

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

15. Dezember 2014

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2013 (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 2013 werden gesamtdeutsche Finanzierungsvolumina der allgemein Zahnärztlichen Praxen dargestellt. In einem kurzen Exkurs wird zudem auf das Investitionsgeschehen in zahnärztlichen Fachpraxen eingegangen. Für das Jahr 2013 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme einer Einzelpraxis** war im Jahr 2013 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. 68 % der Zahnärzte entschieden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- Das **Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme** belief sich 2013 auf 300.000 Euro; dies entspricht in etwa dem Vorjahresniveau.
- Im Jahr 2013 betrug das **Finanzierungsvolumen für die Neugründung einer Einzelpraxis** 427.000 Euro und lag somit 5 % über dem Vorjahreswert.
- Im Jahr 2013 wählten 24 % der zahnärztlichen Existenzgründer die **Berufsausübungsgemeinschaft**; bei den jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzten (bis 30 Jahre) lag der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaft bei 33 %.
- Die **Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft** erforderte 2013 im Schnitt höheres Finanzierungsvolumen als im Vorjahr. Die Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft schlug mit 353.000 Euro zu Buche, während die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft im Schnitt ein Finanzierungsvolumen in Höhe von 365.000 Euro erforderte.
- Während das Finanzierungsvolumen von kieferorthopädischen **Fachpraxen** im Durchschnitt zwischen 5 % und 25 % 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 35 % bis 40 % **höheres Finanzierungsvolumen** benötigt.

Die Autoren des InvestMonitors Zahnarztpraxis 2013 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 2013 (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 2013 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 2013:

- In 2013, the **acquisition of an existing individual dental practice** was the most frequent form of establishing a dental practice. 68% of the dentists decided in favour of starting up in a practice on their own account.
- In 2013, the **capital required for the acquisition of an existing individual practice** was 300,000 euro – this roughly corresponds to that of the previous year.
- In 2013, the **capital required for starting up a new individual dental practice** amounted to 427,000 euro exceeding the previous year's figure by 5%.
- 24% of the dentists wishing to establish a new practice chose the **joint dental practice** in 2013; for younger female and male dentists (up to the age of 30) the proportion of joint dental practice was 33%.
- Compared to the previous year, **establishing a joint dental practice** required a significantly higher financing volume in 2013. Starting up a new joint dental practice amounted to 353,000 euro whilst the purchase of an established joint dental practice required an average financing volume of 365,000 euro.
- Whilst the financing volume of **orthodontic specialist' practices** averaged between 5% and 25% 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 35% to 40% higher compared to the financing volume of general dental practices.

The authors of the InvestMonitor Dental Practice 2013 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 2013 (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	6
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	17
3.1.6	Betriebsmittelkredit.....	18
3.2	Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten ..	19
3.2.1	Art der Existenzgründung.....	19
3.2.2	Praxislage	21
3.2.3	Alter der Existenzgründer.....	23
3.2.4	Geschlecht der Existenzgründer	24
4	Exkurs: Fachzahnärztliche Praxen.....	26
5	Exkurs: Regionale Finanzierungsdaten von allgemein Zahnärztlichen Praxen.....	28
5.1	Westdeutschland inkl. Berlin	28
5.2	Ostdeutschland	30
6	Schlussbemerkung.....	31
7	Glossar.....	32
8	Literaturverzeichnis	34

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2013 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen im Zeitraum von 2009 bis 2013 zu analysieren.

Die *Datenbasis* bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst. 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 2013 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 428, die sich im Verhältnis 12 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 22.0 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 Tendaussagen 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 Be-

schäftigungseffekte 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 2012 entwickelten sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die Zahl der Existenzgründungen dann jedoch wieder stark rückläufig. Im Jahr 2013 entschieden sich 1.309 Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (KZBV, 2014). 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 2012/2013 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 2012 (KZBV, 2014), 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 Jahr 2013 entfielen 11 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 28) auf Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 59 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 15 % auf sonstige Investitionen und 15 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 1). Gegenüber dem Vorjahr stiegen die sonstigen Investitionen um 6 Prozentpunkte, während die Investitionen in Modernisierung und Umbau um 6 Prozentpunkte sanken.

Tabelle 1: Neugründung einer Einzelpraxis (D)

			2009	2010	2011	2012	2013
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	53	40	36	69	49
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		259	226	270	231	252
+	Sonstige Investitionen		50	42	60	38	64
=	Praxisinvestitionen		362	308	366	338	365
+	Betriebsmittelkredit		76	66	70	68	62
=	Finanzierungsvolumen		438	374	436	406	427

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 243) wurden 2013 durchschnittlich 35 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 16 % für den Substanzwert, 5 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 20 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 7 % für sonstige Investitionen sowie 17 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 2). Gegenüber dem Vorjahr blieb die Finanzierungsstruktur vergleichsweise stabil.

Tabelle 2: Übernahme einer Einzelpraxis (D)

			2009	2010	2011	2012	2013
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	97	62	95	105	107
+	Materieller Wert (Substanzwert)		37	76	45	50	47
=	Übernahmepreis		134	138	140	155	154
+	Modernisierung/Umbau		15	16	20	16	14
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		59	69	64	58	60
+	Sonstige Investitionen		21	23	23	17	21
=	Praxisinvestitionen		229	246	247	246	249
+	Betriebsmittelkredit		55	57	52	55	51
=	Finanzierungsvolumen		284	303	299	301	300

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 20) wurden 2013 durchschnittlich 11 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 51 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 23 % für sonstige Investitionen sowie 15 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 3).

Gegenüber dem Vorjahr sanken die Investitionen in Modernisierung und Umbau um 8 Prozentpunkte. Auch nahmen die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung um 6 Prozentpunkte ab. Zugleich erhöhten sich die sonstigen Investitionen um 11 Prozentpunkte.

Tabelle 3: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (D)

			2009	2010	2011	2012	2013
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	32	26	57	64	40
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		140	182	139	192	181
+	Sonstige Investitionen		26	31	28	42	79
=	Praxisinvestitionen		198	239	224	298	300
+	Betriebsmittelkredit		45	49	32	42	53
=	Finanzierungsvolumen		243	288	256	340	353

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 15) wurden 2013 durchschnittlich 40 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 22 % für den Substanzwert, 5 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 15 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 3 % für sonstige Investitionen sowie 15 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 4). Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 14 %.

Tabelle 4: Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft (D)

			2009	2010	2011	2012	2013
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	93	34	97	125	146
+	Materieller Wert (Substanzwert)		34	55	49	59	81
=	Übernahmepreis		127	89	146	184	227
+	Modernisierung/Umbau		7	8	18	20	17
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		44	38	26	61	55
+	Sonstige Investitionen		19	13	16	8	12
=	Praxisinvestitionen		197	148	206	273	311
+	Betriebsmittelkredit		38	34	40	48	54
=	Finanzierungsvolumen		235	182	246	321	365

Für den *Beitritt/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 49) wurden 2013 durchschnittlich 57 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 18 % für den Substanzwert, 2 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 6 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 7 % für sonstige Investitionen sowie 10 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 5). Gegenüber dem Vorjahr stieg der ideelle Wert um 7 Prozentpunkte, während der Substanzwert um 5 Prozentpunkte abnahm.

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

		2009	2010	2011	2012	2013
	Ideeller Wert (Goodwill)	145	79	124	138	156
+	Materieller Wert (Substanzwert)	23	81	56	64	49
=	Übernahmepreis	168	160	180	202	205
+	Modernisierung/Umbau	16	9	11	4	5
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	38	24	24	24	16
+	Sonstige Investitionen	28	16	10	11	19
=	Praxisinvestitionen	250	209	225	241	245
+	Betriebsmittelkredit	19	20	24	34	27
=	Finanzierungsvolumen	269	229	249	275	272

3.1.1 Gesamtfinanzierungsvolumina

Im direkten Vergleich nach Praxisform wurde im Jahr 2013, wie schon in den Vorjahren, bei der Niederlassungsform der *Einzelpraxisneugründung* mit 427.000 Euro im Durchschnitt das höchste Gesamtfinanzierungsvolumen aufgewendet. Der Abstand zu den anderen Praxisformen vergrößerte sich gegenüber dem Vorjahr, da das Finanzierungsvolumen der Einzelpraxisneugründung um 21.000 Euro bzw. 5 % stieg, während die Finanzierungsvolumina der anderen Niederlassungsformen gegenüber 2012 entweder auf dem Vorjahresniveau verharrten (Einzelpraxisübernahme sowie Beitritt/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft) oder nicht im gleichen Maße stiegen (Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft). Lediglich die Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften zogen um 44.000 Euro bzw. 14 % vergleichsweise stärker an (Abb. 1). Die bisherige Höchstmarke des Gesamtfinanzierungsvolumens wurde im Jahr 2009 mit 438.000 Euro erreicht.

In der Niederlassungsform der *Einzelpraxisübernahme* verringerte sich das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr lediglich um 1.000 Euro auf nunmehr 300.000 Euro und liegt damit weiterhin 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 2013 traf dies auf 67 % 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 2013 lag bei knapp 44 %.

Die Entwicklung der Finanzierungsvolumina bei den *Berufsausübungsgemeinschaften* verlief nicht mehr so dynamisch wie im Vorjahr; lediglich bei den Übernahmen

war eine Steigerung um 14 % zu verzeichnen. Die *Neugründungen* schlugen mit einem Finanzierungsvolumen von 353.000 Euro zu Buche, während für *Übernahmen* im Schnitt 365.000 Euro anfielen. Damit war die Neugründung erstmals günstiger als die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft. Der Beitritt/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft erforderte ein durchschnittliches Finanzierungsvolumen von 272.000 Euro.

