bifg. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung



Zahnreport 2/2026

Zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen: Was wurde erreicht?

Autoren: Michael Rädel, Heinz-Werner Priess, Steffen Bohm, Michael H. Walter

1 Einleitung

1.1 Grundlagen

Menschen in Deutschland werden immer älter. Das ist per se eine gute Nachricht. Mit der immer größer werdenden Zahl an Seniorinnen und Senioren über 65 Jahren wachsen jedoch auch die medizinischen Herausforderungen. Viele Menschen im höheren Lebensalter sind auf dauerhafte Hilfe zur Bewältigung ihres Alltags angewiesen. In Deutschland gibt es im Vergleich zu vielen anderen Ländern ein aktuell häufig kritisiertes, prinzipiell aber strukturell tragfähiges System der Pflege im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dabei ist es immer das erklärte primäre Ziel, so viel Pflege wie möglich im häuslichen Umfeld außerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels steht das System der Pflege jedoch in vielen Bereichen vor immensen Herausforderungen (Mennicken & Augurzky, 2012).

Die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen war über viele Jahre oftmals vom Engagement einzelner Personen abhängig. Mit dem einsetzenden demografischen Wandel einerseits und den sich verdichtenden wissenschaftlichen Erkenntnissen zum verbesserungsbedürftigen Mundgesundheitszustand von Pflegebedürftigen andererseits (Abed Rabbo, 2007; Haferbengs, 2006; Jäger et al., 2009; Kirschner, 2009) wurde seit Anfang der 2000er Jahre immer deutlicher, dass die vertragszahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Personen vermutlich nicht ausreichend erreicht wird und kein adäquater Zugang besteht (Abed Rabbo, 2007; Nitschke, 2000). Weiterhin wurden ein geringer subjektiver Bedarf seitens der Patientinnen und Patienten und ein oft unterschätzter objektiver Bedarf festgestellt (Abed Rabbo, 2007). Es wurde vermutet, dass die bisherigen zahnärztlichen Leistungen auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung speziell für diese vulnerable Gruppe nicht ausreichend sein könnten (Bär et al., 2009; Nitschke, 2000; Nitschke et al., 2005). Dabei beeinträchtigen die eingeschränkte Allgemeingesundheit und Multimorbidität häufig die

Keywords: Pflegebedürftige, Senioren, Zahnärztliche Versorgung, Prävention, ambulant, stationär, Kooperationsvertrag

Mundgesundheit beispielsweise durch Mundtrockenheit aufgrund einer Vielzahl verordneter Medikamente (Polypharmazie) (Lehmann et al., 2003). Besonders für häuslich Gepflegte wurde ein deutlich reduzierter Mundgesundheitszustand festgestellt (Krüger, 2009). Speziell der Bedarf an präventiven Maßnahmen wurde immer wieder herausgestellt (Nitschke et al., 2005; Schütte & Walter, 2006), da zahnärztliche Prävention bei Pflegebedürftigen und insbesondere in Pflegeeinrichtungen kaum stattfand. Ein positiver Effekt derartiger präventiver Maßnahmen ist jedoch evident (Jäger et al., 2009; Kirschner, 2009). Eine Übersichtsarbeit von Reißmann et al. aus dem Jahr 2010 kam zu dem Schluss, dass die zahnärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen unzureichend sei und es keinerlei Daten zur Qualität dieser Versorgung gäbe (Reißmann et al., 2010). Dies ist umso wichtiger, da Mundhygienemaßnahmen durch das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen in aller Regel aufgrund multipler Faktoren bis heute kaum durchgeführt werden (Jäger et al., 2009; Strafela-Bastendorf & Bastendorf, 2020).

In einem ersten Schritt wurden daher am 1. April 2013 mit dem Versorgungsstrukturgesetz neue Gebührennummern in den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eingeführt beziehungsweise zum Teil aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) übernommen. Dies betraf vor allem Besuchspositionen und -zuschläge, welche eine aufsuchende Betreuung ermöglichen sollten. Der BARMER Zahnreport beschäftigte sich bereits im Jahr 2018 mit der Evaluation dieser neuen Leistungen. Die Quintessenz der damaligen Analysen war, dass die neuen Gebührennummern zwar immer häufiger genutzt wurden, darüber hinaus aber kein Zugewinn an Therapieleistungen für die Pflegebedürftigen messbar war. Es wurden erhebliche Defizite bei der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger festgestellt. Eine endgültige Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen stand jedoch noch aus (Rädel et al., 2018; Walter & Rädel, 2021).

Zum 1. Juli 2018 wurde erneut eine Reform der Gebührennummern des BEMA durchgeführt. In diesem Fall war das primäre Ziel, spezielle präventive Maßnahmen für Pflegebedürftige zu stärken. Dazu wurden die Gebührennummern 174a und 174b geschaffen, die die spezifische Erhebung eines Mundgesundheitsstatus inklusive eines Mundgesundheitsplans (a) und Mundgesundheitsaufklärungen (b) einmal im Kalenderhalbjahr, also zweimal jährlich, ermöglichen. Zusätzlich erfolgte die Einführung der Gebührennummer 107a für das Entfernen harter Zahnbeläge (Zahnsteinentfernung) speziell bei Versicherten mit Pflegegrad. Dadurch wurde die Zahnsteinentfernung bei Pflegebedürftigen zweimal im Jahr ermöglicht. Die Leistungen 174a, 174b und 107a können von allen Versicherten mit einem Pflegegrad in Anspruch genommen werden, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär in einer Pflegeeinrichtung gepflegt werden.

Zusätzlich erfolgten Änderungen bei den Gebührennummern für Besuche und Zuschläge. Explizites Ziel war außerdem die Forcierung des Abschlusses von Kooperationsverträgen zwischen Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten und Pflegeeinrichtungen. Dafür wurden entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen und gesonderte Gebührennummern für Besuche im Rahmen von Kooperationsverträgen ausgewiesen. Pflegeeinrichtungen sind nach §119 b des SGB V verpflichtet, bei Bedarf Kooperationsverträge mit (Vertrags-)Zahnärztinnen und -ärzten abzuschließen. Diese Verträge müssen der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) angezeigt werden. Die Abrechnung einiger Gebührennummern des BEMA ist exklusiv nur unter der Voraussetzung eines bestehenden Kooperationsvertrags möglich. Daher besteht für Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte ein Anreiz, derartige Verträge abzuschließen, die andererseits allerdings mit festgelegten Verfügbarkeiten der Vertragszahnärztin oder des -zahnarzts für die Pflegeeinrichtung einhergehen. Die Zahl dieser Verträge steigt und lag Ende 2024 nach Angaben der KZBV bei bundesweit 7.557. Sie war im Vergleich zum Vorjahr um 9,5 Prozent gestiegen, so dass sich bei einer Zahl von 16.505 Pflegeheimen in Deutschland ein heimbezogener Abdeckungsgrad von rund 46 Prozent ergab (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2025).

1.2 Fragestellungen

Aus diesem Kontext heraus ergaben sich für den Zahnreport 2026 folgende Fragestellungen: Werden die neu etablierten Gebührennummern in Anspruch genommen und wie?

- Hat sich die Versorgung Pflegebedürftiger im stationären Bereich verbessert?
- Haben die neuen Gebührennummern auch im ambulanten Bereich zu einer Verbesserung geführt?
- Welche regionalen Besonderheiten sind bei der vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen festzustellen?

2 Methoden

2.1 Datenbasis

Datenbasis der vorliegenden Untersuchung waren die anonymisierten vertragszahnärztlichen Abrechnungsdaten der BARMER aus den Jahren 2013 bis 2024. Stand 31. Dezember 2024 verfügte die BARMER über 9,1 Millionen Versicherte. Dies entsprach einem Anteil von 10,8 Prozent an der deutschen Bevölkerung und einem Anteil von 12,1 Prozent an allen gesetzlich Versicherten in Deutschland. Inkludiert wurden alle Versicherten der BARMER ab 65 Jahren im betrachteten Zeitraum. Versicherte verblieben so lange in der Analyse, wie sie bei der BARMER versichert waren. Wohnortwechselnde flossen jeweils mit ihrem zuerst bei der BARMER registrierten Wohnort in die Betrachtungen ein. Insgesamt wurden damit über die Zeit circa 3,9 Millionen Versicherte in die Analysen einbezogen, deren Zahl je betrachtetes Jahr zwischen 2,2 Millionen und 2,7 Millionen schwankte.

2.2 Definitionen

2.2.1 Pflegestufen und Pflegegrade

Ab dem 1. Januar 2017 erfolgte offiziell die Einteilung in Pflegegrade. Die davor gültigen Pflegestufen wurden in diese Pflegegrade überführt. Beide Konzepte basieren auf unterschiedlichen Herangehensweisen in der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Während die Pflegestufen eine Einteilung nach dem jeweiligen Pflegeaufwand des Betroffenen vornahmen, bewertet die neue Einteilung nach Pflegegraden die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit der betroffenen Person. Wird im Folgenden von Pflegegraden gesprochen, so sind bis zum Jahr 2016 äquivalente Pflegestufen eingeschlossen.

Die derzeitigen fünf Pflegegrade sind:

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

2.2.2 Ambulant und stationär Pflegebedürftige

Im Folgenden werden Versicherte mit Pflegegrad, die permanent in einer stationären Pflegeeinrichtung (umgangssprachlich auch Pflegeheim) gepflegt werden, als stationär Pflegebedürftige bezeichnet. Im Gegensatz dazu werden alle anderen Pflegebedürftigen, die vorwiegend im häuslichen Umfeld gepflegt und betreut werden, als ambulant Pflegebedürftige bezeichnet. Wie bereits beschrieben, werden lediglich Pflegebedürftige ab einem Alter von 65 Jahren betrachtet.

2.3 Statistik

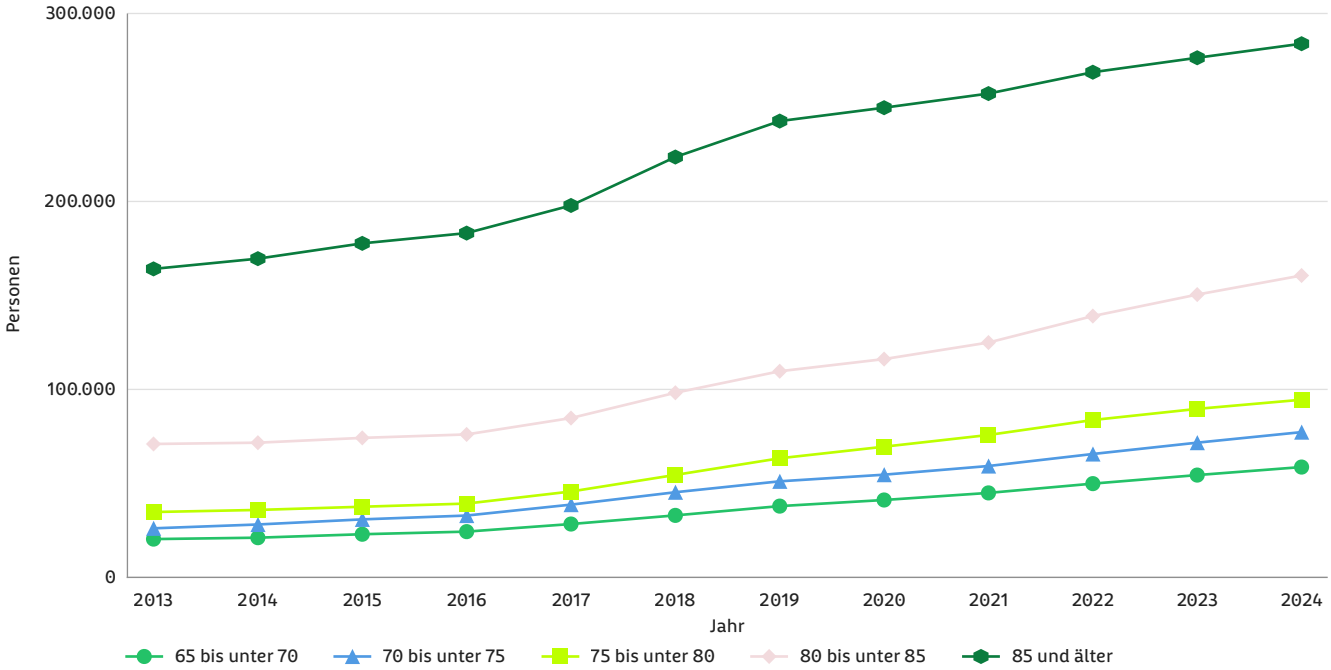
Die genaue Beschreibung der Analysen erfolgt in den jeweiligen Kapiteln. Die Daten wurden jeweils deskriptiv dargestellt und bezüglich Alter und Geschlecht auf die deutsche Bevölkerung des Jahres 2024 standardisiert (Stand. D 2024). Eine Modellierung der Daten erfolgte nicht.

