Entschieden sich die zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern anfänglich noch häufiger für die Neugründung einer Einzelpraxis als ihre westdeutschen Kollegen, so sank der Anteil der Einzelpraxisneugründungen in der Folge deutlich ab und lag im Jahre 2001 mit 24 % bereits zehn Prozentpunkte unter dem Vergleichswert in den alten Bundesländern. Der Anteil der **Gemeinschaftspraxen** bewegte sich im untersuchten Zeitraum zwischen 6 % und 9 %; damit fällt dieser Praxisform längst nicht die Rolle zu wie in Westdeutschland.

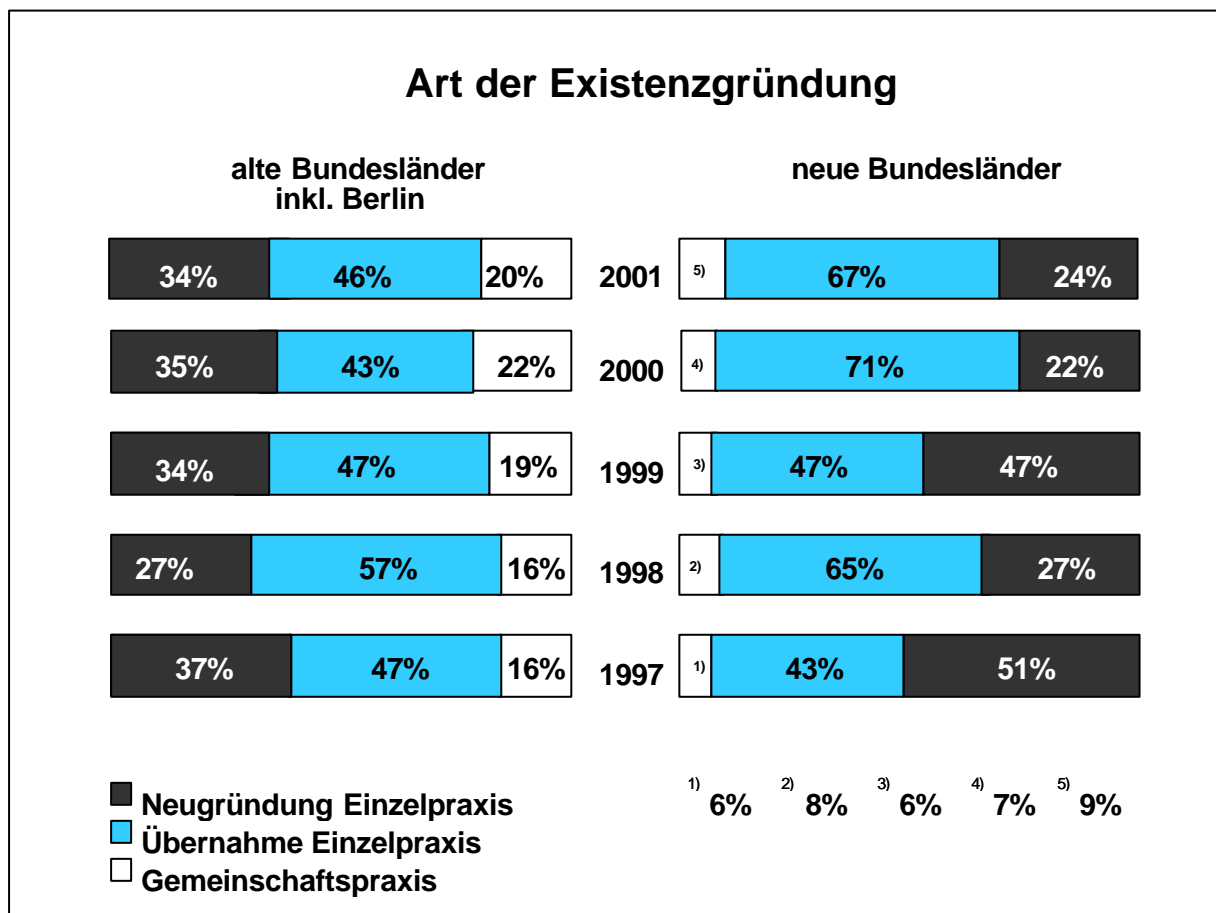


Abbildung 1

© IDZ/APO-B, 2002

### 3.2 Alter der Existenzgründer

Aus der Entwicklung der Alterstruktur zahnärztlicher Existenzgründer in den vergangenen Jahren lassen sich einige Kernaussagen ableiten. Während sich der Anteil der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) in den letzten Jahren jeweils zwischen 20 % und 30 % bewegte, lag 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 %. Diese Alterstruktur lässt sich mit geringen Abweichungen auch für das Jahr 2001 fortschreiben. Der Anteil der über 40-jährigen stieg geringfügig und beträgt im Jahr 2001 etwa 14 %. Der Anteil der jungen Zahnärzte sank um fünf Prozentpunkte auf 17 %, gleichzeitig stieg der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte um drei Prozentpunkte auf 69 % (vgl. Abb. 2).

In den neuen Bundesländern ist (mit Ausnahme des Jahres 1999) 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 2001 spiegelbildlich dar: Zwei Drittel der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern waren älter als 30 Jahre (vgl. Abb. 3). Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung 35 Jahre, die Kolleginnen und Kollegen in Ostdeutschland waren im Schnitt drei Jahre jünger. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Alterstruktur waren – anders als noch im Vorjahr – nicht erkennbar.

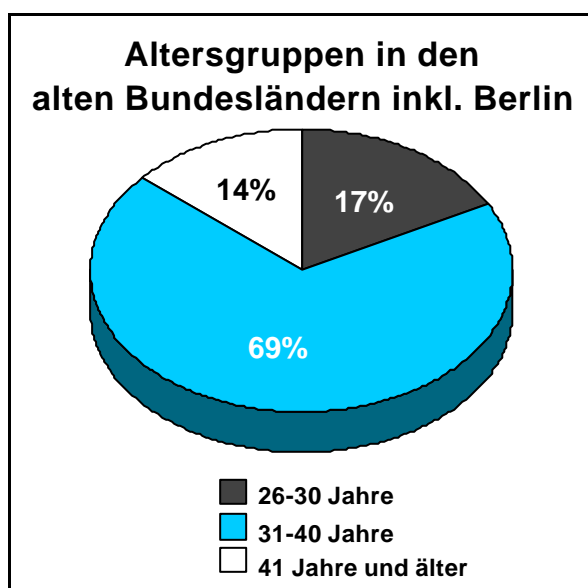


Abbildung 2

© IDZ/APO-B, 2002

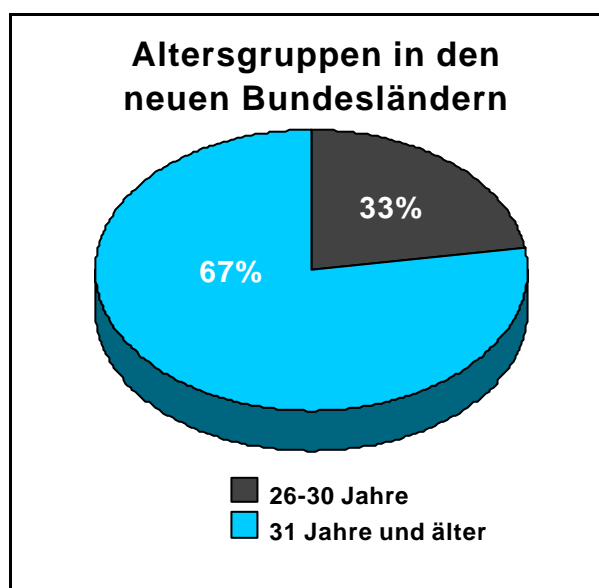


Abbildung 3

© IDZ/APO-B, 2002

Differenziert man für die alten Bundesländer die **relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen**, so zeigt sich, dass die Übernahme einer Einzelpraxis für alle Altersgruppen die verbreitetste Form der Niederlassung war (vgl. Abb. 4). Ein Jahr zuvor war in der Altersgruppe der über 40-jährigen Zahnärzte noch die Neugründung einer Einzelpraxis mit 51 % die häufigste Form der Niederlassung. Gegenüber dem Vorjahr hat sich der Anteil der Praxisübernahmen in allen Altersgruppen leicht erhöht. Nimmt man jedoch das Jahr 1998 als Referenzgröße, so wird deutlich, dass der

Anteil der Übernahmen seither in allen Altersgruppen deutlich zurückgegangen ist; bei den 26- bis 30jährigen um 16 Prozentpunkte, bei den 31- bis 40-jährigen um 11 Prozentpunkte und bei den über 40-jährigen ebenfalls um 11 Prozentpunkte. In den letzten beiden Jahren hat sich die prozentuale Verteilung in der mittleren Altersgruppe als stabil erwiesen. Wie schon in den Vorjahren zu beobachten, nimmt auch 2001 die Bedeutung der Gemeinschaftspraxis mit zunehmendem Alter ab. Offensichtlich sehen gerade die **jüngeren Zahnärzte in der Kooperation** eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen etablieren zu können.

