

## Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2017 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

### AUTOREN

David Klingenberger und Bernd Köhler

### ZUSAMMENFASSUNG

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer (apoBank)/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 2017 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben: Die Übernahme einer Einzelpraxis war die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. 66 % der Zahnärzte entschieden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit. Das Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme belief sich auf 367.000 Euro und lag damit etwa 7 % über dem Vorjahresniveau. Das Finanzierungsvolumen für die Neugründung einer Einzelpraxis betrug 504.000 Euro und lag somit 5 % unter dem Vorjahreswert. 27 % der zahnärztlichen Existenzgründer wählten 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 im Schnitt ein höheres Finanzierungsvolumen als im Vorjahr. Die Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft schlug mit 412.000 Euro zu Buche, während die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft im Schnitt ein Finanzierungsvolumen in Höhe von 342.000 Euro erforderte. Während das Finanzierungsvolumen von kieferorthopädischen Fachpraxen im Durchschnitt um 44 % 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 80 % höheres Finanzierungsvolumen benötigt.

**Schlagwörter:** Existenzgründung, Investitionen, Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

### ABSTRACT

**Capital required to establish a new dental practice in 2017 (InvestMonitor Dental Practice).** Since 1984, the Institute of German Dentists (IDZ) in collaboration with the Deutsche Apotheker- und Ärztekammer (apoBank)/Düsseldorf, has analysed the dentists' forms of investment on the establishment of dental practices. These are the key findings for 2017: The acquisition of an existing individual dental practice was the most frequent form of establishing a dental practice. 66% of the dentists decided in favour of starting up in a practice on their own account. The capital required for the acquisition of an existing individual practice was 367,000 euro and 7% above the previous year's level. The capital required for starting up a new individual dental practice amounted to 504,000 euro and 5% below the figure for the previous year. 27% of the dentists wishing to establish a new practice chose the joint dental practice; for younger female and male dentists (up to the age of 30) the proportion of joint dental practice was significantly higher (35%). Compared to the previous year, establishing a joint dental practice required a significantly higher financing volume. Starting up a new joint dental practice amounted to 412,000 euro whilst the purchase of an established joint dental practice required an average financing volume of 342,000 euro. Whilst the financing volume of orthodontic specialist practices averaged 44% 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 80% higher compared to the financing volume of general dental practices.

**Keywords:** practice establishment, investments, single dental practice, joint dental practice

## Inhaltsverzeichnis

1	Methodische Vorbemerkungen.....	3
2	Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen.....	4
3	Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens in Deutschland .....	4
3.1	Finanzierungsdaten allgemeinzahnärztlicher Existenzgründungen .....	4
3.1.1	Gesamtfinanzierungsvolumina .....	6
3.1.2	Ideeller Wert und materieller Wert.....	9
3.1.3	Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen .....	11
3.1.4	Medizinisch-technische Geräte und Einrichtung .....	12
3.1.5	Sonstige Investitionen .....	13
3.1.6	Betriebsmittelkredit.....	14
3.2	Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten .....	15
3.2.1	Art der Existenzgründung .....	15
3.2.2	Praxislage .....	17
3.2.3	Alter der Existenzgründer .....	19
3.2.4	Geschlecht der Existenzgründer .....	21
4	Exkurs: Fachzahnärztliche Praxen.....	22
5	Exkurs: Regionale Finanzierungsdaten von allgemeinzahnärztlichen Praxen.....	24
5.1	Alte Bundesländer inkl. Berlin .....	24
5.2	Neue Bundesländer .....	26
6	Schlussbemerkung .....	26
7	Glossar .....	27
8	Literaturverzeichnis .....	29

# Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2017 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

## 1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, die *Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens* bei der Niederlassung im Jahr 2017 darzustellen und im Kontext mit den Entwicklungen im Zeitraum von 2013 bis 2017 zu analysieren.

Die *Datenbasis* des vorliegenden InvestMonitor Zahnarztpraxis 2017 bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst. Der Marktanteil der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank 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 2017 belief sich die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle auf 552, 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 Ärztekbank unter Verwendung von SPSS 22.0 für Windows durchgeführt. Während sie für die alten Bundesländer und Gesamtdeutschland einen recht guten Einblick in das aktuelle zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung bietet, sind für die neuen Bundesländer sowie die fachzahnärztlichen Praxen aufgrund der geringen Zahl erfasster Finanzierungsfälle lediglich Trendaussagen möglich.

Im Einzelnen umfasst die statistische Auswertung folgende Größen:

- Höhe des Gesamtfinanzierungsvolumens,
- Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden ideellen Praxiswertes (Goodwill),
- Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden materiellen Praxiswertes (Substanzwert),
- Beteiligungsquote beim Beitritt zu einer bzw. Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft,
- Vorjahresumsatz der Übernahmepraxis,
- Höhe der Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen,
- Höhe der Investitionen in medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV
- 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 bedeutsam. Welche Wachstums- und Beschäftigungseffekte von den zahnärztlichen Existenzgründungen ausgehen, wird deutlich, wenn man die Niederlassungszahlen der letzten Jahre betrachtet.

Insgesamt wurden in den Jahren 2016/2017 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 2016 (KZBV, 2017), 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 kostenorientierten Diskussionen über das Gesundheitswesen leicht übersehen (Klingenberg 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 Tiefststand, nahm seither aber wieder etwas zu. Im Jahr 2017 entschieden sich 1.227 Zahnärzte (2016: 1.301) für den Schritt in die Selbstständigkeit (KZBV, 2017).

## 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 (siehe 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 2017 entfielen 16 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 32) auf Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 56 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 15 % auf sonstige Investitionen und 13 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 1). Gegenüber dem Vorjahr sanken die sonstigen Investitionen um 12 Prozentpunkte, während die Investitionen in Modernisierung und Umbaumaßnahmen um 7 Prozentpunkte stiegen. Das Finanzierungsvolumen nahm um 5 % ab.

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	49	62	66	48	83
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		252	209	288	280	280
+ Sonstige Investitionen		64	89	67	142	78
= Praxisinvestitionen		365	360	421	470	441
+ Betriebsmittelkredit		62	62	63	58	63
= Finanzierungsvolumen		427	422	484	528	504

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 302) wurden 2017 durchschnittlich 35 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 15 % für den Substanzwert, 5 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 20 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 9 % für sonstige Investitionen sowie 16 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 2). Gegenüber dem Vorjahr stieg das Finanzierungsvolumen um 7 %.

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	107	112	124	117	128
+ Materieller Wert (Substanzwert)		47	55	48	44	56
= Übernahmepreis		154	167	172	161	184
+ Modernisierung/Umbau		14	16	18	20	18
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		60	59	60	69	73
+ Sonstige Investitionen		21	23	23	34	34
= Praxisinvestitionen		249	265	273	284	309
+ Betriebsmittelkredit	51	57	53	58	58	
= Finanzierungsvolumen	300	322	326	342	367	

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 18) wurden 2017 durchschnittlich 15 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 37 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 39 % für sonstige Investitionen sowie 9 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 3). Gegenüber dem Vorjahr sanken die Investitionen in medizinisch-technische Geräte und Einrichtung um 20 Prozentpunkte, während die sonstigen Investitionen um 23 Prozentpunkte stiegen. Das Finanzierungsvolumen nahm gegenüber dem Vorjahr um 22 Prozent zu.

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	40	73	45	53	60
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		181	163	202	193	154
+ Sonstige Investitionen		79	44	50	56	162
= Praxisinvestitionen		300	280	297	302	376
+ Betriebsmittelkredit		53	32	33	37	36
= Finanzierungsvolumen		353	312	330	339	412

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 40) wurden 2017 durchschnittlich 39 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 12 % für den Substanzwert, 6 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 17 % für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung, 13 % für sonstige Investitionen sowie 13 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 4). Gegenüber dem Vorjahr stiegen die sonstigen Investitionen um 8 Prozentpunkte. Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 8 %.

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Ideeller Wert (Goodwill)		146	103	116	123	135
+ Materieller Wert (Substanzwert)		81	42	41	39	41
= Übernahmepreis		227	145	157	162	176
+ Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	17	17	25	29	20
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		55	46	53	68	60
+ Sonstige Investitionen		12	15	15	17	43
= Praxisinvestitionen		311	223	250	276	299
+ Betriebsmittelkredit		54	39	42	42	43
= Finanzierungsvolumen		365	262	292	318	342

Für den *Beitritt/Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 64) wurden 2017 durchschnittlich 61 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 19 % für den Substanzwert, 5 % für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV, 5 % für sonstige Investitionen sowie 10 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 5). Gegenüber dem Vorjahr stieg der ideelle Wert um 5 Prozentpunkte. Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen um 11 %.

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

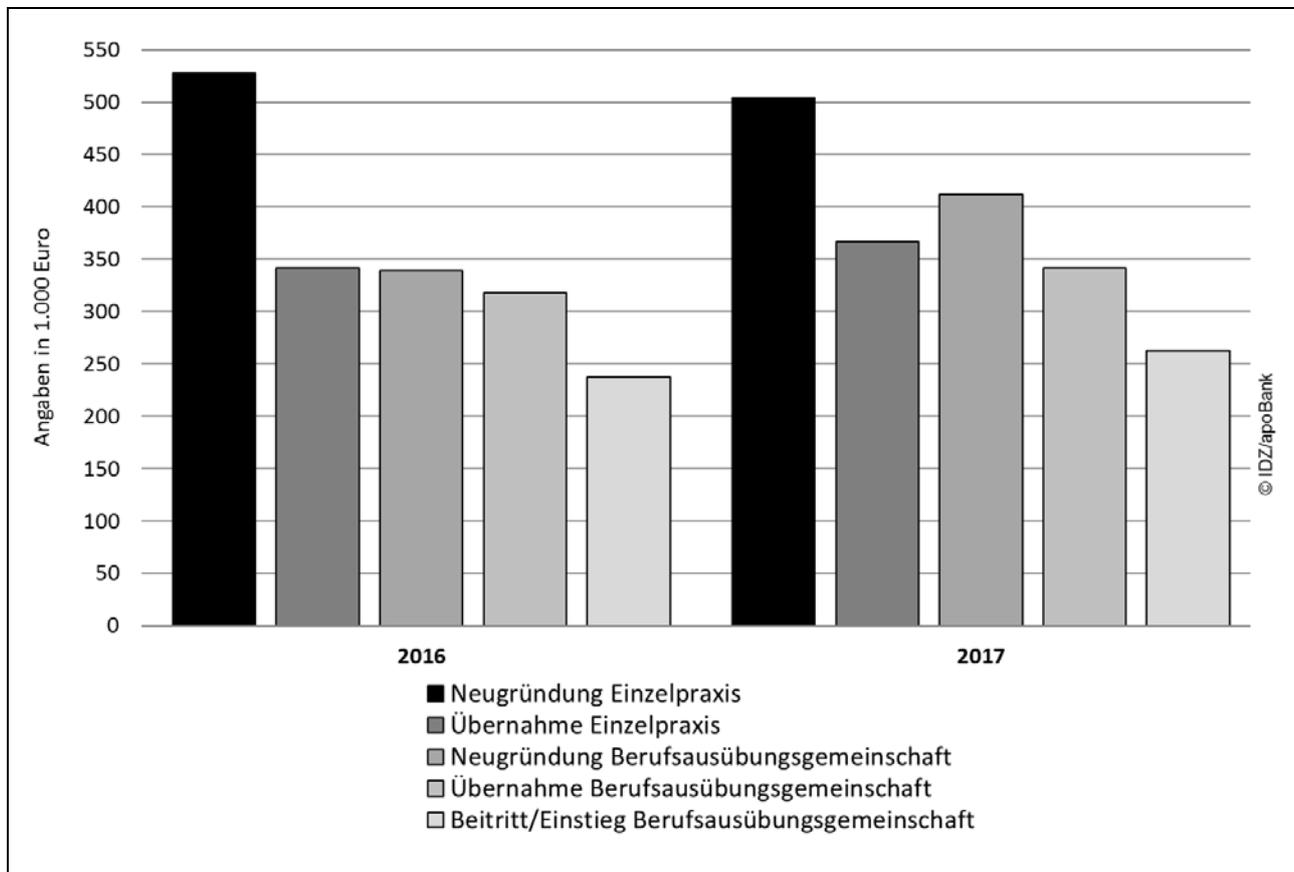
		2013	2014	2015	2016	2017
Ideeller Wert (Goodwill)		156	150	195	134	160
+ Materieller Wert (Substanzwert)		49	47	58	46	49
= Übernahmepreis		205	197	253	180	209
+ Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	5	9	11	4	1
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		16	30	18	16	12
+ Sonstige Investitionen		19	15	7	9	14
= Praxisinvestitionen		245	251	289	209	236
+ Betriebsmittelkredit		27	30	21	29	27
= Finanzierungsvolumen		272	281	310	238	263

### 3.1.1 Gesamtfinanzierungsvolumina

Im direkten Vergleich nach Praxisform wurde im Jahr 2017, wie schon in den Vorjahren, bei der Niederlassungsform der *Einzelpraxisneugründung* mit 504.000 Euro im Durchschnitt das höchste Gesamtfinanzierungsvolumen aufgewendet. Der Abstand zur Niederlassungsform der Einzelpraxisübernahme verringerte sich gegenüber dem Vorjahr, da das Finanzierungsvolumen der *Einzelpraxisübernahmen* mit 367.000 Euro 25.000 Euro über dem Vorjahresniveau lag, während das Finanzierungsvolumen der Einzelpraxisneugründungen gegenüber 2016 um 24.000 Euro sank. Bei den *Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften* war nach einem deutlichen Rückgang des Finanzierungsvolumens in 2014 ein erneuter Anstieg des Finanzierungsvolumens in Höhe von 24.000 Euro bzw. 8 % zu verzeichnen. Das im Rahmen der *Neugründung von Berufsausübungsgemeinschaften* aufzubringende Finanzierungsvolumen stieg deutlich um 73.000 Euro bzw. 22 % (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 2017 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 2017 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 92.000 Euro, im Vorjahr hatte die Differenz noch 189.000 Euro betragen.