3 Analysen und Ergebnisse

3.1 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bei Personen ab 65 Jahren in Deutschland seit 2013

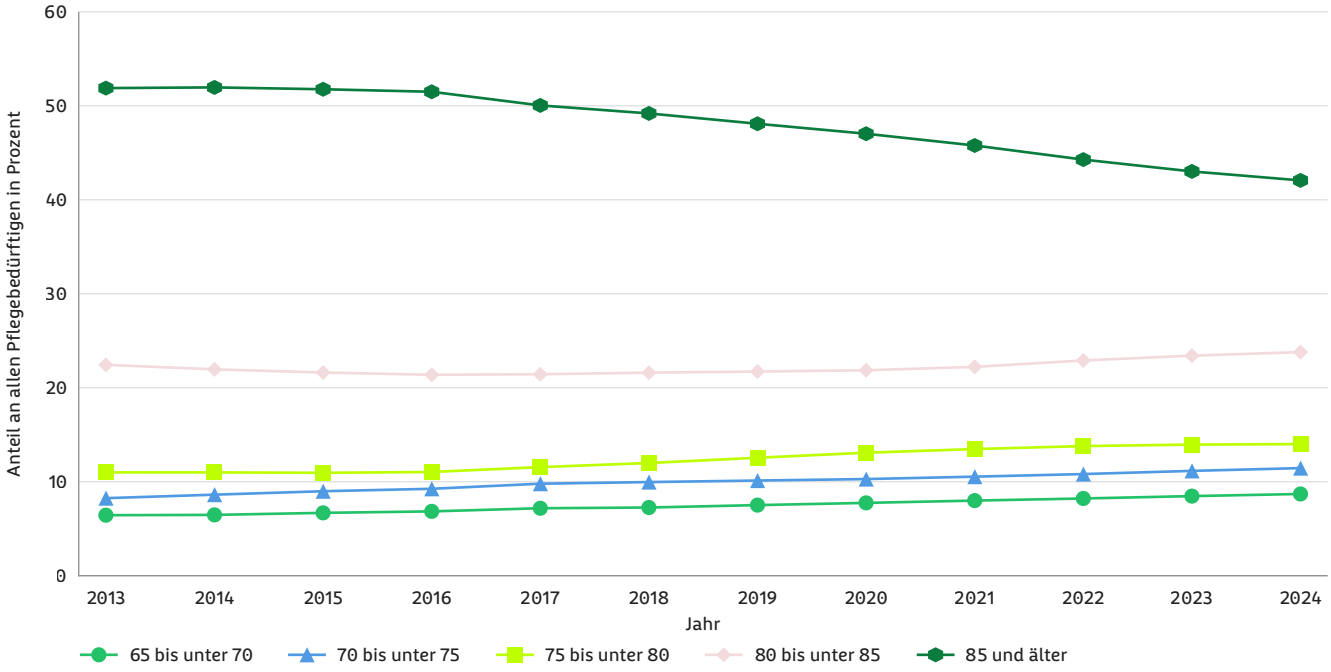
Vor dem prinzipiellen Einstieg in die Analyse der Entwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen erscheint es sinnvoll, zunächst generell zu betrachten, wie sich die Pflegebedürftigkeit im Alter bei den bei der BARMER Versicherten in der vergangenen Dekade entwickelt hat. Hierzu wurden auf Basis der Daten der BARMER-Versicherten (standardisiert auf die deutsche Bevölkerung 2024) die Personen mit Pflegegrad seit 2017 beziehungsweise Pflegestufe seit 2013 in 5-Jahres-Altersgruppen zusammengefasst ab 65 Jahren errechnet. Die Ergebnisse sind in absoluten Zahlen in Abbildung 1 und die bei der BARMER versicherten Pflegebedürftigen mit ihren relativen Anteilen nach Altersgruppen in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 1: Entwicklung der absoluten Zahl der Personen mit Pflegegrad bei der BARMER nach Altersgruppen von 2013 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

Abbildung 2: Relative Anteile der Personen mit Pflegegraden nach Altersgruppen, bezogen auf alle bei der BARMER versicherten Pflegebedürftigen



Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

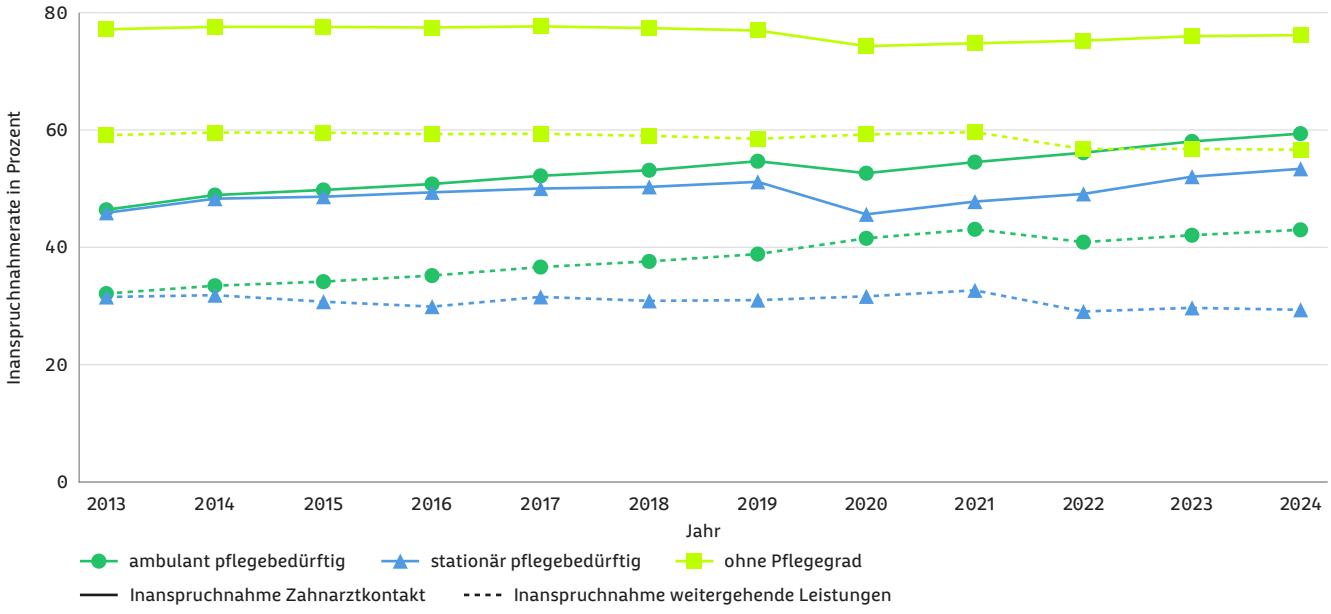
Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen absolut von 2013 bis 2024 deutlich erhöht hat. Bei den Anteilen der einzelnen Altersgruppen an den bei der BARMER versicherten Pflegebedürftigen ist der Anteil in der höchsten Altersgruppe der über 85-jährigen nach der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade deutlich rückläufig. Aufgrund der verschiedenen Definitionen von Pflegestufen (2013 bis 2016) und Pflegegraden (ab 2017) erschien eine weitergehende Betrachtung der Entwicklung dieser Einteilungen nicht sinnvoll.

3.2 Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen

Bevor detaillierte Analysen zum Versorgungsgeschehen bei pflegebedürftigen Personen ab 65 Jahren eine genauere Betrachtung spezieller Leistungsbereiche ermöglichen werden, sollen zunächst die Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Versorgung bei Pflegebedürftigen und Nichtpflegebedürftigen einander gegenübergestellt werden. Hierzu wird zunächst der Anteil derjenigen Versicherten dargestellt, die mindestens eine (egal welche) vertragszahnärztliche Leistung pro Jahr im Verlauf von 2013 bis 2024 in Anspruch genommen haben; das heißt, jede Person, die einen Zahnarztkontakt hatte, zählte. Dabei wurden jeweils getrennte Analysen für Nichtpflegebedürftige, ambulant Pflegebedürftige und stationär Pflegebedürftige durchgeführt. Anschließend wurde die Inanspruchnahme nicht ausschließlich klinisch-diagnostischer/präventiver Leistungen, also weitergehender Leistungen ausgewertet. Hier wurde als Inanspruchnahme gezählt, wenn über klinische Untersuchungen, präventive Maßnahmen, Besuche und Zuschläge (Gebührennummern 107 bis 182, 01, 03, 04, Ä1) hinausgehende Maßnahmen abgerechnet wurden. Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 dargestellt.

Die resultierenden Verläufe für Zahnarztkontakte zeigen einen deutlich größeren Anteil der Inanspruchnehmenden im Kreis der Nichtpflegebedürftigen. Während der Anteil der Inanspruchnehmenden jedweder Leistung in dieser Gruppe um 75 Prozent beträgt, liegt er bei Pflegebedürftigen unter 60 Prozent. Während jedoch der Anteil der Inanspruchnehmenden bei den Nichtpflegebedürftigen im Zuge der Coronapandemie leicht abnahm und danach im Vergleich zum präpandemischen Zeitraum immer noch leicht niedriger lag, stieg er bei den Pflegebedürftigen über das präpandemische Niveau an. Dieser positive Effekt ist vermutlich auch dem verbesserten Zugang Pflegebedürftiger zur vertragszahnärztlichen Versorgung zuzuschreiben, welcher durch die neuen beziehungsweise modifizierten Gebührennummern des BEMA ermöglicht werden sollte. Damit zeigen diese Zahlen, dass damit Erfolge erzielt werden konnten. Allerdings bleibt die Inanspruchnahme noch immer deutlich hinter der von Nichtpflegebedürftigen zurück.

Abbildung 3: Inanspruchnahmeraten mindestens einer vertragszahnärztlichen Leistung (Zahnarztkontakt) und von nicht ausschließlich klinisch-diagnostischen/präventiven (weitergehenden) Leistungen, getrennt nach Pflegebedürftigkeit, 2013–2024



Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

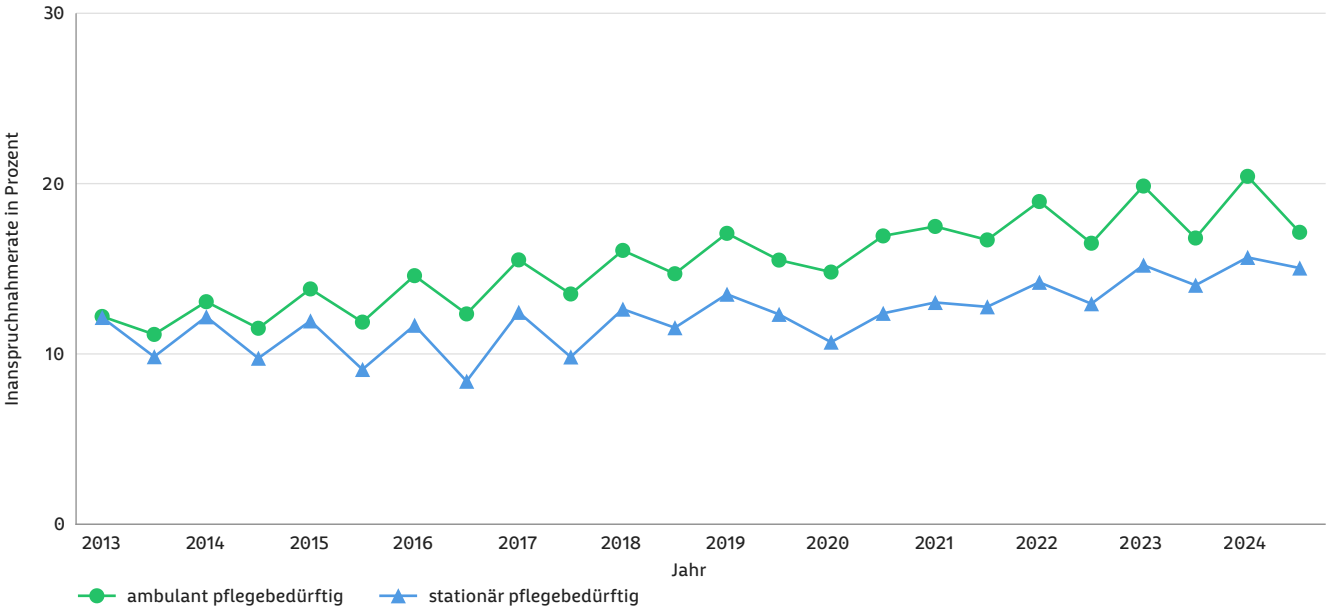
Bei der Analyse der Inanspruchnahme von nicht ausschließlich klinisch-diagnostischen/präventiven Leistungen zeigte sich übersichtsmäßig über alle drei Gruppen ein Abstand von circa 20 Prozentpunkten zu der Inanspruchnahme von Zahnarztkontakten. Während sich der Anstieg der Inanspruchnahme von Zahnarztkontakten zwischen 2013 und 2024 bei den ambulant Pflegebedürftigen auch bei der Inanspruchnahme von nicht ausschließlich klinisch-diagnostischen/präventiven Leistungen zeigt, ist dagegen weder bei den stationär Gepflegten noch bei den Nichtpflegebedürftigen ein deutlicher Trend über den Zeitraum von zwölf Jahren sichtbar. Dies könnte bei den stationär Pflegebedürftigen mit der teilweise eingeschränkten Therapiefähigkeit und logistischen Problemen zusammenhängen. Bei den Nichtpflegebedürftigen entspricht es dem allgemeinen Trend der Inanspruchnahme. Allerdings setzt sich nach Angaben der aktuellen sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6) (Samietz et al., 2025) der Trend zu mehr Zähnen im Alter immer weiter fort. Demzufolge wäre eigentlich vom zahnmedizinischen Standpunkt her mit einem steigenden Therapiebedarf bei Personen ab 65 Jahren zu rechnen. Dieser wachsende Bedarf spiegelt sich jedoch in den aktuellen Versorgungszahlen nicht wider.

3.3 Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen

3.3.1 Zahnsteinentfernung

Bei erwachsenen Versicherten ohne Pflegegrad ist die Zahnsteinentfernung die einzige reguläre präventive zahnmedizinische Leistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, welche einmal im Jahr in Anspruch genommen werden kann. Im Rahmen der angestrebten Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen vor allem im präventiven Bereich wurde neben der BEMA-Gebührennummer 107 die Gebührennummer 107a geschaffen. Die Gebührennummer 107a kann einmal im Kalenderhalbjahr abgerechnet werden, nicht jedoch neben der etablierten Gebührennummer 107 (Zahnsteinentfernung). Daher können Pflegebedürftige die Zahnsteinentfernung in beiden Halbjahren eines Kalenderjahres in Anspruch nehmen (zweimal 107a oder je einmal 107a und 107). Die folgende Analyse zeigt in Abbildung 4 die Entwicklung der Inanspruchnahme kumuliert für die Gebührennummern 107 und 107a in halbjährlicher Skalierung.

