

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

16. Dezember 2013

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2012 (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. Erstmals werden in der vorliegenden Analyse für das Jahr 2012 gesamtdeutsche Finanzierungsvolumina der allgemein Zahnärztlichen Praxen dargestellt. In einem kurzen Exkurs wird zudem auf das Investitionsgeschehen in zahnärztlichen Fachpraxen eingegangen. Für das Jahr 2012 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2012 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. 61 % der Zahnärzte entschieden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- Das **Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme** belief sich 2012 auf 301.000 Euro; dies entspricht in etwa dem Vorjahresniveau.
- Im Jahr 2012 betrug das **Finanzierungsvolumen für die Neugründung einer Einzelpraxis** 406.000 Euro und lag somit 7 % unter dem Vorjahreswert.
- Im Jahr 2012 wählten 27 % der zahnärztlichen Existenzgründer die **Berufsausübungsgemeinschaft**; bei den jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzten (bis 30 Jahre) lag der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaft bei 41 %.
- Die **Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft** erforderte 2012 ein deutlich höheres Finanzierungsvolumen als im Vorjahr. Die Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft schlug mit 340.000 Euro zu Buche, während die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft im Schnitt ein Finanzierungsvolumen in Höhe von 321.000 Euro erforderte.
- Während das Finanzierungsvolumen von kieferorthopädischen **Fachpraxen** im Durchschnitt auf dem Niveau allgemein Zahnärztlicher Praxen lag, wurde bei Existenzgründungen von oralchirurgischen Praxen sowie von MKG-Fachpraxen in der Regel ein gegenüber allgemein Zahnärztlichen Praxen **um 20 % bis 30 % höheres Finanzierungsvolumen** benötigt.

Die Autoren des InvestMonitor Zahnarztpraxis 2012 sind:

Dr. David Klingenberg/IDZ und Betriebswirt (VWA) Bernd Köhler/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: Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan

Capital required to establish a new dental practice in 2012 (InvestMonitor Dental Practice)

Since 1984, the Institute of German Dentists (IDZ) in collaboration with the Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank)/Düsseldorf has analysed the dentists' forms of investment on the establishment of dental practices. For the first time, the present analysis for 2012 indicates the all-German financing volumes of general dental practices. In addition, the forms of investment of specialists' dental practices are briefly outlined. For 2012 the main results are as follows:

- The **purchase of an established individual dental practice** was the most frequent form of establishing a dental practice in 2012. 61 % of the dentists decided to choose this way of self-employment.
- In 2012 the **capital required for the purchase of an established practice** was 301 000 euro; this approximates previous year's level.
- The **capital required to start a individual practice** amounted to 406 000 euro and hence decreased by 7 % compared to previous year's value.
- In 2012, 27 % of the dentists wishing to establish a new practice chose the **joint dental practice**; for younger female and male dentists (up to the age of 30) the proportion of joint dental practice was 41 %.
- Compared to the previous year, **establishing a joint dental practice** required a significantly higher financing volume in 2012. The start up of a new joint dental practice amounted to 340 000 euro whilst the purchase of an established joint dental practice averaged a financing volume of 321 000 euro.
- Whilst the financing volume of orthodontic **specialists' practices** averaged on the level of general dental practices, the establishment of oral surgery practices and oral and maxillofacial surgery practices required a **financing volume that, in general, increased by 20 % to 30 %** compared to general dental practices.

The authors of the InvestMonitor Dental Practice 2012 are:

Dr David Klingenberger/IDZ and Bernd Köhler/apoBank, Business Economist (Administration and Economic Academy).

Further copies of this IDZ information may be ordered from IDZ free of charge. This text may also be downloaded as pdf-file from the IDZ homepage (www.idz-koeln.de).

Editor-in-chief: Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2012 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

David Klingenberg
Bernd Köhler

Inhaltsverzeichnis

1	Methodische Vorbemerkungen	3
2	Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen	4
3	Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens in Deutschland	5
3.1	Finanzierungsdaten allgemeinzahnärztlicher Existenzgründungen	5
3.1.1	Gesamtfinanzierungsvolumina	8
3.1.2	Ideeller Wert und materieller Wert.....	11
3.1.3	Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen.....	14
3.1.4	Medizinisch-technische Geräte und Einrichtung	15
3.1.5	Sonstige Investitionen	16
3.1.6	Betriebsmittelkredit.....	16
3.2	Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten ..	18
3.2.1	Art der Existenzgründung.....	18
3.2.2	Praxislage	20
3.2.3	Alter der Existenzgründer.....	22
3.2.4	Geschlecht der Existenzgründer	23
4	Exkurs: Fachzahnärztliche Praxen.....	24
5	Exkurs: Regionale Finanzierungsdaten von allgemeinzahnärztlichen Praxen.....	26
5.1	Westdeutschland inkl. Berlin	26
5.2	Ostdeutschland	28
6	Schlussbemerkung.....	29
7	Glossar.....	30
8	Literaturverzeichnis	31

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2012 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen von 2008 bis 2012 zu analysieren.

Die *Datenbasis* bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984

nach einer einheitlichen Systematik erfasst. Der Marktanteil der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in diesem Segment liegt aktuell bei knapp 50 %. Es handelt sich also um einen (gleichwohl relevanten) *Ausschnitt* der Gesamtheit der zahnärztlichen Existenzgründungen, der insofern eingeschränkt allgemeingültige Aussagen über das Niederlassungsverhalten im zahnärztlichen Bereich in Deutschland zulässt.

Im Jahr 2012 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 498, die sich im Verhältnis 8 zu 1 auf West- und Ostdeutschland 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 und Gesamtdeutschland einen recht guten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung bietet, sind für Ostdeutschland sowie die fachzahnärztlichen Praxen aufgrund der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle lediglich Trendaussagen möglich.

Im Einzelnen umfasst die statistische Auswertung folgende Größen:

- Höhe des Gesamtfinanzierungsvolumens,
- Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden ideellen Praxiswertes (Goodwill),
- Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden materiellen Praxiswertes (Substanzwert),
- Beteiligungsquote beim Beitritt zu einer bzw. Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft,
- Vorjahresumsatz der Übernahmepraxis,
- Höhe der Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen,
- Höhe der Investitionen in die medizinisch-technische Praxis- und Geräteausstattung,
- Höhe der sonstigen Investitionen,
- Höhe des Betriebsmittelkredites,
- Art der Existenzgründung (Praxisform),
- Ortsgrößenklasse (Verstädterungsgrad) des Niederlassungsortes,
- Alter und Geschlecht des Zahnarztes.

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 durfte, 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 2011 entwickelten sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen dann jedoch wieder stark rückläufig. Im Jahr 2012 entschieden sich 1.195 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (KZBV, 2013). Zwischenzeitlich wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) die Altersgrenze von 68 Jahren rückwirkend zum 1. Oktober 2008 wieder abgeschafft.

Insgesamt wurden in den Jahren 2011/2012 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 2011 (KZBV, 2013), 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 leicht übersehen (Klingenberger et al., 2012).

3 Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens in Deutschland

Im folgenden Kapitel werden Existenzgründungen, die in Form einer Einzelpraxisneugründung, einer Einzelpraxisübernahme sowie einer Berufsausübungsgemeinschaft durchgeführt wurden, berücksichtigt. Bei den unter der Rubrik Berufsausübungsgemeinschaft zusammengefassten Niederlassungsformen wird nochmals zwischen einer Neugründung, einer Übernahme sowie einem Beitritt bzw. Einstieg (s. Glossar) unterschieden. Bei der Berechnung der Finanzierungsvolumina von Berufsausübungsgemeinschaften wird immer auf die *Werte je Inhaber* abgestellt.

Die Analyse im Kapitel 3 bezieht sich ausschließlich auf die *allgemeinzahnärztlichen Praxen*; die Finanzierungsvolumina der fachzahnärztlichen Praxen werden in einem eigenen Abschnitt (Kapitel 4) gesondert dargestellt. In Kapitel 5 werden die Finanzierungsvolumina der allgemeinzahnärztlichen Praxen nachrichtlich nochmals getrennt nach Region West (5.1) und Region Ost (5.2) ausgewiesen.

3.1 Finanzierungsdaten allgemeinzahnärztlicher Existenzgründungen

Im Rahmen des InvestMonitors 2012 werden erstmals *gesamtdeutsche* Finanzierungsdaten berechnet. Für die fünf ausgewiesenen Praxisformen werden somit jeweils alle Finanzierungsfälle aus West- und Ostdeutschland zusammengezählt. Infolge des im Durchschnitt vergleichsweise niedrigeren Finanzierungsniveaus in Ostdeutschland (Abschnitt 5.2) fällt das gesamtdeutsche Finanzierungsvolumen etwas

geringer aus als in Westdeutschland (Abschnitt 5.1). Da das Gewicht der ostdeutschen Finanzierungen an allen (gesamtdeutschen) Finanzierungsfällen mit 13,3 % recht klein ist, liegt das gesamtdeutsche Finanzierungsvolumen bei den Neugründungen nur minimal niedriger, im Falle der Übernahmen sowie der Beitritte bzw. Eintritte etwa 4 % bis 5 % unterhalb des westdeutschen Finanzierungsvolumens.

Im Jahr 2012 entfielen 17 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 49) auf Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 57 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 9 % auf sonstige Investitionen und 17 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 1). Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen um 9 Prozentpunkte, während die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung um 5 Prozentpunkte sanken.

Tabelle 1: Neugründung einer Einzelpraxis (D)

			2008	2009	2010	2011	2012
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	46	53	40	36	69
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		250	259	226	270	231
+	Sonstige Investitionen		27	50	42	60	38
=	Praxisinvestitionen		323	362	308	366	338
+	Betriebsmittelkredit		73	76	66	70	68
=	Finanzierungsvolumen		396	438	374	436	406

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 245) wurden 2012 durchschnittlich 35 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 17 % für den Substanzwert, 5 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 19 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 6 % für sonstige Investitionen sowie 18 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 2).

Tabelle 2: Übernahme einer Einzelpraxis (D)

			2008	2009	2010	2011	2012
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	74	97	62	95	105
+	Materieller Wert (Substanzwert)		60	37	76	45	50
=	Übernahmepreis		134	134	138	140	155
+	Modernisierung/Umbau		12	15	16	20	16
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		57	59	69	64	58
+	Sonstige Investitionen		22	21	23	23	17
=	Praxisinvestitionen		225	229	246	247	246
+	Betriebsmittelkredit		55	55	57	52	55
=	Finanzierungsvolumen		280	284	303	299	301

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 26) wurden 2012 durchschnittlich 19 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 57 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 12 % für sonstige Investitionen sowie

12 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 3). Gegenüber dem Vorjahr blieb die Finanzierungsstruktur vergleichsweise stabil, allerdings stieg das Finanzierungsvolumen um etwa 33 %.

Tabelle 3: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (D)

			2008	2009	2010	2011	2012
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	43	32	26	57	64
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		183	140	182	139	192
+	Sonstige Investitionen		19	26	31	28	42
=	Praxisinvestitionen		245	198	239	224	298
+	Betriebsmittelkredit		47	45	49	32	42
=	Finanzierungsvolumen		292	243	288	256	340

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 36) wurden 2012 durchschnittlich 39 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 18 % für den Substanzwert, 6 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 19 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 3 % für sonstige Investitionen sowie 15 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 4). Gegenüber dem Vorjahr fällt der um 8 Prozentpunkte geringere Anteil der Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung ins Auge. Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 30 %.

Tabelle 4: Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft (D)

			2008	2009	2010	2011	2012
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	75	93	34	97	125
+	Materieller Wert (Substanzwert)		59	34	55	49	59
=	Übernahmepreis		134	127	89	146	184
+	Modernisierung/Umbau		13	7	8	18	20
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		55	44	38	26	61
+	Sonstige Investitionen		11	19	13	16	8
=	Praxisinvestitionen		213	197	148	206	273
+	Betriebsmittelkredit		32	38	34	40	48
=	Finanzierungsvolumen		245	235	182	246	321

Für den *Beitritt zu einer bzw. dem Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 49) wurden 2012 durchschnittlich 50 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 23 % für den Substanzwert, 2 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 9 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 4 % für sonstige Investitionen sowie 12 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 5). Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 10 %.

