

2. November 2016

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2015 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank)/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. In der vorliegenden Analyse für das Jahr 2015 werden gesamtdeutsche Finanzierungsvolumina der allgemein Zahnärztlichen Praxen dargestellt. In einem kurzen Exkurs wird zudem auf das Investitionsgeschehen in zahnärztlichen Fachpraxen eingegangen. Für das Jahr 2015 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme** einer **Einzelpraxis** war im Jahr 2015 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. 65 % der Zahnärzte entschieden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- Das Finanzierungsvolumen einer **Einzelpraxisübernahme** belief sich 2015 auf 326.000 Euro und blieb damit etwa auf Vorjahresniveau.
- Im Jahr 2015 betrug das Finanzierungsvolumen für die **Neugründung** einer **Einzelpraxis** 484.000 Euro und lag somit 15 % über dem Vorjahreswert.
- Im Jahr 2015 wählten 28 % der zahnärztlichen Existenzgründer die **Berufsausübungsgemeinschaft**; bei den jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzten (bis 30 Jahre) lag der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaft mit 39 % deutlich höher.
- Die Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft erforderte 2015 im Schnitt ein höheres Finanzierungsvolumen als im Vorjahr. Die **Neugründung** einer **Berufsausübungsgemeinschaft** schlug mit 330.000 Euro zu Buche, während die **Übernahme** einer **Berufsausübungsgemeinschaft** im Schnitt ein Finanzierungsvolumen in Höhe von 292.000 Euro erforderte.
- Während das Finanzierungsvolumen von **kieferorthopädischen Fachpraxen** im Durchschnitt um 30 % über 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 60 % höheres Finanzierungsvolumen benötigt.

Die Autoren des InvestMonitors Zahnarztpraxis 2015 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 2015 (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. The present analysis for 2015 indicates the all-German financing volumes of general dental practices. In addition, the forms of investment of specialists' dental practices are briefly outlined. These are the key findings for 2015:

- In 2015, the **acquisition of an existing individual dental practice** was the most frequent form of establishing a dental practice. 65% of the dentists decided in favour of starting up in a practice on their own account.
- In 2015, the capital required for **the acquisition of an existing individual practice** was 326,000 euro and remain static on the previous year's level.
- In 2015, the capital required for **starting up a new individual dental practice** amounted to 484,000 euro and 15% above the figure for the previous year.
- 28% of the dentists wishing to establish a new practice chose the **joint dental practice** in 2015; for younger female and male dentists (up to the age of 30) the proportion of joint dental practice was significantly higher (39%).
- Compared to the previous year, **establishing a joint dental practice** required a significantly higher financing volume in 2015. **Starting up a new joint dental practice** amounted to 330,000 euro whilst the **purchase of an established joint dental practice** required an average financing volume of 292,000 euro.
- Whilst the financing volume of **orthodontic specialist' practices** averaged 30% exceeding the funding for general dental practices, the establishment of **oral surgery practices** as well as **oral and maxillofacial surgery practices** required a financing volume that, in general, was 60% higher compared to the financing volume of general dental practices.

The authors of the InvestMonitor Dental Practice 2015 are:

Dr. David Klingenberg/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 2015 (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 allgemein Zahnärztlicher 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.....	17
3.2	Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten ..	18
3.2.1	Art der Existenzgründung.....	19
3.2.2	Praxislage	20
3.2.3	Alter der Existenzgründer.....	22
3.2.4	Geschlecht der Existenzgründer	24
4	Exkurs: Fachzahnärztliche Praxen.....	26
5	Exkurs: Regionale Finanzierungsdaten von allgemein Zahnärztlichen Praxen.....	28
5.1	Alte Bundesländer inkl. Berlin	28
5.2	Neue Bundesländer	30
6	Schlussbemerkung.....	31
7	Glossar.....	32
8	Literaturverzeichnis	35

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2015 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen im Zeitraum von 2011 bis 2015 zu analysieren.

Die *Datenbasis* des vorliegenden InvestMonitors Zahnarztpraxis 2015 bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst. Der Marktanteil der Deutschen Apotheker- und Ärztebank ist in diesem Segment sehr hoch. Dennoch handelt es sich 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 2015 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 521, die sich im Verhältnis 9 zu 1 auf die alten und die neuen Bundesländer aufteilten. Die *statistische Auswertung* wurde gemeinsam vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank unter Verwendung von SPSS 22.0 für Windows durchgeführt. Während sie für die alten Bundesländer und Gesamtdeutschland einen recht guten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung bietet, sind für die neuen Bundesländer 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 medizinisch-technische Geräte und Einrichtung,
- 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 Be-

schäftigungseffekte von den zahnärztlichen Existenzgründungen ausgehen, wird deutlich, wenn man die Niederlassungszahlen der letzten Jahre betrachtet.

Insgesamt wurden in den Jahren 2014/2015 durch zahnärztliche Existenzgründer Investitionen in Höhe von schätzungsweise 1,0 Mrd. Euro getätigt. Orientiert man sich an der durchschnittlichen Zahl der entgeltlich Beschäftigten in Zahnarztpraxen im Jahr 2014 (KZBV, 2016), 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).

Die Zahl der Existenzgründungen entwickelte sich seit dem Jahr 2000 tendenziell rückläufig, erreichte im Jahr 2012 mit 1.195 Neuzugängen einen historischen Tiefstand, nahm seither aber wieder etwas zu. Im Jahr 2015 entschieden sich 1.299 Zahnärzte (2014: 1.279) für den Schritt in die Selbstständigkeit (KZBV, 2016).

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) dargestellt. In Kapitel 5 werden die Finanzierungsvolumina der allgemeinzahnärztlichen Praxen nochmals getrennt nach alten Bundesländern (5.1) und neuen Bundesländern (5.2) ausgewiesen.

3.1 Finanzierungsdaten allgemeinzahnärztlicher Existenzgründungen

Im Jahr 2015 entfielen 14 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 32) auf Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 59 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 14 % auf sonstige Investitionen und 13 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 1). Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung um 10 Prozentpunkte, während die sonstigen Investitionen um 7 Prozentpunkte sanken. Das Finanzierungsvolumen nahm deutlich um 15 % zu.

Tabelle 1: Neugründung einer Einzelpraxis (D)

			2011	2012	2013	2014	2015
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	36	69	49	62	66
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		270	231	252	209	288
+	Sonstige Investitionen		60	38	64	89	67
=	Praxisinvestitionen		366	338	365	360	421
+	Betriebsmittelkredit		70	68	62	62	63
=	Finanzierungsvolumen		436	406	427	422	484

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 279) wurden 2015 durchschnittlich 38 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 15 % für den Substanzwert, 6 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 18 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 7 % für sonstige Investitionen sowie 16 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 2). Gegenüber dem Vorjahr blieben die Finanzierungsstruktur sowie das Finanzierungsvolumen stabil.

Tabelle 2: Übernahme einer Einzelpraxis (D)

			2011	2012	2013	2014	2015*
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	95	105	107	110	124
+	Materieller Wert (Substanzwert)		45	50	47	53	48
=	Übernahmepreis		140	155	154	163	172
+	Modernisierung/Umbau		20	16	14	17	18
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		64	58	60	62	60
+	Sonstige Investitionen		23	17	21	23	23
=	Praxisinvestitionen		247	246	249	265	273
+	Betriebsmittelkredit		52	55	51	58	53
=	Finanzierungsvolumen		299	301	300	323	326

* Für das methodische Verfahren ab dem Betrachtungsjahr 2015 siehe die Erläuterungen zur „Praxisform“ im Glossar.

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 23) wurden 2015 durchschnittlich 14% für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 61 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 15 % für sonstige Investitionen sowie 10 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 3). Gegenüber dem Vorjahr sanken die Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen um 9 Prozentpunkte. Die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung stiegen im Gegenzug um 9 Prozentpunkte an. Das Finanzierungsvolumen erhöhte sich um 6 %.

Tabelle 3: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (D)

			2011	2012	2013	2014	2015
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	57	64	40	73	45
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		139	192	181	163	202
+	Sonstige Investitionen		28	42	79	44	50
=	Praxisinvestitionen		224	298	300	280	297
+	Betriebsmittelkredit		32	42	53	32	33
=	Finanzierungsvolumen		256	340	353	312	330

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 36) wurden 2015 durchschnittlich 40 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 14 % für den Substanzwert, 9 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 18 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 5 % für sonstige Investitionen sowie 14 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 4). Gegenüber dem Vorjahr blieb die Finanzierungsstruktur relativ stabil. Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 11 %.

Tabelle 4: Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft (D)

			2011	2012	2013	2014	2015*
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	97	125	146	103	116
+	Materieller Wert (Substanzwert)		49	59	81	42	41
=	Übernahmepreis		146	184	227	145	157
+	Modernisierung/Umbau		18	20	17	17	25
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		26	61	55	46	53
+	Sonstige Investitionen		16	8	12	15	15
=	Praxisinvestitionen		206	273	311	223	250
+	Betriebsmittelkredit		40	48	54	39	42
=	Finanzierungsvolumen		246	321	365	262	292

* Für das methodische Verfahren ab dem Betrachtungsjahr 2015 siehe die Erläuterungen zur „Praxisform“ im Glossar.

Für den *Beitritt/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 62) wurden 2015 durchschnittlich 63 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 19 % für den Substanzwert, 3 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 6 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 2 % für sonstige Investitionen sowie 7 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 5). Gegenüber dem Vorjahr sanken die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung um 5 Prozentpunkte, während der ideelle Wert um 10 Prozentpunkte stieg. Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen um 10 %.

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

		2011	2012	2013	2014	2015*
	Ideeller Wert (Goodwill)	124	138	156	150	195
+	Materieller Wert (Substanzwert)	56	64	49	47	58
=	Übernahmepreis	180	202	205	197	253
+	Modernisierung/Umbau	11	4	5	9	11
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	24	24	16	30	18
+	Sonstige Investitionen	10	11	19	15	7
=	Praxisinvestitionen	225	241	245	251	289
+	Betriebsmittelkredit	24	34	27	30	21
=	Finanzierungsvolumen	249	275	272	281	310

* Für das methodische Verfahren ab dem Betrachtungsjahr 2015 siehe die Erläuterungen zur „Praxisform“ im Glossar.

3.1.1 Gesamtfinanzierungsvolumina

Im direkten Vergleich nach Praxisform wurde im Jahr 2015, wie schon in den Vorjahren, bei der Niederlassungsform der *Einzelpraxisneugründung* mit 484.000 Euro im Durchschnitt das höchste Gesamtfinanzierungsvolumen aufgewendet. Der Abstand zur Niederlassungsform der Einzelpraxisübernahme vergrößerte sich gegenüber dem Vorjahr, da das Finanzierungsvolumen der *Einzelpraxisübernahmen* mit 326.000 Euro lediglich 3.000 Euro über dem Vorjahresniveau lag, während das Finanzierungsvolumen der Einzelpraxisneugründungen gegenüber 2014 um 62.000 Euro bzw. 15 % anstieg. Bei den *Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften* war nach einem deutlichen Rückgang des Finanzierungsvolumens im Vorjahr wiederum ein Anstieg des Finanzierungsvolumens in Höhe von 30.000 Euro bzw. 11 % zu verzeichnen. Das im Rahmen der *Neugründung von Berufsausübungsgemeinschaften* aufzubringende Finanzierungsvolumen stieg ebenfalls um 18.000 Euro bzw. 6 % (Abb. 1).

