

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

6. November 2017

## Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2016 (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 2016 werden gesamtdeutsche Finanzierungsvolumina der allgemein Zahnärztlichen Praxen dargestellt. In einem kurzen Exkurs wird zudem auf das Investitionsgeschehen in zahnärztlichen Fachpraxen eingegangen. Für das Jahr 2016 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Die **Übernahme** einer **Einzelpraxis** war im Jahr 2016 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. 63 % der Zahnärzte entschieden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit.
- Das Finanzierungsvolumen einer **Einzelpraxisübernahme** belief sich 2016 auf 342.000 Euro und lag damit etwa 5 % über dem Vorjahresniveau.
- Im Jahr 2016 betrug das Finanzierungsvolumen für die **Neugründung** einer **Einzelpraxis** 528.000 Euro und lag somit 9 % über dem Vorjahreswert.
- Im Jahr 2016 wählten 30 % der zahnärztlichen Existenzgründer die **Berufsausübungsgemeinschaft**; bei den jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzten (bis 30 Jahre) lag der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaft mit 35 % deutlich höher.
- Die Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft erforderte 2016 im Schnitt ein höheres Finanzierungsvolumen als im Vorjahr. Die **Neugründung** einer **Berufsausübungsgemeinschaft** schlug mit 339.000 Euro zu Buche, während die **Übernahme** einer **Berufsausübungsgemeinschaft** im Schnitt ein Finanzierungsvolumen in Höhe von 318.000 Euro erforderte.
- Während das Finanzierungsvolumen von **kieferorthopädischen Fachpraxen** im Durchschnitt um 35 % 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 65 % höheres Finanzierungsvolumen benötigt.

Die Autoren des InvestMonitors Zahnarztpraxis 2016 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](http://www.idz-koeln.de)) herunterzuladen.

Redaktion: Prof. Dr. A. Rainer Jordan

## Capital required to establish a new dental practice in 2016 (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 2016 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 2016:

- In 2016, the **acquisition of an existing individual dental practice** was the most frequent form of establishing a dental practice. 63% of the dentists decided in favour of starting up in a practice on their own account.
- In 2016, the capital required for **the acquisition of an existing individual practice** was 342,000 euro and 5% above the previous year's level.
- In 2016, the capital required for **starting up a new individual dental practice** amounted to 528,000 euro and 9% above the figure for the previous year.
- 30% of the dentists wishing to establish a new practice chose the **joint dental practice** in 2016; for younger female and male dentists (up to the age of 30) the proportion of joint dental practice was significantly higher (35%).
- Compared to the previous year, **establishing a joint dental practice** required a significantly higher financing volume in 2016. **Starting up a new joint dental practice** amounted to 339,000 euro whilst the **purchase of an established joint dental practice** required an average financing volume of 318,000 euro.
- Whilst the financing volume of **orthodontic specialist' practices** averaged 35% 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 65% higher compared to the financing volume of general dental practices.

The authors of the InvestMonitor Dental Practice 2016 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](http://www.idz-koeln.de)).

Editor-in-Chief: Prof. Dr. A. Rainer Jordan

# Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2016 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

David Klingenberg  
Bernd Köhler

## Inhaltsverzeichnis

1	Methodische Vorbemerkungen .....	3
2	Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen.....	5
3	Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens in Deutschland .....	5
3.1	Finanzierungsdaten allgemeinzahnärztlicher 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.....	16
3.1.6	Betriebsmittelkredit .....	17
3.2	Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten .....	18
3.2.1	Art der Existenzgründung .....	18
3.2.2	Praxislage .....	20
3.2.3	Alter der Existenzgründer .....	22
3.2.4	Geschlecht der Existenzgründer.....	24
4	Exkurs: Fachzahnärztliche Praxen .....	25
5	Exkurs: Regionale Finanzierungsdaten von allgemeinzahnärztlichen Praxen .....	27
5.1	Alte Bundesländer inkl. Berlin .....	27
5.2	Neue Bundesländer .....	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 2016 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen im Zeitraum von 2012 bis 2016 zu analysieren.

Die *Datenbasis* des vorliegenden InvestMonitors Zahnarztpraxis 2016 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 2016 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 474, die sich im Verhältnis 7 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 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 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 Beschäftigungseffekte von den zahnärztlichen Existenzgründungen ausgehen, wird deutlich, wenn man die Niederlassungszahlen der letzten Jahre betrachtet.

Insgesamt wurden in den Jahren 2015/2016 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 2015 (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 2016 entschieden sich 1.301 Zahnärzte (2015: 1.299) 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 2016 entfielen 9 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 27) auf Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 53 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 27 % auf sonstige Investitionen und 11 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 1). Gegenüber dem Vorjahr stiegen die sonstigen Investitionen um 13 Prozentpunkte, während die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung um 6 Prozentpunkte sanken. Das Finanzierungsvolumen nahm um 9 % zu.

**Tabelle 1: Neugründung einer Einzelpraxis (D)**

			2012	2013	2014	2015	2016
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	69	49	62	66	48
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		231	252	209	288	280
+	Sonstige Investitionen		38	64	89	67	142
=	Praxisinvestitionen		338	365	360	421	470
+	Betriebsmittelkredit		68	62	62	63	58
=	Finanzierungsvolumen		406	427	422	484	528

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 234) wurden 2016 durchschnittlich 34 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 13 % für den Substanzwert, 6 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 20 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 10 % für sonstige Investitionen sowie 17 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 2). Gegenüber dem Vorjahr stieg das Finanzierungsvolumen um 5 %.

**Tabelle 2: Übernahme einer Einzelpraxis (D)**

			2012	2013	2014	2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	105	107	112	124	117
+	Materieller Wert (Substanzwert)		50	47	55	48	44
=	Übernahmepreis		155	154	167	172	161
+	Modernisierung/Umbau		16	14	16	18	20
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		58	60	59	60	69
+	Sonstige Investitionen		17	21	23	23	34
=	Praxisinvestitionen		246	249	265	273	284
+	Betriebsmittelkredit		55	51	57	53	58
=	Finanzierungsvolumen		301	300	322	326	342

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 21) wurden 2016 durchschnittlich 16 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 57 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 16 % für sonstige Investitionen sowie 11 %

für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 3). Gegenüber dem Vorjahr blieben die Finanzierungsstruktur sowie das Finanzierungsvolumen relativ stabil.

**Tabelle 3: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (D)**

			2012	2013	2014	2015	2016
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	64	40	73	45	53
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		192	181	163	202	193
+	Sonstige Investitionen		42	79	44	50	56
=	Praxisinvestitionen		298	300	280	297	302
+	Betriebsmittelkredit		42	53	32	33	37
=	Finanzierungsvolumen		340	353	312	330	339

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 46) wurden 2016 durchschnittlich 39 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 12 % für den Substanzwert, 9 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 22 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 5 % für sonstige Investitionen sowie 13 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 4). Gegenüber dem Vorjahr blieb die Finanzierungsstruktur relativ stabil. Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 9 %.

**Tabelle 4: Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft (D)**

			2012	2013	2014	2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	125	146	103	116	123
+	Materieller Wert (Substanzwert)		59	81	42	41	39
=	Übernahmepreis		184	227	145	157	162
+	Modernisierung/Umbau		20	17	17	25	29
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		61	55	46	53	68
+	Sonstige Investitionen		8	12	15	15	17
=	Praxisinvestitionen		273	311	223	250	276
+	Betriebsmittelkredit		48	54	39	42	42
=	Finanzierungsvolumen		321	365	262	292	318

Für den *Beitritt/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 43) wurden 2016 durchschnittlich 56 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 19 % für den Substanzwert, 2 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 7 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 4 % für sonstige Investitionen sowie 12 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 5). Gegenüber dem Vorjahr sank der ideelle Wert um 7 Prozentpunkte, während der Betriebsmittelkredit um 5 Prozentpunkte stieg. Insgesamt sank das Finanzierungsvolumen deutlich um 23 %.

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

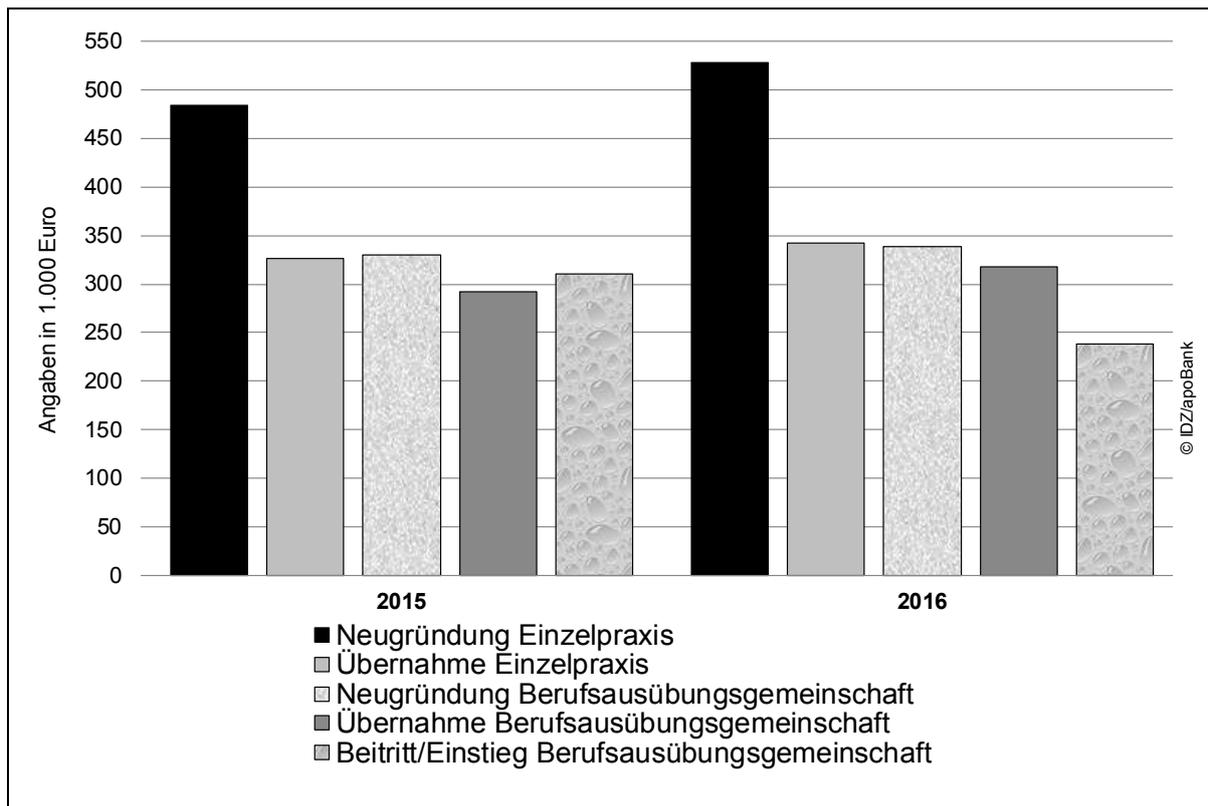
		2012	2013	2014	2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	138	156	150	195	134
+	Materieller Wert (Substanzwert)	64	49	47	58	46
=	Übernahmepreis	202	205	197	253	180
+	Modernisierung/Umbau	4	5	9	11	4
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	24	16	30	18	16
+	Sonstige Investitionen	11	19	15	7	9
=	Praxisinvestitionen	241	245	251	289	209
+	Betriebsmittelkredit	34	27	30	21	29
=	Finanzierungsvolumen	275	272	281	310	238