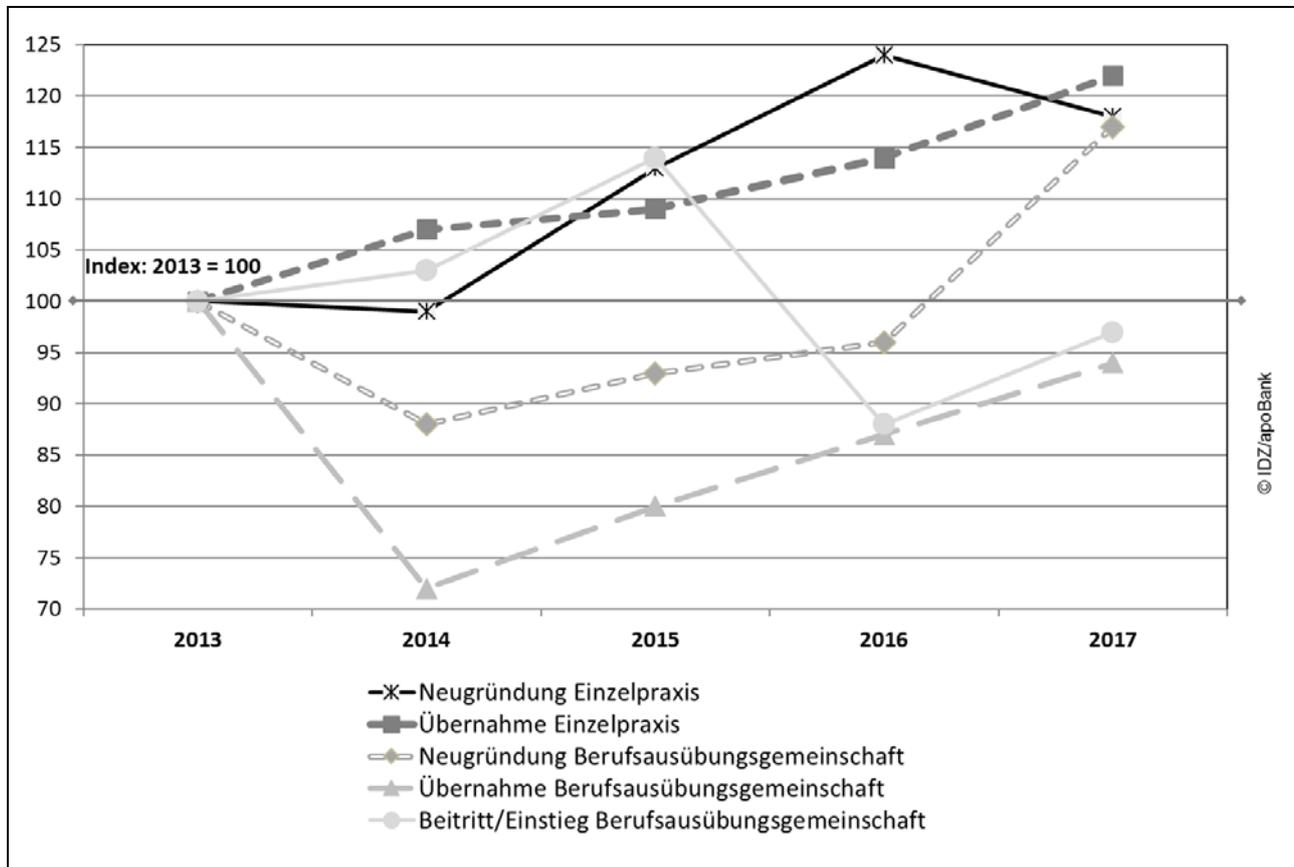
**Abbildung 1: Gesamtfinanzierungsvolumina bei der Niederlassung (D)**

Der Vergleich der *Übernahmen* von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften zeigt, dass die Übernahme einer Einzelpraxis im Jahr 2017 höhere Investitionen erforderte als die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft. Der finanzielle Mehraufwand beträgt aktuell 25.000 Euro.

Die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen einer *Einzelpraxisneugründung* und einer *Einzelpraxisübernahme* beträgt derzeit 137.000 Euro (2016: 186.000 Euro). Bei den *Berufsausübungsgemeinschaften* sind die Unterschiede geringer ausgeprägt. Hier lag das Finanzierungsvolumen in der Niederlassungsform der Neugründung um 70.000 Euro über dem einer Übernahme. Im Vorjahr hatte die Neugründung noch einen finanziellen Mehraufwand von lediglich 21.000 Euro gegenüber einer Neugründung erfordert.

Betrachtet man die Entwicklung des Gesamtfinanzierungsvolumens von 2013 bis 2017 differenziert nach Praxisform, so zeigen sich sehr unterschiedliche Verläufe (Abb. 2). Für die Niederlassungsformen der Einzelpraxisübernahme ist eine stetige 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 be-

trachteten Zeitraum seit 2013 gestiegen ist: bei der Praxisform der Übernahme um 22 %, bei den Neugründungen um 18 %. Der indexierte Vergleich der letzten fünf Jahre macht ersichtlich, dass im Falle der Berufsausübungsgemeinschaften die Finanzierungsvolumina des Jahres 2017 lediglich bei den Neugründungen über dem Niveau des Jahres 2013 liegt, bei den beiden anderen Gründungsformen hingegen unter dem Niveau des Jahres 2013.



**Abbildung 2: Entwicklung der Gesamtfinanzierungsvolumina im Zeitraum 2013–2017 (D)**

Eine nach Alter differenzierte Betrachtung zeigt, dass die Existenzgründer der mittleren Altersgruppe (31 bis 40 Jahre) mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 532.000 Euro für eine Einzelpraxisneugründung im Jahr 2017 am meisten investierten. Bei den Einzelpraxisübernahmen tätigte die ebenfalls Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 382.000 Euro die vergleichsweise höchsten Investitionen. Die jüngeren Zahnärzte (bis 30 Jahre) ließen bei der Finanzierung hingegen Zurückhaltung erkennen; hier lag das Gesamtfinanzierungsvolumen im Falle der Einzelpraxisübernahmen bei 335.000 Euro.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf das Finanzierungsvolumen blieben auch im Jahr 2017 erhalten. In die Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 540.000 Euro und damit 10 % mehr als die Frauen, die im Schnitt 489.000 Euro investierten. Bei der Einzelpraxisübernahme lagen die Finanzierungsvolumina weiblicher Zahnärzte mit 316.000 Euro etwa 23 % niedriger als die Investitionen der männlichen Kollegen, die 410.000 Euro investierten.

Im Hinblick auf die Praxislage erforderte die Einzelpraxisneugründung im ländlichen Bereich im Jahr 2017 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Hier betrug das Finanzierungsvolumen

im Schnitt 592.000 Euro. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde in mittelstädtischen Praxislagen mit einem Betrag von 390.000 Euro das höchste Finanzierungsvolumen aufgewendet.

### 3.1.2 Ideeller Wert und materieller Wert

Im Jahr 2017 entwickelte sich der *Übernahmepreis* von Einzelpraxen und von Berufsausübungsgemeinschaften unterschiedlich. Bei den *Einzelpraxisübernahmen* wurde im Schnitt ein Übernahmepreis von 184.000 Euro gezahlt, was einem Anstieg um 14 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 3). Von diesem Betrag entfielen etwa 70 % (2016: 73 %) auf den Goodwill und 30 % (2015: 27 %) auf den Substanzwert (siehe Glossar).