Tabelle 5: Beitritt zu einer/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft (D)

		2008	2009	2010	2011	2012
	Ideeller Wert (Goodwill)	80	145	79	124	138
+	Materieller Wert (Substanzwert)	74	23	81	56	64
=	Übernahmepreis	154	168	160	180	202
+	Modernisierung/Umbau	8	16	9	11	4
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	55	38	24	24	24
+	Sonstige Investitionen	15	28	16	10	11
=	Praxisinvestitionen	232	250	209	225	241
+	Betriebsmittelkredit	14	19	20	24	34
=	Finanzierungsvolumen	246	269	229	249	275

3.1.1 Gesamtfinanzierungsvolumina

Im direkten Vergleich nach Praxisform wurde im Jahr 2012, wie schon in den Vorjahren, bei der Niederlassungsform der *Einzelpraxisneugründung* mit 406.000 Euro im Durchschnitt das höchste Gesamtfinanzierungsvolumen aufgewendet. Der Abstand zu den anderen Praxisformen verringerte sich allerdings gegenüber dem Vorjahr, da das Finanzierungsvolumen der Einzelpraxisneugründung um 30.000 Euro bzw. 7 % sank, während in allen anderen Niederlassungsformen gegenüber 2011 zum Teil deutlich höhere Finanzierungsvolumina abgefragt wurden (Abb. 1). Die bisherige Höchstmarke des Gesamtfinanzierungsvolumens wurde im Jahr 2009 mit 438.000 Euro erreicht.

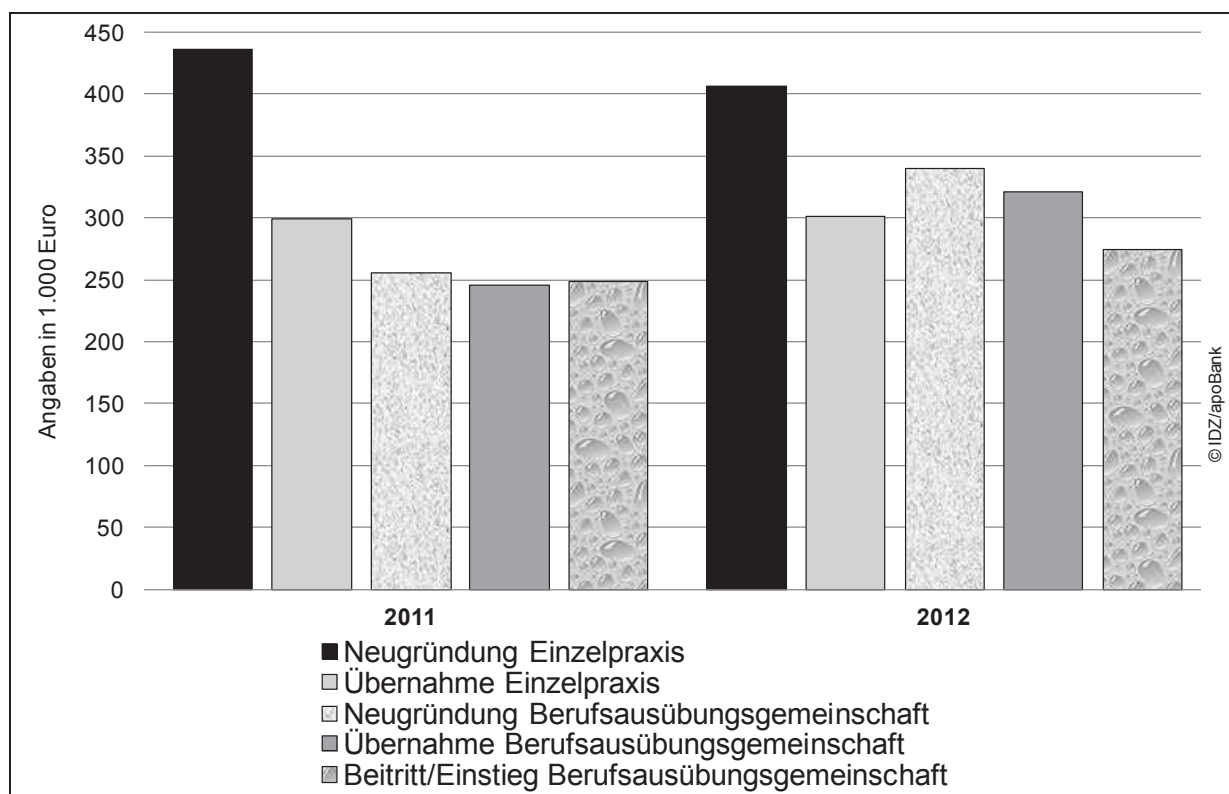


Abbildung 1: Gesamtfinanzierungsvolumina bei der Niederlassung (D)

In der Niederlassungsform der *Einzelpraxisübernahme* erhöhte sich das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr lediglich um 2.000 Euro bzw. 1 %, beträgt derzeit 301.000 Euro und liegt damit nur knapp unter der historischen Höchstmarke von 303.000 Euro (2010).

Bei der Ermittlung der Finanzierungsvolumina von Berufsausübungsgemeinschaften ist immer zu beachten, dass der Finanzbedarf in direkter Abhängigkeit zum jeweiligen Praxisanteil steht. In der Regel handelt es sich um den Erwerb eines Praxisanteils von 50 % (im Jahr 2012 traf dies auf 74 % der Finanzierungen von Niederlassungen in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft zu); bei jeder zehnten Niederlassung in einer Berufsausübungsgemeinschaft wurde ein Praxisanteil von 33 % erworben. Die durchschnittliche Beteiligungsquote im Jahr 2012 lag bei knapp 49 %.

Die Entwicklung der Finanzierungsvolumina bei den *Berufsausübungsgemeinschaften* verlief vergleichsweise dynamischer. In allen drei Niederlassungsformen (Neugründung, Übernahme, Beitritt/Einstieg) wurden deutliche Steigerungen realisiert. Die *Neugründungen* schlugen mit einem Finanzierungsvolumen von 340.000 Euro zu Buche, während für *Übernahmen* im Schnitt 321.000 Euro anfielen. Der Beitritt zu einer bzw. der Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft erforderte ein durchschnittliches Finanzierungsvolumen von 275.000 Euro und war damit erstmals günstiger als die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft.

Vergleicht man die *Neugründungen* von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften hinsichtlich des benötigten Finanzierungsvolumens, so war die Einzelpraxisneugründung im Zeitraum seit 2008 vergleichsweise teurer. Allerdings verringerte sich die Differenz der Finanzierungsbeträge von 104.000 Euro (2008) auf aktuell 66.000 Euro.

Der Vergleich der *Übernahmen* von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften zeigt, dass die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft im Jahr 2012 erstmals höhere Investitionen erforderte als die Übernahme einer Einzelpraxis. Machte die Einzelpraxisübernahme im Jahr 2008 noch einen finanziellen Mehraufwand von 35.000 Euro erforderlich, so war sie im Jahr 2012 bereits um 20.000 Euro günstiger zu finanzieren als eine Berufsausübungsgemeinschaft.

Die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen einer *Einzelpraxisneugründung* und einer *Einzelpraxisübernahme* beträgt derzeit 105.000 Euro (2011: 137.000 Euro). Bei den *Berufsausübungsgemeinschaften* sind die Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt. Hier lag das Finanzierungsvolumen in der Niederlassungsform der Neugründung um 19.000 Euro (2011: 10.000 Euro) über dem einer Übernahme.

Betrachtet man die Entwicklung des Gesamtfinanzierungsvolumens von 2008 bis 2012 hinweg differenziert nach Praxisform, so zeigen sich sehr unterschiedliche Verläufe (Abb. 2). Lediglich für die Niederlassungsform der *Einzelpraxisübernahme* ist eine stetige Entwicklung ohne größere Schwankungen erkennbar. Bei der *Einzelpra-*

xisneugründung sowie dem Beitritt/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft verläuft die Entwicklung deutlich wechselhafter. Am ausgeprägtesten sind die Schwankungen bei *Neugründungen* bzw. *Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften*. Allen Praxisformen ist jedoch gemein, dass das Gesamtfinanzierungsvolumen im betrachteten Zeitraum seit 2008 gestiegen ist, bei den Einzelpraxisneugründungen lediglich um 3 %, bei den Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften hingegen um 31 %.

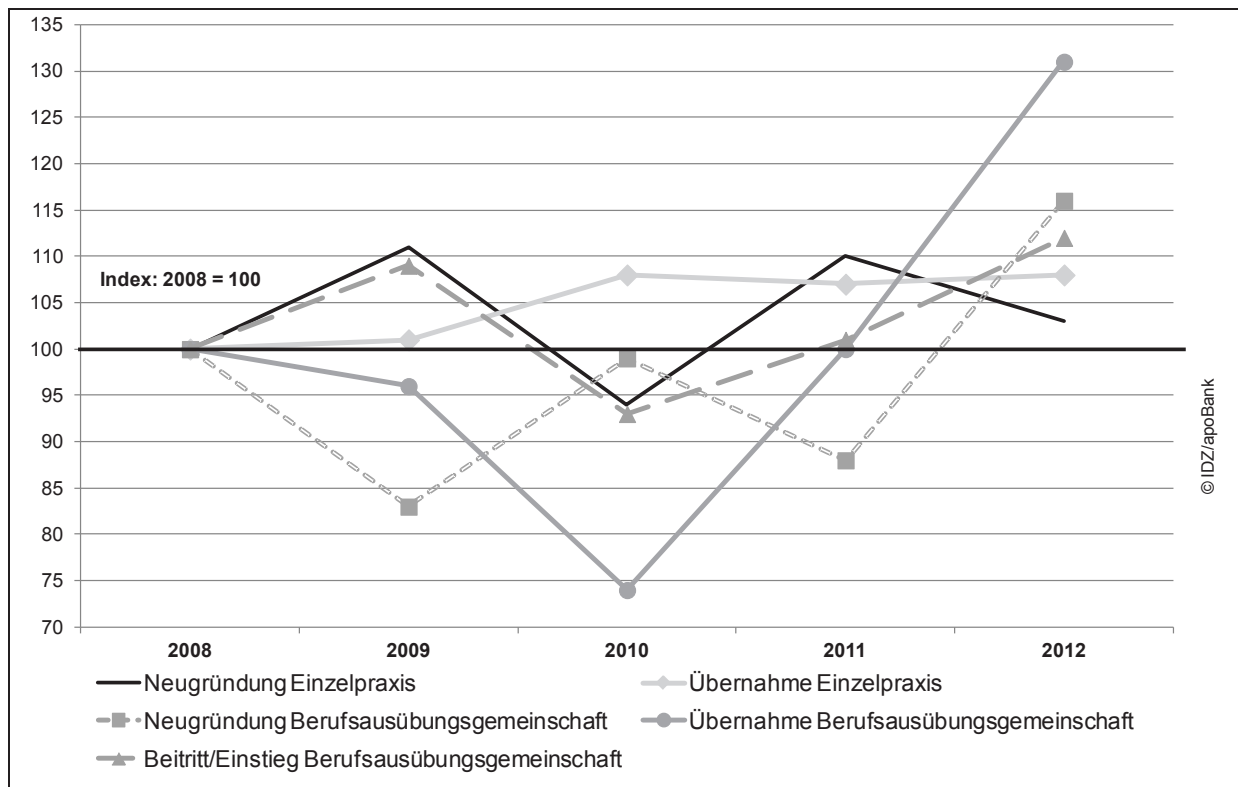


Abbildung 2: Entwicklung der Gesamtfinanzierungsvolumina im Zeitraum 2008–2012 (D)

Eine nach *Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die jüngeren Zahnärzte (bis 30 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 441.000 Euro für eine *Einzelpraxisneugründung* am meisten investierten. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* tätigten ebenfalls die jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 314.000 Euro die vergleichsweise höchsten Investitionen. Die älteren Zahnärzte (über 40 Jahre) ließen bei der Finanzierung hingegen deutliche Zurückhaltung erkennen; hier lag das Gesamtfinanzierungsvolumen bei Einzelpraxisneugründungen bei 374.000 Euro und bei den Einzelpraxisübernahmen bei 256.000 Euro.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf das Finanzierungsvolumen blieben auch im Jahr 2012 erhalten. In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 429.000 Euro bzw. 322.000 Euro. Die Finanzierungsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung beliefen sich demgegenüber auf 376.000 Euro. Bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer 278.000 Euro.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte die *Einzelpraxisneugründung* im mittelstädtischen Bereich im Jahr 2012 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Hier betrug das Finanzierungsvolumen im Schnitt 435.000 Euro. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde in ländlichen Praxislagen mit einem Betrag von 305.000 Euro das höchste Finanzierungsvolumen aufgewendet.