### 3.1.1 Gesamtfinanzierungsvolumina

Im direkten Vergleich nach Praxisform wurde im Jahr 2016, wie schon in den Vorjahren, bei der Niederlassungsform der *Einzelpraxisneugründung* mit 528.000 Euro im Durchschnitt das höchste Gesamtfinanzierungsvolumen aufgewendet. Der Abstand zur Niederlassungsform der Einzelpraxisübernahme vergrößerte sich gegenüber dem Vorjahr, da das Finanzierungsvolumen der *Einzelpraxisübernahmen* mit 342.000 Euro lediglich 16.000 Euro über dem Vorjahresniveau lag, während das Finanzierungsvolumen der Einzelpraxisneugründungen gegenüber 2015 um 44.000 Euro bzw. 9 % anstieg. Bei den *Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften* war nach einem deutlichen Rückgang des Finanzierungsvolumens in 2014 ein erneuter Anstieg des Finanzierungsvolumens in Höhe von 26.000 Euro bzw. 9 % zu verzeichnen. Das im Rahmen der *Neugründung von Berufsausübungsgemeinschaften* aufzubringende Finanzierungsvolumen stieg ebenfalls um 9.000 Euro (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 2016 traf dies auf 76 % der Finanzierungen von Niederlassungen in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft zu); bei 7 % der Niederlassungen in einer Berufsausübungsgemeinschaft wurde ein Praxisanteil von 33 % erworben. Die durchschnittliche Beteiligungsquote im Jahr 2016 lag bei 44 %.

Vergleicht man die *Neugründungen* von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften hinsichtlich des benötigten Finanzierungsvolumens, so war die Einzelpraxisneugründung in den vergangenen Jahren durchgängig teurer (vgl. Tab. 1 und Tab. 3). Die Differenz der Finanzierungsbeträge beträgt aktuell 189.000 Euro.



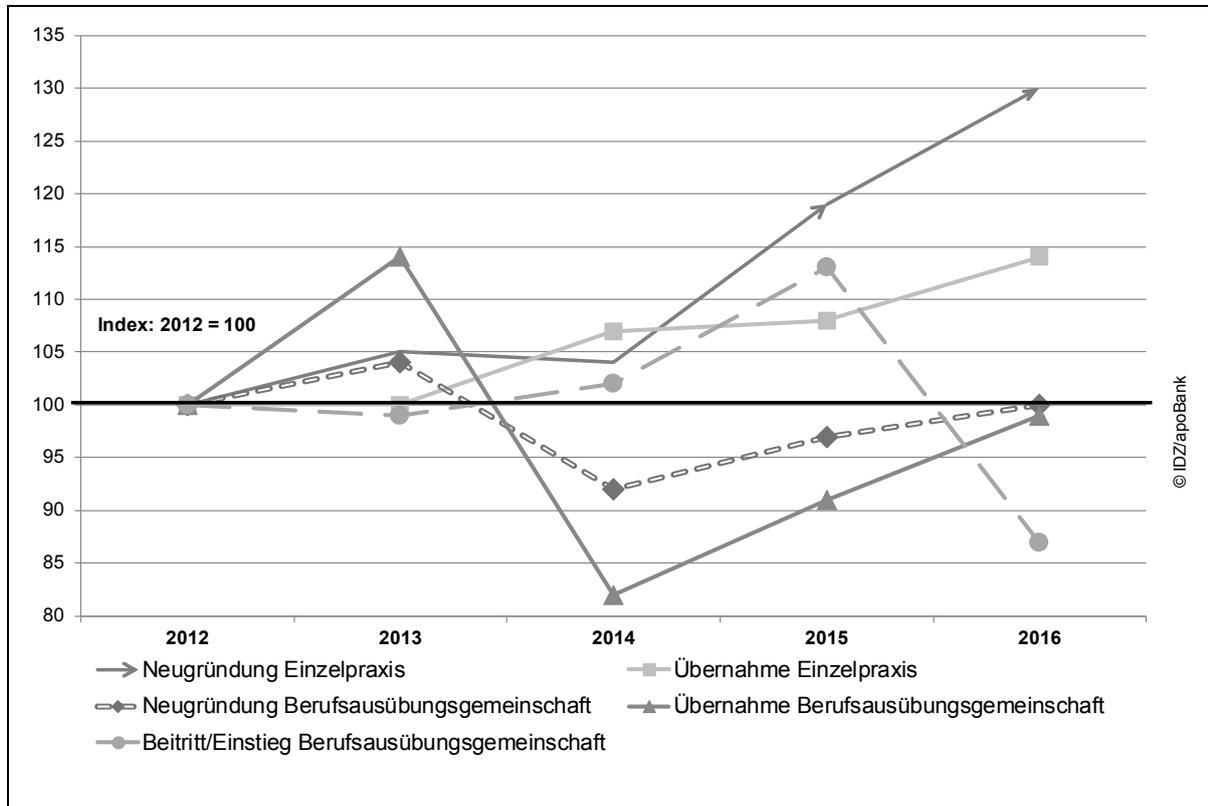
**Abbildung 1: Gesamtfinanzierungsvolumina bei der Niederlassung (D)**

Der Vergleich der *Übernahmen* von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften zeigt, dass die Übernahme einer Einzelpraxis im Jahr 2016 höhere Investitionen erforderte als die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft. Der finanzielle Mehraufwand beträgt aktuell 24.000 Euro.

Die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen einer *Einzelpraxisneugründung* und einer *Einzelpraxisübernahme* beträgt derzeit 186.000 Euro (2015: 158.000 Euro). Bei den *Berufsausübungsgemeinschaften* sind die Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt. Hier lag das Finanzierungsvolumen in der Niederlassungsform der Neugründung um 21.000 Euro über dem einer Übernahme. Im Vorjahr hatte die Neugründung noch einen finanziellen Mehraufwand von 38.000 Euro gegenüber einer Neugründung erfordert.

Betrachtet man die Entwicklung des Gesamtfinanzierungsvolumens von 2012 bis 2016 differenziert nach Praxisform, so zeigen sich sehr unterschiedliche Verläufe (Abb. 2). Für die Niederlassungsformen der Einzelpraxisübernahme ist eine Entwicklung ohne größere Schwankungen erkennbar. Bei den *Berufsausübungsgemeinschaften* verläuft die Entwicklung generell deutlich wechselhafter. Am stärksten ausgeprägt sind die Schwankungen bei den *Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften*. Für die Neugründung und die Übernahme einer Einzelpraxis gilt, dass das Gesamtfinanzierungsvolumen im betrachteten Zeitraum seit 2012 gestiegen ist: bei der Praxis-

form der Übernahme um 14 %, bei den Neugründungen hingegen um 30 %. Der indexierte Vergleich der letzten fünf Jahre macht ersichtlich, dass im Falle der Berufsausübungsgemeinschaften die Finanzierungsvolumina des Jahres 2016 in allen Gründungsformen unter dem Niveau des Jahres 2012 liegen.



**Abbildung 2: Entwicklung der Gesamtfinanzierungsvolumina im Zeitraum 2012–2016 (D)**

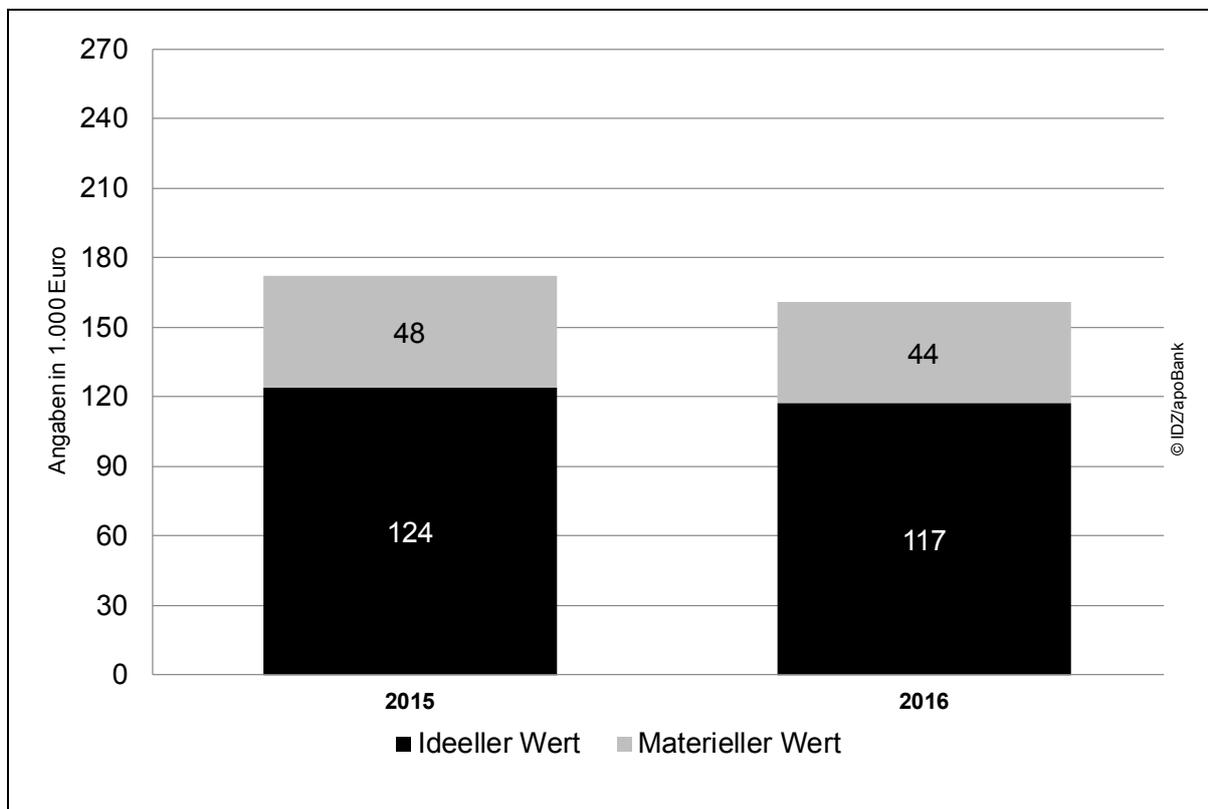
Eine *nach Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die Existenzgründer der mittleren Altersgruppe (31 bis 40 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 551.000 Euro für eine *Einzelpraxisneugründung* im Jahr 2016 am meisten investierten. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* tätigte die ebenfalls Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 360.000 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 289.000 Euro.

