

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2024 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

AUTOREN

David Klingenberger und Bernd Köhler

ZUSAMMENFASSUNG

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank)/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Jahr 2024 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben: Die Übernahme einer Einzelpraxis war die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. 67 % entschieden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit. Das Investitionsvolumen einer Einzelpraxisübernahme belief sich auf 450.000 EUR, dies entspricht einer Zunahme gegenüber 2019 um 27 %. Rund 27 % der zahnärztlichen Existenzgründenden wählten die Berufsausübungsgemeinschaft. Das Investitionsvolumen für die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft betrug 429.000 EUR je Inhaber. Reine Neugründungen von zahnärztlichen Praxen sind mit einem Anteilswert von 7 % inzwischen eher eine Ausnahme. Bei einer Einzelpraxisneugründung streut das Investitionsvolumen stark um den Median von 690.000 EUR. Die detaillierte Analyse verdeutlicht, dass die dynamische Entwicklung der Investitionsvolumina nicht allein durch Preiseffekte angetrieben wird, sondern zum Teil auch mit zunehmenden Praxisgrößen und hochtechnisierter Praxisausstattung zusammenhängt.

Schlagwörter: Existenzgründung, Investitionen, Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

ABSTRACT

Capital required to establish a new dental practice in 2024 (InvestMonitor Dental Practice)

Since 1984, the Institute of German Dentists (IDZ) has been analysing dental investment behaviour in private practice together with Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank)/Düsseldorf. For the year 2024, the following key results should be highlighted: The takeover of a single practice was the most common form of dental business start-up. 67% decided to take this path to self-employment. The investment of a single practice acquisition amounted to EUR 450,000, which corresponds to an increase of 27% compared to 2019. Around 27% chose the joint dental practice. The capital needed for the takeover of a joint dental practice amounted to EUR 429,000 per owner. With a share of 7%, starting a new dental practice is now rather an exception. Here, the investments for a new single dental practice spread strongly around the median of EUR 690,000. The detailed analysis makes it clear that the dynamic development of investment volumes is not only driven by price effects, but is also partly related to increasing practice sizes and high-tech practice equipment.

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

Inhaltsverzeichnis

1	Methodische Vorbemerkungen	3
2	Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen	3
3	Geschlecht und Alter der Existenzgründenden.....	4
4	Wahl der Praxisform und Art der Niederlassung	5
4.1	Wahl der Praxisform	5
4.2	Art der Niederlassung	6
5	Wahl des Praxisstandortes.....	8
6	Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens in Deutschland	9
6.1	Entwicklung der Investitionsvolumina einer Einzelpraxisübernahme	9
6.2	Entwicklung der Investitionsvolumina einer BAG-Übernahme	12
6.3	Entwicklung der Investitionsvolumina eines BAG-Einstiegs	13
6.4	Entwicklung der Investitionsvolumina einer Einzelpraxisneugründung	14
6.4.1	Analyse der Preisentwicklung	15
6.4.2	Analyse der Betriebsgrößenentwicklung	16
6.5	Entwicklung der Investitionsvolumina von BAG-Neugründungen.....	18
6.6	Abschließender Vergleich der Existenzgründungsoptionen	19
7	Entwicklung der Investitionsvolumina von fachzahnärztlichen Praxen.....	21
7.1	Entwicklung der Investitionsvolumina von kieferorthopädischen Fachpraxen.....	21
7.2	Entwicklung der Investitionsvolumina von Fachpraxen für Oralchirurgie/ MKG-Chirurgie.....	22
8	Literaturverzeichnis.....	23
	Autorenangaben, Autorenhinweis, Zitierweise, Datum der Veröffentlichung.....	25
	Impressum	26

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2024 (InvestMonitor Zahnarztpraxis)

1 Methodische Vorbemerkungen

Ziel dieses Berichtes ist es, Umfang und Struktur des zahnärztlichen Investitionsverhaltens bei der Niederlassung im Jahr 2024 detailliert darzustellen und zu analysieren.

Die Datenbasis des vorliegenden InvestMonitor Zahnarztpraxis 2024 bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank (apoBank) protokollierten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Im Jahr 2024 entschieden sich 1.122 Zahnärztinnen und Zahnärzte für den Schritt in die Selbstständigkeit (KZBV 2025), im Vorjahr waren es noch 1.268. Die Zahl der auswertbaren Finanzierungsfälle der apoBank belief sich im gleichen Zeitraum auf 538. Der Marktanteil der apoBank an den Finanzierungen von zahnärztlichen Existenzgründungen ist insofern vergleichsweise hoch. Gleichwohl handelt es sich bei den hier ausgewerteten Daten um einen Ausschnitt der Gesamtheit der zahnärztlichen Existenzgründungen, der nur eingeschränkt allgemeingültige Aussagen über das Niederlassungs- und Investitionsverhalten im ambulanten zahnärztlichen Bereich in Deutschland zulässt.

Die statistische Auswertung umfasst im Kern die folgenden Größen:

- Höhe des Investitionsvolumens,
- Höhe des bei einer Praxisübernahme zu zahlenden Kaufpreises,
- Höhe der Praxisinvestitionen,
- Art der Existenzgründung (Praxisform),
- Region und Ortsgrößenklasse (Verstädterungsgrad) des Niederlassungsortes,
- Alter und Geschlecht der Existenzgründenden.

Von den hier einbezogenen Existenzgründungen betreffen 455 Fälle die Gründung einer *allgemeinzahnärztlichen Praxis*, die in den Kapiteln 3 bis 6 eingehend analysiert werden. Abgerundet wird die Analyse im Kapitel 7 durch eine kurze überblickartige Analyse des Gründungsgeschehens im *fachzahnärztlichen Bereich*.

2 Wachstums- und Beschäftigungseffekte durch zahnärztliche Existenzgründungen

Die Investitionstätigkeit der Zahnärzte ist nicht nur aus einzelwirtschaftlicher Sicht von Belang, sondern ebenso gesamtwirtschaftlich bedeutsam (Klingenberg 2018). Die von den Zahnarztpraxen generierten gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachstumseffekte werden in den oftmals einseitig kostenorientiert geführten Diskussionen über das Gesundheitswesen leicht übersehen (Weitkamp und Klingenberg 2007).

So kommen auf jeden der 423.000 Beschäftigten innerhalb der Zahnarztpraxen 0,5 weitere Beschäftigte, die direkt, indirekt oder induziert von der Existenz der Zahnarztpraxen abhängig sind. Eine überschlägige Schätzung mit Daten des im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie erstellten Gesundheitssatellitenkontos kommt zu dem Ergebnis, dass in der Summe etwa 633.000 Arbeitsplätze direkt, indirekt oder induziert von Zahnarztpraxen abhängen (BZÄK 2024).

Gesamtwirtschaftlich sind Zahnarztpraxen generell ein sog. Wachstums- und Beschäftigungstreiber. So hat das IDZ im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse für den Zeitraum zwischen 2010

bis 2030 einen Beschäftigungszuwachs im Bereich der ambulanten Zahnmedizin in Höhe von 18,6 % prognostiziert (Klingenberg et al. 2012). Die Prognose bezieht sich auf Arbeitsplätze in Zahnarztpraxen, in Dentallaboren und im Einzelhandel für Mundgesundheitsprodukte.

Als Gründe für das Umsatz- und Beschäftigungswachstum werden der demografische Wandel und das zunehmende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung genannt. So hat sich beispielsweise die Karies in der Gruppe der 12-Jährigen in den vergangenen drei Jahrzehnten um den Faktor 10 verringert, und auch bei den 35- bis 44-jährigen Erwachsenen hat sich die Karieserfahrung seither halbiert (Micheelis und Bauch 1991; Jordan et al. 2025). Prävention und Maßnahmen der Zahnerhaltung gewinnen zunehmend an Bedeutung und führen zu einer Verschiebung der Krankheitslasten in spätere Lebensjahre (Morbiditätskompression).

3 Geschlecht und Alter der Existenzgründenden

Wie bereits im Vorjahr erfolgten 48 % der allgemeinärztlichen Neuniederlassungen im Jahr 2024 durch Frauen, 52 % durch Männer. Gemessen am Frauenanteil bei den Studienabschlüssen in der Zahnmedizin (in den vergangenen Jahren jeweils zwischen 65 % und 69 %) ist die Niederlassungsneigung von Frauen folglich spürbar geringer und sie lassen sich generell später nieder (Klingenberg 2018). Die Altersstruktur der zahnärztlichen Existenzgründenden lässt erkennen, dass sich etwa 30 % der Frauen und etwas mehr als 40 % der Männer vor dem 35. Lebensjahr niederlassen (Abbildung 1).

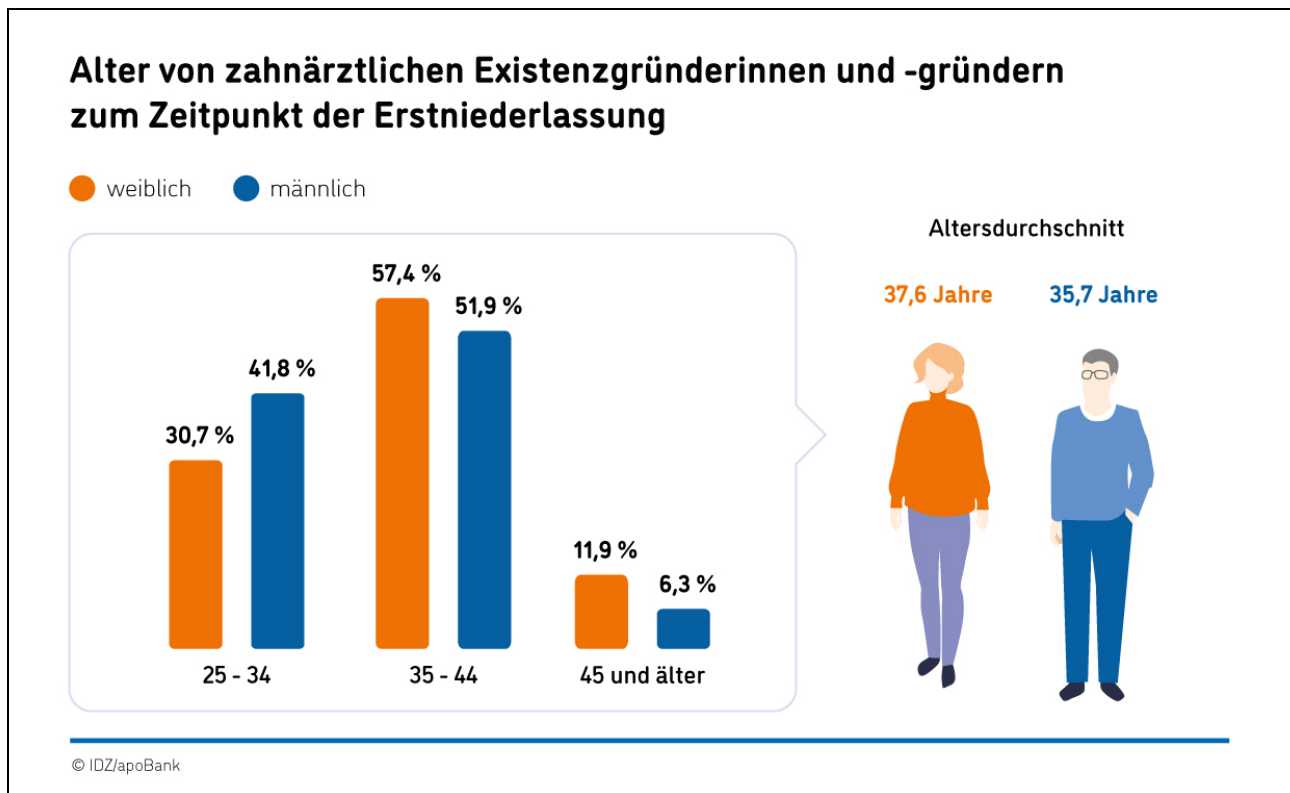


Abbildung 1: Alter zum Zeitpunkt der Erstiniederlassung

Das *Durchschnittsalter* der zahnärztlichen Existenzgründer bei der *Erstiniederlassung* betrug 36,6 Jahre (2023: 36,1 Jahre). Die männlichen Existenzgründer waren durchschnittlich 35,7 Jahre (2023: 35,1 Jahre), die weiblichen Existenzgründer im Schnitt 37,6 Jahre (2023: 37,2 Jahre) alt. Die Entscheidung zur Exis-

tenzgründung wird heute generell später getroffen als noch vor 30 Jahren. Im Jahr 1995 lag das Durchschnittsalter noch bei 33,6 Jahren (Klingenberg 2018); allerdings gab es damals auch noch nicht die Möglichkeit, vor einer Niederlassung noch über einen gewissen Zeitraum in Anstellung zu arbeiten.