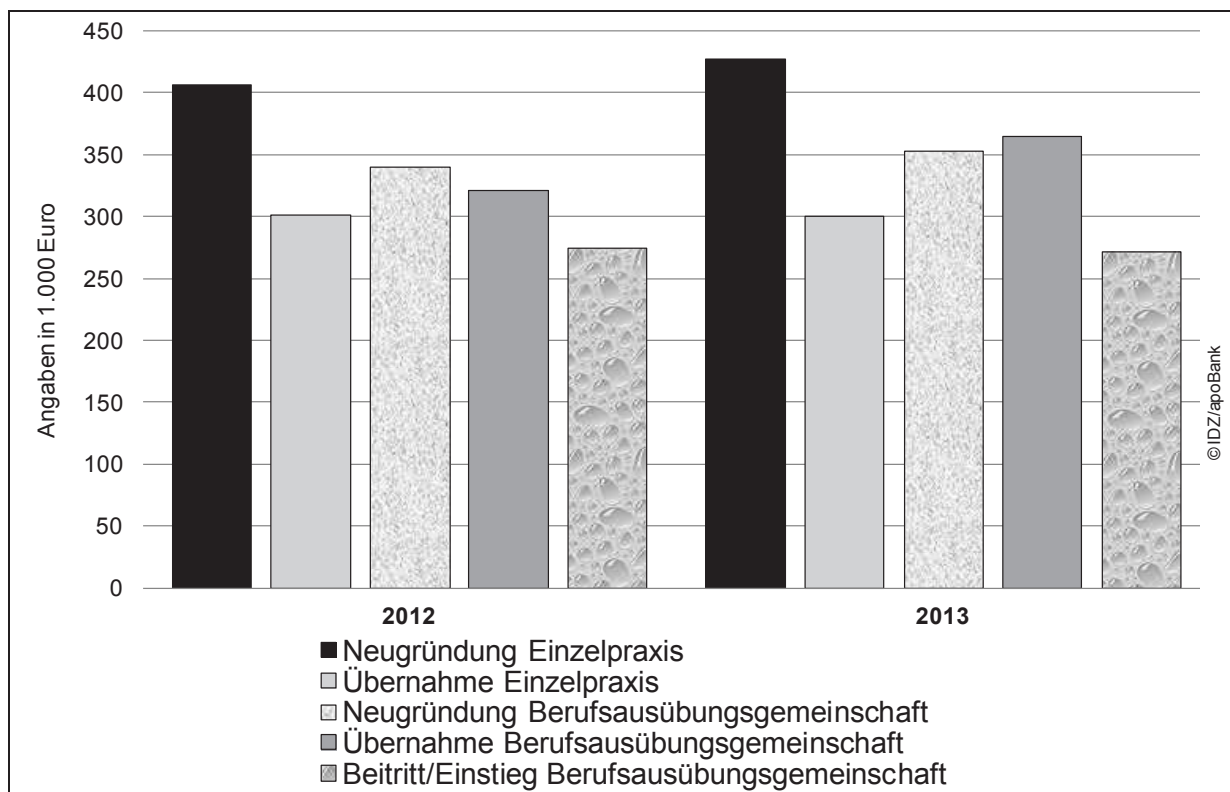


Abbildung 1: Gesamtfinanzierungsvolumina bei der Niederlassung (D)

Vergleicht man die *Neugründungen* von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften hinsichtlich des benötigten Finanzierungsvolumens, so war die Einzelpraxisneugründung im Zeitraum seit 2009 vergleichsweise teurer. Allerdings verringerte sich die Differenz der Finanzierungsbeträge von 104.000 Euro (2008) auf aktuell 74.000 Euro.

Der Vergleich der *Übernahmen* von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften zeigt, dass die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft im Jahr 2013 wie schon im Vorjahr höhere Investitionen erforderte als die Übernahme einer Einzelpraxis. Machte die Einzelpraxisübernahme im Jahr 2009 noch einen finanziellen Mehraufwand von 49.000 Euro erforderlich, so war sie im Jahr 2013 bereits um 65.000 Euro günstiger zu finanzieren als eine Berufsausübungsgemeinschaft.

Die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen einer *Einzelpraxisneugründung* und einer *Einzelpraxisübernahme* beträgt derzeit 127.000 Euro

(2012: 105.000 Euro). Bei den *Berufsausübungsgemeinschaften* sind die Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt. Hier lag das Finanzierungsvolumen in der Niederlassungsform der Neugründung um 12.000 Euro unter dem einer Übernahme. Im Vorjahr hatte die Neugründung noch einen finanziellen Mehraufwand von 19.000 Euro gegenüber einer Übernahme erfordert.

Betrachtet man die Entwicklung des Gesamtfinanzierungsvolumens von 2009 bis 2013 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 *Einzelpraxisneugründung* sowie dem *Beitritt/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* verläuft die Entwicklung deutlich wechselhafter. Am ausgeprägtesten sind die Schwankungen bei *Neugründungen* bzw. *Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften*. Fast allen Praxisformen ist jedoch gemein, dass das Gesamtfinanzierungsvolumen im betrachteten Zeitraum seit 2009 gestiegen ist, bei der Praxisform des Beitritts bzw. Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft lediglich um 1 %, bei den Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften hingegen um 55 %. Lediglich die Einzelpraxisneugründung ist gegenüber 2009 im Schnitt um 3 % günstiger zu finanzieren.

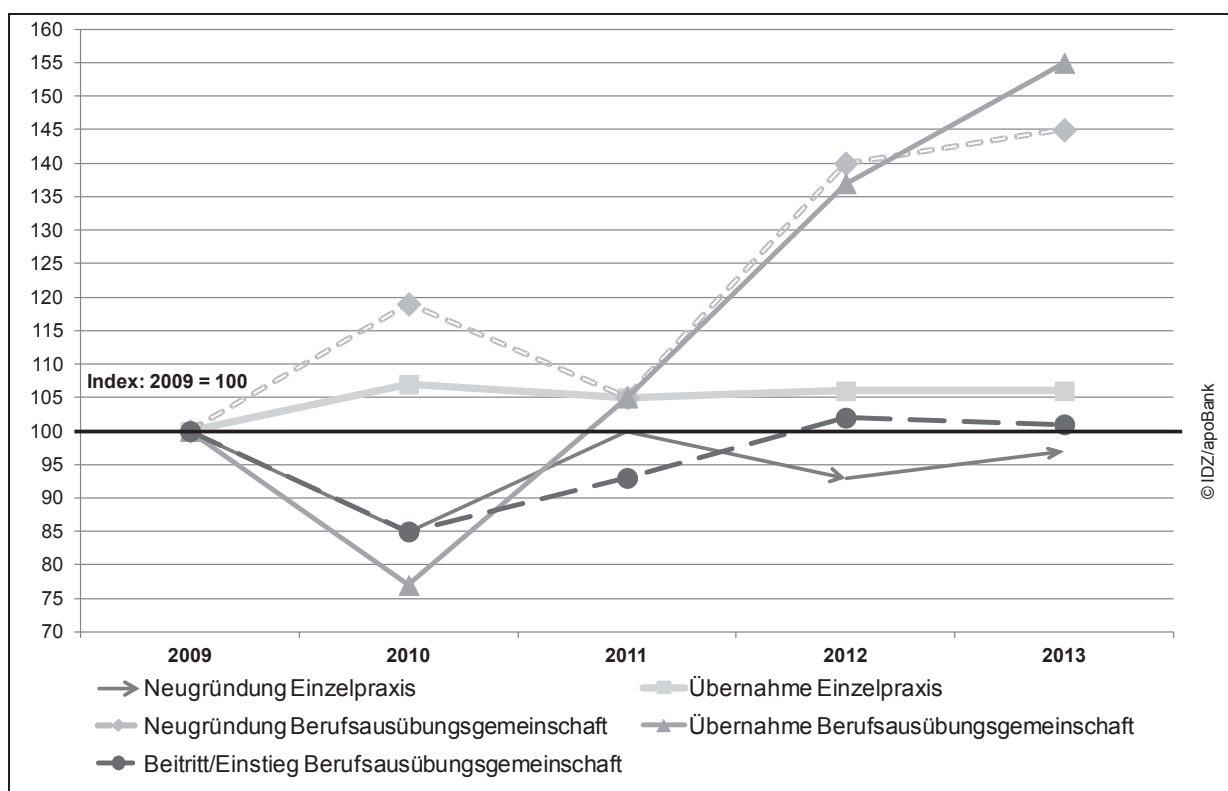


Abbildung 2: Entwicklung der Gesamtfinanzierungsvolumina im Zeitraum 2009–2013 (D)

Eine *nach Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die mittlere Altersgruppe (31 bis 40 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von

459.000 Euro für eine *Einzelpraxisneugründung* im Jahr 2013 am meisten investierten. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* tätigten die jüngeren Existenzgründer (bis 30 Jahre) mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 333.000 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 349.000 Euro und bei den Einzelpraxisübernahmen bei 268.000 Euro.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf das Finanzierungsvolumen blieben auch im Jahr 2013 erhalten. In die Neugründung bzw. Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 434.000 Euro bzw. 312.000 Euro. Die Finanzierungsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung beliefen sich demgegenüber auf 419.000 Euro. Bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer 286.000 Euro.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte die *Einzelpraxisneugründung* im mittelstädtischen Bereich im Jahr 2013 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Hier betrug das Finanzierungsvolumen im Schnitt 513.000 Euro. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde ebenfalls in mittelstädtischen Praxislagen mit einem Betrag von 321.000 Euro das höchste Finanzierungsvolumen aufgewendet.

3.1.2 Ideeller Wert und materieller Wert

Im Jahr 2013 entwickelte sich der *Übernahmepreis* von Einzelpraxen und von Berufsausübungsgemeinschaften unterschiedlich. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde im Schnitt ein Übernahmepreis von 154.000 Euro gezahlt, was einem Rückgang um 1 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 3). Von diesem Betrag entfielen etwa 71 % (2012: 68 %) auf den Goodwill und 29 % (2012: 32 %) auf den Substanzwert (s. Glossar).