3.1.2 Ideeller Wert und materieller Wert

Im Jahr 2012 stieg der *Übernahmepreis* sowohl von Einzelpraxen als auch von Berufsausübungsgemeinschaften. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde im Schnitt ein Übernahmepreis von 155.000 Euro gezahlt, was einer Steigerung von 11 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 3). Von diesem Betrag entfielen wie schon im Vorjahr etwa 68 % auf den Goodwill und 32 % auf den Substanzwert (s. Glossar).

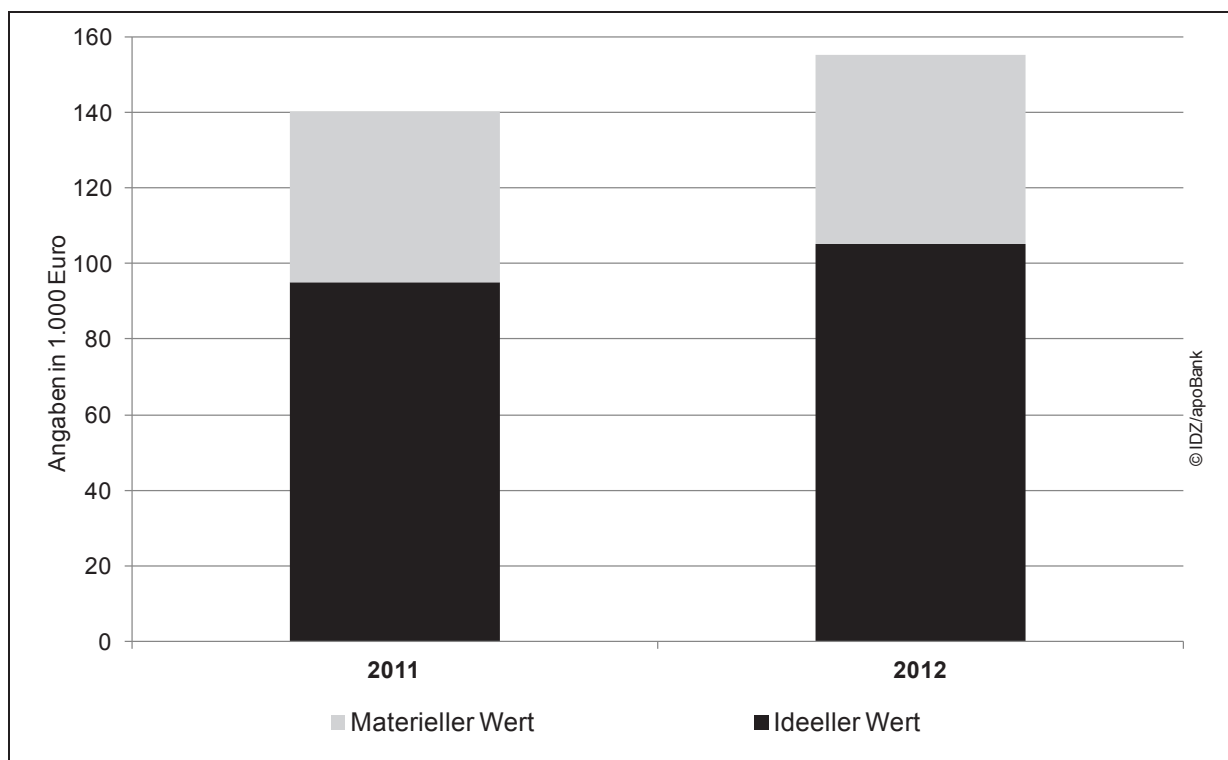


Abbildung 3: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Übernahme Einzelpraxis (D)

Bei den Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften stieg der durchschnittliche Übernahmepreis gegenüber dem Vorjahr noch kräftiger, nämlich um 26 % auf nunmehr 184.000 Euro (Abb. 4). Auch hier betrug der auf den Goodwill entfallende Anteil 68 % (2011: 66 %), während 32 % des Betrages für den Substanzwert gezahlt wurde (2011: 34 %).

Noch höher lag der Übernahmepreis im Falle eines Beitritts zu einer bzw. eines Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft. Hier wurde im Schnitt ein Übernahmepreis von 202.000 Euro gezahlt, was einem Plus von 12 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 5).

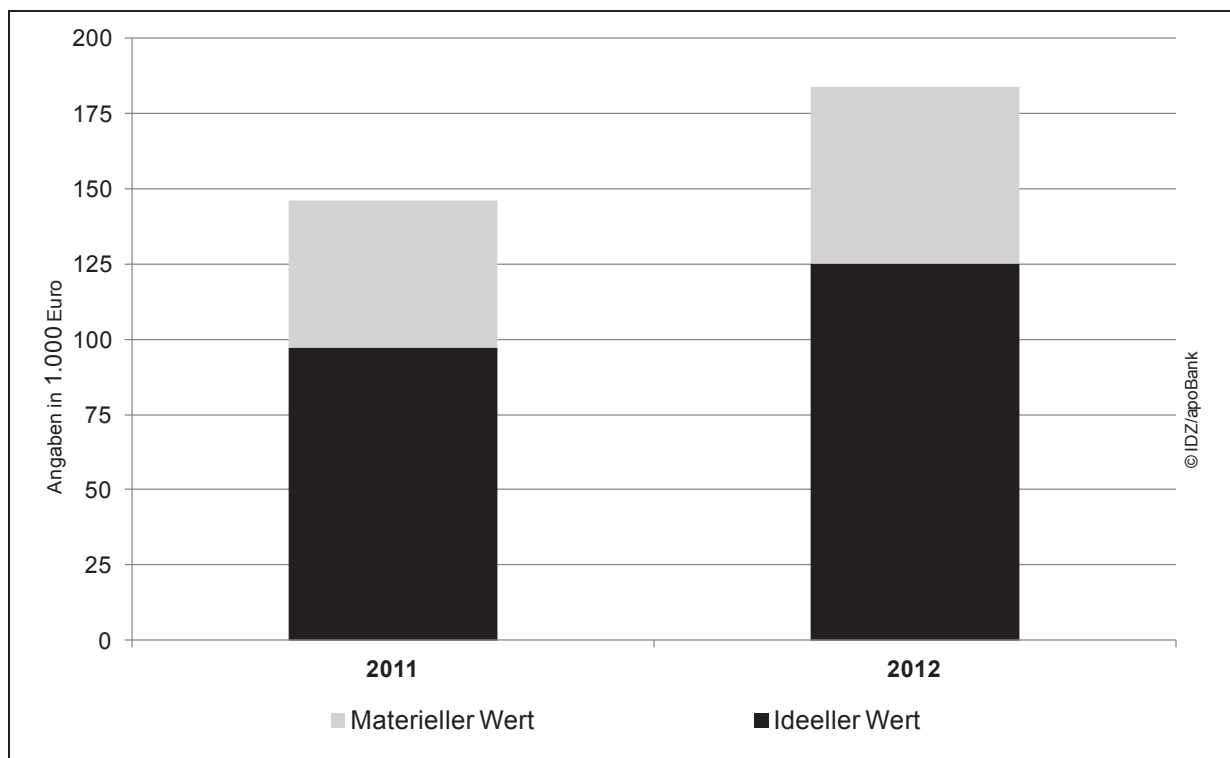


Abbildung 4: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Übernahme Berufsausübungsgemeinschaft (D)

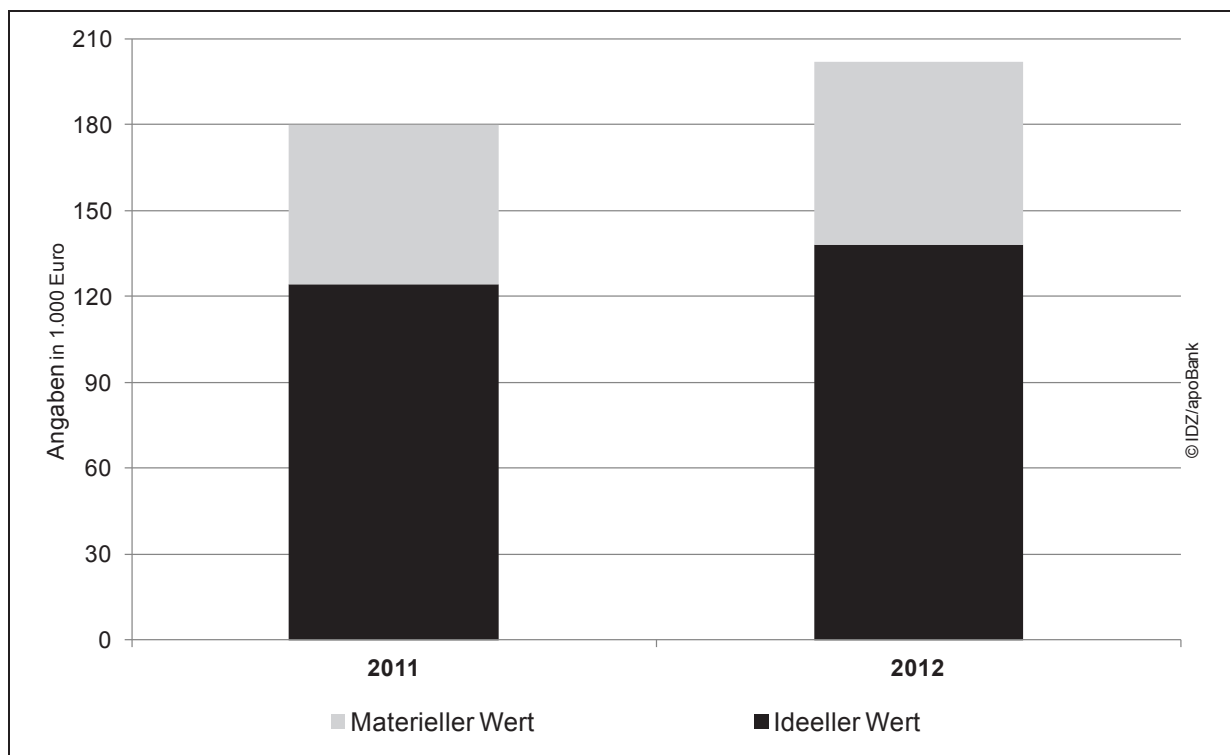


Abbildung 5: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Beitritt/Einstieg Berufsausübungsgemeinschaft (D)

Der auf den Goodwill entfallende Anteil betrug 68 % (im Vorjahr 69 %), während für den Substanzwert 32 % (im Vorjahr 31 %) des Betrages aufgewendet wurden.

Die *nach dem Alter differenzierte Betrachtung* macht deutlich, dass der Übernahmepreis in der Altersgruppe der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte mit 164.000 Euro bei einer Einzelpraxisneugründung am höchsten ausfällt. Die älteren Existenzgründer (über 40 Jahre) zahlten im Schnitt 130.000 Euro.

Im Hinblick auf den Übernahmepreis zeigten sich zudem deutliche *geschlechtsspezifische* Unterschiede. Während die weiblichen Existenzgründer einen durchschnittlichen Übernahmepreis von 127.000 Euro für eine Einzelpraxisübernahme zahlten, belief sich der Übernahmepreis der männlichen Kollegen im Schnitt auf 180.000 Euro.