4 Wahl der Praxisform und Art der Niederlassung

4.1 Wahl der Praxisform

Eine zentrale Frage für die Existenzgründerin bzw. den Existenzgründer ist zuallererst die Wahl der geeigneten Praxisform. Die zahnärztliche Berufsausübung findet ganz überwiegend in den beiden „klassischen“ Formen der Einzelpraxis und der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) statt. Im vorliegenden Datensatz entfallen 72,5 % der Finanzierungsfälle von *allgemeinzahnärztlichen Existenzgründungen* auf Einzelpraxen und 26,6 % auf Berufsausübungsgemeinschaften. Lediglich 0,9 % sind keiner der beiden klassischen Formen zuzuordnen (Abbildung 2).¹

Als *Einzelpraxis* wird eine Praxis bezeichnet, die durch eine einzelne Zahnärztin bzw. durch einen einzelnen Zahnarzt betrieben wird. Das zahnärztliche Leistungsangebot und die Praxisführung richten sich primär an der Person des Praxisinhabers aus.

Schließen sich mehrere Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte zur gemeinsamen Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit zusammen, so handelt es sich hingegen um eine *Berufsausübungsgemeinschaft*, kurz BAG. Die Berufsausübungsgemeinschaft verfügt in der Regel über einen zentralen Standort (örtliche BAG), kann aber auch als überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen geführt werden. Die Praxisinhaber sind mit vertraglich festgelegten Anteilen an der gemeinsamen Praxis beteiligt und teilen sich alle Risiken, Betriebskosten, Einnahmen und Gewinne.

Die Entscheidung für eine bestimmte Praxisform hat sicherlich eine starke subjektive Komponente im Sinne individueller Präferenzen der Existenzgründer. Daneben gibt es aber auch stärker objektivierbare Aspekte, die im Einzelfall für oder gegen eine bestimmte Praxisform sprechen. Der Vorteil der Einzelpraxis wird in der Alleinverantwortung gesehen, die nicht durch die Mitspracherechte weiterer Inhaber begrenzt wird. Die Berufsausübungsgemeinschaft bietet demgegenüber möglicherweise ökonomische Größenvorteile durch eine bessere Auslastung der Praxisressourcen, sowie eine Kosten- und Risikoteilung.

Von den zahnärztlichen Praxen in Deutschland sind aktuell 79,8 % Einzelpraxen, 16,4 % sind Berufsausübungsgemeinschaften und 3,9 % sog. Medizinische Versorgungszentren (kurz MVZ) (KZBV 2024).

Der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften ist im Zeitablauf deutlich gestiegen, nämlich von 7,5 % im Jahr 1991 auf 19,1 % im Jahr 2007. Seither ist der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften jedoch wieder um knapp 3 Prozentpunkte gesunken. Mit der Öffnung der Versorgung für fachgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren im Jahr 2015 hat hingegen der Anteil von MVZ beständig zugenommen, die allerdings zu einem guten Teil aus einer (rechtlichen) Umwandlung von Berufsausübungsgemeinschaften in MVZ resultieren.

¹ Eine Sonderform stellt die *Praxisgemeinschaft* dar: Darunter wird die Zusammenarbeit zweier Praxen zum Zwecke der gemeinsamen Nutzung von Einrichtungsgegenständen, Räumen und Personal verstanden. Relevant ist hier nur der Anteil der Praxisgemeinschaft, der auf die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt entfällt. Aufgrund der geringen Fallzahl solcher Konstellationen bleiben die Praxisgemeinschaften in den folgenden Analysen unberücksichtigt.

4.2 Art der Niederlassung

Innerhalb der hier dargestellten Praxisformen wird des Weiteren nach der *Art der Niederlassung* bzw. der Gründungsform differenziert. Unterschieden wird zwischen einer *Neugründung*, einer *Übernahme* sowie einem *Einstieg*.

Wie bereits in den Vorjahren ist die Einzelpraxis auch bei den zahnärztlichen Existenzgründungen im Jahr 2024 vorherrschend und zwar ganz überwiegend in Form der Einzelpraxisübernahme. Der Anteil der übernommenen Einzelpraxen ist im Zeitraum von 2020 bis 2024 relativ konstant geblieben und beträgt aktuell 67 % (Abbildung 2). Auf die BAG-Übernahme entfielen knapp 14 % der Fälle, auf den Sonderfall des Einstiegs in eine bestehende BAG 11 %. Unter Berücksichtigung der Sonstigen (Praxisgemeinschaft, MVZ) werden knapp 93 % der Existenzgründungen in Form einer *Übernahme (inkl. Einstieg)* realisiert.

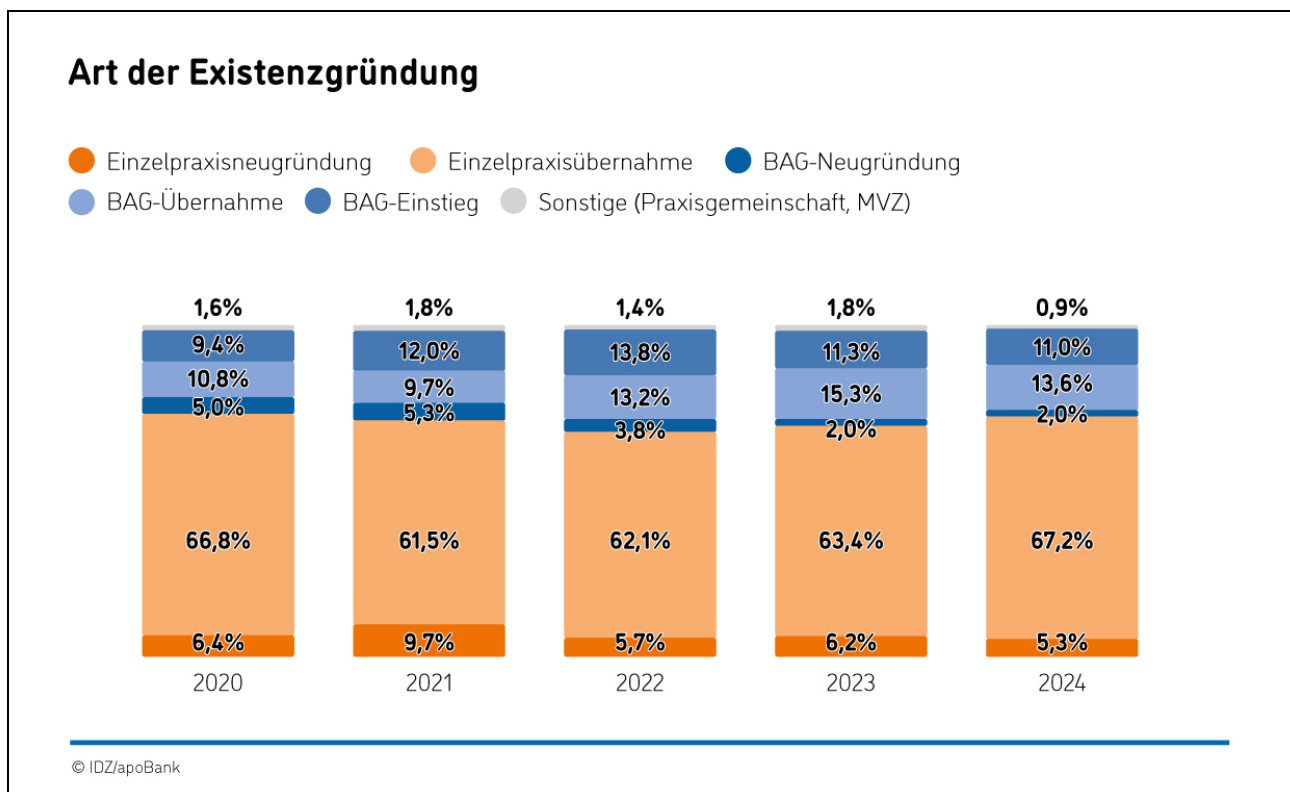


Abbildung 2: Art der Existenzgründung

Bei einer *Übernahme* können zwar nicht alle individuellen Vorstellungen des Zahnarztes hinsichtlich Praxislage und -ausstattung erfüllt werden, aber der übernehmende Zahnarzt hat durch den im Regelfall fließenden Praxisübergang die Chance, den vorhandenen Patientenstamm durch sein fachliches Können und empathische Zuwendung 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).

Lediglich etwas mehr als 7 % der Existenzgründerinnen bzw. Existenzgründer ließen sich über eine reine Neugründung nieder, sei es in Form einer Einzelpraxis (5 %) oder aber einer BAG (2 %).

Die *Neugründung* stellt auch deshalb aktuell eine recht seltene Niederlassungsform dar, weil sich auf dem Praxisabgabemarkt mittlerweile ein deutliches Überangebot etabliert hat, aus dem Existenzgründende wählen können. Dies war nicht immer so: So lag der Anteil der Einzelpraxisneugründungen im Jahr 1992 beispielsweise noch bei 60 % (in den alten Bundesländern waren es 42 %, in den neuen Bundesländern wiedervereinigungsbedingt sogar 89 % aufgrund zahlreicher Erstniederlassungen) (Klingenberg 2018).

Der Anteil der *Berufsausübungsgemeinschaften* schwankte im Zeitraum von 2020 bis 2024 zwischen 25 % und 31 %. Im Jahr 2024 betrug der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften knapp 27 % (Abbildung 2), verteilt auf die Niederlassungsarten Neugründung (2,0 %), Übernahme (13,6 %) und Einstieg (11,0 %).