Bei den Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften stieg der durchschnittliche Übernahmepreis gegenüber dem Vorjahr kräftig, nämlich um 23 % auf nunmehr 227.000 Euro (Abb. 4). Der auf den Goodwill entfallende Anteil betrug 64 % (2012: 68 %), während 36 % des Betrages für den Substanzwert gezahlt wurde (2012: 32 %).

Der Übernahmepreis im Falle eines Beitritts/Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft betrug 205.000 Euro, was einem Plus von 1 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 5).

Der auf den Goodwill entfallende Anteil betrug 76 % (2012: 68 %), während für den Substanzwert 24 % (2012: 32 %) des Betrages aufgewendet wurden.

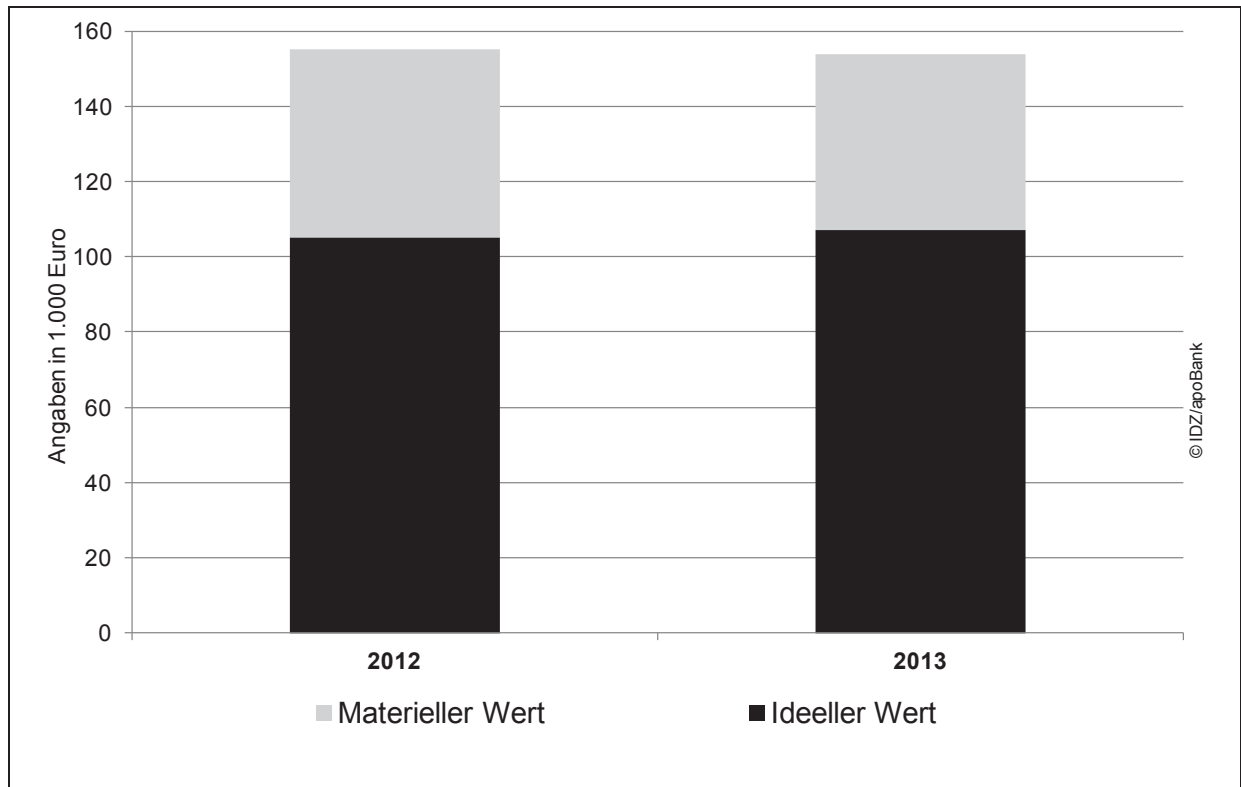


Abbildung 3: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Übernahme Einzelpraxis (D)

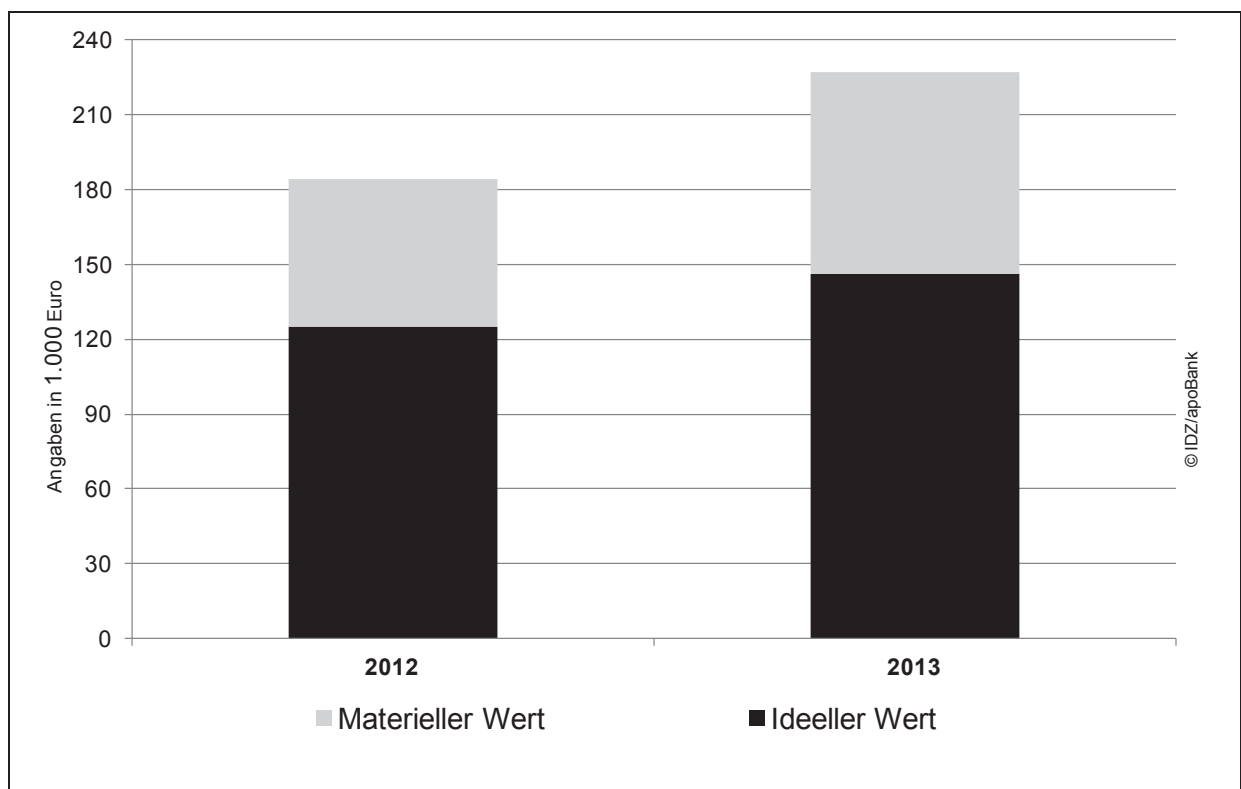


Abbildung 4: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Übernahme Berufsausübungsgemeinschaft (D)

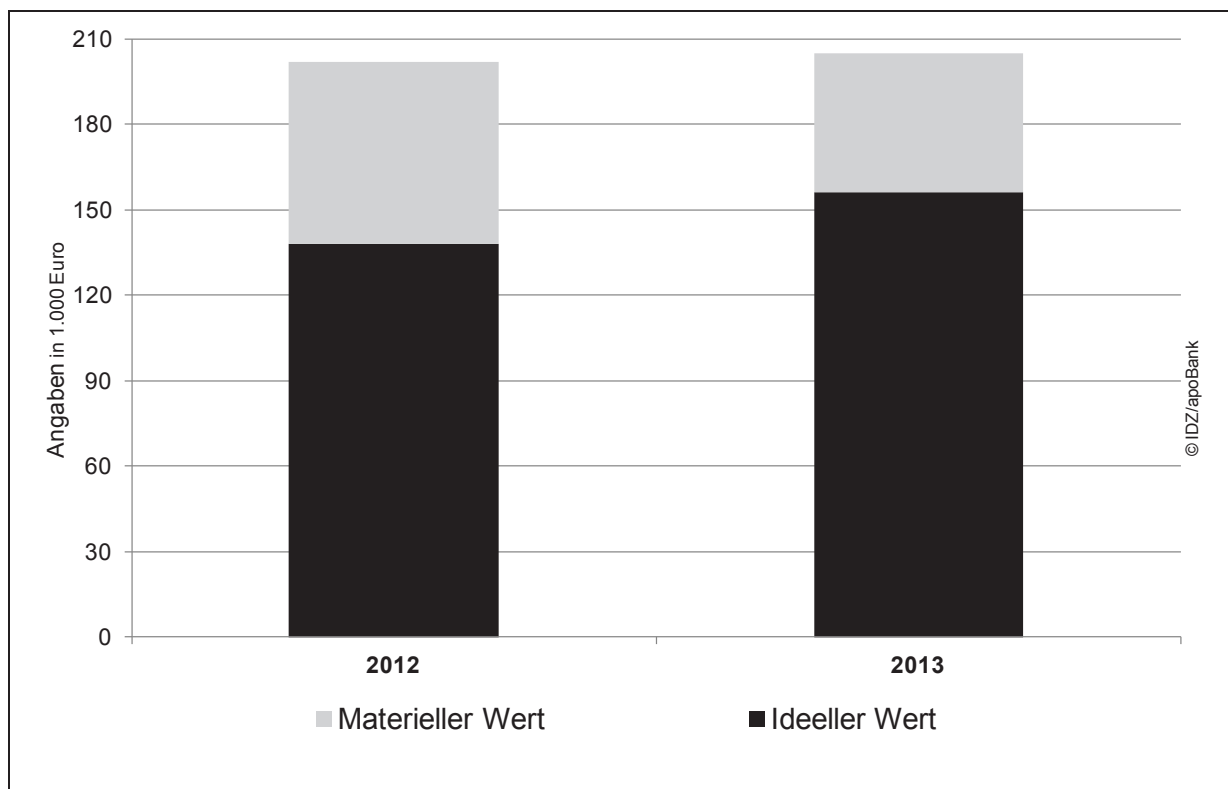


Abbildung 5: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Beitritt/Einstieg Berufsausübungsgemeinschaft (D)

Die *nach dem Alter differenzierte Betrachtung* macht deutlich, dass der Übernahmepreis in der Altersgruppe der jüngeren Zahnärzte (bis 30 Jahre) mit 165.000 Euro bei einer Einzelpraxisneugründung am höchsten ausfällt. Die älteren Existenzgründer (über 40 Jahre) zahlten im Schnitt 132.000 Euro.

