

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2002

Dr. David Klingenberg, Andrea Schwarte

Gliederungsübersicht

	Seite
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..... 10
4	Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens 12
4.1	Westdeutschland inkl. Berlin..... 12
4.1.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen..... 14
4.1.2	Der Betriebsmittelkredit..... 16
4.1.3	Die Bau- und Umbaukosten 17
4.1.4	Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme 18
4.1.5	Vergleich der arztgruppenspezifischen Finanzierungsvolumina bei der Einzelpraxisneugründung in den alten Bundesländern..... 21
4.2	Ostdeutschland 22
4.2.1	Das Gesamtfinanzierungsvolumen..... 23
4.2.2	Der Betriebsmittelkredit..... 24
4.2.3	Die Bau- und Umbaukosten 25
5	Literaturverzeichnis 26

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die **Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens** bei der Niederlassung im Jahr 2002 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 2002 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 626, die sich im Verhältnis 10 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

Ärztbank 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 nach wie vor 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 in **Euro-Werten** angegeben, die Daten der zurückliegenden Jahre wurden entsprechend umgerechnet.

2 Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen

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

Als Reaktion auf die befürchteten Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) kam es im Jahr 1993 zu einem Niederlassungsboom. Knapp 4.000 Zahnärzte, ca. 60 % mehr als 1992, ließen sich im gesamten Bundesgebiet neu nieder. Nachdem 1994 nur noch rund 1.600 Niederlassungen registriert wurden, stieg die Zahl im Folgejahr auf ca. 2.000 Existenzgründungen an und hielt sich bis 1997 auf diesem Niveau. Die ab dem 1. Januar 1999 geltende Altersgrenze von 68 Jahren, nach deren Erreichen ein Zahnarzt nicht mehr an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen darf, führte dazu, dass die Zahl der Berufsaufgaben 1998 um 80 % über der des Jahres 1997 lag. Der damit verbundene Anstieg zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen blieb nicht ohne Einfluss auf das Niederlassungsgeschehen. Etwa 2.200 Zahnärzte, 15 % mehr als im Vorjahr, realisierten 1998 ihre Existenzgründung. Obwohl im Jahr 1999 die Zahl der Berufsaufgaben deutlich sank, erhöhte sich die Zahl der Niederlassungen weiter auf 2500. **In den Jahren 2000 bis 2002 entwickelte sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl**

der Existenzgründungen wiederum stark rückläufig. Im Jahr 2002 entschieden sich 1.938 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (vgl. KZBV, 2003).

Insgesamt wurden in den Jahren 2001/2002 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 2000 (vgl. KZBV, 2002), 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 arbeiteten 16,5 % der niedergelassenen Zahnärzte in einer Gemeinschaftspraxis (vgl. KZBV, 2002) –, 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. 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.

Durch den hohen Anteil an Einzelpraxisübernahmen 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 Niederlas-

zungsgeschehen deutlich gewandelt. Im Jahr 2002 stellte die **Übernahme einer Einzelpraxis** zwar nach wie vor die dominierende Niederlassungsform dar, jedoch lag ihr Anteil mit 46 % um 11 Prozentpunkte unter dem Wert des Jahres 1998. Einen deutlichen Rückgang um 10 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr hatte die **Einzelpraxisneugründung** im Jahr 2002 zu verzeichnen. Mit einem Anteil von 24 % wurde hier in neuer historischer Tiefpunkt erreicht. Demgegenüber hat die **Gemeinschaftspraxis** in 2002 anteilmäßig um 10 Prozentpunkte auf 30 % zugelegt und somit die Einzelpraxisneugründung auf den „letzten Rang“ verwiesen.

In den **neuen Bundesländern** hatte die bevorstehende Einführung der Altersgrenze zur Folge, dass 1998 erstmals die Übernahme einer Einzelpraxis die dominierende Niederlassungsform war. Etwa Zweidrittel der zahnärztlichen Existenzgründer entschieden sich damals für den Kauf einer **Einzelpraxis** (vgl. Abb. 1).

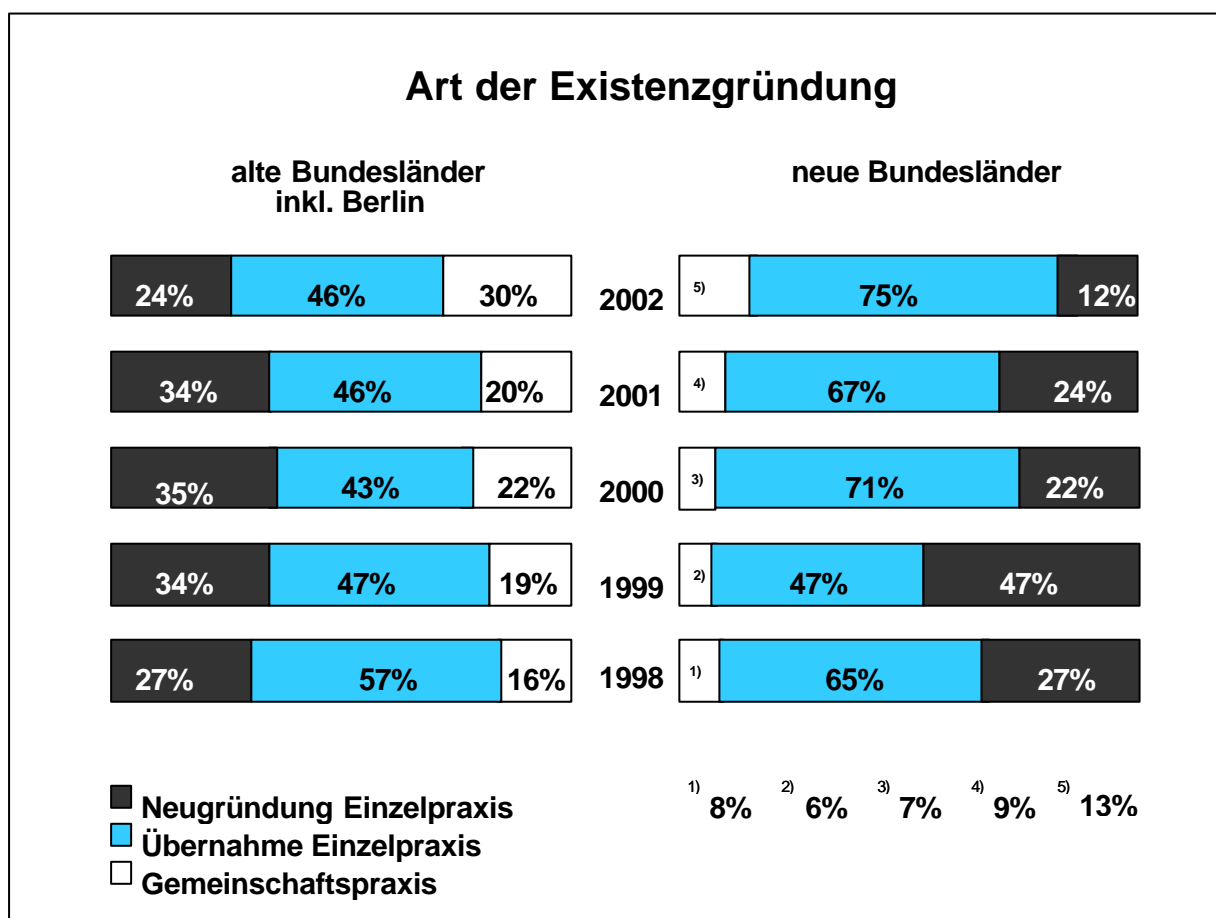


Abbildung 1

© IDZ/APO-B, 2003

Dieses Verteilungsmuster zeigte sich auch in den folgenden Jahren. Der Anteil der **Einzelpraxisübernahmen** lag im Jahr 2002 mit 75 % 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 2002 mit nur noch 12 % bereits zwölf Prozentpunkte unter dem Vergleichswert in den alten Bundesländern. Der Anteil der **Gemeinschaftspraxen** lag in der Vergangenheit zwischen 6 % und 9 %; damit fällt dieser Praxisform immer

noch nicht die Rolle zu wie in Westdeutschland. Gleichwohl stieg der Anteil der Gemeinschaftspraxen im Jahr 2002 auf 13 %, womit – analog zur Entwicklung in den alten Bundesländern – die Gemeinschaftspraxis als Niederlassungsform erstmals häufiger gewählt wurde als die Einzelpraxisneugründung.

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 2002 fortschreiben. Der Anteil der über 40-jährigen stieg geringfügig und lag im Jahr 2002 bei 15 %. Der Anteil der jungen Zahnärzte hat sich mittlerweile mit 17 % stabilisiert. Der Anteil der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte betrug in 2002 etwa 68 % (vgl. Abb. 2).