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 2015 traf dies auf 60 % der Finanzierungen von Niederlassungen in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft zu); bei 10 % der Niederlassungen in einer Berufsausübungsgemeinschaft wurde ein Praxisanteil von 33 % erworben. Die durchschnittliche Beteiligungsquote im Jahr 2015 lag bei etwa 44 %.

Vergleicht man die *Neugründungen* von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften hinsichtlich des benötigten Finanzierungsvolumens, so war die Einzelpraxisneugründung im Zeitraum seit 2009 vergleichsweise teurer. Die Differenz der Finanzierungsbeträge beträgt aktuell 154.000 Euro.

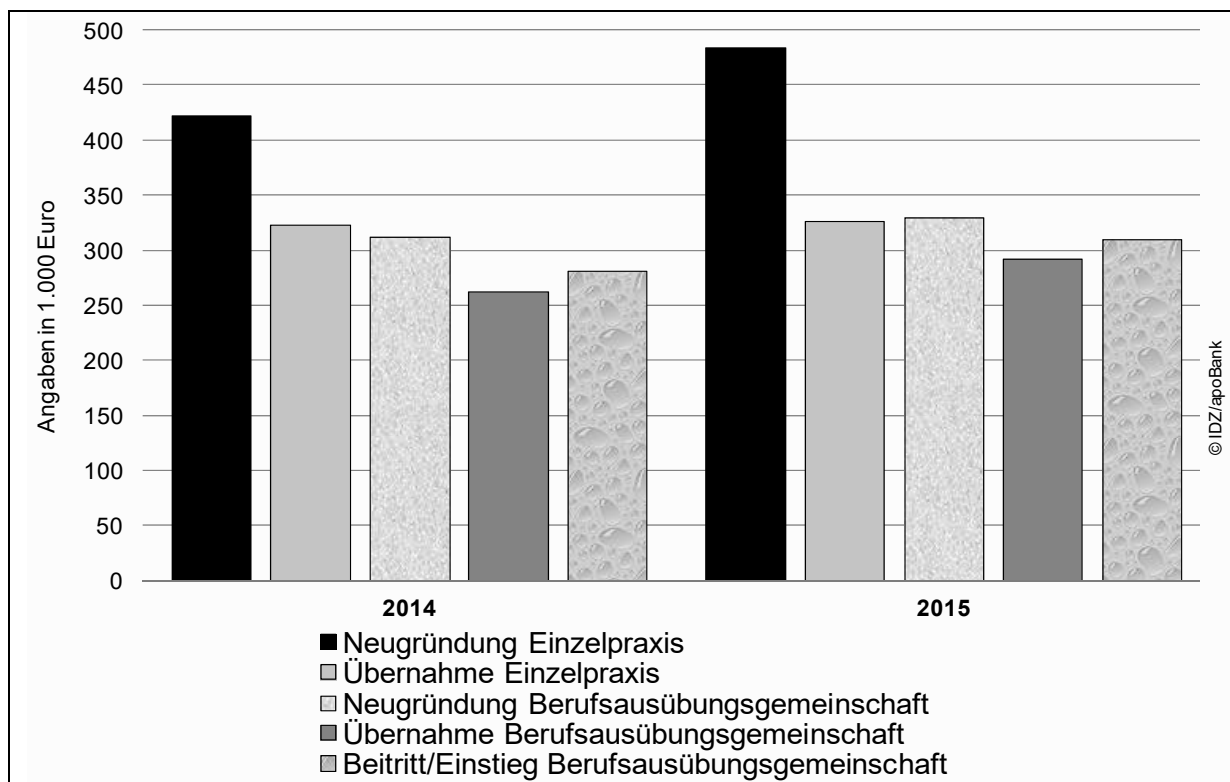


Abbildung 1: Gesamtfinanzierungsvolumina bei der Niederlassung (D)

Der Vergleich der *Übernahmen* von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften zeigt, dass die Übernahme einer Einzelpraxis im Jahr 2015 höhere Investitionen erforderte als die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft. Der finanzielle Mehraufwand beträgt aktuell 34.000 Euro.

Die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen einer *Einzelpraxisneugründung* und einer *Einzelpraxisübernahme* beträgt derzeit 158.000 Euro (2014: 99.000 Euro). Bei den *Berufsausübungsgemeinschaften* sind die Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt. Hier lag das Finanzierungsvolumen in der Niederlassungsform der Neugründung um 38.000 Euro über dem einer Übernahme. Im Vorjahr hatte die Übernahme noch einen finanziellen Mehraufwand von 50.000 Euro gegenüber einer Neugründung erfordert.

Betrachtet man die Entwicklung des Gesamtfinanzierungsvolumens von 2011 bis 2015 differenziert nach Praxisform, so zeigen sich sehr unterschiedliche Verläufe (Abb. 2). Für die Niederlassungsformen der Einzelpraxisneugründung und der Einzelpraxisübernahme ist eine Entwicklung ohne größere Schwankungen erkennbar, desgleichen für den Beitritt bzw. Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft. Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* verläuft die Entwicklung deutlich wechselhafter. Am stärksten ausgeprägt sind die Schwankungen bei den *Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften*. Allen Praxisformen ist jedoch gemein, dass das Gesamtfinanzierungsvolumen im betrachteten Zeitraum seit 2011

gestiegen ist: bei der Praxisform der Übernahme einer Einzelpraxis lediglich um 9 %, bei den Neugründungen von Berufsausübungsgemeinschaften hingegen um 29 %. Der indexierte Vergleich der letzten fünf Jahre macht ersichtlich, dass sich die Entwicklungspfade der verschiedenen Praxisformen in den vergangenen zwei Jahren deutlich angenähert haben.

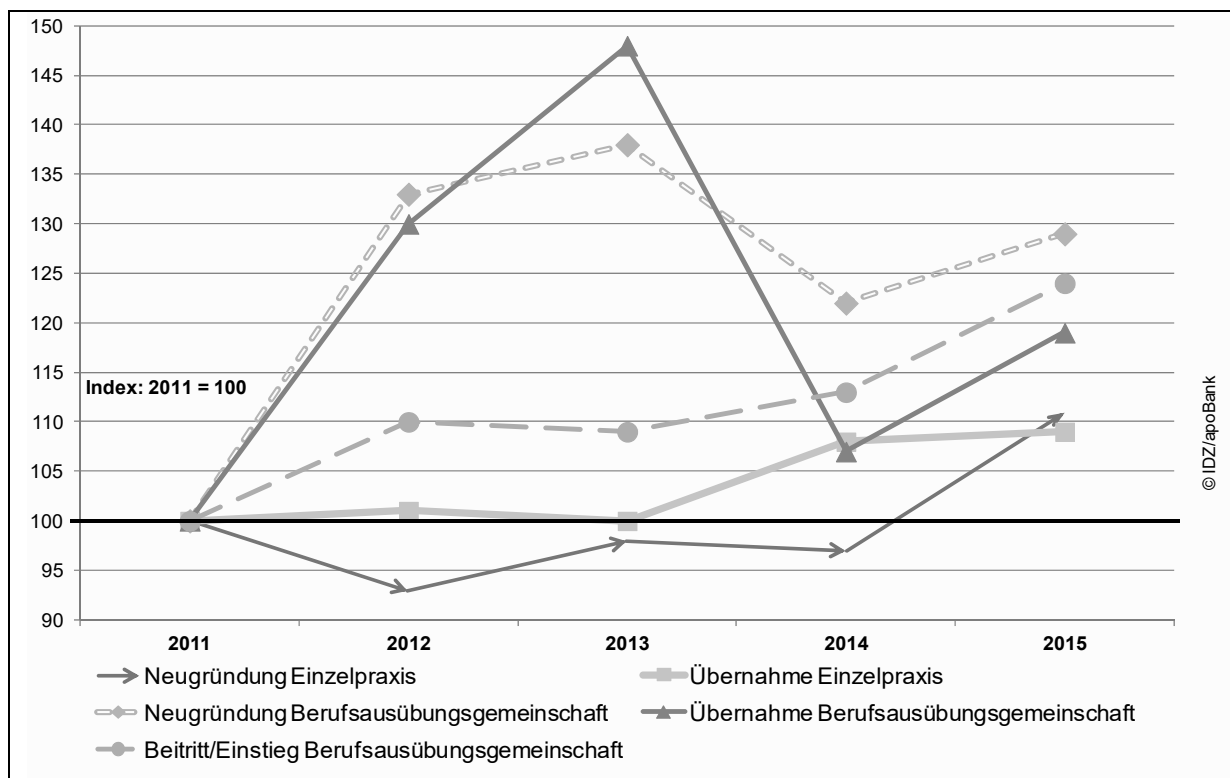


Abbildung 2: Entwicklung der Gesamtfinanzierungsvolumina im Zeitraum 2011–2015 (D)

Eine *nach Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die älteren Existenzgründer (über 40 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 570.000 Euro für eine *Einzelpraxisneugründung* im Jahr 2015 am meisten investierten. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* tätigte die Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 349.000 Euro die vergleichsweise höchsten Investitionen. Die älteren Zahnärzte (über 40 Jahre) ließen bei der Finanzierung hingegen deutliche Zurückhaltung erkennen; hier lag das Gesamtfinanzierungsvolumen im Falle der Einzelpraxisübernahmen bei 260.000 Euro.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf das Finanzierungsvolumen blieben auch im Jahr 2015 erhalten. In die Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 457.000 Euro und damit erstmals weniger als die Frauen, die im Schnitt 512.000 Euro investierten. Bei der Einzelpraxisübernahme lagen die Finanzierungsvolumina weiblicher Zahnärzte mit 290.000 Euro hingegen deutlich niedriger als die Investitionen der männlichen Kollegen, die 357.000 Euro investierten.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte die *Einzelpraxisneugründung* im großstädtischen Bereich im Jahr 2015 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Hier betrug das Finanzierungsvolumen im Schnitt 515.000 Euro. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde in mittelstädtischen Praxislagen mit einem Betrag von 344.000 Euro das höchste Finanzierungsvolumen aufgewendet.

3.1.2 Ideeller Wert und materieller Wert

Im Jahr 2015 entwickelte sich der *Übernahmepreis* von Einzelpraxen und von Berufsausübungsgemeinschaften unterschiedlich. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde im Schnitt ein Übernahmepreis von 172.000 Euro gezahlt, was einem Anstieg um 6 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 3). Von diesem Betrag entfielen etwa 72 % (2014: 67 %) auf den Goodwill und 28 % (2014: 33 %) auf den Substanzwert (s. Glossar).