Eine nach *Verstädterungsgrad* differenzierte Betrachtung des Übernahmepreises zeigt, dass in den eher ländlichen Lagen die höchsten Übernahmepreise für Einzelpraxisübernahmen gezahlt wurden – im Durchschnitt etwa 162.000 Euro. Im mittelstädtischen Bereich wurde demgegenüber ein durchschnittlicher Übernahmepreis von 146.000 Euro ausgehandelt.

Zwar existiert in der Regel ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Goodwill und der Entwicklung des Einnahmenüberschusses (KZBV, 2013), jedoch unterscheiden sich die prozentualen Veränderungsraten. Dies ist ein Hinweis, dass noch andere 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. Mit Vorjahresumsatz wird hier der Gesamtumsatz einer Zahnarztpraxis, d. h. zahnärztlicher Honorarumsatz und Fremdlaboraausgaben, bezeichnet. Das Verhältnis zwischen Goodwill und Vorjahresumsatz lag in 47 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 29 % der Finanzierungsfälle lag dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20, in 13 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40 und in 3 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,41 und 0,50. Bei einer Praxisübernahme im Jahr 2012 machte der Goodwill im Durchschnitt etwa 23 % des Vorjahresumsatzes aus.

Die wechselhafte Entwicklung des Goodwill in den Jahren 2009 bis 2011 muss vor dem Hintergrund zunehmender Unsicherheit bezüglich der steuerrechtlichen Abschreibungsfähigkeit des ideellen Praxiswertes gesehen werden. In den Jahren 2009 und 2010 hatten Finanzämter in einer Reihe von Fällen entschieden, dass der auf die Kassenzulassung entfallende Anteil des Praxiswertes steuerlich nicht abgeschrieben werden kann. Im Rahmen der vorliegenden Analyse ist entscheidend, dass die Unsicherheit bezüglich der steuerlichen Abschreibungsfähigkeit des ideellen Praxiswertes bei der Aushandlung des Kaufpreises offensichtlich antizipiert wurde: Sofern „der Käufer den ideellen Wert nicht abschreiben darf, wird er versuchen, den Preis zu drücken“ (o. V., 2009). Die mutmaßlichen Auswirkungen der Unsicherheit bezüglich der steuerrechtlichen Abschreibungsfähigkeit des ideellen Praxiswertes auf den Kaufpreis lassen sich mit statistischen Methoden gut nachweisen. Eine

unveröffentlichte Korrelationsanalyse des IDZ mit den Daten der Investitionsanalysen der Jahre 1999 bis 2010 zeigte im Ergebnis, dass ein *positiver* Zusammenhang zwischen der Höhe des Substanzwertes und der Höhe des Goodwill bis zum Jahr 2008 nachweisbar ist, während die beiden Größen in den Jahren 2009 und 2010 *negativ* korreliert waren. Plausibel ist generell ein positiver Zusammenhang beider Größen. Ab 2011 waren beide Größen wiederum positiv korreliert.

3.1.3 Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen

Im Jahr 2012 stiegen die Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* kräftig um 33.000 Euro auf 69.000 Euro, bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* fielen im Schnitt 64.000 Euro und damit 7.000 Euro mehr als noch im Vorjahr an. Die bei einer *Praxisübernahme* anfallenden Investitionen für Modernisierung und Umbau sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen bei der *Einzelpraxisübernahme* im Jahr 2012 bei 16.000 Euro (2011: 20.000 Euro); bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 20.000 Euro (2011: 18.000 Euro) (Abb. 6).

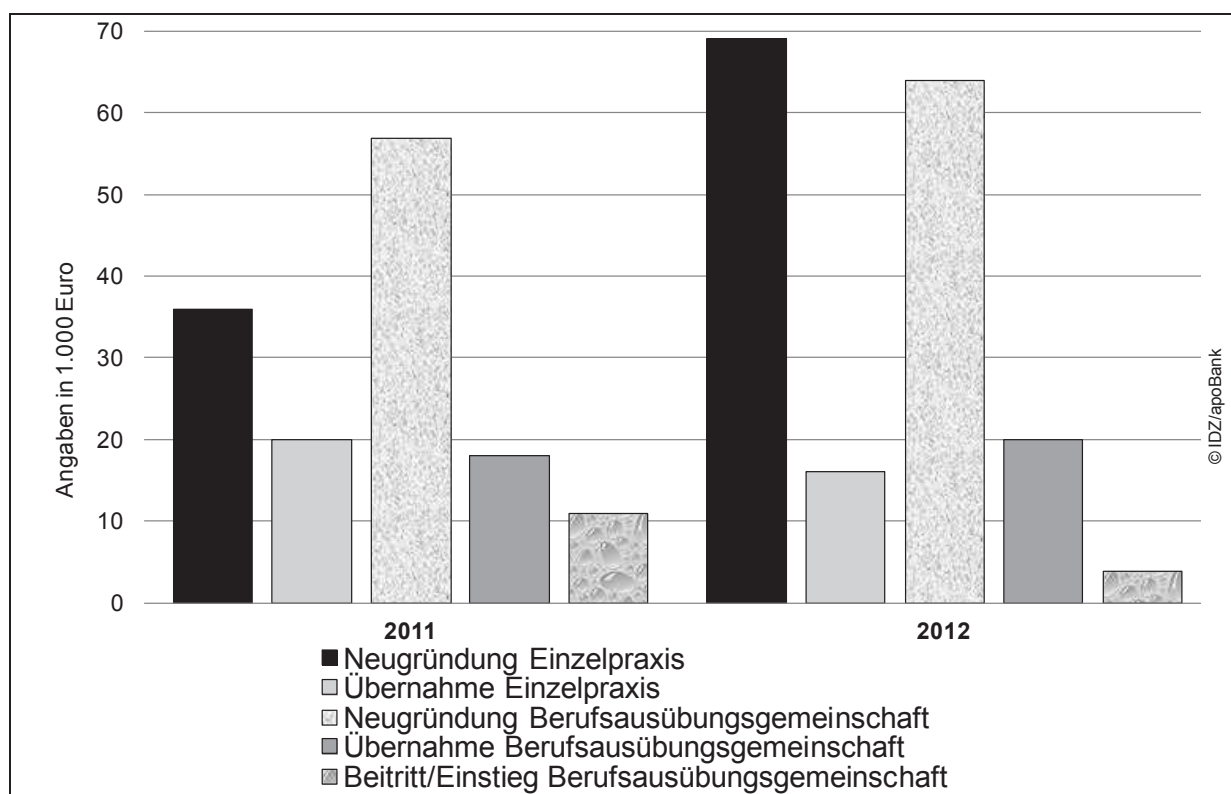


Abbildung 6: Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen bei der Niederlassung (D)

Die Höhe der Investitionen für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen werden unter anderem durch die *Praxislage* mitbestimmt. Während die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen bei einer *Einzelpraxisneugründung* im großstädtischen Um-

feld mit 96.000 Euro zu Buche schlugen, betrug es im mittelstädtischen Bereich lediglich 49.000 Euro.

3.1.4 Medizinisch-technische Geräte und Einrichtung

Die bei einer *Praxisneugründung* anfallenden Investitionen in medizinisch-technische Geräte sowie die Einrichtung sind naturgemäß deutlich höher als im Falle einer *Praxisübernahme* mit in der Regel bereits vorhandenen Dentaleinheiten. Bei einer *Einzelpraxisneugründung* wurden im Jahr 2012 insgesamt 231.000 Euro hierfür investiert; im Vorjahr waren es sogar 270.000 Euro. Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* beliefen sich diese Investitionen auf 192.000 Euro (2011: 139.000 Euro) (Abb. 7). Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 58.000 Euro in die medizinisch-technischen Geräte plus Einrichtung investiert; bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 61.000 Euro.

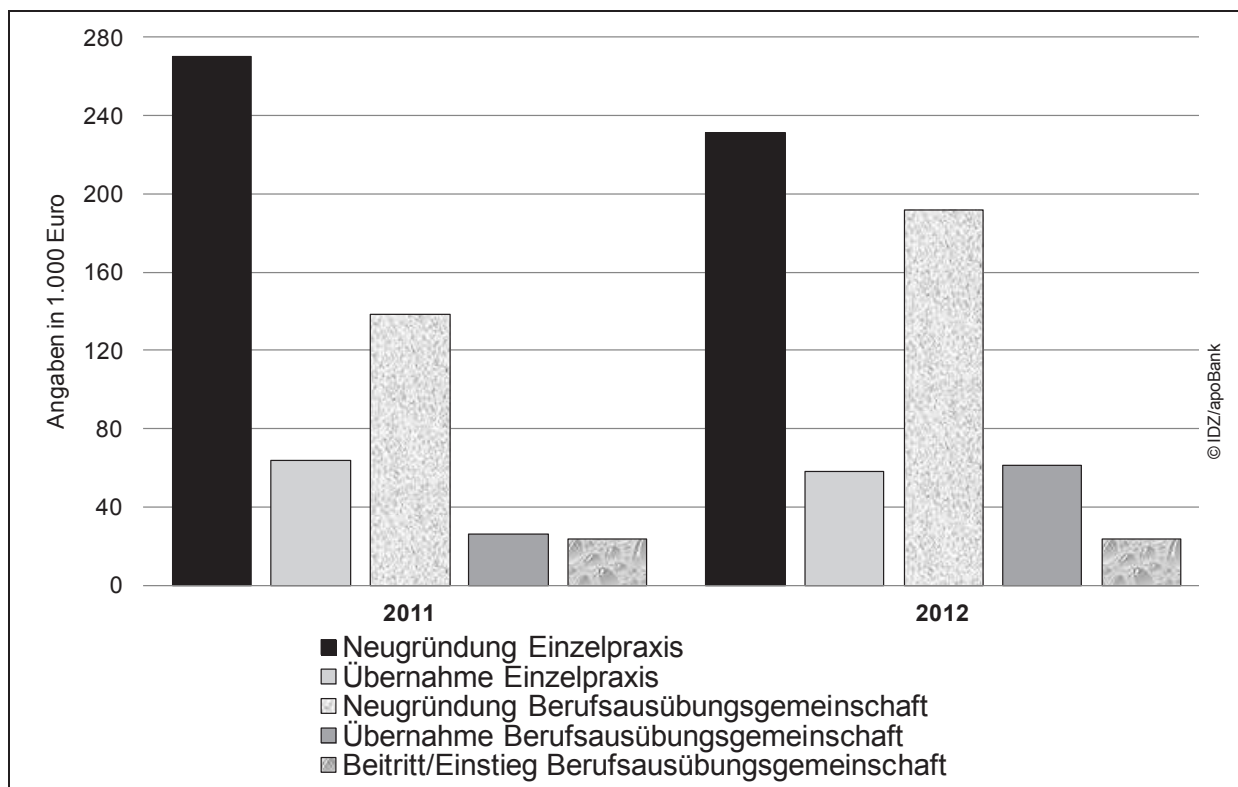


Abbildung 7: Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung bei der Niederlassung (D)

Die *nach dem Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung in der Altersgruppe der jüngeren Zahnärzte (bis 30 Jahre) mit 263.000 Euro bei einer Einzelpraxisneugründung am höchsten ausfällt. Die älteren Existenzgründer (über 40 Jahre) zahlten im Schnitt lediglich 173.000 Euro.

Im Hinblick auf die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung zeigten sich zudem deutliche *geschlechtsspezifische* Unterschiede. Während die weiblichen Existenzgründer im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung im Schnitt 217.000 Euro für diesen Posten zahlten, beliefen sich die Investitionen der männlichen Kollegen für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung auf 241.000 Euro.

Eine nach *Verstädterungsgrad* differenzierte Betrachtung der Investitionen von medizinisch-technische Geräte und Einrichtung zeigt, dass in den mittelstädtischen Lagen bei Einzelpraxisneugründungen die höchsten Beträge für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung getätigt wurden – im Durchschnitt 245.000 Euro. Im großstädtischen Bereich wurde demgegenüber ein Durchschnittsbetrag von 219.000 Euro für diese Investitionen gezahlt.