Im Hinblick auf den Übernahmepreis zeigten sich zudem deutliche *geschlechtsspezifische Unterschiede*. Während die weiblichen Existenzgründer einen durchschnittlichen Übernahmepreis von 140.000 Euro für eine Einzelpraxisübernahme zahlten, belief sich der Übernahmepreis der männlichen Kollegen im Schnitt auf 165.000 Euro.

Eine *nach Verstädterungsgrad* differenzierte Betrachtung des Übernahmepreises zeigt, dass in den mittelstädtischen Lagen die höchsten Übernahmepreise für Einzelpraxisübernahmen gezahlt wurden – im Durchschnitt etwa 170.000 Euro. Im eher ländlichen Bereich wurde demgegenüber ein durchschnittlicher Übernahmepreis von 127.000 Euro ausgehandelt.

Zwar existiert in der Regel ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Goodwill und der Entwicklung des Einnahmenüberschusses (KZBV, 2014), jedoch unterscheiden sich die prozentualen Veränderungsdaten. Dies ist ein Hinweis, dass noch andere Faktoren existieren, welche die Höhe des Goodwills beeinflussen. Ge-

nerell 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 25 % der erfassten westdeutschen Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 30 % der Finanzierungsfälle lag dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20, in 22 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40 und in 4 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,41 und 0,50. Bei einer Praxisübernahme im Jahr 2013 machte der Goodwill im Durchschnitt etwa 24 % 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 2013 sanken die Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* um 20.000 Euro auf 49.000 Euro, bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* fielen im Schnitt 40.000 Euro und damit 24.000 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 2013 bei 14.000 Euro (2012:

16.000 Euro); bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 17.000 Euro (2012: 20.000 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 59.000 Euro zu Buche schlugen, betragen sie in ländlichen und mittelstädtischen Bereich lediglich 43.000 Euro.

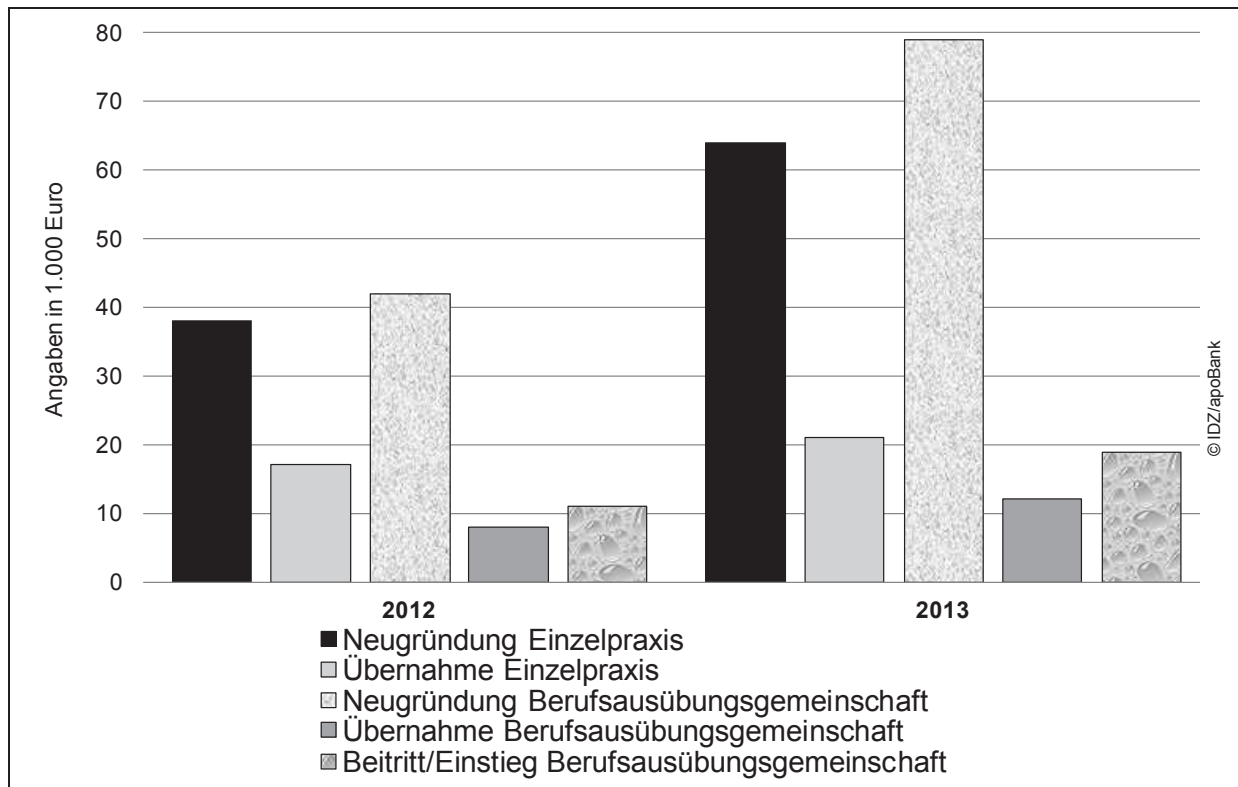


Abbildung 6: Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen bei der Niederlassung (D)

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 2013 insgesamt 252.000 Euro hierfür investiert; im Vorjahr waren es 231.000 Euro (Abb. 7). Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* beliefen sich diese Investitionen auf 181.000 Euro (2012: 192.000 Euro). Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 60.000 Euro in die medizinisch-technischen Geräte plus Einrichtung investiert; bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 55.000 Euro.

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 272.000 Euro bei einer Einzelpraxisneugründung am höchsten ausfällt. Die älteren Existenzgründer (über 40 Jahre) zahlten im Schnitt lediglich 214.000 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 222.000 Euro für diesen Posten zahlten, beliefen sich die Investitionen der männlichen Kollegen für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung auf 279.000 Euro.

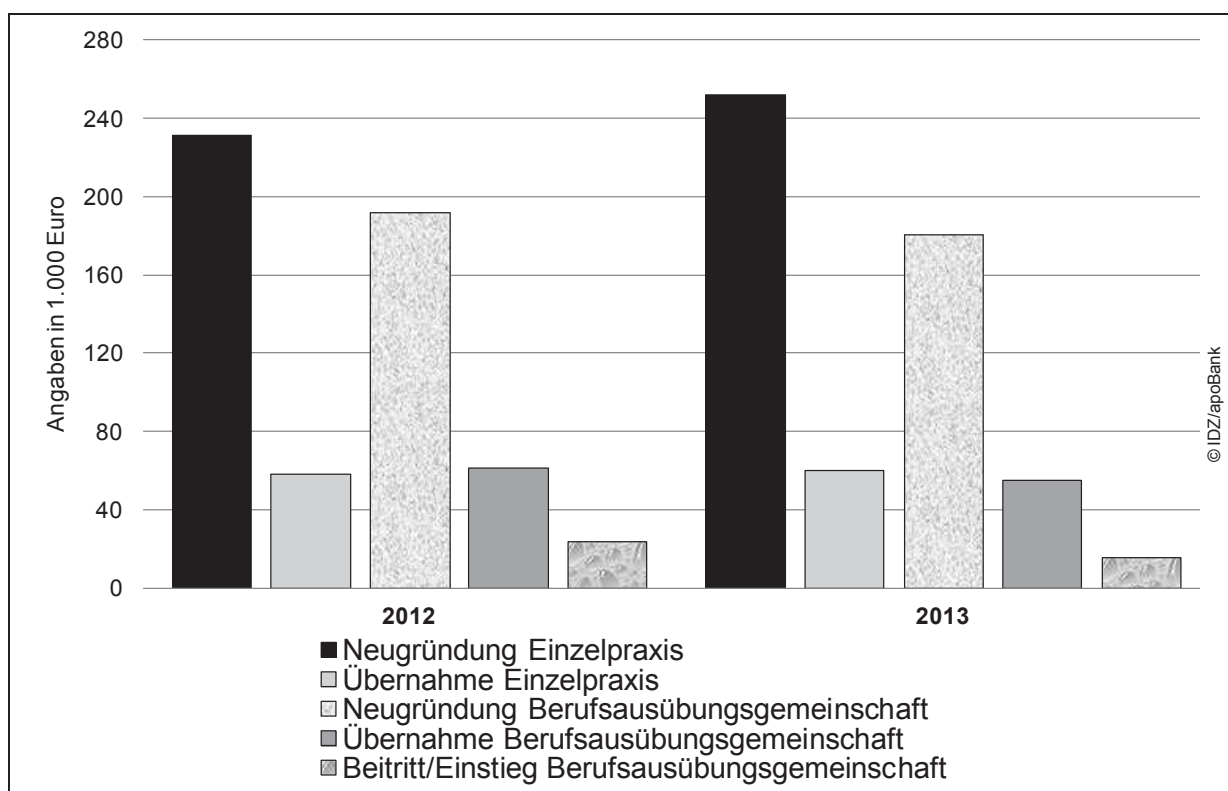


Abbildung 7: Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung bei der Niederlassung (D)

Eine nach *Verstädterungsgrad* differenzierte Betrachtung der Investitionen von medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung zeigt, dass in den mittelstädtischen Lagen bei Einzelpraxisneugründungen die höchsten Beträge für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung getätigt wurden – im Durchschnitt 322.000 Euro. Im großstädtischen Bereich wurde demgegenüber ein Durchschnittsbetrag von 211.000 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 7 % auf diese Kategorie entfiel, summierten sich die sonstigen Investitionen bei den Praxisneugründungen zu einer Größenordnung von 15 % bis 23 % am gesamten Finanzierungsvolumen.