*Geschlechtsspezifische Unterschiede* im Hinblick auf das Finanzierungsvolumen blieben auch im Jahr 2016 erhalten. In die Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 543.000 Euro und damit 7 % mehr als die Frauen, die im Schnitt 509.000 Euro investierten. Bei der Einzelpraxisübernahme lagen die Finanzierungsvolumina weiblicher Zahnärzte mit 301.000 Euro etwa 19 % niedriger als die Investitionen der männlichen Kollegen, die 372.000 Euro investierten.

Im Hinblick auf die *Praxislage* erforderte die *Einzelpraxisneugründung* im ländlichen Bereich im Jahr 2016 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Hier betrug das Finanzierungsvolumen im Schnitt 569.000 Euro. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde in mittelstädtischen Praxislagen mit einem Betrag von 360.000 Euro das höchste Finanzierungsvolumen aufgewendet.

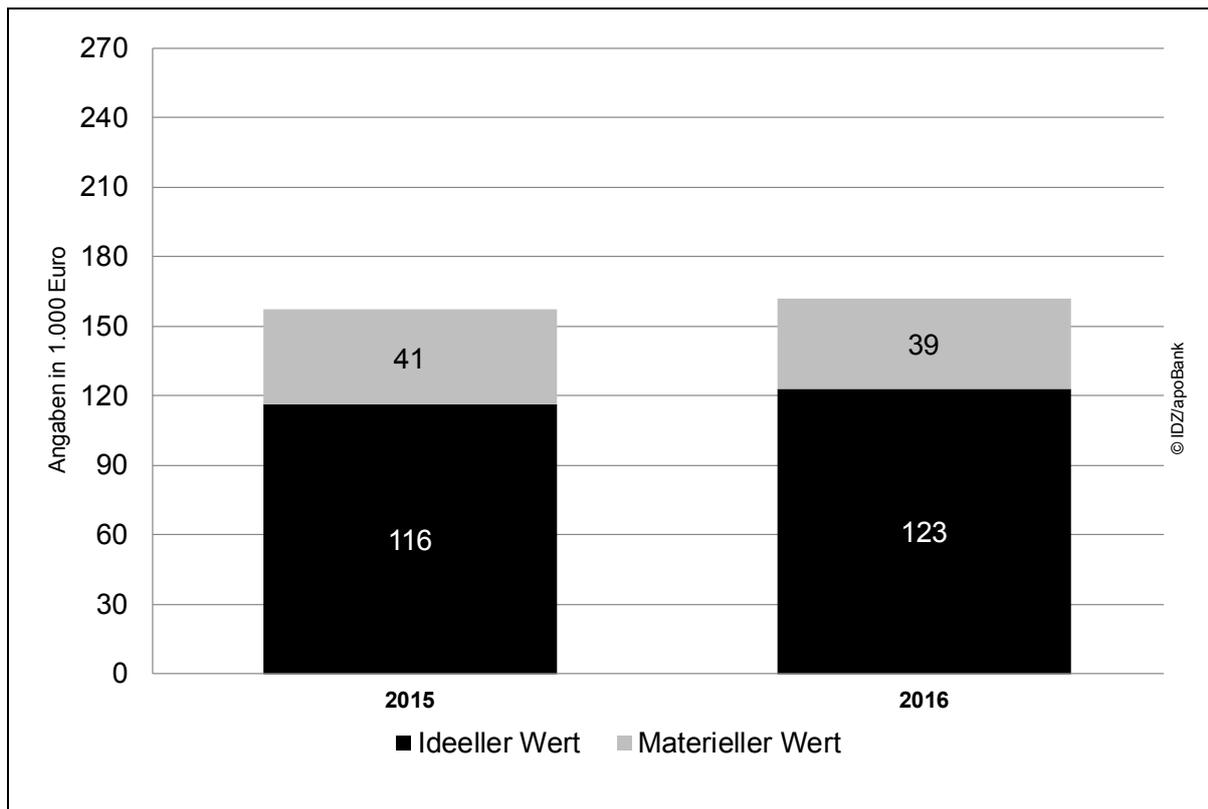
### 3.1.2 Ideeller Wert und materieller Wert

Im Jahr 2016 entwickelte sich der *Übernahmepreis* von Einzelpraxen und von Berufsausübungsgemeinschaften unterschiedlich. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde im Schnitt ein Übernahmepreis von 161.000 Euro gezahlt, was einem Rückgang um 6 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 3). Von diesem Betrag entfielen etwa 73 % (2015: 72 %) auf den Goodwill und 27 % (2015: 28 %) 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 3 % auf nunmehr 162.000 Euro (Abb. 4). Der auf den Goodwill entfallende Anteil betrug 76 % (2015: 74 %), während 24 % des Betrages für den Substanzwert gezahlt wurde (2015: 26 %).



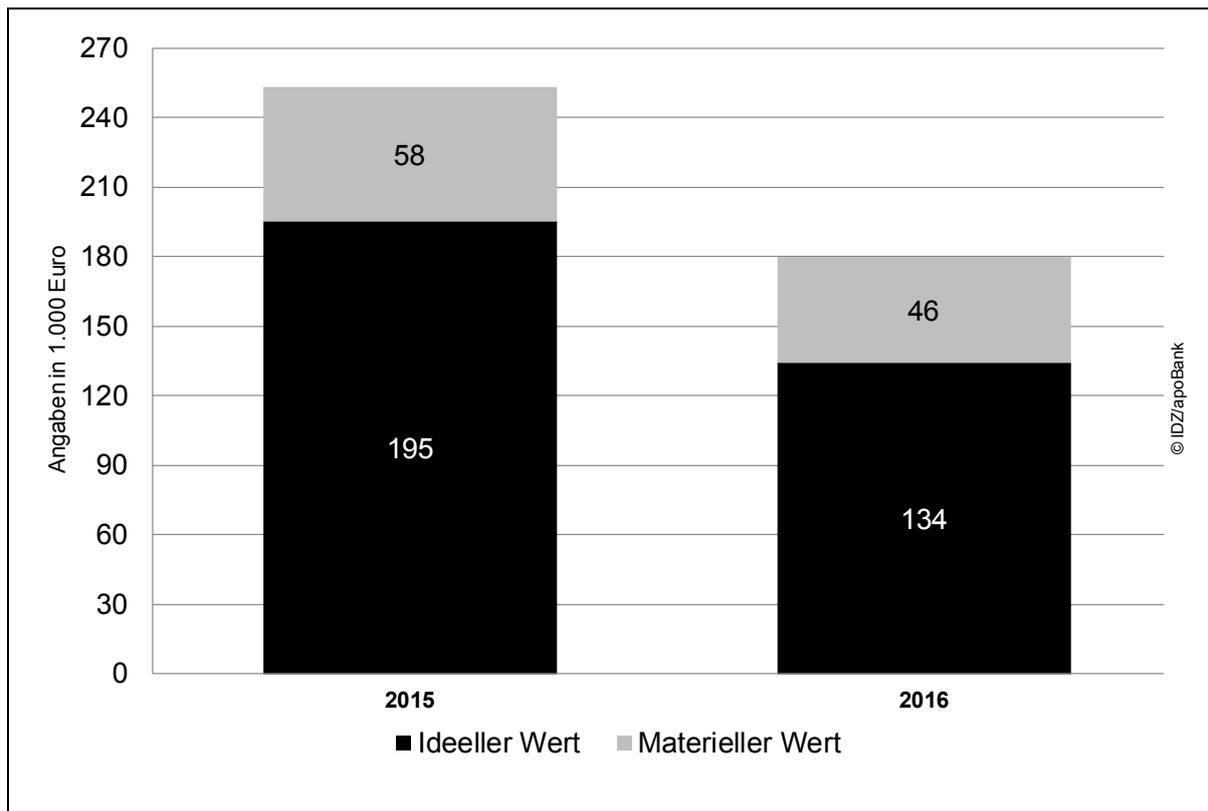
**Abbildung 4: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Übernahme Berufsausübungsgemeinschaft (D)**

Der Übernahmepreis im Falle eines Beitritts/Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft betrug 180.000 Euro, was einem deutlichen Rückgang um 29 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 5). Der auf den Goodwill entfallende Anteil betrug 74 % (2015: 77 %), während für den Substanzwert 26 % (2015: 23 %) des Betrages aufgewendet wurden.

Die *nach dem Alter differenzierte Betrachtung* macht deutlich, dass der Übernahmepreis in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit 169.000 Euro bei einer Einzelpraxisübernahme am höchsten ausfällt. Die älteren Existenzgründer (über 40 Jahre) zahlten im Schnitt 147.000 Euro.

Im Hinblick auf den Übernahmepreis zeigten sich zudem *geschlechtsspezifische Unterschiede*. Während die weiblichen Existenzgründer einen durchschnittlichen Übernahmepreis von 132.000 Euro für eine Einzelpraxisübernahme zahlten, belief sich der Übernahmepreis der männlichen Kollegen im Schnitt auf 182.000 Euro.

Eine *nach Verstädterungsgrad differenzierte Betrachtung* des Übernahmepreises zeigt, dass in den mittelstädtischen Lagen die höchsten Übernahmepreise für Einzelpraxisübernahmen gezahlt wurden – im Durchschnitt 176.000 Euro. Im eher ländlichen Bereich wurde demgegenüber ein durchschnittlicher Übernahmepreis von 146.000 Euro ausgehandelt.