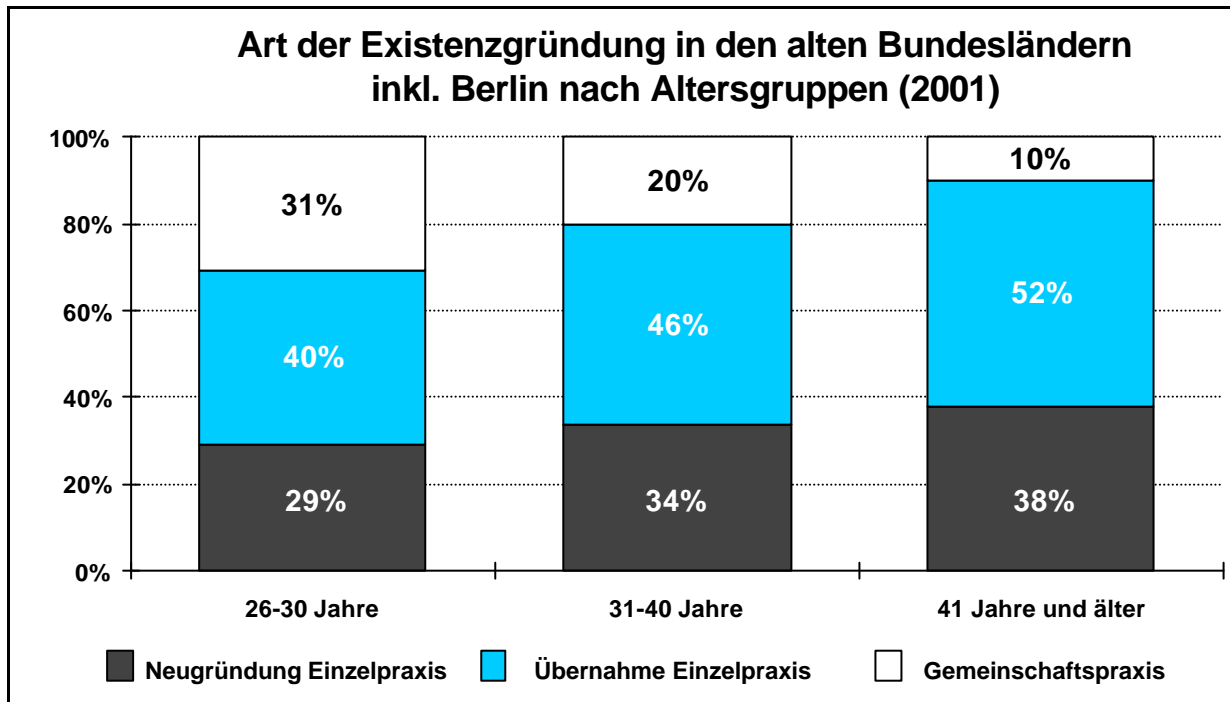


Abbildung 4

© IDZ/APO-B, 2002

### 3.3 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“, die für das Jahr 2000 erstmals statistisch erfasst wurde, zeigt auch für das Jahr 2001 klare Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Im Gegensatz zu den **alten Bundesländern**, in denen 65 % der Existenzgründungen durch Männer und 35 % durch Frauen realisiert wurden (vgl. Abb. 5) prägten in den **neuen Bundesländern** die Frauen mit 65 % das Bild des Niederlassungsgeschehens (vgl. Abb. 6).

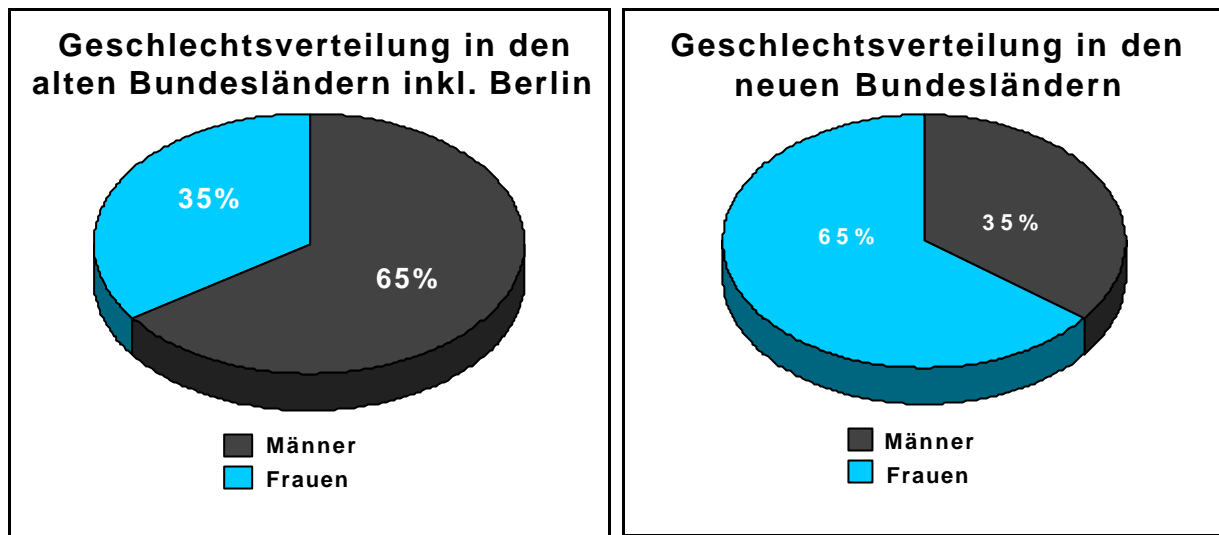


Abbildung 5

© IDZ/APO-B, 2002

Abbildung 6

© IDZ/APO-B, 2002

Wie Abbildung 7 zeigt, war die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter die bevorzugte Form der Niederlassung, gefolgt von der Einzelpraxisneugründung und der Gemeinschaftspraxis. Während sich im Vorjahr bei den Zahnärztinnen mit einem Anteilswert von 27 % noch eine stärkere Präferenz für die Gemeinschaftspraxis als Niederlassungsform angedeutet hatte, sind im Jahr 2001 keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Wahl der Niederlassungsform mehr erkennbar.

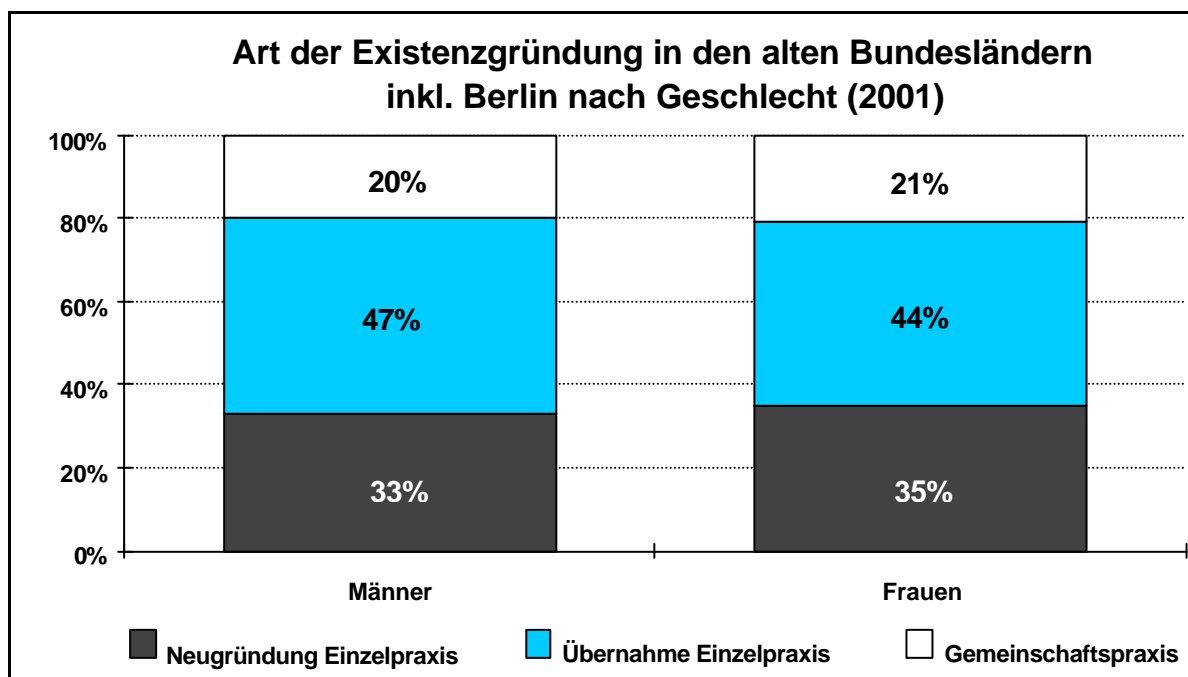


Abbildung 7

© IDZ/APO-B, 2002

### 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 Zahnarzt-dichte (Einwohner je behandelnd tätigem Zahnarzt) sowie die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme 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

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründer auf die verschiedenen Ortsgrößen in **Westdeutschland** deutlich verändert. 29 % aller Niederlassungen wurden in Großstädten realisiert (vgl. Abb. 8), dies sind 22 Prozentpunkte weniger als im Vorjahr. Von dieser Strukturverschiebung profitierten vor allem die Mittelstädte, deren Anteil von 6 % im Jahr 2000 auf 19 % im Jahr 2001 anstieg, sowie die Kleinstädte, deren Anteil im gleichen Zeitraum um neun Prozentpunkte wuchs. Im Rückblick erweist sich allerdings die regionale Verteilung der Praxisformen im Jahr 2000 als untypisch, während das Verteilungsmuster im Jahr 2001 weitestgehend dem der Jahre 1998 und 1999 entspricht. In den **neuen Bundesländern** wurden nach wie vor die meisten Existenzgründungen im ländlichen Raum vorgenommen (vgl. Abb. 9).