3.1.5 Sonstige Investitionen

Die Kategorie der „sonstigen Investitionen“ umfasst alle Investitionen, die bei einer zahnärztlichen Existenzgründung anfallen, jedoch keinem anderen der genannten Investitionsblöcke zugerechnet werden konnten. Im Grunde handelt es sich insofern um eine „Restgröße“, hinter der sehr unterschiedliche Sachverhalte stehen können. Beispielhaft seien hier genannt:

- Einmalzahlungen im Rahmen des Leasings von Geräten,
- Elektroarbeiten in der Zahnarztpraxis,
- Erweiterung der Zahnarztpraxis um ein Eigenlabor,
- Kapitaleinlage in eine zahnärztliche Partnergesellschaft.

Die Differenzierung der sonstigen Investitionen nach Praxisform lässt erkennen, dass vor allem bei *Praxisneugründungen* ein betragsmäßig durchaus relevanter Anteil am gesamten Finanzierungsvolumen auf diese heterogene Restgröße entfiel (Abb. 8). Während bei Praxisübernahmen ein Anteil von 3 % bis 6 % auf diese Kategorie entfiel, summierten sich die sonstigen Investitionen bei den Praxisneugründungen zu einer Größenordnung von 9 % bis 12 % am gesamten Finanzierungsvolumen.

3.1.6 Betriebsmittelkredit

Im Jahr 2012 betrug der Betriebsmittelkredit (s. Glossar) im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* 68.000 Euro und lag damit um 2.000 Euro unter dem Vorjahreswert. Der im Rahmen einer *Einzelpraxisübernahme* gewährte Betriebsmittelkredit stieg im gleichen Zeitraum um 3.000 Euro auf nunmehr 55.000 Euro (Abb. 9). In der Niederlassungsform der *Berufsausübungsgemeinschaft* stieg der Betriebsmittelkredit gegenüber dem Vorjahr zum Teil kräftig.

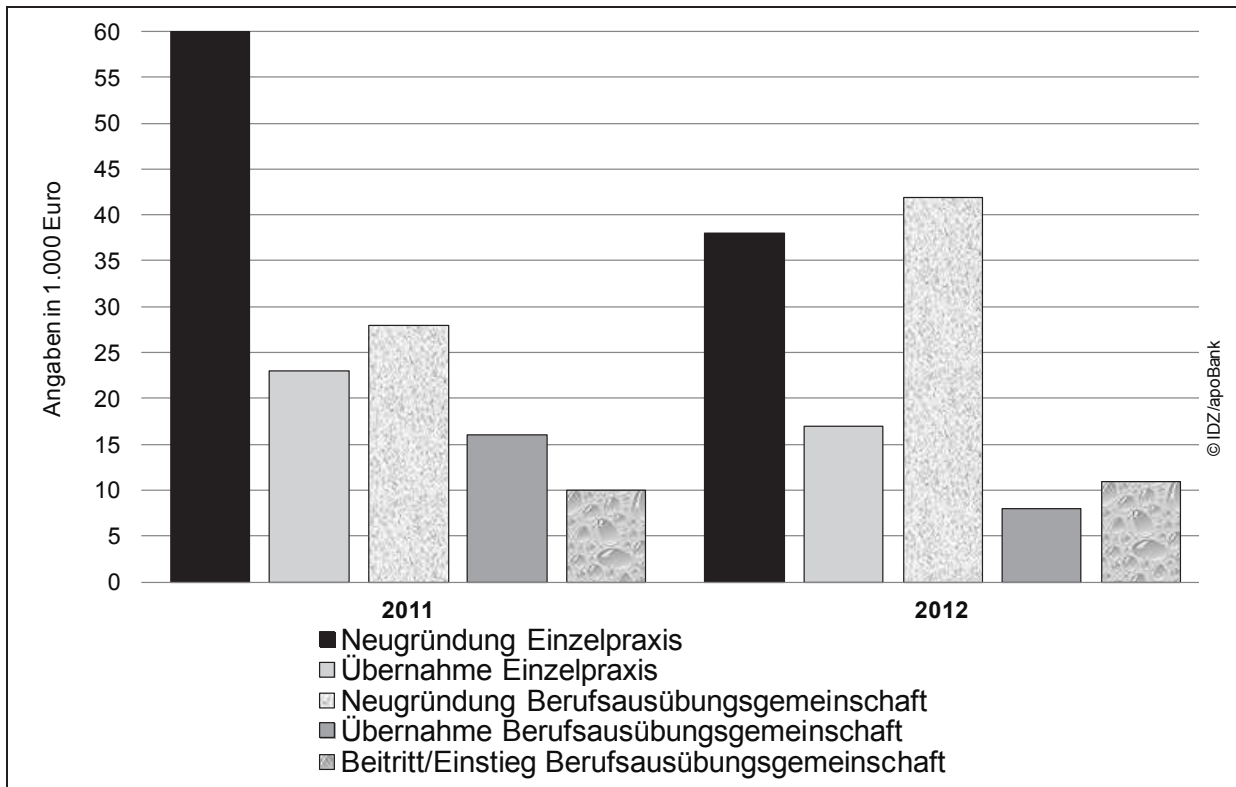


Abbildung 8: Sonstige Investitionen bei der Niederlassung (D)

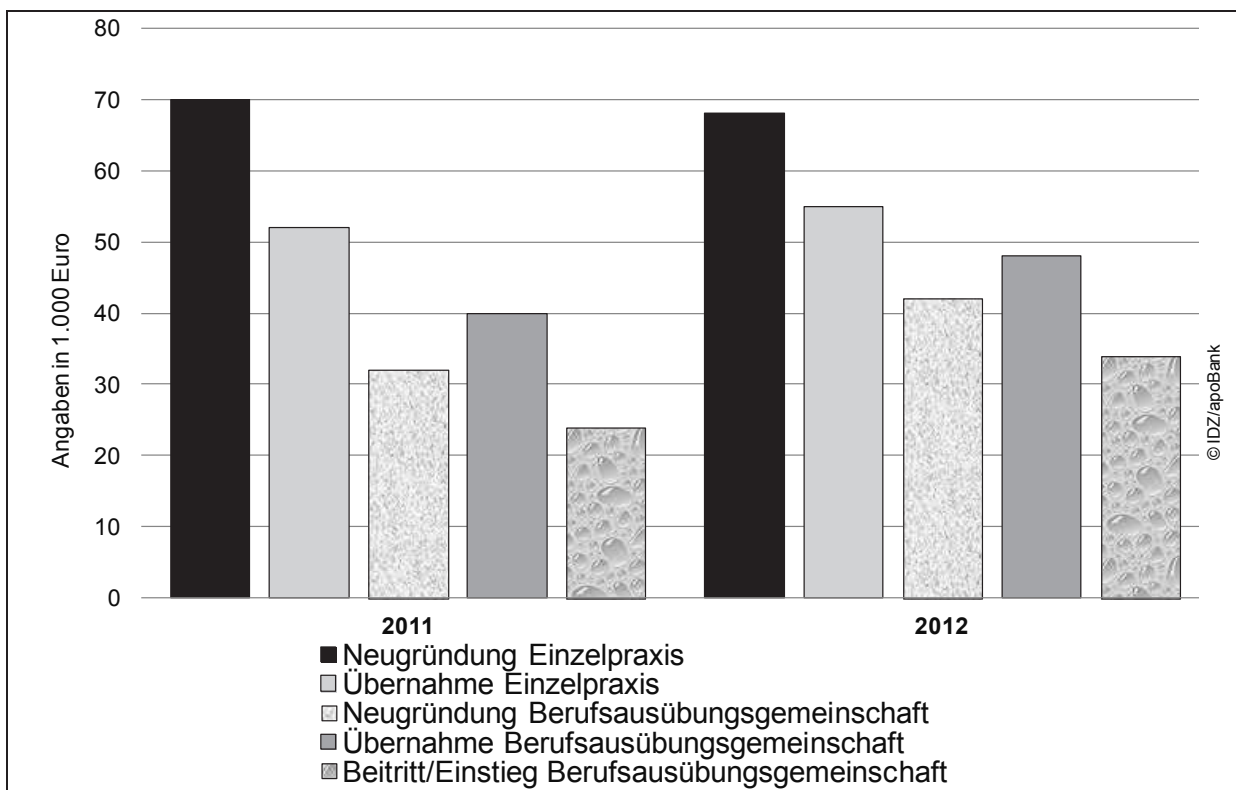


Abbildung 9: Betriebsmittelkredit bei der Niederlassung (D)

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die Gruppe der älteren Zahnärzte (über 40 Jahre) im

Jahr 2012 mit einem durchschnittlichen Betriebsmittelkredit von 76.000 Euro für eine *Einzelpraxisneugründung* die höchsten Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt hat.

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites waren *geschlechtsspezifische Unterschiede* zu erkennen. Männer fragten etwa bei einer *Einzelpraxisneugründung* mit 74.000 Euro einen um 14.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen.

3.2 Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

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

3.2.1 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, die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft sowie der Beitritt/Einstieg in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft zusammengefasst. 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 Einzelpraxen* ist im Zeitablauf relativ stabil geblieben und lag im Zeitraum von 2008 bis 2012 jeweils zwischen 50 % und 61 % (Abb. 10). 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 (Klingenberg und Becker, 2004; 2007; 2008; 2010).

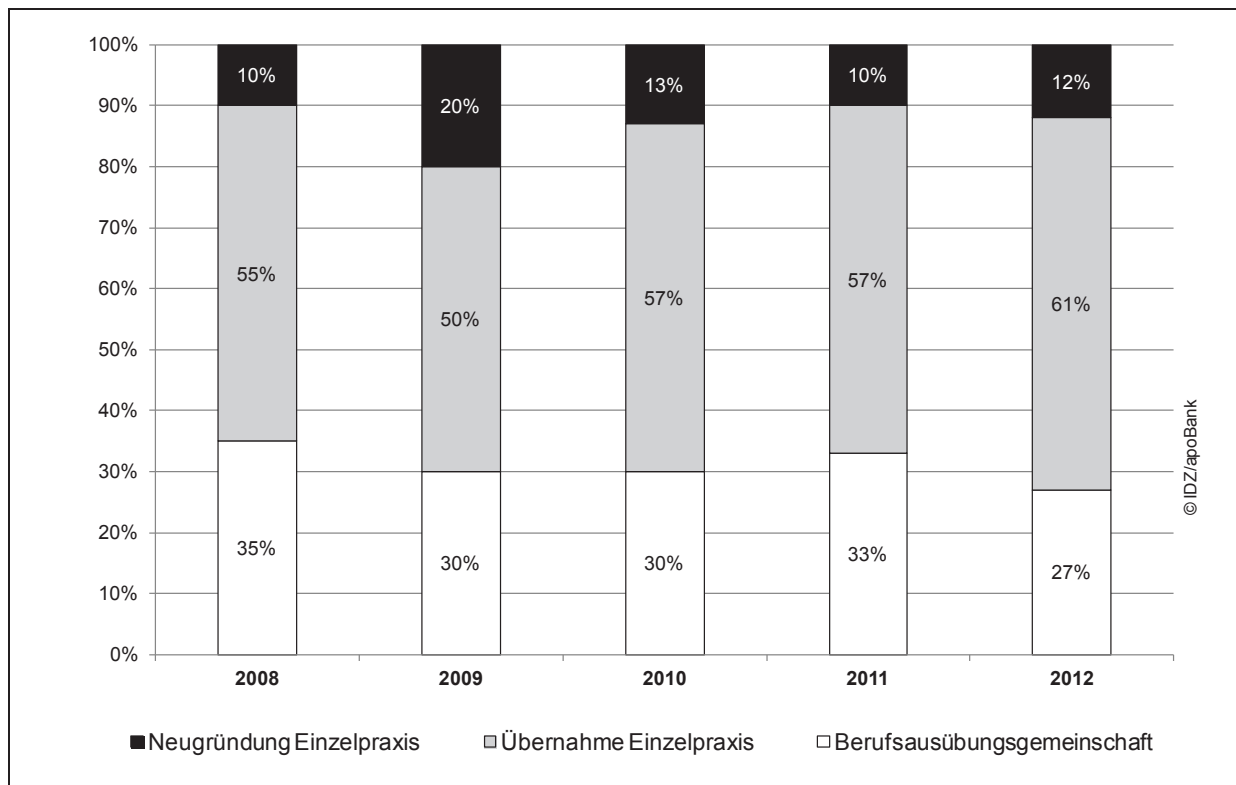


Abbildung 10: Art der Existenzgründung (D)

Die *Einzelpraxisneugründung* stellt mit einem Anteilswert zwischen 10 % und 20 % in den letzten fünf Jahren die am seltensten gewählte Niederlassungsform dar. Im Jahr 2012 betrug ihr Anteil 12 %.