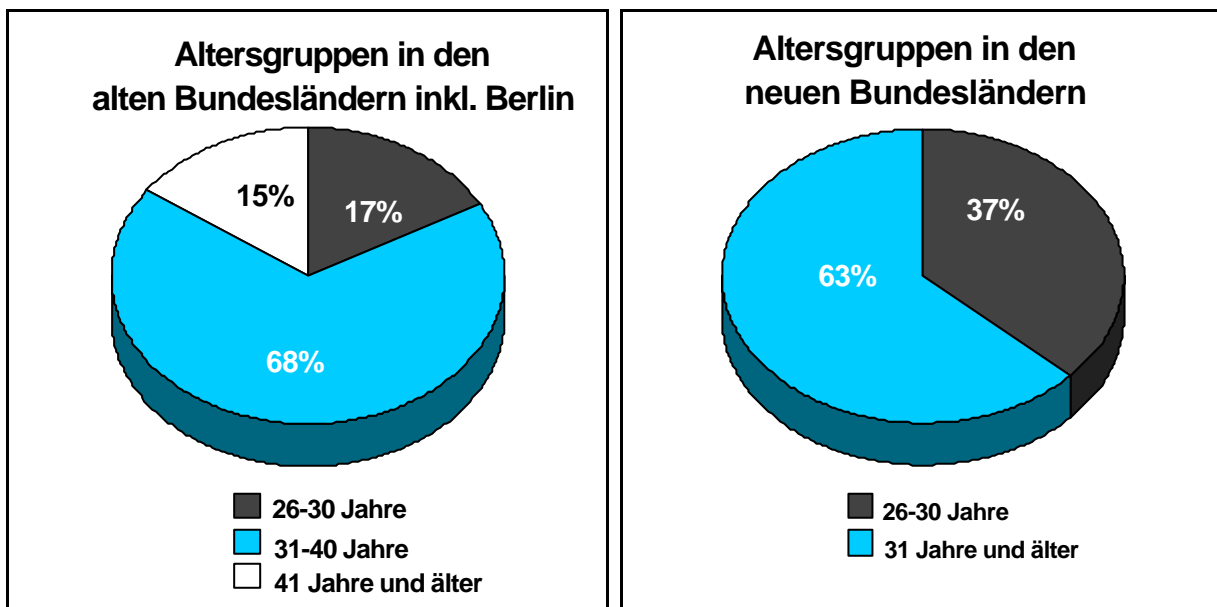


Abbildung 2

© IDZ/APO-B, 2003 Abbildung 3

© IDZ/APO-B, 2003

In den neuen Bundesländern war (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 2002 spiegelbildlich dar: 63 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern waren 31 Jahre oder älter (vgl. Abb. 3). 2002 erhöhte sich jedoch der Anteil der jüngeren Zahnärzte gegenüber dem Vorjahr leicht um vier Prozentpunkte und beträgt aktuell 37 %. D. h. in 2002 hat sich der Trend der Vorjahre nicht weiter fortgesetzt. Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug bei der Niederlassung 35 Jahre, in Ostdeutschland lag das Durchschnittsalter bei 33 Jahren.

In gleicher Weise lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Alterstruktur erkennen. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 35 Jahre alt, die weiblichen Existenzgründer waren demgegenüber im Schnitt zwei Jahre jünger.

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). Die prozentuale Verteilung hinsichtlich der Niederlassungsform ist in der jüngeren und der mittleren Altersgruppe absolut identisch. Die Bedeutung der Einzelpraxisneugründung ist gegenüber dem Vorjahr deutlich auf einen Anteil von 23% gesunken.

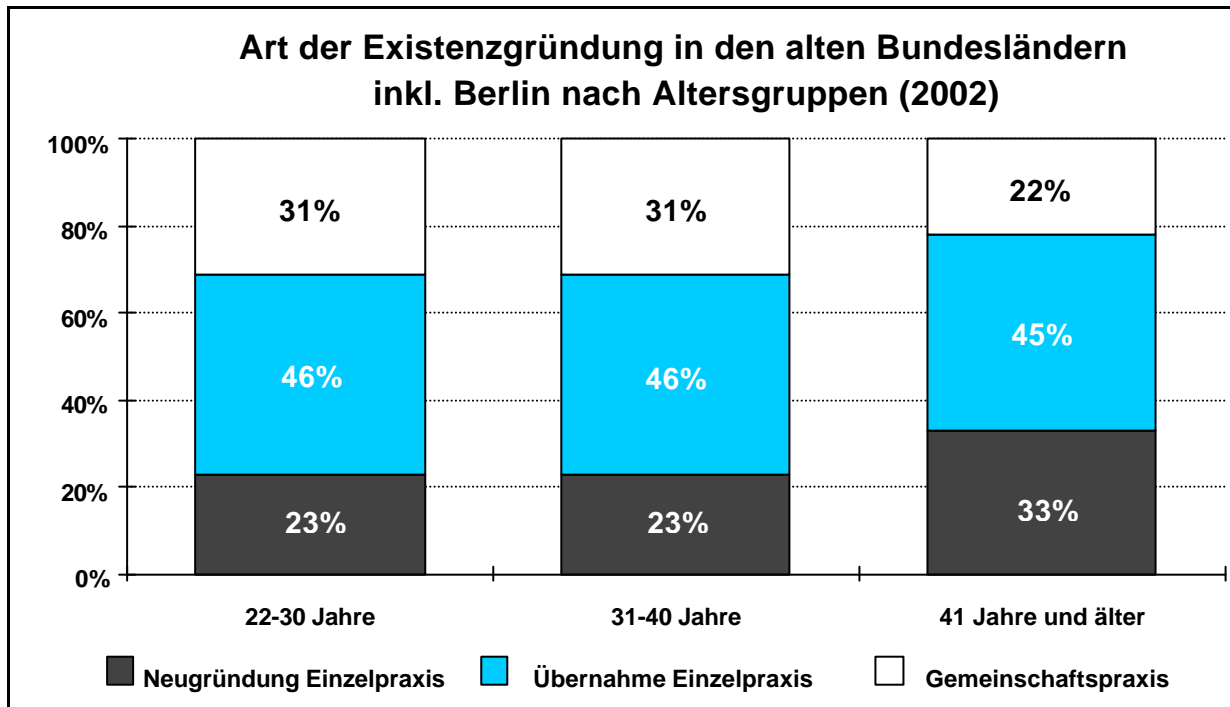


Abbildung 4

© IDZ/APO-B, 2003

Die Gemeinschaftspraxis ist in den beiden genannten Altersgruppen mit einem Anteil von 31% zur zweithäufigsten Niederlassungsform geworden. Damit ist der Vorjahreswert in der Gruppe der jüngeren Existenzgründer stabil geblieben, während der Anteil der Gemeinschaftspraxen in der mittleren Altersgruppe um 11 Prozentpunkte gestiegen ist. Offensichtlich sehen immer mehr Zahnärzte in der Kooperation eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen etablieren zu können. In der Altersgruppe der über 40-jährigen nahm der Anteil der Gemeinschaftspraxen gegenüber dem Vorjahr ebenfalls deutlich von 10 % auf 22 % zu; gleichwohl besitzt die Gemeinschaftspraxis in der Altersgruppe der über 40-jährigen noch einen vergleichsweise geringeren Stellenwert. Hier wird die Einzelpraxisneugründung mit 33 % vergleichsweise häufiger präferiert.

3.3 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“, die für das Jahr 2000 erstmals statistisch erfasst wurde, zeigt auch für das Jahr 2002 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),

war die Geschlechtsverteilung in den **neuen Bundesländern** ausgeglichen (vgl. Abb. 6). Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der weiblichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern um 14 Prozentpunkte gesunken. Mittelfristig ist mit einer Angleichung der Geschlechtsverteilung zu rechnen.

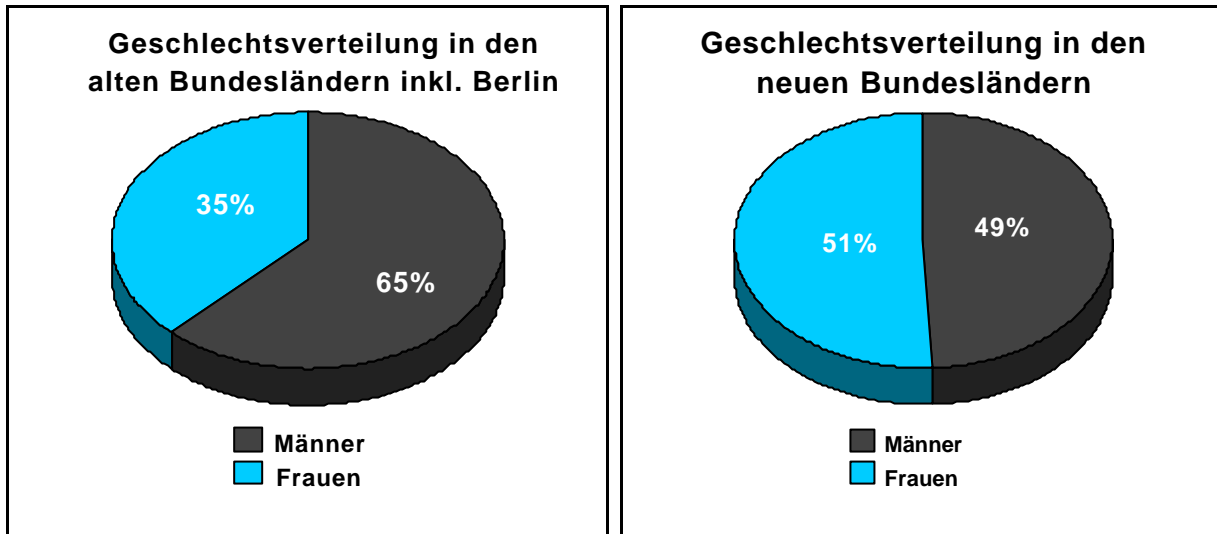


Abbildung 5

© IDZ/APO-B, 2003

Abbildung 6

© IDZ/APO-B, 2003

Wie Abbildung 7 zeigt, ist die Übernahme einer Einzelpraxis für beide Geschlechter die bevorzugte Form der Niederlassung, gefolgt von der Gemeinschaftspraxis und der Einzelpraxisneugründung. Bei den Zahnärztinnen ist mit einem Anteilswert von 32 % eine vergleichsweise stärkere Präferenz für die Gemeinschaftspraxis als Niederlassungsform erkennbar, während sich die männlichen Existenzgründer mit einem Anteilswert von 26 % relativ häufiger für die Neugründung einer Einzelpraxis entscheiden.