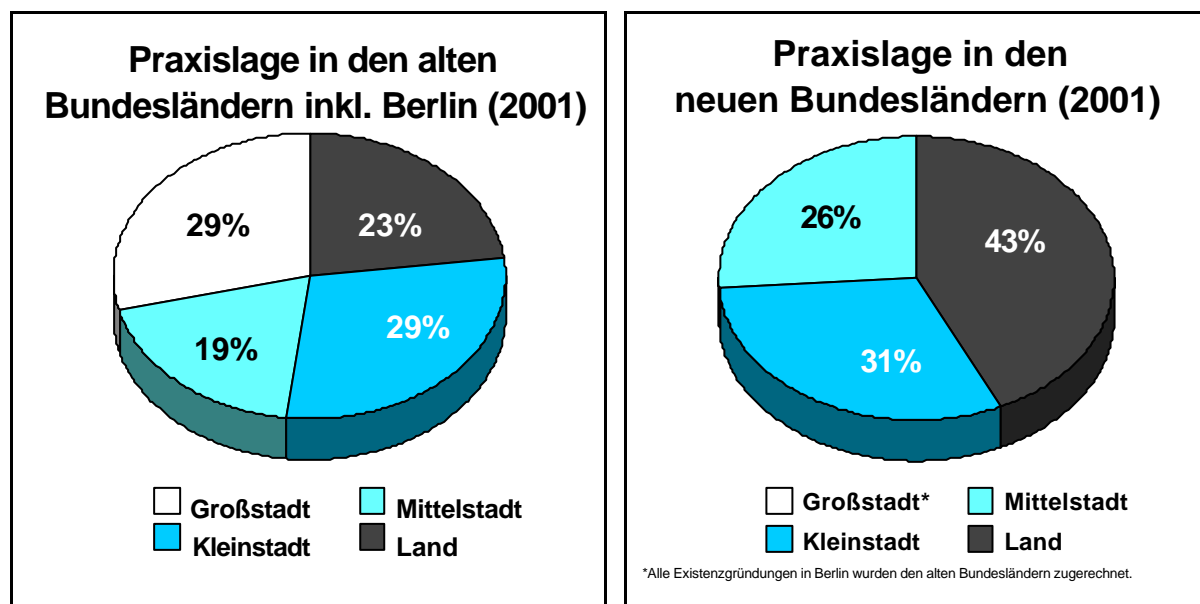


Abbildung 8

© IDZ/APO-B, 2002 Abbildung 9

© IDZ/APO-B, 2002

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich eine relative Bevorzugung der Gemeinschaftspraxen in Großstädten sowie ein höherer Anteil an Einzelpraxisübernahmen in ländlichen Regionen.

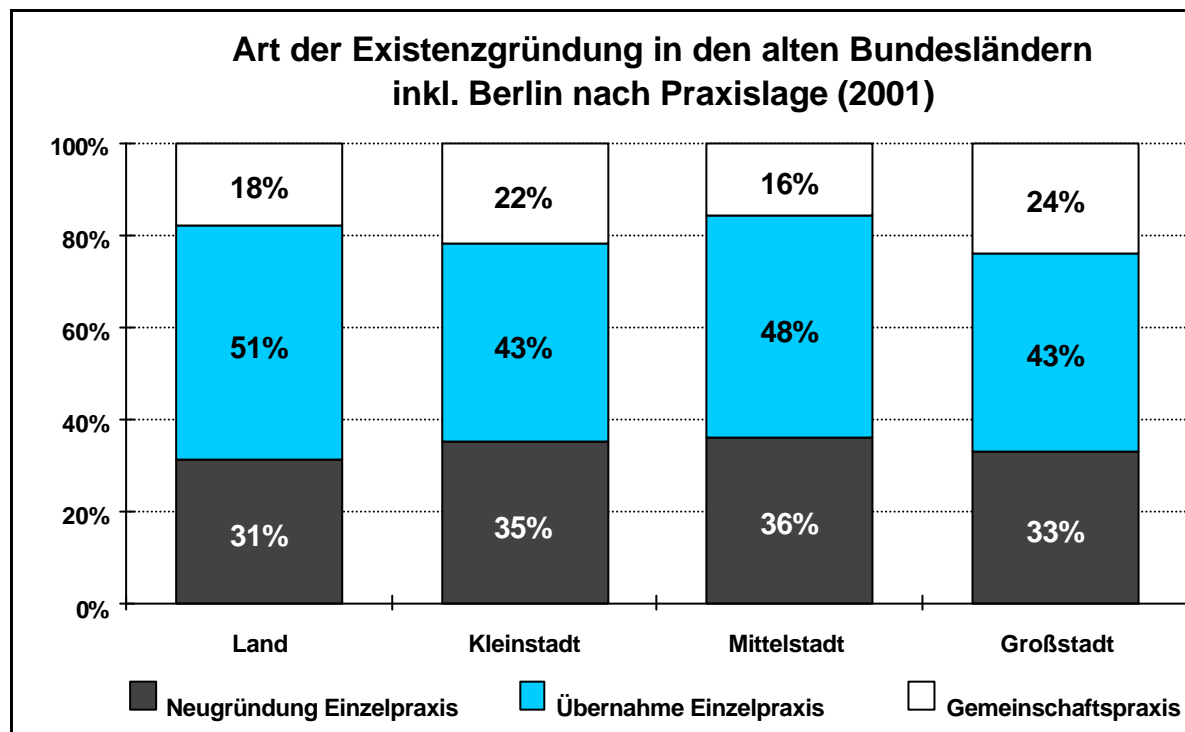


Abbildung 10

© IDZ/APO-B, 2002  
© IDZ/APC-B, 2002

Die Beobachtung der vergangenen Jahre, wonach mit steigendem Verstädterungsgrad der Anteil der Praxisneugründungen deutlich sinkt (2000 von 50 % auf 25 %; 1999 von 44 % auf 22 %) bestätigte sich im Jahr 2001 nicht. Der Anteil der Einzelpraxisneugründungen im ländlichen Bereich betrug nur noch 31 % und lag damit noch zwei Prozentpunkte unter dem Anteil der Einzelpraxisneugründungen in der Großstadt.

## 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 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 1992 bis 2001 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

<b>Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)</b>	1992	1993	1994	1995	1996
med.-techn. Geräte und Einrichtung	170	161	168	174	182
+ Bau- und Umbaukosten	31	31	30	29	39
<b>= Praxisinvestitionen</b>	<b>201</b>	<b>192</b>	<b>198</b>	<b>203</b>	<b>221</b>
+ Betriebsmittelkredit	51	54	55	58	63
<b>= Finanzierungsvolumen</b>	<b>252</b>	<b>246</b>	<b>253</b>	<b>261</b>	<b>284</b>

Tabelle 2a

Angaben in 1.000 Euro

<b>Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)</b>	1997	1998	1999	2000	2001
med.-techn. Geräte und Einrichtung	183	186	184	196	208
+ Bau- und Umbaukosten	34	31	29	45	39
<b>= Praxisinvestitionen</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>213</b>	<b>241</b>	<b>247</b>
+ Betriebsmittelkredit	63	65	64	69	75
<b>= Finanzierungsvolumen</b>	<b>280</b>	<b>282</b>	<b>277</b>	<b>310</b>	<b>322</b>

Tabelle 2b

Angaben in 1.000 Euro

<b>Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)</b>	1992	1993	1994	1995	1996
Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	101	111	127	103	113
+ Goodwill	67	56	57	67	61
+ Bau- und Umbaukosten	8	10	12	10	11
<b>= Praxisinvestitionen</b>	<b>176</b>	<b>177</b>	<b>196</b>	<b>180</b>	<b>185</b>
+ Betriebsmittelkredit	44	42	47	48	53
<b>= Finanzierungsvolumen</b>	<b>220</b>	<b>219</b>	<b>243</b>	<b>228</b>	<b>238</b>

Tabelle 3a

Angaben in 1.000 Euro

<b>Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)</b>	1997	1998	1999	2000	2001
Substanzwert	76	63	56	66	67
+ Neuanschaffungen	40	41	39	38	45
<b>= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen</b>	<b>116</b>	<b>104</b>	<b>95</b>	<b>104</b>	<b>112</b>
+ Goodwill	80	81	79	80	84
+ Bau- und Umbaukosten	11	13	14	11	12
<b>= Praxisinvestitionen</b>	<b>207</b>	<b>198</b>	<b>188</b>	<b>195</b>	<b>208</b>
+ Betriebsmittelkredit	54	58	54	49	56
<b>= Finanzierungsvolumen</b>	<b>261</b>	<b>256</b>	<b>242</b>	<b>244</b>	<b>264</b>

Tabelle 3b

Angaben in 1.000 Euro

Im Jahr 2001 entfielen 65 % des Finanzierungsvolumens einer **Einzelpraxisneugründung** auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 12 % auf die Bau- und Umbaukosten und 23 % auf den Betriebsmittelkredit. Im langfristigen Trend hat sich damit die Verteilung der Kostenanteile als recht stabil erwiesen.