Abbildung 4: Inanspruchnahmeraten der Zahnsteinentfernung (Gebührennummern 107 und 107a) pro Halbjahr

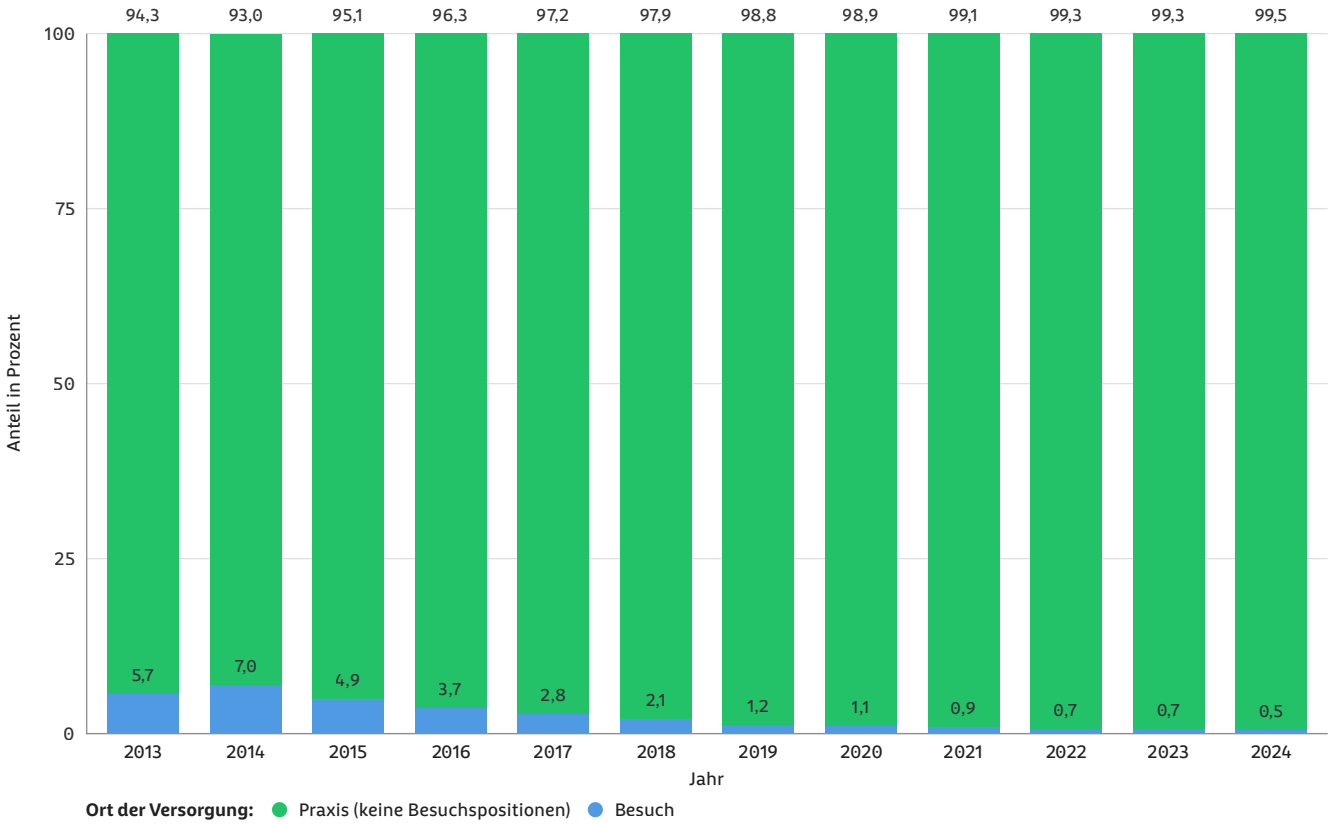


Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

Über den Beobachtungszeitraum zeigt sich eine zu begrüßende insgesamt steigende Inanspruchnahme sowohl bei ambulant als auch bei stationär Pflegebedürftigen. Über alle Beobachtungshalbjahre hinweg ist die Inanspruchnahme bei den ambulant Pflegebedürftigen höher.

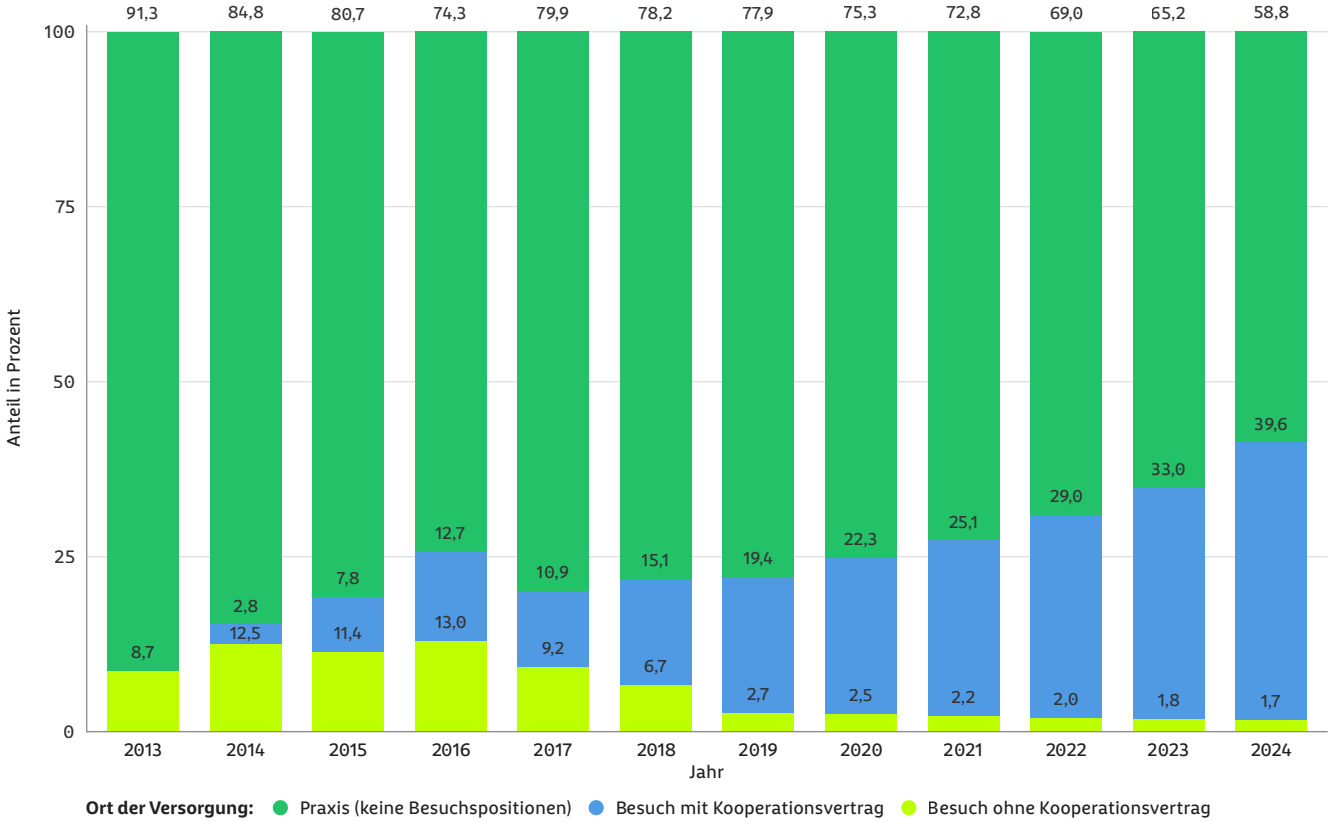
In diesem Zusammenhang erscheint der Ort der Leistungserbringung interessant. Während Abbildung 5 dies für ambulant Pflegebedürftige, bezogen auf die jeweiligen Leistungsmengen, im Verlauf von 2013 bis 2024 illustriert, ist in Abbildung 6 der Verlauf für stationär Pflegebedürftige gezeigt.

Abbildung 5: Ort der Leistungserbringung für die Gebührennummern 107/107a bei ambulant Pflegebedürftigen



Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

Abbildung 6: Ort der Leistungserbringung für die Gebührennummern 107/107a bei stationär Pflegebedürftigen



Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

Bei ambulant Pflegebedürftigen wird die Zahnsteinentfernung fast ausschließlich in Zahnarztpraxen erbracht. Eine präventive Zahnsteinentfernung vor Ort zu Hause findet de facto nicht mehr statt. Der entsprechende Anteil der Inanspruchnahme liegt bei unter einem Prozent, obwohl dieser im Jahr 2014 zumindest schon einmal bei sieben Prozent lag.

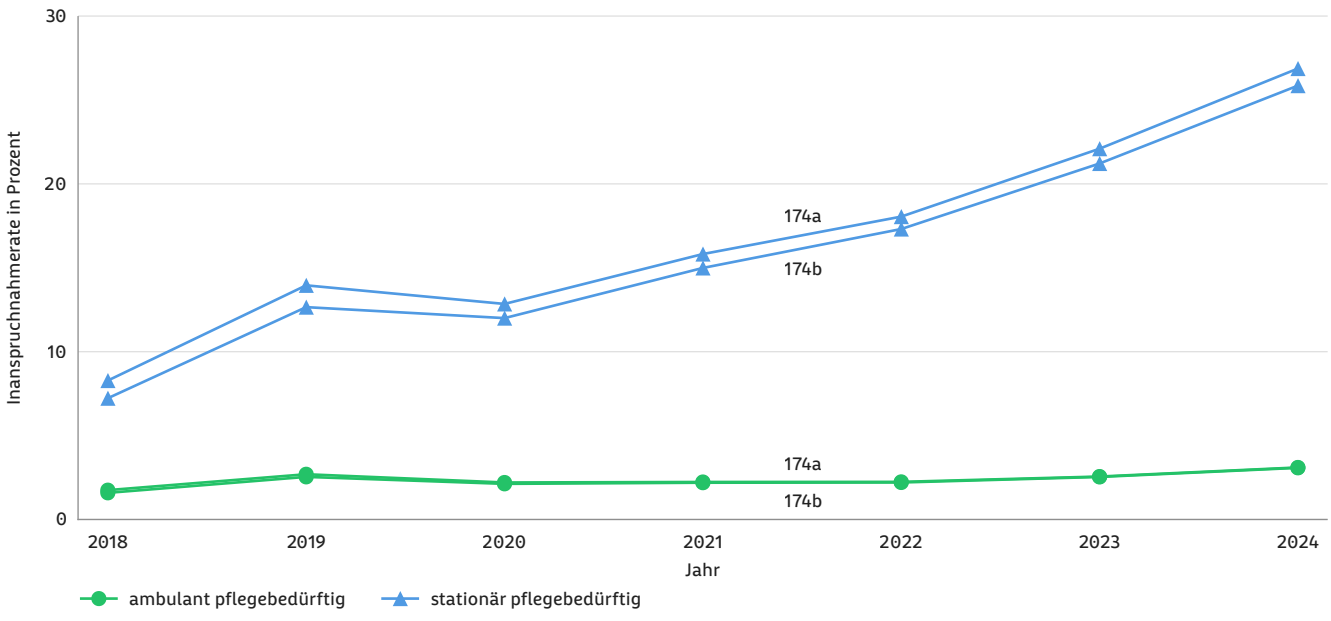
Bei stationär Pflegebedürftigen ist dagegen ein anderes Muster zu erkennen: Hier gibt es einen deutlichen Trend zu mehr präventiver Zahnsteinentfernung in der Pflegeeinrichtung. Allerdings zeigt sich ein Anstieg des Anteils der Leistungsmengen vor Ort nur in Heimen mit Kooperationsverträgen. Immerhin wird dort mit Stand 2024 ein Anteil von 40 Prozent erbracht. In Heimen ohne Kooperationsverträge sind es dagegen nur zwei Prozent. Bei der Einordnung der Ergebnisse muss man zudem berücksichtigen, dass mehr als die Hälfte der Heime keine Kooperationsverträge abgeschlossen hat (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2025). Vor diesem Hintergrund ist der sehr niedrige Anteil der dort vor Ort erbrachten Leistungsmenge äußerst unbefriedigend.

3.3.2 Inanspruchnahme von Mundgesundheitsstatus und Mundgesundheitsaufklärung ambulant und stationär

Ein Ziel der Novellierung des § 119 im SGB V und der entsprechenden Einführung der erweiterten Gebührennummern des BEMA für Pflegebedürftige war es, nicht nur die bisherige „klassische“ vertragszahnärztliche Versorgung für diese vulnerable Gruppe zu stärken, sondern vor allem auch die Prävention oraler Erkrankungen zu unterstützen. Hierzu wurden insbesondere die Gebührennummern 174a und 174b geschaffen. Die Gebührennummer 174 umfasst dabei „... Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22 a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten ...“. Dabei umfasst die Unterteilung (a) einen „... Mundgesundheitsstatus und individuellen Mundgesundheitsplan ...“, während die Unterteilung (b) eine „... Mundgesundheitsaufklärung ...“ beinhaltet. Beide Gebührennummern dürfen je pflegebedürftigen Versicherten einmal im Kalenderhalbjahr, also zweimal jährlich abgerechnet werden. Die Abrechnung ist nicht an einen Kooperationsvertrag geknüpft und kann damit sowohl von ambulant als auch von stationär Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Gerade für die vulnerable Gruppe der Pflegebedürftigen erscheinen diese Leistungen aus zahnärztlich präventiver Sicht sehr wichtig, ist es doch aus vielen Untersuchungen heraus evident, dass die persönlichen Mundhygienefähigkeiten speziell in dieser Gruppe stark reduziert sind und eben nicht durch professionelle Pflegekräfte adäquat ausgeglichen werden.

Die Inanspruchnahme dieser beiden Schlüsselpositionen ist in Abbildung 7 dargestellt.

Abbildung 7: Verlauf der Inanspruchnahmeraten der Gebührennummer 174 von 2018 bis 2024, getrennt nach ambulant und stationär Pflegebedürftigen

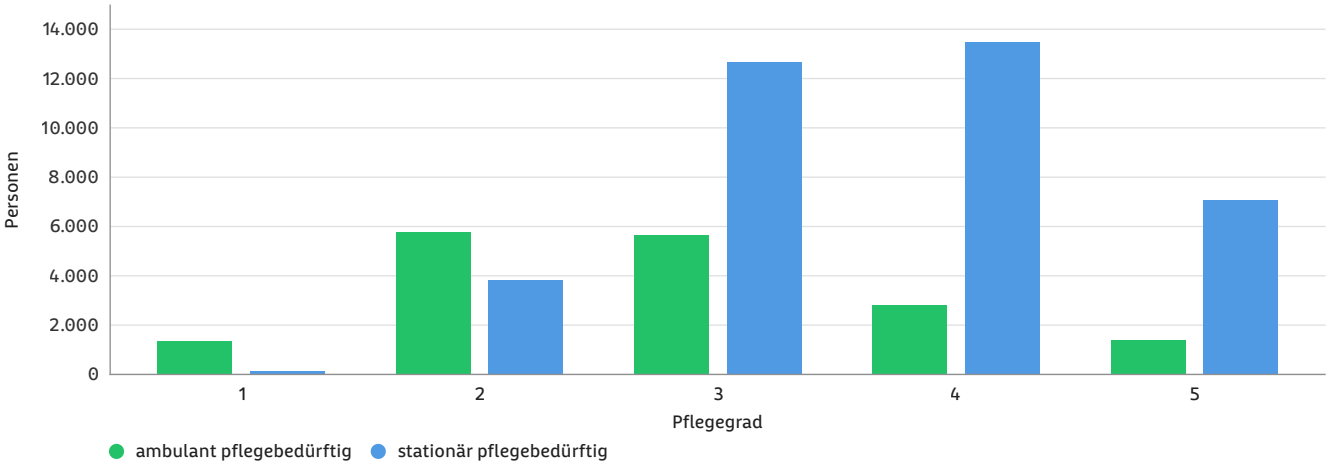


Quelle: BARMER-Daten 2014–2024, Stand. D 2024

Mit der Einführung ab dem Jahr 2018 zeigt sich eine steigende Inanspruchnahme der Gebührennummer 174. Dabei sind die Verläufe für 174a und 174b nahezu deckungsgleich. Es kann davon ausgegangen werden, dass beide Leistungen in der Regel im zeitlichen Zusammenhang gemeinsam erbracht werden. Deutlich unterschiedlich sind jedoch die Verläufe im Bezug auf ambulant und stationär Pflegebedürftige. Während jedes Jahr – mit Ausnahme der Pandemiezeit – mehr stationär Gepflegte von dieser Leistung profitieren, bleiben die Inanspruchnahmeraten bei den ambulant Gepflegten relativ stabil auf einem sehr niedrigen Niveau. Im Jahr 2024 lagen die Inanspruchnahmeraten von 174a und 174b in der Gruppe der stationär Pflegebedürftigen bei mehr als 25 Prozent, während in der Gruppe der ambulant Pflegebedürftigen weniger als fünf Prozent der Berechtigten diese Leistungen nutzten. Es zeigt sich demnach eine deutliche Diskrepanz zwischen ambulant und stationär Pflegebedürftigen. Ambulant Pflegebedürftige scheinen daher kaum von den neuen Präventionsleistungen zu profitieren. Dies ist umso bedeutsamer, als nach Angaben des Statistischen Bundesamts im Jahr 2023 circa 85 Prozent der Pflegebedürftigen ambulant zu Hause gepflegt wurden. Die Gründe für diese ungleiche Inanspruchnahme mit niedrigen Raten bei ambulant Pflegebedürftigen sind sicher vielfältig. Der Zustand ist allerdings in hohem Maße unbefriedigend.