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

Zwar existiert in der Regel ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Goodwill und der Entwicklung des Einnahmenüberschusses (KZBV, 2016), jedoch unterscheiden sich die prozentualen Veränderungsdaten. 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.

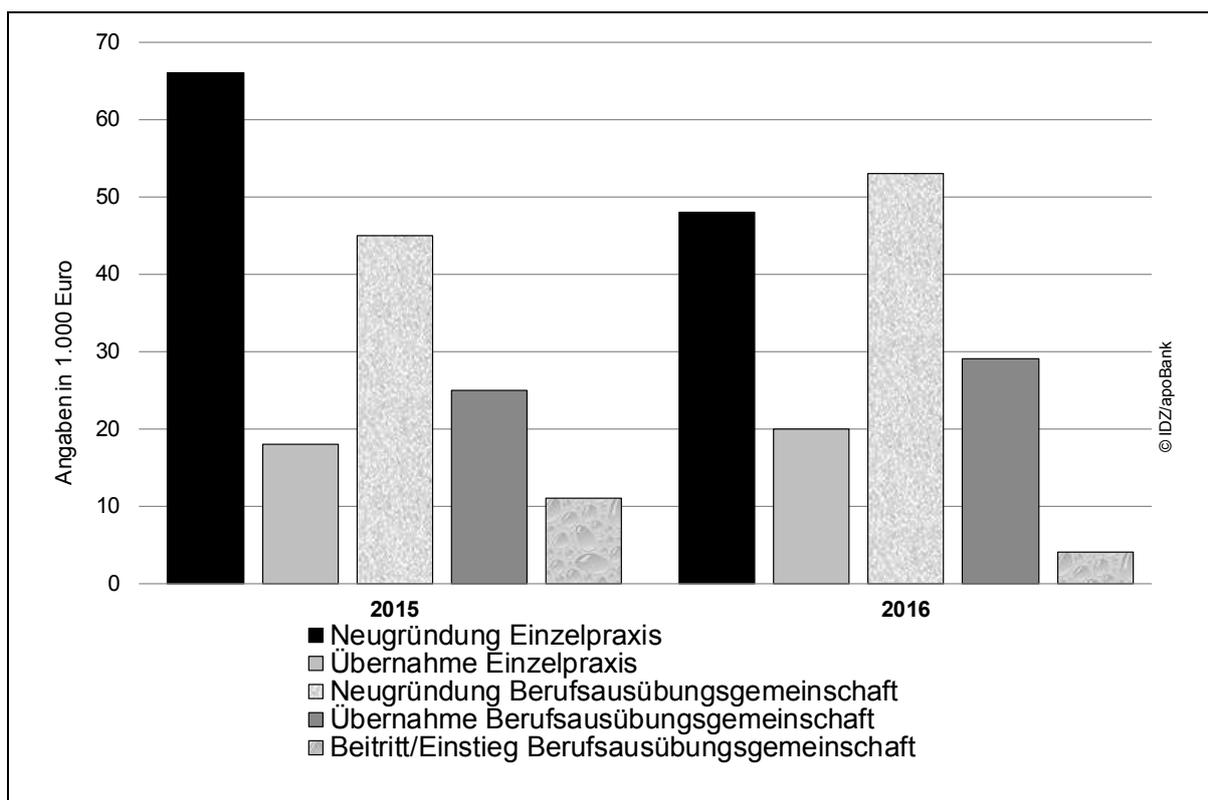
Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill zunimmt. Mit dem Vorjahresumsatz wird hier der Gesamtumsatz einer Zahnarztpraxis, d. h. zahnärztlicher Honorarumsatz und Fremdlaboraausgaben, bezeichnet. Das Verhältnis zwischen Goodwill und Vorjahresumsatz lag in 39 % der erfassten Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 27 % der Finanzierungsfälle lag dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20, in 12 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40 und in 5 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,41 und 0,50. Bei einer Praxisübernahme im Jahr 2016 machte der Goodwill im Durchschnitt etwa 27 % des Vorjahresumsatzes aus.

### 3.1.3 Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen

Im Jahr 2016 sanken die Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* um 18.000 Euro auf 48.000 Euro, bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* fielen im Schnitt 53.000 Euro und damit 8.000 Euro mehr als noch im Vorjahr an.

Die bei einer *Praxisübernahme* anfallenden Investitionen für Modernisierung und Umbau sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen bei der *Einzelpraxisübernahme* im Jahr 2016 bei 20.000 Euro (2015: 18.000 Euro); bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 29.000 Euro (2015: 25.000 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 mittelstädtischen Umfeld mit 69.000 Euro zu Buche schlugen, betrug sie im großstädtischen Bereich lediglich 30.000 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 2016 insgesamt 280.000 Euro hierfür investiert; im Vorjahr waren es 288.000 Euro (Abb. 7). Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* beliefen sich diese Investitionen auf 193.000 Euro (2015: 202.000 Euro). Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 69.000 Euro in die medizinisch-technischen Geräte plus Einrichtung investiert; bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 68.000 Euro.

Die *nach dem Alter differenzierte Betrachtung* zeigt, dass die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit 294.000 Euro bei einer Einzelpraxisneugründung am höchsten ausfällt. Die Existenzgründer in der Altersgruppe bis 30 Jahre zahlten im Schnitt lediglich 250.000 Euro.

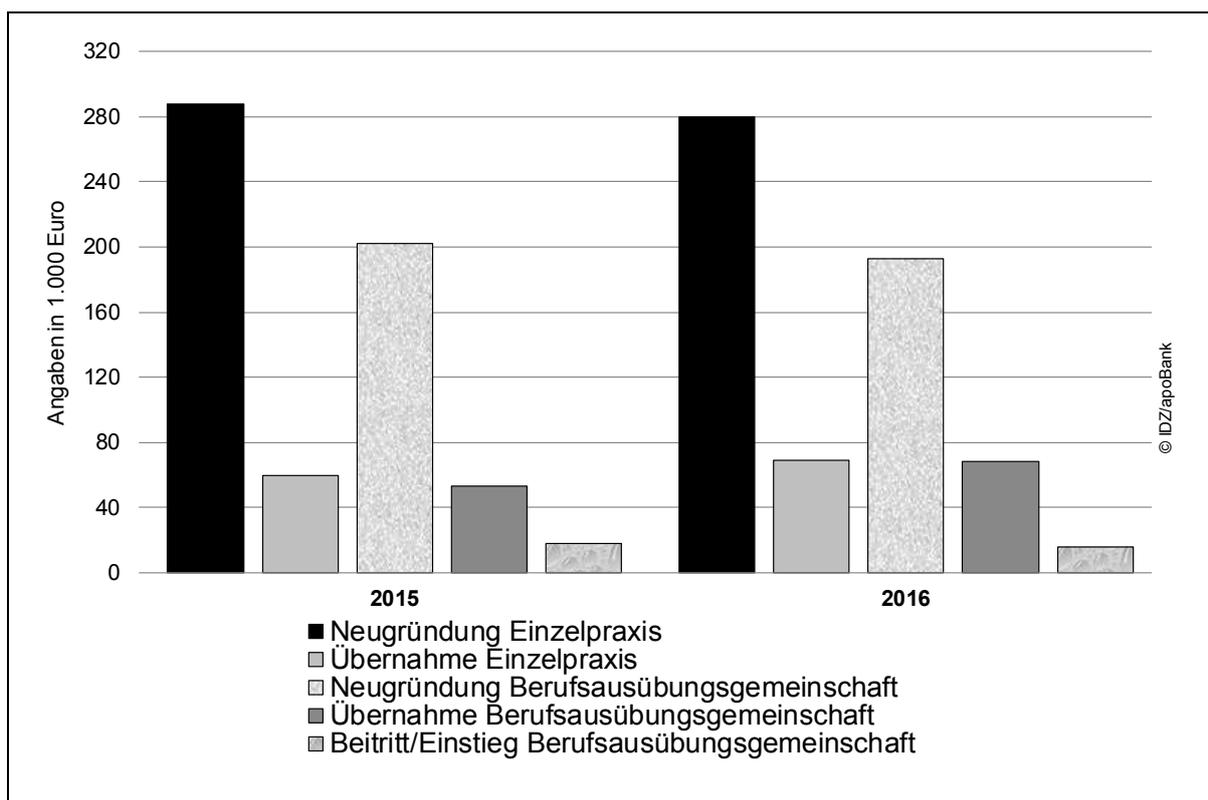


Abbildung 7: Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung bei der Niederlassung (D)

Im Hinblick auf die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung zeigten sich im Jahr 2016 anders als im Vorjahr deutliche *geschlechtsspezifische Unterschiede*. Während die weiblichen Existenzgründer im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung im Schnitt 196.000 Euro für diesen Posten zahlten, beliefen sich die Investitionen der männlichen Kollegen für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung auf 347.000 Euro.

Eine nach *Verstädterungsgrad* differenzierte Betrachtung der Investitionen von medizinisch-technischen Geräten und Einrichtung zeigt, dass in den ländlichen Lagen bei Einzelpraxisneugründungen die höchsten Beträge für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung getätigt wurden – im Durchschnitt 300.000 Euro. Im großstädtischen Bereich wurde demgegenüber ein Durchschnittsbetrag von 220.000 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. Beispielfhaft 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 10 % auf diese Kategorie entfiel, summierten sich die sonstigen Investitionen bei den Praxisneugründungen zu einer Größenordnung von 16 % bis 27 % am gesamten Finanzierungsvolumen.