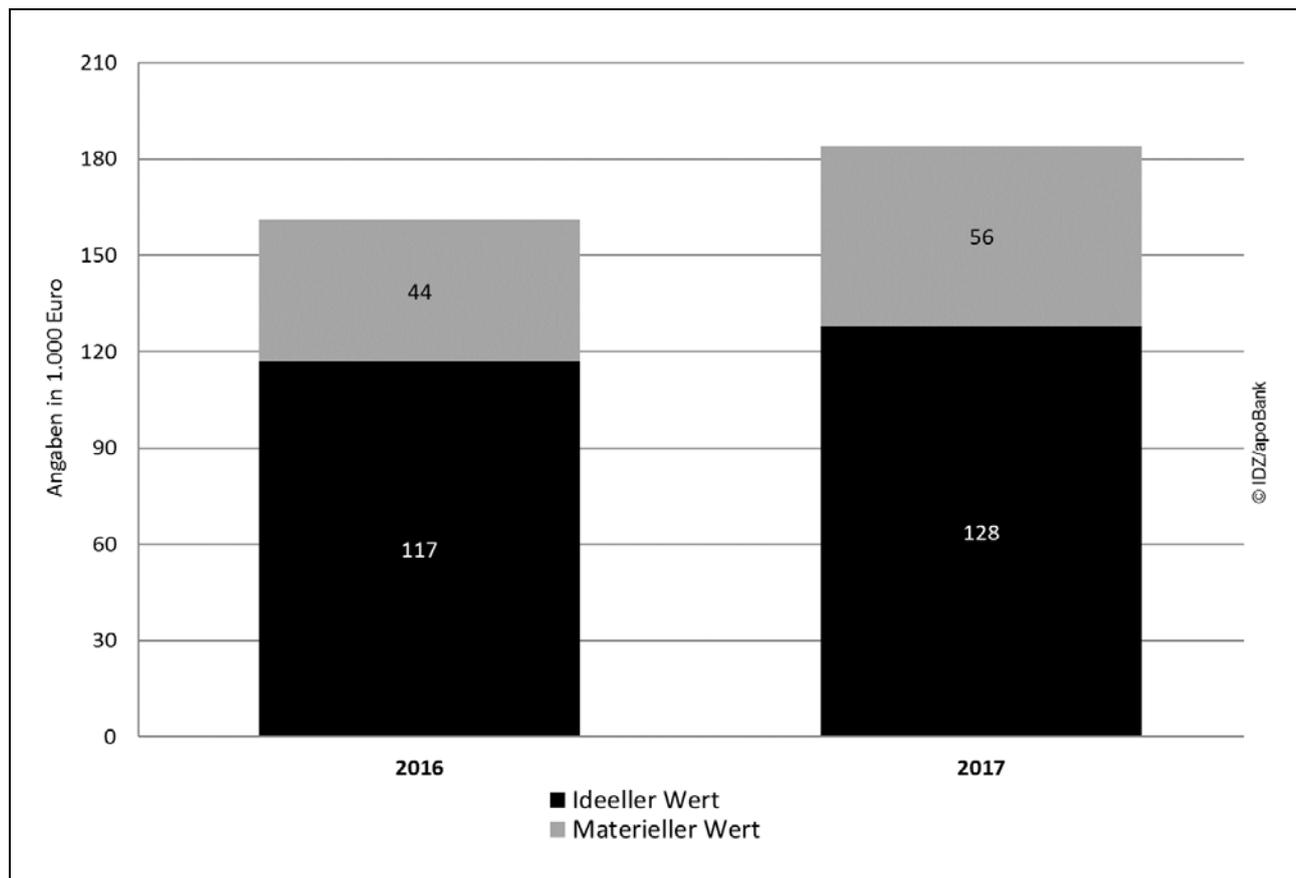
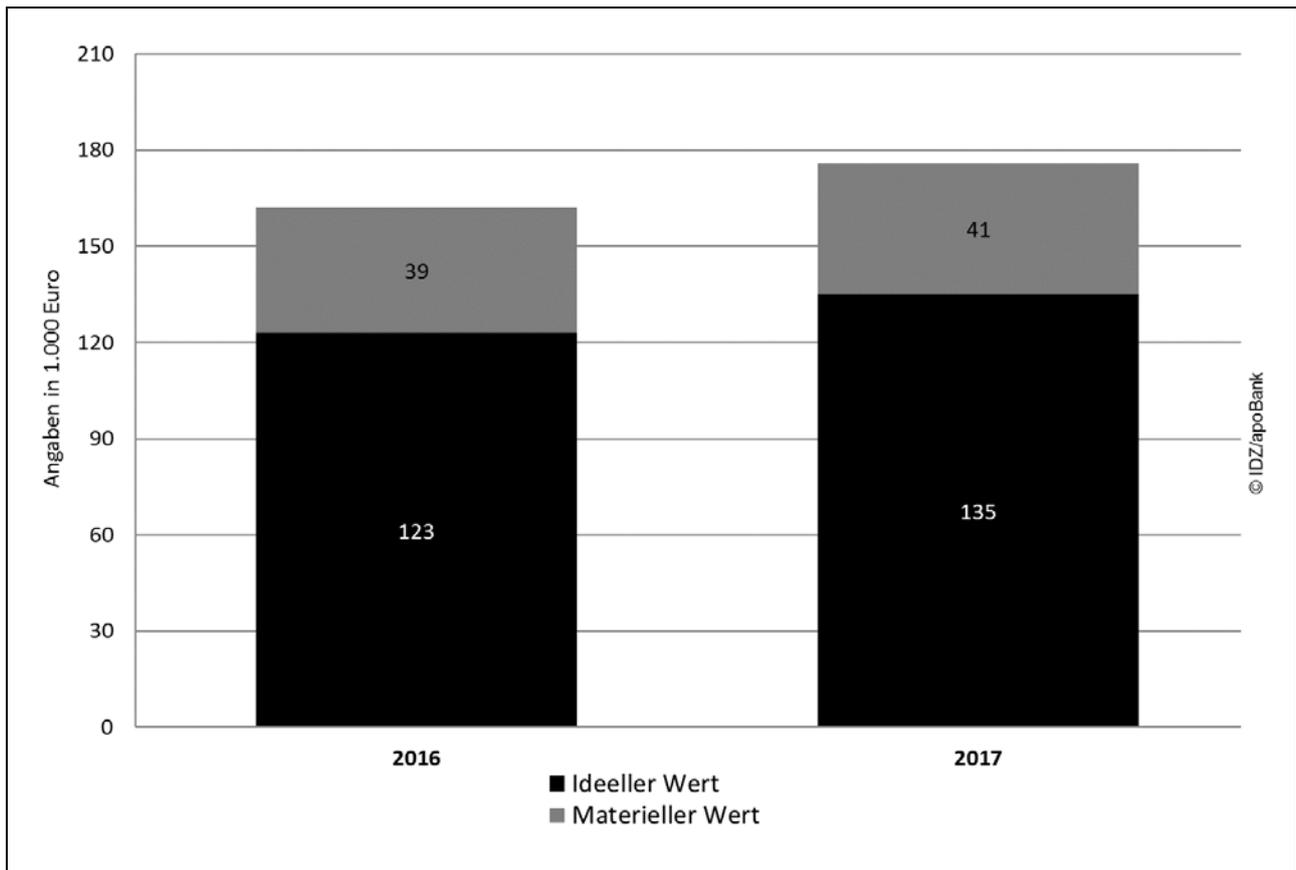


Abbildung 3: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Übernahme Einzelpraxis (D)

Bei den *Übernahmen von Berufsausübungsgemeinschaften* stieg der durchschnittliche Übernahmepreis gegenüber dem Vorjahr um 9 % auf nunmehr 176.000 Euro (Abb. 4). Der auf den Goodwill entfallende Anteil betrug 77 % (2016: 76 %), während 23 % des Betrages für den Substanzwert gezahlt wurde (2016: 24 %).



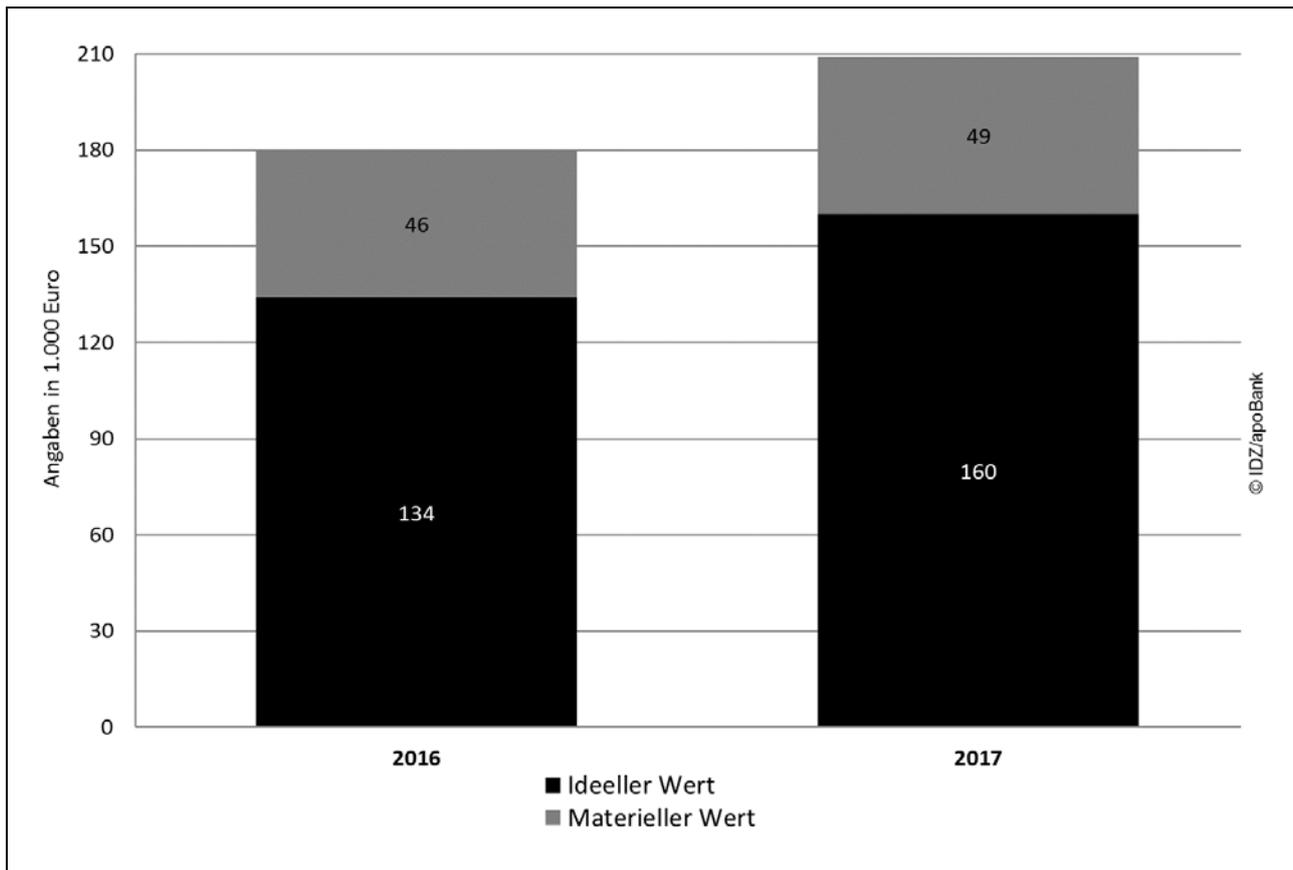
**Abbildung 4: Übernahmepreis bei der Niederlassung – Übernahme Berufsausübungsgemeinschaft (D)**

Der Übernahmepreis im Falle eines Beitritts/Einstiegs in eine Berufsausübungsgemeinschaft betrug 209.000 Euro, was einem Anstieg um 16 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (Abb. 5). Der auf den Goodwill entfallende Anteil betrug 77 % (2016: 74 %), während für den Substanzwert 23 % (2016: 26 %) des Betrages aufgewendet wurden.

Die *nach dem Alter differenzierte Betrachtung* macht deutlich, dass der Übernahmepreis in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit 197.000 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 134.000 Euro für eine Einzelpraxisübernahme zahlten, belief sich der Übernahmepreis der männlichen Kollegen im Schnitt auf 226.000 Euro.

Eine *nach Ortsklasse differenzierte Betrachtung* des Übernahmepreises zeigt, dass in den mittelstädtischen Lagen die höchsten Übernahmepreise für Einzelpraxisübernahmen gezahlt wurden – im Durchschnitt 206.000 Euro. Im eher ländlichen Bereich wurde demgegenüber ein durchschnittlicher Übernahmepreis von 172.000 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, 2017), jedoch unterscheiden sich die prozentualen Veränderungsraten. Dies ist ein Hinweis, dass noch andere Faktoren existieren, welche die Höhe des Goodwills beeinflussen. Subjektive Faktoren (wie der Goodwill) sind im Zeitverlauf üblicherweise reagibler als objektive Daten.

Grundsätzlich gilt, dass mit steigendem Vorjahresumsatz der übernommenen Zahnarztpraxis auch der tatsächlich gezahlte Goodwill zunimmt. Mit dem Vorjahresumsatz wird hier der Gesamtumsatz einer Zahnarztpraxis, d. h. zahnärztlicher Honorarumsatz und Fremdlaboraausgaben, bezeichnet. Das Verhältnis zwischen Goodwill und Vorjahresumsatz lag in 30 % der erfassten Existenzgründungen zwischen 0,21 und 0,30. In 36 % der Finanzierungsfälle lag dieses Verhältnis zwischen 0,11 und 0,20, in 16 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,31 und 0,40 und in 3 % der Finanzierungsfälle zwischen 0,41 und 0,50. Bei einer Praxisübernahme im Jahr 2017 machte der Goodwill im Durchschnitt etwa 24 % des Vorjahresumsatzes aus.

### 3.1.3 Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen

Im Jahr 2017 stiegen die Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* um 35.000 Euro auf 83.000 Euro, bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* fielen im Schnitt 60.000 Euro und damit 7.000 Euro mehr als noch im Vorjahr an.

Die bei einer *Praxisübernahme* anfallenden Investitionen für Modernisierung und Umbau sind naturgemäß deutlich niedriger als im Falle einer Praxisneugründung und lagen bei der *Einzelpraxisübernahme* im Jahr 2017 bei 18.000 Euro (2016: 20.000 Euro); bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 20.000 Euro (2016: 29.000 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 ländlichen Umfeld mit 124.000 Euro zu Buche schlugen, betrug sie im mittelstädtischen Bereich lediglich 32.000 Euro.