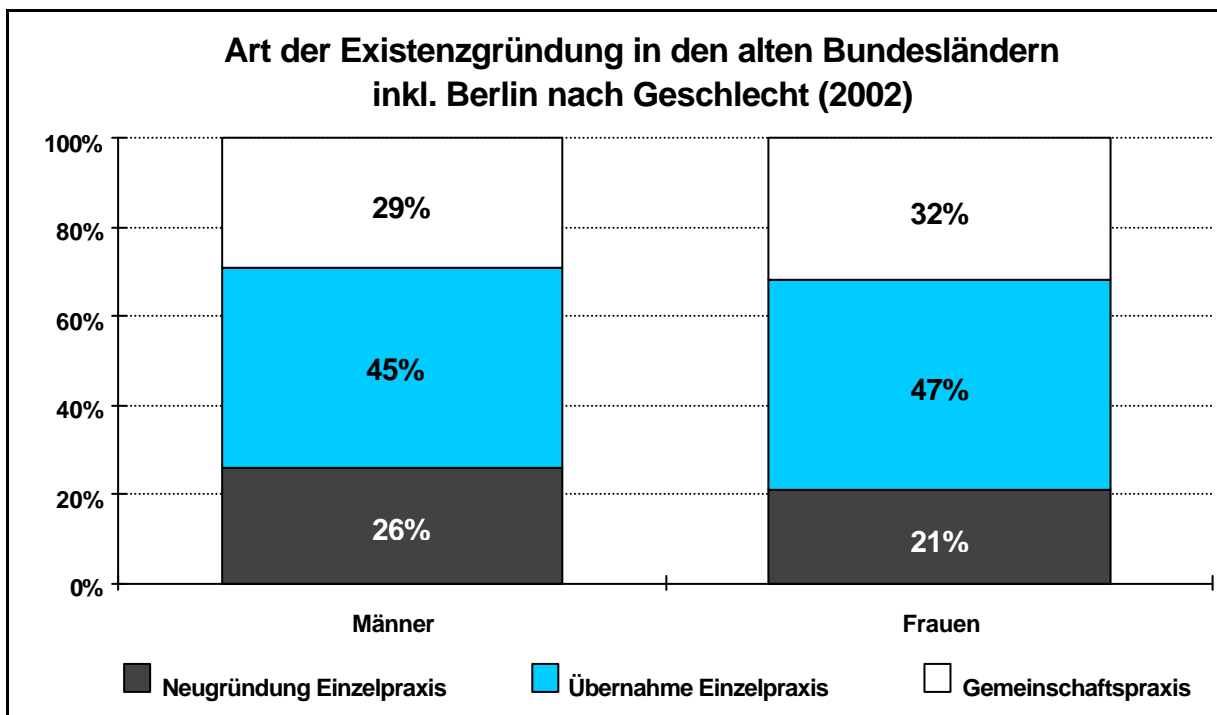


Abbildung 7

© IDZ/APO-B, 2003

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

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründer auf die verschiedenen Ortsgrößen in **Westdeutschland** ist gegenüber dem Vorjahr relativ stabil geblieben. Mit einem Anteil von 31% wurden die meisten Existenzgründungen in kleinstädtischem Umfeld realisiert; 29 % aller Niederlassungen entfielen auf Großstädte (vgl. Abb. 8).

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

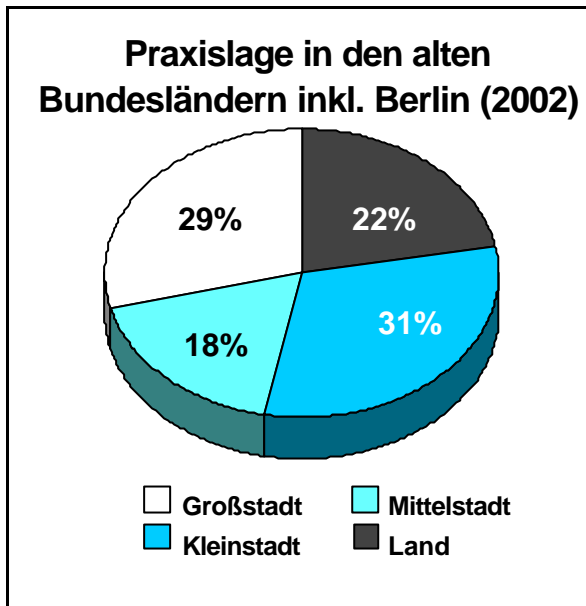


Abbildung 8

© IDZ/APO-B, 2003

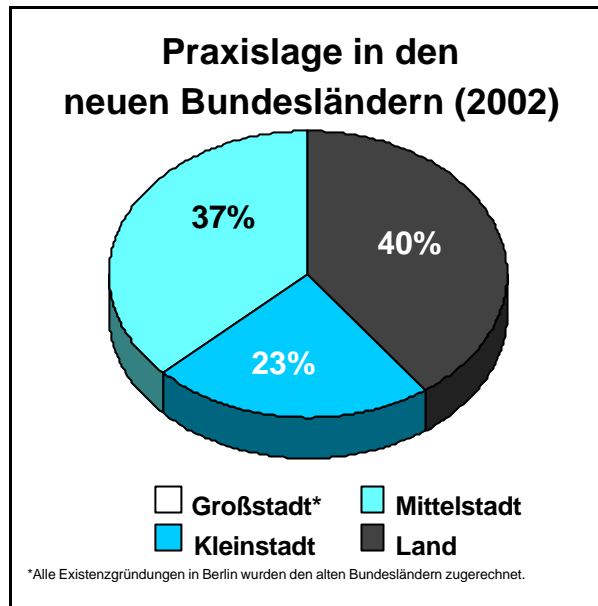


Abbildung 9

© IDZ/APO-B, 2003

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (vgl. Abb. 10), so zeigt sich eine relative Bevorzugung der Einzelpraxisübernahmen in den Groß- und Mittelstädten. Gegenüber dem Vorjahr wurden in mittelstädtischer Lage deutlich weniger Einzelpraxisneugründungen realisiert; der Anteilswert sank von 36 % im Jahr 2001 auf 17 % im Jahr 2002.

Bei der Verteilung der Niederlassungsformen im großstädtischen Bereich fällt auf, dass der Anteil der Gemeinschaftspraxen gegenüber dem Vorjahr mit 24 % konstant geblieben ist, während sich der Trend zur Gemeinschaftspraxis in den anderen Regionen in spürbaren Anteilssteigerungen niedergeschlagen hat (Land: 18 % in 2001, 34 % in 2002; Kleinstadt: 22 % in 2001, 32 % in 2002; Mittelstadt: 16 % in 2001, 32 % in 2002). Die Großstadt hat somit ihre frühere Vorreiterrolle bezüglich der Verbreitung von Gemeinschaftspraxen verloren und das frühere Verteilungsmuster hat sich umgekehrt: Mit steigendem Verstärterungsgrad nimmt der Anteil der Gemeinschaftspraxen ab. Bei den Einzelpraxisübernahmen lässt sich ein gegenläufiges Verteilungsmuster erkennen: Hier nimmt der Anteil mit dem Verstärterungsgrad zu.