Bei einer **Einzelpraxisübernahme** wurden 2001 durchschnittlich 42 % des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen, 32 % für den Goodwill, 5 % für die Bau- und Umbaukosten und 21 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Damit entspricht die prozentuale Zusammensetzung des Jahres 2001 nahezu der der Jahre 1998 bis 2000. Diese Beobachtung ist bemerkenswert, kam es doch zwischen 1991 und 1998 immer wieder zu größeren Abweichungen bei der prozentualen Zusammensetzung des Finanzierungsvolumens, insbesondere beim Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen und dem Goodwill. Auffällig hieran ist, dass sich die prozentualen Anteile dieser beiden Größen immer entgegengesetzt entwickelten. Ein prozentualer Anstieg (Rückgang) des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen wurde stets von einem ähnlichen prozentualen Rückgang (Anstieg) des Goodwill begleitet.

#### 4.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Nach vier Jahren der Konstanz stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen einer **Einzelpraxisneugründung** im Jahr 2000 um 12 % auf 310.000 Euro; im Jahre 2001 erhöhte sich das Gesamtfinanzierungsvolumen nochmals um 4 % auf 322.000 Euro (vgl. Abb. 11).

Der Zeitraum der letzten Dekade kann in drei Abschnitte eingeteilt werden, in denen sich die für eine Praxisneugründung aufzubringenden finanziellen Mittel nur geringfügig verändert haben. Mit einem deutlichen Anstieg des Investitionsvolumens 1992 (+ 9 %) und 1996 (+ 9 %) begann jeweils eine neue „Stabilitätsphase“. Interessant ist, dass diese sprunghaften Erhöhungen des Finanzierungsniveaus einer Praxisneugründung unmittelbar im Jahr vor Inkrafttreten weitreichender gesundheitspolitischer Reformgesetze lagen (1993 Gesundheitsstrukturgesetz, 1997 GKV-Neuordnungsgesetz). Noch nicht absehbar ist, ob die Werte von 2000 und 2001 ein neues stabiles Finanzierungsniveau markieren oder ob es zu weiteren sprunghaften Erhöhungen des Investitionsvolumens kommt.

Im Bereich der **Einzelpraxisübernahme** scheint der Abwärtstrend der vergangenen Jahre gestoppt worden zu sein. Mit einer Steigerung um 8 % und einem Gesamtfinanzierungsvolumen von 264.000 Euro wurde im Jahr 2001 eine neue Höchstmarke erreicht (vgl. Abb. 11). Lässt man die Fachpraxen, deren Anteil in der Stichprobe in 2001 erheblich höher lag als noch im Vorjahr, außer Betracht, so stieg das Finanzierungsvolumen immerhin noch um 3 % auf 251.000 Euro.

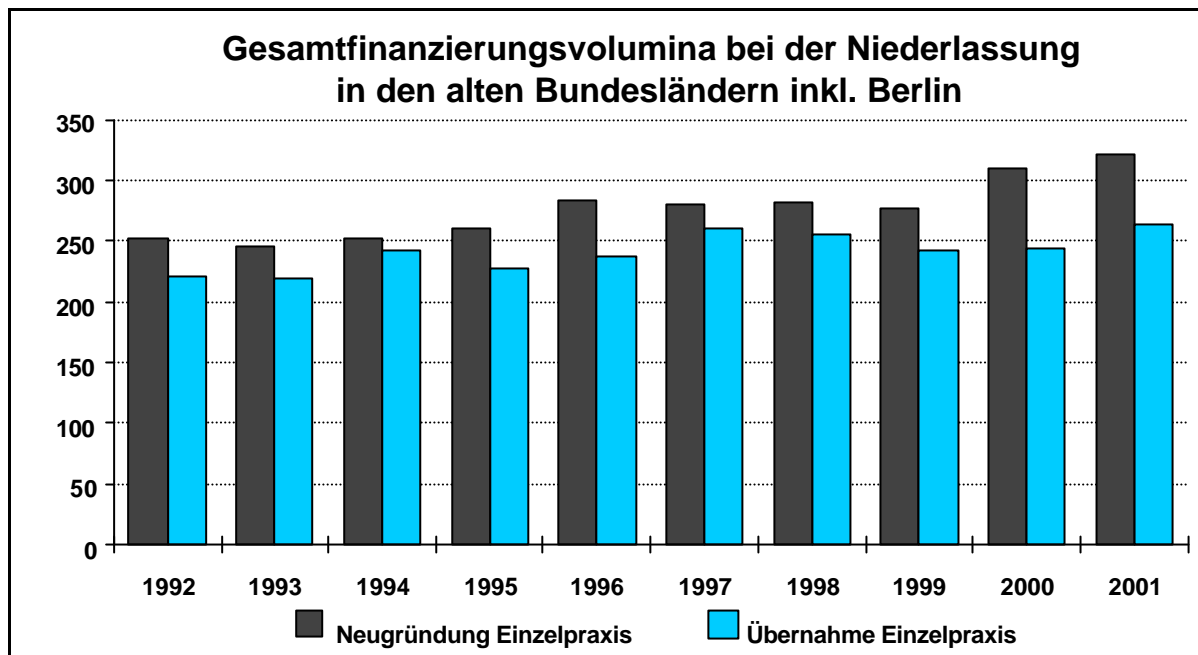


Abbildung 11

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2002

Der vergleichsweise stärkere Zuwachs des Gesamtfinanzierungsvolumens bei Einzelpraxisübernahmen hatte zur Folge, dass sich der Unterschied zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme erstmals seit 1997 wieder verringerte. Aktuell beträgt die Differenz indes immer noch 58.000 Euro (vgl. Abb. 12). Gleich hohe Investitionsvolumina für die Neugründung und die Übernahme einer Einzelpraxis sind insofern weiterhin nicht zu erwarten.

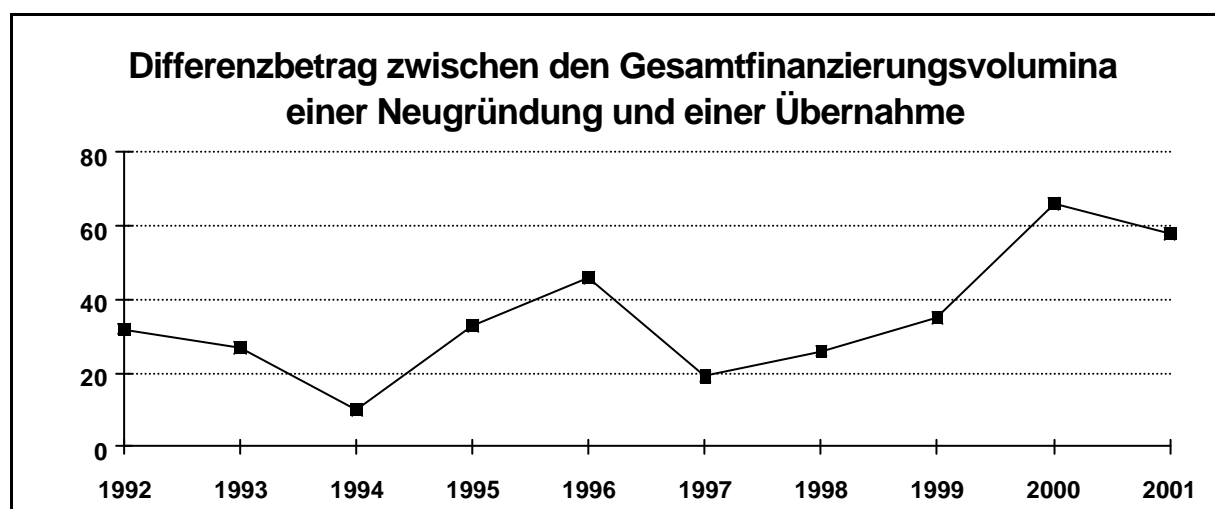


Abbildung 12

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2002

Eine nach **Alter differenzierte Betrachtung** zeigt, dass zahnärztliche Existenzgründer, die im Jahr 2001 das 40. Lebensjahr überschritten hatten, mit 291.000 Euro für eine Einzelpraxisneugründung bzw. 223.000 Euro für eine Einzelpraxisübernahme mehr investierten als noch 2000 (Einzelpraxisneugründung: 283.000 Euro, Einzelpraxisübernahme: 219.000 Euro). Mit 317.000 Euro schwächte sich hingegen das finanzielle Engagement der 26- bis 30-jährigen Existenzgründer bei einer Einzelpraxisneugründung

gegenüber dem Vorjahr um 22.000 Euro ab. Bei der Übernahme blieb das Investitionsvolumen dieser Gruppe mit 236.000 Euro im Jahr 2001 ebenfalls deutlich hinter dem Vorjahresniveau (258.000 Euro) zurück. Die höchsten Investitionen tätigten die 31- bis 40-jährigen Existenzgründer mit 329.000 Euro für eine Einzelpraxisneugründung bzw. 279.000 Euro für eine Einzelpraxisübernahme.

In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 318.000 Euro bzw. 278.000 Euro. Die Investitionsvolumina **weiblicher Zahnärzte** lagen bei der Einzelpraxisneugründung mit 328.000 Euro anders als noch im Vorjahr knapp über den Investitionsvolumina ihrer männlichen Kollegen; bei der Einzelpraxisübernahme mit 238.000 Euro hingegen deutlich darunter.