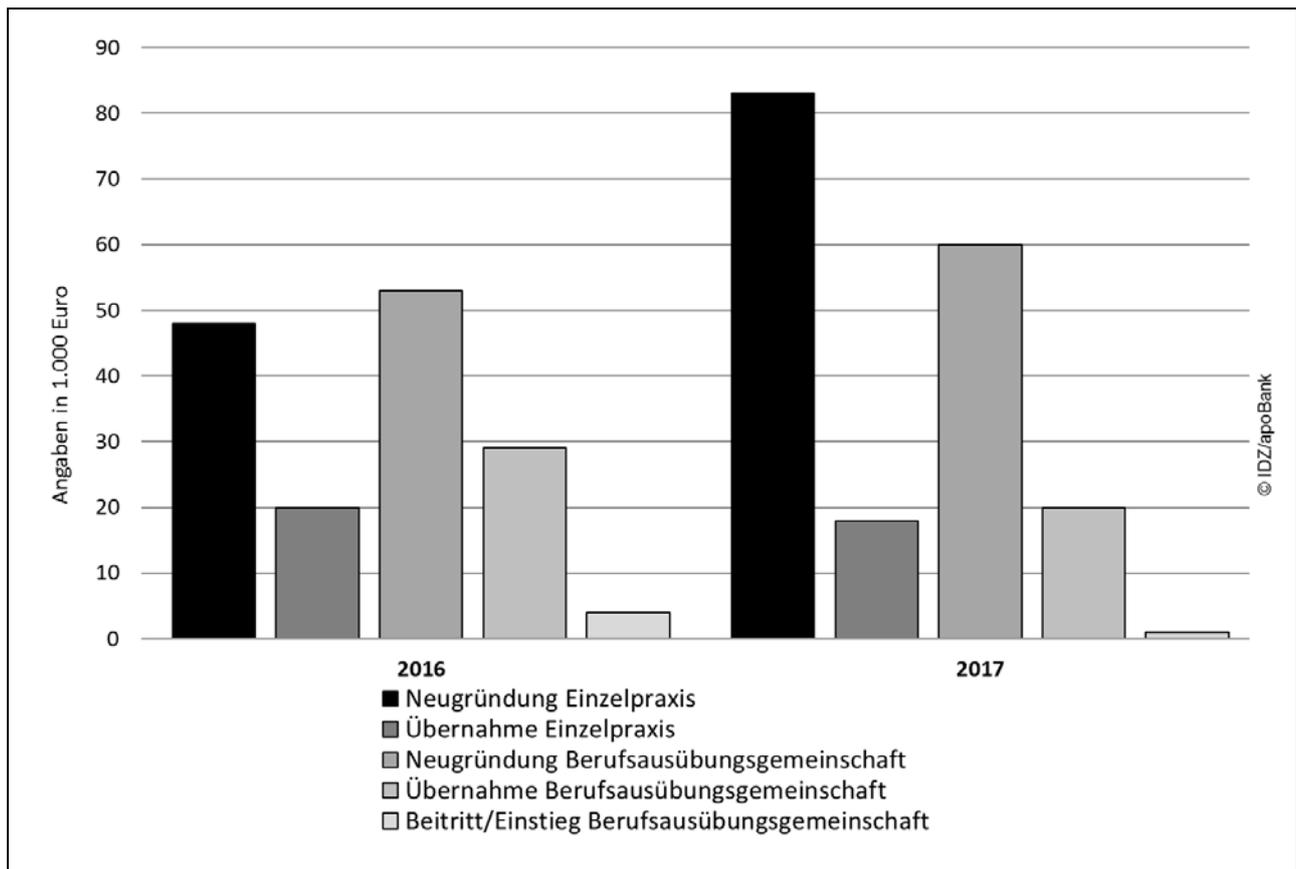
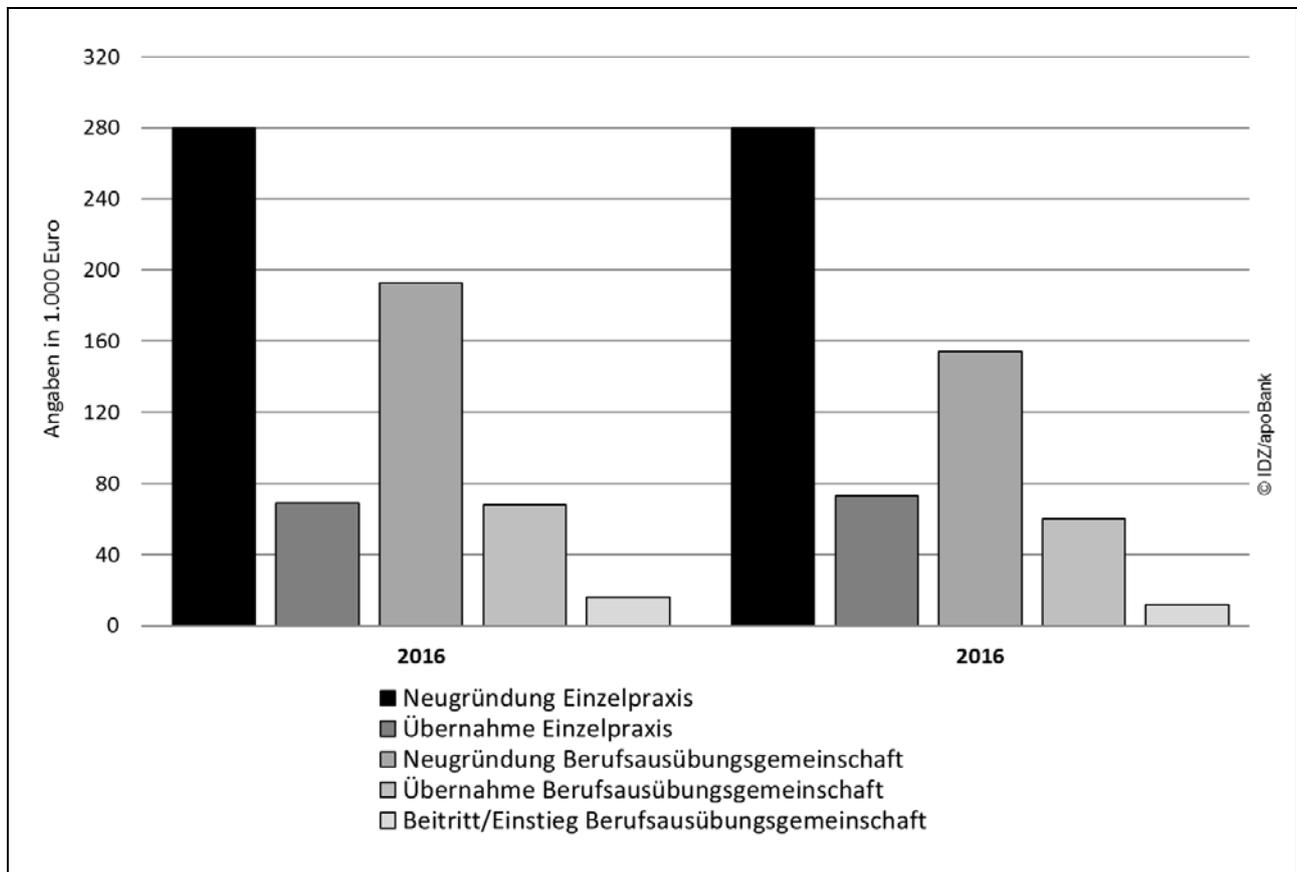


Abbildung 6: Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen bei der Niederlassung (D)

### 3.1.4 Medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV

Die bei einer *Praxisneugründung* anfallenden Investitionen in neue medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV sind naturgemäß deutlich höher als im Falle einer Praxisübernahme mit in der Regel bereits vorhandenen gebrauchten Dentaleinheiten. Bei einer *Einzelpraxisneugründung* wurden im Jahr 2017 insgesamt 280.000 Euro hierfür investiert; ebenso viel wie im Vorjahr (Abb. 7). Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* beliefen sich diese Investitionen auf 154.000 Euro (2016: 193.000 Euro). Bei einer *Einzelpraxisübernahme* wurden 73.000 Euro in medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV investiert; bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* waren es 60.000 Euro.

Die nach dem Alter differenzierte Betrachtung zeigt, dass die Investitionen in medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit 293.000 Euro bei einer Einzelpraxisneugründung am höchsten ausfällt. Die Existenzgründer in der Altersgruppe bis 30 Jahre zahlten im Schnitt lediglich 201.000 Euro.



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

Im Hinblick auf die Investitionen in medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV zeigten sich im Jahr 2017 wie schon im Vorjahr deutliche *geschlechtsspezifische Unterschiede*. Während die weiblichen Existenzgründer im Rahmen einer Einzelpraxisneugründung im Schnitt 262.000 Euro für diesen Posten zahlten, beliefen sich die Investitionen der männlichen Kollegen für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV auf 325.000 Euro.

Eine nach *Ortsklassen* differenzierte Betrachtung der Investitionen von medizinisch-technischen Geräten, Einrichtung und EDV zeigt, dass in den ländlichen Lagen bei Einzelpraxisneugründungen die höchsten Beträge für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV getätigt wurden – im Durchschnitt 342.000 Euro. Im mittelstädtischen Bereich wurde demgegenüber ein Durchschnittsbetrag von 243.000 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 9 % bis 13 % auf diese Kategorie entfiel, summierten sich die sonstigen Investitionen bei den Praxisneugründungen zu einer Größenordnung von 15 % bis 39 % am gesamten Finanzierungsvolumen.

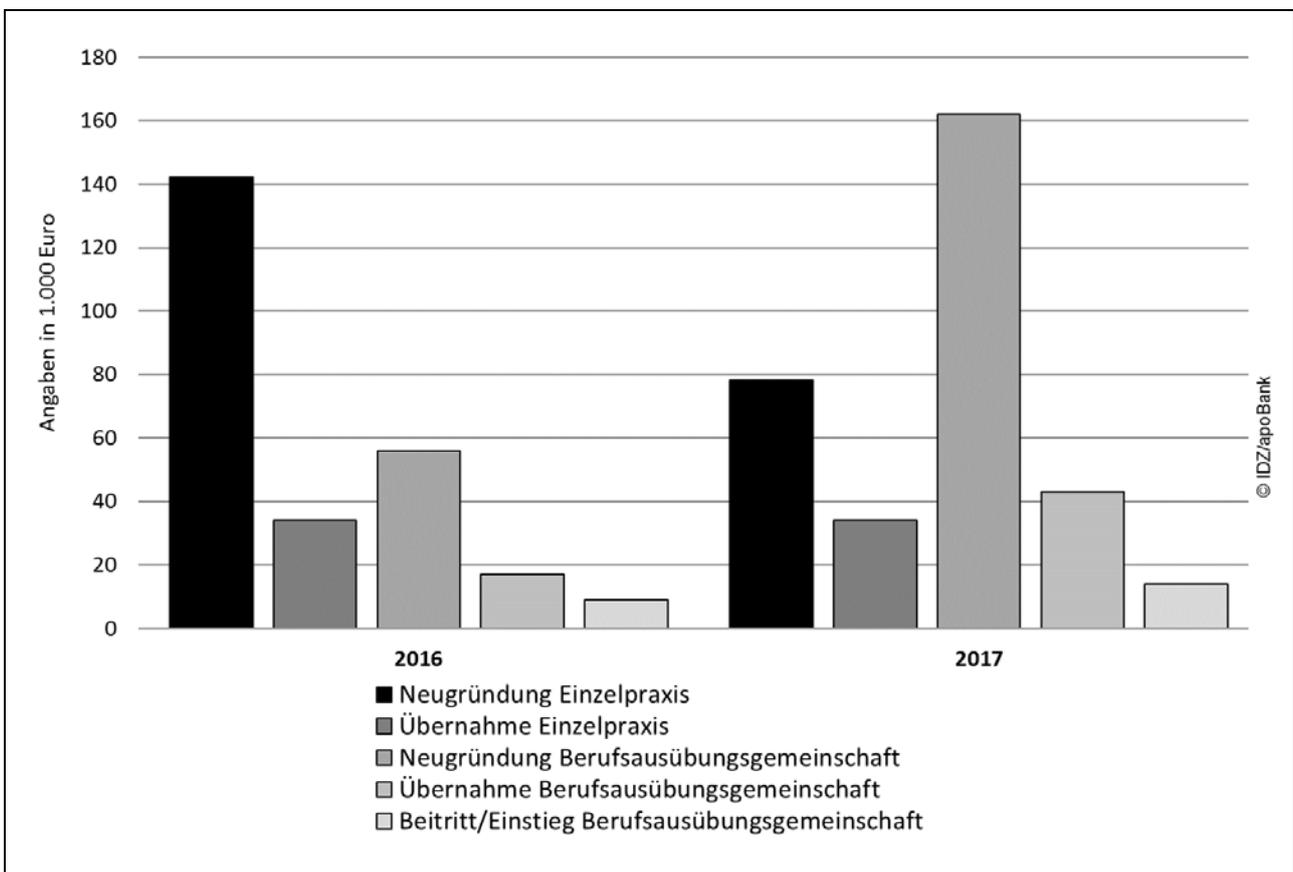


Abbildung 8: Sonstige Investitionen bei der Niederlassung (D)

### 3.1.6 Betriebsmittelkredit

Der Betriebsmittelkredit (siehe Glossar) im Rahmen einer *Einzelpraxisneugründung* betrug im Jahr 2017 im Schnitt 63.000 Euro (2016: 58.000 Euro). Der im Rahmen einer *Einzelpraxisübernahme* gewährte Betriebsmittelkredit betrug wie schon im Vorjahr 58.000 Euro (Abb. 9).