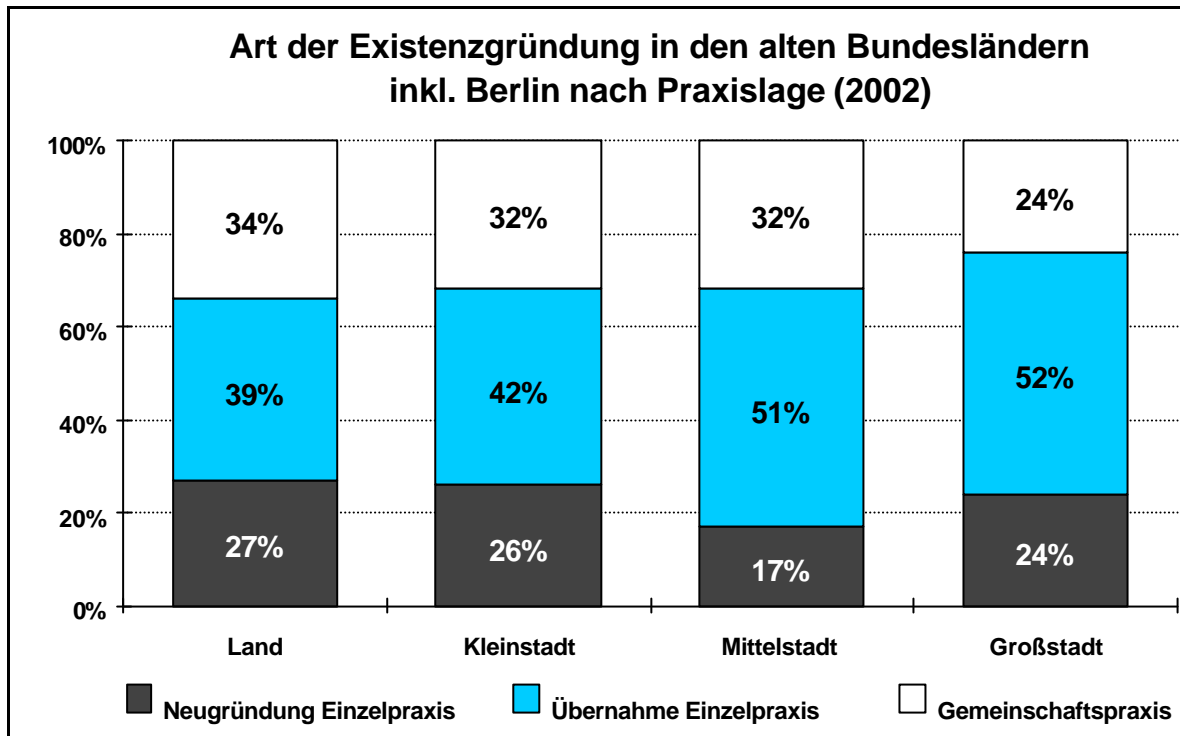


Abbildung 10

© IDZ/APO-B, 2003

4 Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens

Im folgenden Kapitel werden nur Existenzgründungen, die in Form einer Einzelpraxisneugründung bzw. einer Einzelpraxisübernahme durchgeführt wurden, berücksichtigt. Eine Analyse für die einzelnen der unter der Rubrik „Gemeinschaftspraxis“ zusammengefassten Niederlassungsformen würde aufgrund der geringen Besetzungszahlen zu keinen zuverlässigen Ergebnissen führen. Trotz der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle soll auf eine Darstellung der Ergebnisse für Ostdeutschland nicht verzichtet werden, um die Kontinuität der Langzeitbeobachtung zu gewährleisten. Jedoch können die in Kapitel 4.2 analysierten Zahlen „nur“ Größenordnungen darstellen.

4.1 Westdeutschland inkl. Berlin

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern errechneten Mittelwerte für die Jahre 1993 bis 2002 sind in den Tabellen 2a/2b und 3a/3b dargestellt.

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)	1993	1994	1995	1996	1997
med.-techn. Geräte und Einrichtung	161	168	174	182	183
+ Bau- und Umbaukosten	31	30	29	39	34
= Praxisinvestitionen	192	198	203	221	217
+ Betriebsmittelkredit	54	55	58	63	63
= Finanzierungsvolumen	246	253	261	284	280

Tabelle 2a

Angaben in 1.000 Euro

Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)	1998	1999	2000	2001	2002
med.-techn. Geräte und Einrichtung	186	184	196	208	209
+ Bau- und Umbaukosten	31	29	45	39	43
= Praxisinvestitionen	217	213	241	247	252
+ Betriebsmittelkredit	65	64	69	75	75
= Finanzierungsvolumen	282	277	310	322	327

Tabelle 2b

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)	1993	1994	1995	1996	1997
Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	111	127	103	113	116
+ Goodwill	56	57	67	61	80
+ Bau- und Umbaukosten	10	12	10	11	11
= Praxisinvestitionen	177	196	180	185	207
+ Betriebsmittelkredit	42	47	48	53	54
= Finanzierungsvolumen	219	243	228	238	261

Tabelle 3a

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)	1998	1999	2000	2001	2002
Substanzwert	63	56	66	67	64
+ Neuanschaffungen	41	39	38	45	46
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	104	95	104	112	110
+ Goodwill	81	79	80	84	82
+ Bau- und Umbaukosten	13	14	11	12	13
= Praxisinvestitionen	198	188	195	208	205
+ Betriebsmittelkredit	58	54	49	56	55
= Finanzierungsvolumen	256	242	244	264	260

Tabelle 3b

Angaben in 1.000 Euro

Im Jahr 2002 entfielen 64 % des Finanzierungsvolumens einer **Einzelpraxisneugründung** auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 13 % 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 2002 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 2002 der der Jahre 1998 bis 2001. Diese Beobachtung ist bemerkenswert, kam es doch zwischen 1991 und 1998 immer wieder zu größeren Abweichungen bei der prozentualen Zusammensetzung des Finanzierungsvolumens, insbesondere beim Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen und dem Goodwill. Auffällig hieran ist, dass sich die prozentualen Anteile dieser beiden Größen immer entgegengesetzt entwickelten. Ein prozentualer Anstieg (Rückgang) des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen wurde stets von einem ähnlichen prozentualen Rückgang (Anstieg) des Goodwill begleitet.

4.1.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Nach vier Jahren der Konstanz stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen einer **Einzelpraxisneugründung** im Jahr 2000 um 12 % auf 310.000 Euro; im Jahre 2001 erhöhte sich das Gesamtfinanzierungsvolumen nochmals um 4 % auf 322.000 Euro; im Jahre 2002 stieg das Gesamtfinanzierungsvolumen schließlich um etwa 2 % auf 327.000 Euro (vgl. Abb. 11).

Der Zeitraum der letzten Dekade kann in drei Abschnitte eingeteilt werden, in denen sich die für eine Praxisneugründung aufzubringenden finanziellen Mittel nur geringfügig verändert haben. Mit einem deutlichen Anstieg des Investitionsvolumens 1992 (+ 9 %) und 1996 (+ 9 %) begann jeweils eine neue „Stabilitätsphase“. Interessant ist, dass diese sprunghaften Erhöhungen des Finanzierungsniveaus einer Praxisneugründung unmittelbar im Jahr vor Inkrafttreten weitreichender gesundheitspolitischer Reformgesetze lagen (1993 Gesundheitsstrukturgesetz, 1997 GKV-Neuordnungsgesetz). Im Jahr 2000 kam es erneut zu einer sprunghaften Erhöhung des Investitionsvolumens (+ 12 %). Die Werte von 2001 (+ 4 %) und 2002 (+ 2 %) lassen darauf schließen, dass hier wiederum ein stabiles Finanzierungsniveau erreicht wurde.

Im Bereich der **Einzelpraxisübernahme** ist der seit 1997 erkennbare Abwärtstrend offenbar beendet. Mit einer Steigerung um 8 % und einem Gesamtfinanzierungsvolumen von 264.000 Euro wurde im Jahr 2001 eine neue Höchstmarke erreicht (vgl. Abb. 11). Im Jahr 2002 lag das Gesamtfinanzierungsvolumen mit 260.000 Euro nur knapp unter diesem Wert.

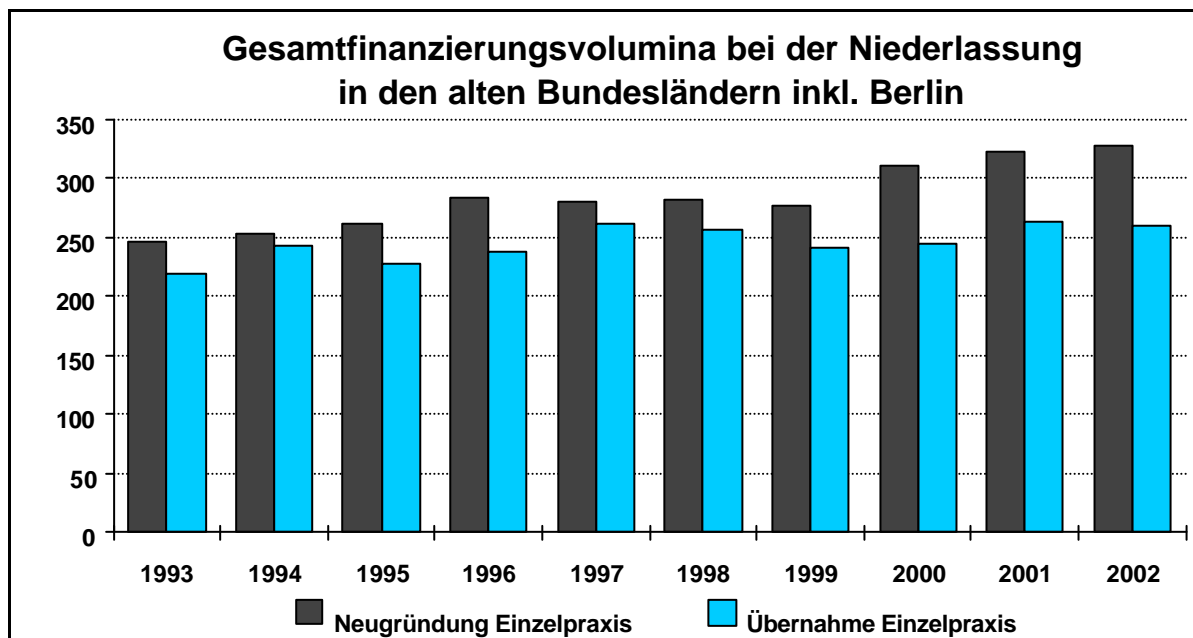


Abbildung 11

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2003

Der leichte Rückgang des Gesamtfinanzierungsvolumens bei Einzelpraxisübernahmen hatte zur Folge, dass der Unterschied zwischen den Gesamtfinanzierungsvolumina einer Einzelpraxisneugründung und einer Einzelpraxisübernahme im Jahr 2002 um 9.000 Euro zunahm. Aktuell beträgt die Differenz der Investitionsvolumina für die Neugründung

und die Übernahme einer Einzelpraxis 67.000 Euro, womit der Differenzbetrag im Beobachtungszeitraum sein Maximum erreicht hat (vgl. Abb. 12).