Bei der Vorliebe für eine bestimmte Niederlassungsform bestehen, wie aus Abbildung 3 ersichtlich ist, Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Während 30 % der Männer die Niederlassung in Form einer BAG präferierten, betrug der Anteil bei den Frauen lediglich 22 %. Auch bei einer Differenzierung nach dem Lebensalter sind Präferenzunterschiede erkennbar. In der mittleren Altersgruppe (25 bis 34 Jahre) entschieden sich knapp 22 % für eine Niederlassung in Form einer BAG, sei es als Neugründung, Übernahme oder Einstieg, während die diesbezüglichen Anteile in den beiden anderen Altersgruppen um etwa 10 Prozentpunkte höher lagen.

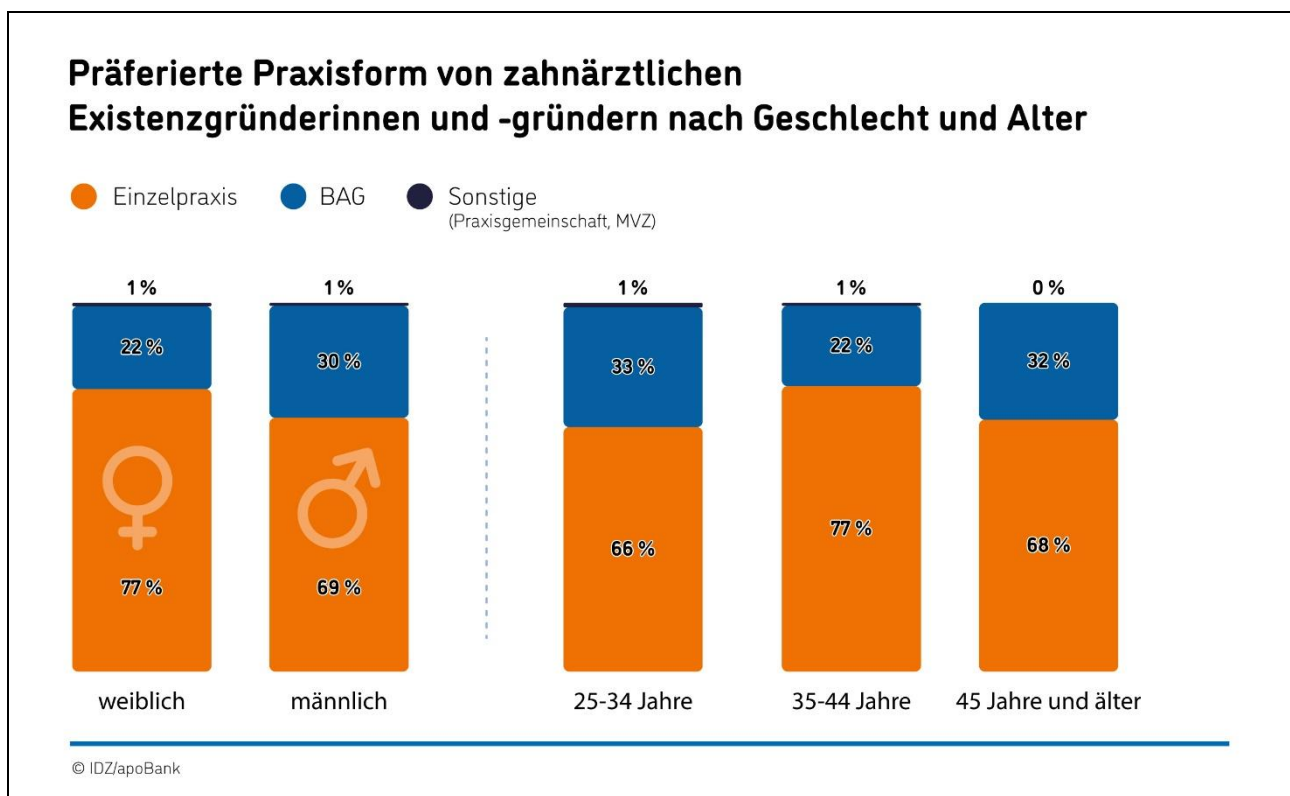


Abbildung 3: Präferierte Praxisform von zahnärztlichen Existenzgründerinnen und -gründern nach Geschlecht und Alter

Tabelle 1 verdeutlicht, dass das Angebot „passender“ Praxen für die Existenzgründenden offensichtlich nicht an jedem Standort gleichermaßen gegeben ist und die Entscheidung für eine bestimmte Praxisform regelmäßig unter Berücksichtigung eines *konkreten* Standortes erfolgt. So ist der Anteil der Einzelpraxisneugründungen im ländlichen Bereich tendenziell höher als in der Großstadt. Die BAG wird vor allem in mittelstädtischen Lagen (34 %) überdurchschnittlich häufig präferiert.

	Einzelpraxisneugründung	Einzelpraxisübernahme	Berufsausübungsgemeinschaft	Sonstige
Land (<5.000 Einwohner)	18 %	61 %	21 %	-
Kleinstadt (<20.000 Einwohner)	3 %	75 %	21 %	1 %
Mittelstadt (<100.000 Einwohner)	7 %	58 %	34 %	1 %
Großstadt (>100.000 Einwohner)	3 %	72 %	24 %	1 %

Quelle: © IDZ/apoBank

Die Zusammenschau nach Geschlecht, Alter und Praxislage zeichnet ein vielgestaltiges Abbild der zahnärztlichen Existenzgründungen. Klar ist: „Die“ zahnärztliche Praxis gibt es heute weniger denn je. Die individuellen Präferenzen der Existenzgründenden resultieren in einem ebenso individuellen Investitionsverhalten, das hinter statistischen Mittelwerten und Durchschnitten wirksam ist.

5 Wahl des Praxisstandortes

Bei der Vorbereitung einer Existenzgründung kommt der Standortwahl – neben der Wahl der Praxisform – ebenfalls eine strategische Bedeutung zu. Die Entscheidung für einen bestimmten Standort wird unter anderem durch die Bevölkerungsdichte im regionalen Einzugsbereich bzw. die Zahnarztichte (Einwohner je behandelnd tätigen Zahnarzt) sowie die vorhandenen Möglichkeiten einer Übernahme beeinflusst. Die Niederlassung in einer dünn besiedelten Landgemeinde hat andere Implikationen als die Niederlassung in einer Metropolregion mit hoher Bevölkerungsdichte.

Die Einteilung der Ortsgrößen wird in Tabelle 2 dargestellt. Die Klassifizierung der Ortsgrößen erfolgt in Anlehnung an die Siebener-Systematik der sog. BIK-Strukturtypen (Behrens et al. 2019), sie ist zudem mit den Ortsgrößenklassen der amtlichen Statistik kompatibel (FIS 2025).

eher ländlicher Raum	
Landgemeinden	unter 5.000 Einwohner
Kleine Kleinstädte	5.000 bis unter 10.000 Einwohner
Größere Kleinstädte	10.000 bis unter 20.000 Einwohner
eher mittelstädtischer Raum	
Kleinere Mittelstädte	20.000 bis unter 50.000 Einwohner
Größere Mittelstädte	50.000 bis unter 100.000 Einwohner
eher großstädtischer Raum (inklusive Metropolen)	
Kleinere Großstädte	100.000 bis unter 500.000 Einwohner
Große Großstadt	500.000 Einwohner und mehr

Der Vergleich zwischen der Verteilung der Wohnbevölkerung (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 2025) und der Verteilung der allgemeinärztlichen Neuniederlassungen (Tabelle 3) verdeutlicht, dass vor allem kleinstädtische Standorte und ländliche Praxislagen unterrepräsentiert sind. Überdurchschnittlich viele Existenzgründende streben hingegen in die Großstädte. Dieser Befund ist nicht neu und gilt für die ärztliche wie zahnärztliche Versorgung gleichermaßen (Klingenberger 2018; Kettler 2021).

Ortsgrößenklassen	Zahnärztliche Neuniederlassungen	Bevölkerungsanteil (Stand: 31.12.2023)	Abweichung (+/-) in Prozentpunkten
Landgemeinden	6,15 %	9,43 %	-3,28 %
Kleine Kleinstädte	6,59 %	13,48 %	-6,89 %
Größere Kleinstädte	14,51 %	16,13 %	-1,62 %
Kleinere Mittelstädte	21,32 %	19,38 %	1,94 %
Größere Mittelstädte	11,21 %	9,63 %	1,58 %
Kleinere Großstädte	17,58 %	14,59 %	2,99 %
Große Großstadt	22,64 %	17,36 %	5,28 %
Gesamt	100,00 %	100,00 %	0,00 %

IDZ/apoBank (Existenzgründungen); BBSR, 2025 (Bevölkerungsanteil) Quelle: © IDZ/apoBank

6 Analyse des zahnärztlichen Investitionsverhaltens in Deutschland

Die Analyse im Kapitel 6 zum zahnärztlichen Investitionsverhalten bezieht sich ausschließlich auf die *allgemeinzahnärztlichen Praxen*; die Investitionsvolumina der *fachzahnärztlichen Praxen* werden abschließend in einem eigenen Abschnitt (Kapitel 7) dargestellt.

6.1 Entwicklung der Investitionsvolumina einer Einzelpraxisübernahme

Die Analyse startet mit der gängigsten Form der zahnärztlichen Existenzgründung – der Einzelpraxisübernahme (Anteilswert 67 %). Hierbei handelt es sich jeweils um den Kauf einer Praxis (Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft) mit anschließender Niederlassung als Einzelpraxis. Die folgende Tabelle 4 bezieht die Finanzierungsdaten von insgesamt 306 Einzelpraxisübernahmen im Jahr 2024 ein. Das Investitionsvolumen bezieht im Falle einer Praxisübernahme zunächst den Kaufpreis ein, der an die frühere Praxisinhaberin bzw. den Praxisinhaber zu zahlen ist. Der Kaufpreis wird unterteilt:

- in einen materiellen Wert für die sachlichen Werte der Praxis, insbesondere für die Dentaleinheiten und die Praxiseinrichtung
- und einen ideellen Wert für den mit der Praxis verbundenen „guten Ruf“, der über die Jahre von der Praxisinhaberin bzw. dem Praxisinhaber sowie dem Praxisteam aufgebaut wurde und sich in einer hohen Patientenbindung niederschlägt (Klingenberg und Sander 2014).

Insgesamt zeigt sich eine breite Streuung der Kaufpreise (Abbildung 4). Bei jeder fünften Einzelpraxis betrug der Kaufpreis weniger als 100.000 EUR und in 73 % der Fälle lag der Kaufpreis unter 300.000 EUR.