Die differenzierte Betrachtung des nachgefragten Betriebsmittelkredits nach *Altersgruppen* lässt erkennen, dass die jüngeren Zahnärzte (bis 30 Jahre) im Jahr 2017 mit einem durchschnittlichen Betriebsmittelkredit von 44.000 Euro für eine *Einzelpraxisübernahme* die niedrigsten Beträge zur Vorfinanzierung der Anlaufkosten nachgefragt haben.

Bei der Höhe des nachgefragten Betriebsmittelkredites waren nur geringe *geschlechtsspezifische Unterschiede* zu erkennen. Männer fragten bei einer *Einzelpraxisneugründung* mit 61.000 Euro einen um 3.000 Euro niedrigeren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen.

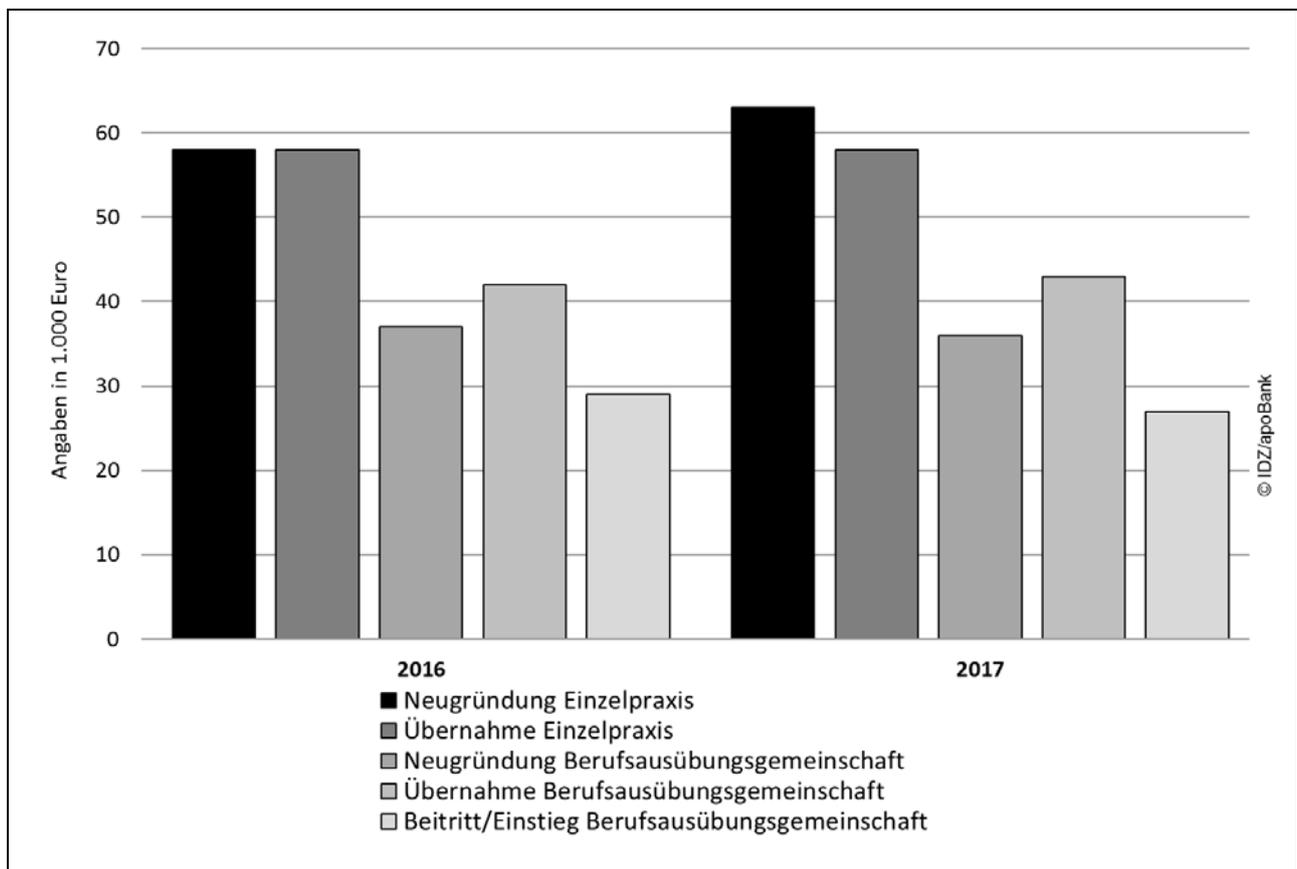


Abbildung 9: Betriebsmittelkredit bei der Niederlassung (D)

### 3.2 Analyse der Einflussfaktoren auf das zahnärztliche Investitionsverhalten

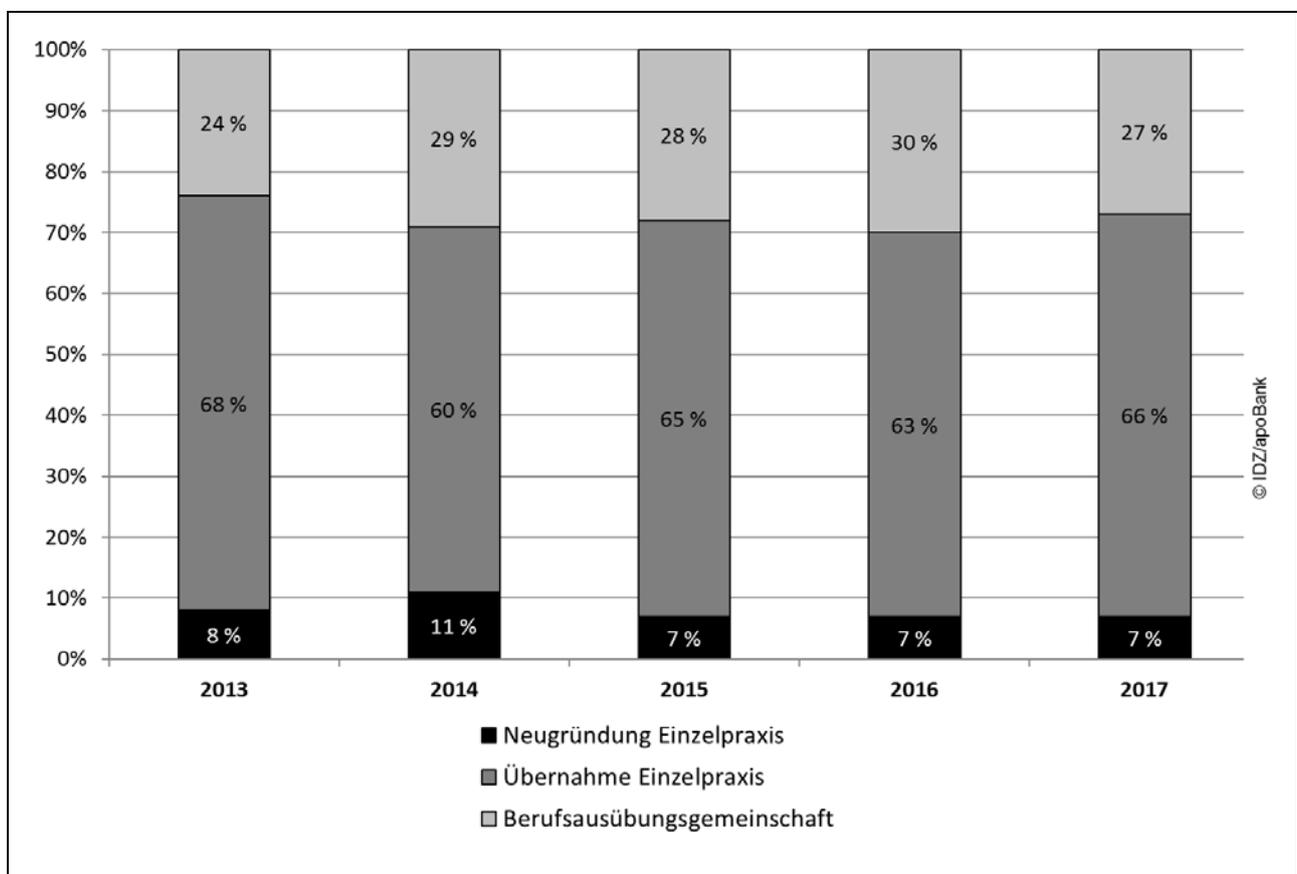
Die Höhe der Investitionen bei einer Niederlassung wird durch die Art der Existenzgründung, den gewählten Praxisstandort, das Alter sowie das Geschlecht des zahnärztlichen Existenzgründers maßgeblich beeinflusst.

#### 3.2.1 Art der Existenzgründung

Für die folgenden Analysen dieses Berichtes wird zwischen drei Arten der zahnärztlichen Existenzgründung unterschieden: Neugründung einer Einzelpraxis, Übernahme einer Einzelpraxis und Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis). Mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 1. Januar 2007 ist der Begriff der Gemeinschaftspraxis durch den Ter-

minus 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 2013 bis 2017 relativ konstant geblieben und beträgt aktuell 66 % (Abb. 10). Bei einer Übernahme können zwar nicht alle individuellen Vorstellungen des Zahnarztes hinsichtlich Praxislage und -ausstattung erfüllt werden, aber der übernehmende Zahnarzt hat die Chance, den vorhandenen Patientenstamm durch sein fachliches Können und seine Zuwendungsbereitschaft an sich zu binden. Der wirtschaftliche Vorteil einer Praxisübernahme besteht in der Möglichkeit, Investitionsentscheidungen zeitlich zu strecken und den sich verändernden ökonomischen Rahmenbedingungen anzupassen. Die Wirtschaftlichkeit einer Investition lässt sich nach begonnenem Praxisbetrieb präziser abschätzen als in der theoretischen Planungs- und Vorbereitungsphase (Klingenberg und Becker, 2004; 2007; 2008; 2010).



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

Die Einzelpraxisneugründung stellt mit einem Anteilswert zwischen 7 % und 11 % in den letzten fünf Jahren die am seltensten gewählte Niederlassungsform dar. Im Jahr 2016 betrug der Anteil wie schon in den beiden Vorjahren 7 %.

Der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* schwankte im Zeitraum von 2013 bis 2017 zwischen 24 % und 30 %. Im Jahr 2017 betrug der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften 27 %. Damit liegt

der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften an den Existenzgründungen weiterhin deutlich über dem der Einzelpraxisneugründungen, aber auch spürbar unterhalb des Anteils der Einzelpraxisübernahmen.

Vergleicht man die Verteilung der Praxisformen in den alten und den neuen Bundesländern, so zeigen sich im Jahr 2017 deutliche Unterschiede. In den *neuen Bundesländern* lag der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* mit einem Anteilswert von 23 % um 5 Prozentpunkte niedriger als in den alten Bundesländern. Für eine *Einzelpraxisübernahme* entschieden sich 70 % der zahnärztlichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern, in den alten Bundesländern waren es 65 %.

### 3.2.2 Praxislage

Bei der Vorbereitung einer Existenzgründung kommt der Standortwahl eine entscheidende Bedeutung zu. Die Entscheidung für eine bestimmte Niederlassungsform wird unter anderem durch die Bevölkerungsdichte im regionalen Einzugsbereich bzw. die Zahnärztdichte (Einwohner je behandelnd tätigen Zahnarzt) sowie die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme beeinflusst.