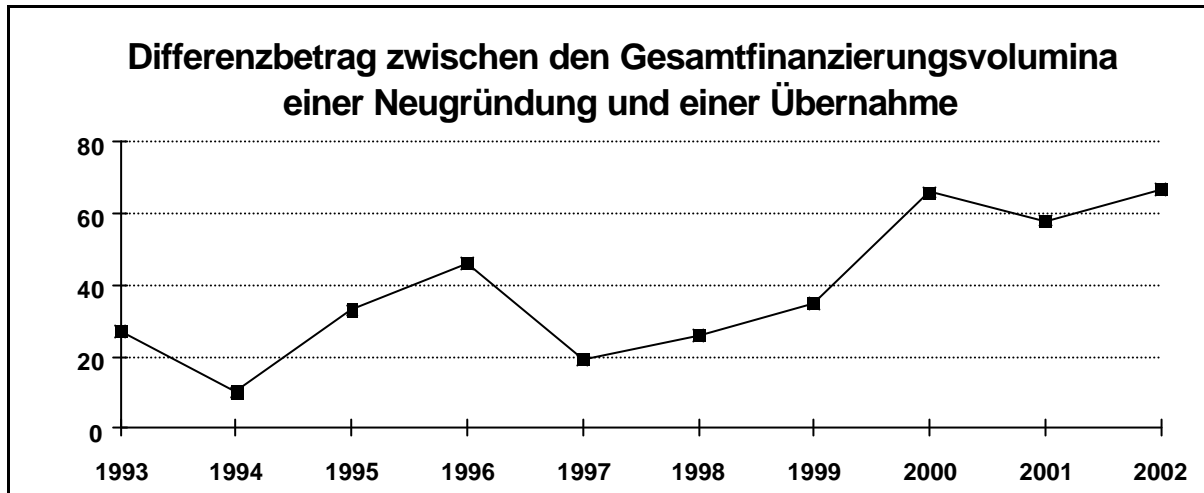


Abbildung 12

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2003

Eine nach **Alter differenzierte Betrachtung** zeigt, dass zahnärztliche Existenzgründer, die im Jahr 2002 das 30. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten, mit 322.000 Euro für eine Einzelpraxisneugründung bzw. 252.000 Euro für eine Einzelpraxisübernahme mehr investierten als noch 2001 (Einzelpraxisneugründung: 317.000 Euro, Einzelpraxisübernahme: 236.000 Euro).

Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 313.000 Euro nahm das finanzielle Engagement in der Gruppe der 41-jährigen und älteren Existenzgründer bei einer Einzelpraxisneugründung gegenüber dem Vorjahr um 22.000 Euro bzw. um 8 % zu. Bei der Einzelpraxisübernahme lag das Investitionsvolumen dieser Altersgruppe mit 222.000 Euro im Jahr 2002 knapp unter dem Vorjahresniveau (223.000 Euro). Die höchsten Investitionen tätigten wie schon im Vorjahr die 31- bis 40-jährigen Existenzgründer mit 333.000 Euro (+ 1 %) für eine Einzelpraxisneugründung bzw. 270.000 Euro (- 3 %) für eine Einzelpraxisübernahme.

In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 334.000 Euro (+ 5 %) bzw. 283.000 Euro (+ 2 %). Die Investitionsvolumina **weiblicher Zahnärzte** bei der Einzelpraxisneugründung sanken um 5 % auf 312.000 Euro und liegen somit – anders als noch im Vorjahr – unter den Investitionsvolumina ihrer männlichen Kollegen. Bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer mit 223.000 Euro ebenfalls 6 % weniger als im Vorjahr, der Differenzbetrag zu den männlichen Existenzgründern vergrößerte sich infolgedessen auf 60.000 Euro.

Im Jahr 2002 erforderte die **Einzelpraxisneugründung in einer Mittelstadt** die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 369.000 Euro lag das Finanzierungsvolumen 18 % über dem Vorjahreswert. Die Einzelpraxisübernahme in einer Mittelstadt verbilligte sich gleichzeitig um 15 % auf 253.000 Euro. Damit stieg der Unterschied im Investitionsvolumen zwischen den beiden Praxisformen in der Mittelstadt auf 116.000 Euro (2001: 15.000 Euro). Bei den Existenzgründungen in einer **Großstadt**

ist eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten. Hier schlug eine Einzelpraxisneugründung im Jahr 2002 mit 296.000 Euro (- 9 %) zu Buche, während eine Einzelpraxisübernahme 252.000 Euro kostete und sich damit gegenüber dem Vorjahr um 11 % verteuerte. Der Differenzbetrag zwischen den beiden Niederlassungsformen sank somit auf 44.000 Euro (2001: 99.000 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 Höchstanspruchnahme (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 in den Jahren 2001 und 2002 mit 75.000 Euro einen neuen Höchstwert. Der im Rahmen einer Praxisübernahme gewährte Betriebsmittelkredit lag im Jahr 2002 mit 55.000 Euro nur knapp unter dem Vorjahreswert (vgl. Abb. 13).

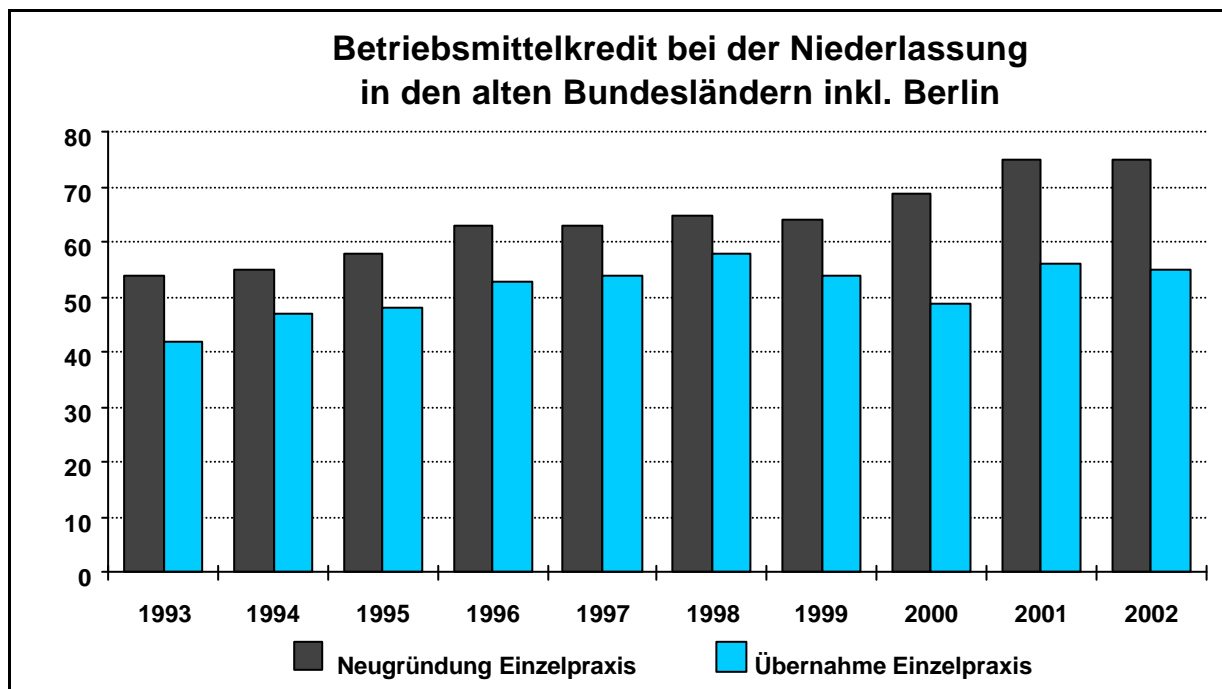


Abbildung 13

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2003

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach Altersgruppen ergibt ein uneinheitliches Bild. Von den bis 30-jährigen Zahnärzten wurden im Jahr 2002 deutlich geringere Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt als im Vorjahr. Der im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittelkredit sank in dieser Altersgruppe um 16 % auf 70.000 Euro; bei einer Praxisübernahme wurden 59.000 Euro benötigt, was in etwa dem Vorjahreswert entspricht. Mit 80.000 Euro (2001: 76.000 Euro) wurde der **höchste Betriebsmittelkredit** bei ei-

ner Einzelpraxisneugründung von 31- bis 40-jährigen Zahnärzten nachgefragt. In der Gruppe der über 41-jährigen Zahnärzte lag der Betriebsmittelkredit für eine Einzelpraxisneugründung mit 63.000 Euro etwa 3 % über dem Wert des Vorjahres.

Während bei einer Praxisneugründung im Jahr 2002 die Betriebsmittelkredite von Männern und Frauen mit rund 75.000 Euro wie schon im Vorjahr gleich hoch waren, fragten Männer bei einer Praxisübernahme mit 56.000 Euro einen um 4.000 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 Einzelpraxisübernahme auf dem Land mit 49.000 Euro deutlich unter dem entsprechenden Wert in einer Kleinstadt (63.000 Euro).