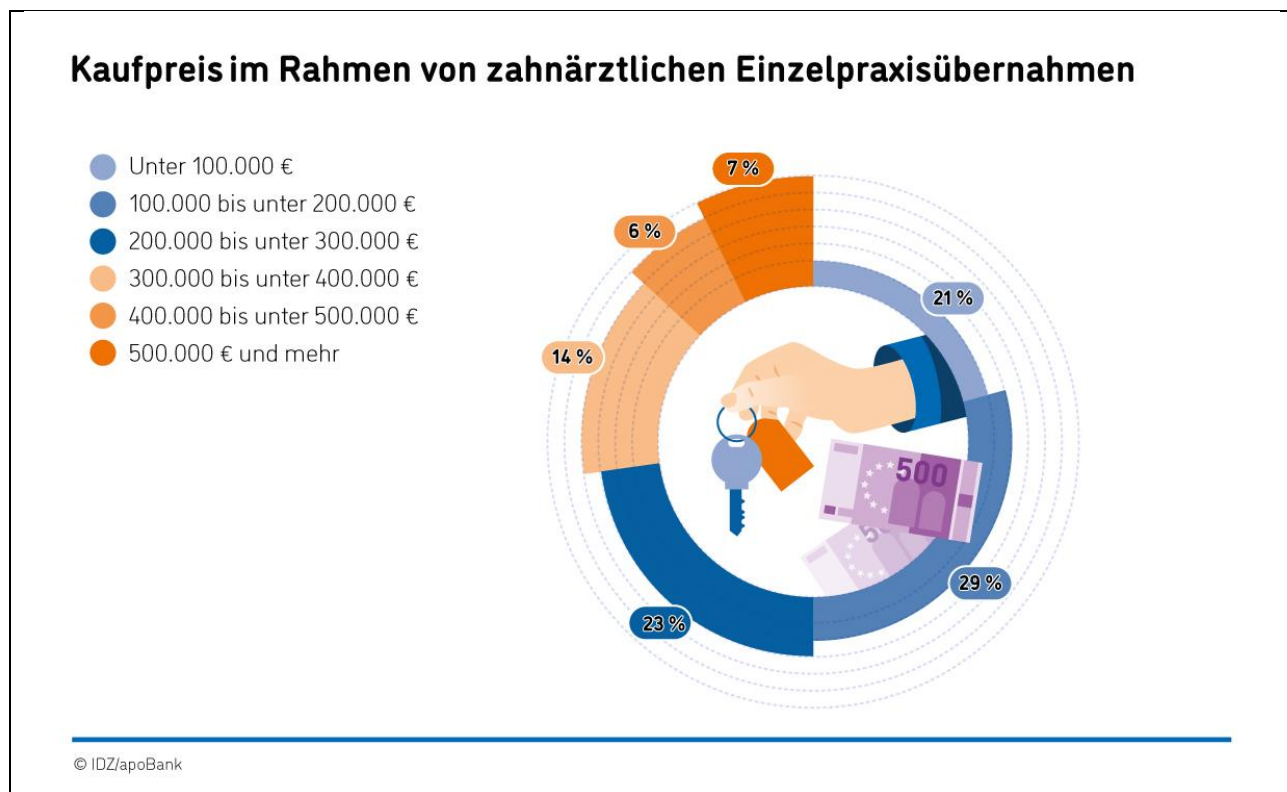


Abbildung 4: Kaufpreis im Rahmen von zahnärztlichen Einzelpraxisübernahmen

Im Jahr 2024 betrug der Kaufpreis im Schnitt 226.000 EUR und machte damit lediglich einen Anteil von 50 % an den gesamten Praxisinvestitionen aus, im Vorjahr waren es 53 %. Ergänzend werden in der Regel nämlich Investitionen in die Modernisierung bzw. den Umbau der übernommenen Praxis getätigt, es werden üblicherweise zusätzliche medizinisch-technische Geräte erworben oder altes gegen neues Equipment ausgetauscht. Gleiches gilt für die Praxiseinrichtung (Möbel etc.) und die IT.

	2023	2024
Ideeller Wert (Goodwill)	171	153
+ Materieller Wert (Substanzwert)	76	73
= Kaufpreis	247	226
Modernisierung/Umbau	34	36
+ Medizinisch-technische Geräte	83	79
+ Einrichtung und IT	22	27
+ Sonstige Investitionen (inkl. Betriebsmittel)	77	82
= Praxisinvestitionen	463	450

Quelle: © IDZ/apoBank

Sofern sich Investitionen nicht unmittelbar den drei genannten „Investitionsblöcken“ zuordnen lassen, werden sie als „sonstige Investitionen“ aufgeführt. Das können beispielsweise Einmalzahlungen für Leasinggeräte sein oder etwa Ausgaben für Elektroinstallationen. Unter die sonstigen Investitionen werden

zudem die sog. *Betriebsmittel*² subsummiert. Das sind solche Aufwendungen, mit denen viele Existenzgründer in den ersten Jahren den laufenden Praxisbetrieb finanzieren. Hierzu zählen u. a. Material und Warenlager, Mieten, Gehälter und andere laufende Kosten, etwa für Versicherungen oder Werbeausgaben. Das durchschnittliche Investitionsvolumen einer übernommenen Einzelpraxis ergibt sich aus der Addition des entrichteten Kaufpreises und der vier genannten Investitionsblöcke.

Im Jahr 2024 entfiel ein Anteil von 8 % des Investitionsvolumens auf die Modernisierung bzw. den Umbau der Praxisräumlichkeiten, 18 % auf den Kauf medizinisch-technischer Geräte, 6 % auf die Praxiseinrichtung inklusive IT und weitere 18 % auf sonstige Investitionen inklusive Betriebsmittel.

Das Investitionsvolumen einer zahnärztlichen Einzelpraxisübernahme sank im Vergleich zum Jahr 2023 um 3 % auf 450.000 EUR. Die dynamische Entwicklung des Goodwills aus den Vorjahren setzte sich in 2024 nicht fort, der ideelle Wert gab vielmehr um knapp 11 % gegenüber dem Vorjahr nach.

Im Hinblick auf die *Praxislage* zeigen sich Unterschiede sowohl bei der Höhe der gezahlten Kaufpreise als auch bei den insgesamt aufzubringenden Investitionsvolumina (Abbildung 5).

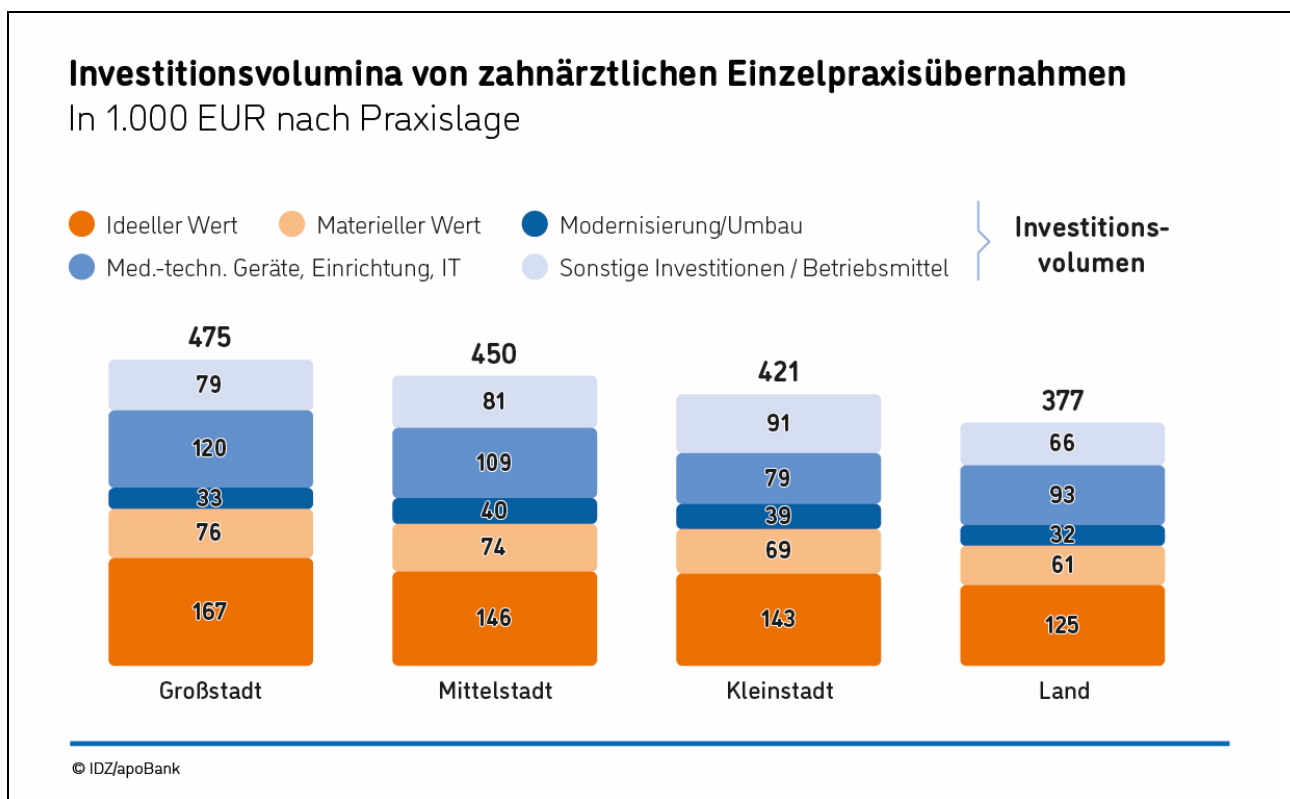


Abbildung 5: Investitionsvolumina von Einzelpraxisübernahmen nach Praxislage

² Die Position „Betriebsmittel“ ist nicht mit dem Kontokorrentkredit identisch, der in früheren Analysen auch als „Betriebsmittelkredit“ bezeichnet wurde und als „Kreditlinie“ nicht zu den eigentlichen Praxisinvestitionen gezählt wurde. Anders als beim (alten) Kontokorrentkredit können die Betriebsmittel jedoch als Teil der Praxisinvestitionen angesehen werden, da diese mit regelmäßigen laufenden Raten getilgt werden. Der gesondert ausgewiesene Kredit für Betriebsmittel wird häufig von der KfW und anderen Förderbanken über die Hausbank angeboten und wird mittlerweile regelmäßig nachgefragt, da er naturgemäß deutlich günstiger im Zinssatz ist als die Inanspruchnahme des Kontokorrentkredites.

Der Kaufpreis bei einer Einzelpraxisübernahme in großstädtischer Lage betrug im Schnitt 243.000 EUR (= materieller plus ideeller Wert) und damit 31 % mehr als auf dem Land. Hier lag der durchschnittliche Kaufpreis lediglich bei 186.000 EUR. Unter Einbezug der zusätzlichen Praxisinvestitionen lag das gesamte Investitionsvolumen in der Großstadt immer noch um 26 % höher als in ländlichen Lagen.

Die Differenzierung nach *Geschlecht* lässt noch größere Unterschiede erkennen. Während Existenzgründerinnen im Schnitt einen Kaufpreis von 199.000 EUR zahlten und insgesamt 410.000 EUR für die Übernahme einer Einzelpraxis aufwendeten, betrug der von den männlichen Existenzgründern gezahlte durchschnittliche Kaufpreis 254.000 EUR, das gesamte Investitionsvolumen summierte sich auf 490.000 EUR. Männer präferierten in der Regel vergleichsweise größere Praxen und zahlten dafür einen im Schnitt um 28 % höheren Kaufpreis und investierten einen um 20 % höheren Gesamtbetrag als Frauen.