Im Jahr 2001 erforderte die **Einzelpraxisneugründung in einer Großstadt** die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 326.000 Euro lag das Finanzierungsvolumen 6 % über dem Vorjahreswert. Die Einzelpraxisübernahme in einer Großstadt verbilligte sich gleichzeitig um 5 % auf 227.000 Euro. Damit stieg der Unterschied im Investitionsvolumen zwischen den beiden Praxisformen in der Großstadt auf 99.000 Euro. Bei einer Existenzgründung in einer Mittelstadt waren die Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt; hier schlug eine Einzelpraxisneugründung mit 314.000 Euro (2000: 301.000 Euro) zu Buche, während eine Einzelpraxisübernahme 299.000 Euro kostete und sich damit gegenüber dem Vorjahr um 34 % deutlich verteuerte.

#### 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 und erreichte im Jahr 2001 mit 75.000 Euro einen neuen Höchstwert. Der im Rahmen einer Praxisübernahme gewährte Betriebsmittelkredit stieg im Jahr 2001 um 14 % auf 56.000 Euro und liegt damit wieder auf dem Niveau des Zeitraumes von 1996 bis 1999 (vgl. Abb. 13).

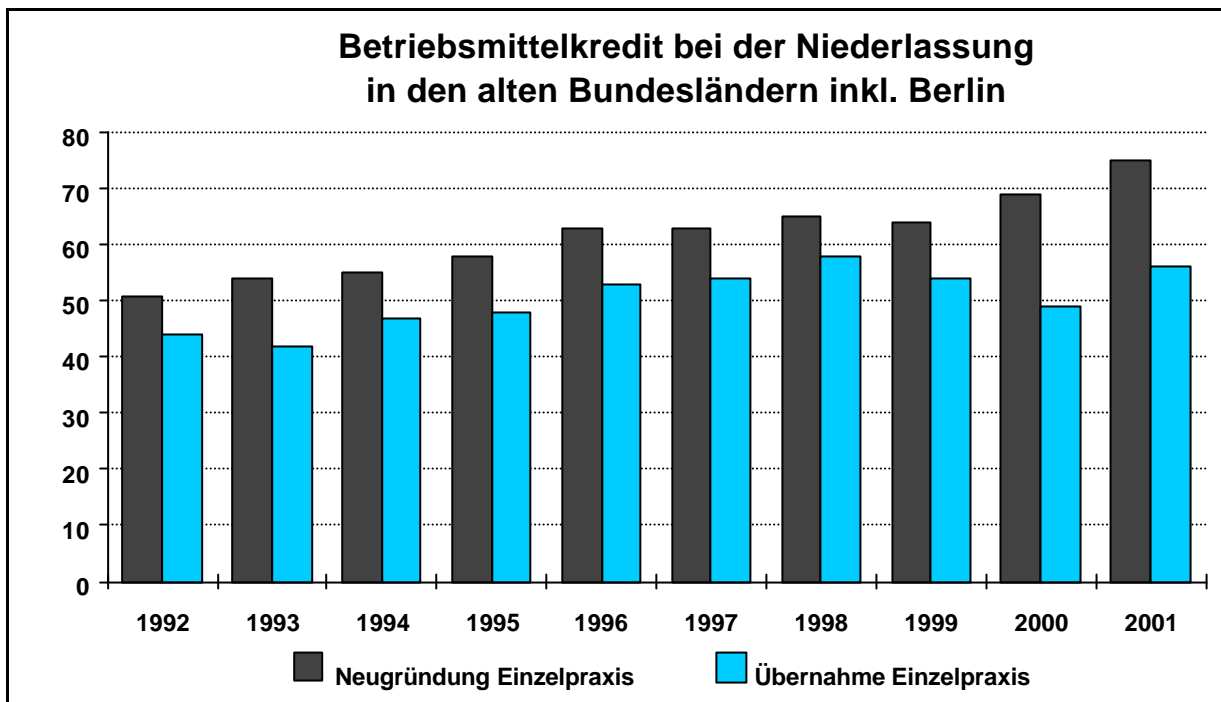


Abbildung 13

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2002

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach Altersgruppen ergibt ein uneinheitliches Bild. Von den 31- bis 40-jährigen Zahnärzten wurden deutlich höhere Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt als im Vorjahr. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittelkredit stieg in dieser Altersgruppe um 21 % auf 76.000 Euro; bei einer Praxisübernahme wurden 60.000 Euro benötigt, was einer Zunahme um 20 % entspricht. Mit 83.000 Euro (2000: 80.000 Euro) wurde der **höchste Betriebsmittelkredit** bei einer Praxisneugründung von 26- bis 30-jährigen Zahnärzten nachgefragt. In der Gruppe der über 41-jährigen Zahnärzte lag der Betriebsmittelkredit für eine Einzelpraxisneugründung mit 61.000 Euro etwa 16 % unter dem Wert des Vorjahres.

Während bei einer Praxisneugründung die Betriebsmittelkredite von Männern und Frauen mit rund 75.000 Euro gleich hoch waren, fragten Männer bei einer Praxisübernahme mit 59.000 Euro einen um 8.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen.

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 Praxisübernahme in der Großstadt mit 42.000 Euro deutlich unter dem entsprechenden Wert in einer Mittelstadt (68.000 Euro).

#### 4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Im Jahr 2001 sanken die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung um 6.000 Euro auf 39.000 Euro und erreichten damit wieder den Wert von 1996. Die bei einer Praxisübernahme anfallenden Bau- und Umbaukosten sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung. Im Zeitraum von 1995 bis 1999 konnte ein kontinuierlicher Anstieg dieses Kostenblocks bei einer Praxisübernahme

beobachtet werden. Mit 11.000 Euro im Jahr 2000 sanken die Ausgaben für bauliche Maßnahmen um 3.000 Euro unter den Wert des Vorjahres; im Jahr 2001 waren 12.000 Euro für Bau- und Umbaukosten zu veranschlagen (vgl. Abb. 14).

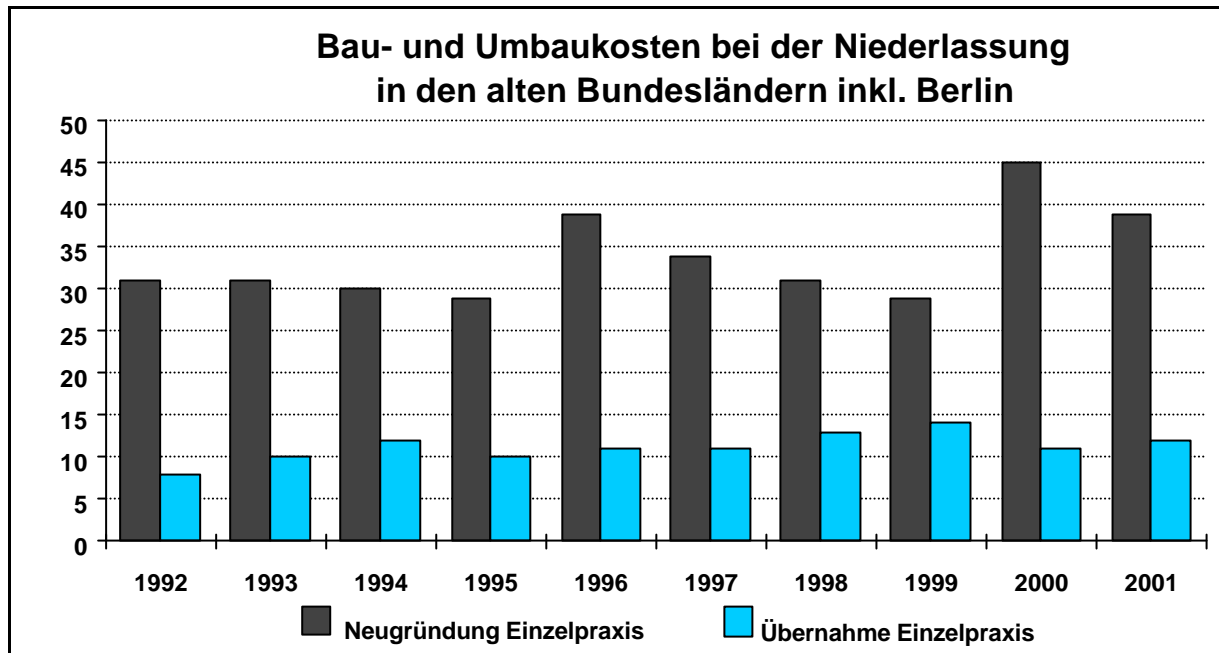


Abbildung 14

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2002

Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Sowohl bei der Praxisneugründung als auch der Praxisübernahme macht sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle bemerkbar. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Praxisneugründung in der Großstadt mit 49.000 Euro (2000: 57.000 Euro) zu Buche schlugen, betragen sie im ländlichen Bereich unverändert 27.000 Euro. Im Falle einer Praxisübernahme lagen die Bau- und Umbaukosten zwischen 17.000 Euro (2000: 13.000 Euro) im großstädtischen Bereich und 9.000 Euro (2000: 12.000 Euro) in der Kleinstadt.