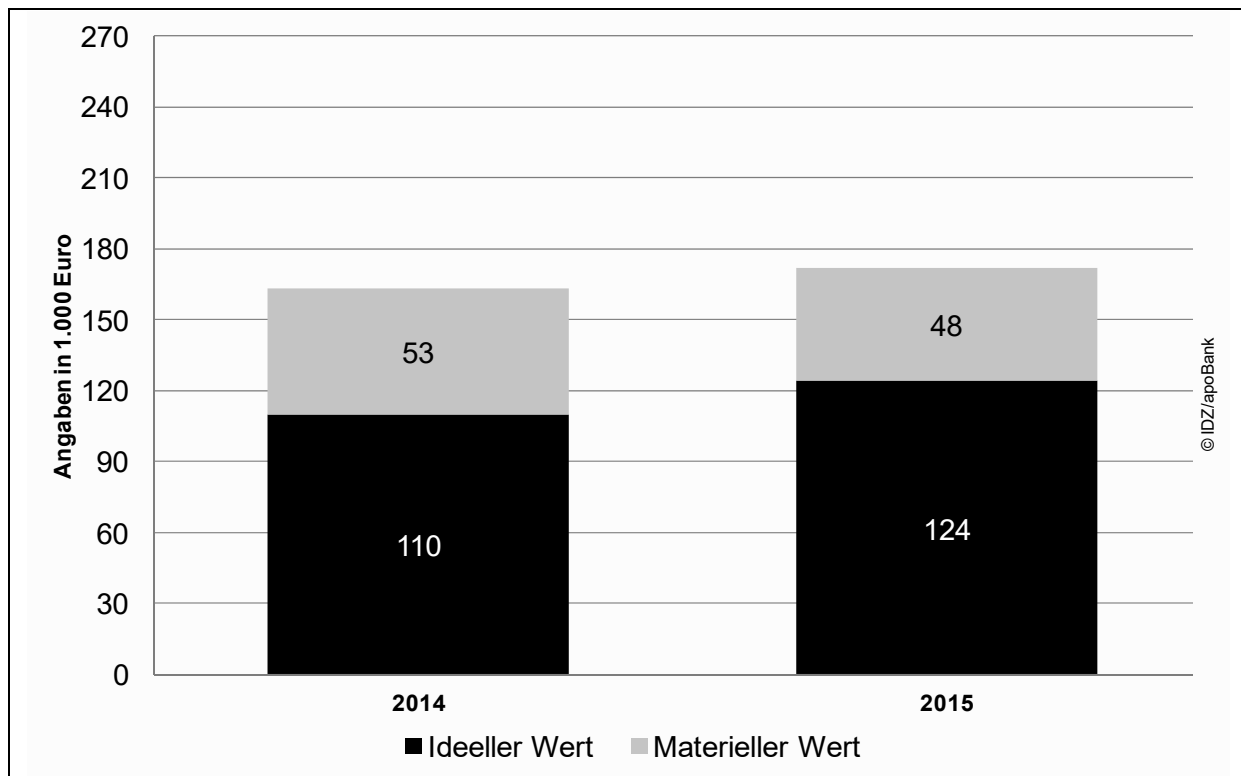


Abbildung 3: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Übernahme Einzelpraxis (D)

Bei den *Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften* stieg der durchschnittliche Übernahmepreis gegenüber dem Vorjahr um 8 % auf nunmehr 157.000 Euro (Abb. 4). Der auf den Goodwill entfallende Anteil betrug 74 % (2014: 71 %), während 26 % des Betrages für den Substanzwert gezahlt wurde (2014: 29 %).

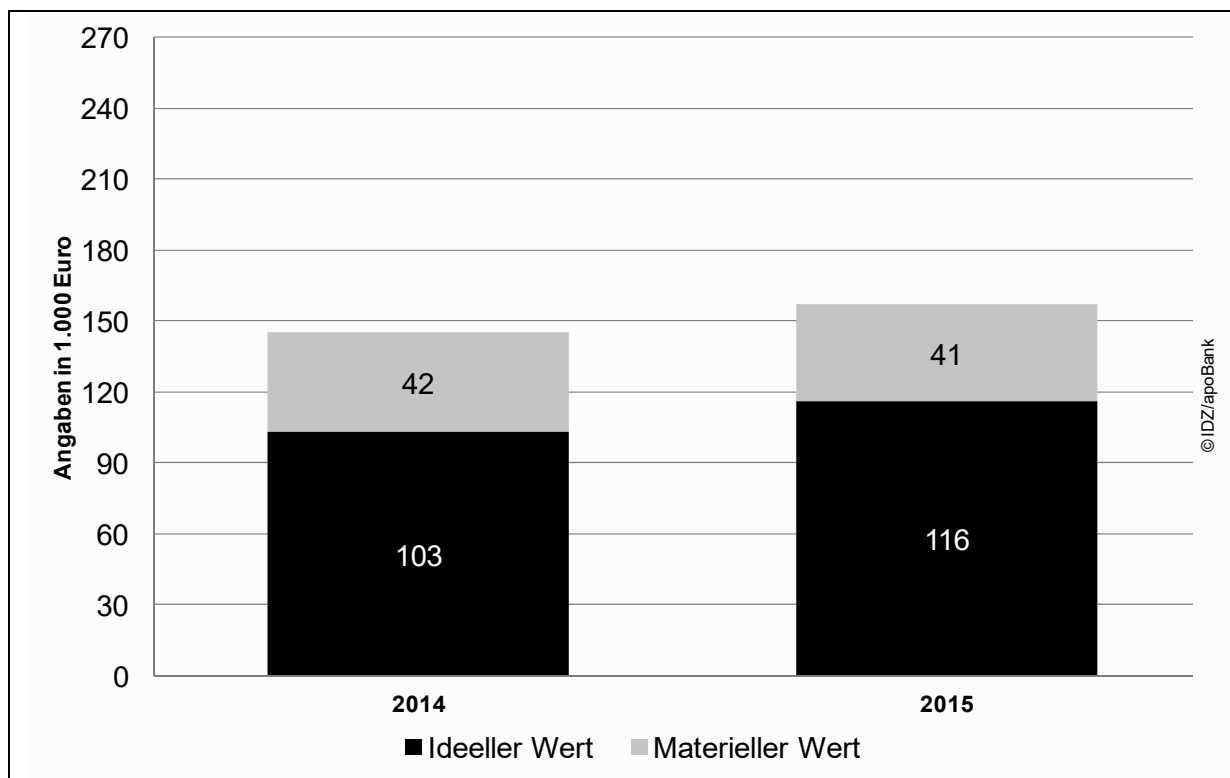
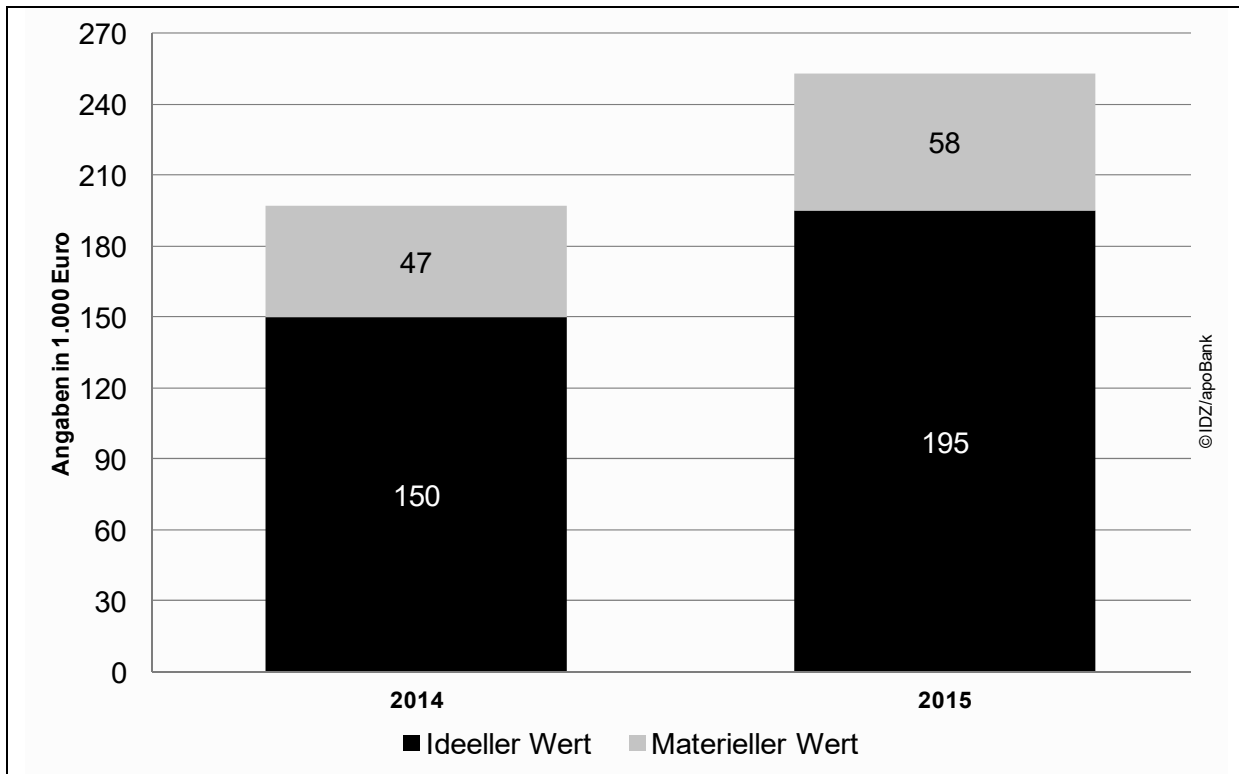


Abbildung 4: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Übernahme Berufsausübungsgemeinschaft (D)

Der Übernahmepreis im Falle eines Beitritts/Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft betrug 253.000 Euro, was einem deutlichen Anstieg um 28 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 5). Der auf den Goodwill entfallende Anteil betrug 77 % (2014: 76 %), während für den Substanzwert 23 % (2014: 24 %) des Betrages aufgewendet wurden.

Die *nach dem Alter differenzierte Betrachtung* macht deutlich, dass der Übernahmepreis in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit 187.000 Euro bei einer Einzelpraxisübernahme am höchsten ausfällt. Die älteren Existenzgründer (über 40 Jahre) zahlten im Schnitt 130.000 Euro.

Im Hinblick auf den Übernahmepreis zeigten sich zudem *geschlechtsspezifische Unterschiede*. Während die weiblichen Existenzgründer einen durchschnittlichen Übernahmepreis von 141.000 Euro für eine Einzelpraxisübernahme zahlten, belief sich der Übernahmepreis der männlichen Kollegen im Schnitt auf 201.000 Euro.



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

Eine nach *Verstädterungsgrad* differenzierte Betrachtung des Übernahmepreises zeigt, dass in den mittelstädtischen Lagen die höchsten Übernahmepreise für Einzelpraxisübernahmen gezahlt wurden – im Durchschnitt 202.000 Euro. Im eher ländlichen Bereich wurde demgegenüber ein durchschnittlicher Übernahmepreis von 143.000 Euro ausgehandelt.

Zwar existiert in der Regel ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Goodwill und der Entwicklung des Einnahmenüberschusses (KZBV, 2016), jedoch unterscheiden sich die prozentualen Veränderungsraten. Dies ist ein Hinweis, dass noch andere Faktoren existieren, welche die Höhe des Goodwills beeinflussen. Subjektive Faktoren (wie der Goodwill) sind im Zeitverlauf üblicherweise reagibler als objektive Daten.

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill zunimmt. Mit dem Vorjahresumsatz wird hier der Gesamtumsatz einer Zahnarztpraxis, d. h. zahnärztlicher Honorarumsatz und Fremdlaboraausgaben, bezeichnet. Das Verhältnis zwischen Goodwill und Vorjahresumsatz lag in 32 % der erfassten Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 26 % der Finanzierungsfälle lag dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20, in 24 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40 und in 5 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,41 und 0,50. Bei einer Praxisübernahme im Jahr 2015 machte der Goodwill im Durchschnitt etwa 26 % 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 2015 stiegen die Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* um 4.000 Euro auf 66.000 Euro, bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* fielen im Schnitt 45.000 Euro und damit 28.000 Euro weniger 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 2015 bei 18.000 Euro (2014: 17.000 Euro); bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 25.000 Euro (2014: 17.000 Euro) (Abb. 6).