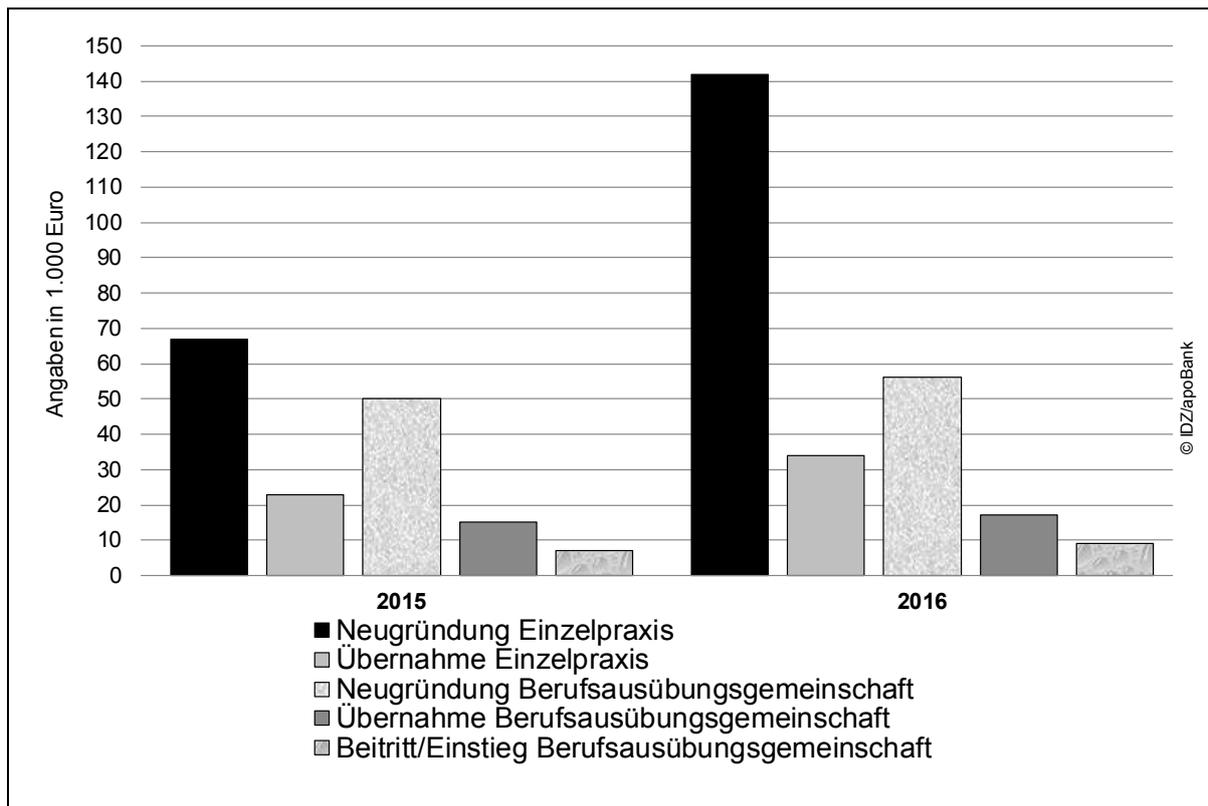


Abbildung 8: Sonstige Investitionen bei der Niederlassung (D)

### 3.1.6 Betriebsmittelkredit

Der Betriebsmittelkredit (s. Glossar) im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* betrug im Jahr 2016 im Schnitt 58.000 Euro (2015: 63.000 Euro). Der im Rahmen einer *Einzelpraxisübernahme* gewährte Betriebsmittelkredit stieg im gleichen Zeitraum um 5.000 Euro auf nunmehr 58.000 Euro (Abb. 9).

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die jüngeren Zahnärzte (bis 30 Jahre) im Jahr 2016 mit einem durchschnittlichen Betriebsmittelkredit von 75.000 Euro für eine *Einzelpraxisneugründung* die höchsten Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt haben.

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites waren praktisch keine *geschlechtsspezifischen Unterschiede* zu erkennen. Männer fragten bei einer *Einzelpraxisneugründung* mit 59.000 Euro einen um 1.000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen.

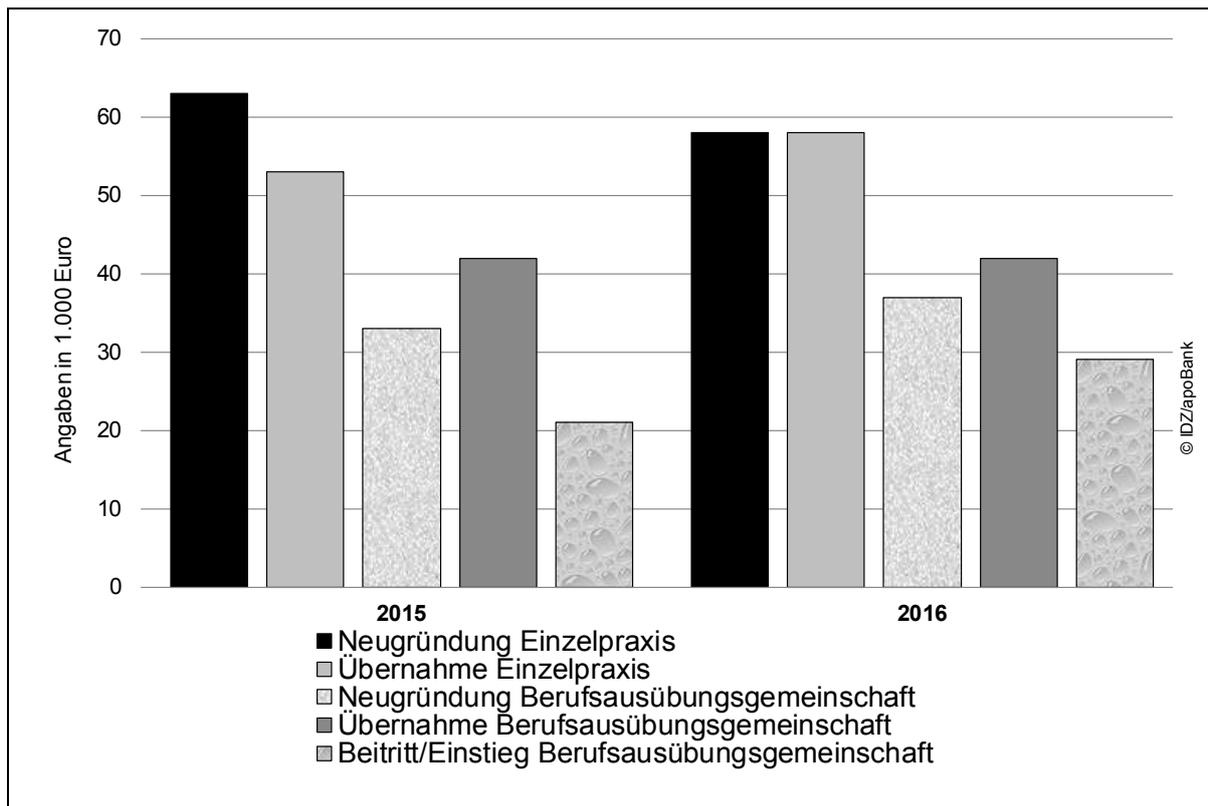


Abbildung 9: Betriebsmittelkredit bei der Niederlassung (D)

### 3.2 Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

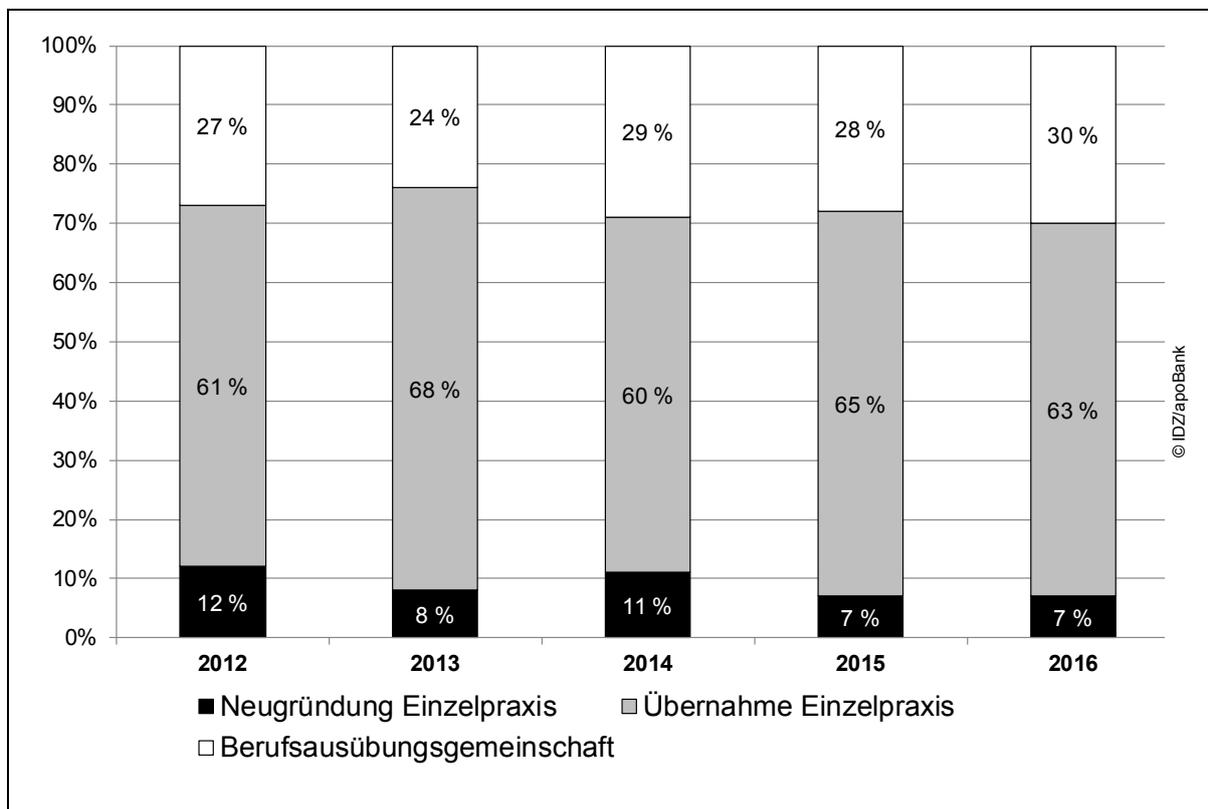
Die Höhe der Investitionen bei einer Niederlassung wird durch die Art der Existenzgründung, den gewählten Praxisstandort, das Alter sowie das Geschlecht des zahnärztlichen Existenzgründers maßgeblich beeinflusst.

#### 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 2012 bis 2016 relativ konstant geblieben und beträgt aktuell 63 % (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).



**Abbildung 10: Art der Existenzgründung (D)**

Die Einzelpraxisneugründung stellt mit einem Anteilswert zwischen 7 % und 12 % in den letzten fünf Jahren die am seltensten gewählte Niederlassungsform dar. Im Jahr 2016 betrug der Anteil wie schon im Vorjahr 7 %.

Der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* schwankte im Zeitraum von 2012 bis 2016 zwischen 24 % und 30 %. Im Jahr 2016 betrug der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften 30 %. 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 20 % um 11 Prozentpunkte niedriger als in den alten Bundesländern. Für eine *Einzelpraxisübernahme* entschieden sich 76 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern, in den alten Bundesländern waren es 61 %.