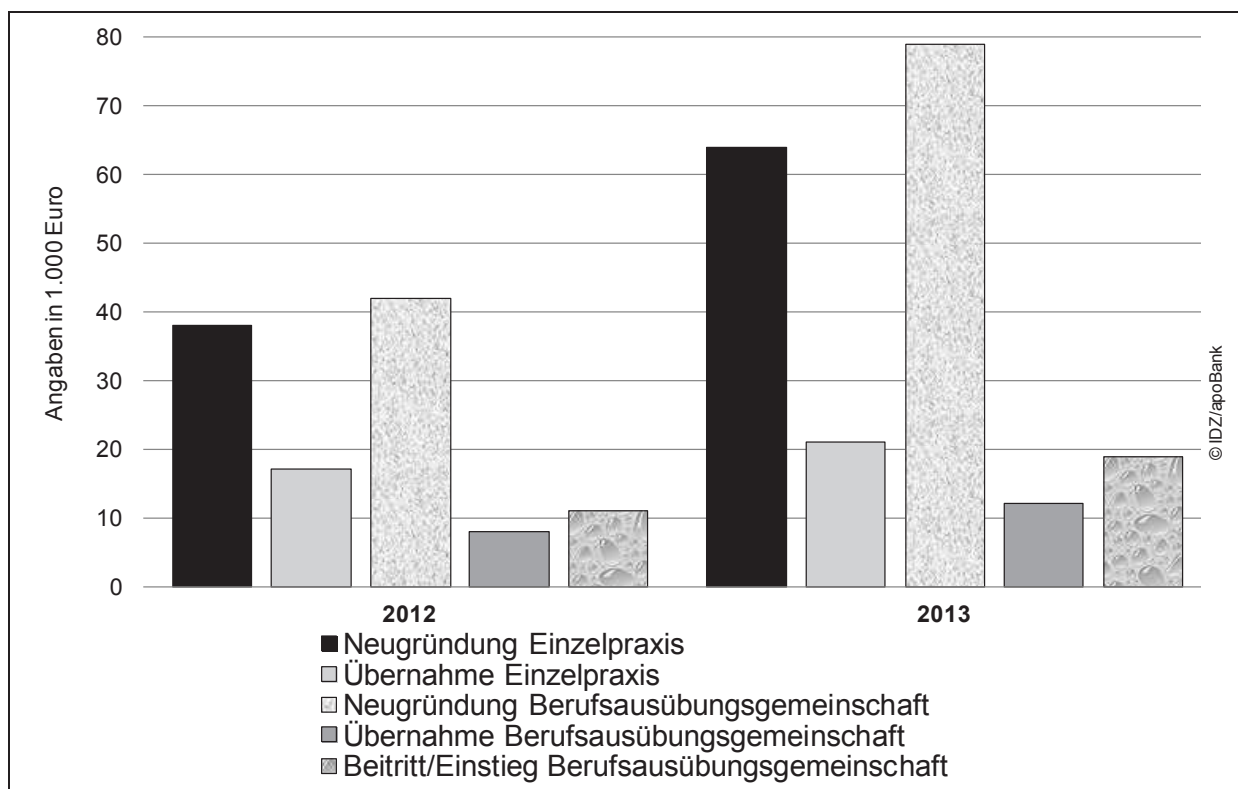


Abbildung 8: Sonstige Investitionen bei der Niederlassung (D)

3.1.6 Betriebsmittelkredit

Im Jahr 2013 betrug der Betriebsmittelkredit (s. Glossar) im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* 62.000 Euro und lag damit um 6.000 Euro unter dem Vorjahreswert. Der im Rahmen einer *Einzelpraxisübernahme* gewährte Betriebsmittelkredit fiel im gleichen Zeitraum um 4.000 Euro auf nunmehr 51.000 Euro (Abb. 9). In der Niederlassungsform der *Berufsausübungsgemeinschaft* stieg der Betriebsmittelkredit gegenüber dem Vorjahr zum Teil kräftig.

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die Gruppe der jüngeren Zahnärzte (bis 30 Jahre) im Jahr 2013 mit einem durchschnittlichen Betriebsmittelkredit von 78.000 Euro für eine *Einzelpraxisneugründung* die höchsten Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt hat.

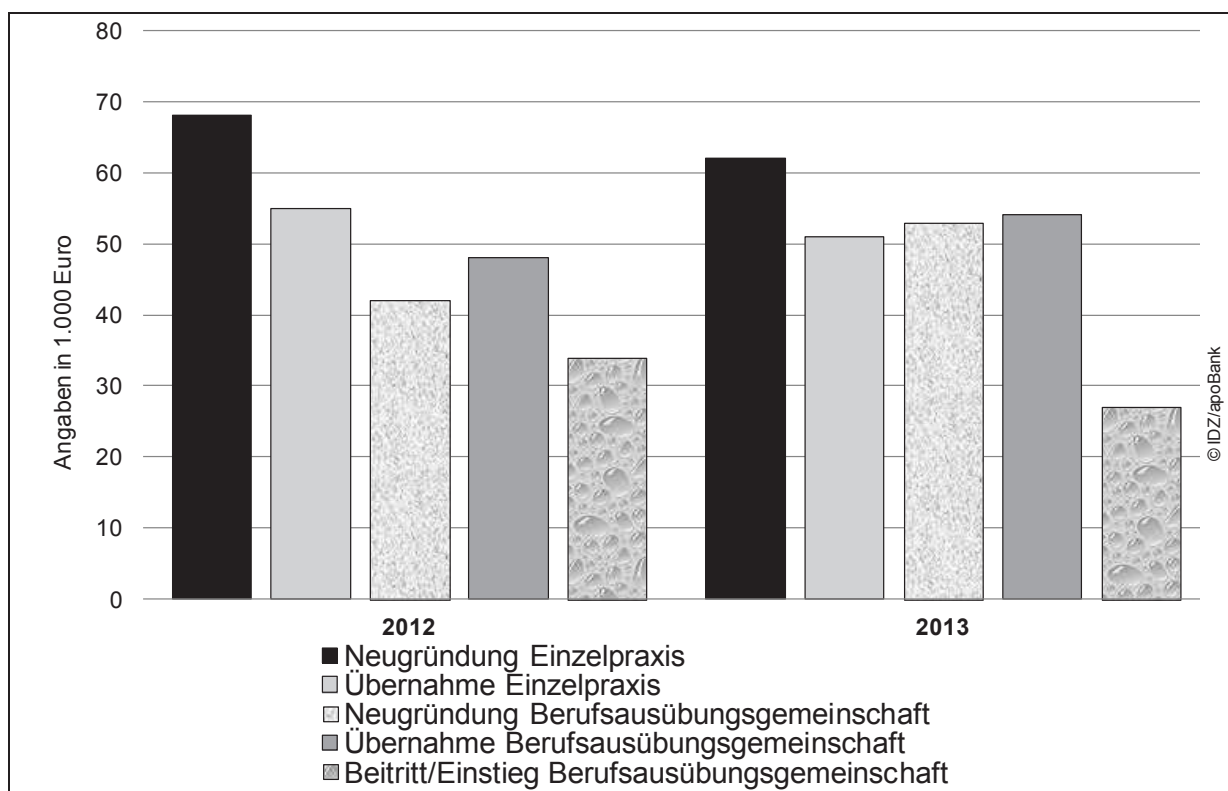


Abbildung 9: Betriebsmittelkredit bei der Niederlassung (D)

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites waren *geschlechtsspezifische Unterschiede* zu erkennen. Männer fragten erstmals bei einer *Einzelpraxisneugründung* mit 57.000 Euro einen um 11.000 Euro niedrigeren 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 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 Zeitraum von 2009 bis 2013 gestiegen, und zwar von 50 % auf aktuell 68 % (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 8 % und 20 % in den letzten fünf Jahren die am seltensten gewählte Niederlassungsform dar. Im Jahr 2013 betrug der Anteil 8 % und erreichte damit ein historisches Tief.

Der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* schwankte im Zeitraum von 2009 bis 2013 zwischen 24 % und 33 %. Im Jahr 2013 fiel der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften um drei Prozentpunkte auf 24 % 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* lag der Anteil der *Einzelpraxisübernahmen* im Jahr 2013 mit einem Anteilswert von 78 % vergleichsweise hoch, fünf Jahre zuvor waren es 79 %. In Westdeutschland wurden weniger Einzelpraxisübernahmen realisiert, der Anteilswert stieg allerdings zwischen 2009 und 2013 von 47 % auf 68 % deutlich an. Trotz dieser Konvergenzentwicklung gilt, dass über alle fünf Betrachtungsjahre hinweg im Westen vergleichsweise häufiger Einzelpraxisübernahmen realisiert wurden als im Osten.