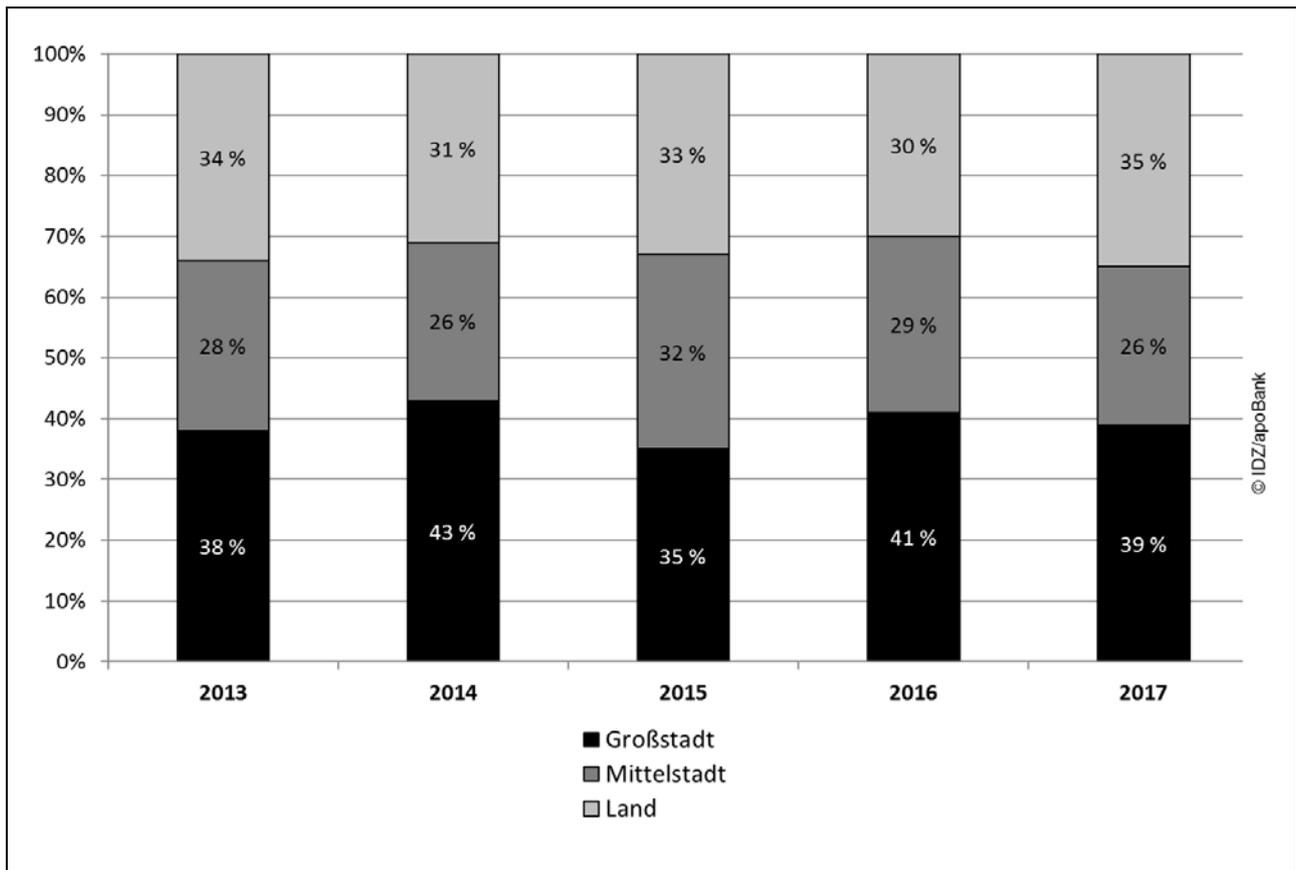
Die Einteilung der Ortsgrößen wird in Tabelle 6 dargestellt. Die Klassifizierung der Ortsgrößen erfolgt in Anlehnung an die Siebener-Systematik der sog. BIK-Strukturtypen (GESIS, 2013). Diese Form der Einteilung der Gemeinden hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre in der Raumforschung und -planung 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, 2018).

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, 2018).

**Tabelle 6: Klassifizierung der Ortsgrößen**

Klassifizierung	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 2017 zeigt, dass der Anteil der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich 35 % betrug, während im mittelstädtischen Bereich 26 % der Existenzgründungen angesiedelt waren. Auf den eher ländlichen Bereich entfiel ein Anteil von 35 %. 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 39 % der Existenzgründungen im großstädtischen Bereich realisiert, in den neuen Bundesländern waren es 33 %. Demgegenüber entfielen 42 % der Existenzgründungen den neuen Bundesländern auf die ländlichen Lagen, während der entsprechende Anteil in den alten Bundesländern 34 % 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 2017 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 Berufsausübungsgemeinschaften in großstädtischen Lagen vergleichsweise seltener, in ländlichen Lagen hingegen häufiger realisiert werden.

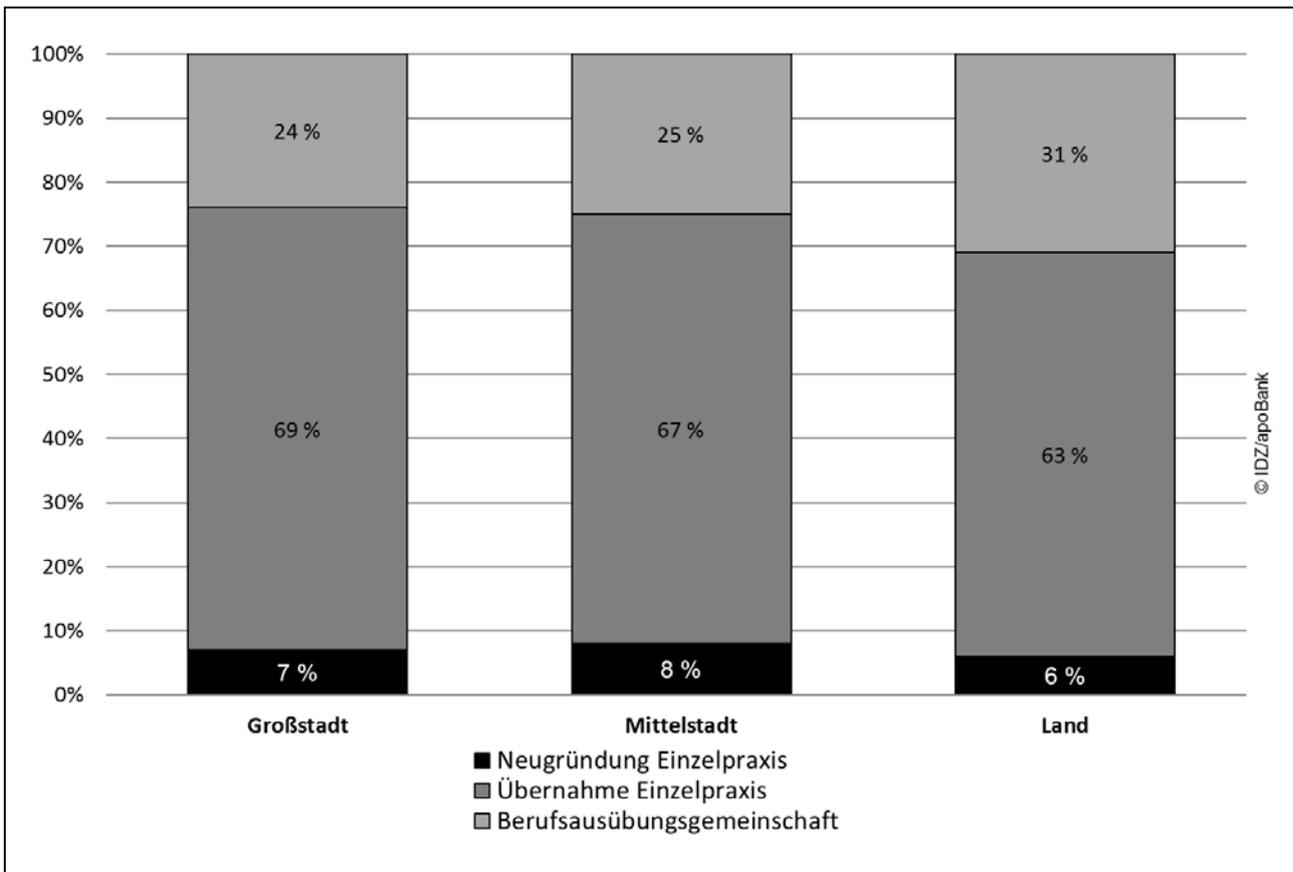


Abbildung 12: Art der Existenzgründung nach Praxislage (D)

### 3.2.3 Alter der Existenzgründer

Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründer lässt erkennen, dass sich 15 % bis zum 30. Lebensjahr niederlassen, während 16 % bereits das 40. Lebensjahr überschritten haben. 69 % der Existenzgründer waren zwischen 31 und 40 Jahre alt (Abb. 13). In den *neuen Bundesländern* gab es vergleichsweise mehr jüngere Existenzgründer (19 %) und weniger ältere Existenzgründer (12 %) als in den alten Bundesländern.

Das *Durchschnittsalter* der zahnärztlichen Existenzgründer bei der *Erstniederlassung* betrug 35,5 Jahre. In den neuen Bundesländern war es mit 35,0 Jahren niedriger, in den alten Bundesländern mit 35,6 Jahren etwas höher. Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 34,8 Jahre, die weiblichen Existenzgründer im Schnitt 36,4 Jahre alt.

Differenziert man die *relativen Häufigkeiten der Niederlassungsformen nach Altersgruppen*, so zeigt sich, dass die Übernahme einer Einzelpraxis in allen Altersgruppen die verbreitetste 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.

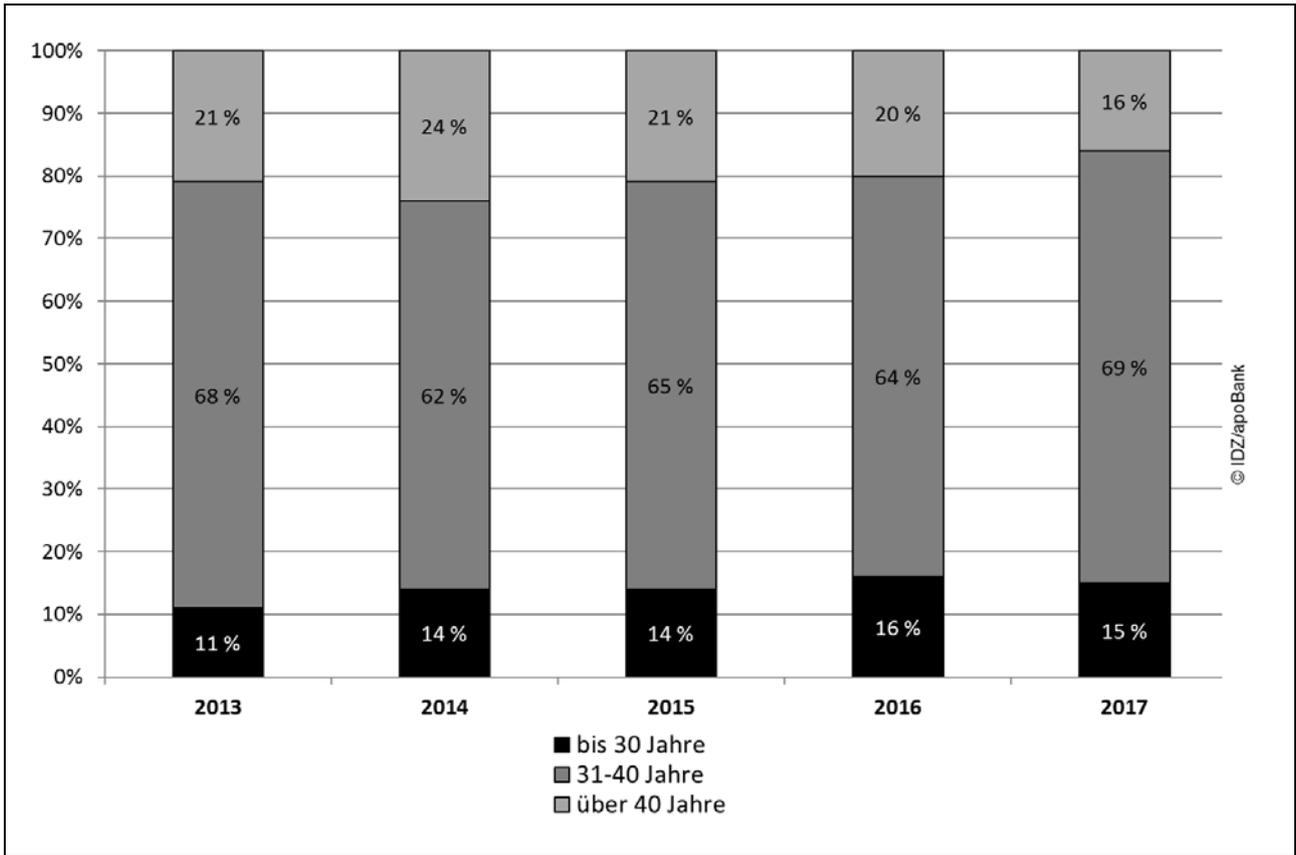


Abbildung 13: Altersgruppen (D)