### 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 Zahnarzt-dichte (Einwohner je behandelnd tätigen Zahnarzt) sowie die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme beeinflusst.

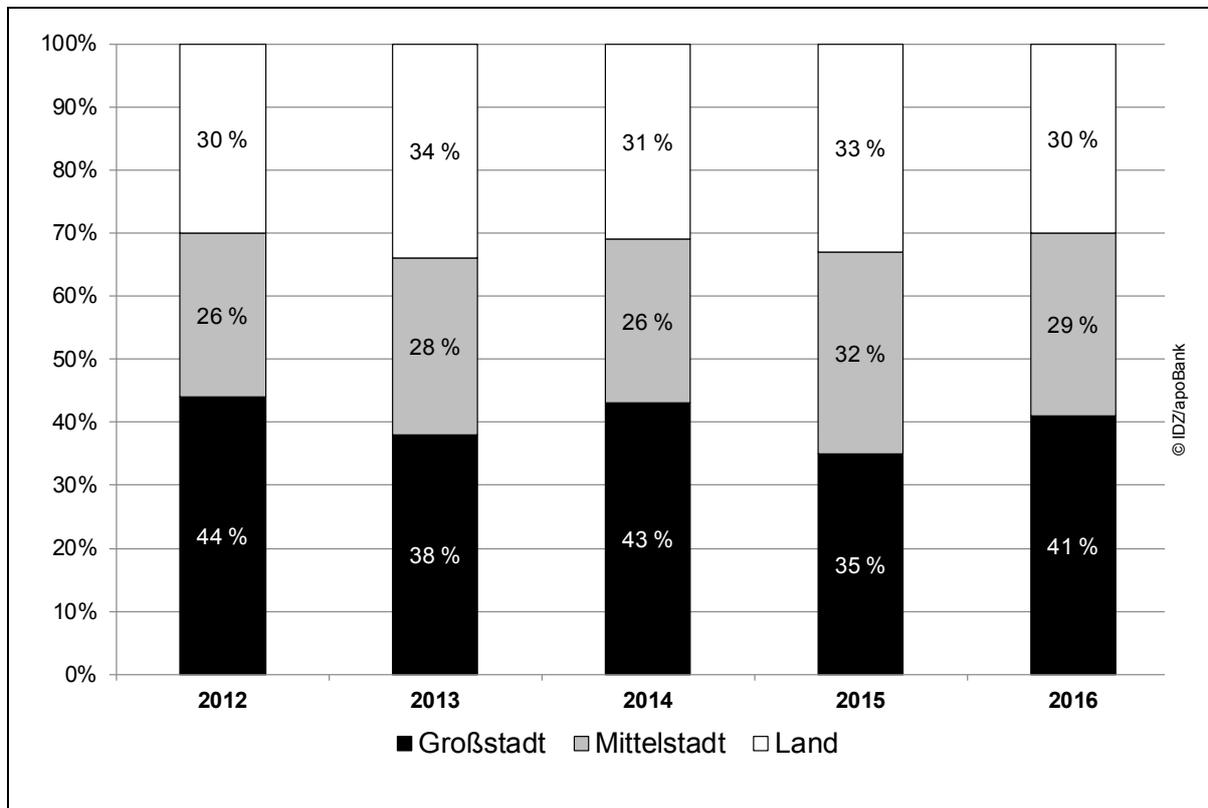
Die Einteilung der Ortsgrößen wird in Tabelle 6 dargestellt. Die Klassifizierung der Ortsgrößen erfolgt in Anlehnung an die Siebener-Systematik der sog. BIK-Strukturtypen (GESIS, 2013). Diese Form der Einteilung der Gemeinden hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre in der Raumforschung und -planung 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 31,4 % der deutschen Wohnbevölkerung zugerechnet werden, dem mittelstädtischen Gemeindetyp 28,6 %, während 40,0 % der Bevölkerung in eher kleinstädtisch-ländlich geprägten Gebieten angesiedelt sind (Stand: 31.12.2015; BBSR, 2017).

**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 2016 zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich 41 % betrug, während im mittelstädtischen Bereich 29 % der Existenzgründungen angesiedelt waren. Auf den eher ländlichen Bereich entfiel ein Anteil von 30 %. Die Verteilung der Existenzgründungen nach Praxislage blieb über die vergangenen fünf Jahre vergleichsweise stabil (Abb. 11).



**Abbildung 11: Praxislage (D)**

In den alten Bundesländern wurden 42 % der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich realisiert, in den neuen Bundesländern waren es 32 %. Demgegenüber entfielen 36 % der Existenzgründungen den neuen Bundesländern auf die ländlichen Lagen, während der entsprechende Anteil in den alten Bundesländern 29 % 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 2016 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 Einzelpraxisneugründung in großstädtischen Lagen nur noch sehr selten realisiert werden. Demgegenüber wurde in großstädtischen Lagen vergleichsweise häufiger die Niederlassung in Form einer Einzelpraxisübernahme realisiert.

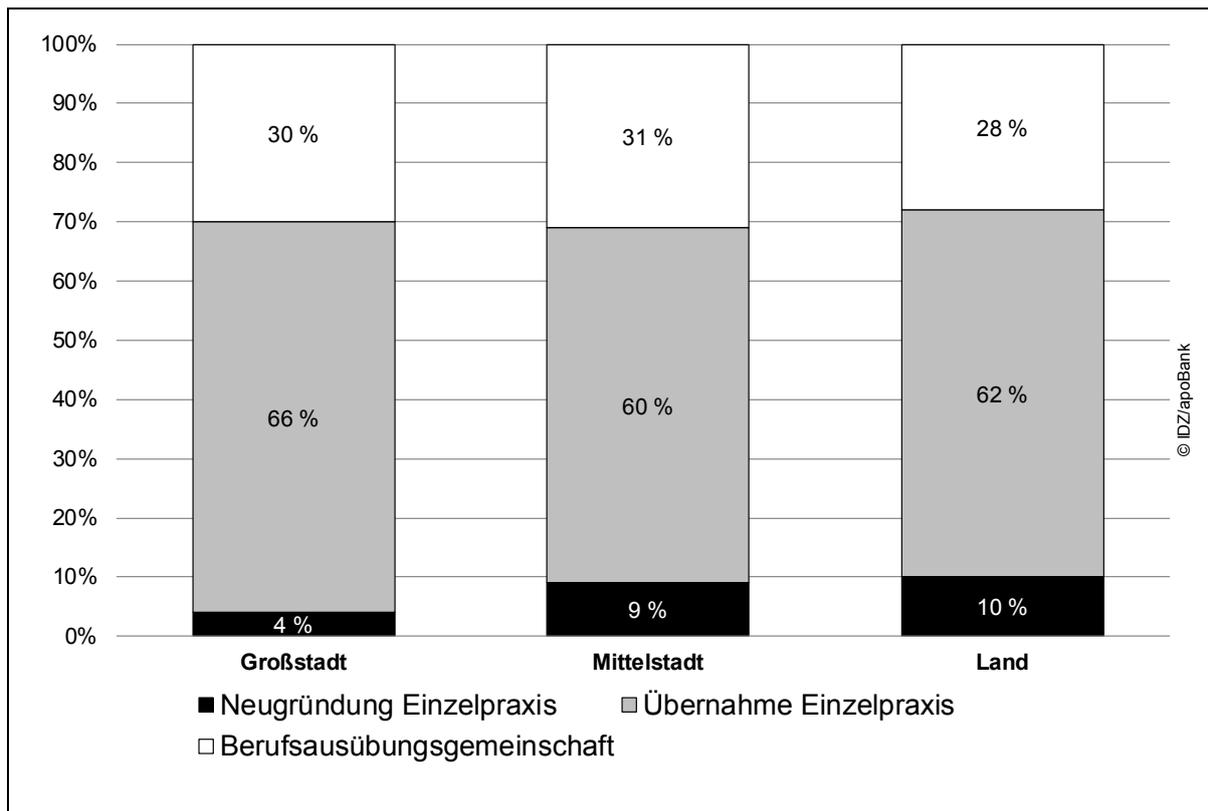


Abbildung 12: Art der Existenzgründung nach Praxislage (D)

### 3.2.3 Alter der Existenzgründer

Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer lässt erkennen, dass sich 16 % bis zum 30. Lebensjahr niederlassen, während 20 % bereits das 40. Lebensjahr überschritten haben. 64 % der Existenzgründer waren zwischen 31 und 40 Jahre alt (Abb. 13). In *den neuen Bundesländern* gab es vergleichsweise mehr jüngere Existenzgründer (22 %) und weniger ältere Existenzgründer (14 %) als in den alten Bundesländern.

Das *Durchschnittsalter* der zahnärztlichen Existenzgründer bei der *Erstniederlassung* betrug 35,9 Jahre. In den neuen Bundesländern war es mit 34,5 Jahren niedriger, in den alten Bundesländern mit 36,1 Jahren etwas höher. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 35,5 Jahre, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt 36,5 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 verstärkt von der jüngeren und mittleren Altersgruppe nachgefragt wurde.