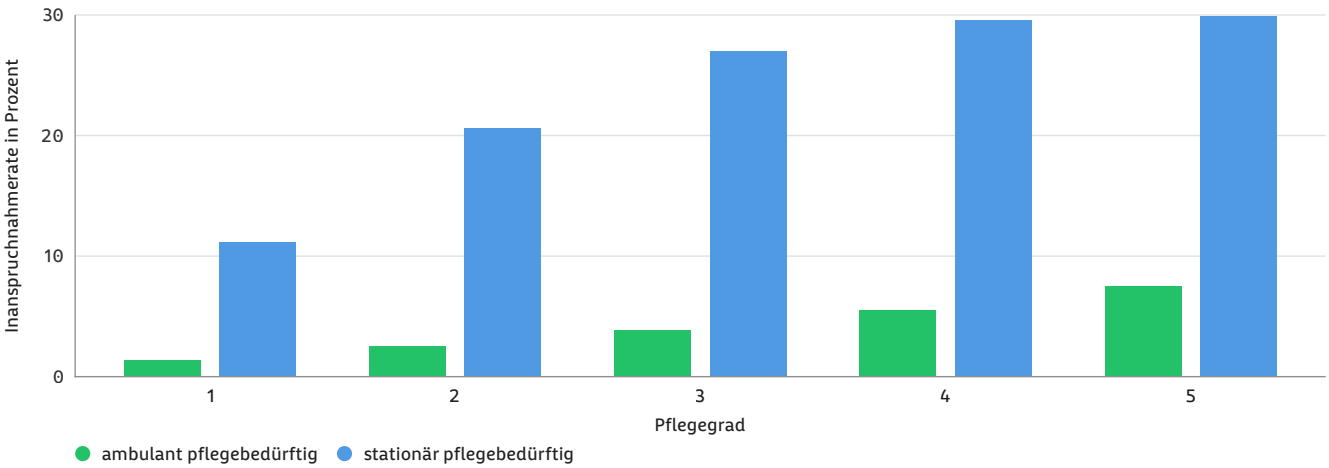
Ergänzend wird in Abbildung 8 für das Jahr 2024 die absolute Zahl der Inanspruchnehmenden und in Abbildung 9 werden die Inanspruchnahmeraten für die Gebührennummer 174 nach Pflegegraden angegeben. Dabei zählten sowohl 174a als auch 174b als Inanspruchnahme.

Abbildung 8: Absolute Anzahl der Inanspruchnehmenden der Gebührennummer 174 im Jahr 2024 nach Pflegegraden



Quelle: BARMER-Daten 2024, Stand. D 2024

Abbildung 9: Inanspruchnahmerate der Gebührennummer 174 im Jahr 2024 nach Pflegegraden



Quelle: BARMER-Daten 2024, Stand. D 2024

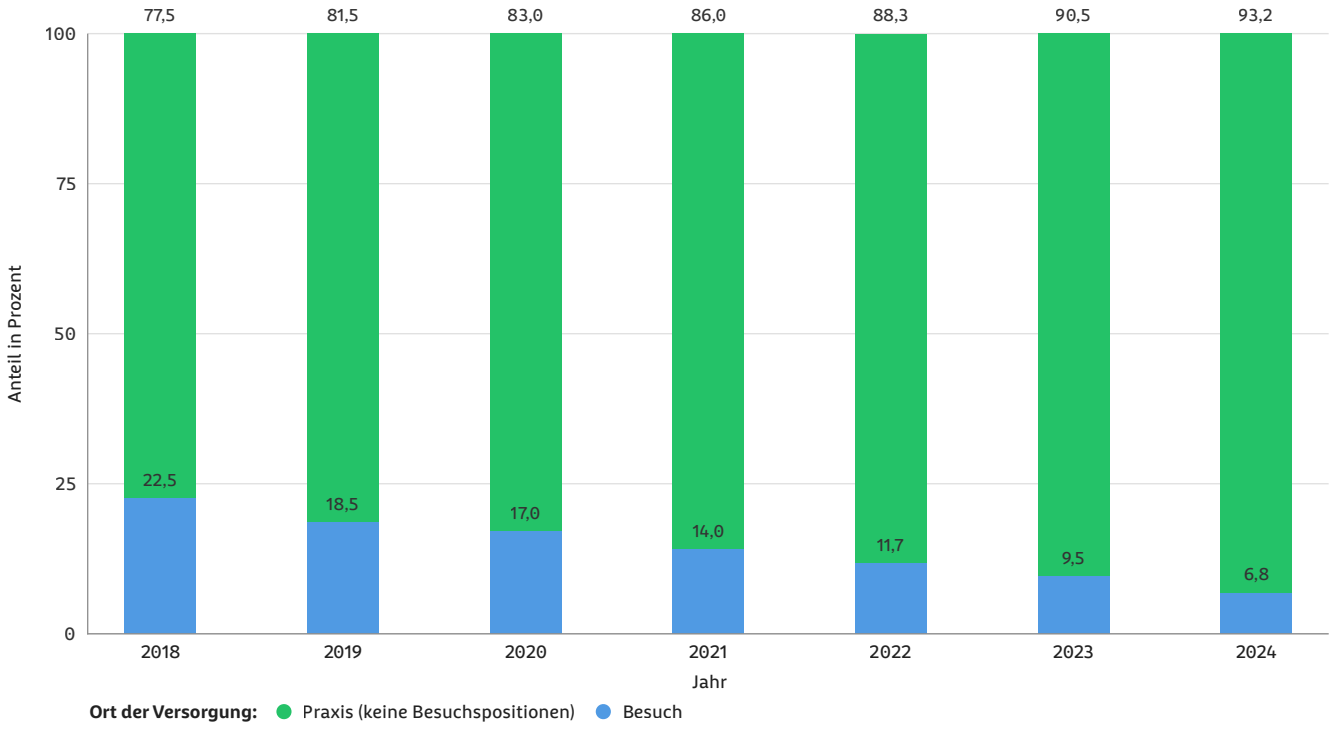
Hier zeigt sich einerseits, dass die Gesamtzahl der ambulant Pflegebedürftigen, die präventive Maßnahmen nutzen, sehr niedrig ist. Dies wiegt umso schwerer ob ihres Anteils von etwa 85 Prozent an allen Pflegebedürftigen. Besonders unbefriedigend ist die geringe Inanspruchnahme vor allem in den höheren Pflegegraden. Schwerstpflegebedürftige, die zu Hause ambulant gepflegt beziehungsweise betreut werden, kommen demnach nur in sehr geringem Umfang in den Genuss präventiver Maßnahmen nach der Gebührennummer 174. Während in den Pflegegraden 4 und 5 circa 30 Prozent der stationär Pflegebedürftigen präventive Leistungen nach der Gebührennummer 174 erhalten, sind es bei ambulant Pflegebedürftigen jeweils deutlich unter zehn Prozent (Abbildung 9).

3.3.3 Präventive Maßnahmen nach Ort der Leistungserbringung

Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass ambulant Pflegebedürftige kaum von den möglichen Präventionsmaßnahmen profitieren, wurde analysiert, ob die entsprechenden Leistungen jeweils in der Zahnarztpraxis (ohne Besuch) oder zu Hause beziehungsweise in der Pflegeeinrichtung (mit Besuch) erbracht wurden. Die Ergebnisse für ambulant Gepflegte sind in Abbildung 10, die Ergebnisse für stationär Gepflegte in Abbildung 11 dargestellt. In diesen Grafiken sind lediglich die Leistungen nach BEMA 174a abgebildet, die Leistungen nach BEMA 174b folgen nahezu identisch und sind daher hier nicht separat ausgewiesen.

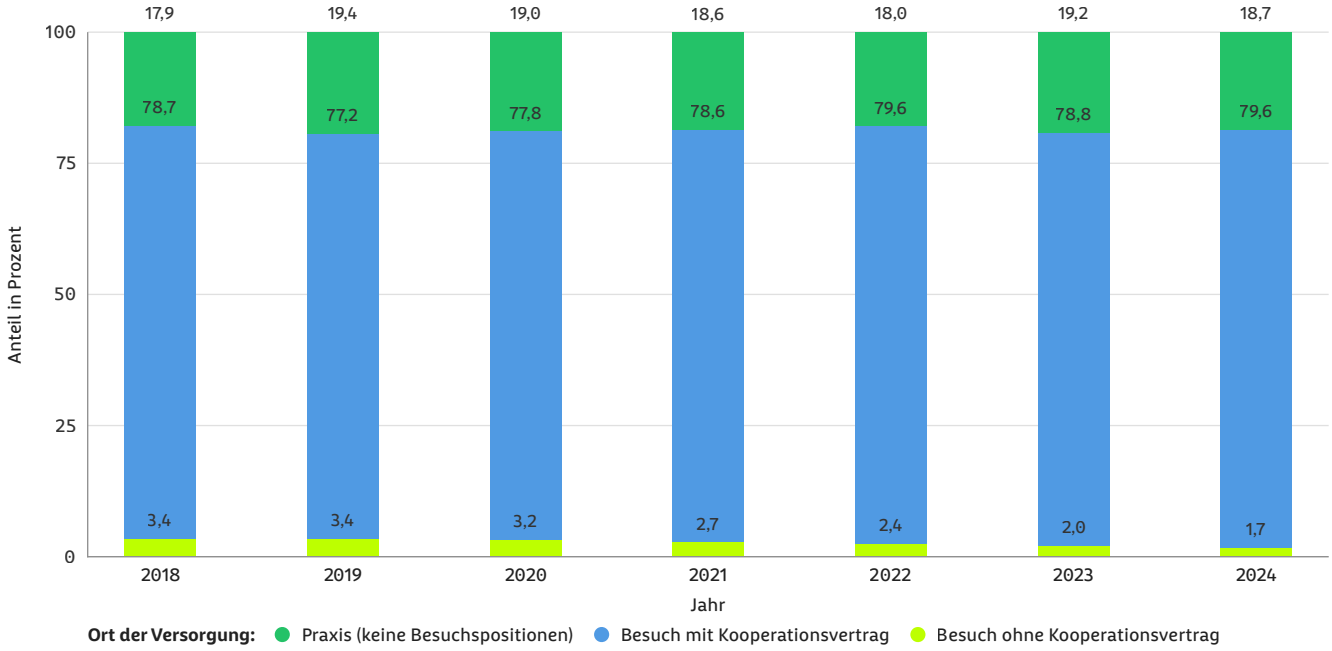
Während bei den stationär Gepflegten der Ort der Leistungserbringung über die Jahre von 2018 hin zu 2024 nahezu konstant bleibt – hier werden rund 20 Prozent der Leistungen in den Zahnarztpraxen erbracht, die übrigen Leistungen in den Pflegeeinrichtungen –, nahm bei den ambulant Pflegebedürftigen der Anteil der zu Hause erbrachten Präventionsleistungen kontinuierlich ab. Während 2018 noch 22 Prozent der Gebührennummer 174a im häuslichen Umfeld erbracht wurde, waren es 2024 nur noch sieben Prozent, also nur noch rund ein Drittel des ursprünglichen Anteils. Bemerkenswert bei den stationär Pflegebedürftigen ist der sehr niedrige Anteil der vor Ort erbrachten Leistungsmenge von nur zwei Prozent in Heimen ohne Kooperationsvertrag. Da mehr als die Hälfte aller Heime keinen Kooperationsvertrag besitzen, ist die erbrachte Leistungsmenge sehr unbefriedigend. Offenbar spielen dort die speziellen präventiven Leistungen für Pflegebedürftige kaum eine Rolle. Ein Teil der Pflegebedürftigen in Heimen ohne Kooperationsvertrag dürfte nach Transport in der Praxis behandelt worden sein; dies gleicht jedoch das Defizit bei weitem nicht aus.