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 Umfeld mit 87.000 Euro zu Buche schlugen, betragen sie im ländlichen Bereich lediglich 39.000 Euro.

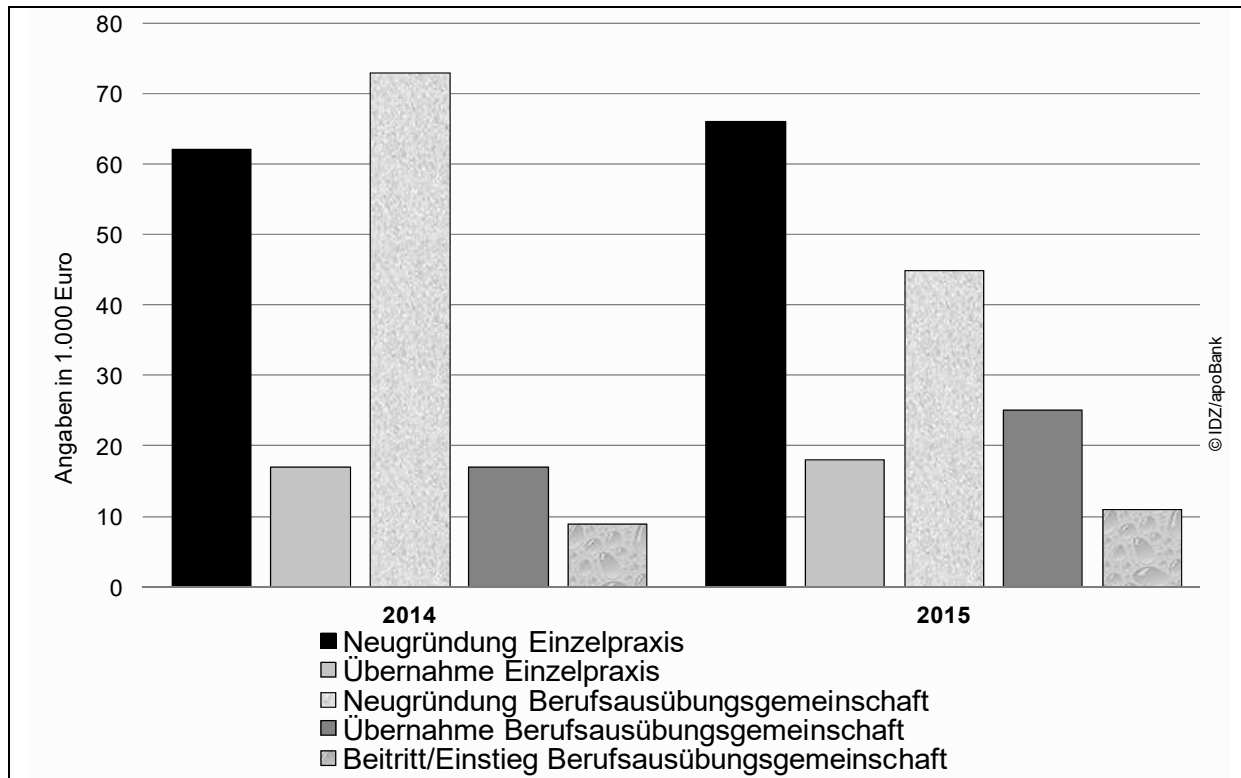


Abbildung 6: Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen bei der Niederlassung (D)

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 2015 insgesamt 288.000 Euro hierfür investiert; im Vorjahr waren es 209.000 Euro (Abb. 7). Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* beliefen sich diese Investitionen auf 202.000 Euro (2014: 163.000 Euro). Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 60.000 Euro in die medizinisch-technischen Geräte plus Einrichtung investiert; bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 53.000 Euro.

Die *nach dem Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung in der Altersgruppe der älteren Zahnärzte (über 40 Jahre) mit 359.000 Euro bei einer Einzelpraxisneugründung am höchsten ausfällt. Die Existenzgründer in der Altersgruppe zwischen 31 und 40 Jahren zahlten im Schnitt lediglich 261.000 Euro.

Im Hinblick auf die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung zeigten sich so gut wie keine *geschlechtsspezifische Unterschiede*. Während die weiblichen Existenzgründer im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung im Schnitt

290.000 Euro für diesen Posten zahlten, beliefen sich die Investitionen der männlichen Kollegen für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung auf 287.000 Euro.

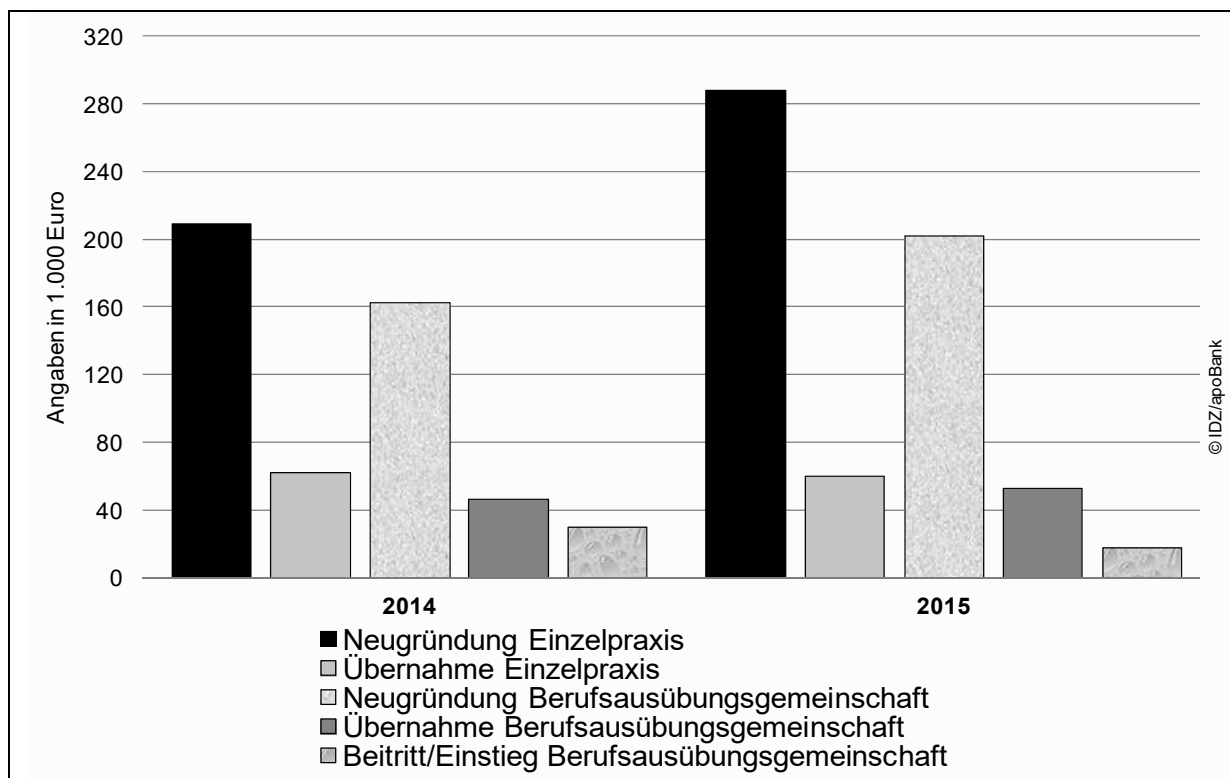


Abbildung 7: Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung bei der Niederlassung (D)

Eine nach *Verstädterungsgrad* differenzierte Betrachtung der Investitionen von medizinisch-technischen Geräten und Einrichtung zeigt, dass in den großstädtischen Lagen bei Einzelpraxisneugründungen die höchsten Beträge für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung getätigt wurden – im Durchschnitt 302.000 Euro. Im ländlichen Bereich wurde demgegenüber ein Durchschnittsbetrag von 275.000 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 5 % bis 7 % auf diese Kategorie entfiel, summierten sich die sonstigen Investitionen bei den Praxisneugründungen zu einer Größenordnung von 14 % bis 15 % am gesamten Finanzierungsvolumen.

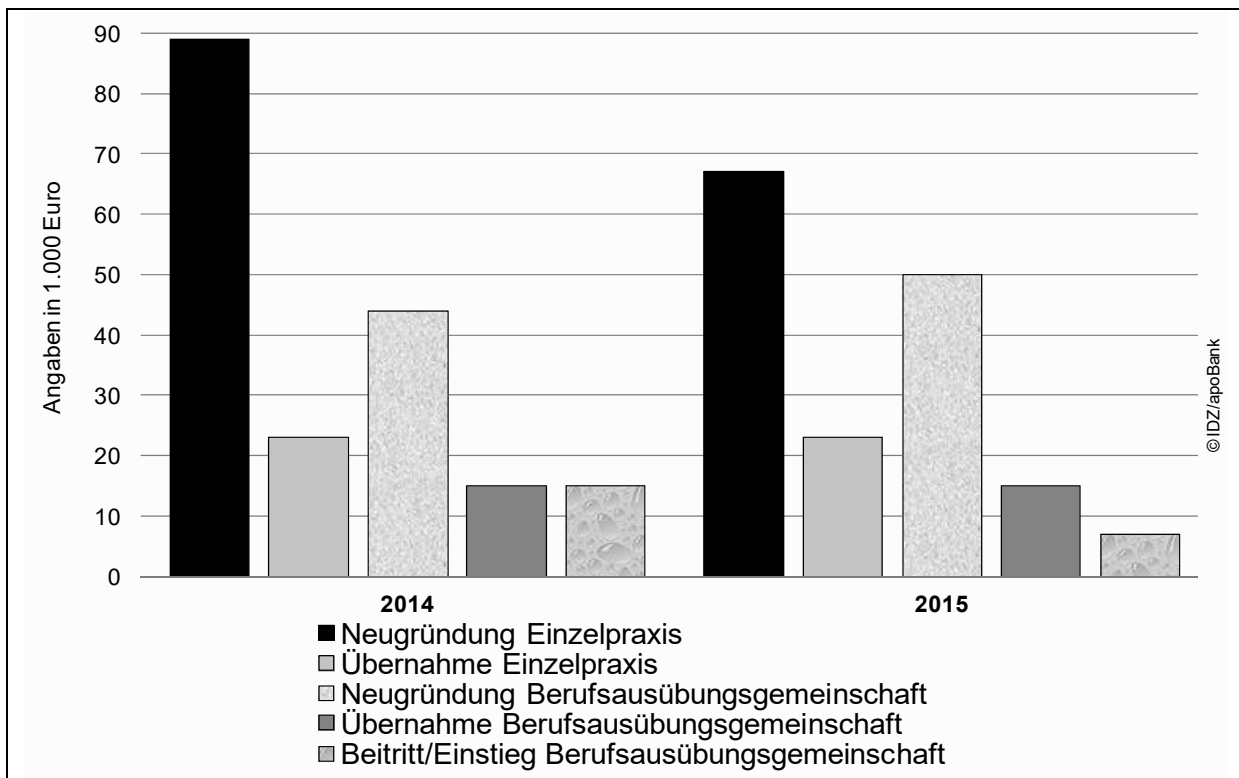


Abbildung 8: Sonstige Investitionen bei der Niederlassung (D)

3.1.6 Betriebsmittelkredit

Der Betriebsmittelkredit (s. Glossar) im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* betrug im Jahr 2015 im Schnitt 63.000 Euro (2014: 62.000 Euro). Der im Rahmen einer *Einzelpraxisübernahme* gewährte Betriebsmittelkredit sank im gleichen Zeitraum um 5.000 Euro auf nunmehr 53.000 Euro (Abb. 9). In den Niederlassungsformen der *Berufsausübungsgemeinschaft* entwickelte sich die Höhe des Betriebsmittelkredits uneinheitlich.