#### 4.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme

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

Sowohl 1998 als auch 1999 verzeichnete der Substanzwert einen zweistelligen prozentualen Rückgang. Dieses deutliche Absinken des Substanzwertes dürfte in einem engen Zusammenhang mit der Einführung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte stehen. Die daraus resultierende Zunahme zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen führte dazu,

dass die Preise für die übernommenen Geräte und Ausstattung nachgaben. In der Folge verringerte sich das Verhältnis von Substanzwert zu Neuanschaffungen von 2 zu 1 im Jahr 1995 auf 1,4 zu 1 im Jahr 1999. Die rückläufige Entwicklung beim Substanzwert der übernommenen Praxen wurde im Jahr 2000 gestoppt. Im Jahr 2001 stieg dieser Wert der übernommenen Praxen nochmals geringfügig. Mit 67.000 Euro lag der Wert aber immer noch um 12 % unter dem Maximalwert des Jahres 1997 (vgl. Abb. 15).

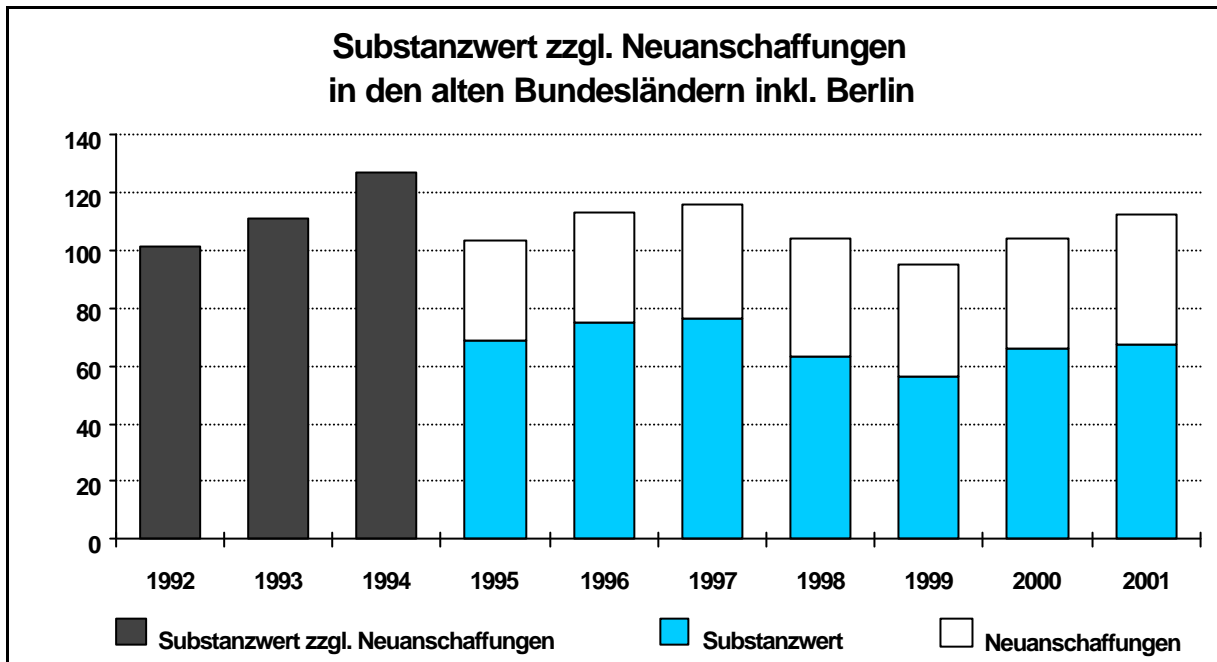


Abbildung 15

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2002

Die Ausgaben für den **Substanzwert** haben sich in den verschiedenen Altersgruppen uneinheitlich entwickelt. Bei den über 40-jährigen Zahnärzten ist eine Abnahme von rund 11 % auf 62.000 Euro zu verzeichnen, in der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen stieg der Substanzwert hingegen um 3 % auf 69.000 Euro. Die Ausgaben für Neuanschaffungen stiegen im Jahr 2001 in allen Altersklassen; bei den 26- bis 30-jährigen Zahnärzten und den 31- bis 40-jährigen Zahnärzten um jeweils 6.000 Euro auf 44.000 Euro bzw. 45.000 Euro. In der Gruppe der über 40-jährigen zahnärztlichen Existenzgründer stiegen die Ausgaben für Neuanschaffungen um 62 % auf 42.000 Euro.

Eine nach Verstädterungsgrad differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen zeigt, dass in **Kleinstädten** mit rund 73.000 Euro der höchste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden war. Der niedrigste Substanzwert (58.000 Euro) und die niedrigsten Ausgaben für Neuanschaffungen (40.000 Euro) wurden wie schon im Vorjahr in **Großstädten** getätigt.

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, 2001) 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 der folgenden Jahre bestätigt

(vgl. Abb. 16). Nur in den Jahren 1992-1994 übten die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993) verbundenen negativen Erwartungen der Zahnärzte einen dominierenden Einfluss auf die Entwicklung des ideellen Wertes aus. Dem für das Jahr 1992 zu beobachtenden Anstieg der Einnahmenüberschüsse folgte 1993 ein unverhältnismäßig großer Abfall des Goodwill. Da die Einbußen beim Einnahmenüberschuss für das Jahr 1993 geringer ausfielen als befürchtet, reagierte der Goodwill 1994 mit einem leichten Anstieg.

Die Veränderung des Einnahmenüberschusses zwischen 1999 und 2000 betrug in den alten Bundesländern etwa 7 % (vgl. KZBV, 2001) und die des Goodwill zwischen 2000 und 2001 etwa 5 %. Zwar existiert ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Goodwill und der Entwicklung des Einnahmenüberschusses, jedoch unterscheiden sich die prozentualen Veränderungsraten in der Regel. Dies ist ein Hinweis, dass noch andere nicht zu unterschätzende Faktoren existieren, welche die Höhe des Goodwill beeinflussen.

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill steigt. Das Verhältnis zwischen **Goodwill und Vorjahresumsatz**<sup>1</sup> liegt in 40 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 26 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20 und in 19 % 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 Vorjahresumsatz ausmacht, im Trend bestätigt.

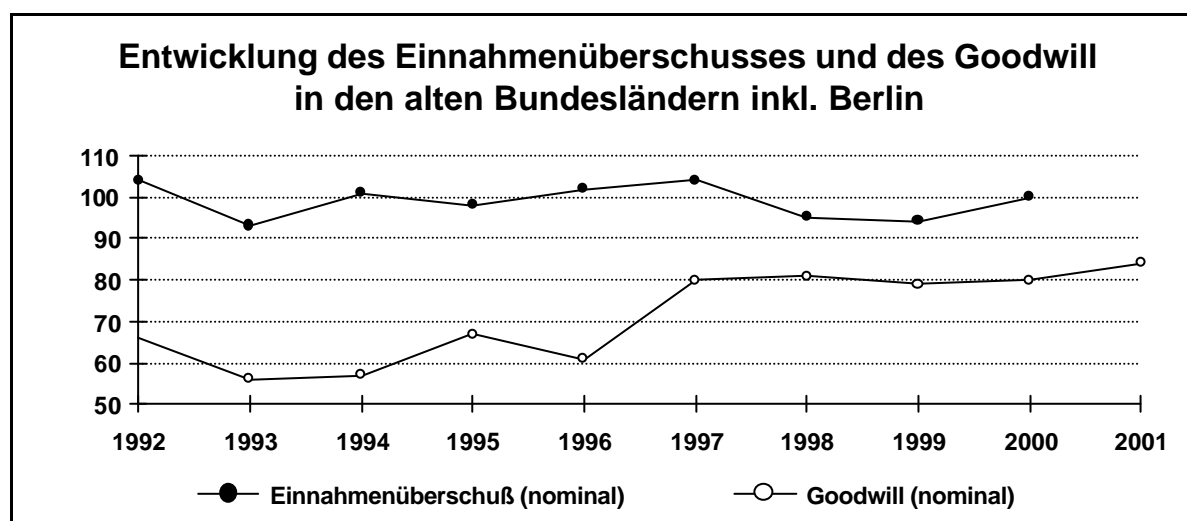


Abbildung 16

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2002

#### 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 2000/2001 zeigt, **dass das zahnärztliche Investitionsvolumen wie schon im Vorjahr von keiner anderen Arztgruppe übertroffen wird**

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

(vgl. Abb. 17). Dabei blieb der Zuwachs, wie der Blick auf die arztgruppenspezifischen Gesamtfinanzierungsvolumina des Jahres 1999/2000 (vgl. IDZ, 2001) deutlich macht, mit 8 % noch vergleichsweise moderat. Die höchsten Steigerungsraten verzeichneten die Augenärzte mit einem Plus von 39 %, gefolgt von den Kinderärzten mit 21 % und den Hautärzten mit 20 % Zuwachs. In anderen Arztgruppen entwickelten sich die Investitionsvolumina rückläufig, am deutlichsten bei den Gynäkologen mit –27 % sowie den Chirurgen mit –16 %, die somit innerhalb von nur zwei Jahren von der Spitzenposition auf den vierten Rang abrutschten. Erstmals erfasst wurde die Gruppe der Psychotherapeuten, die bei einer Praxisneugründung durchschnittlich 44.000 Euro investierten, was etwa einem Siebtel des von zahnärztlichen Existenzgründern investierten Betrages entspricht.