4.1.3 Die Bau- und Umbaukosten

Im Jahr 2002 stiegen die Bau- und Umbaukosten im Rahmen einer Praxisneugründung um 4.000 Euro auf 43.000 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. Im Jahr 2000 sanken die Ausgaben für bauliche Maßnahmen dann wieder um 3.000 Euro auf 11.000 Euro; seither ist indes wieder ein langsamer, aber kontinuierlicher Anstieg zu erkennen. Im Jahr 2002 waren 13.000 Euro für Bau- und Umbaukosten zu veranschlagen (vgl. Abb. 14).

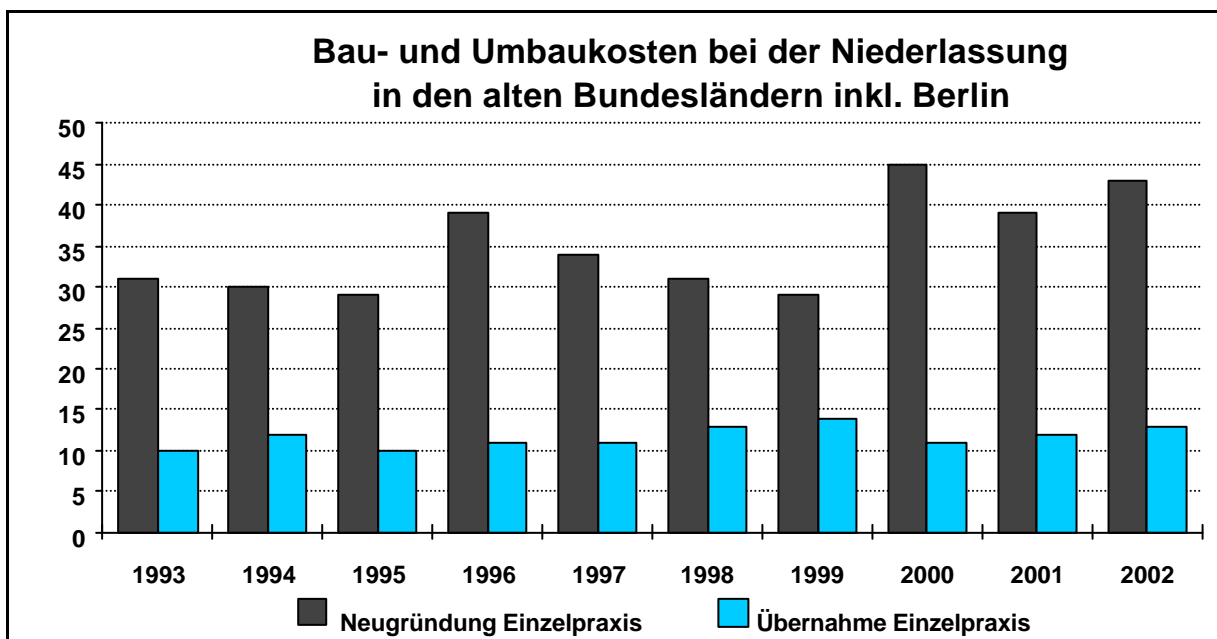


Abbildung 14

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2003

Auch die Bau- und Umbaukosten werden durch die Praxislage mitbestimmt. Insbesondere bei der Einzelpraxisneugründung macht sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle bemerkbar. Während die Bau- und Umbaukosten bei einer Praxisneugründung in der

Großstadt mit 46.000 Euro (2001: 49.000 Euro) zu Buche schlugen, betrogen sie im ländlichen Bereich 34.000 Euro (2001: 27.000 Euro).

4.1.4 Der ideelle Wert und der Substanzwert einer Einzelpraxisübernahme

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

Sowohl 1998 als auch 1999 verzeichnete der Substanzwert einen zweistelligen prozentualen Rückgang. Dieses deutliche Absinken des Substanzwertes dürfte in einem engen Zusammenhang mit der Einführung der Altersgrenze für Vertragszahnärzte stehen. Die daraus resultierende Zunahme zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen führte dazu, dass die Preise für die übernommenen Geräte und Ausstattung nachgaben. In der Folge verringerte sich das Verhältnis von Substanzwert zu Neuanschaffungen von 2 zu 1 im Jahr 1995 auf 1,4 zu 1 im Jahr 1999. Die rückläufige Entwicklung beim Substanzwert der übernommenen Praxen wurde im Jahr 2000 gestoppt; im Jahr 2002 sank der Substanzwert allerdings erneut um 4 % auf 64.000 (vgl. Abb. 15).

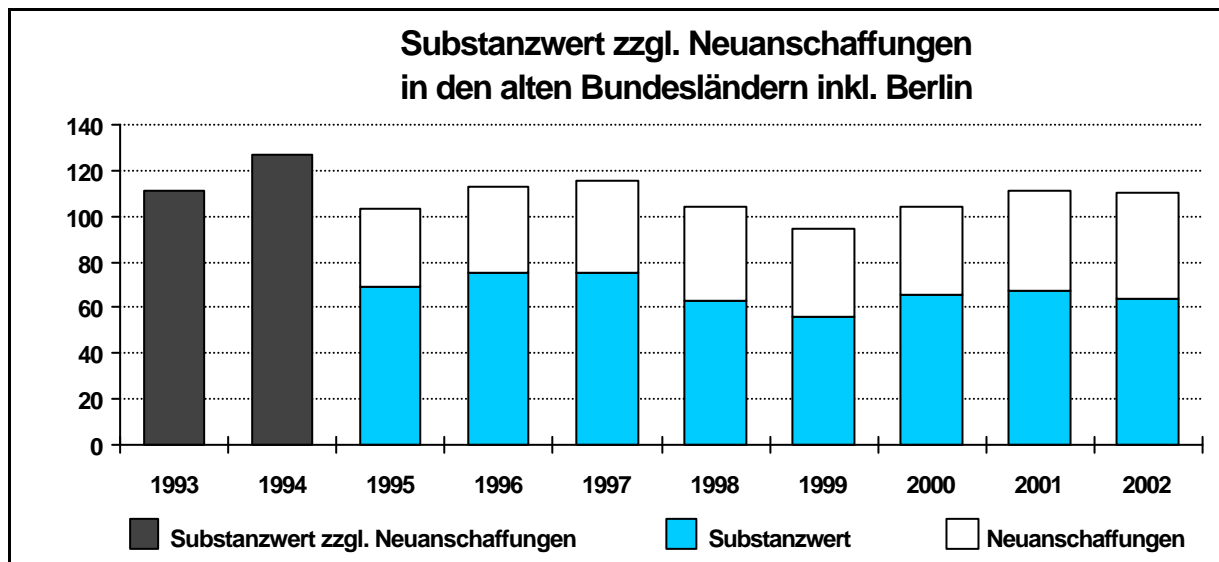


Abbildung 15

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2003

Die Ausgaben für den **Substanzwert** und die **Neuanschaffungen** haben sich in den verschiedenen Altersgruppen uneinheitlich entwickelt. Bei den über 40-jährigen Zahnärzten ist eine Abnahme von rund 10 % auf 56.000 Euro zu verzeichnen, in der Alters-

gruppe der 31- bis 40-jährigen sank der Substanzwert um 1 % auf 68.000 Euro. Die Ausgaben für Neuanschaffungen stiegen im Jahr 2002 bei den bis 30-jährigen Zahnärzten deutlich um 20 % auf 53.000 Euro und bei den 31- bis 40-jährigen Zahnärzten um 4 % auf 47.000 Euro. In der Gruppe der über 40-jährigen zahnärztlichen Existenzgründer sanken die Ausgaben für Neuanschaffungen hingegen um 26 % auf 31.000 Euro.

Eine nach Verstärkerungsgrad differenzierte Betrachtung des Substanzwertes zzgl. Neuanschaffungen lässt ein Land-Stadt-Gefälle erkennen. In **ländlichen Gebieten** war mit rund 66.000 Euro der höchste Betrag für den Substanzwert aufzuwenden; für Neuanschaffungen wurden durchschnittlich 56.000 Euro investiert. Wie in den Vorjahren auch schon waren der Substanzwert (63.000 Euro) und die Ausgaben für Neuanschaffungen (39.000 Euro) in **Großstädten** am niedrigsten.

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, 2002) 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, 2002) und die des Goodwill zwischen 2000 und 2001 etwa 5 %. Zwar existiert ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Goodwill und der Entwicklung des Einnahmenüberschusses, jedoch unterscheiden sich die prozentualen Veränderungsraten in der Regel. Dies ist ein Hinweis, dass noch andere nicht zu unterschätzende Faktoren existieren, welche die Höhe des Goodwill beeinflussen.

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill steigt. Das Verhältnis zwischen **Goodwill und Vorjahresumsatz**¹ liegt in 37 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 30 % der Finanzierungsfälle liegt dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20 und in 13 % 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.