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die älteren Zahnärzte (über 40 Jahre) im Jahr 2015 mit einem durchschnittlichen Betriebsmittelkredit von 71.000 Euro für eine *Einzelpraxisneugründung* die höchsten Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt haben.

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites waren geringe *geschlechtsspezifische Unterschiede* zu erkennen. Männer fragten bei einer *Einzelpraxisneugründung* mit 59.000 Euro einen um 8.000 Euro niedrigeren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen.

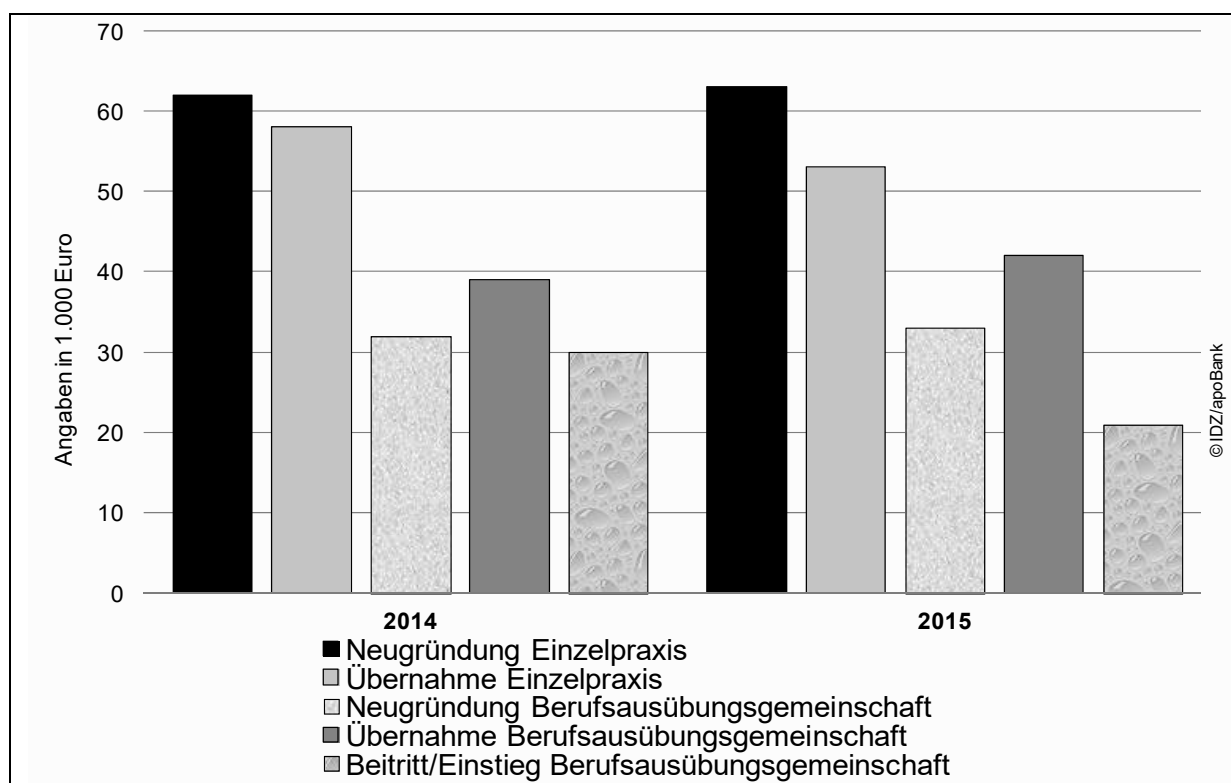


Abbildung 9: Betriebsmittelkredit bei der Niederlassung (D)

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.

Der Anteil der *übernommenen Einzelpraxen* ist im Zeitraum von 2011 bis 2015 gestiegen, und zwar von 57 % auf aktuell 65 % (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 (Klingenberger und Becker, 2004; 2007; 2008; 2010).

Die Einzelpraxisneugründung stellt mit einem Anteilswert zwischen 7 % und 12 % in den letzten fünf Jahren die am seltensten gewählte Niederlassungsform dar. Im Jahr 2015 betrug der Anteil 7 %.

Der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* schwankte im Zeitraum von 2011 bis 2015 zwischen 24 % und 33 %. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften 28 %. Damit liegt der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften an den Existenzgründungen weiterhin deutlich über dem der Einzelpraxisneugründungen.

Vergleicht man die Verteilung der Praxisformen in den alten und den neuen Bundesländern, so zeigen sich im Jahr 2015 deutliche Unterschiede. In *den neuen Bundesländern* lag der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* mit einem Anteilswert von 12 % um 18 Prozentpunkte niedriger als in den alten Bundesländern. Für eine *Einzelpraxisübernahme* entschieden sich 80 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern, in den alten Bundesländern waren es 63 %.

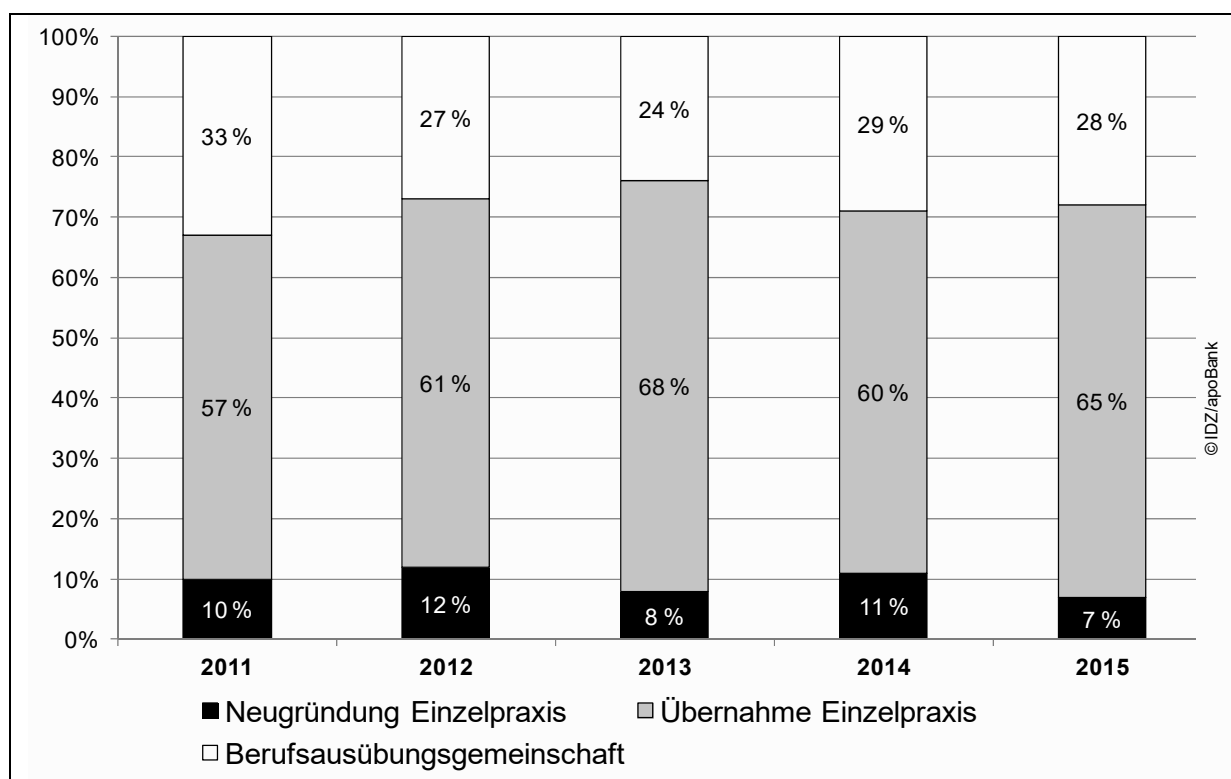


Abbildung 10: Art der Existenzgründung (D)

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 Zahnarztichte (Einwohner je behandelnd tätigen 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 31,0 % der deutschen Wohnbevölkerung zugerechnet werden, dem mittelstädtischen Gemeindetyp 28,4 %, während 40,6 % der Bevölkerung in

eher kleinstädtisch-ländlich geprägten Gebieten angesiedelt sind (Stand: 31.12.2013; BBSR, 2016).

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 2015 zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich 35 % betrug, während im mittelstädtischen Bereich 32 % der Existenzgründungen angesiedelt waren. Auf den eher ländlichen Bereich entfiel ein Anteil von 33 %. Der Anteil der Praxen in ländlichen Lagen nahm seit 2011 um 6 Prozentpunkte zu, während der Anteil der Praxen in großstädtischen Lagen im Gegenzug um 10 Prozentpunkte abnahm (Abb. 11).

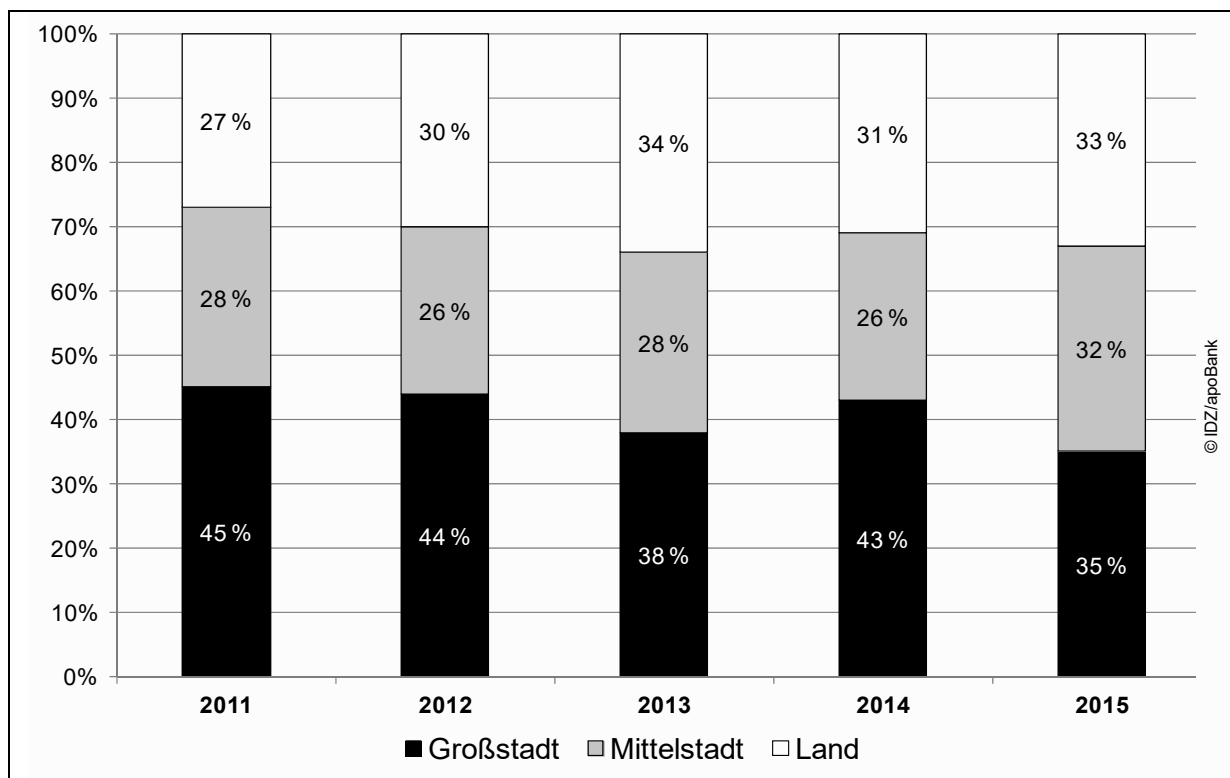


Abbildung 11: Praxislage (D)

In den alten Bundesländern wurden 35 % der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich realisiert, in den neuen Bundesländern waren es 39 %. Demgegenüber entfielen 37 % der Existenzgründungen den neuen Bundesländern auf die ländlichen Lagen, während der entsprechende Anteil in den alten Bundesländern 32 %

betrug. 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 2015 in großstädtischen Lagen tendenziell zu, in den eher ländlich geprägten Gebieten hingegen leicht abgenommen hat.