Abbildung 10: Ort der Leistungserbringung für die Gebührennummer 174a bei ambulant Pflegebedürftigen



Quelle: BARMER-Daten 2018–2024, Stand. D 2024

Abbildung 11: Ort der Leistungserbringung für die Gebührennummer 174a bei stationär Pflegebedürftigen

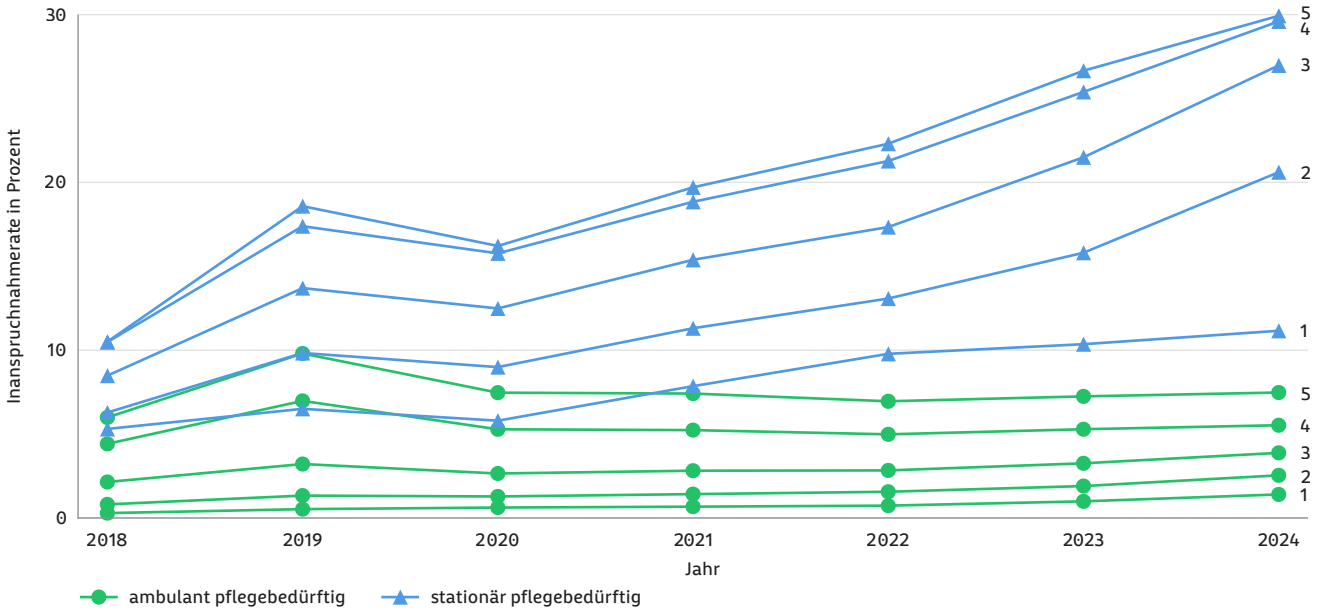


Quelle: BARMER-Daten 2018–2024, Stand. D 2024

3.3.4 Präventive Maßnahmen nach Pflegegrad

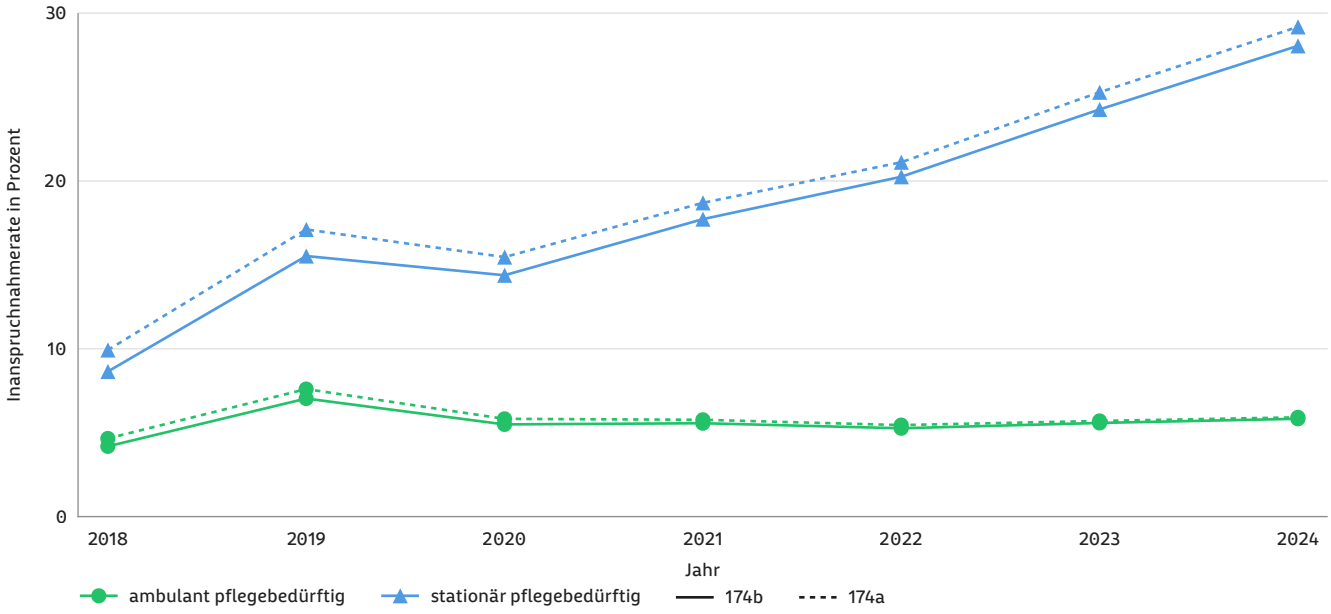
In der folgenden Analyse wurde die Inanspruchnahme der präventiven Maßnahmen nach BEMA 174 in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad analysiert. Die gesamten Ergebnisse sind in Abbildung 12 dargestellt, während Abbildung 13 nur die Ergebnisse für die Pflegegrade 4 und 5 zusammenfasst. Diese beiden Pflegegrade umfassen Versicherte, denen es in aller Regel nur mit großen Schwierigkeiten möglich sein wird, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen.

Abbildung 12: Inanspruchnahmerate präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 nach Pflegegrad für ambulant und stationär Pflegebedürftige



Quelle: BARMER-Daten 2018–2024, Stand. D 2024

Abbildung 13: Inanspruchnahmerate präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 mit Pflegegrad 4 und 5 für ambulant und stationär Pflegebedürftige



Quelle: BARMER-Daten 2018–2024, Stand. D 2024

Es zeigt sich, dass sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich die niedrigeren Pflegegrade geringere Inanspruchnahmeraten aufweisen. Dafür kommen verschiedene Gründe in Betracht. Im Rahmen der Versorgung von Versicherten mit niedrigen Pflegegraden mag zum Teil eine gewisse Unkenntnis auf beiden Seiten dazu beitragen. Versicherte sind vermutlich in seltenen Fällen über diese Möglichkeit der Inanspruchnahme derartiger präventiver Leistungen informiert. Vertragszahnärzte sind möglicherweise nicht primär darüber informiert, dass Patientinnen und Patienten, die die Praxis noch selbstständig aufsuchen, einen (niedrigen) Pflegegrad aufweisen könnten.

Das niedrigere Inanspruchnahmeniveau bei ambulant Pflegebedürftigen mit hohen Pflegegraden (Abbildung 13) könnte möglicherweise auch betriebswirtschaftliche Gründe haben. Die aufsuchende Betreuung in Pflegeeinrichtungen, insbesondere mit der Unterstützung durch einen Kooperationsvertrag, ist für Vertragszahnärzte vermutlich deutlich wirtschaftlicher durchführbar. Hier können in der Regel mehrere Versicherte mit einem Besuch versorgt werden, so dass vermutlich in diesem Rahmen auch routinemäßig präventive Maßnahmen angeboten werden. Die aufsuchende Betreuung und Versorgung von ambulant Pflegebedürftigen mit hohen Pflegegraden ist im Regelfall deutlich aufwendiger und demnach betriebswirtschaftlich unattraktiver. Inwiefern die Erreichbarkeit, gerade in ländlichen Regionen eine zusätzliche Rolle spielt, soll in den entsprechenden regionalen Analysen betrachtet werden.

3.3.5 Präventive Maßnahmen nach Region für alle Pflegegrade

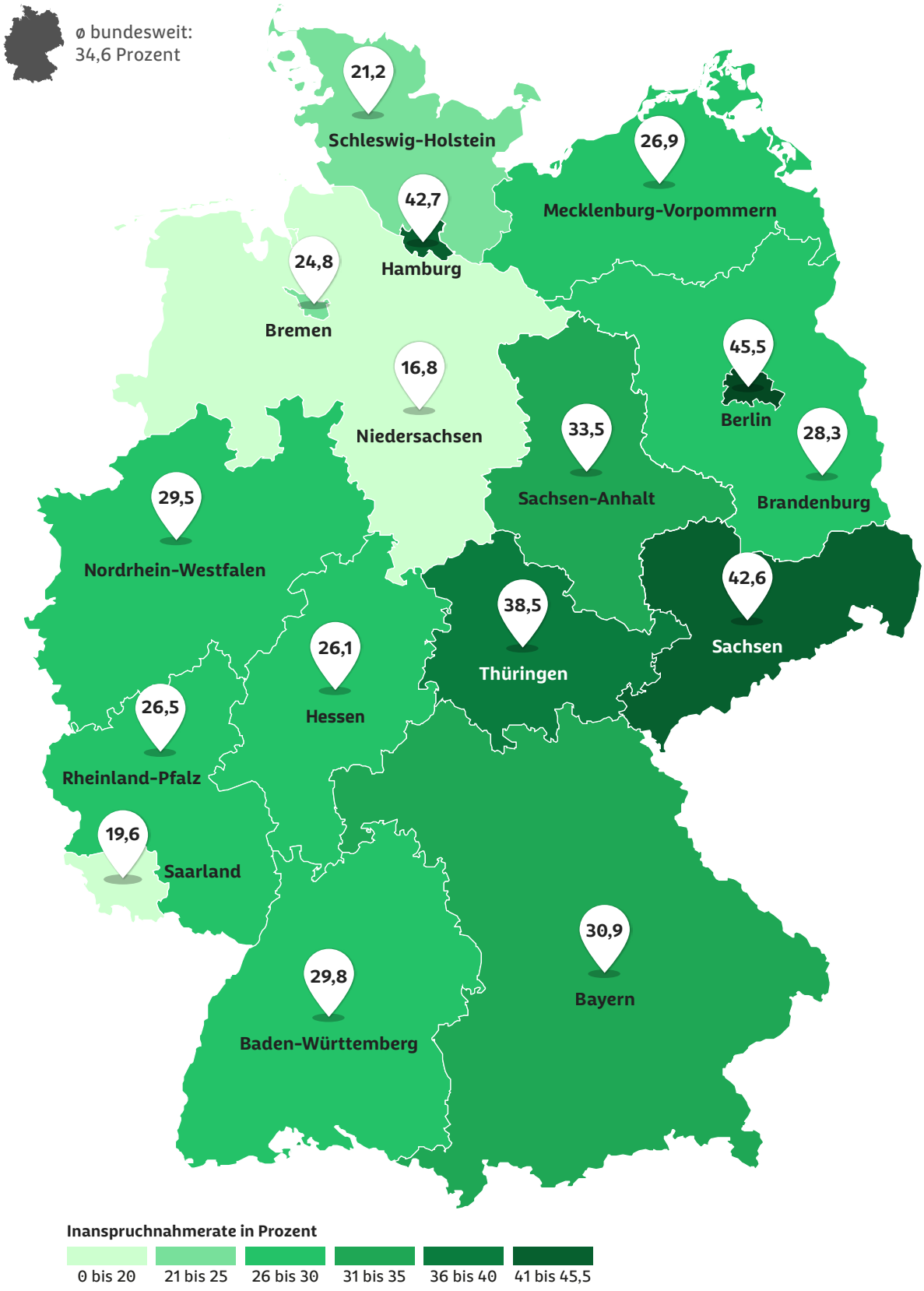
In der folgenden Analyse wurde die Inanspruchnahmerate der speziellen präventiven Maßnahmen für Pflegebedürftige über die BEMA-Gebührennummer 174 (a und b) für das Jahr 2024 regional auf Bundeslandebene betrachtet. Die Ergebnisse sind für ambulant Gepflegte in Abbildung 14 und für stationär Gepflegte in Abbildung 15 dargestellt.

Abbildung 14: Inanspruchnahmeraten präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 für ambulant Pflegebedürftige im Jahr 2024



Quelle: BARMER-Daten 2024, Stand. D 2024

Abbildung 15: Inanspruchnahmeraten präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 für stationär Pflegebedürftige im Jahr 2024



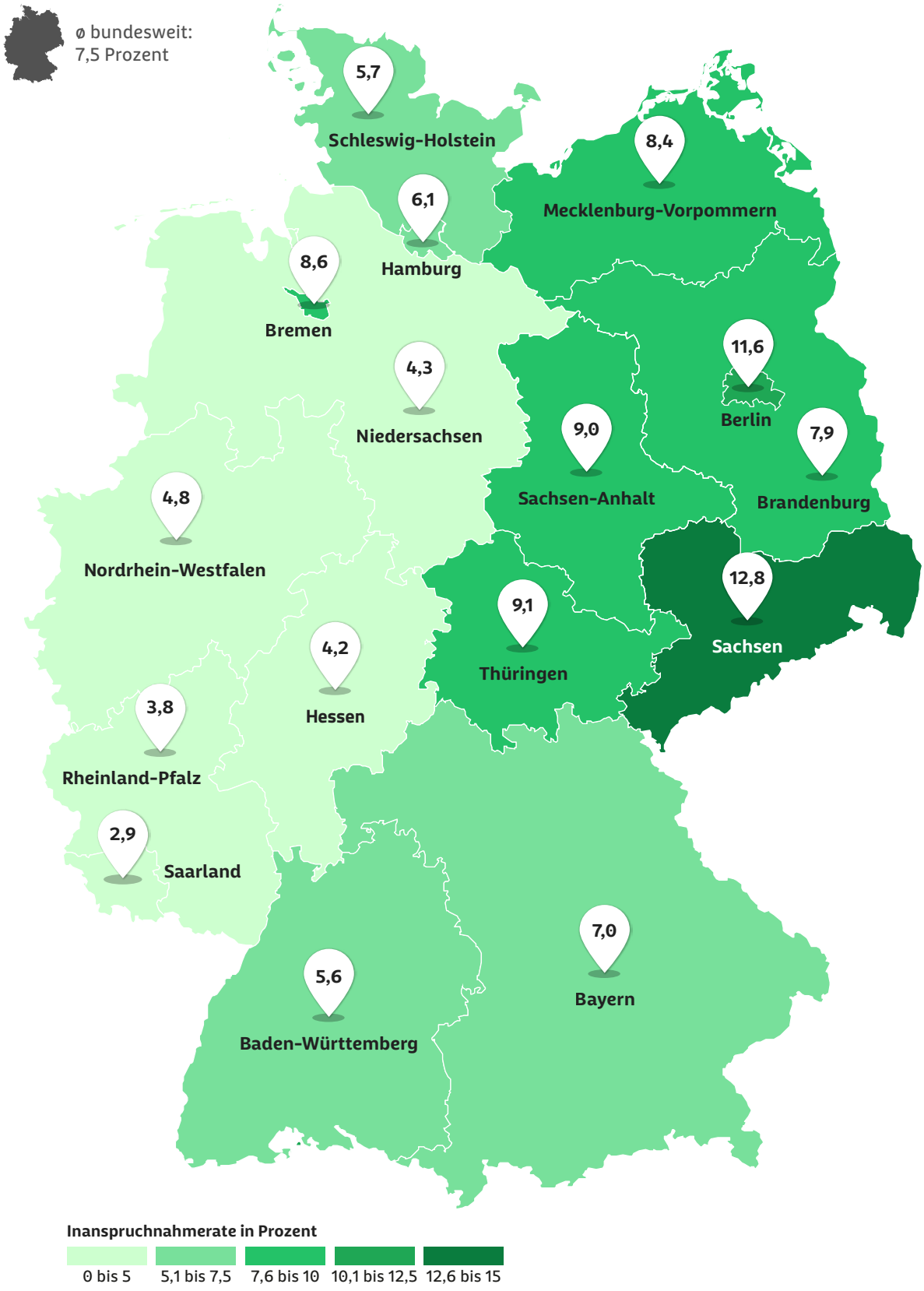
Quelle: BARMER-Daten 2024, Stand. D 2024

Die regionalen Betrachtungen zeigen, dass es sehr große Unterschiede in der Inanspruchnahme der BEMA-Gebührennummer 174 sowohl bei ambulant als auch bei stationär Pflegebedürftigen gibt. Auf insgesamt niedrigem Niveau finden sich die höchsten Inanspruchnahmen für ambulant Gepflegte in Sachsen und erreichen dort circa neun Prozent. Die alten Bundesländer zeigen mit unter drei Prozent insgesamt niedrigere Inanspruchnahmeraten als die neuen Bundesländer. Stationär Pflegebedürftige in den Großstädten Berlin und Hamburg sowie Sachsen weisen die höchsten Inanspruchnahmeraten mit über 40 Prozent auf. In den übrigen Ländern sind bei den stationär Pflegebedürftigen teilweise deutlich niedrigere Inanspruchnahmeraten zu verzeichnen, welche vermutlich teilweise auch den Aspekt der regionalen Erreichbarkeit mit zum Teil langen Fahrtwegen für den Zahnarzt in den ländlichen Regionen widerspiegeln.