Größere Unterschiede ergeben sich ebenfalls bei einer Differenzierung nach dem *Alter* der Existenzgründenden bei der Ersteinrichtung. So betrug das Investitionsvolumen der jüngsten Altersgruppe (25 bis 34 Jahre) im Schnitt 462.000 EUR, während in der Altersgruppe ab 45 Jahren lediglich 355.000 EUR investiert wurden, also 23 % weniger. Dieses Muster war auch in den Vorjahren erkennbar, insofern fließt bei der Investitionsplanung offenkundig unter anderem auch das Lebensalter der Praxisinhaberin bzw. des Praxisinhabers in die Überlegungen zur betriebswirtschaftlichen Amortisationsdauer des eingebrachten Kapitals mit ein.

6.2 Entwicklung der Investitionsvolumina einer BAG-Übernahme

In den Fällen, in denen sich zwei oder mehr Existenzgründende gemeinsam entscheiden, eine bereits bestehende Praxis zu kaufen, handelt es sich um eine BAG-Übernahme. Hierbei handelt es sich um die zweithäufigste Form der Existenzgründung. Knapp 14 % der Finanzierungsfälle des Jahres 2024 entfielen auf diese Art der Niederlassung.

Tabelle 5 bezieht die Finanzierungsdaten von insgesamt 62 BAG-Übernahmen im Jahr 2024 ein. Zur Erläuterung der einzelnen Positionen des Investitionsvolumens sei auf Abschnitt 6.1 verwiesen. Die genannten Beträge sind – auch um die Vergleichbarkeit mit der Option der Einzelpraxisübernahme zu gewährleisten – jeweils *Werte je Inhaber*.

Tabelle 5: Investitionsvolumina einer BAG-Übernahme (2023/2024) in 1.000 EUR		
	2023	2024
Ideeller Wert (Goodwill)	184	129
+ Materieller Wert (Substanzwert)	77	74
= Kaufpreis	261	203
Modernisierung/Umbau	8	55
+ Medizinisch-technische Geräte	52	87
+ Einrichtung und IT	19	17
+ Sonstige Investitionen (inkl. Betriebsmittel)	48	67
= Praxisinvestitionen	388	429

Quelle: © IDZ/apoBank

Ein Anteil von 47 % des Investitionsvolumens entfiel im Jahr 2024 auf den Kaufpreis, im Jahr zuvor hatte der diesbezügliche Anteil noch bei 67 % gelegen. Für die Modernisierung bzw. den Umbau der Praxisräumlichkeiten wurden 13 % der Praxisinvestitionen verwendet, 20 % entfielen auf den Kauf medizinisch-technischer Geräte, 4 % auf die Praxiseinrichtung inklusive IT und knapp 16 % auf sonstige Investitionen inklusive Betriebsmittel.

Der Kaufpreis von zahnärztlichen BAG-Übernahmen entwickelte sich im Vergleich zum Jahr 2023 rückläufig und fiel von 261.000 EUR auf 203.000 EUR. Im Jahr 2019 war der durchschnittliche Kaufpreis hingegen mit einem Betrag von 128.000 EUR ungewöhnlich niedrig ausgefallen war. Generell ist zu beobachten, dass die Entwicklung der Kaufpreise und Investitionsvolumina bei Berufsausübungsgemeinschaften deutlich wechselhafter verläuft als bei den Einzelpraxen, was unter anderem auf eine jährlich wechselnde Bandbreite von Praxisgrößen und -strukturen im Datensatz zurückzuführen sein könnte.

6.3 Entwicklung der Investitionsvolumina eines BAG-Einstiegs

Bei der Aufnahme eines neuen Mitglieds in eine bereits bestehende Praxis (Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft) handelt es sich um einen BAG-Einstieg als einen speziellen Fall einer Praxisübernahme: Das neue Mitglied kauft sich mit seinem Anteil in eine etablierte Praxis ein, d. h. eine etablierte Einzelpraxis oder BAG wird durch den Einstieg eines neuen Praxispartners erweitert. Oder aber das neue Mitglied übernimmt den Anteil eines ausscheidenden Mitglieds der BAG, die Anzahl der Inhaber bleibt in diesem Falle unverändert.

Bei dem BAG-Einstieg handelt es sich um die dritthäufigste Form der Existenzgründung. 11 % der Finanzierungsfälle entfallen auf diese Art der Niederlassung.

Tabelle 6 zu den Investitionsvolumina eines BAG-Einstiegs basiert auf insgesamt 50 Finanzierungsfällen aus dem Jahr 2024.

Tabelle 6: Investitionsvolumina eines BAG-Einstiegs (2023/2024) in 1.000 EUR		
	2023	2024
Ideeller Wert (Goodwill)	230	137
+ Materieller Wert (Substanzwert)	92	90
= Kaufpreis	322	227
Modernisierung/Umbau	10	7
+ Medizinisch-technische Geräte	26	16
+ Einrichtung und IT	5	2
+ Sonstige Investitionen (inkl. Betriebsmittel)	39	41
= Praxisinvestitionen	402	293
Quelle: © IDZ/apoBank		

Zur Erläuterung der einzelnen Positionen des Investitionsvolumens sei auf Abschnitt 6.1 verwiesen. Die genannten Beträge sind – auch um die Vergleichbarkeit mit den Optionen der Einzelpraxisübernahme bzw. der BAG-Übernahme zu gewährleisten – jeweils *Werte je Inhaber*.

Im Jahr 2024 betragen die Praxisinvestitionen bei einem BAG-Einstieg 293.000 EUR, sie waren also deutlich günstiger als bei einer BAG-Übernahme. Im Vorjahr hatten die Praxisinvestitionen im Rahmen eines BAG-Einstiegs noch über denen einer BAG-Übernahme gelegen. Der Kaufpreis belief sich im Durchschnitt auf 227.000 EUR, was einen Anteil von 77 % an den gesamten Praxisinvestitionen ausmacht. Ein Anteil von knapp über 2 % des Investitionsvolumens entfiel im Jahr 2024 auf die Modernisierung bzw. den Umbau der Praxisräumlichkeiten, etwas mehr als 5 % auf den Kauf medizinisch-technischer Geräte, 1 % auf die Praxiseinrichtung inklusive IT und etwa 14 % auf sonstige Investitionen inklusive Betriebsmittel.

Der bei einem Einstieg in eine BAG im Durchschnitt gezahlte Kaufpreis nahm im Vergleich zum Jahr 2023 deutlich ab, nämlich um 30 % und kehrte damit ungefähr auf das Niveau von 2019 zurück (Klingenberg und Köhler 2020). Analog zu den BAG-Übernahmen zeigt sich auch hier ein sehr volatiler Verlauf der Praxisinvestitionen. Im Fünf-Jahres-Zeitraum lag die Zuwachsrate zwischen 2019 und 2024 bei lediglich knapp 1 %.

6.4 Entwicklung der Investitionsvolumina einer Einzelpraxisneugründung

Reine Neugründungen von Einzelpraxen erfolgen deutlich seltener als die oben dargestellten Praxisübernahmen, nämlich lediglich in etwa 5 % der Fälle. Tabelle 7 gibt die Durchschnitte von 24 auswertbaren Praxisfinanzierungen wieder. Aufgrund der geringen Fallzahl sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren, die Analyse kann lediglich Tendenzen widerspiegeln.

Im Jahr 2024 entfiel ein Anteil von 24 % des Investitionsvolumens einer Einzelpraxisneugründung auf die Modernisierung bzw. den Umbau der Praxisräumlichkeiten, knapp 41 % auf den Kauf medizinisch-technischer Geräte, 13 % auf die Praxiseinrichtung inklusive IT und knapp 22 % auf sonstige Investitionen einschließlich der Betriebsmittel.

Tabelle 7: Investitionsvolumina einer Einzelpraxisneugründung (2023/2024) in 1.000 EUR			
		2023	2024
	Modernisierung/Umbau	129	208
+	Medizinisch-technische Geräte	356	348
+	Einrichtung und IT	129	112
+	Sonstige Investitionen (inkl. Betriebsmittel)	156	185
=	Praxisinvestitionen	770	853

Quelle: © IDZ/apoBank

Der Mittelwert von 853.000 EUR für das gesamte Investitionsvolumen ist für sich allein noch nicht besonders aussagekräftig. Die Investitionsvolumina der einzelnen Praxen streuen nämlich relativ weit um den Mittelwert: Ein Drittel der Fälle liegen außerhalb der einfachen Standardabweichung von 400.000 EUR, d. h. in diesen Fällen sind die Praxisinvestitionen deutlich niedriger (geringer als 453.000 EUR) oder höher (mindestens 1.253.000 EUR) als der Mittelwert. Der Median (Zentralwert: die Hälfte der Praxen liegt unter diesem Wert, die andere Hälfte darüber) liegt bei 690.000 EUR, er ist somit deutlich kleiner als das arithmetische Mittel, ein klares Zeichen für eine schiefe Verteilung, bei der Fälle unterhalb des Mittelwertes deutlich häufiger (hier: 62,5 %) auftreten als Fälle oberhalb des Mittelwertes (hier: 37,5 %). Mit anderen Worten: Einige größere Praxen ziehen den Durchschnitt nach oben, was bei der recht geringen Fallzahl naturgemäß schneller spürbar wird.

Das Investitionsvolumen im Jahr 2024 lag gegenüber 2023, gemessen am arithmetischen Mittel, um 11 % höher. Zugleich sank aber der Median von 757.000 EUR auf 690.000 EUR, die Schiefe der Verteilung zeigt sich gegenüber dem Vorjahr also ausgeprägter.

Zur Ursachenanalyse dieser auffälligen Wachstumsdynamik speziell bei den Einzelpraxisneugründungen wird im Folgenden die Preisentwicklung (sog. Wertkomponente) als auch das Betriebsgrößenwachstum (sog. Mengenkompone) genauer analysiert.

6.4.1 Analyse der Preisentwicklung

In der betriebswirtschaftlichen Kosten- und Leistungsrechnung wird die Wertkomponente üblicherweise im Anschaffungspreis ausgedrückt. In Marktwirtschaften ist das in der Regel der sogenannte Marktpreis. In die Wertkomponente fließt nicht nur die allgemeine Geldentwertung (Inflation) ein, sondern es werden auch qualitative (und somit wertsteigernde) Verbesserungen von Gütereigenschaften im Zeitverlauf berücksichtigt. Da die Gründung einer Zahnarztpraxis die Anschaffung von Investitionsgütern impliziert, ist bei der Betrachtung der Preisentwicklung der spezielle *Preisindex für Investitionsgüter* relevant. Die Entwicklung der Preise für Investitionsgüter wird in Deutschland durch das Statistische Bundesamt beobachtet und als statistisches Datenmaterial publiziert (Destatis 2025).

Bei der Entwicklung des Investitionsvolumens von zahnärztlichen Einzelpraxisneugründungen sind zwei unterschiedliche Phasen zu erkennen. Die erste Phase reicht bis zum Jahr 2006 (Tabelle 8).