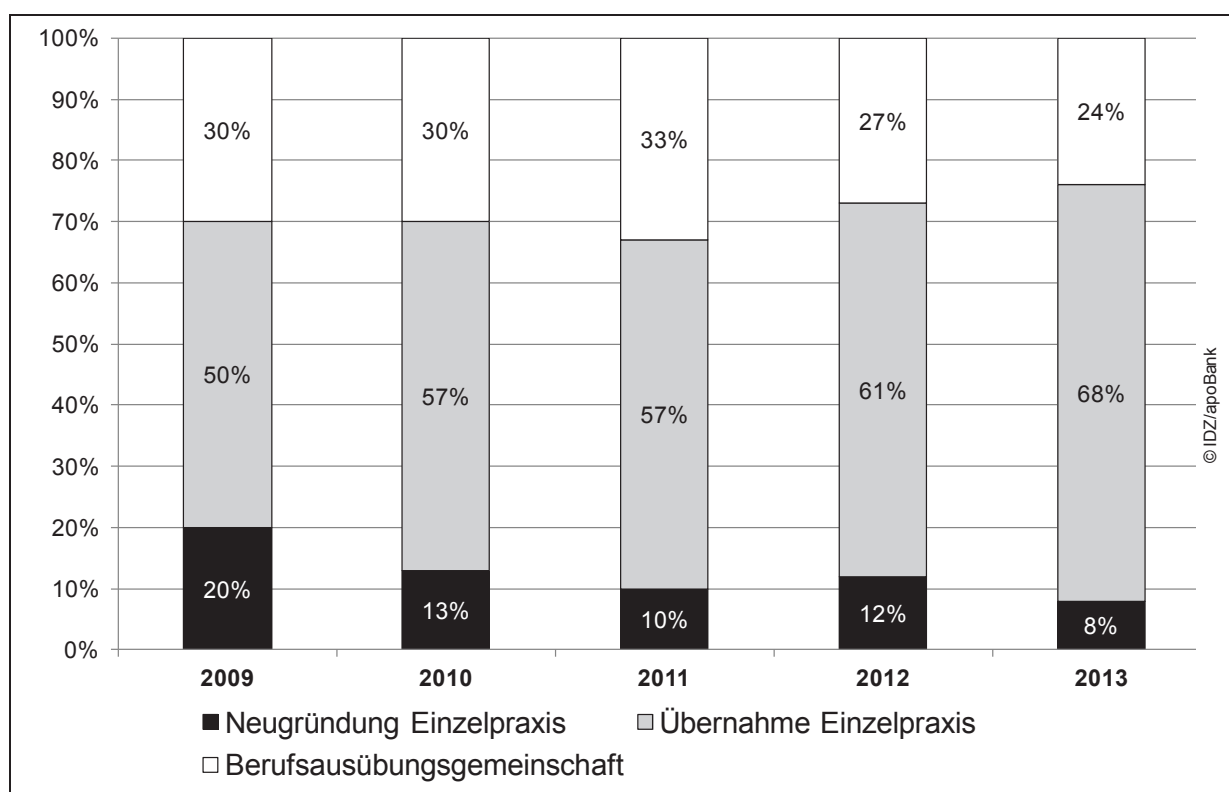


Abbildung 10: Art der Existenzgründung (D)

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 Jahre 2013 wurden in Westdeutschland 8 % als Einzelpraxisneugründungen realisiert, in Ostdeutschland waren es lediglich 4 %.

Der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* in Ostdeutschland lag 2009 bei 14 % und stieg bis 2013 auf 18 %. In Westdeutschland fiel der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften im gleichen Zeitraum von 32 % auf 24 %. 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 tätigen Zahnarzt) sowie die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme beeinflusst.

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 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).

Die Verteilung der zahnärztlichen Existenzgründungen auf die verschiedenen Ortsgrößen für das Jahr 2013 zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich 38 % betrug, während im mittelstädtischen Bereich 28 % der Existenzgründungen angesiedelt waren. Auf den eher ländlichen Bereich entfiel ein Anteil von 34 % (Abb. 11). In Westdeutschland wurden 39 % der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich realisiert, in Ostdeutschland waren es 27 %.

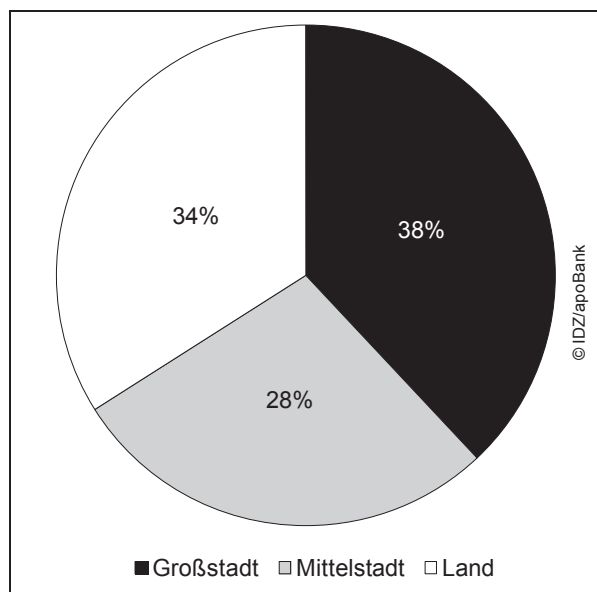


Abbildung 11: Praxislage (D)

Demgegenüber entfielen 52 % der Existenzgründungen im Osten auf die ländlichen Lagen, während der entsprechende Anteil im Westen lediglich 33 % betrug. Der Vergleich mit der oben dargestellten Bevölkerungsstruktur lässt erkennen, dass die Zahnarztichte (Zahl der Zahnärzte je 100.000 Einwohner) durch die zahnärztlichen Existenzgründungen des Jahres 2013 in großstädtischen Lagen tendenziell zu, in den eher ländlich geprägten Gebieten hingegen leicht abgenommen hat.

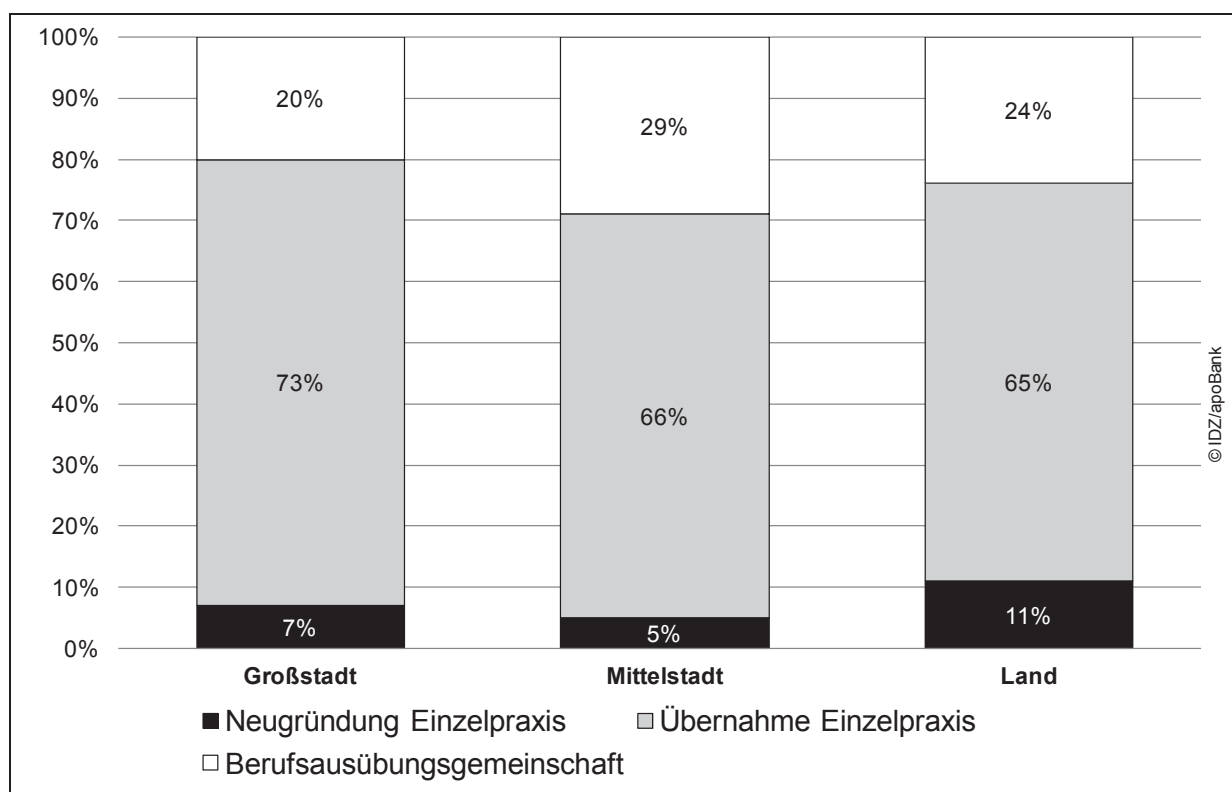


Abbildung 12: Art der Existenzgründung nach Praxislage (D)

Differenziert man die Praxisformen im Hinblick auf die relativen Häufigkeiten der Praxislage (Abb. 12), so zeigt sich eine Bevorzugung der Einzelpraxisübernahme in großstädtischen Gebieten. Demgegenüber wurde in mittelstädtischen Lagen vergleichsweise häufig die Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft realisiert.