3.3.6 Präventive Maßnahmen nach Region für die Pflegegrade 4 und 5

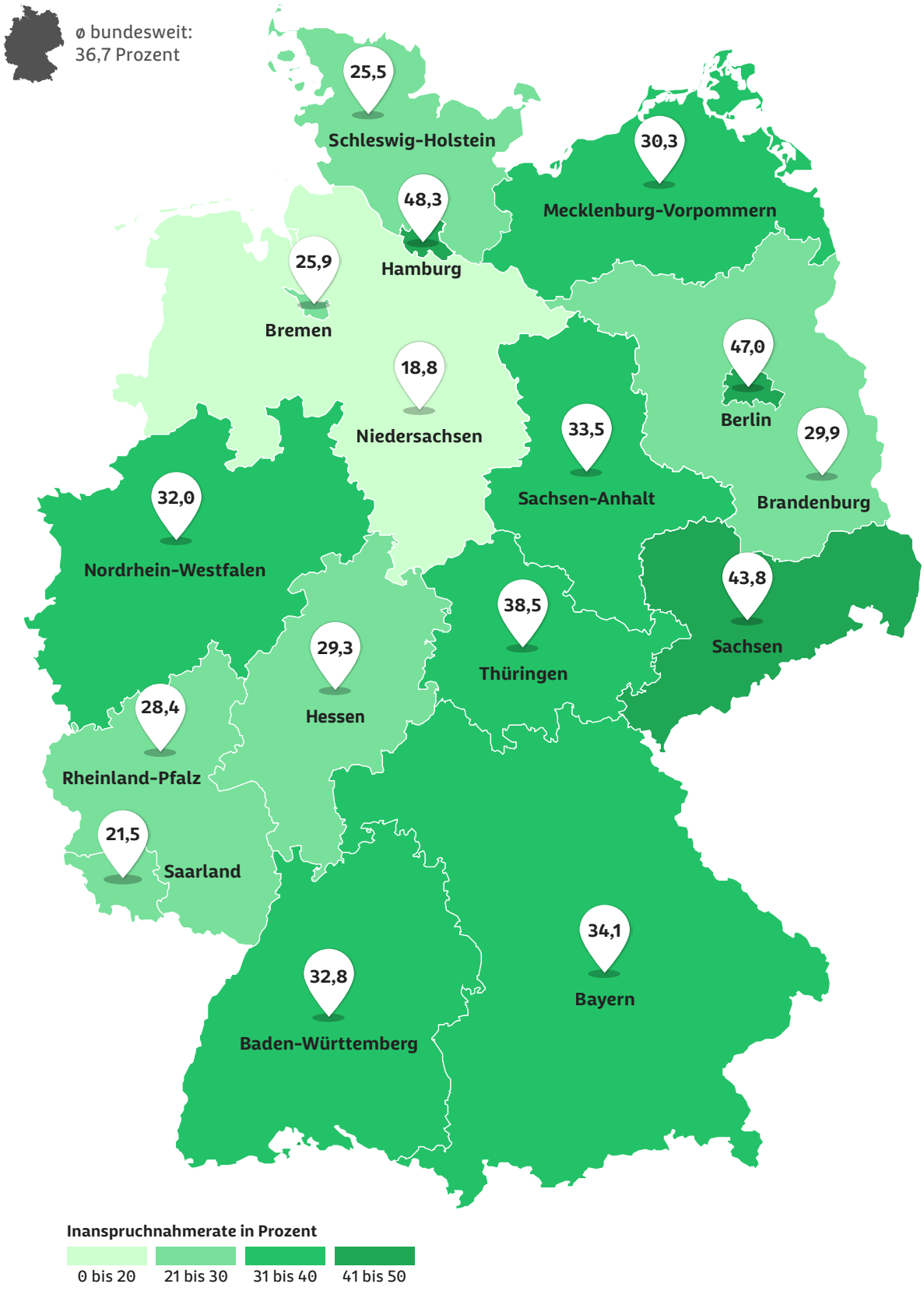
Um den Aspekt der regionalen Inanspruchnahme besonders für die vulnerable Gruppe der Schwerstpflegebedürftigen zu betrachten, wurde die Analyse aus 3.3.5 nochmals lediglich für die beiden Pflegegrade 4 und 5 durchgeführt. Diese beiden Pflegegrade 4 und 5 repräsentieren Versicherte, die sehr intensive Pflege benötigen und die Zahnarztpraxis in aller Regel nicht mehr selbstständig und nur unter größten Schwierigkeiten aufsuchen können. Die Ergebnisse sind für ambulant Gepflegte in Abbildung 16 und für stationär Gepflegte in Abbildung 17 dargestellt.

Abbildung 16: Inanspruchnahmeraten präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 für ambulant Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 im Jahr 2024



Quelle: BARMER-Daten 2024, Stand. D 2024

Abbildung 17: Inanspruchnahmeraten präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 für stationär Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 im Jahr 2024



Quelle: BARMER-Daten 2024, Stand. D 2024

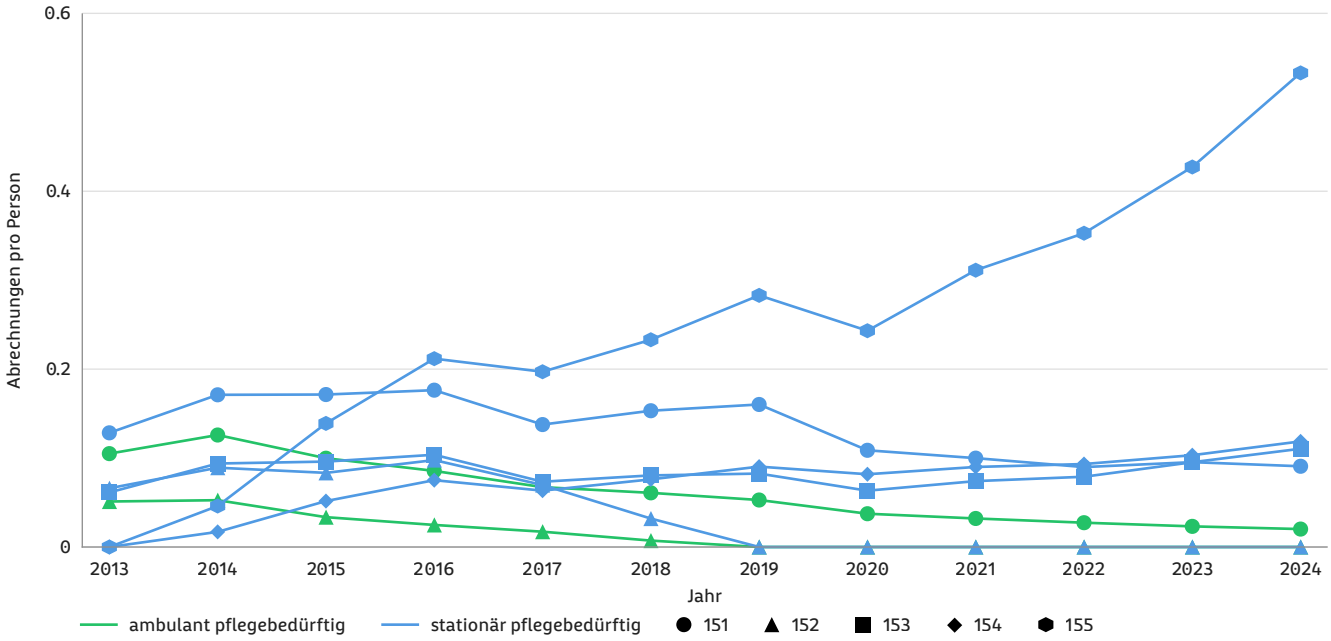
Die Verteilungsmuster aus 3.3.5 zeigen sich in diesen Analysen nicht ganz so deutlich. Bei den ambulant Pflegebedürftigen ist die Inanspruchnahme in Sachsen wiederum die höchste und erreicht fast 13 Prozent. Die niedrigsten Inanspruchnahmeraten zeigen das Saarland, Rheinland-Pfalz, Hessen und Niedersachsen. Für die stationär Gepflegten wurden in Hamburg, Berlin und Sachsen hohe Inanspruchnahmeraten von über 40 Prozent ermittelt. Besonders niedrige Inanspruchnahmeraten fanden sich in Niedersachsen und im Saarland.

3.4 Inanspruchnahme von Besuchen

Die zweite Säule im Rahmen der gesetzlichen Initiative zur Optimierung der vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen waren Änderungen bei den Gebührennummern für Besuche und Zuschläge. Hierdurch sollte besonders die aufsuchende Betreuung immobiler Versicherter unterstützt werden. In einer ersten Analyse wurde betrachtet, wie viele Besuche generell im Verhältnis zu den anspruchsberechtigten Versicherten in den Jahren 2013 bis 2024 durchgeführt wurden. Mehrfache Besuche pro Versicherten wurden eingeschlossen.

Abbildung 18 zeigt die Besuchszahlen im Verhältnis zu den Inanspruchnahmeberechtigten (BEMA-Gebührennummern 151 bis 155).

Abbildung 18: Abrechnungen pro Person unter Einbeziehung mehrfacher Inanspruchnahme (Zahl der Leistungen / Zahl der Versicherten) der Leistungen nach den Gebührennummern 151 bis 155 für Berechtigte mit Pflegegrad im Verlauf von 2013 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

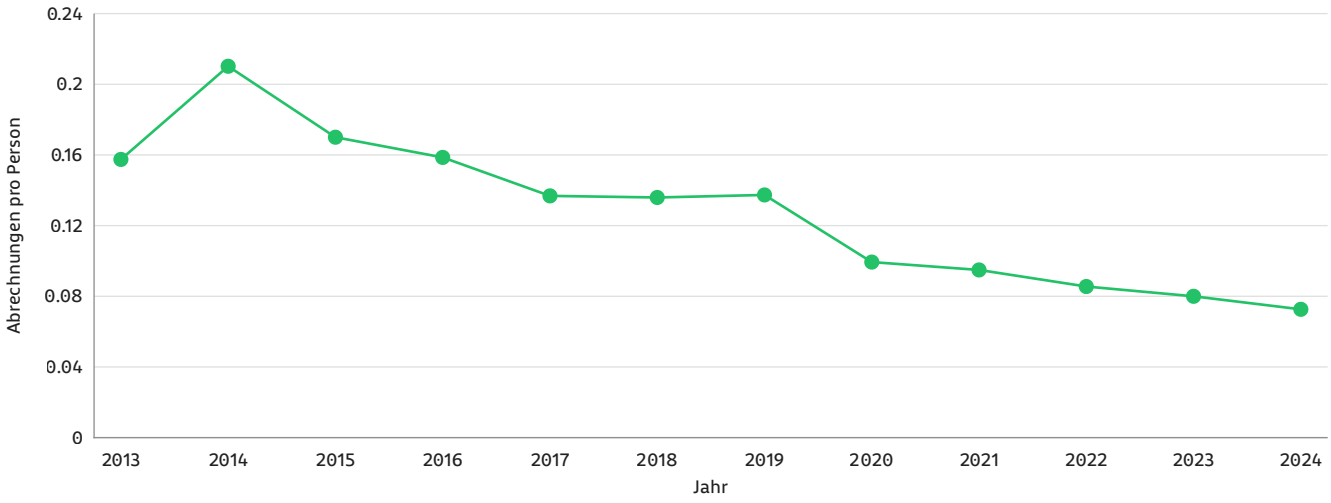
Die Kurvenverläufe in Abbildung 18 für die Abrechnungen pro Person unter Einbeziehung mehrfacher Inanspruchnahme (Zahl der Leistungen / Zahl der Versicherten) zeigen deutlich, dass die Inanspruchnahme besonders für die Gebührennummer 155 (Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung mit Kooperationsvertrag) seit 2013 nahezu kontinuierlich und sehr stark ansteigt. Dies kann vor allem auf die steigende Abdeckung mit Kooperationsverträgen zurückgeführt werden. Für die Gebührennummer 154 zeigt sich ein schwacher Anstieg auf niedrigem Niveau. Wenn ein Zahnarzt oder eine Zahnärztin mit Kooperationsvertrag eine Pflegeeinrichtung besucht, so wird pro Besuch für den ersten Patienten die Gebührennummer 154, für jeden weiteren Patienten die Gebührennummer 155 abgerechnet. Aus den Zahlen kann geschlussfolgert werden, dass die Zahl der anlässlich eines Besuchs Betreuten deutlich steigt.