Tabelle 8: Investitionen im Rahmen von zahnärztlichen Einzelpraxisneugründungen (1996-2006) – Preisentwicklung im Vergleich zur Gesamtwirtschaft			
Jahr	Investitionsvolumen von Einzelpraxisneugründungen (in 1.000 EUR)	Investitionsvolumen von Einzelpraxisneugründungen, indexiert (1996 = 100)	Nachrichtlich: Gesamtwirtschaftlicher Preisindex der Investitionsgüterproduzenten (1996 = 100)*
1996	223	100,0	100,0
1997	215	96,4	101,2
1998	215	96,4	100,7
1999	215	96,4	99,7
2000	222	99,6	102,8
2001	240	107,6	105,9
2002	245	109,9	105,1
2003	238	106,7	107,1
2004	248	111,2	108,7
2005	253	113,5	113,5
2006	250	112,1	119,7

*Destatis 2025 Quelle: © IDZ/apoBank

Im Zeitraum zwischen 1996 und 2006 stiegen die durchschnittlichen Investitionen im Rahmen von zahnärztlichen Einzelpraxisneugründungen sehr verhalten, nämlich um insgesamt 12 % (bzw. 1,0 % p. a.). Der vergleichende Blick auf den vom Statistischen Bundesamt erhobenen Preisindex der Investitionsgüterproduzenten verdeutlicht, dass diese Entwicklung weitgehend im Einklang mit gesamtwirtschaftlichen Größen stand. Im Wechsel von 2006 auf 2007 zeigte sich dann erstmals ein deutlicher Anstieg des Investitionsvolumens. Die weitere Entwicklung (Tabelle 9) verdeutlicht, dass dieser Preissprung kein einmaliger Effekt war, sondern eine anhaltende Phase mit deutlich höherer Wachstumsdynamik einleitete.

Jahr	Investitionsvolumen von Einzelpraxisneugründungen (in 1.000 EUR)	Investitionsvolumen von Einzelpraxisneugründungen, indexiert (1996 = 100)	Nachrichtlich: Gesamtwirtschaftlicher Preisindex der Investitionsgüterproduzenten (1996 = 100)⁺
2007	301	135,0	121,2
2008	323	144,8	127,8
2009	368	165,0	122,5
2010	308	138,1	124,4
2011	366	164,1	130,9
2012	338	151,6	132,9
2013	365	163,7	132,9
2014	360	161,4	131,6
2015	421	188,8	129,3
2016	470	210,8	127,1
2017	441	197,8	130,6
2018	522	234,1	134,0
2019	493	221,1	135,4
2020	(507)*	227,4	134,1
2021	(627)*	281,2	147,1
2022	(755)*	338,6	190,9
2023	770	345,3	191,3
2024	853	382,5	187,8

⁺Destatis 2025; * Schätzwerte Quelle: © IDZ/apoBank

Mit der gesamtwirtschaftlichen Preisentwicklung der Investitionsgüter, die das Statistische Bundesamt jährlich ermittelt, korrespondiert das stark steigende Investitionsvolumen von zahnärztlichen Einzelpraxisneugründungen in dieser zweiten Phase nicht mehr. Im Zeitraum zwischen 2007 und 2024 stiegen die zahnärztlichen Investitionen im Schnitt um etwa 6 % jährlich, während der allgemeine Preisindex der Investitionsgüter lediglich um 3 % jährlich zunahm. Angesichts dieses preislichen Abkopplungsprozesses lohnt der Blick auf das Betriebsgrößenwachstum neugegründeter zahnärztlicher Einzelpraxen.

6.4.2 Analyse der Betriebsgrößenentwicklung

Die Neugründung einer Zahnarztpraxis umfasst ein ganzes Bündel an Investitionen, beispielsweise in Dentaleinheiten oder die Einrichtung einer bestimmten Anzahl von Praxisräumen. Die in der betrieblichen Kosten- und Leistungsrechnung beschriebene Mengenkomponekte kann recht gut durch den Begriff der „Praxisgröße“ charakterisiert werden. Zu berücksichtigen ist, dass die durchschnittliche Praxisgröße im Zeitverlauf keineswegs konstant ist, sondern sich kontinuierlich verändert, was dann wiederum Einfluss auf das durchschnittliche Investitionsvolumen hat.

Der Beginn der zweiten wachstumsdynamischen Phase ab 2007 fällt mit einer einschneidenden Gesetzesänderung im Gesundheitsbereich zusammen, nämlich dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 27. Oktober 2006, mit dem die Anstellungsmöglichkeiten von Zahnärzten erheblich erleichtert wurden. Die neu eröffneten Optionen hatten und haben seitdem spürbaren Einfluss auf den Zuschnitt der neugegründeten Zahnarztpraxen (Klingenberg 2018). Dies gilt vor allem für die Einzelpraxen, die nun prospektiv größer geplant werden, indem spätere Anstellungsmöglichkeiten bereits von Anfang an mitbedacht werden. Dadurch erhöht sich in der Regel die bei der Existenzgründung eingeplante Anzahl der Behandlungsräume und Dentaleinheiten.

Die Praxisgrößenentwicklung der letzten Dekade lässt sich anhand von Daten aus dem Zahnärzte-Praxis-Panel (ZÄPP 2025) nachzeichnen. Der Vergleich von Zahnarztpraxen, deren Gründung bereits mehr als 10 Jahre zurückliegt, mit frisch gegründeten Zahnarztpraxen (deren Gründung vor weniger als zwei Jahren erfolgte), verdeutlicht, dass die jüngeren Praxen, gemessen an der Raumfläche in Quadratmetern, deutlich größer sind (Tabelle 10). Auch ist die Anzahl angestellter Zahnärzte in den jüngst gegründeten Praxen erheblich größer als in bereits länger etablierten Praxen.

Praxisalter	Praxisgröße in Quadratmetern	Anzahl angestellte Zahnärzte (Vollzeitäquivalente)
Weniger als 2 Jahre	202	0,39
Mehr als 10 Jahre	150	0,22

Quelle: Zahnärzte-Praxis-Panel (ZÄPP) 2025

Das bedeutet nicht, dass neugegründete Einzelpraxen heute generell größer geplant werden als in der Vergangenheit. Die traditionelle Einzelpraxis ohne angestellte Zahnärzte gibt es nämlich weiterhin, verbunden mit einer geringeren Praxisgröße und einem entsprechend geringeren Investitionsaufwand. Dies wird auch anhand der von der apoBank protokollierten Finanzierungsfälle deutlich. Für das Berichtsjahr 2024 enthält der Datensatz der Neugründungen zusätzlich Angaben zur Anzahl der Behandlungszimmer, zur Praxisgröße in Quadratmetern, zur geplanten Anstellung von Praxispersonal inklusive Zahnärzten (Tabelle 11). Bei einer Einteilung der Finanzierungsfälle in zwei dichotome Klassen gemäß ihrer jeweiligen Ausprägung der Indikatoren (niedrig versus hoch) errechnen sich für die beiden Subgruppen abweichend vom Mittelwert entsprechend geringere bzw. höhere Investitionsvolumina.

Die Übersicht in Tabelle 11 verdeutlicht, dass das Investitionsvolumen insbesondere dann deutlich höher ausfällt, wenn die Anstellung von Zahnärzten bereits in die Niederlassungsplanung einbezogen wird. Dies wirkt sich zuallererst signifikant auf die Anzahl der Behandlungszimmer und die Praxisgröße aus, denn die Praxen mit angestellten Zahnärzten sind im Schnitt 116 Quadratmeter größer als die Praxen ohne angestellte Zahnärzte (338 Quadratmeter gegenüber 222 Quadratmeter). Konkret erhöhte sich der Investitionsaufwand dann im Schnitt von 727.000 EUR auf 1.002.000 EUR, stieg also um 275.000 EUR bzw. knapp 38 %.

Indikator (jeweilige Planungsgröße)	Dichotome Klassierung	Fallzahl (n)	Investitionsvolumen (indexiert)
Durchschnittliches Investitionsvolumen	–	24	100,0
Anzahl der Behandlungszimmer	2-5	9	89,4
	6-9	10	124,0
Praxisgröße in Quadratmetern	50-299	11	76,4
	300-630	12	126,0
Praxispersonal (ohne angestellte Zahnärzte; in Vollzeitäquivalenten)	2,0-3,9	8	80,5
	4,0-7,0	13	115,8
Geplante Anstellung von Zahnärzten (in Vollzeitäquivalenten)	0	13	85,2
	1,0-2,0	11	117,5

Quelle: © IDZ/apoBank

Die Dichotomie von Praxen, die eine Anstellung von Zahnärzten von Beginn an planen, versus Praxen ohne angestellte Zahnärzte trägt auch zu der recht hohen Streuung der Investitionsvolumina bei. Während die Einzelpraxisneugründungen ohne angestellte Zahnärzte im Jahr 2024 bereits ab einem Investi-

tionsvolumen von 350.000 EUR realisiert wurden, erforderten Einzelpraxisneugründungen unter Einbezug (geplanter) angestellter Zahnärzte mindestens ein Investitionsvolumen von 485.000 EUR. Allerdings zeigt die extrem breite Streuung der Investitionsvolumina insbesondere bei den Praxen ohne angestellte Zahnärzte, dass hier auch noch weitere Aspekte zu einer Erhöhung der Investitionsbeträge beitragen, so im Beispiel der Praxis mit einem Investitionsaufwand von 1,8 Mio. EUR eine ausgeprägte kostenintensive Technisierung der Praxis.

Die statistische Auswertung der Finanzierungsfälle von neugegründeten Einzelpraxen führt vor Augen, dass sich die Rechtsform der Einzelpraxis in wirtschaftlicher Hinsicht kaum noch eindeutig von Berufsausübungsgemeinschaften abgrenzen lässt. Während allerdings bei den Berufsausübungsgemeinschaften mit zwei oder mehr Inhabern die Finanzierungslast auf mehrere Schultern verteilt wird, hat bei der Einzelpraxis mit angestellten Zahnärzten der eine Inhaber den kompletten Investitionsaufwand allein zu stemmen.

Die seit 2007 zu beobachtende höhere Wachstumsrate der Investitionsvolumina neugegründeter Einzelpraxen wird folglich gleichermaßen von einem *Größen-* wie einem *Preiseffekt* angetrieben, weshalb insofern eine „doppelte Dynamisierung“ vorliegt. Die Einzelpraxis von heute ist wirtschaftlich und organisatorisch in vielen Fällen nicht mehr mit der Einzelpraxis der letzten Dekade des vergangenen Jahrtausends zu vergleichen.

6.5 Entwicklung der Investitionsvolumina von BAG-Neugründungen

Reine Neugründungen von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind noch seltener als Einzelpraxisneugründungen, aktuell beträgt der Anteil 2 %, im vorliegenden Datensatz sind es lediglich 9 Fälle. Aufgrund der geringen Fallzahl sind die berechneten Werte zu den BAG-Neugründungen mit Vorsicht zu interpretieren, sie können lediglich grobe Tendenzen andeuten.

Bei der Neugründung einer BAG schließen sich zwei oder mehr Existenzgründende zusammen – die aufzubringenden Investitionen verteilen sich folglich auf mehrere Personen. Die in Tabelle 12 genannten Beträge sind – auch um die Vergleichbarkeit mit der Option der Einzelpraxisneugründung zu gewährleisten – jeweils *Werte je Inhaber*. Bei den hier dargestellten BAG-Neugründungen der Jahre 2023 und 2024 bezieht sich die Finanzierung durchweg auf einen Praxisanteil in Höhe von jeweils 50 %.