3.2.3 Alter der Existenzgründer

Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer lässt erkennen, dass sich 11 % bis zum 30. Lebensjahr niederlassen, während 21 % bereits das 40. Lebensjahr überschritten haben. 68 % der Existenzgründer waren zwischen 30 und 40 Jahre alt (Abb. 13). In *Ostdeutschland* gab es vergleichsweise weniger jüngere Existenzgründer (10 %) und ebenso weniger ältere Existenzgründer (17 %) als in Westdeutschland.

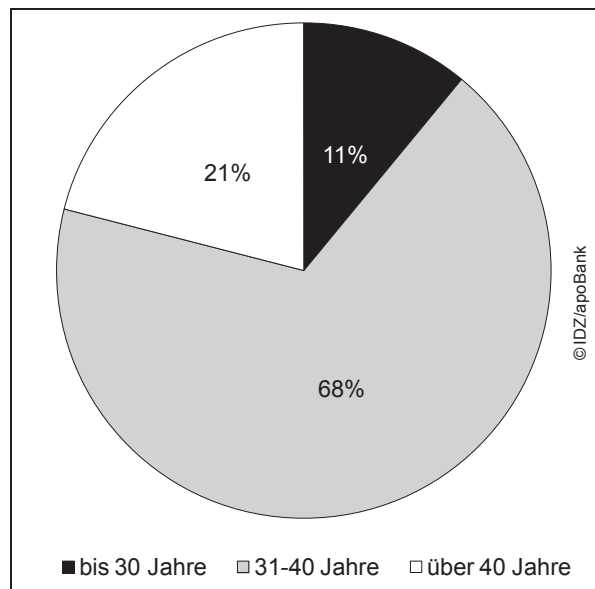


Abbildung 13: Altersgruppen (D)

Das *Durchschnittsalter* der zahnärztlichen Existenzgründer bei der Niederlassung betrug 36,4 Jahre, in Ostdeutschland war es mit 36,2 Jahren etwas niedriger. Die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* in der Altersstruktur nahmen gegenüber dem Vorjahr wieder zu. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 36,0 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, bei den jüngeren Existenzgründern (bis 30 Jahre) war es hin-

gegen die Berufsausübungsgemeinschaft. Offensichtlich sehen immer mehr junge Zahnärzte in der Kooperation eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen etablieren zu können. Die individuelle Präferenz für eine bestimmte Praxisform ist somit ganz klar altersabhängig.

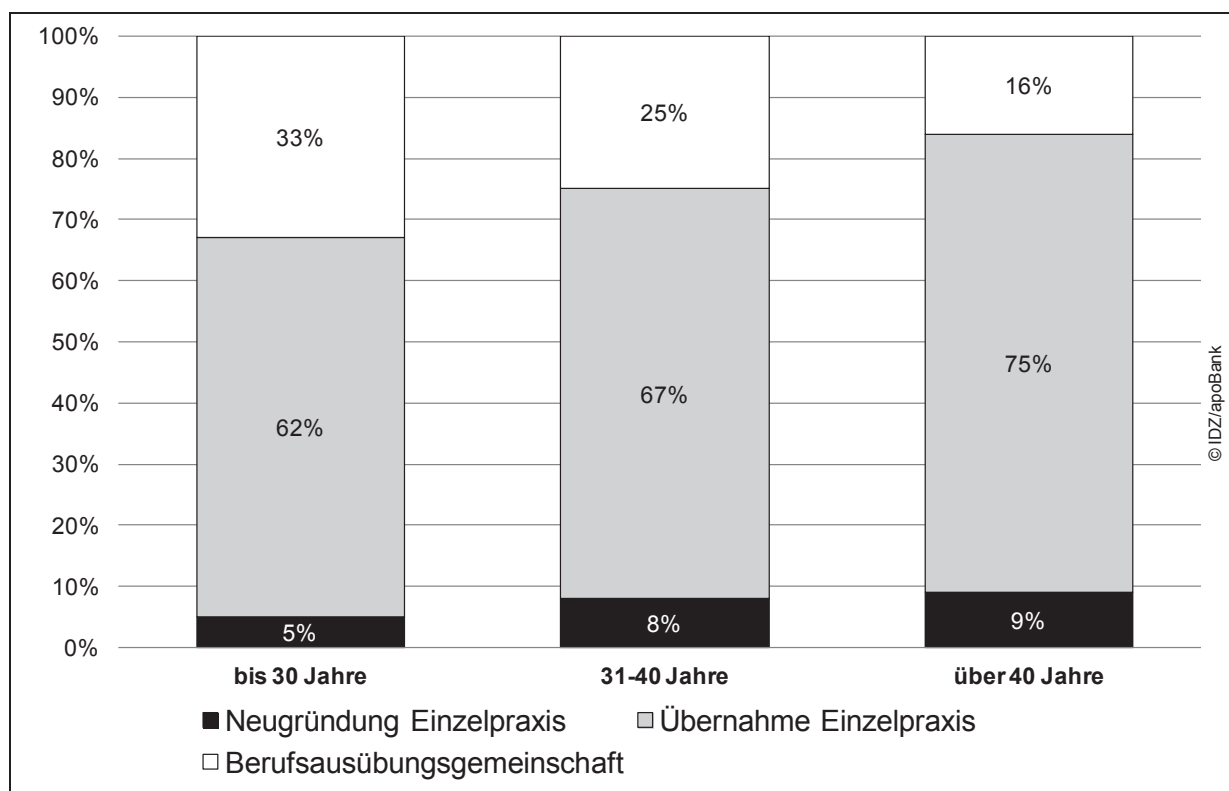


Abbildung 14: Art der Existenzgründung nach Altersgruppen (D)

3.2.4 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“ lässt erkennen, dass die männlichen Existenzgründer mit einem Anteil von 54 % im Jahr 2013 nur leicht 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 55 % der Existenzgründungen durch Männer und 45 % durch Frauen realisiert wurden, zeigte sich in Ostdeutschland eine zahlenmäßige Überlegenheit der weiblichen Existenzgründer, auf die 52 % 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 24 % marginal häufiger als ihre männlichen

Kollegen, die sich in 23 % der erfassten Fälle für die Berufsausübungsgemeinschaft entschieden.

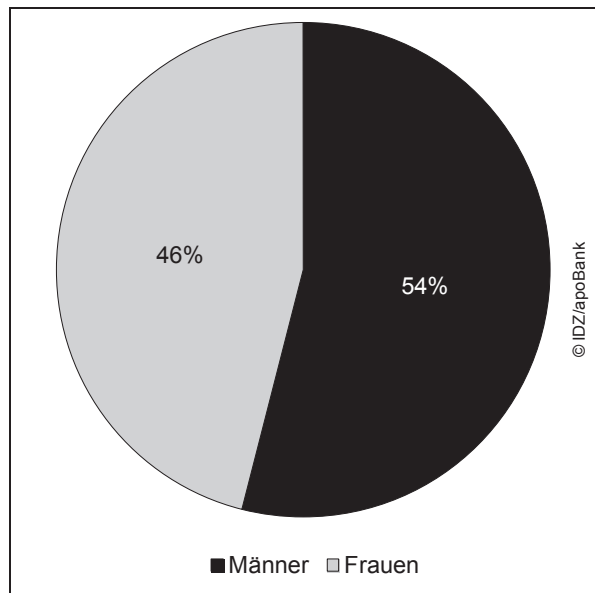


Abbildung 15: Geschlechtsverteilung (D)

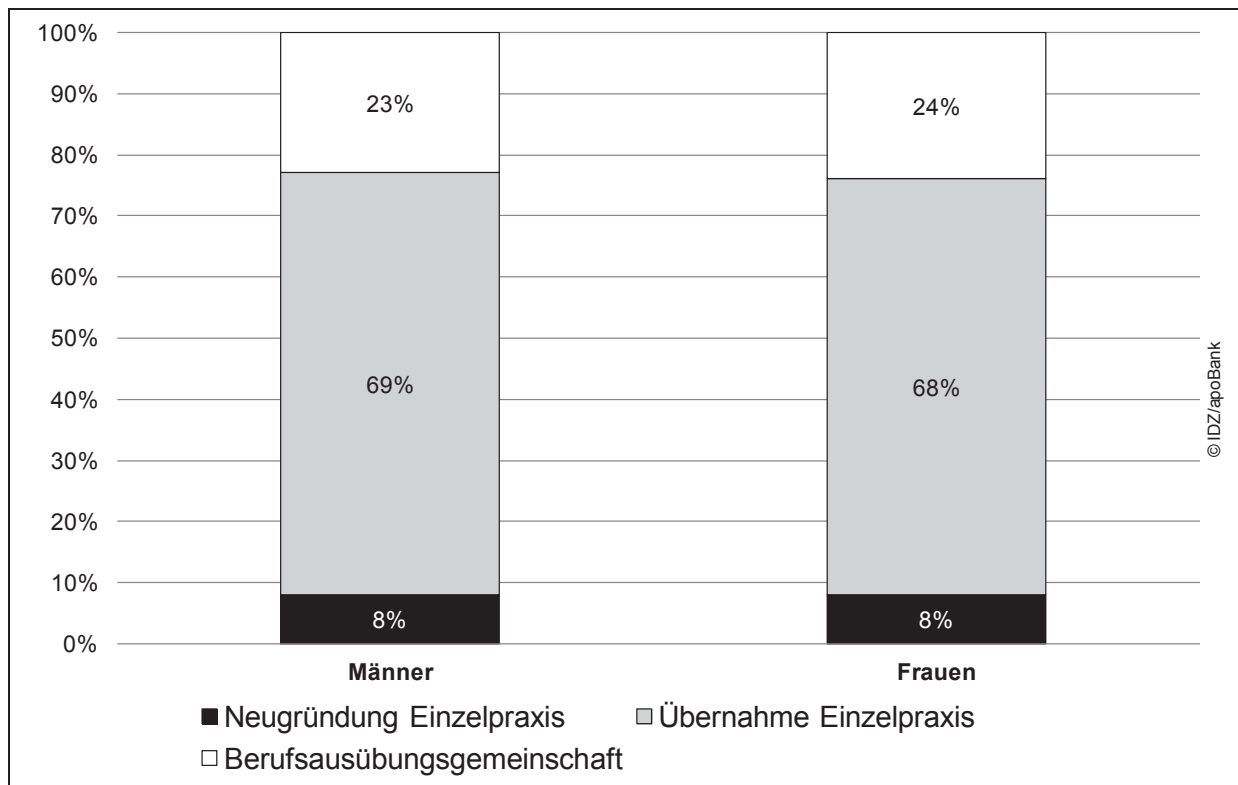


Abbildung 16: Art der Existenzgründung nach Geschlecht (D)