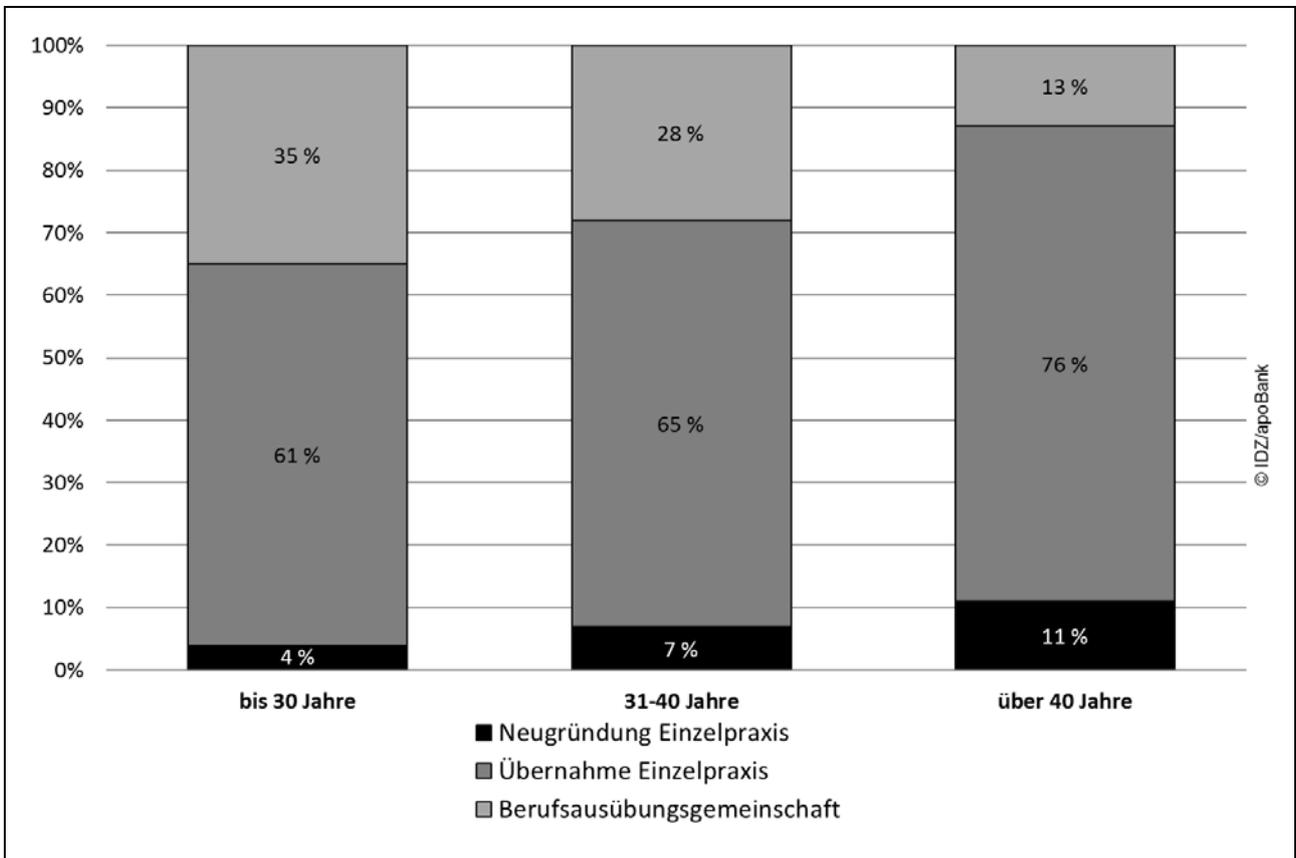


Abbildung 14: Art der Existenzgründung nach Altersgruppen (D)

### 3.2.4 Geschlecht der Existenzgründer

Die Auswertung der Variable „Geschlecht“ lässt erkennen, dass die männlichen Existenzgründer im Jahr 2017 mit einem Anteil von 53 % 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 68 % 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, 2018). 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 Einzelpraxisneugründung wird von Frauen häufiger präferiert als von Männern.

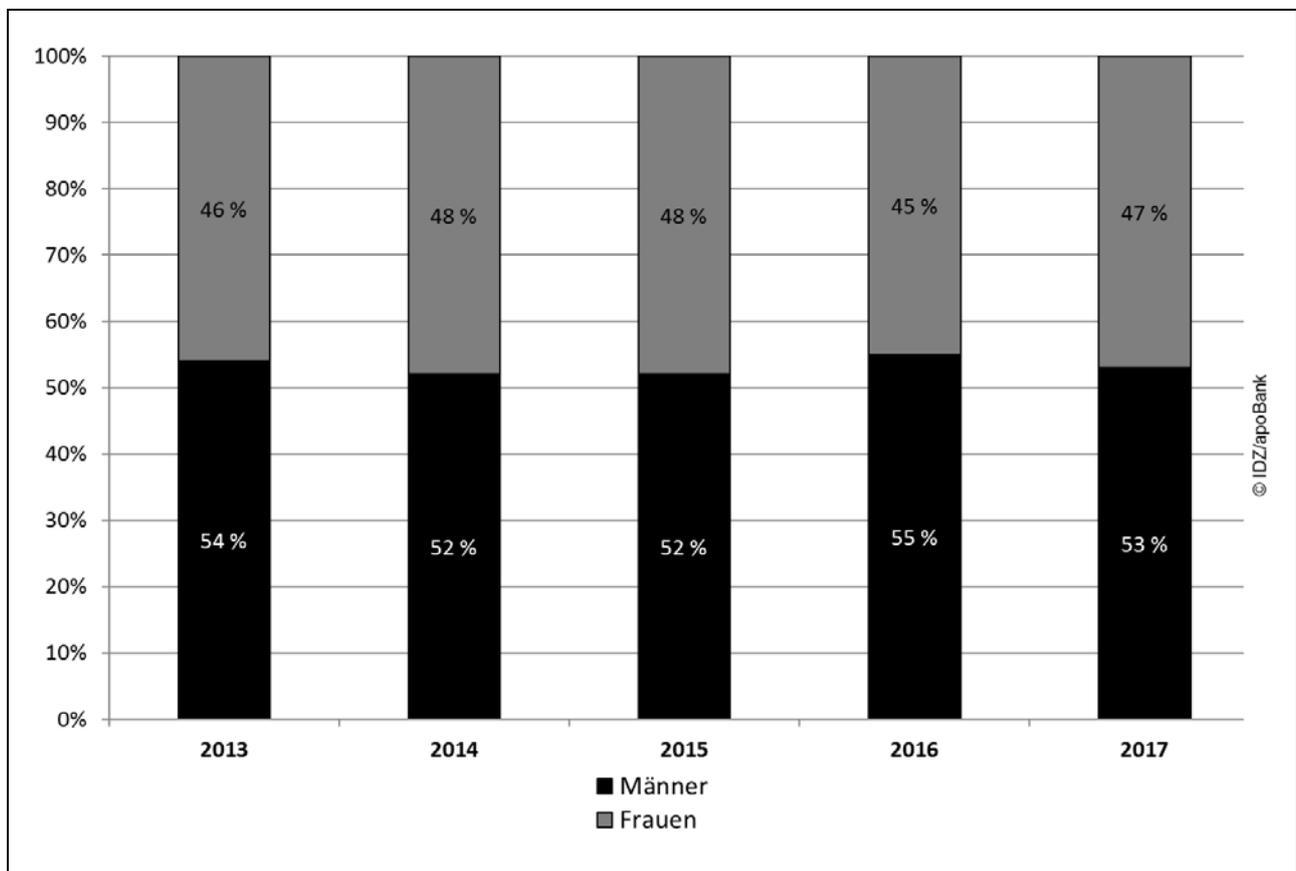


Abbildung 15: Geschlechtsverteilung (D)

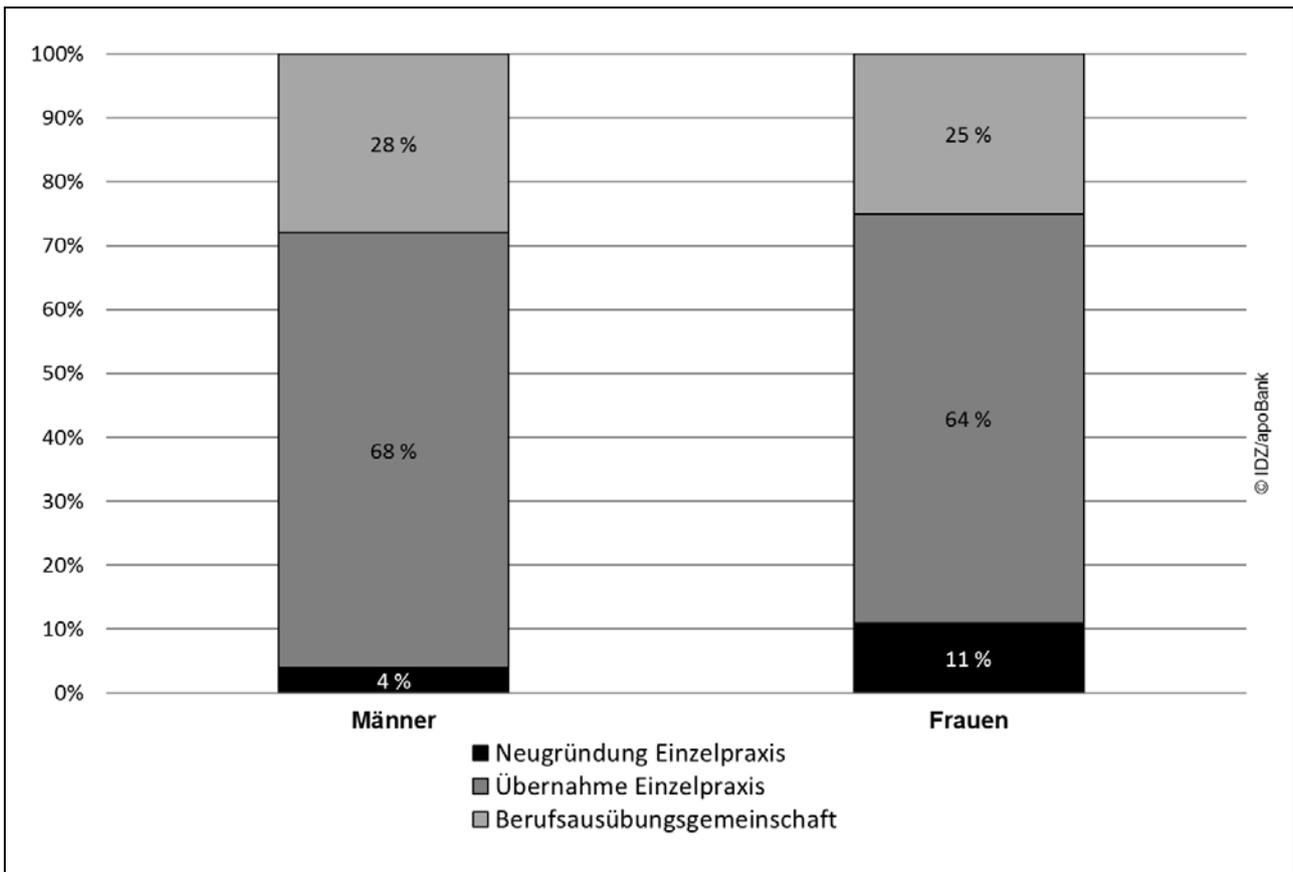


Abbildung 16: Art der Existenzgründung nach Geschlecht (D)

#### 4 Exkurs: Fachzahnärztliche Praxen

Im Rahmen des InvestMonitor wird immer auch gesondert über die Investitionstätigkeit *fachzahnärztlicher* Praxen berichtet. Aufgrund der naturgemäß geringeren Fallzahl fachzahnärztlicher Praxen ist eine tiefgegliederte (Subgruppen-)Analyse an dieser Stelle nicht möglich. Unterschieden wird lediglich nach der Fachrichtung sowie innerhalb der Fachrichtung nach der Form der Existenzgründung (Neugründung oder Übernahme).

In die Analyse einbezogen wurden insgesamt 77 Fachpraxen, die sich in 35 kieferorthopädische Fachpraxen sowie 42 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.

Gegenüber dem Vorjahr stieg das Finanzierungsvolumen von übernommenen kieferorthopädischen Fachpraxen an (Tabelle 8), während das Finanzierungsvolumen von neugegründeten kieferorthopädischen Fachpraxen sank (Tabelle 7).