Der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* schwankte im Zeitraum von 2008 bis 2012 zwischen 27 % und 35 %. Im Jahr 2012 fiel der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften um sechs Prozentpunkte auf 27 % zurück. Damit liegt der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften an den Existenzgründungen jedoch weiterhin deutlich über dem der Einzelpraxisneugründung.

Vergleicht man die Verteilung der Praxisformen in West- und Ostdeutschland, so zeigen sich nach wie vor deutliche Unterschiede. In *Ostdeutschland* fiel der Anteil der *Einzelpraxisübernahmen* zwischen 2008 und 2012 von 76 % auf 70 %. Demgegenüber stieg der Anteil der Einzelpraxisübernahmen in Westdeutschland im gleichen Zeitraum von 53 % auf 59 %. Trotz dieser Konvergenzentwicklung gilt, dass über alle fünf Betrachtungsjahre hinweg im Westen vergleichsweise häufiger Einzelpraxisübernahmen realisiert wurden als im Osten.

Bei den *Einzelpraxisneugründungen* zeigte sich die entgegengesetzte Tendenz. Stets entschieden sich die zahnärztlichen Existenzgründer in Ostdeutschland seltener für die Neugründung einer Einzelpraxis als ihre westdeutschen Kollegen. Im Jah-

re 2012 wurden in Westdeutschland 13 % als Einzelpraxisneugründungen realisiert, in Ostdeutschland waren es lediglich 6 %. Der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* in Ostdeutschland lag 2008 bei 19 % und stieg bis 2012 auf 24 %. In Westdeutschland fiel der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften im gleichen Zeitraum von 37 % auf 28 %. Auch hier ist insofern eine gegenläufige Entwicklung im Sinne einer beidseitigen Annäherung zu erkennen.

3.2.2 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.

Die Einteilung der Ortsgrößen wird in Tabelle 6 dargestellt. Die Klassifizierung der Ortsgrößen erfolgt in Anlehnung an die Siebener-Systematik der sog. BIK-Strukturtypen (GESIS, 2013). Diese Form der Einteilung der Gemeinden hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre in der Raumforschung und -planung als neue Standardtypologie durchgesetzt; sie ist zudem sowohl mit der Typisierung von administrativen Gebietseinheiten durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) als auch mit den Ortsgrößenklassen der amtlichen Statistik kompatibel (FIS, 2013). Dem eher großstädtischen Raum (einschließlich der Metropolen) können gemäß dieser Klassifizierung 31,4 % der deutschen Wohnbevölkerung zugerechnet werden, dem mittelstädtischen Gemeindetyp 28,3 %, während 40,3 % der Bevölkerung in eher kleinstädtisch-ländlich geprägten Gebieten angesiedelt sind (Stand: 31.12.2011; BBSR, 2013).

Tabelle 6: Klassifizierung der Ortsgrößen

Ortsgröße	
Eher großstädtischer Raum (inklusive Metropolen)	100.000 und mehr Einwohner
Eher mittelstädtischer Raum	20.000 bis unter 100.000 Einwohner
Eher ländlicher Raum	unter 20.000 Einwohner

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründungen auf die verschiedenen Ortsgrößen für das Jahr 2012 zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich 44 % betrug, während im mittelstädtischen Bereich 26 % der Existenzgründungen angesiedelt waren. Auf den eher ländlichen Bereich entfiel ein Anteil von 30 % (Abb. 11). In Westdeutschland wurden 47 % der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich realisiert, in Ostdeutschland waren es 27 %. Demgegenüber entfielen 38 % der Existenzgründungen im Osten auf die ländlichen Lagen, während der entsprechende Anteil im Westen lediglich 28 % betrug.

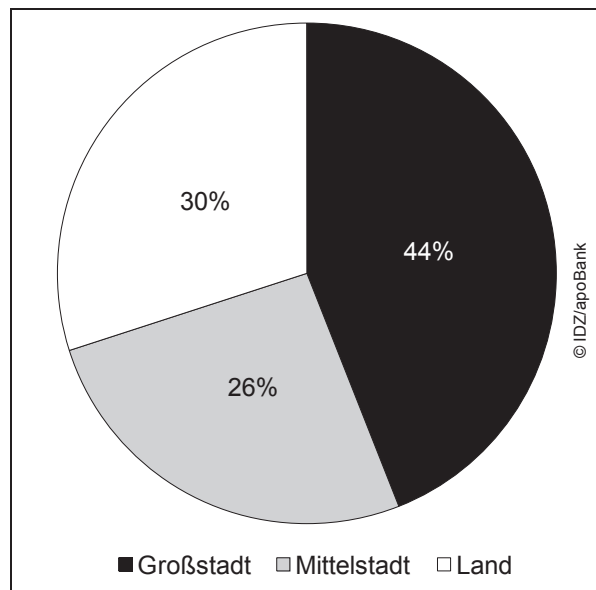


Abbildung 11: Praxislage (D)

Der Vergleich mit der oben dargestellten Bevölkerungsstruktur lässt erkennen, dass die Zahnärztdichte (Zahl der Zahnärzte je 100.000 Einwohner) durch die zahnärztlichen Existenzgründungen des Jahres 2012 in großstädtischen Lagen tendenziell zu, in den mittelstädtischen sowie den eher ländlich geprägten Gebieten hingegen leicht abgenommen hat.

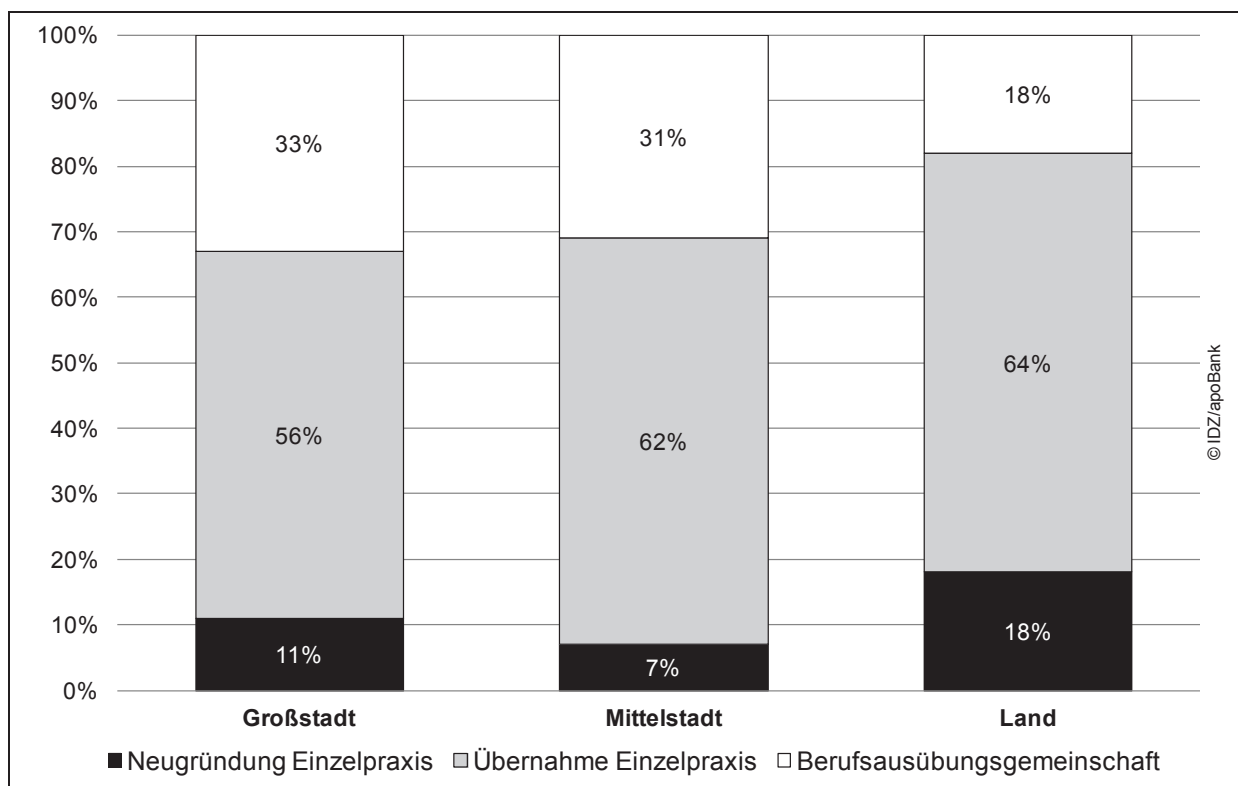


Abbildung 12: Art der Existenzgründung nach Praxislage (D)

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (Abb. 12), so zeigt sich eine Bevorzugung der Einzelpraxisübernahme in

ländlichen Gebieten. Während in großstädtischen Lagen jede dritte Existenzgründung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft realisiert wurde, betrug der Anteil im ländlichen Umfeld lediglich 18 %.

3.2.3 Alter der Existenzgründer

Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer lässt erkennen, dass 15 % sich bis zum 30. Lebensjahr niederlassen, während 21 % bereits das 40. Lebensjahr überschritten haben. 64 % der Existenzgründer waren zwischen 30 und 40 Jahre alt (Abb. 13). In *Ostdeutschland* gab es vergleichsweise mehr jüngere Existenzgründer (23 %) und weniger ältere Existenzgründer (10 %) als in Westdeutschland.

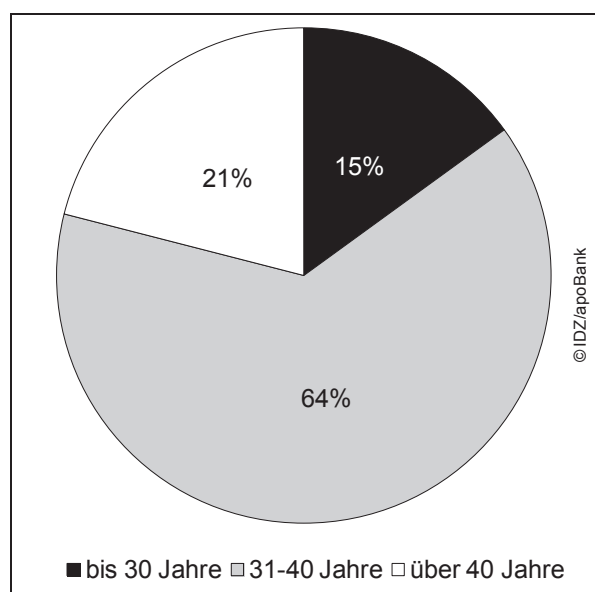


Abbildung 13: Altersgruppen (D)

Das *Durchschnittsalter* der zahnärztlichen Existenzgründer bei der Niederlassung betrug 36,1 Jahre, in Westdeutschland war es mit 36,3 Jahren minimal höher; in Ostdeutschland mit 35,0 Jahren etwas niedriger. Die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* in der Altersstruktur sind mittlerweile weitgehend nivelliert. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 35,9 Jahre, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt 36,3 Jahre alt.

Differenziert man die *relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen*, so zeigt sich, dass die Übernahme einer Einzelpraxis in allen Altersgruppen die am meisten verbreitete Form der Niederlassung war (Abb. 14). In der Altersgruppe der über 40-Jährigen wurde die Einzelpraxisneugründung vergleichsweise häufiger präferiert, bei den jüngeren Existenzgründern (bis 30 Jahre) war es hingegen die Berufsausübungsgemeinschaft. Offensichtlich sehen immer mehr junge Zahnärzte in der Kooperation eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen eta-

blieren zu können. Die individuelle Präferenz für eine bestimmte Praxisform ist somit ganz klar altersabhängig.