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

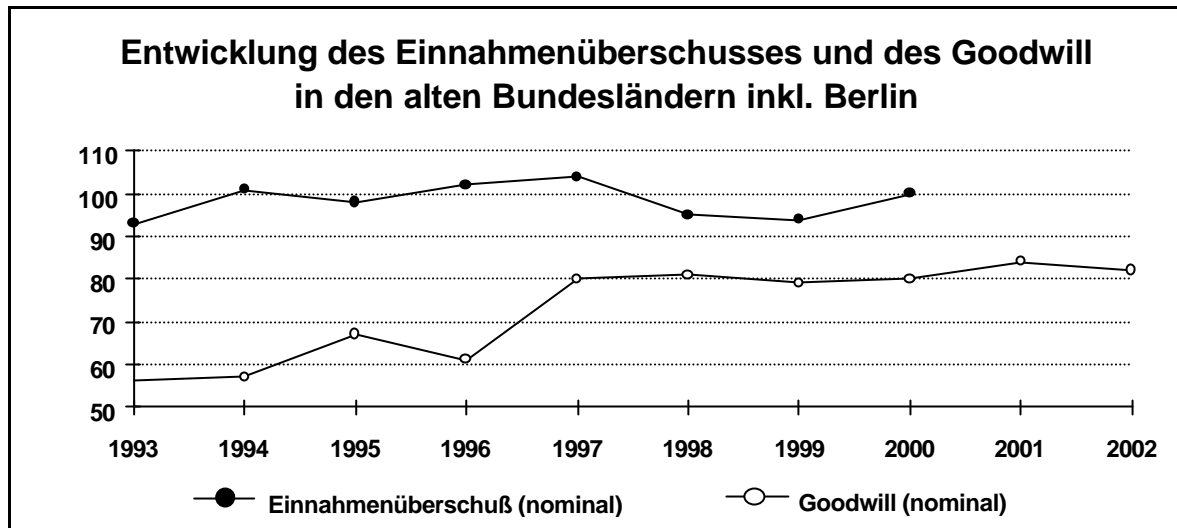


Abbildung 16

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2003

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 2001/2002 zeigt, **dass das zahnärztliche Investitionsvolumen wie schon im Vorjahr von keiner anderen Arztgruppe übertroffen wird** (vgl. Abb. 17). Dabei blieb der Zuwachs, wie der Blick auf die arztgruppenspezifischen Gesamtfinanzierungsvolumina des Jahres 2000/2001 (vgl. IDZ, 2002) deutlich macht, mit knapp 3 % noch vergleichsweise moderat. Die höchsten Steigerungsraten verzeichneten die Neurologen mit einem Plus von 36 %, gefolgt von den Chirurgen mit 15 % und den Internisten mit 13 % Zuwachs. In anderen Arztgruppen entwickelten sich die Investitionsvolumina rückläufig, am deutlichsten bei den Augenärzten mit -17 % sowie den HNO-Ärzten mit -9 %. Die relativ hohe Schwankungsbreite ist u. a. auf die geringere Fallzahlenbesetzung in einzelnen Facharztgruppen zurückzuführen. Subsummiert man die Facharztgruppen unter „Ärzte“, so errechnet sich für diese Gesamtgruppe in 2001/2002 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von ca. 167.000 Euro und eine Zuwachsrate von 19 % gegenüber dem Zeitraum 2000/2001.

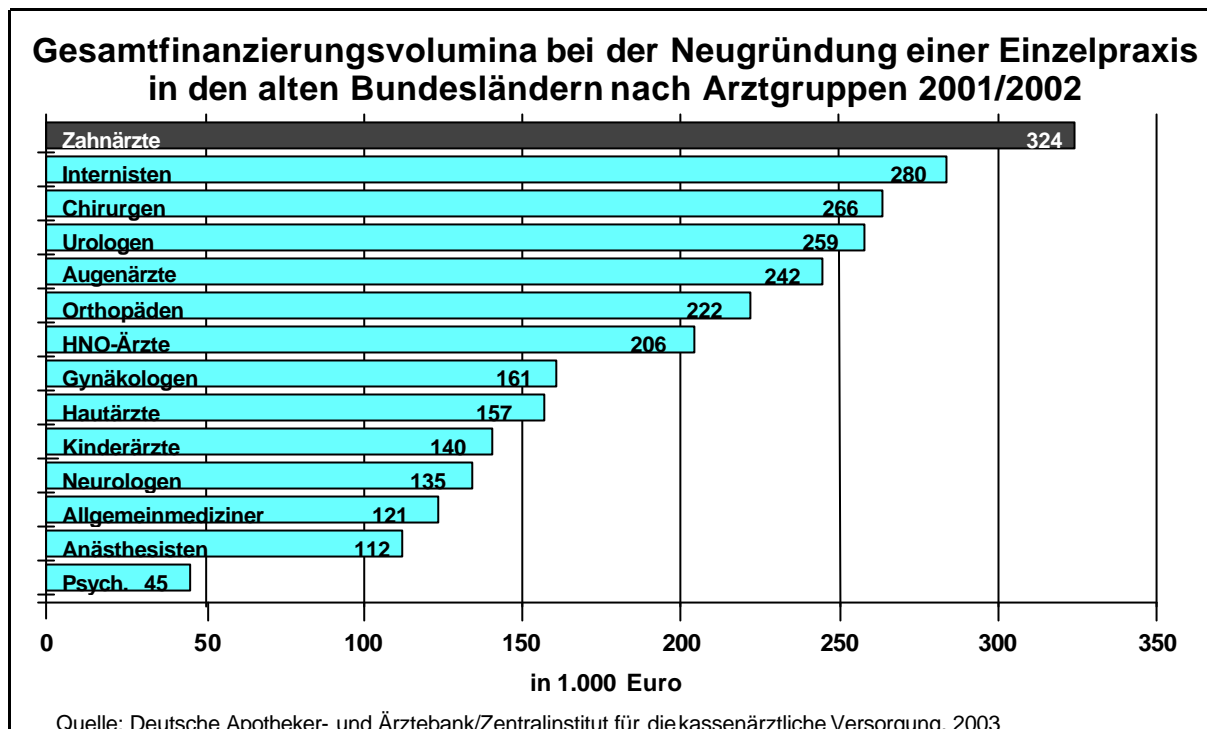


Abbildung 17

© IDZ/APO-B, 2003

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 und Hendriks, 2001).

4.2 Ostdeutschland

Die für die Neugründung bzw. Übernahme einer Einzelpraxis in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können den Tabellen 4a/4b und 5 entnommen werden. Die empirisch-statistische Aussagekraft dieser Ergebnisse ist nach wie vor durch die im Vergleich zu Westdeutschland geringeren Besetzungszahlen eingeschränkt. In den Jahren 1993 bis 1997 wurden nur sehr wenige Einzelpraxisübernahmen registriert, so dass auf eine statistische Auswertung verzichtet wurde.

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)	1993	1994	1995	1996	1997
med.-techn. Geräte und Einrichtung	144	147	148	161	163
+ Bau- und Umbaukosten	41	25	22	31	13
= Praxisinvestitionen	185	172	170	192	176
+ Betriebsmittelkredit	35	41	48	44	48
= Finanzierungsvolumen	220	213	218	236	224

Tabelle 4a

Angaben in 1.000 Euro

Neugründung einer Einzelpraxis (NBL)	1998	1999	2000	2001	2002
med.-techn. Geräte und Einrichtung	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 4b

Angaben in 1.000 Euro

Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)	1998	1999	2000	2001	2002
Substanzwert	55	61	57	48	50
+ Neuanschaffungen	32	18	28	52	36
= Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen	87	79	85	100	86
+ Goodwill	60	62	61	54	50
+ Bau- und Umbaukosten	5	1	4	4	3
= Praxisinvestitionen	152	142	150	158	139
+ Betriebsmittelkredit	41	37	37	37	35
= Finanzierungsvolumen	193	179	187	195	174

Tabelle 5

Angaben in 1.000 Euro

Im Jahr 2002 entfielen 78 % des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisneugründung auf die **medizinisch-technischen Geräte** und Einrichtung, 5 % auf die **Bau- und Umbaukosten** und 17 % auf den **Betriebsmittelkredit**. Damit haben sich die Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland hinsichtlich der Finanzierungsstruktur erneut vergrößert.

4.2.1 Das Gesamtfinanzierungsvolumen

Während in Westdeutschland die bei einer Praxisneugründung aufzubringenden Mittel mit einem Zuwachs von 2 % einen neuen Höchstwert erreichten, sank das Gesamtfinanzierungsvolumen in den neuen Bundesländern um 1 %. Mit 191.000 Euro lag der Wert

45.000 Euro unter dem Höchstwert von 1996 (vgl. Abb. 18). Zwischen 1993 und 2002 hat sich die Differenz der west- und ostdeutschen Finanzierungsvolumina für eine Praxisneugründung von 26.000 Euro auf 136.000 Euro vervielfacht.

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 31 Prozentpunkte auf aktuell 58 %.

Eine **Praxisübernahme** in den neuen Bundesländern erforderte 2002 ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 174.000 Euro (- 11 %) und lag damit 17.000 Euro unter dem Investitionsvolumen einer Praxisneugründung. Im Vorjahr schlug eine Praxisübernahme in den neuen Bundesländern noch mit 195.000 Euro zu Buche. Das Ost/West-Verhältnis der Investitionsvolumina für eine Praxisübernahme sank im Jahr 2002 um sieben Prozentpunkte auf 67 %.