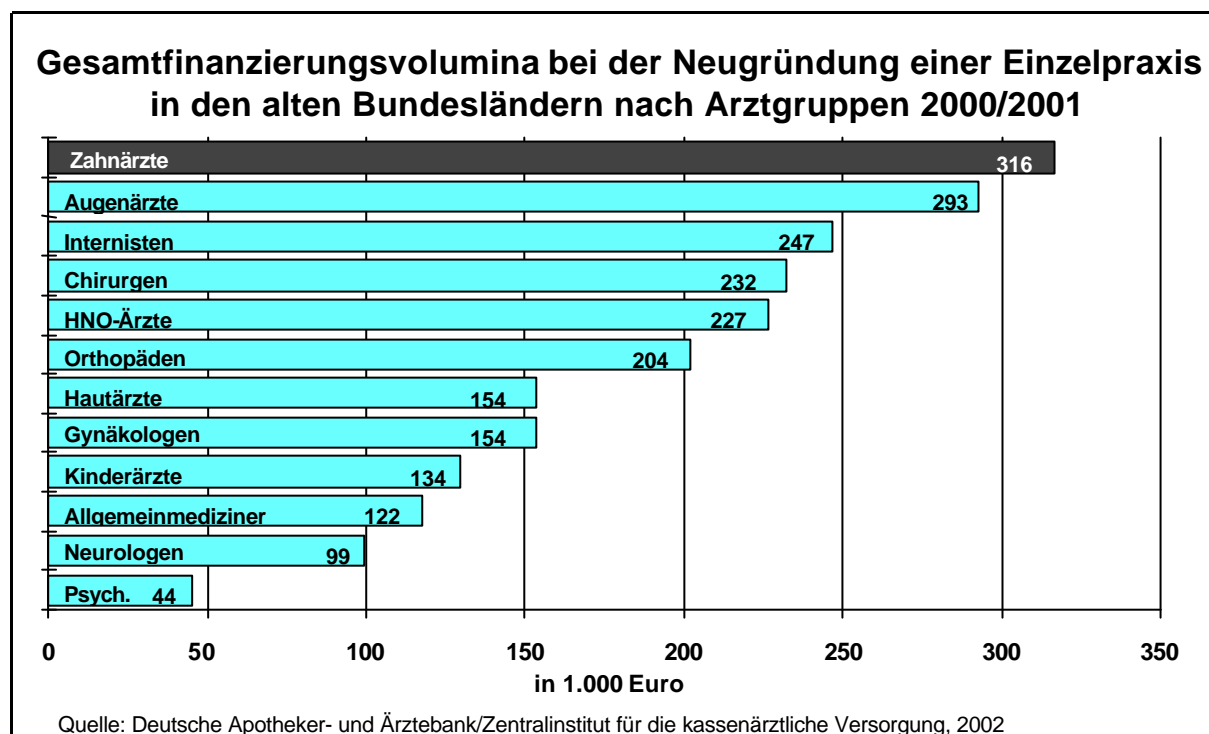


Abbildung 17

© IDZ/APO-B, 2002

Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer nach wie vor bereit sind, stabil auf einem sehr hohen Niveau zu investieren, vermittelt eine gemeinsam vom IDZ und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) – bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte – durchgeführte Befragung (vgl. Schneller und Micheelis 1997), die auch **Aspekte der subjektiven Berufszufriedenheit** mit einschloss. Demnach spielt die Aussicht auf ein gutes Einkommen und die damit verbundene wirtschaftliche Sicherheit für die Zahnärzte keine alleinige Rolle. Wichtig scheinen auch Aspekte wie die „Selbstständigkeit/Freiberuflichkeit“, der „Kontakt mit Menschen“ und die „Möglichkeit einen Heilberuf auszuüben“; als unangenehme Seiten des Zahnarztberufes wurden vor allem die wachsenden „staatlichen Eingriffe“, der „Leistungs-/Zeitdruck“ und die „Verwaltungsarbeiten“ genannt. Trotz dieser Vielschichtigkeit im zahnärztlichen Berufserleben besteht aber eine unverändert positive Berufsrolleneinschätzung, die sich bei den niederlassungswilligen Zahnärzten offenbar auch in mutigen Investitionsentscheidungen niederschlägt. Zusätzlich zu diesem berufspsychologischen Deutungsversuch wird man als weitere mögliche Erklärung in Erwägung ziehen können, dass die zahnärztliche Berufsausübung eine sehr umfangreiche technisch-

apparative Ausstattung zur modernen Patientenversorgung erforderlich macht, die entsprechend hohe Investitionsvolumina begründet. Dies gilt in gleicher Weise für die **zunehmende Prophylaxeorientierung der Zahnärzteschaft**, die auf der einen Seite zusätzlichen finanziellen Aufwand mit sich bringt, auf der anderen Seite aber auch positiv auf die Berufszufriedenheit wirkt (vgl. Schneller, Micheelis, Hendriks, 2001).

## 4.2 Ostdeutschland

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können den Tabellen 4a/4b und 5 entnommen werden. Die empirisch-statistische Aussagekraft dieser Ergebnisse ist nach wie vor durch die im Vergleich zu Westdeutschland geringeren Besetzungszahlen eingeschränkt. In den Jahren 1992 bis 1996 wurden nur sehr wenige Einzelpraxisübernahmen registriert, so dass auf eine statistische Auswertung verzichtet wurde.

<b>Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)</b>	1992	1993	1994	1995	1996
med.-techn. Geräte und Einrichtung	126	144	147	148	161
+ Bau- und Umbaukosten	50	41	25	22	31
= Praxisinvestitionen	176	185	172	170	192
+ Betriebsmittelkredit	32	35	41	48	44
= Finanzierungsvolumen	208	220	213	218	236

Tabelle 4a

Angaben in 1.000 Euro

<b>Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)</b>	1997	1998	1999	2000	2001
med.-techn. Geräte und Einrichtung	163	140	145	118	137
+ Bau- und Umbaukosten	13	16	18	17	16
= Praxisinvestitionen	176	156	163	135	153
+ Betriebsmittelkredit	48	45	46	44	40
= Finanzierungsvolumen	224	201	209	179	193

Tabelle 4b

Angaben in 1.000 Euro

<b>Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)</b>	1997	1998	1999	2000	2001
Substanzwert	59	55	61	57	48
+ Neuanschaffungen	39	32	18	28	52
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	98	87	79	85	100
+ Goodwill	60	60	62	61	54
+ Bau- und Umbaukosten	3	5	1	4	4
= Praxisinvestitionen	161	152	142	150	158
+ Betriebsmittelkredit	39	41	37	37	37
= Finanzierungsvolumen	200	193	179	187	195

Tabelle 5

Angaben in 1.000 Euro

Im Jahr 2001 entfielen 71 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisneugründung auf die **medizinisch-technischen Geräte** und Einrichtung, 8 % auf die **Bau- und Umbaukosten** und 21 % auf den **Betriebsmittelkredit**. Damit haben sich die Unter-

schiede zwischen West- und Ostdeutschland hinsichtlich der Finanzierungsstruktur erstmals wieder vergrößert.

#### 4.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Während in Westdeutschland die bei einer Praxisneugründung aufzubringenden Mittel mit einem Zuwachs von 4 % einen neuen Höchstwert erreichten, stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen in den neuen Bundesländern um 7 %. Mit 193.000 Euro lag der Wert aber immer noch 43.000 Euro unter dem Höchstwert von 1996 (vgl. Abb. 18). Zwischen 1993 und 2000 hat sich die Differenz der west- und ostdeutschen Finanzierungsvolumina für eine Praxisneugründung von 26.000 Euro auf 131.000 Euro vervielfacht. Im Jahr 2001 betrug die Differenz immer noch 129.000 Euro.

Von 1991 bis 1993 wuchs das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine **Praxisneugründung** von 70 % auf 89 %. In den Folgejahren verringerte sich das Verhältnis um 18 Prozentpunkte auf 71 % (1998). Der Anstieg auf 75 % im Jahr 1999 erwies sich nur als eine kurze Verbesserung, bevor mit 58 % im Jahr 2000 ein neues Minimum erreicht wurde. Mit einem Wert von 60 % erhöhte sich die Relation im Jahr 2001 nur geringfügig.

Eine **Praxisübernahme** in den neuen Bundesländern erforderte 2001 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 195.000 Euro und lag damit erneut leicht über dem Investitionsvolumen einer Praxisneugründung. Das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme sank im Jahr 2001 um drei Prozentpunkte auf 74 %.