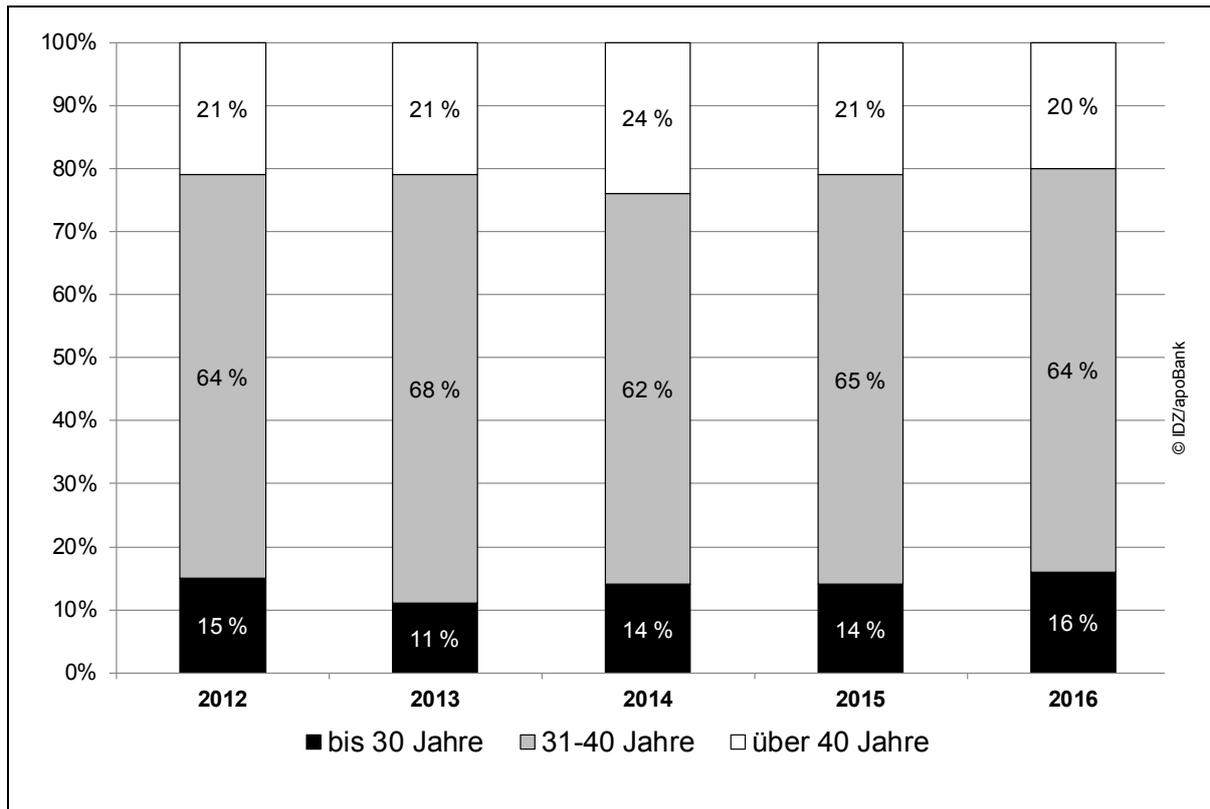


Abbildung 13: Altersgruppen (D)

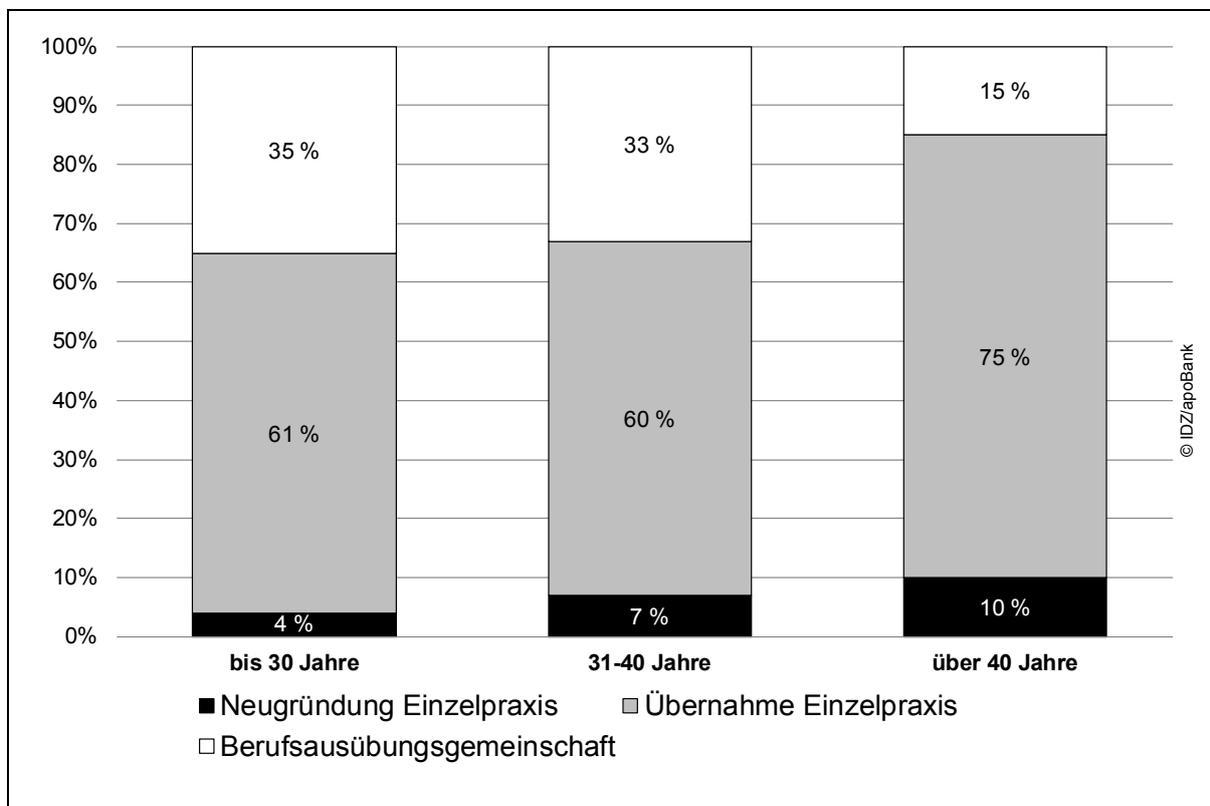


Abbildung 14: Art der Existenzgründung nach Altersgruppen (D)

### 3.2.4 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“ lässt erkennen, dass die männlichen Existenzgründer im Jahr 2016 mit einem Anteil von 55 % 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 57 % der Existenzgründungen durch Männer und 43 % durch Frauen realisiert wurden, zeigte sich in den neuen Bundesländern eine zahlenmäßige Überlegenheit der weiblichen Existenzgründer, auf die 60 % 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 Frauen häufiger präferiert als von Männern.

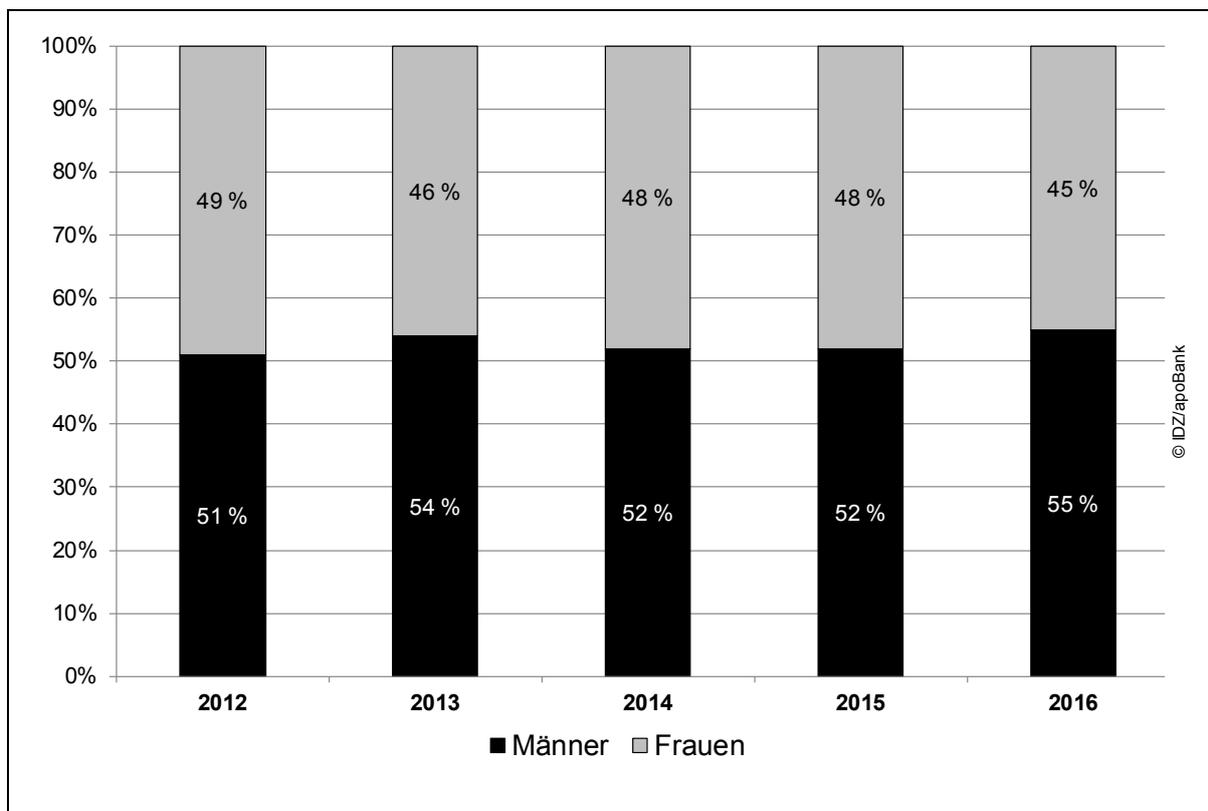


Abbildung 15: Geschlechtsverteilung (D)

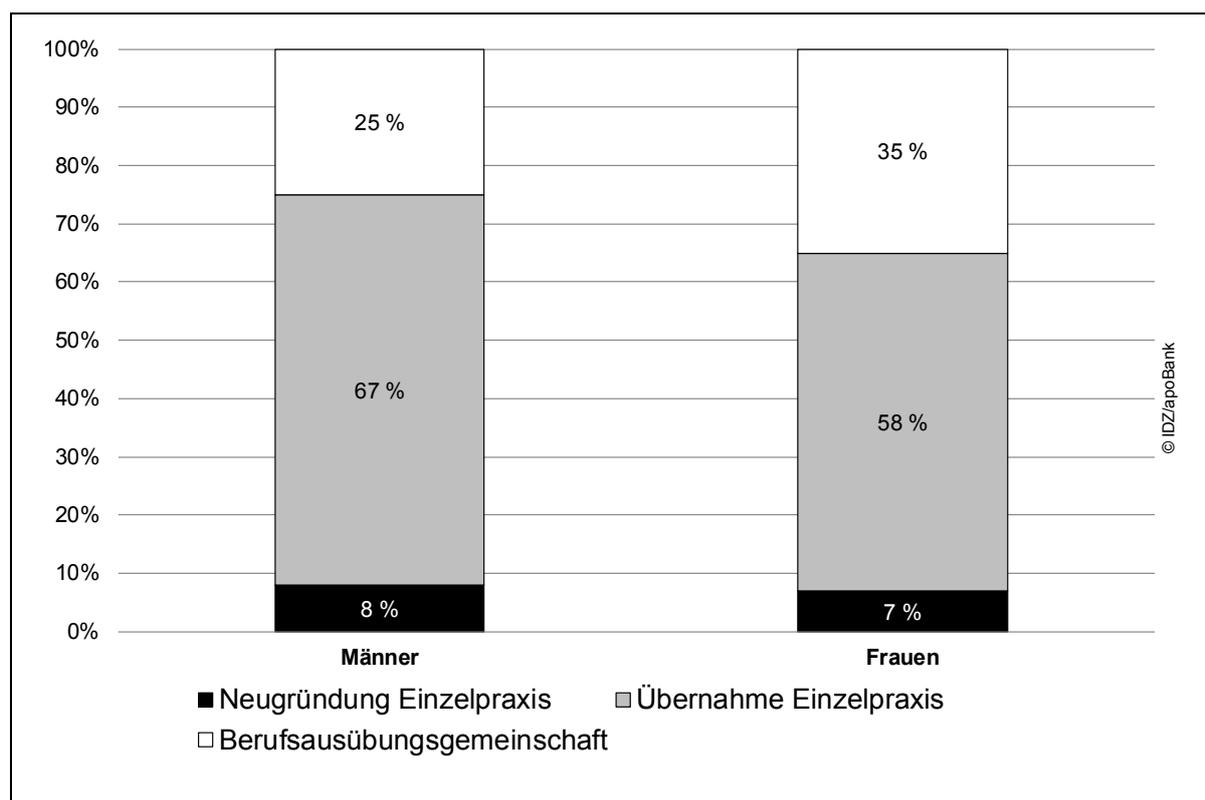


Abbildung 16: Art der Existenzgründung nach Geschlecht (D)