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (Abb. 12), so zeigt sich, dass die Berufsausübungsgemeinschaften in mittelstädtischen Lagen vergleichsweise am häufigsten präferiert werden. Demgegenüber wurde in großstädtischen Lagen vergleichsweise häufig die Niederlassung in Form einer Einzelpraxisübernahme realisiert.

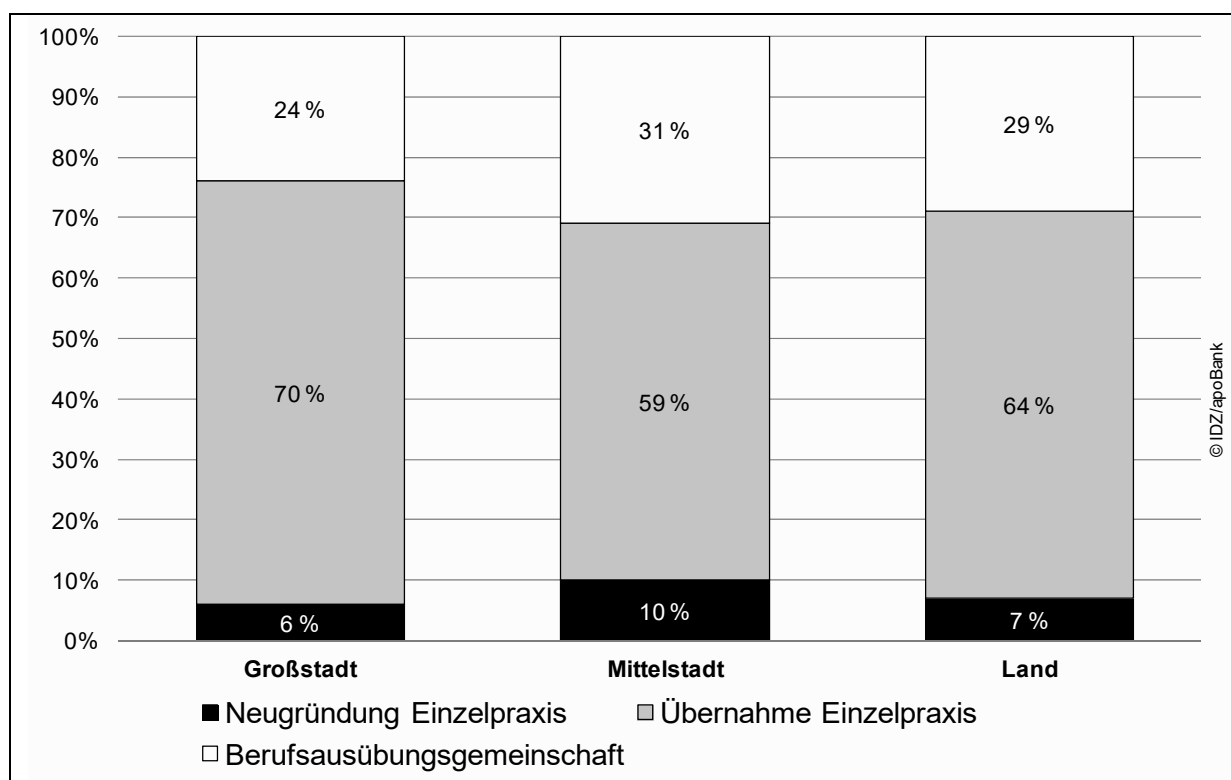


Abbildung 12: Art der Existenzgründung nach Praxislage (D)

3.2.3 Alter der Existenzgründer

Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer lässt erkennen, dass sich 14 % bis zum 30. Lebensjahr niederlassen, während 21 % bereits das 40. Lebensjahr überschritten haben. 65 % der Existenzgründer waren zwischen 31 und 40 Jahre alt. Im Zeitablauf ist zu erkennen, dass sich ein tendenziell zunehmender Anteil der Zahnärztinnen und Zahnärzte erst nach dem 40. Lebensjahr zur Existenzgründung entschließt (Abb. 13). In *den neuen Bundesländern* gab es vergleichsweise

mehr jüngere Existenzgründer (18 %) und weniger ältere Existenzgründer (10 %) als in den alten Bundesländern.

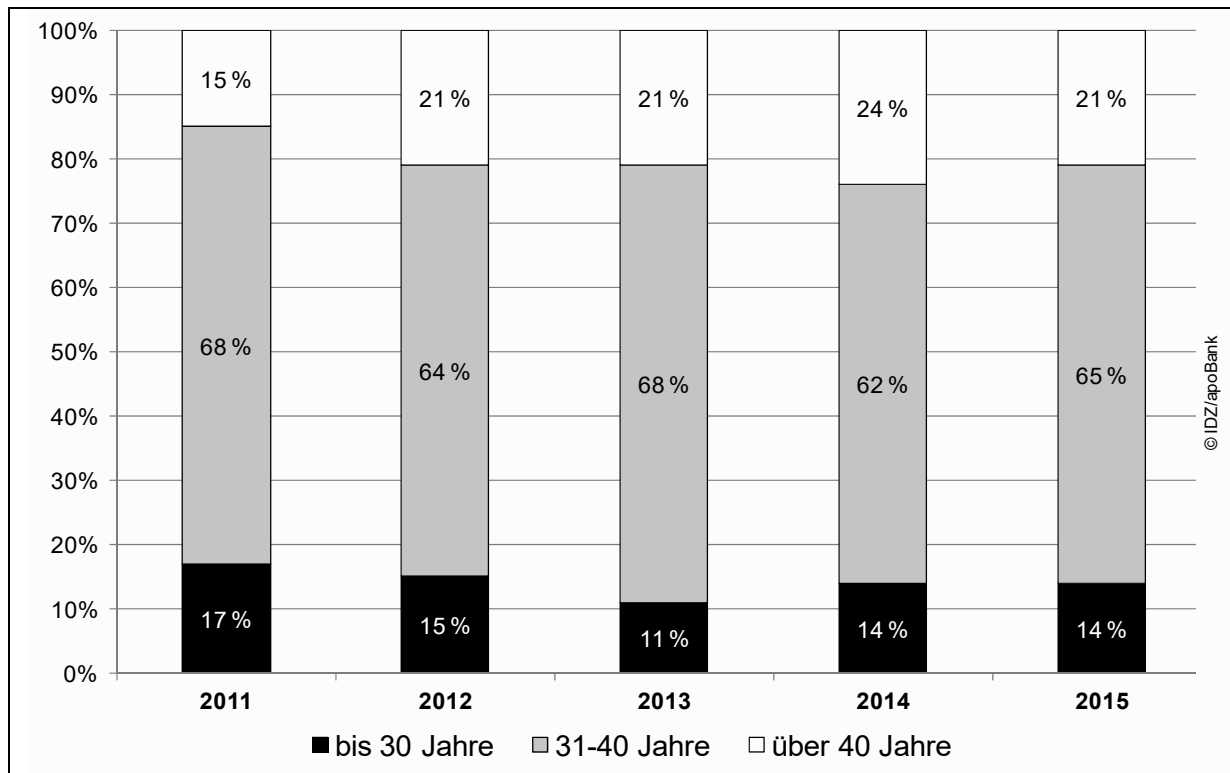


Abbildung 13: Altersgruppen (D)

Beim Durchschnittsalter wird zwischen dem Alter bei der ersten Niederlassung und dem aktuellen Alter im Zusammenhang mit den hier analysierten Niederlassungen unterschieden. Bei jeder neunten Existenzgründung handelt es sich um eine erneute Niederlassung bzw. eine zweite Niederlassung. Das *Durchschnittsalter* der zahnärztlichen Existenzgründer bei der *Erstniederlassung* betrug 35,3 Jahre, während das Durchschnittsalter im Rahmen der hier betrachteten Existenzgründungen naturgemäß höher, nämlich bei 36,5 Jahren lag. In den neuen Bundesländern war es mit 34,9 Jahren deutlich niedriger, in den alten Bundesländern mit 36,7 Jahren etwas höher. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 36,3 Jahre, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt 36,8 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, während die Praxisform der Berufsausübungsgemeinschaft vor allem von den jüngeren Existenzgründern (bis 30 Jahre) nachgefragt wurde.

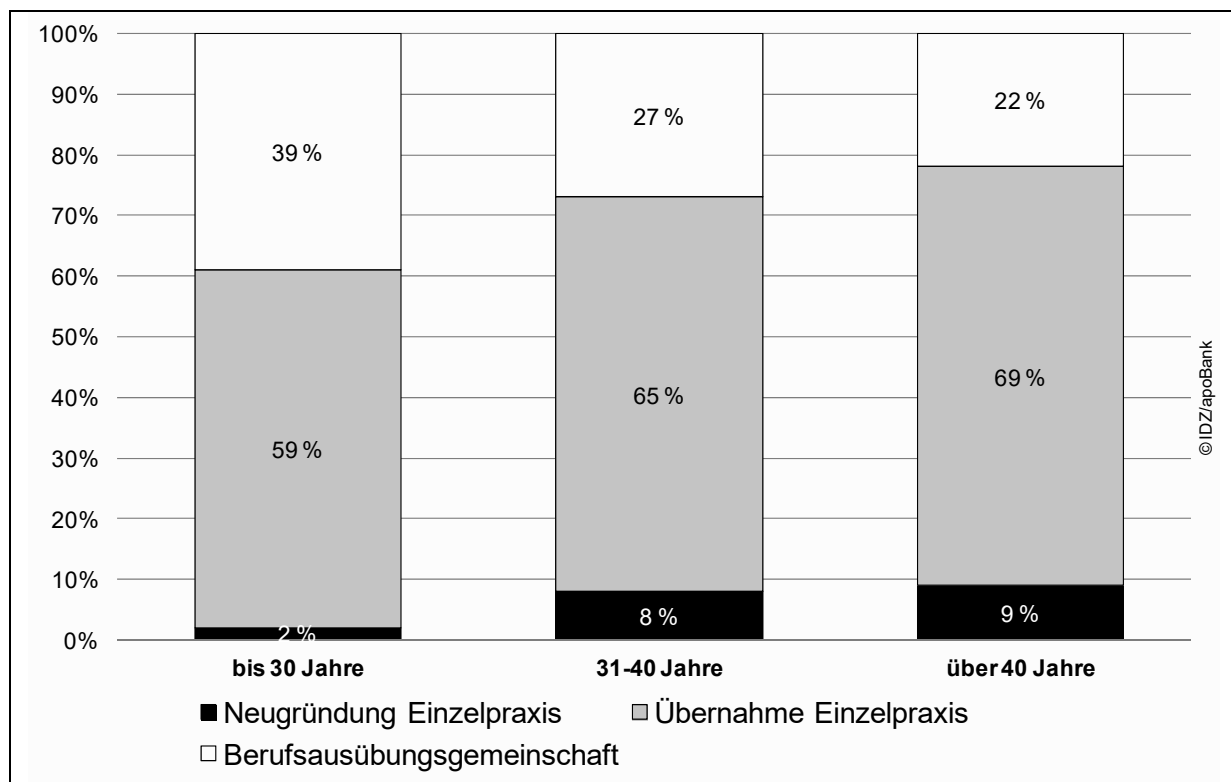


Abbildung 14: Art der Existenzgründung nach Altersgruppen (D)

3.2.4 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“ lässt erkennen, dass die männlichen Existenzgründer wie im Vorjahr auch im Jahr 2015 mit einem Anteil von 52 % nur leicht über dem entsprechenden Anteil der weiblichen Existenzgründer liegen (Abb. 15). Allerdings zeigen sich klare Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Im Gegensatz zu den alten Bundesländern, in denen 53 % der Existenzgründungen durch Männer und 47 % durch Frauen realisiert wurden, zeigte sich in den neuen Bundesländern eine zahlenmäßige Überlegenheit der weiblichen Existenzgründer, auf die 59 % der Fälle entfielen.