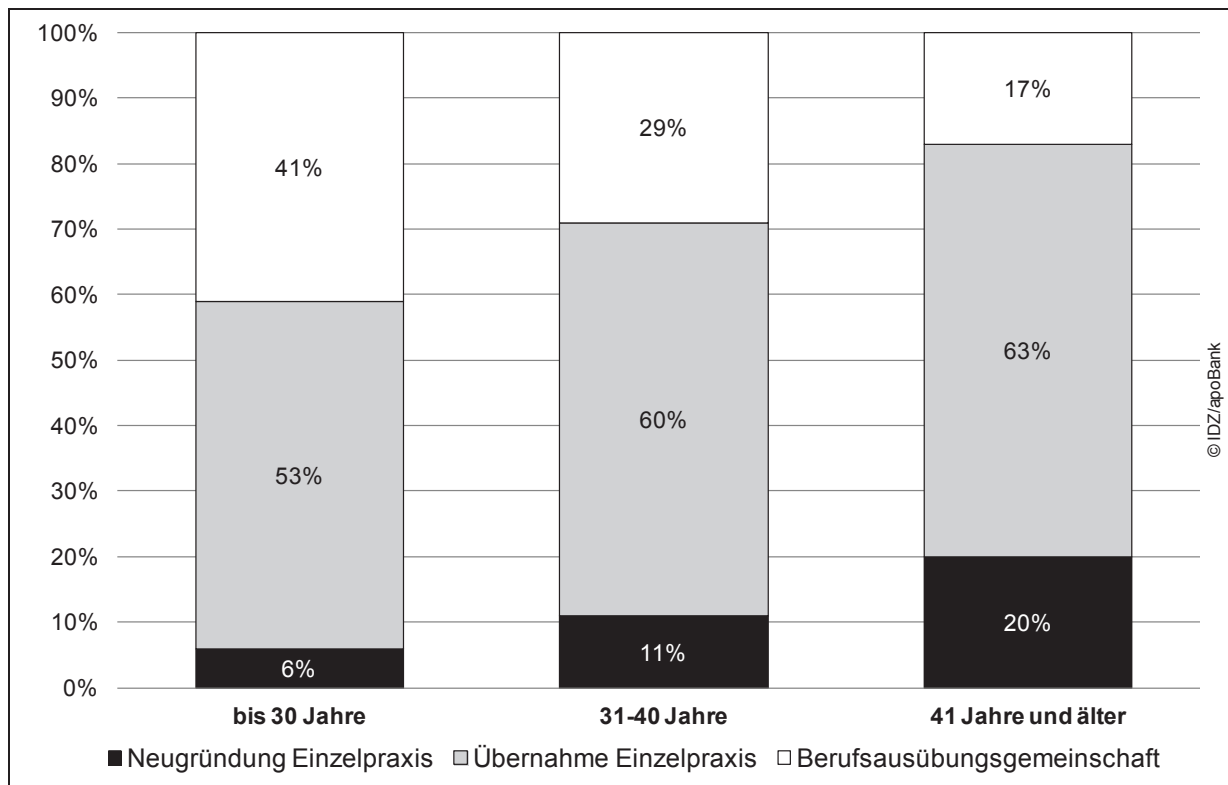


Abbildung 14: Art der Existenzgründung nach Altersgruppen (D)

3.2.4 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“ lässt erkennen, dass die männlichen Existenzgründer mit einem Anteil von 51 % im Jahr 2012 nur noch knapp über dem entsprechenden Anteil der weiblichen Existenzgründer liegen (Abb. 15). Allerdings zeigen sich klare Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Im Gegensatz zu Westdeutschland, in denen 54 % der Existenzgründungen durch Männer und 46 % durch Frauen realisiert wurden, zeigte sich in Ostdeutschland eine klare zahlenmäßige Überlegenheit der weiblichen Existenzgründer, auf die 71 % der Fälle entfielen. Generell kann von einem Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes (Brecht, Meyer und Micheelis, 2009) ausgegangen werden.

Wie Abbildung 16 zeigt, ist die Einzelpraxisübernahme für beide Geschlechter nach wie vor die bevorzugte Niederlassungsform.

Weibliche Existenzgründer präferierten die Berufsausübungsgemeinschaft mit 29 % etwas häufiger als ihre männlichen Kollegen, die sich in 27 % der erfassten Fälle für die Berufsausübungsgemeinschaft entschieden.

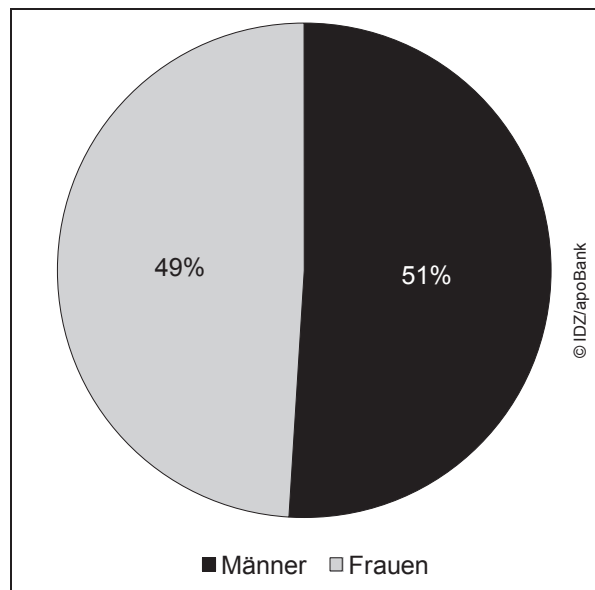


Abbildung 15: Geschlechtsverteilung (D)

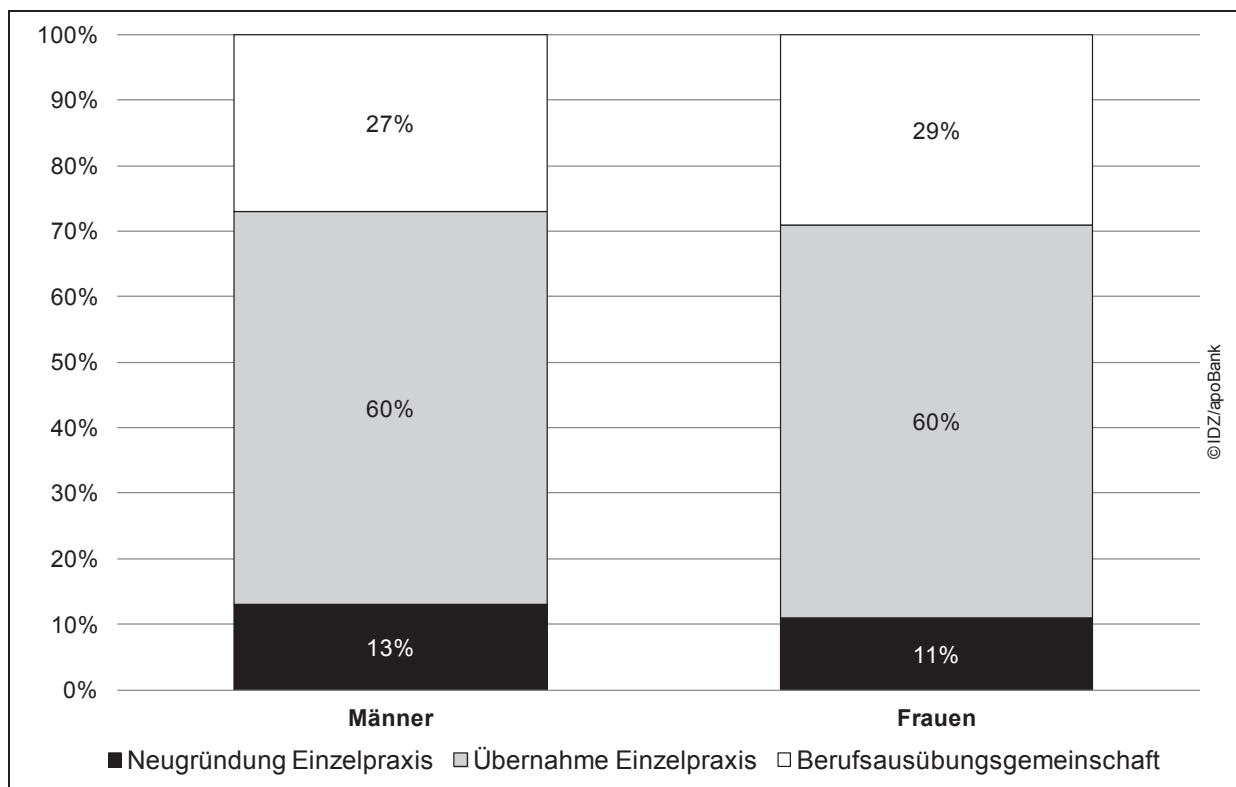


Abbildung 16: Art der Existenzgründung nach Geschlecht (D)

4 Exkurs: Fachzahnärztliche Praxen

Im Rahmen des InvestMonitors 2012 wird erstmals gesondert über die Investitionstätigkeit *fachzahnärztlicher Praxen* berichtet. Aufgrund der naturgemäß geringeren Fallzahl fachzahnärztlicher Praxen ist eine tiefgegliederte (Subgruppen-) Analyse an dieser Stelle nicht möglich. Unterschieden wird lediglich nach der

Fachrichtung sowie innerhalb der Fachrichtung nach der Form der Existenzgründung (Neugründung oder Übernahme).

In die Analyse einbezogen wurden insgesamt 72 Fachpraxen, die sich in 34 kieferorthopädische Fachpraxen sowie 38 Fachpraxen für Oralchirurgie bzw. für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG) unterteilen. Innerhalb der Fachrichtung wurde danach unterschieden, ob die Existenzgründung in Form einer Neugründung (Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft) oder in Form einer Übernahme bzw. eines Beitritts oder Einstiegs (Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft) erfolgte. Die Ergebnisse im Einzelnen sind den Tabellen 7 bis 10 zu entnehmen.

Tabelle 7: Neugründung einer kieferorthopädischen Fachpraxis (D)

			2012
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	46
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		250
+	Sonstige Investitionen		27
=	Praxisinvestitionen		323
+	Betriebsmittelkredit		73
=	Finanzierungsvolumen		396

Tabelle 8: Übernahme einer kieferorthopädischen Fachpraxis bzw. Beitritt/Einstieg in eine kieferorthopädische Fachpraxis (D)

			2012
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	164
+	Materieller Wert (Substanzwert)		74
=	Übernahmepreis		238
+	Modernisierung/Umbau		15
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		34
+	Sonstige Investitionen		9
=	Praxisinvestitionen		296
+	Betriebsmittelkredit		54
=	Finanzierungsvolumen	350	

Tabelle 9: Neugründung einer oralchirurgischen Fachpraxis/MKG-Fachpraxis (D)

			2012
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	48
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		276
+	Sonstige Investitionen		93
=	Praxisinvestitionen		417
+	Betriebsmittelkredit		83
=	Finanzierungsvolumen		500

Tabelle 10: Übernahme einer oralchirurgischen Fachpraxis/MKG-Fachpraxis bzw. Beitritt/Einstieg in eine oralchirurgische Fachpraxis/MKG-Fachpraxis (D)

			2012
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	180
+	Materieller Wert (Substanzwert)		79
=	Übernahmepreis		259
+	Modernisierung/Umbau		14
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		45
+	Sonstige Investitionen		31
=	Praxisinvestitionen		349
+	Betriebsmittelkredit		45
=	Finanzierungsvolumen		394

Das statistische Strukturbild der allgemeinärztlichen Praxen war insofern analog bei den fachärztlichen Praxen erkennbar, als die Neugründungen regelmäßig ein höheres Finanzierungsvolumen erforderten als die Übernahmen. Bei den Neugründungen wurden vergleichsweise höhere Investitionen in medizinisch-technische Geräte und die Einrichtung getätigt, während bei den Übernahmen ein gegenüber dem Durchschnitt der allgemeinärztlichen Praxen deutlich höherer Goodwill gezahlt wurde. Während das Finanzierungsvolumen von kieferorthopädischen Fachpraxen im Durchschnitt in etwa auf dem Niveau allgemeinärztlicher Praxen lag, wurde bei Existenzgründungen von oralchirurgischen Praxen sowie von MKG-Fachpraxen in der Regel ein um 20 % bis 30 % höheres Finanzierungsvolumen benötigt.