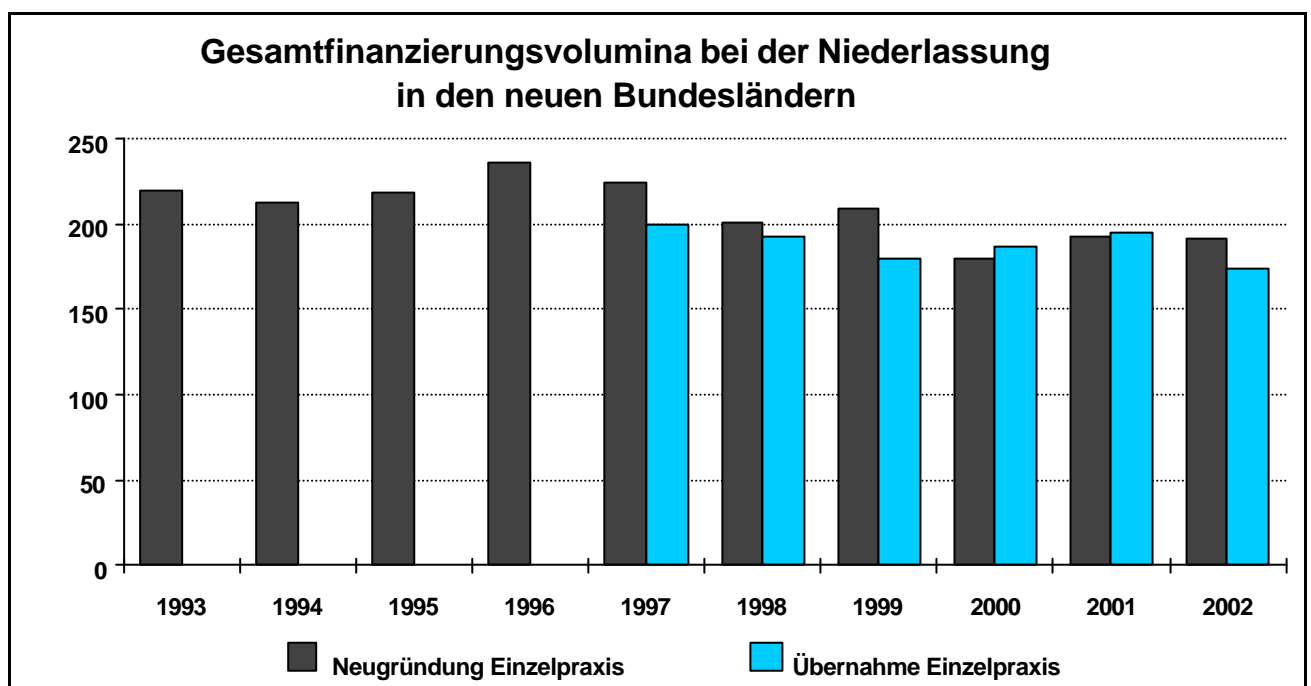


Abbildung 18

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2003

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. Ab 1999 sank der Betriebsmittelkredit dann jedoch wieder kontinuierlich. Im Jahr 2002 war der Betriebsmittelkredit mit 32.000 Euro (- 20 %) wieder auf den Ausgangswert von 1992 zurück gefallen. Bei der Übernahme einer Einzelpraxis sank der Betriebsmittelkredit im Jahr 2002 um 2.000 Euro auf 35.000 Euro und erreichte damit ebenfalls ein historisches Minimum (vgl. Abb. 19).

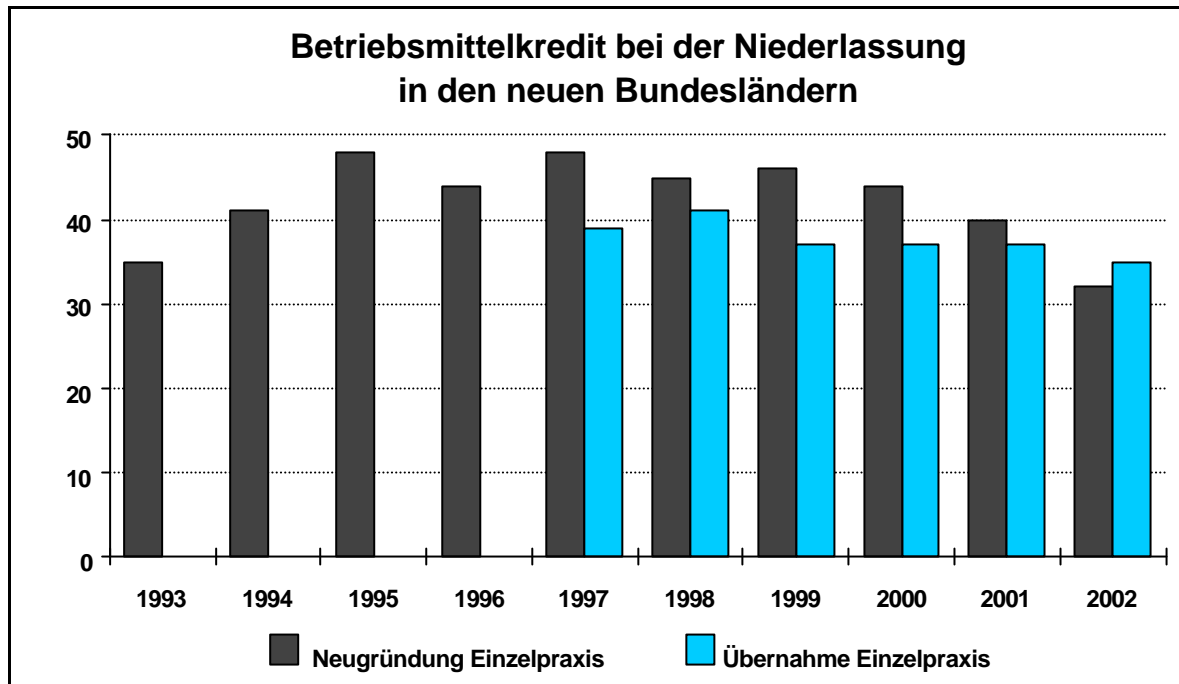


Abbildung 19

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2003

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. Im Jahr 2002 wurden bei der Einzelpraxisneugründung Bauinvestitionen in Höhe von 9.000 Euro getätigt, also weniger als ein Fünftel der Summe, die ein Jahrzehnt zuvor im Durchschnitt für die Bau- und Umbaukosten (50.000 Euro) veranschlagt wurden (vgl. Abb. 20).

Bei einer Einzelpraxisübernahme fallen die baulichen Investitionen mit rund 3.000 Euro im Jahr 2002 kaum ins Gewicht.

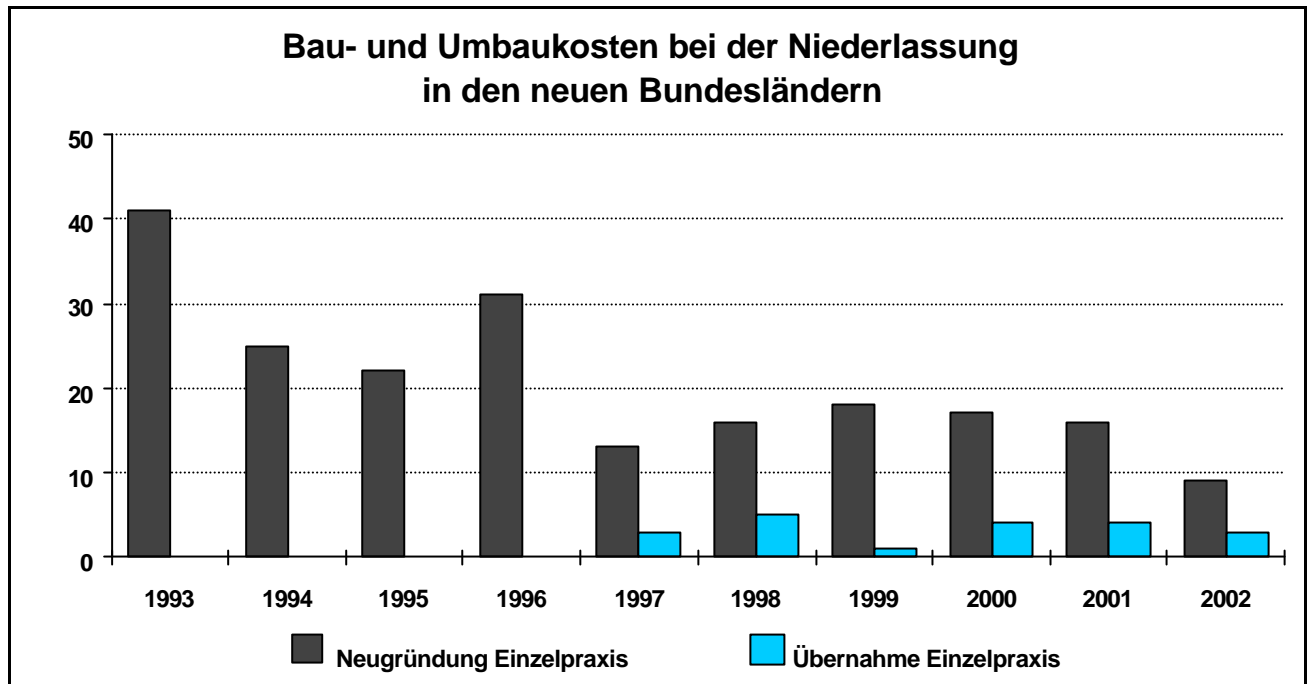


Abbildung 20

Angaben in 1.000 Euro

© IDZ/APO-B, 2003

5 Literaturverzeichnis

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Investitionen bei der ärztlichen Existenzgründung 2001/2002 (bisher unveröffentlichtes Material)

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2002. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2002

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Fachbereich Statistik: 2003 (mündliche Auskunft)

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

Klingenberger, D., Schwarte, A.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2001. IDZ-Information 3/2002

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.