	2023	2024
Modernisierung/Umbau	114	151
+ Medizinisch-technische Geräte	230	263
+ Einrichtung und IT	142	169
+ Sonstige Investitionen (inkl. Betriebsmittel)	130	153
= Praxisinvestitionen	616	736

Quelle: © IDZ/apoBank

Im Jahr 2024 entfiel ein Anteil von 20 % des Investitionsvolumens einer BAG-Neugründung auf die Modernisierung bzw. den Umbau der Praxisräumlichkeiten, 36 % auf den Kauf medizinisch-technischer Geräte, 23 % auf die Praxiseinrichtung inklusive IT und weitere 21 % auf die sonstigen Investitionen einschließlich der Betriebsmittel. Das Investitionsvolumen im Jahr 2024 lag gegenüber 2023 um 19 % höher.

Beim Vergleich des Wachstums der Investitionen von BAG-Neugründungen mit dem von Einzelpraxisneugründungen fällt das geringere Wachstum der Investitionen von BAG-Neugründungen ins Auge. Im Jahr 2019 wurden in den beiden Niederlassungsformen noch ähnlich hohe Investitionen getätigt, nämlich 493.000 EUR bei den Einzelpraxen und 470.000 EUR bei den BAG. Der anteilige finanzielle Mehraufwand der Neugründung einer Einzelpraxis gegenüber einer BAG stieg dann allerdings in nur vier Jahren von etwa 5 % auf 25 % im Jahr 2023 an. Im Jahr 2024 lag der diesbezügliche finanzielle Mehraufwand bei 16 %.

Die Analyse der Wachstumsdynamik bei den Einzelpraxisneugründungen (siehe Abschnitt 6.4.2) konnte verdeutlichen, dass die Anstellung weiterer Zahnärzte einen deutlichen Mehraufwand an Investitionen (Dentaleinheiten, Behandlungszimmer etc.) nach sich zieht. Bei den Neugründungen von BAG spielt die zusätzliche Anstellung von Zahnärzten offensichtlich eine geringere Rolle, da die behandelnden Zahnärzte gleichzeitig Mitinhaber der Praxis sind, womit offenkundig weniger Bedarf für weitere Zahnärzte in Anstellung gesehen wird. Damit fällt ein wichtiger Wachstumstreiber für das zahnärztliche Investitionsvolumen weitgehend weg, sodass sich die Wachstumsdynamik bei den BAG-Neugründungen mittelfristig weniger ausgeprägt darstellt als bei den Einzelpraxisneugründungen.

6.6 Abschließender Vergleich der Existenzgründungsoptionen

Bei einem Vergleich von Neugründungen und Übernahmen einerseits und Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften andererseits lassen sich unterschiedliche Größenordnungen im Hinblick auf das durchschnittlich benötigte Investitionsvolumen erkennen. Generell sind Neugründungen mit höheren Investitionen verbunden als Übernahmen und innerhalb dieser beiden Niederlassungsformen ist die Existenzgründung in Form einer Einzelpraxis in der Regel jeweils teurer als eine anteilige Existenzgründung in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft (Abbildung 6).

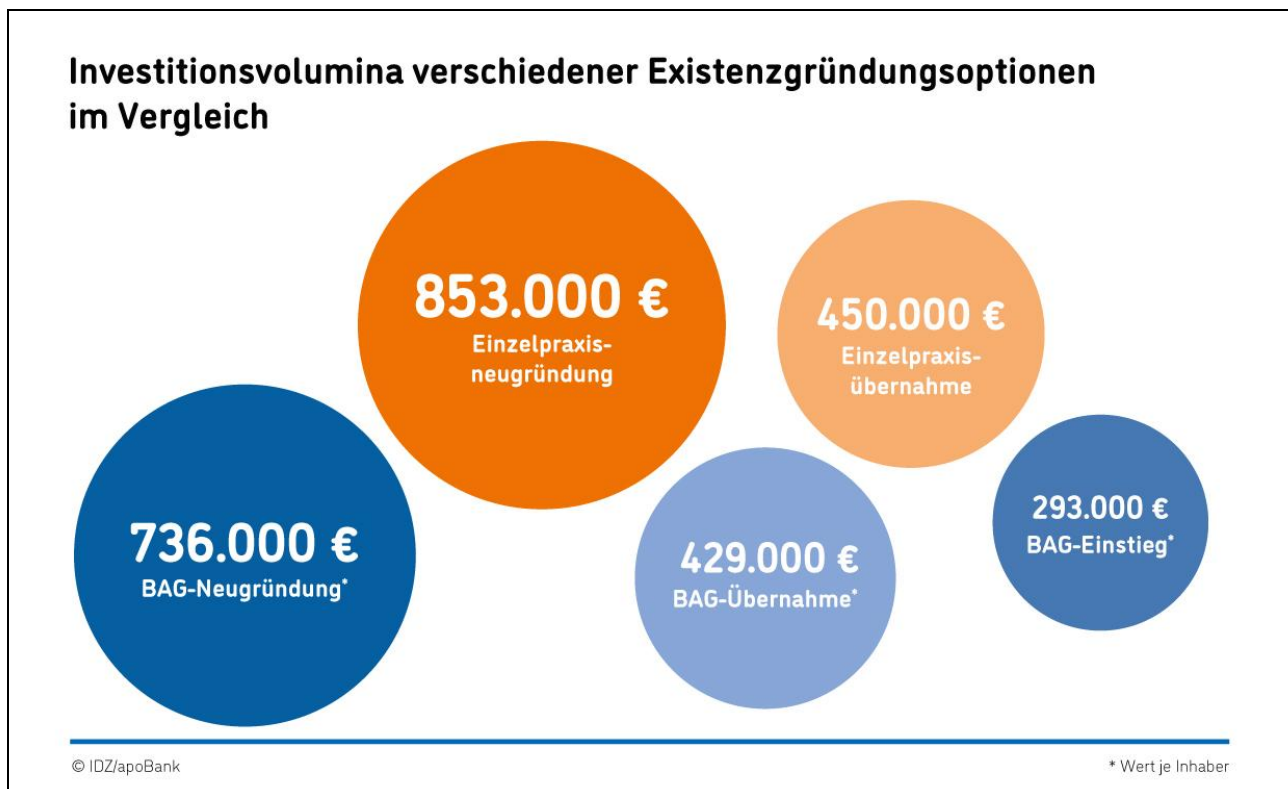


Abbildung 6: Investitionsvolumina verschiedener Existenzgründungsoptionen im Vergleich (Wert je Inhaber)

Die in Abbildung 6 genannten Durchschnittsbeträge je Inhaber geben naturgemäß kein vollständiges Bild wieder, da hinter jedem einzelnen Finanzierungsfall ein höchst individueller „Praxiszuschnitt“ steckt, weshalb die Investitionsbeträge im Einzelfall recht deutlich um diesen *Mittelwert* streuen. Die breite Streuung der Investitionsbeträge um den Mittelwert wird durch die *Standardabweichung*³ verdeutlicht.

Wichtig zur Interpretation von Durchschnittswerten ist zudem der *Median*, der anzeigt, inwiefern eine Verteilung von Daten als normal gelten kann. Der Median teilt die Daten in zwei gleich große Hälften (mit jeweils 50 % der Fälle), er ist daher weniger empfindlich gegenüber statistischen Ausreißern. Eine solcherart definierte „typische Praxis“ wird hinsichtlich ihres „üblichen“ Investitionsaufwandes insofern besser durch den Median als durch den Mittelwert charakterisiert (Abbildung 7).

Im vorliegenden Datensatz ist das gut erkennbar: Für vier der fünf Niederlassungsformen gilt nämlich, dass der Median jeweils geringer als der Mittelwert ist. Es liegt somit eine sog. schiefe Verteilung vor, die durch Einzelfälle mit deutlich höheren Werten dann auch insgesamt zu einer Erhöhung des Mittelwertes führt. Die Bandbreite der Investitionsvolumina bei der zahnärztlichen Niederlassung ist, wie Tabelle 13 verdeutlicht, also recht groß und der vorliegende Datensatz spiegelt die vielfältigen Optionen einer Niederlassung hinsichtlich Praxis- und Niederlassungsform, Praxisgröße, Standort, technischer Ausstattung und angestrebten Arbeitsschwerpunkten wider.

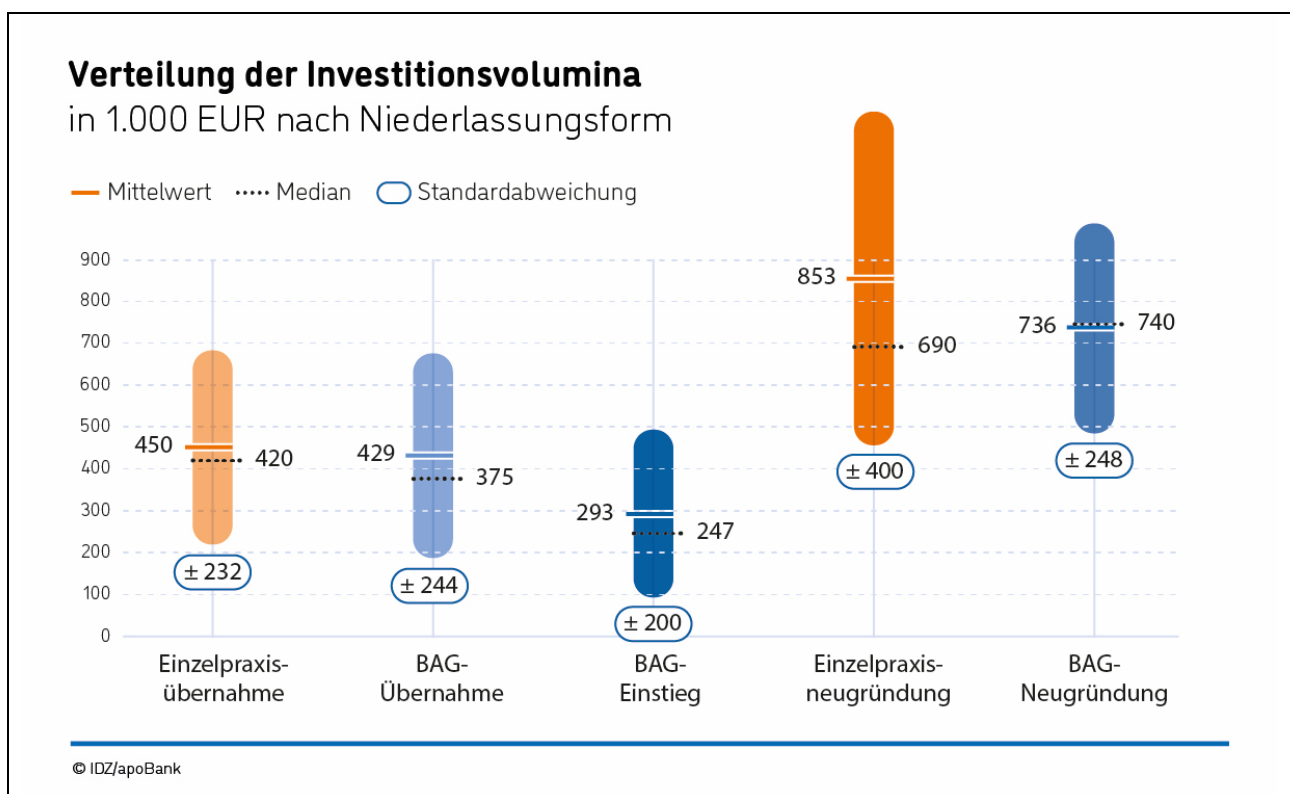


Abbildung 7: Verteilung der Investitionsvolumina in 1.000 EUR nach Niederlassungsform (Wert je Inhaber)

³ Bei einer Normalverteilung liegen 68 % der Daten innerhalb der von der Standardabweichung angegebenen Bandbreite.