**Tabelle 7: Neugründung einer kieferorthopädischen Fachpraxis (D)**

		2013	2014	2015	2016	2017
Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	80	75	81	96	89
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		246	250	211	261	215
+ Sonstige Investitionen		117	49	133	100	126
= Praxisinvestitionen		443	374	425	457	430
+ Betriebsmittelkredit		79	66	59	60	68
= Finanzierungsvolumen		522	440	484	517	498

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	134	227	227	182	266
+ Materieller Wert (Substanzwert)		60	86	68	71	85
= Übernahmepreis		194	313	295	253	351
+ Modernisierung/Umbau		15	8	4	31	11
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		42	40	13	50	77
+ Sonstige Investitionen		18	11	27	43	46
= Praxisinvestitionen	269	372	339	377	485	
+ Betriebsmittelkredit	52	62	64	45	48	
= Finanzierungsvolumen	321	434	403	422	533	

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

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	90	92	141	122	143
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung u. EDV		317	373	272	329	384
+ Sonstige Investitionen		93	65	71	106	69
= Praxisinvestitionen		500	530	484	557	596
+ Betriebsmittelkredit		77	91	58	83	64
= Finanzierungsvolumen		577	621	542	640	660

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	230	225	299	374	339
+ Materieller Wert (Substanzwert)		93	95	96	48	140
= Übernahmepreis		323	320	395	422	479
+ Modernisierung/Umbau		16	7	19	28	12
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		26	24	38	41	39
+ Sonstige Investitionen		25	42	47	15	70
= Praxisinvestitionen	390	393	499	506	600	
+ Betriebsmittelkredit	42	39	57	40	49	
= Finanzierungsvolumen	432	432	556	546	649	

Über alle Praxisformen hinweg lag das Finanzierungsvolumen von kieferorthopädischen Fachpraxen im Durchschnitt 44 % über dem Niveau allgemeinärztlicher Praxen. Bei Existenzgründungen von oralchirurgischen Praxen sowie von MKG-Fachpraxen wurde in der Regel sogar ein um 80 % höheres Finanzierungsvolumen benötigt.

## 5 Exkurs: Regionale Finanzierungsdaten von allgemeinärztlichen Praxen

### 5.1 Alte Bundesländer inkl. Berlin

Die für die Neugründung, die Übernahme sowie den Beitritt bzw. Einstieg in eine allgemeinärztliche Praxis in den alten Bundesländern (ABL) errechneten Mittelwerte für die Jahre 2013 bis 2017 sind in den Tabellen 11 bis 15 dargestellt.

Im Jahr 2017 entfielen 18 % des Finanzierungsvolumens einer *Einzelpraxisneugründung* (n = 27) auf die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 54 % auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 16 % auf sonstige Investitionen und 12 % auf den Betriebsmittelkredit (Tab. 11). Gegenüber dem Vorjahr fiel der auf die sonstigen Investitionen entfallende Anteil um 10 Prozentpunkte, während die Investitionen in Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen um 9 Prozentpunkte zunahm. Insgesamt sank das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr geringfügig um 1 %.

**Tabelle 11: Neugründung einer Einzelpraxis (ABL)**

		2013	2014	2015	2016	2017
Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	49	69	73	48	97
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		260	214	294	290	284
+ Sonstige Investitionen		59	86	73	137	83
= Praxisinvestitionen		368	369	440	475	464
+ Betriebsmittelkredit		63	64	64	59	64
= Finanzierungsvolumen		431	433	504	534	528

Bei einer *Einzelpraxisübernahme* (n = 252) wurden 2017 durchschnittlich 35 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 16 % für den Substanzwert, 5 % für die Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 19 % für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV, 9 % für sonstige Investitionen sowie 16 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 12). Gegenüber dem Vorjahr stieg der auf den Substanzwert entfallende Anteil um 3 Prozentpunkte.

**Tabelle 12: Übernahme einer Einzelpraxis (ABL)**

		2013	2014	2015	2016	2017
Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	110	115	132	125	136
+ Materieller Wert (Substanzwert)		49	56	50	46	62
= Übernahmepreis		159	171	182	171	198
+ Modernisierung/Umbau		15	18	18	22	18
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		63	62	62	69	74
+ Sonstige Investitionen		20	23	25	35	35
= Praxisinvestitionen		257	274	287	297	325
+ Betriebsmittelkredit	52	60	55	60	60	
= Finanzierungsvolumen	309	334	342	357	385	

Bei der *Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 18) wurden 2017 durchschnittlich 15 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 37 % für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und

EDV, 39 % für sonstige Investitionen sowie 9 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 13). Gegenüber dem Vorjahr sanken die Investitionen in medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV deutlich um 21 Prozentpunkte; im Gegenzug stiegen die sonstigen Investitionen ebenfalls spürbar um 21 %. Das Finanzierungsvolumen nahm gegenüber dem Vorjahr um 19 % zu.

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	40	80	50	45	60
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung u. EDV		181	178	203	200	154
+ Sonstige Investitionen		79	43	55	62	162
= Praxisinvestitionen		300	301	308	307	376
+ Betriebsmittelkredit		53	33	35	39	36
= Finanzierungsvolumen		353	334	343	346	412

Bei der *Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 34) wurden 2017 durchschnittlich 38 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 13 % für den Substanzwert, 7 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 19 % für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV, 11 % für sonstige Investitionen sowie 12 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 14). Insgesamt stieg das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 8 %.

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	161	108	125	131	138
+ Materieller Wert (Substanzwert)		92	43	42	41	45
= Übernahmepreis		253	151	167	172	183
+ Modernisierung/Umbau		18	16	27	28	24
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		52	44	55	69	69
+ Sonstige Investitionen		13	14	12	19	38
= Praxisinvestitionen		336	225	261	288	314
+ Betriebsmittelkredit	55	39	42	43	44	
= Finanzierungsvolumen	391	264	303	331	358	

Für den *Beitritt bzw. Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft* (n = 53) wurden 2017 durchschnittlich 61 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 18 % für den Substanzwert, weniger als 1 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 4 % für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV, 6 % für sonstige Investitionen sowie 10 % für den Betriebsmittelkredit aufgewendet (Tab. 15). Gegenüber dem Vorjahr fällt der um 5 Prozentpunkte gestiegene Anteil für den Goodwill auf. Insgesamt erhöhte sich das Finanzierungsvolumen gegenüber dem Vorjahr um 14 %.

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

		2013	2014	2015	2016	2017
Ideeller Wert (Goodwill)	in 1.000 Euro	164	155	198	136	167
+ Materieller Wert (Substanzwert)		51	47	59	46	50
= Übernahmepreis		215	202	257	182	217
+ Modernisierung/Umbau		5	9	12	4	1
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		17	21	18	16	12
+ Sonstige Investitionen		15	14	7	9	16
= Praxisinvestitionen		252	246	294	211	246
+ Betriebsmittelkredit	27	31	21	30	28	
= Finanzierungsvolumen	279	277	315	241	274	

## 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 10 Einzelpraxisübernahmen.

**Tabelle 16: Übernahme einer Einzelpraxis (NBL)**

		2013	2014	2015	2016	2017
Ideeller Wert (Goodwill)		71	71	79	70	87
+ Materieller Wert (Substanzwert)		24	31	32	33	27
= Übernahmepreis		95	102	111	104	114
+ Modernisierung/Umbau	in 1.000 Euro	2	11	14	10	21
+ Med.-techn. Geräte, Einrichtung und EDV		30	60	49	72	71
+ Sonstige Investitionen		30	23	11	24	29
= Praxisinvestitionen		157	196	185	210	235
+ Betriebsmittelkredit		43	45	40	44	46
= Finanzierungsvolumen		200	241	225	254	281

Die für die *Übernahme einer allgemeinärztlichen Einzelpraxis* (n = 50) in den neuen Bundesländern errechneten Mittelwerte können der Tabelle 16 entnommen werden. Demnach wurden 2017 durchschnittlich 31 % des Finanzierungsvolumens für den Goodwill, 10 % für den Substanzwert, 8 % für Modernisierungs- und Umbaumaßnahmen, 25 % für medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und EDV, 10 % für sonstige Investitionen sowie 16 % 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 50 % des Finanzierungsvolumens.

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

## 6 Schlussbemerkung

Aus ökonomischer Sicht lassen sich die Investitionsdaten dahingehend interpretieren, dass die zahnärztliche Berufsausübung eine sehr umfangreiche technisch-apparative Ausstattung zur modernen Patientenversorgung erforderlich macht, die entsprechend hohe Investitionsvolumina begründet. Dies gilt insbesondere für die *zunehmende Prophylaxeorientierung der Zahnärzteschaft*, die auf der einen Seite zusätzlichen finanziellen Aufwand mit sich bringt, auf der anderen Seite aber auch positiv auf die Berufszufriedenheit wirkt (Schneller, Micheelis und Hendriks, 2001).

Insofern lassen sich die Ergebnisse des InvestMonitor 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 Klingenberger, 2016).

Die Rückschau (Klingenberger, 2018) verdeutlicht, dass die Entwicklung der letzten Dekade keineswegs zum Rückgang der Einzelpraxis geführt hat. Die Möglichkeiten der Beschäftigung von angestellten Zahnärzten haben vielmehr dazu geführt, dass die Unterschiede zwischen den (rechtlich definierten) Praxisformen zunehmend verschwimmen, da eine Einzelpraxis infolge des Einbezugs von angestellten Zahnärzten organisatorisch ebenfalls zu einer kooperativen Praxisform weiterentwickelt werden kann und von dieser Option auch zunehmend Gebrauch gemacht wird.

## 7 Glossar

- *Praxisform*

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

- *Übernahme einer Einzelpraxis*

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

- *Berufsausübungsgemeinschaft*

Mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 1. Januar 2007 wurde der bis dato verwendete Begriff der Gemeinschaftspraxis durch den Terminus der „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt, der den alten Begriff einschließt und gleichzeitig erweitert. Die Erweiterung betrifft die möglichen Partner, die Kooperation unterschiedlicher Fachgebiete und die Überörtlichkeit. In der Rubrik Niederlassung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft werden die Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft, die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft, der *Beitritt* zu einer (siehe unten) sowie der *Einstieg* in eine (siehe unten) 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. inklusive 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 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 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 (sogenannte 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, Einrichtung und EDV. 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 sogenannten *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], 2018, [Zugriffsdatum: 11.12.2018], URL: <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 Zahnärztezahle 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 2017/2018, Berlin 2018

FIS (Forschungs-Informationssystem): Methodik der Bildung von Raumkategorien. [Online], erstellt 29.09.2010, Stand des Wissens: 12.06.2018, [Zugriffsdatum: 11.12.2018], 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., Klingenberg, D.: Was junge Zahnärzte heute wollen. Zahnärztl Mitt 2016, 106, (24), 2918-2923

Klingenberg, D.: Die zahnärztliche Niederlassung. Stand der Forschung zur Praxisgründung. Materialienreihe Bd. 36, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.), Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, ISBN: 978-3-7691-0408-0, Köln, 2018

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 2017. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung*. Köln 2017

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, Problem-sichten und Perspektiven bei niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland. IDZ-Information, 2001, (4), ISSN: 0931-9816

## AUTOREN



Dr. rer. pol. David Klingenberg, Dipl.-Volksw.  
Stellvertretender Wissenschaftlicher Direktor  
Forschungsschwerpunkt Gesundheitsökonomie  
und –systemforschung  
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)  
Universitätsstr. 73  
50931 Köln  
d.klingenberg@idz.institute



Bernd Köhler  
Betriebswirt (VWA)  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
Bereich Gesundheitsmärkte und -politik  
Richard-Oskar-Mattern-Str. 6  
40547 Düsseldorf  
Bernd.Koehler@apobank.de

## AUTORENHINWEIS

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

## ZITIERWEISE

Klingenberg, D. und Köhler, B.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2017 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). Zahnmed Forsch Versorg 2018, 1: 4, <http://dx.doi.org/10.23786/2018-1-4>

## DATUM DER VERÖFFENTLICHUNG

13.12.2018



**ISSN**

2569-1805

**HERAUSGEBER**

Institut der Deutschen Zahnärzte,  
Universitätsstraße 73, 50931 Köln  
in Trägerschaft von

Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK)  
und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung K. d. ö. R.

**REDAKTION**

Prof. Dr. A. Rainer Jordan, Inge Bayer  
Institut der Deutschen Zahnärzte  
Universitätsstraße 73  
D-50931 Köln  
Telefon: +49 221 4001-142  
Fax: +49 221 40 48 86  
Internet: [www.idz.institute](http://www.idz.institute)  
E-Mail: [idz@idz.institute](mailto:idz@idz.institute)

IMPRESSUM