Die Geschlechterstruktur ist, wie die Entwicklung des Niederlassungsgeschehens in den letzten fünf Jahren zeigt, relativ konstant. Zahnärztinnen tendieren in einem geringeren Maße zur Niederlassung als ihre männlichen Kollegen (BZÄK, 2015). Generell kann jedoch von einem Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes ausgegangen werden (Brecht, Meyer und Micheelis, 2009).

Wie Abbildung 16 zeigt, ist die Einzelpraxisübernahme für beide Geschlechter nach wie vor die bevorzugte Niederlassungsform. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird von beiden Geschlechtern gleichermaßen präferiert. Insgesamt zeigen sich praktisch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der präferierten Niederlassungsform.

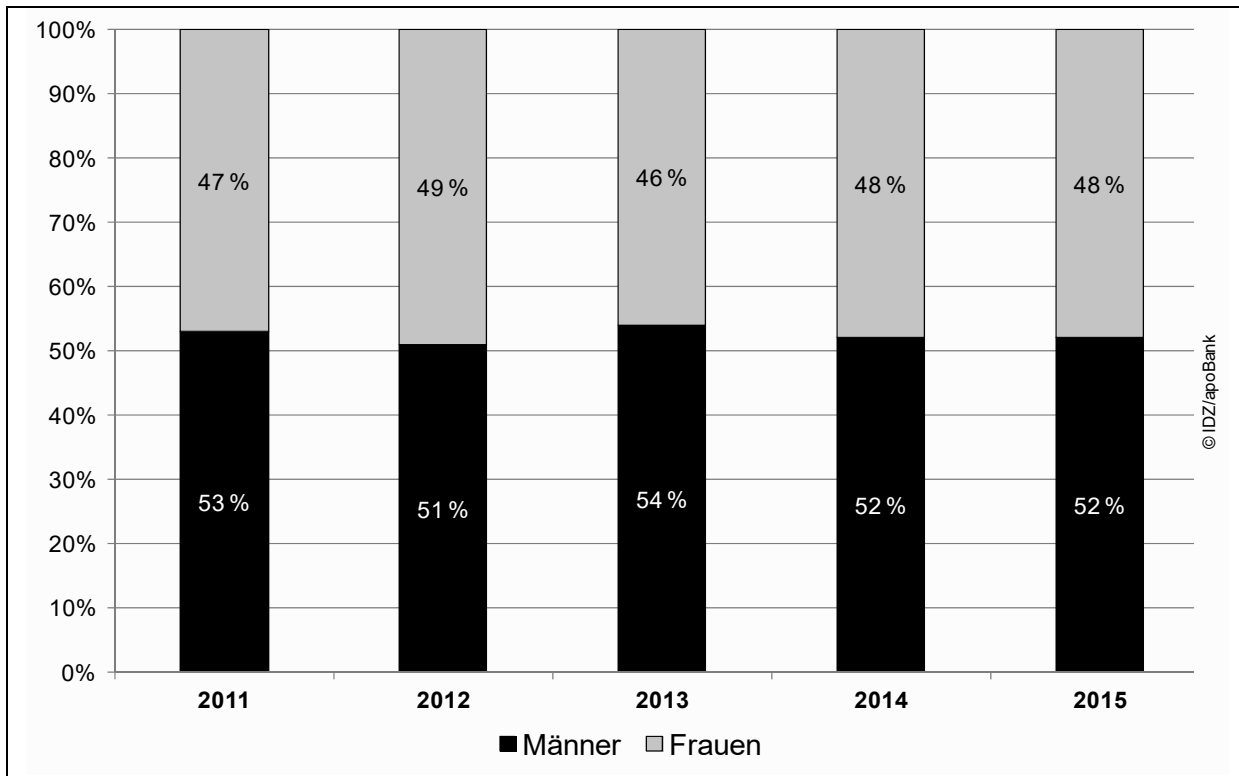


Abbildung 15: Geschlechtsverteilung (D)

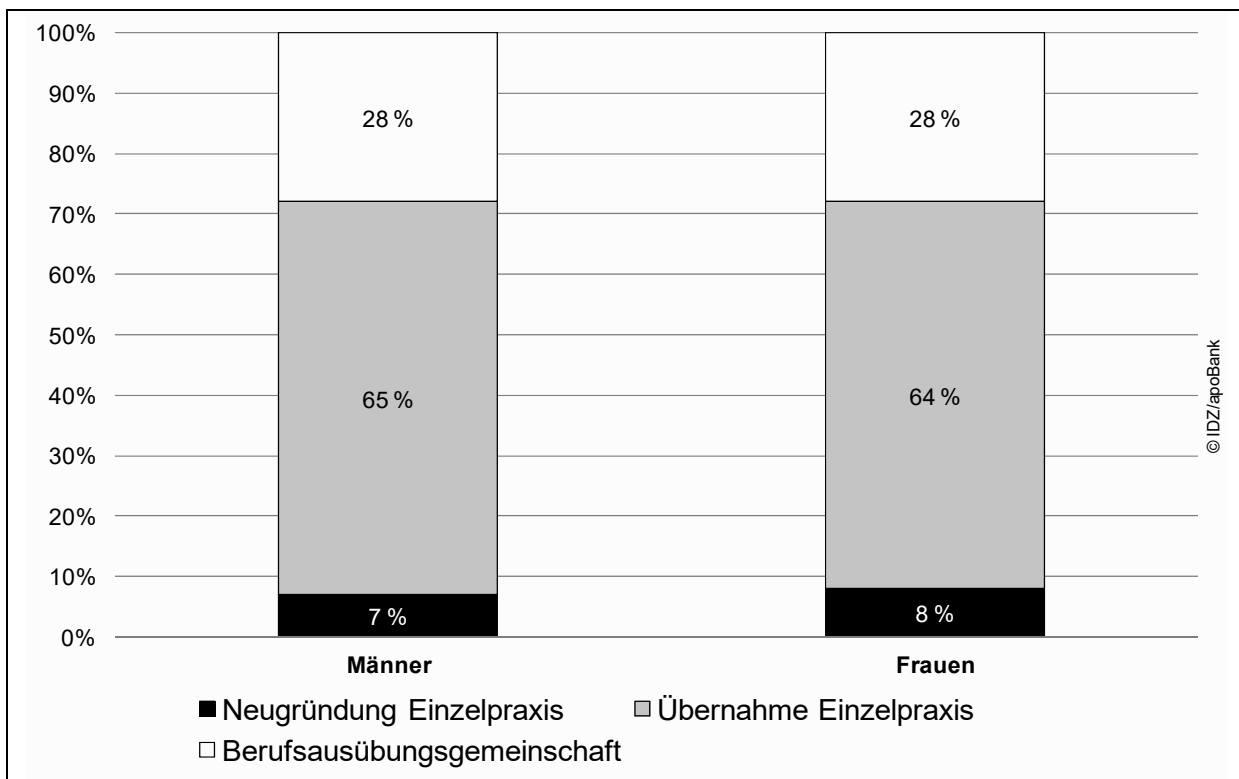


Abbildung 16: Art der Existenzgründung nach Geschlecht (D)

4 Exkurs: Fachzahnärztliche Praxen

Im Rahmen des InvestMonitors wird immer auch 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 77 Fachpraxen, die sich in 43 *kieferorthopädische Fachpraxen* sowie 34 *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/Einstiegs (Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft) erfolgte. Die Ergebnisse im Einzelnen sind den Tabellen 7 bis 10 zu entnehmen.

Tabelle 7: Neugründung einer kieferorthopädischen Fachpraxis (D)

			2014	2015
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	75	81
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		250	211
+	Sonstige Investitionen		49	133
=	Praxisinvestitionen		374	425
+	Betriebsmittelkredit		66	59
=	Finanzierungsvolumen		440	484

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

			2014	2015*
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	227	227
+	Materieller Wert (Substanzwert)		86	68
=	Übernahmepreis		313	295
+	Modernisierung/Umbau		8	4
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		40	13
+	Sonstige Investitionen		11	27
=	Praxisinvestitionen		372	339
+	Betriebsmittelkredit		62	64
=	Finanzierungsvolumen		434	403

* Für das methodische Verfahren ab dem Betrachtungsjahr 2015 siehe die Erläuterungen zur „Praxisform“ im Glossar.

Gegenüber dem Vorjahr stieg das Finanzierungsvolumen von neugegründeten kieferorthopädischen Fachpraxen an, während sich die Finanzierungsvolumina im Falle von übernommenen kieferorthopädischen Fachpraxen rückläufig entwickelten.

Bei den Neugründungen von oralchirurgischen und MKG-Fachpraxen wurden gegenüber dem Vorjahr höhere Investitionen in die Modernisierung der Praxis getätigt, während bei den Übernahmen von oralchirurgischen und MKG-Fachpraxen ein gegenüber dem Vorjahr deutlich höherer Goodwill gezahlt wurde.

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

			2014	2015
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	92	141
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		373	272
+	Sonstige Investitionen		65	71
=	Praxisinvestitionen		530	484
+	Betriebsmittelkredit		91	58
=	Finanzierungsvolumen		621	542

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

			2014	2015*
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	225	299
+	Materieller Wert (Substanzwert)		95	96
=	Übernahmepreis		320	395
+	Modernisierung/Umbau		7	19
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		24	38
+	Sonstige Investitionen		42	47
=	Praxisinvestitionen		393	499
+	Betriebsmittelkredit		39	57
=	Finanzierungsvolumen		432	556

* Für das methodische Verfahren ab dem Betrachtungsjahr 2015 siehe die Erläuterungen zur „Praxisform“ im Glossar.

Über alle Praxisformen hinweg lag das Finanzierungsvolumen von kieferorthopädischen Fachpraxen im Durchschnitt 30 % über dem Niveau allgemeinärztlicher Praxen. Bei Existenzgründungen von oralchirurgischen Praxen sowie von MKG-Fachpraxen wurde in der Regel sogar ein um 60 % höheres Finanzierungsvolumen benötigt.