Vollkommen anders sind die Kurvenverläufe bei den Versicherten, die ambulant gepflegt werden. Hier gehen die Inanspruchnahmen über die Jahre 2013 bis 2024 kontinuierlich zurück, wobei sie bereits auf einem sehr niedrigen Niveau starten. Eine aufsuchende Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen findet im ambulanten Rahmen demnach kaum statt. Die Abrechnungen pro Person sanken bis zum Jahr 2024 auf 0,02.

Die Gründe für diese Verläufe sind vermutlich vielschichtig. Ein Teil der ambulant gepflegten Versicherten wird professionell/formell von einem Pflegedienst zu Hause gepflegt. Hier müsste grundsätzlich von einer Kenntnis der Besuchsoption ausgegangen werden. Auch für informell Pflegende (Angehörige) gibt es diesbezügliche Informationsangebote. Möglicherweise ist allerdings die Kenntnis der Pflegenden, dass eine aufsuchende Betreuung möglich ist, nicht durchgängig vorhanden. Auf der zahnärztlichen Seite könnten auch betriebswirtschaftliche Erwägungen eine Rolle spielen. So können Besuche mehrerer Versicherter in Pflegeeinrichtungen logistisch deutlich einfacher und demnach auch wirtschaftlicher durchgeführt werden. Denkbar ist auch ein gewisser Generationenwechsel im zahnärztlichen Bereich. Möglicherweise existieren in der jungen Generation von Zahnärztinnen und Zahnärzten bestimmte Barrieren und Berührungsängste vor einer aufsuchenden Betreuung. Die neue zahnärztliche Approbationsordnung (Bundesministerium der Justiz, 2019) setzt hier im Rahmen der zahnärztlichen Curricula in Deutschland mit einem eigenen Querschnittsbereich einen deutlich stärkeren Fokus auf die Seniorenzahnmedizin als bisher. Allerdings werden derzeit gerade die ersten Abschlussjahrgänge nach dieser Approbationsordnung ausgebildet, so dass sich ein eventueller positiver Effekt in der Praxis vermutlich erst in einiger Zeit darstellen könnte.

In einer vertiefenden Analyse wurden die Gebührennummern für Besuche, die bei ambulant Pflegebedürftigen abrechenbar sind, selektiv nur für die Schwerstpflegebedürftigen analysiert. Die Ergebnisse sind in Abbildung 19 dargestellt.

Abbildung 19: Entwicklung der Abrechnungen pro Person unter Einbeziehung mehrfacher Inanspruchnahme (Zahl der Leistungen / Zahl der Versicherten) für Besuche nach den Gebührennummern 151 und 152 für ambulant Pflegebedürftige ab 65 mit den Pflegegraden 4 und 5



Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

In dieser spezifischen Analyse zeigt sich eine deutliche Abnahme der Besuche bei ambulant Gepflegten in der vulnerablen Gruppe der Schwerstpflegebedürftigen. Die Abrechnungen pro betroffene Person mit Pflegegrad 4 und 5 sinken bis zum Jahr 2024 auf 0,07. Dies unterstreicht die oben getroffenen Aussagen.

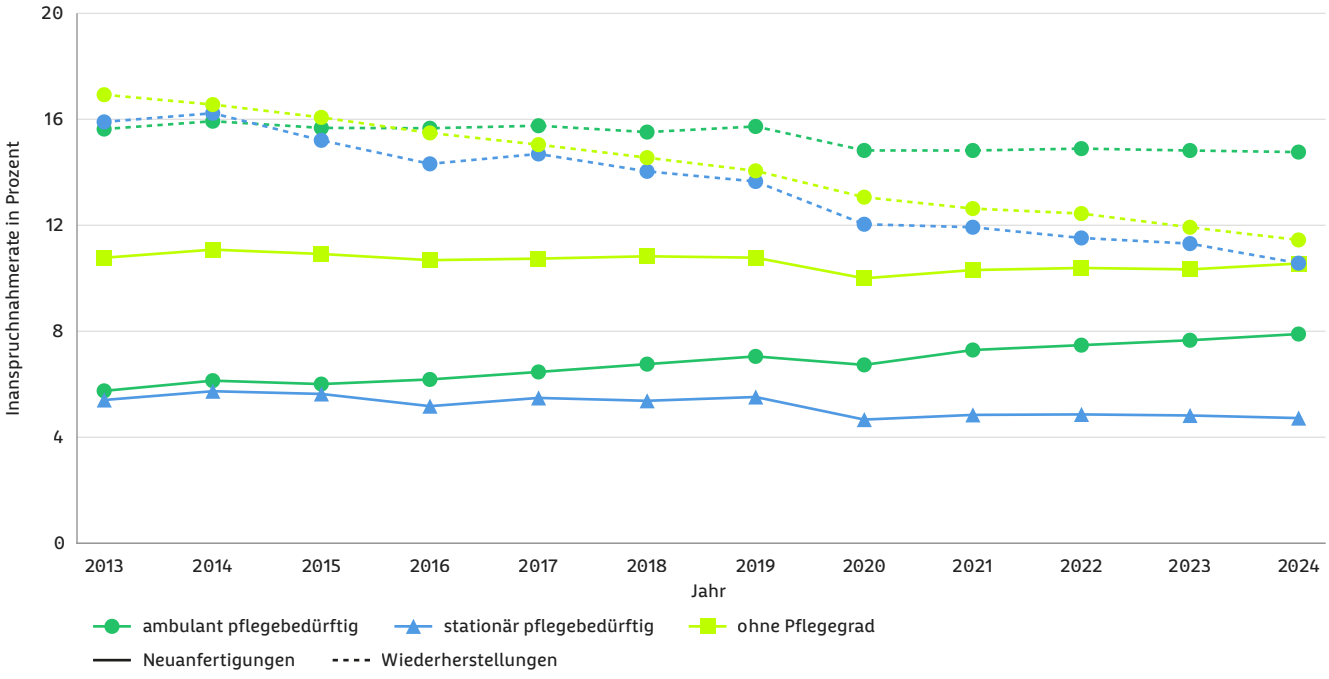
3.5 Inanspruchnahme spezifischer Therapiemaßnahmen

Zum Abschluss der Betrachtungen zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen ab 65 Jahren steht die Versorgung mit spezifischen Versorgungen, welche besonders in der Gruppe der Seniorinnen und Senioren eine erhebliche Relevanz aufweisen. Als wichtige Elemente wurden hier die Versorgung mit Zahnersatz und die Parodontalbehandlung gewählt. Obwohl die Zahl der noch im Gebiss vorhandenen Zähne im Alter zuletzt deutlich angestiegen ist, bleibt die Versorgung mit Zahnersatz dennoch ein unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung. Die Prävalenz der Parodontitis ist bei Personen ab 65 Jahren relativ hoch, so dass auch in diesem Bereich ein erheblicher Behandlungsbedarf zu verzeichnen ist.

3.5.1 Inanspruchnahme von Zahnersatz

Im Folgenden wurden die Inanspruchnahmeraten bei Zahnersatz ermittelt. Als Inanspruchnahme galten abgerechnete Festzuschusspläne. Es wurde explizit zwischen Neuanfertigungen und Wiederherstellungsmaßnahmen unterschieden. Wiederherstellungsmaßnahmen haben vor allem im Rahmen des konsequenten Funktionserhalts von herausnehmbarem Zahnersatz in Form von Reparaturen oder auch Unterfütterungen eine hohe Relevanz. Die Ergebnisse zeigt Abbildung 20.

Abbildung 20: Inanspruchnahmeraten von Zahnersatzleistungen in Prozent, getrennt nach Neuanfertigungen und Wiederherstellungen für Senioren ab 65 Jahre nach Pflegebedürftigkeit, 2013 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

Werden zunächst Personen ab 65 Jahren ohne Pflegegrad betrachtet, so fällt sowohl eine mehr oder weniger gleichbleibende Inanspruchnahmerate von Neuanfertigungen als auch eine abnehmende Zahl von Wiederherstellungen auf. Bei den stationär Pflegebedürftigen sinkt die Inanspruchnahmerate bei Wiederherstellungen, und die Neuanfertigungen bleiben mehr oder weniger auf dem gleichen Niveau. Bei den ambulant Pflegebedürftigen ist ein leichter Anstieg der Inanspruchnahme bei Neuanfertigungen zu verzeichnen.

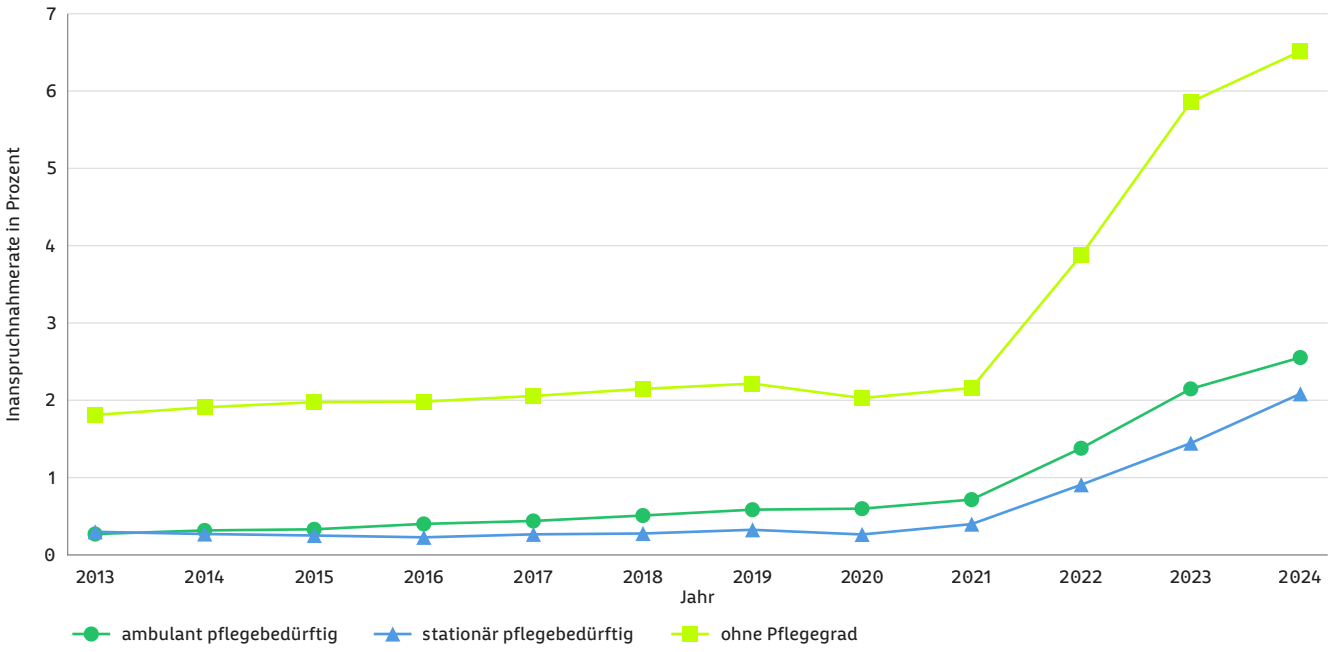
Der Trend zu weniger Reparaturen und Anpassungen im Vergleich zu Neuanfertigungen ist überraschend, da speziell bei älteren Patientinnen und Patienten oftmals die Anpassung eines bestehenden Zahnersatzes deutlich einfacher zu bewerkstelligen sein kann und gegebenenfalls auch eine bessere Adaptation ermöglicht. Ende 2025 wurden bereits zur Gegensteuerung dieses Trends Reparaturpositionen zulasten anderer Positionen aufgewertet. Andererseits mögen an dieser Stelle Kosteneffizienz im zahntechnischen Bereich und möglicherweise zunehmend auch Gewährleistungsaspekte in Verbindung mit sehr altem Zahnersatz eine gewisse Rolle spielen. Die steigende Tendenz zu mehr Zahnersatzleistungen bei ambulant Pflegebedürftigen stimmt vorsichtig optimistisch, könnte jedoch auch durch Versicherte mit niedrigem Pflegegrad dominiert sein, die die Praxen noch selbstständig aufsuchen können.

3.5.2 Inanspruchnahme von Parodontalbehandlung

Im Rahmen der letzten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6) (Eickholz et al., 2025) wurden für die Prävalenz der Parodontitis bei Seniorinnen und Senioren relativ hohe Werte bestimmt. Gleichzeitig wurden im Rahmen der Betrachtung der Zahnreporte in den vergangenen Jahren für die deutsche Bevölkerung generell relativ niedrige Inanspruchnahmeraten für die Parodontitistherapie gemessen (siehe interaktive Grafik zu BEMA-Teil 4 ↗). Andererseits wurde in den vergangenen Jahren eine neue Behandlungsrichtlinie zur Parodontitistherapie etabliert (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Daher erschien es von großem Interesse, wie sich die Inanspruchnahme in der Population ab 65 Jahren und spezifisch bei Pflegebedürftigen entwickelt hat. Als Inanspruchnahme gezählt wurde die Inanspruchnahme jedweder Leistung aus BEMA-Teil 4.

In Abbildung 21 sind die Inanspruchnahmeraten in Bezug zu den Inanspruchnahmeberechtigten über die Jahre 2013 bis 2024 aufgezeigt.

Abbildung 21: Jährliche Inanspruchnahmeraten einer Parodontalbehandlung in Prozent, für Senioren ab 65 Jahre nach Pflegebedürftigkeit, 2013 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2013–2024, Stand. D 2024

Sowohl bei Betrachtung der absoluten als auch der relativen Zahlen zeigt sich ab dem Jahr 2021 eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme. Während sich die Inanspruchnahmeraten bei den Nichtpflegebedürftigen über die Zeit mehr als verdreifachte, ist auch bei den Pflegebedürftigen – ambulant und stationär – eine sehr deutliche Steigerung der Inanspruchnahme zu beobachten. Auch wenn die Inanspruchnahmeraten vermutlich bei weitem noch nicht den epidemiologischen Prävalenzen gerecht werden, so ist doch eine deutliche Verbesserung der parodontalen Versorgung von Seniorinnen und Senioren generell nach Einführung der neuen PAR-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) zu verzeichnen.

4 Abschlussdiskussion und Schlussfolgerungen

Im Jahr 2018 wurden Gebührennummern des BEMA neu geschaffen und angepasst, um die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen zu verbessern. Außerdem wurde 2019 zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Abschluss von Kooperationsverträgen von stationären Pflegeeinrichtungen mit den Leistungserbringenden in den Vordergrund gestellt. Die Abrechnungsdaten der BARMER ermöglichten eine Auswertung der erbrachten zahnärztlichen Leistungen über zwölf Jahre. Auf dieser Datenbasis sollten die Auswirkungen der implementierten Änderungen auf die Qualität der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen untersucht werden. Einen Überblick über die Leistungsentwicklung bei Pflegebedürftigen geben unter anderem Berichte der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV, 2024, 2025). Die dort verfügbaren Angaben umfassen allerdings nicht die detaillierten und personenbezogenen Analysen zur Inanspruchnahme im Verlauf mit der Unterscheidung ambulant und stationär Pflegebedürftiger, die wir mit dieser Publikation nun liefern können.