#### 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 73 Fachpraxen, die sich in 40 kieferorthopädische Fachpraxen sowie 33 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)**

			2015	2016
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	81	96
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		211	261
+	Sonstige Investitionen		133	100
=	Praxisinvestitionen		425	457
+	Betriebsmittelkredit		59	60
=	Finanzierungsvolumen		484	517

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

			2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	227	182
+	Materieller Wert (Substanzwert)		68	71
=	Übernahmepreis		295	253
+	Modernisierung/Umbau		4	31
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		13	50
+	Sonstige Investitionen		27	43
=	Praxisinvestitionen		339	377
+	Betriebsmittelkredit		64	45
=	Finanzierungsvolumen		403	422

Gegenüber dem Vorjahr stieg das Finanzierungsvolumen sowohl von neugegründeten als auch von übernommenen kieferorthopädischen Fachpraxen an.

Bei den Neugründungen von oralchirurgischen und MKG-Fachpraxen wurden gegenüber dem Vorjahr insbesondere höhere Investitionen in die medizinisch-technische Geräte und Einrichtung getätigt, während bei den Übernahmen von oralchirurgischen und MKG-Fachpraxen ein gegenüber dem Vorjahr deutlich höherer ideeller Wert gezahlt wurde.

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

			2015	2016
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	141	122
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		272	329
+	Sonstige Investitionen		71	106
=	Praxisinvestitionen		484	557
+	Betriebsmittelkredit		58	83
=	Finanzierungsvolumen		542	640

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

		2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	299	374
+	Materieller Wert (Substanzwert)	96	48
=	Übernahmepreis	395	422
+	Modernisierung/Umbau	19	28
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	38	41
+	Sonstige Investitionen	47	15
=	Praxisinvestitionen	499	506
+	Betriebsmittelkredit	57	40
=	Finanzierungsvolumen	556	546

Über alle Praxisformen hinweg lag das Finanzierungsvolumen von kieferorthopädischen Fachpraxen im Durchschnitt 35 % über dem Niveau allgemein Zahnärztlicher Praxen. Bei Existenzgründungen von oralchirurgischen Praxen sowie von MKG-Fachpraxen wurde in der Regel sogar ein um 65 % höheres Finanzierungsvolumen benötigt.

## 5 Exkurs: Regionale Finanzierungsdaten von allgemein Zahnärztlichen Praxen

### 5.1 Alte Bundesländer inkl. Berlin

Die für die Neugründung, die Übernahme sowie den Beitritt bzw. Einstieg in eine allgemein Zahnärztliche Praxis in den alten Bundesländern (ABL) errechneten Mittelwerte für die Jahre 2012 bis 2016 sind in den Tabellen 11 bis 15 dargestellt.

Im Jahr 2016 entfielen 9 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 25) auf die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 54 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 26 % auf sonstige Investitionen und 11 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 11). Gegenüber dem Vorjahr stieg der auf die sonstigen Investitionen entfallende Anteil um 12 Prozentpunkte, während die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung um 4 Prozentpunkte abnahmen. Insgesamt nahm das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 6 % zu.

Tabelle 11: Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)

			2012	2013	2014	2015	2016
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	70	49	69	73	48
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		230	260	214	294	290
+	Sonstige Investitionen		37	59	86	73	137
=	Praxisinvestitionen		337	368	369	440	475
+	Betriebsmittelkredit		70	63	64	64	59
=	Finanzierungsvolumen		407	431	433	504	534

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 200) wurden 2016 durchschnittlich 35 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 13 % für den Substanzwert, 6 % für die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 19 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 10 % für sonstige Investitionen sowie 17 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 12). Gegenüber dem Vorjahr sank der auf den Goodwill entfallende Anteil um 4 Prozentpunkte.

Tabelle 12: Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)

			2012	2013	2014	2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	112	110	115	132	125
+	Materieller Wert (Substanzwert)		53	49	56	50	46
=	Übernahmepreis		165	159	171	182	171
+	Modernisierung/Umbau		18	15	18	18	22
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		58	63	62	62	69
+	Sonstige Investitionen		17	20	23	25	35
=	Praxisinvestitionen		258	257	274	287	297
+	Betriebsmittelkredit		57	52	60	55	60
=	Finanzierungsvolumen		315	309	334	342	357

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 18) wurden 2016 durchschnittlich 13 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 58 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 18 % für sonstige Investitionen sowie 11 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 13). Gegenüber dem Vorjahr blieb die Finanzierungsstruktur relativ stabil.

**Tabelle 13: Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft (ABL)**

			2012	2013	2014	2015	2016
	Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	67	40	80	50	45
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		186	181	178	203	200
+	Sonstige Investitionen		44	79	43	55	62
=	Praxisinvestitionen		297	300	301	308	307
+	Betriebsmittelkredit		42	53	33	35	39
=	Finanzierungsvolumen		339	353	334	343	346

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 41) wurden 2016 durchschnittlich 40 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 12 % für den Substanzwert, 8 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 21 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 6 % für sonstige Investitionen sowie 13 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 14). Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 9 %.

**Tabelle 14: Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft (ABL)**

			2012	2013	2014	2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	132	161	108	125	131
+	Materieller Wert (Substanzwert)		62	92	43	42	41
=	Übernahmepreis		194	253	151	167	172
+	Modernisierung/Umbau		20	18	16	27	28
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung		65	52	44	55	69
+	Sonstige Investitionen		7	13	14	12	19
=	Praxisinvestitionen		286	336	225	261	288
+	Betriebsmittelkredit		52	55	39	42	43
=	Finanzierungsvolumen		338	391	264	303	331

Für den *Beitritt bzw. Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 42) wurden 2016 durchschnittlich 56 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 19 % für den Substanzwert, 2 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 7 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 4 % für sonstige Investitionen sowie 12 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 15). Gegenüber dem Vorjahr fällt der um 7 Prozentpunkte niedrigere Anteil für den Goodwill auf. Insgesamt verringerte sich das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr deutlich um 23 %.

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

		2012	2013	2014	2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	144	164	155	198	136
+	Materieller Wert (Substanzwert)	67	51	47	59	46
=	Übernahmepreis	211	215	202	257	182
+	Modernisierung/Umbau	4	5	9	12	4
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	28	17	21	18	16
+	Sonstige Investitionen	12	15	14	7	9
=	Praxisinvestitionen	255	252	246	294	211
+	Betriebsmittelkredit	36	27	31	21	30
=	Finanzierungsvolumen	291	279	277	315	241

## 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 17 Einzelpraxisübernahmen.

Tabelle 16: Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)

		2012	2013	2014	2015	2016
	Ideeller Wert (Goodwill)	63	71	71	79	70
+	Materieller Wert (Substanzwert)	26	24	31	32	34
=	Übernahmepreis	89	95	102	111	104
+	Modernisierung/Umbau	7	2	11	14	10
+	Med.-techn. Geräte und Einrichtung	58	30	60	49	72
+	Sonstige Investitionen	13	30	23	11	24
=	Praxisinvestitionen	167	157	196	185	210
+	Betriebsmittelkredit	45	43	45	40	44
=	Finanzierungsvolumen	212	200	241	225	254

Die für die *Übernahme einer allgemeinärztlichen Einzelpraxis* (n = 34) in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können der Tabelle 16 entnommen werden. Demnach wurden 2016 durchschnittlich 28 % des Finanzierungsvolumens für

den Goodwill, 13 % für den Substanzwert, 4 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 28 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 10 % für sonstige Investitionen sowie 17 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet.

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 41 % nach wie vor niedriger liegt als in den alten Bundesländern. Dort summierte sich der Übernahmepreis auf 48 % des Finanzierungsvolumens.

Die Präferenz für Formen der *Berufsausübungsgemeinschaft* war in den neuen Bundesländern bislang generell geringer ausgeprägt als in den alten Bundesländern, so dass 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.

Unübersehbar ist aber auch, dass die Entscheidung für die Niederlassung heute oftmals erst später im Lebenslauf erfolgt. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22. Dezember 2006 eröffnet Zahnärzten die Möglichkeit, nach der Assistenzzeit nicht

direkt in die Niederlassung zu gehen, sondern als angestellter Zahnarzt zu arbeiten. Diese Option wird von jungen Zahnärzten derzeit intensiv genutzt. Dennoch strebt die Mehrheit der Zahnärzte weiterhin mittelfristig eine Niederlassung in eigener Praxis an (Kettler und Klingenberg, 2016).

## 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 *Bei-*

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

– *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 Verkäufer 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 Höchstinanspruchnahme (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 31.12.2015. [Online], 2017, [Zugriffsdatum: 23.10.2017], URL: [http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/StadtGemeindetyp/download-ref-sgtyp.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile&v=10](http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/StadtGemeindetyp/download-ref-sgtyp.xlsx?__blob=publicationFile&v=10)

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

Kettler, N., Klingenberger, D.: Was junge Zahnärzte heute wollen, in: Zahnärztliche Mitteilungen (zm) 106, Nr. 24 A, 16.12.2016, (2918-2923)

Klingenberger, 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

Klingenberger, 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

Klingenberger, 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

Klingenberger, 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

Klingenberger, 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 2016. 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

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.