5 Exkurs: Regionale Finanzierungsdaten von allgemeinärztlichen Praxen

5.1 Alte Bundesländer inkl. Berlin

Die für die Neugründung, die Übernahme sowie den Beitritt bzw. Einstieg in eine allgemeinärztliche Praxis in den alten Bundesländern (ABL) errechneten Mittelwerte für die Jahre 2011 bis 2015 sind in den Tabellen 11 bis 15 dargestellt.

Im Jahr 2015 entfielen 14 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 28) auf die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 58 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 14 % auf sonstige Investitionen und 12 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 11). Gegenüber dem Vorjahr stieg der auf die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung entfallende Anteil um 9 Prozentpunkte, während die sonstigen Investitionen um 6 Prozentpunkte abnahmen. Insgesamt nahm das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 16 % zu.

Tabelle 11: Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)

		2011	2012	2013	2014	2015
	Modernisierung/Umbau	37	70	49	69	73
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	277	230	260	214	294
+	Sonstige Investitionen	48	37	59	86	73
=	Praxisinvestitionen	362	337	368	369	440
+	Betriebsmittelkredit	68	70	63	64	64
=	Finanzierungsvolumen	430	407	431	433	504

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 239) wurden 2015 durchschnittlich 39 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 15 % für den Substanzwert, 5 % für die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 18 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 7 % für sonstige Investitionen sowie 16 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 12). Gegenüber dem Vorjahr stieg der auf den Goodwill entfallende Anteil um 5 Prozentpunkte.

Tabelle 12: Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)

		2011	2012	2013	2014	2015*
	Ideeller Wert (Goodwill)	102	112	110	115	132
+	Materieller Wert (Substanzwert)	49	53	49	56	50
=	Übernahmepreis	151	165	159	171	182
+	Modernisierung/Umbau	23	18	15	18	18
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	64	58	63	62	62
+	Sonstige Investitionen	25	17	20	23	25
=	Praxisinvestitionen	263	258	257	274	287
+	Betriebsmittelkredit	54	57	52	60	55
=	Finanzierungsvolumen	317	315	309	334	342

in 1.000 Euro

* Für das methodische Verfahren ab dem Betrachtungsjahr 2015 siehe die Erläuterungen zur „Praxisform“ im Glossar.

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 21) wurden 2015 durchschnittlich 15 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 59 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 16 % für sonstige Investitionen sowie 10 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 13). Gegenüber dem Vorjahr fiel der auf die Investitionen in Modernisierung und Umbau entfallende Anteil um 9 Prozentpunkte, während die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung um 6 Prozentpunkte zulegen.

Tabelle 13: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (ABL)

		2011	2012	2013	2014	2015
	Modernisierung/Umbau	60	67	40	80	50
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	141	186	181	178	203
+	Sonstige Investitionen	29	44	79	43	55
=	Praxisinvestitionen	230	297	300	301	308
+	Betriebsmittelkredit	33	42	53	33	35
=	Finanzierungsvolumen	263	339	353	334	343

in 1.000 Euro

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 19) wurden 2015 durchschnittlich 41 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 14 % für den Substanzwert, 9 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 18 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 4 % für sonstige Investitionen sowie 14 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 14). Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 15 %.

Tabelle 14: Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft (ABL)

		2011	2012	2013	2014	2015*
	Ideeller Wert (Goodwill)	112	132	161	108	125
+	Materieller Wert (Substanzwert)	56	62	92	43	42
=	Übernahmepreis	168	194	253	151	167
+	Modernisierung/Umbau	21	20	18	16	27
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	24	65	52	44	55
+	Sonstige Investitionen	14	7	13	14	12
=	Praxisinvestitionen	227	286	336	225	261
+	Betriebsmittelkredit	44	52	55	39	42
=	Finanzierungsvolumen	271	338	391	264	303

* Für das methodische Verfahren ab dem Betrachtungsjahr 2015 siehe die Erläuterungen zur „Praxisform“ im Glossar.

Für den *Beitritt bzw. Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 61) wurden 2015 durchschnittlich 63 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 19 % für den Substanzwert, 4 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 6 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 2 % für sonstige Investitionen sowie 6 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 15). Gegenüber dem Vorjahr fällt der um 7 Prozentpunkte höhere Anteil für den Goodwill auf. Insgesamt erhöhte sich das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 14 %.

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

		2011	2012	2013	2014	2015*
	Ideeller Wert (Goodwill)	131	144	164	155	198
+	Materieller Wert (Substanzwert)	59	67	51	47	59
=	Übernahmepreis	190	211	215	202	257
+	Modernisierung/Umbau	8	4	5	9	12
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	21	28	17	21	18
+	Sonstige Investitionen	11	12	15	14	7
=	Praxisinvestitionen	230	255	252	246	294
+	Betriebsmittelkredit	23	36	27	31	21
=	Finanzierungsvolumen	253	291	279	277	315

* Für das methodische Verfahren ab dem Betrachtungsjahr 2015 siehe die Erläuterungen zur „Praxisform“ im Glossar.

5.2 Neue Bundesländer

Trotz der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle soll auf eine gesonderte Darstellung der Ergebnisse für die neuen Bundesländer 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 in den neuen Bundesländern (NBL) 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 den neuen Bundesländern auf eine Einzelpraxisneugründung etwa 10 Einzelpraxisübernahmen.

Die für die *Übernahme einer allgemeinärztlichen Einzelpraxis* (n = 40) in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können der Tabelle 16 entnommen werden. Demnach wurden 2015 durchschnittlich 35 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 14 % für den Substanzwert, 6 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 22 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 5 % für sonstige Investitionen sowie 18 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet.

Tabelle 16: Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)

			2011	2012	2013	2014	2015*
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	55	63	71	71	79
+	Materieller Wert (Substanzwert)		26	26	24	31	32
=	Übernahmepreis		81	89	95	102	111
+	Modernisierung/Umbau		8	7	2	11	14
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		61	58	30	60	49
+	Sonstige Investitionen		17	13	30	23	11
=	Praxisinvestitionen		167	167	157	196	185
+	Betriebsmittelkredit		36	45	43	45	40
=	Finanzierungsvolumen		203	212	200	241	225

* Für das methodische Verfahren ab dem Betrachtungsjahr 2015 siehe die Erläuterungen zur „Praxisform“ im Glossar.

Der Vergleich mit der Finanzierungsstruktur von Einzelpraxisübernahmen in den alten Bundesländern macht deutlich, dass der Anteil, der in den neuen Bundesländern für den *Übernahmepreis* gezahlt wird, mit 49 % nach wie vor niedriger liegt als in den alten Bundesländern. Dort summierte sich der Übernahmepreis auf 53 % des Finanzierungsvolumens.

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

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 in entsprechenden Investitionsentscheidungen niederschlägt.

7 Glossar

- *Praxisform*

Bei der Analyse der Praxisfinanzierungen wird jeweils nach der Praxisform gefiltert. Grundsätzlich kann zwischen der Praxisform *vor* der Gründung und der Praxisform *nach* der Gründung unterschieden werden. Sofern es sich um die *Neugründung* einer Einzelpraxis bzw. einer Berufsausübungsgemeinschaft handelt, wird naturgemäß keine Praxisform *vor* der Gründung ausgewiesen; hier gibt es lediglich die Praxisform *nach* der Gründung. Bei den Praxisübernahmen sowie dem Beitritt zu bzw. dem Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft wurde bis zum Berichtsjahr 2014 jeweils auf die Praxisform *vor* Gründung abgestellt. Im Sinne einer zukunftsorientierten Perspektive wird ab dem Berichtsjahr 2015 bei der Analyse der Existenzgründungen grundsätzlich und ausschließlich auf die realisierte Praxisform *nach* Gründung abgestellt und nicht mehr auf die Praxisform *vor* Praxiserwerb. Durch die methodische Änderung kommt es in einer Reihe von Fällen zu einer veränderten Zuordnung zur Variable „Praxisform“, nämlich immer dann, wenn eine Einzelpraxis zur Berufsausübungsgemeinschaft umgewandelt wird und umgekehrt.

- *Übernahme einer Einzelpraxis*

Unter dem Begriff „Übernahme einer Einzelpraxis“ ist die Übernahme einer Praxis (z. B. Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft) zu verstehen, die nach der Übernahme ausschließlich als Einzelpraxis (ggf. inkl. angestelltem Zahnarzt/angestellten Zahnärzten) geführt wird.

- *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* zu einer (s. dort) sowie der *Einstieg* (s. dort) in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft zusammengefasst. *Partnergesellschaften* werden im Rahmen der Analyse seit dem Berichtsjahr 2015 den Berufsausübungsgemeinschaften zugeordnet.

- *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft*

Unter dem Begriff „Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft“ ist die Übernahme einer Praxis (z. B. Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft) zu verstehen, die nach der Übernahme ausschließlich als Berufsausübungsgemeinschaft (ggf. inkl. angestelltem Zahnarzt/angestellten Zahnärzten) geführt wird.

- *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. Übersicht Stadt- und Gemeindetyp, Stand 31.12.2013. [Online], 2013, [Zugriffsdatum: 05.07.2016], URL: http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/StadtGemeindetyp/download_RefSGtyp.xlsx?__blob=publicationFile&v=7

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Walther, W.: Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung. Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information, 2005, (2), ISSN: 0931-9816

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, 2009, (1), ISSN: 0931-9816

BZÄK, Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2014/2015, Berlin 2015

FIS (Forschungs-Informationssystem): Methodik der Bildung von Raumkategorien. [Online], erstellt 29.09.2010, Stand des Wissens: 07.08.2013, [Zugriffsdatum: 05.07.2016], URL: <http://www.forschungsinformationssystem.de/servlet/is/331220/>

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften: Regionale Standards. Ausgabe 2013. GESIS-Schriftenreihe Bd. 12, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., GESIS Arbeitsgruppe Regionale Standards (Hrsg.) ISBN 978-3-86819-021-2, ISSN 1869-2869, Köln, 2013

Klingenberg, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der ersten Befragungswelle (AVE-Z-1). IDZ-Information, 2004, (1), ISSN: 0931-9816

Klingenberg, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der zweiten Befragungswelle (AVE-Z-2). IDZ-Information, 2007, (2), ISSN: 0931-9816

Klingenberg, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der dritten Befragungswelle (AVE-Z-3). IDZ-Information, 2008, (3), ISSN: 0931-9816

Klingenberg, D., Becker, W.: Entwicklung und wirtschaftlicher Erfolg von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse empirischer Analysen auf der Basis von Paneldaten. *Gesundh ökon Qual manag*, 2010, 15, (2), 91-98

Klingenberg, D., Ostwald, D. A., Daume, P, Petri, M., Micheelis, W.: Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. *Materialienreihe Bd. 33*, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, ISBN: 978-3-7691-0016-7, Köln, 2012

KZBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): *KZBV Jahrbuch 2015. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung*. Köln 2016

Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnisse von Zahnärzten und Zahnärztinnen in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. *IDZ-Information*, 2010, (1), ISSN: 0931-9816

o. V.: Ideeller Praxiswert doch abschreibbar? In: *Medical Tribune*, 2009, 44, (24), 12.06.2009, 26

Schneller, T., Micheelis, W., Hendriks, J.: Individualprophylaxe bei Erwachsenen – Erfahrungen, Problemsichten und Perspektiven bei niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland. *IDZ-Information*, 2001, (4), ISSN: 0931-9816

Autorenhinweis:

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