Grundsätzlich hat sich die Teilhabe Pflegebedürftiger an der zahnärztlichen Versorgung seit 2018 deutlich verbessert, Diese Aussage gilt allerdings vor allem für stationär Pflegebedürftige, während sich bei ambulant Pflegebedürftigen besorgniserregende Defizite zeigten. Betrachten wir die aus präventiver Sicht zentrale Gebührenposition 174, zeigte sich bei stationär Pflegebedürftigen über die letzten Jahre ein deutlicher Anstieg der versichertenbezogenen Inanspruchnahmerate auf über 25 Prozent im Jahr 2024. Demgegenüber lag die Inanspruchnahmerate bei ambulant Pflegebedürftigen bei nur etwa drei Prozent. Differenziert nach Pflegegraden zeigt sich eine höhere Inanspruchnahmerate bei höheren Pflegegraden; sie erreichte aber bei Pflegegrad 5 lediglich gut sieben Prozent. Man kann damit ohne Übertreibung feststellen, dass die 2018 eingeführten speziellen Leistungen nach Gebührennummer 174 bei den ambulant Pflegebedürftigen kaum ankommen.

Die Inanspruchnahme der präventiv ausgerichteten Zahnsteinentfernung ist in den letzten Jahren erkennbar gestiegen. Die auf Halbjahre bezogenen Inanspruchnahmeraten lagen im ersten Halbjahr 2024 bei knapp über 20 Prozent bei ambulant Pflegebedürftigen und etwas über 15 Prozent bei stationär Pflegebedürftigen. Diese Werte können unter Berücksichtigung der speziellen Rahmenbedingungen und Limitationen bei Pflegebedürftigen insgesamt als zufriedenstellend eingeordnet werden.

Die auf Leistungsmengen bezogene Verteilung der Gebührenposition 174a auf die Orte der Leistungserbringung zeigte bei den ambulant Pflegebedürftigen einen stetig fallenden Anteil von Leistungen, die im Rahmen von Besuchen erbracht wurden. Seit 2018 fiel er um zwei Drittel auf sieben Prozent (bezogen auf die Gesamtleistungsmenge). In der Zusammenschau mit der Auswertung der Gebührenpositionen für Besuche ergibt sich die Schlussfolgerung, dass Hausbesuche bei ambulant Pflegebedürftigen nur auf niedrigem Niveau stattfinden und eine immer weiter abnehmende Rolle spielen. Dieses Ergebnis dürfte multifaktoriell bedingt sein, wobei auch logistische und wirtschaftliche Gründe im zahnärztlichen Bereich anzunehmen sind. Bei stationär Pflegebedürftigen zeigte die entsprechende Verteilung erwartungsgemäß den größten Anteil der Erbringung in Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsvertrag. Auffällig ist allerdings, dass nur zwei Prozent der Leistungsmenge in stationären Einrichtungen ohne Kooperationsvertrag vor Ort erbracht wurden. Vor dem Hintergrund eines Abdeckungsgrads mit Kooperationsverträgen von circa 46 Prozent (KZBV, 2025), also circa 54 Prozent Heimen ohne Kooperationsverträge, wurde hier ein eklatantes Defizit identifiziert, das auch durch Erbringung in der Zahnarztpraxis nicht ausgeglichen werden konnte. Dieser sehr unbefriedigenden Situation sollte entgegengewirkt werden. Ein Handlungsbedarf ist evident.

Die regionale Auswertung der Inanspruchnahme der Gebührennummer 174 ergibt ausgeprägte Differenzen bei ambulant und stationär Pflegebedürftigen. Bei ambulant Pflegebedürftigen zeigten sich durchgängig erheblich höhere Inanspruchnahmeraten in den östlichen

Bundesländern. Die Gründe für die regionalen Unterschiede sind auf belastbarer Grundlage nicht ableitbar und vermutlich vielschichtig. Wir sehen Unterschiede in der Abdeckung mit Kooperationsverträgen eher nicht als Ursache, zumal diese nur bei den stationär Pflegebedürftigen greifen würden und die regionalen Unterschiede bei den ambulant Pflegebedürftigen tendenziell größer sind. Den regionalen Unterschieden sollte allerdings unbedingt nachgegangen werden, auch um gegebenenfalls Barrieren mit Allgemeingültigkeit zu identifizieren.

Betrachtet man die generelle Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, also eines jedweden Zahnarztkontakts unabhängig von der erbrachten Leistung, zeigten sich gegenüber der nicht pflegebedürftigen Vergleichspopulation erwartungsgemäß niedrigere Werte. Allerdings lagen die Inanspruchnahmeraten mit etwa 55 Prozent bei stationär Pflegebedürftigen und etwa 60 Prozent bei ambulant Pflegebedürftigen im Jahr 2024 durchaus im akzeptablen Bereich. Diese Aussage gilt auch für über reine klinische Diagnostik- und Präventionsleistungen hinausgehende Maßnahmen, bei denen die Inanspruchnahmerate 2024 etwa 20 Prozentpunkte niedriger lag.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Teilhabe stationär Pflegebedürftiger an der zahnärztlichen Versorgung in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. Diese Aussage gilt allerdings vor allem für Versicherte in Heimen mit Kooperationsverträgen und dort insbesondere im Hinblick auf die seit 2018 möglichen präventiven Maßnahmen, deren Inanspruchnahme bemerkenswert gestiegen ist. Pflegebedürftige in Heimen ohne Kooperationsvertrag profitieren dagegen nur wenig von den im Jahr 2018 geschaffenen Gebührenpositionen für präventive Leistungen. Dort bestehen offensichtlich erhebliche Barrieren. Daher sollte der Abschluss von Kooperationsverträgen unbedingt weiter vorangetrieben werden. Sehr deutliche Defizite bei der Inanspruchnahme der speziellen präventiven Leistungen und von Besuchsleistungen zeigten sich bei ambulant Pflegebedürftigen. Dies gilt bedauerlicherweise auch für ambulant Pflegebedürftige mit hohen Pflegegraden. Diesbezüglich sollte unbedingt nach Lösungen zur Verbesserung dieser besorgniserregenden Situation gesucht werden.

Literaturverzeichnis

Abed Rabbo, M. (2007). Untersuchung zur zahnärztlichen Versorgung der Alten- und Pflegeheimbewohner des Saarlandes. doi: 10.22028/D291-20937.

Bär, C., Reiber, T. & Nitschke, I. (2009). Zahnmedizinische Probleme bei alten Patienten. Zahnarztl Mitt, 99 (24), 44–49.

Bundesministerium der Justiz (2019). Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO). Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/zappro/ZApprO.pdf [09.04.2026]

Eickholz, P., Holtfreter, B., Kuhr, K., Dannewitz, B., Jordan, A. R. & Kocher, T. (2025). Prävalenz von Parodontalerkrankungen in Deutschland: Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6). Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 80 (2), S. 102–110.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie): Erstfassung. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3848/PAR-RL_2024-12-19_iK-2025-01-01_2025-07-01.pdf [31.03.2026]

Haferbengs, A. (2006). Untersuchungen zur Zahn- und Mundgesundheit eines multimorbiden, geriatrischen Probandenguts der Abteilung für Innere Medizin des St. Josefshospitals Uerdingen.

Jäger, S., Köster-Schmidt, A., Schade, M. & Heudorf, U. (2009). Mundhygiene und Mundgesundheit bei Bewohnern von Altenpflegeheimen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52 (10), 927–935.

Kirschner, K. (2009). Erhebung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei institutionalisierten Alten und Pflegebedürftigen der Landeshauptstadt München nach dezentraler, mobiler zahnärztlicher Betreuung. LMU. doi: 10.5282/edoc.10953.

Krüger, K. (2009). Mundgesundheit und prothetischer Versorgungsgrad von Senioren in häuslicher Pflege in Greifswald. Verfügbar unter: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:9-000641-1 [31.03.2026]

KZBV (2024). Bericht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung an den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 9 Absatz 1 der Richtlinie nach § 22a SGB V. Verfügbar unter: https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/KZBV_Bericht_G-BA_%C2%A7-9-Abs-1-%C2%A7-22a-RL_Berichtsjahr_2024.pdf [28.03.2026]

KZBV (2025). Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Geschäftsbericht 2024/2025. Verfügbar unter: https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/KZBV_GB_2024-2025.pdf [27.03.2026]

Lehmann, A., Müller, G., Kirch, W., Klimm, W. & Reitemeier, B. (2003). Arzneimitteltherapie und Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Senioren in Alten- und Pflegeheimen. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11 (1), 69–79.

Mennicken, R. & Augurzky, B. (2012). Der demografische Wandel und die Pflege. Die Herausforderungen der Zukunft. In Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels: Herausforderungen und Lösungsansätze (S. 193–206): Springer.

Nitschke, I. (2000). Zahnmedizinische Grundlagen zur geriatrischen Rehabilitation – eine Einführung in die Alterszahnmedizin. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 33 (Suppl 1), S045–S049.

Nitschke, I., Ziller, S. & Reiber, T. (2005). Prophylaxe ein Leben lang – Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter den besonderen Aspekten des Alterns. Paper presented at the Public Health Forum.

Rädel, M., Bohm, S., Priess, H.-W. & Walter, M. H. (2018). BARMER Zahnreport 2018, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Schwerpunkt: Pflegebedürftige Senioren in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bd. 8). Siegburg: Müller Verlagsservice e. K.

Reißmann, D., Heydecke, G. & van den Bussche, H. (2010). Die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 65 (10), 647–653.

Samietz, S., Wöstmann, B., Kuhr, K., Jordan, A. R., Stark, H. & Nitschke, I. (2025). Mundgesundheit im Alter: Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6). Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 80 (2), S. 142–150.

Schütte, U. & Walter, M. (2006). Zahnverlust und Zahnersatz vor dem Hintergrund des demographischen Wandels: Stellenwert der Prävention. In Prävention (S. 575–594). Springer.

Strafela-Bastendorf, N. & Bastendorf, K.-D. (2020). Aufsuchende zahnärztliche Betreuung in Alten- und Pflegeheimen. Ein Erfahrungsbericht: Anspruch und Wirklichkeit. Parodontologie: die Zeitschrift für die Praxis (Berlin, Germany), 31 (2).

Walter, M. H. & Rädel, M. (2021). Inanspruchnahme und Ausgaben in der zahnmedizinischen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64 (8), 993–1000.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der absoluten Zahl der Personen mit Pflegegrad bei der BARMER nach Altersgruppen von 2013 bis 2024 04

Abbildung 2: Relative Anteile der Personen mit Pflegegraden nach Altersgruppen, bezogen auf alle bei der BARMER versicherten Pflegebedürftigen 04

Abbildung 3: Inanspruchnahmeraten mindestens einer vertragszahnärztlichen Leistung (Zahnarztkontakt) und von nicht ausschließlich klinisch-diagnostischen/präventiven (weitergehenden) Leistungen, getrennt nach Pflegebedürftigkeit, 2013–2024 05

Abbildung 4: Inanspruchnahmeraten der Zahnsteinentfernung (Gebührennummern 107 und 107a) pro Halbjahr 06

Abbildung 5: Ort der Leistungserbringung für die Gebührennummern 107/107a bei ambulant Pflegebedürftigen 07

Abbildung 6: Ort der Leistungserbringung für die Gebührennummern 107/107a bei stationär Pflegebedürftigen 07

Abbildung 7: Verlauf der Inanspruchnahmeraten der Gebührennummer 174 von 2018 bis 2024, getrennt nach ambulant und stationär Pflegebedürftigen 08

Abbildung 8: Absolute Anzahl der Inanspruchnehmenden der Gebührennummer 174 im Jahr 2024 nach Pflegegraden 09

Abbildung 9: Inanspruchnahmerate der Gebührennummer 174 im Jahr 2024 nach Pflegegraden 09

Abbildung 10: Ort der Leistungserbringung für die Gebührennummer 174a bei ambulant Pflegebedürftigen 11

Abbildung 11: Ort der Leistungserbringung für die Gebührennummer 174a bei stationär Pflegebedürftigen 11

Abbildung 12: Inanspruchnahmerate präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 nach Pflegegrad für ambulant und stationär Pflegebedürftige 12

Abbildung 13: Inanspruchnahmerate präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 mit Pflegegrad 4 und 5 für ambulant und stationär Pflegebedürftige 12

Abbildung 14: Inanspruchnahmeraten präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 für ambulant Pflegebedürftige im Jahr 2024 14

Abbildung 15: Inanspruchnahmeraten präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 für stationär Pflegebedürftige im Jahr 2024 15

Abbildung 16: Inanspruchnahmeraten präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 für ambulant Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 im Jahr 2024 17

Abbildung 17: Inanspruchnahmeraten präventiver Maßnahmen nach Gebührennummer 174 für stationär Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 im Jahr 2024 18

Abbildung 18: Abrechnungen pro Person unter Einbeziehung mehrfacher Inanspruchnahme (Zahl der Leistungen / Zahl der Versicherten) der Leistungen nach den Gebührennummern 151 bis 155 für Berechtigte mit Pflegegrad im Verlauf von 2013 bis 2024 19

Abbildung 19: Entwicklung der Abrechnungen pro Person unter Einbeziehung mehrfacher Inanspruchnahme (Zahl der Leistungen / Zahl der Versicherten) für Besuche nach den Gebührennummern 151 und 152 für ambulant Pflegebedürftige ab 65 mit den Pflegegraden 4 und 5 20

Abbildung 20: Inanspruchnahmeraten von Zahnersatzleistungen in Prozent, getrennt nach Neuanfertigungen und Wiederherstellungen für Senioren ab 65 Jahre nach Pflegebedürftigkeit, 2013 bis 2024 21

Abbildung 21: Jährliche Inanspruchnahmeraten einer Parodontalbehandlung in Prozent, für Senioren ab 65 Jahre nach Pflegebedürftigkeit, 2013 bis 2024 22

Impressum

Herausgeber
BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin
info@bifg.de

Autorinnen und Autoren
Michael Rädel
Heinz-Werner Priess
Steffen Bohm
Michael H. Walter

Design und Realisation
Satzweiss.com GmbH

Veröffentlichungstermin
Juni 2026

DOI
10.30433/zahn.2026.02

Copyright
Lizenziert unter CC BY-ND 4.0