5 Exkurs: Regionale Finanzierungsdaten von allgemeinärztlichen Praxen

5.1 Westdeutschland inkl. Berlin

Die für die Neugründung, die Übernahme sowie den Beitritt bzw. Einstieg in eine allgemeinärztliche Praxis in Westdeutschland errechneten Mittelwerte für die Jahre 2008 bis 2012 sind in den Tabellen 11 bis 15 dargestellt.

Tabelle 11: Neugründung einer Einzelpraxis (West)

			2008	2009	2010	2011	2012
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	47	51	41	37	70
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		254	269	228	277	230
+	Sonstige Investitionen		28	41	42	48	37
=	Praxisinvestitionen		329	361	311	362	337
+	Betriebsmittelkredit		74	75	68	68	70
=	Finanzierungsvolumen		403	436	379	430	407

Im Jahr 2012 entfielen 17 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 46) auf die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 57 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 9 % auf sonstige Investitionen und 17 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 11). Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen um 8 Prozentpunkte, während die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung um 7 Prozentpunkte sanken.

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 210) wurden 2012 durchschnittlich 36 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 17 % für den Substanzwert, 6 % für die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 18 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 5 % für sonstige Investitionen sowie 18 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 12).

Tabelle 12: Übernahme einer Einzelpraxis (West)

		2008	2009	2010	2011	2012
	Ideeller Wert (Goodwill)	74	103	59	102	112
+	Materieller Wert (Substanzwert)	61	39	79	49	53
=	Übernahmepreis	135	142	138	151	165
+	Modernisierung/Umbau	14	18	19	23	18
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	60	65	73	64	58
+	Sonstige Investitionen	23	23	24	25	17
=	Praxisinvestitionen	232	248	254	263	258
+	Betriebsmittelkredit	57	57	60	54	57
=	Finanzierungsvolumen	289	305	314	317	315

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 25) wurden 2012 durchschnittlich 20 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 55 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 13 % für sonstige Investitionen sowie 12 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 13). Gegenüber dem Vorjahr blieb die Finanzierungsstruktur vergleichsweise stabil, allerdings stieg das Finanzierungsvolumen um etwa 29 %.

Tabelle 13: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (West)

		2008	2009	2010	2011	2012
	Modernisierung/Umbau	41	34	24	60	67
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	187	139	188	141	186
+	Sonstige Investitionen	18	24	35	29	44
=	Praxisinvestitionen	246	197	247	230	297
+	Betriebsmittelkredit	48	47	52	33	42
=	Finanzierungsvolumen	294	244	299	263	339

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 31) wurden 2012 durchschnittlich 39 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 18 % für den

Substanzwert, 6 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 19 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 2 % für sonstige Investitionen sowie 16 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 14). Gegenüber dem Vorjahr fällt der um 10 Prozentpunkte höhere Anteil der Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung ins Auge. Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 25 %.

Tabelle 14: Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft (West)

		2008	2009	2010	2011	2012
	Ideeller Wert (Goodwill)	75	94	38	112	132
+	Materieller Wert (Substanzwert)	59	34	56	56	62
=	Übernahmepreis	134	128	94	168	194
+	Modernisierung/Umbau	14	7	8	21	20
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	56	45	41	24	65
+	Sonstige Investitionen	10	20	13	14	7
=	Praxisinvestitionen	214	200	156	227	286
+	Betriebsmittelkredit	32	39	34	44	52
=	Finanzierungsvolumen	246	239	190	271	338

Für den *Beitritt zu einer bzw. Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 43) wurden 2012 durchschnittlich 50 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 23 % für den Substanzwert, 1 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 10 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 4 % für sonstige Investitionen sowie 12 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 15). Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 15 %.

Tabelle 15: Beitritt/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft (West)

		2008	2009	2010	2011	2012
	Ideeller Wert (Goodwill)	80	147	79	131	144
+	Materieller Wert (Substanzwert)	76	24	81	59	67
=	Übernahmepreis	156	171	160	190	211
+	Modernisierung/Umbau	8	17	9	8	4
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	55	39	19	21	28
+	Sonstige Investitionen	15	28	16	11	12
=	Praxisinvestitionen	234	255	204	230	255
+	Betriebsmittelkredit	14	20	21	23	36
=	Finanzierungsvolumen	248	275	225	253	291

5.2 Ostdeutschland

Trotz der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle soll auf eine gesonderte Darstellung der Ergebnisse für Ostdeutschland nicht verzichtet werden, um die Kontinuität der Langzeitbeobachtung zu gewährleisten. Jedoch können die dort analysierten Zahlen lediglich ungefähre Größenordnungen darstellen.

Ab dem Jahr 2003 waren im Osten nur noch sehr wenige *Einzelpraxisneugründungen* zu verzeichnen, sodass 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 Ostdeutschland auf eine Einzelpraxisneugründung etwa 6 Einzelpraxisübernahmen.

Die für die *Übernahme einer allgemeinärztlichen Einzelpraxis* (n = 35) in Ostdeutschland errechneten Mittelwerte können der Tabelle 16 entnommen werden. Demnach wurden 2012 durchschnittlich 30 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 12 % für den Substanzwert, 3 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 28 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 6 % für sonstige Investitionen sowie 21 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet.

Der Vergleich mit der Finanzierungsstruktur von Einzelpraxisübernahmen in Westdeutschland macht deutlich, dass der Anteil, der in Ostdeutschland für den *Übernahmepreis* gezahlt wird, mit 42 % deutlich niedriger liegt als in Westdeutschland. Dort summierte sich der Übernahmepreis auf 53 % des Finanzierungsvolumens.

Die Präferenz für Formen der *Berufsausübungsgemeinschaft* war in Ostdeutschland bislang generell geringer ausgeprägt als in Westdeutschland, sodass auch hier aufgrund der geringen Fallzahlen auf eine gesonderte statistische Auswertung verzichtet werden muss.

Tabelle 16: Übernahme einer Einzelpraxis (Ost)

		2008	2009	2010	2011	2012
	Ideeller Wert (Goodwill)	60	59	48	55	63
+	Materieller Wert (Substanzwert)	44	26	39	26	26
=	Übernahmepreis	104	85	87	81	89
+	Modernisierung/Umbau	4	3	6	8	7
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	28	44	53	61	58
+	Sonstige Investitionen	8	10	17	17	13
=	Praxisinvestitionen	144	142	163	167	167
+	Betriebsmittelkredit	38	41	39	36	45
=	Finanzierungsvolumen	182	183	202	203	212

6 Schlussbemerkung

Aus ökonomischer Sicht lassen sich die Investitionsdaten dahingehend interpretieren, dass die zahnärztliche Berufsausübung eine sehr umfangreiche technisch-apparative Ausstattung zur modernen Patientenversorgung erforderlich macht, die entsprechend hohe Investitionsvolumina begründet. Dies gilt insbesondere 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 (Schneller, Micheelis und Hendriks, 2001).

Insofern lassen sich die Ergebnisse des InvestMonitors auch berufspsychologisch deuten. Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die zahnärztlichen Existenzgründer nach wie vor bereit sind, auf diesem hohen Niveau zu investieren, vermitteln zwei von IDZ/ZZQ durchgeführte Befragungen bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte (Bergmann-Krauss, Micheelis und Walther, 2005; Micheelis, Bergmann-Krauss und Reich, 2010), die auch *Aspekte der subjektiven Berufszufriedenheit* mit einschlossen. Demnach scheinen Aspekte wie die „Selbstständigkeit/Freiberuflichkeit“, 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.

7 Glossar

Berufsausübungsgemeinschaft

Mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 1. Januar 2007 wurde der bis dato verwendete Begriff der Gemeinschaftspraxis durch den Terminus der „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt, 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, die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft, der *Beitritt* (s. dort) sowie der *Einstieg* (s. dort) in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft zusammengefasst.

- *Beitritt zu einer Berufsausübungsgemeinschaft*

Von einem *Beitritt* zu einer Berufsausübungsgemeinschaft spricht man in den Fällen, in denen ein weiteres Mitglied in eine bereits bestehende Berufsausübungsgemeinschaft aufgenommen wird. Eine Berufsausübungsgemeinschaft von zwei Inhabern wird beispielsweise durch den Beitritt eines weiteren Zahnarztes zu einer Berufsausübungsgemeinschaft mit drei Inhabern erweitert. Diese Form der Existenzgründung ist von dem *Einstieg* in eine Berufsausübungsgemeinschaft (s. dort) abzugrenzen.

- *Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft*

Von einem *Einstieg* in eine Berufsausübungsgemeinschaft spricht man in den Fällen, in denen ein Mitglied einer bereits bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft seinen Praxisanteil veräußert. Der Veräußerer scheidet damit aus der Berufsgemeinschaft aus, während der Käufer der Praxisanteile neues Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft wird. Durch den Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft

bleibt die Anzahl der Inhaber folglich identisch. Diese Form der Existenzgründung ist von dem *Beitritt* zu einer Berufsausübungsgemeinschaft (s. dort) abzugrenzen.

Betriebsmittelkredit

Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittel- bzw. Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten. In dieser Phase stehen den regelmäßigen Betriebsausgaben in der Regel noch keine Einnahmen in gleicher Höhe gegenüber. Der Betriebsmittelkredit wird dem Kreditnehmer auf seinem laufenden Konto als Limit in Höhe der voraussichtlichen Höchstanspruchnahme (sog. Kreditlinie) gewährt. Bezieht man den Betriebsmittelkredit in die Aufwandsbetrachtung einer Existenzgründung mit ein, so spricht man gemeinhin vom *Finanzierungsvolumen*, sonst vom *Investitionsvolumen*.

Ideeller Wert/Materieller Wert/Übernahmepreis

Bei einer *Praxisübernahme* muss zwischen dem ideellen Wert und dem materiellen Wert unterschieden werden. Der *materielle Wert* einer Praxis – auch Substanzwert genannt – ergibt sich aus der Addition der Einzelwerte der übernommenen Geräte und Ausstattung. Der vom übernehmenden Zahnarzt an den bisherigen Praxisinhaber zu zahlende *ideelle Wert* („Goodwill“) ist der Betrag, um den der tatsächlich zu zahlende Kaufpreis den Substanzwert übersteigt. Beide Beträge zusammen ergeben den sog. *Übernahmepreis*.

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. 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 und die sich für die Zukunft abzeichnenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst.

8 Literaturverzeichnis

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung): Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen – Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland, In: http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp_node.html (aufgerufen am 17. Oktober 2013)

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

FIS (Forschungs-Informationssystem): Methodik der Bildung von Raumkategorien, In: <http://www.forschungsinformationssystem.de/servlet/is/331220/> (aufgerufen am 17. Oktober 2013)

GESIS: Regionale Standards, Ausgabe 2013, GESIS-Schriftenreihe, Bd. 12, Köln 2013

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 (Gesundh ökon Qual manag) 15, 2010, S. 91-98

Klingenberger, D., Ostwald, D. A., Daume, P., Petri, M., Micheelis, W.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft, IDZ-Materialienreihe Bd. 33, Köln 2012

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch 2012. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2013

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

o. V.: Ideeller Praxiswert doch abschreibbar?, In: Medical Tribune, 44. Jg., Nr. 24, 12. Juni 2009, S. 26.

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

Autorenhinweis:

Die Autoren danken Herrn Dipl.-Volksw. Henning Bauer (AFEK, Aachen) für die wertvolle Unterstützung bei der statistischen Aufbereitung der Daten.