7 Entwicklung der Investitionsvolumina von fachzahnärztlichen Praxen

Im Rahmen des InvestMonitor werden auch Daten über die Investitionstätigkeit *fachzahnärztlicher* Praxen erhoben, die hier abschließend berichtet werden. 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 Art der Niederlassung (Neugründung oder Übernahme).

In die Analyse einbezogen wurden insgesamt 82 Fachpraxen, die sich in 48 kieferorthopädische Fachpraxen sowie 34 Fachpraxen für Oralchirurgie bzw. für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG) unterteilen. Innerhalb der Fachrichtung wurde danach unterschieden, ob die Existenzgründung in Form einer Neugründung (Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft) oder in Form einer Übernahme bzw. eines Einstiegs (Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft) erfolgte.

Analog zu den allgemein Zahnärztlichen Praxen sind auch bei den fachzahnärztlichen die Übernahmen und Einstiege mit einem Anteilswert von 73 % die Regel, reine Neugründungen liegen in 27 % der Fälle vor.

Das Durchschnittsalter der Existenzgründenden von kieferorthopädischen Fachpraxen betrug 37,0 Jahre, 58 % waren Frauen, 42 % Männer. Die Fachpraxen für Oralchirurgie/MKG-Chirurgie wurden in 74 % der Fälle von Männern gegründet, in 26 % der Fälle waren es Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 40,3 Jahre.

7.1 Entwicklung der Investitionsvolumina von kieferorthopädischen Fachpraxen

Tabelle 14 bezieht die Daten von 15 neugegründeten kieferorthopädischen Fachpraxen ein, Tabelle 15 basiert auf den Daten von 33 kieferorthopädischen Fachpraxen, die entweder übernommen wurden oder aber einen Praxisinhaber bzw. eine neue Praxisinhaberin aufgenommen haben.

Tabelle 14: Investitionsvolumina kieferorthopädischer Fachpraxen (2023/2024) in 1.000 EUR – nur Neugründungen			
		2023	2024
	Modernisierung/Umbau	178	279
+	Medizinisch-technische Geräte	254	255
+	Einrichtung und IT	84	228
+	Sonstige Investitionen (inkl. Betriebsmittel)	133	155
=	Praxisinvestitionen	649	917

Quelle: © IDZ/apoBank

Tabelle 15: Investitionsvolumina kieferorthopädischer Fachpraxen (2023/2024) in 1.000 EUR – nur Übernahmen und Einstiege			
		2023	2024
	Ideeller Wert (Goodwill)	296	233
+	Materieller Wert (Substanzwert)	100	114
=	Kaufpreis	396	347
	Modernisierung/Umbau	62	34
+	Medizinisch-technische Geräte	58	47
+	Einrichtung und IT	27	28
+	Sonstige Investitionen (inkl. Betriebsmittel)	74	87
=	Praxisinvestitionen	617	543

Quelle: © IDZ/apoBank

Gegenüber dem Jahr 2023 nahm das Investitionsvolumen von neugegründeten kieferorthopädischen Fachpraxen kräftig um 41 % zu, während das Investitionsvolumen von übernommenen kieferorthopädischen Fachpraxen um 12 % sank.

Über alle Praxisformen hinweg lag das Investitionsvolumen von kieferorthopädischen Fachpraxen im Durchschnitt etwa 45 % über dem Niveau allgemeinzahnärztlicher Praxen.

7.2 Entwicklung der Investitionsvolumina von Fachpraxen für Oralchirurgie/MKG-Chirurgie

Tabelle 16 bezieht die Daten von 7 neugegründeten Fachpraxen für Oralchirurgie/MKG-Chirurgie ein, Tabelle 17 basiert auf den Daten von 27 Fachpraxen für Oralchirurgie/MKG-Chirurgie, die entweder übernommen wurden oder aber einen Praxisinhaber bzw. eine neue Praxisinhaberin aufgenommen haben.

Bei den Neugründungen von oralchirurgischen und MKG-Fachpraxen nahm das Investitionsvolumen gegenüber dem Jahr 2023 geringfügig um 2 % ab, während bei den Übernahmen von oralchirurgischen und MKG-Fachpraxen gegenüber dem Jahr 2023 ein um 11 % höheres Investitionsvolumen anfiel.

Tabelle 16: Investitionsvolumina Fachpraxen für Oralchirurgie/MKG-Chirurgie (2023/2024) in 1.000 EUR – nur Neugründungen			
		2023	2024
	Modernisierung/Umbau	271	281
+	Medizinisch-technische Geräte	294	333
+	Einrichtung und IT	220	156
+	Sonstige Investitionen (inkl. Betriebsmittel)	182	176
=	Praxisinvestitionen	967	946

Quelle: © IDZ/apoBank

Tabelle 17: Investitionsvolumina Fachpraxen für Oralchirurgie/MKG-Chirurgie (2023/2024) in 1.000 EUR – nur Übernahmen und Einstiege			
		2023	2024
	Ideeller Wert (Goodwill)	290	332
+	Materieller Wert (Substanzwert)	95	183
=	Kaufpreis	385	515
	Modernisierung/Umbau	29	32
+	Medizinisch-technische Geräte	95	39
+	Einrichtung und IT	34	22
+	Sonstige Investitionen (inkl. Betriebsmittel)	64	63
=	Praxisinvestitionen	607	671
Quelle: © IDZ/apoBank			

Bei Existenzgründungen von oralchirurgischen Praxen sowie von MKG-Fachpraxen wurde in der Regel ein gegenüber allgemein-zahnärztlichen Praxen um etwa 60 % höheres Investitionsvolumen benötigt.

8 Literaturverzeichnis

Behrens, K.; Böltken, F.; Dittmar, H.; Götsche, F.; Gutfleisch, R.; Habla, H. et al. (2019): Regionale Standards: Ausgabe 2019. 3. überarb. u. erw. Aufl. GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften; Arbeitsgruppe Regionale Standards. Köln (GESIS-Schriftenreihe, 23).

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2025): Stadt- und Gemeindetyp 2021 / 2022 / 2023, Stand 31.12.2023. Persönliche Mitteilung der BBSR am 09.04.2025.

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (2024): Statistisches Jahrbuch 2023/2024. Berlin.

Destatis (Statistisches Bundesamt) (2025): Erzeugerpreisindex gewerblicher Produkte: Deutschland, Jahre. Destatis. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/61241/table/61241-0001>, zuletzt geprüft am 26.06.2025.

Forschungs-Informationssystem (FIS) (2025): Methodik der Bildung von Raumkategorien, erstellt: 29.09.2010, Stand des Wissens: 23.11.2023. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI). Online verfügbar unter <https://www.forschungsinformationssystem.de/servlet/is/331220/>, zuletzt aktualisiert am 14.05.2025, zuletzt geprüft am 14.05.2025.

Jordan, A. R.; Meyer-Lückel, H.; Kuhr, K.; Sasunna, D.; Bekes, K.; Schiffner, U. (2025): Karieserfahrung und Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6). Dtsch Zahnärztl Z 80 (2), S. 90–100.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (2024): Jahrbuch 2024. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Berlin: KZBV.

Kettler, N. (2021): Junge Zahnärztinnen und -ärzte. Berufsbild - Patientenversorgung - Standespolitik. Köln: Deutscher Zahnärzte Verl. DÄV (IDZ-Materialienreihe, 38).

Klingenberger, D. (2018): Die zahnärztliche Niederlassung. Stand der Forschung zur Praxisgründung. Köln: Deutscher Zahnärzte Verl. DÄV (IDZ-Materialienreihe, Bd. 36).

Klingenberger, D.; Becker, W. (2004): Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen (AVE-Z). Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Köln (IDZ-Information 1/2004).

Klingenberg, D.; Becker, W. (2007): Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der zweiten Befragungswelle (AVE-Z-2) –. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Köln (IDZ-Information 2/2007).

Klingenberg, D.; Becker, W. (2008): Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der dritten Befragungswelle (AVE-Z-3) –. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Köln (IDZ-Information 3/2008).

Klingenberg, D.; Becker, W. (2010): Entwicklung und wirtschaftlicher Erfolg von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse empirischer Analysen auf der Basis von Paneldaten. *Gesundh ökon Qual manag* 15 (02), S. 91–98.

Klingenberg, D.; Köhler, B. (2020): Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2019 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). *Zahnmed Forsch Versorg* 3 (1).

Klingenberg, D.; Ostwald, Dennis A.; Daume, Paul; Petri, Michael; Micheelis, Wolfgang (2012): Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Trendanalyse bis 2030. Köln: Deutscher Zahnärzte Verl. DÄV (IDZ-Materialienreihe, Bd. 33).

Klingenberg D., Sander T. (2014): Stellenwert des Sozialkapitals in Praxisbewertungsverfahren - Eine kritische Reflexion theoretischer Ansätze anhand empirischer Fallrekonstruktionen. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Köln (IDZ-Information 1/14).

Micheelis, W.; Bauch, J. (Hg.) (1991): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989. Köln: Deutscher Ärzte-Verl. (IDZ-Materialienreihe, Bd. 11.1).

Weitkamp, J.; Klingenberg, D. (2007): Die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung der Zahnmedizin. In: Volker Ulrich und Walter Ried (Hg.): *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung*. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos Verl., S. 917–921.

Zahnärzte-Praxis-Panel (ZÄPP) (2025): Berichtsjahr 2023, Persönliche Mitteilung der KZBV, Fachabteilung Statistik. Köln, 05.09.2025.

AUTORENANGABEN



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)
Senior Spezialist Marktbeobachtung und Analyse
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Bereich Gesundheitsmarkt
Richard-Oskar-Mattern-Str. 6
40547 Düsseldorf
Bernd.Koehler@apobank.de

AUTORENHINWEIS

Die Autoren danken Frau Dr. Kathrin Kuhr und Dominic Sasunna (IDZ, Köln) für die wertvolle Unterstützung bei der statistischen Aufbereitung der Daten.

ZITIERWEISE

Klingenberg, D. und Köhler, B.: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2024 (InvestMonitor Zahnarztpraxis). Zahnmed Forsch Versorg 2025, 5: 03, DOI <https://dx.doi.org/10.23786/2025-5-03>

DATUM DER VERÖFFENTLICHUNG

24.10.2025



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
Institut der Deutschen Zahnärzte
Universitätsstraße 73
50931 Köln
Telefon: +49 221 4001-142
Fax: +49 221 4001-152
Internet: <https://www.idz.institute//>
E-Mail: idz@idz.institute

IMPRESSUM