4 Exkurs: Fachzahnärztliche Praxen

Im Rahmen des InvestMonitors 2013 wird 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 73 Fachpraxen, die sich in 33 *kieferorthopädische Fachpraxen* sowie 40 *Fachpraxen für Oralchirurgie bzw. für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)* unterteilen. Statistisch stark abweichende Datensätze („Ausreißer“), bezogen auf die Gesamtinvestitionen und den Gesamtbetrag der Finanzierung, wurden nicht in die Mittelwertbildung einbezogen. 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)

			2012	2013
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	100	80
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		266	246
+	Sonstige Investitionen		35	117
=	Praxisinvestitionen		401	443
+	Betriebsmittelkredit		87	79
=	Finanzierungsvolumen		488	522

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

			2012	2013
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	164	134
+	Materieller Wert (Substanzwert)		74	60
=	Übernahmepreis		238	194
+	Modernisierung/Umbau		15	15
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		34	42
+	Sonstige Investitionen		9	18
=	Praxisinvestitionen		296	269
+	Betriebsmittelkredit		54	52
=	Finanzierungsvolumen		350	321

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

			2012	2013
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	48	90
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		276	317
+	Sonstige Investitionen		93	93
=	Praxisinvestitionen		417	500
+	Betriebsmittelkredit		83	77
=	Finanzierungsvolumen		500	577

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

			2012	2013
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	180	230
+	Materieller Wert (Substanzwert)		79	93
=	Übernahmepreis		259	323
+	Modernisierung/Umbau		14	16
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		45	26
+	Sonstige Investitionen		31	25
=	Praxisinvestitionen		349	390
+	Betriebsmittelkredit		45	42
=	Finanzierungsvolumen		394	432

Das statistische Strukturbild der allgemein Zahnärztlichen Praxen war insofern analog bei den fach Zahnärztlichen Praxen erkennbar, als die Neugründungen regelmäßig ein höheres Finanzierungsvolumen erforderten als die Übernahmen.

Gegenüber dem Vorjahr stieg das Finanzierungsvolumen neugegründeter Fachpraxen deutlich an, während sich die Finanzierungsvolumina im Falle von übernommenen Fachpraxen weniger dynamisch entwickelten.

Bei den Neugründungen von oralchirurgischen und MKG-Fachpraxen wurden vergleichsweise höhere Investitionen in die Modernisierung der Praxis sowie in medizinisch-technische Geräte und die Einrichtung getätigt, während bei den Übernahmen von oralchirurgischen und MKG-Fachpraxen ein gegenüber dem Durchschnitt der allgemein Zahnärztlichen Praxen deutlich höherer Goodwill gezahlt wurde.

Das Finanzierungsvolumen von kieferorthopädischen Fachpraxen lag im Durchschnitt bis zu 25 % über dem Niveau allgemein Zahnärztlicher Praxen. Bei Existenzgründungen von oralchirurgischen Praxen sowie von MKG-Fachpraxen wurde in der Regel ein um 35 % bis 50 % 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 2009 bis 2013 sind in den Tabellen 11 bis 15 dargestellt.

Tabelle 11: Neugründung einer Einzelpraxis (West)

		2009	2010	2011	2012	2013
	Modernisierung/Umbau	51	41	37	70	49
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	269	228	277	230	260
+	Sonstige Investitionen	41	42	48	37	59
=	Praxisinvestitionen	361	311	362	337	368
+	Betriebsmittelkredit	75	68	68	70	63
=	Finanzierungsvolumen	436	379	430	407	431

Im Jahr 2013 entfielen 11 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 27) auf die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 60 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 14 % auf sonstige Investitionen und 15 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 11). Gegenüber dem Vorjahr fiel der auf die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung entfallende Anteil um 6 Prozentpunkte, während die sonstigen Investitionen um 5 Prozentpunkte zulegten.

Tabelle 12: Übernahme einer Einzelpraxis (West)

		2009	2010	2011	2012	2013
	Ideeller Wert (Goodwill)	103	59	102	112	110
+	Materieller Wert (Substanzwert)	39	79	49	53	49
=	Übernahmepreis	142	138	151	165	159
+	Modernisierung/Umbau	18	19	23	18	15
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	65	73	64	58	63
+	Sonstige Investitionen	23	24	25	17	20
=	Praxisinvestitionen	248	254	263	258	257
+	Betriebsmittelkredit	57	60	54	57	52
=	Finanzierungsvolumen	305	314	317	315	309

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 222) wurden 2013 durchschnittlich 36 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 16 % für den Substanzwert, 5 % für die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 20 % für medizinisch-technische Geräte

und Einrichtung, 6 % für sonstige Investitionen sowie 17 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 12).

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 20) wurden 2013 durchschnittlich 11 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 51 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 23 % für sonstige Investitionen sowie 15 % 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 sonstigen Investitionen um 10 Prozentpunkte zulegen.

Tabelle 13: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (West)

			2009	2010	2011	2012	2013
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	34	24	60	67	40
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		139	188	141	186	181
+	Sonstige Investitionen		24	35	29	44	79
=	Praxisinvestitionen		197	247	230	297	300
+	Betriebsmittelkredit		47	52	33	42	53
=	Finanzierungsvolumen		244	299	263	339	353

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 13) wurden 2013 durchschnittlich 41 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 24 % für den Substanzwert, 5 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 13 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 3 % für sonstige Investitionen sowie 14 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 14). Gegenüber dem Vorjahr fällt der um 6 Prozentpunkte höhere Anteil für den Substanzwert ins Auge. Der auf die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung entfallende Anteil sank um 6 Prozentpunkte. Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 16 %.

Tabelle 14: Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft (West)

			2009	2010	2011	2012	2013
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	94	38	112	132	161
+	Materieller Wert (Substanzwert)		34	56	56	62	92
=	Übernahmepreis		128	94	168	194	253
+	Modernisierung/Umbau		7	8	21	20	18
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		45	41	24	65	52
+	Sonstige Investitionen		20	13	14	7	13
=	Praxisinvestitionen		200	156	227	286	336
+	Betriebsmittelkredit		39	34	44	52	55
=	Finanzierungsvolumen		239	190	271	338	391

Für den *Beitritt bzw. Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 46) wurden 2013 durchschnittlich 59 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 18 % für den Substanzwert, 2 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 6 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 5 % für sonstige Investitionen sowie 10 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 15). Gegenüber dem Vorjahr fällt der um 9 Prozentpunkte höhere Anteil für den Goodwill auf. Der Substanzwert nahm im Gegenzug um 5 Prozentpunkte ab.

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

		2009	2010	2011	2012	2013
	Ideeller Wert (Goodwill)	147	79	131	144	164
+	Materieller Wert (Substanzwert)	24	81	59	67	51
=	Übernahmepreis	171	160	190	211	215
+	Modernisierung/Umbau	17	9	8	4	5
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	39	19	21	28	17
+	Sonstige Investitionen	28	16	11	12	15
=	Praxisinvestitionen	255	204	230	255	252
+	Betriebsmittelkredit	20	21	23	36	27
=	Finanzierungsvolumen	275	225	253	291	279

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 = 21) in Ostdeutschland errechneten Mittelwerte können der Tabelle 16 entnommen werden. Demnach wurden 2013 durchschnittlich 36 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 12 % für den Substanzwert, 1 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 15 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 15 % für sonstige Investitionen sowie 21 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet.

Tabelle 16: Übernahme einer Einzelpraxis (Ost)

		2009	2010	2011	2012	2013
	Ideeller Wert (Goodwill)	59	48	55	63	71
+	Materieller Wert (Substanzwert)	26	39	26	26	24
=	Übernahmepreis	85	87	81	89	95
+	Modernisierung/Umbau	3	6	8	7	2
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	44	53	61	58	30
+	Sonstige Investitionen	10	17	17	13	30
=	Praxisinvestitionen	142	163	167	167	157
+	Betriebsmittelkredit	41	39	36	45	43
=	Finanzierungsvolumen	183	202	203	212	200

Der Vergleich mit der Finanzierungsstruktur von Einzelpraxisübernahmen in Westdeutschland macht deutlich, dass der Anteil, der in Ostdeutschland für den *Übernahmepreis* gezahlt wird, mit 48 % immer noch niedriger liegt als in Westdeutschland. Dort summierte sich der Übernahmepreis auf 51 % 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.

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* zu einer (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. Kurzinfo zum Stadt- und Gemeindetyp, Stand 31.12.2011. [Online], 2011, [Zugriffsdatum: 07.11.2014], URL: <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp_node.html>

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; eigene interne Auswertungen

Brecht, J. G., Meyer, V. P., Micheelis, W.: Prognose der Zahnärztezah und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030. Überprüfung und Erweiterung des Prognosemodells PROG20. IDZ-Information, 2009, (1), ISSN: 0931-9816

FIS (Forschungs-Informationssystem): Methodik der Bildung von Raumkategorien. [Online], erstellt 29.09.2010, Stand des Wissens: 07.08.2013, [Zugriffsdatum: 17.10.2013], 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 2013. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 2014

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.