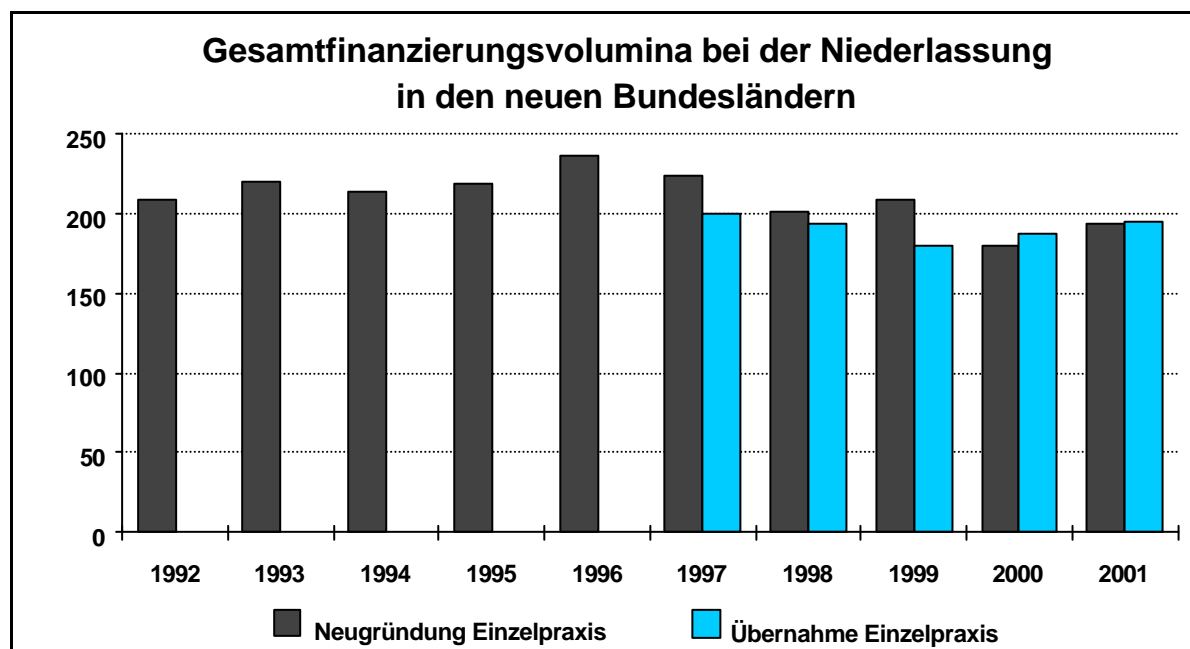


Abbildung 18

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2002

#### 4.2.2 Der Betriebsmittelkredit

Wie bereits dargestellt, dient der Betriebsmittelkredit dem Zahnarzt während der Existenzgründungsphase zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. In den Jahren 1992 bis 1995

folgte die Entwicklung des Betriebsmittelkredits für eine Einzelpraxisneugründung einem deutlichen Wachstumstrend. Innerhalb weniger Jahre stieg der Betriebsmittelkredit von 32.000 Euro auf 48.000 Euro. In den folgenden Jahren wechselten Zu- und Abnahme regelmäßig. Im Jahr 2001 lag der Betriebsmittelkredit mit 40.000 Euro 10 % unter dem Wert des Vorjahres. Bei der Übernahme einer Einzelpraxis erreichte der Betriebsmittelkredit im Jahr 2001 mit rund 37.000 Euro den Vorjahreswert (vgl. Abb. 19).

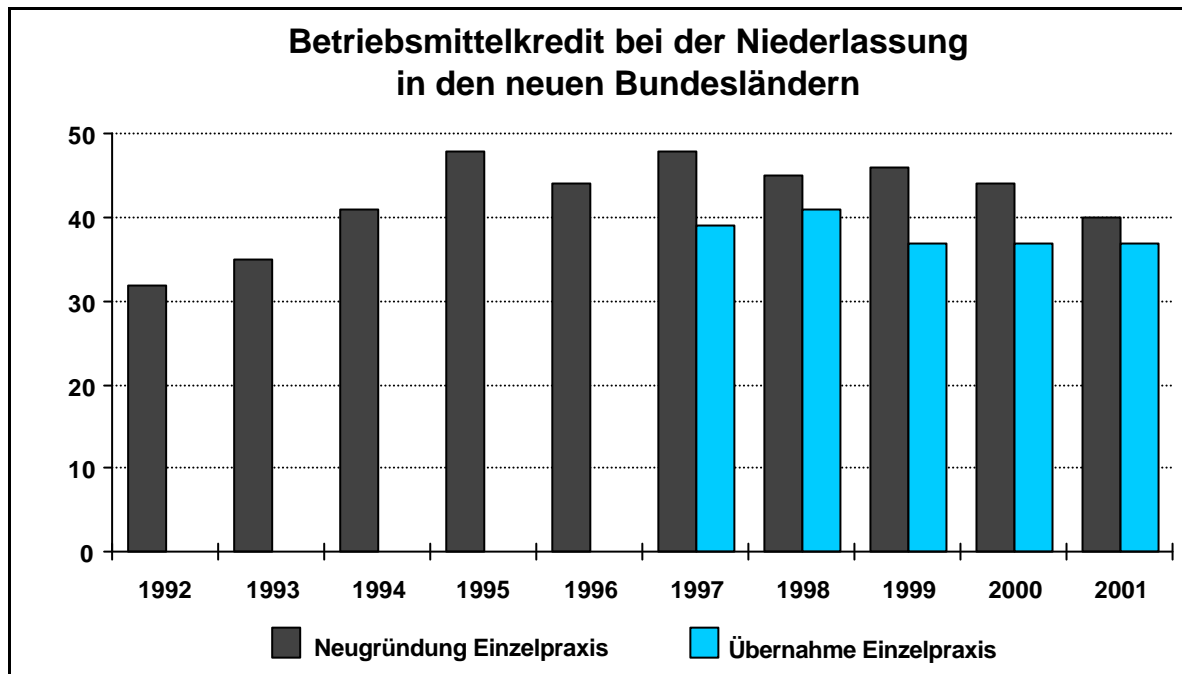


Abbildung 19

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2002

### 4.2.3 Die Bau- und Umbaukosten

Bis 1993 lagen die Bau- und Umbaukosten für die Neugründung einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern über denen der alten Bundesländer. Verantwortlich für die sehr hohen Ausgaben war der schlechte bauliche Zustand vieler für eine Zahnarztpraxis geeigneter Räumlichkeiten. Die danach einsetzende Verbesserung der baulichen Infrastruktur in den neuen Bundesländern führte zu einem geringeren Anteil der durch den Zahnarzt zu tragenden Bau- und Umbaukosten an den Gesamtinvestitionen. Den im Beobachtungszeitraum niedrigsten Bauinvestitionen bei einer Praxisneugründung von 13.000 Euro im Jahr 1997 folgte ein Anstieg auf 18.000 Euro im Jahr 1999. Im Jahr 2001 wurden Bauinvestitionen in Höhe von 16.000 Euro getätigt (vgl. Abb. 20).

Bei einer Praxisübernahme fallen die baulichen Investitionen mit rund 4.000 Euro im Jahr 2001 kaum ins Gewicht.

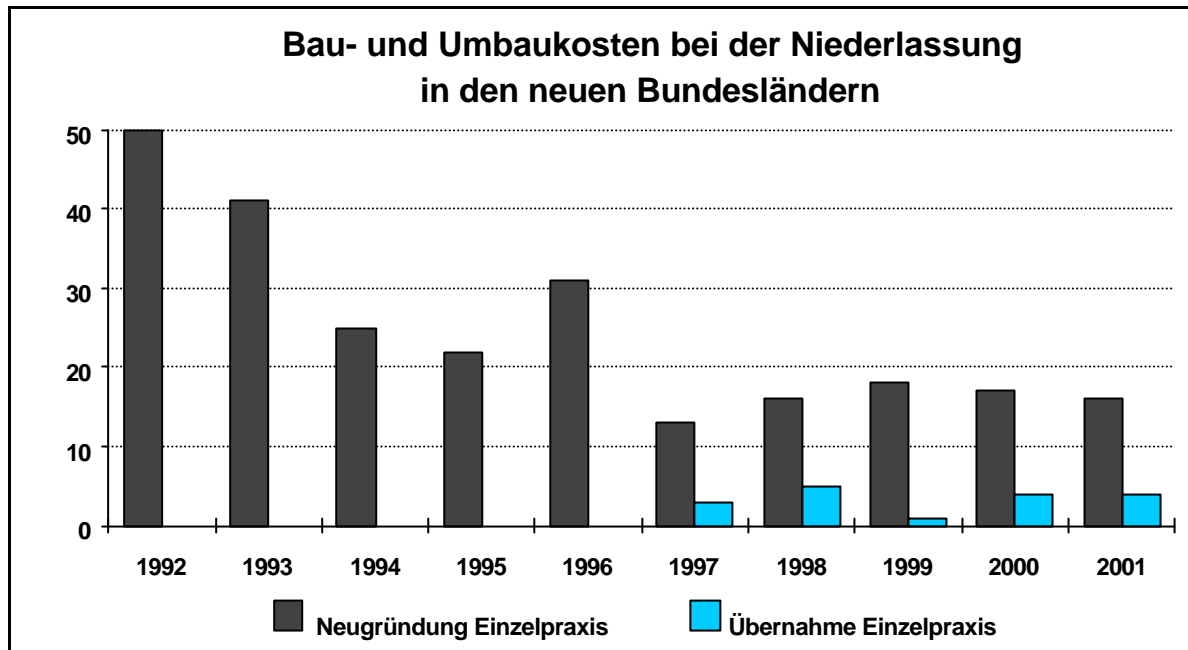


Abbildung 20

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2002

## 5 Literaturverzeichnis

*Deutsche Apotheker- und Ärztekbank/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 2000/2001 (bisher unveröffentlichtes Material)*

*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2001. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2001*

*Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Fachbereich Statistik: 2002 (mündliche Auskunft)*

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

*Kaufhold, R., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 1999. IDZ-Information 2/2001*

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

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