

Michael Rädcl, Heinz-Werner Priess, Steffen Bohm, Michael H. Walter



Zahnreport 2026

Ist eine flächendeckende Versorgung noch gewährleistet?
Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher
Leistungen 2010 bis 2024



Abstract

Ziel

Die flächendeckende vertragszahnärztliche Versorgung wird derzeit mehrheitlich als bundesweit gesichert angesehen. Allerdings mehren sich Stimmen, die vor einer drohenden Unterversorgung in einzelnen Landesteilen warnen. Vor dem Hintergrund der Aufhebung der zahnärztlichen Zulassungsbeschränkungen im Jahr 2007 war das Ziel dieser Untersuchung, die vertragszahnärztliche Versorgung über einen längeren Zeitraum näher zu analysieren.

Methoden

Wesentliche Datenbasis waren Routinedaten der BARMER aus den Jahren 2010 bis 2024. Die vertragszahnärztliche Versorgung wurde regional bis auf Kreisebene auf Grundlage der Inanspruchnahmeraten zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen (eingehende Untersuchung nach Gebührennummer 01 des Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen) betrachtet. Aufwändige zahnärztliche Therapie wurde beispielhaft über die Inanspruchnahmeraten einer Parodontalbehandlung analysiert. Dabei wurden Korrelationen zur regionalen Zahnarztichte und zu den vertragszahnärztlichen Neuzulassungen untersucht. Um die regionale Vergleichbarkeit der Inanspruchnahmeraten sicherzustellen, wurde eine direkte Alters- und Geschlechtsstandardisierung vorgenommen (Referenzpopulation: Deutschland 2024).



Ergebnisse

Die Inanspruchnahmerate der Kontrolluntersuchungen bei erwachsenen Versicherten ab 20 Jahren lag im Jahr 2024 bei 64 Prozent bundesweit. Nach einem offensichtlich mit der COVID-19-Pandemie assoziierten Einbruch im Jahr 2020 war bundesweit derzeit wieder ein leicht steigender Trend sichtbar, der im Jahr 2024 das Vorpandemieniveau noch nicht wieder gänzlich erreicht hatte. Regional sind die prä- und postpandemischen Inanspruchnahmeraten und Trends heterogen. Während zwischen den Inanspruchnahmeraten der Kontrolluntersuchungen und der Zahnarzt-dichte beziehungsweise den vertragszahnärztlichen Neuzulassungen keinerlei auffällige Korrelationen bestanden, war zwischen Inanspruchnahme einer Parodontalbehandlung und Zahnarzt-dichte eine moderate positive Korrelation nachweisbar. Zudem war ein regional höheres Durchschnittseinkommen mit einer größeren Zahnarzt-dichte korreliert.

Schlussfolgerungen

Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen liegt nach wie vor auf einem hohen Niveau, hat allerdings das präpandemische Niveau in vielen Regionen Deutschlands noch nicht wieder erreicht. Hier gilt es aktive Aufklärungsarbeit zu leisten, um die Früherkennung oraler Erkrankungen weiter zu stärken und Folgekosten zu senken. Die Versorgungssituation scheint dabei derzeit in Bezug auf eine Basisversorgung gesichert. Bei aufwändigen Therapien deutet sich hingegen eine gewisse Spreizung in der Zurverfügungstellung der Leistungen an, die sich in Zukunft möglicherweise besonders in einkommensschwächeren Regionen als Unterversorgung bemerkbar machen könnte.

Einleitung

Das Leistungsgeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung bildet die Häufigkeit der Inanspruchnahme der verschiedenen zahnärztlichen Leistungen ab. Daraus können indirekt Rückschlüsse auf die Mundgesundheit, das Mundgesundheitsbewusstsein und die Gewährleistung einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung gezogen werden. Wenngleich die eingehende zahnärztliche Untersuchung, Gebührennummer 01 des Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA), in der Regel auch bei einem beschwerdeorientierten Zahnarztbesuch anfallen wird, ist sie ein wichtiger Indikator für eine Präventions- und Kontrollorientierung in der Versorgung. Sie wird daher auch als Kontroll-, Routine-, Vorsorge- oder Zahnvorsorgeuntersuchung bezeichnet.

Die eingehende Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) wurde im Jahr 2024 in Deutschland über 65 Millionen Mal abgerechnet und steht damit weit an der Spitze der Leistungspositionen (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2025). In einer bundesweiten bevölkerungsrepräsentativen Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell, GEDA) wurden Personen telefonisch nach ihrer Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen gefragt (Krause et al., 2024). Im Jahr 2022 lag dabei gemäß Selbstangabe die Zwölf-Monats-Prävalenz (Inanspruchnahmerate) bei 66,5 Prozent unter Erwachsenen und damit deutlich niedriger als im Jahr 2012, für das eine Rate von 75,7 Prozent erhoben wurde. Im Jahr 2023 stieg der Wert auf 68,0 Prozent. Die niedrigeren Inanspruchnahmeraten während der COVID-19-Pandemie wurden als ein starker Rückgang bewertet. Die Interpretation als „starker Rückgang“ erscheint aus unserer Sicht allerdings diskussionswürdig.

Zum 1. April 2007 trat in Deutschland das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft. Dieses beinhaltete unter anderem einen weitgehenden Verzicht auf eine weitere zahnärztliche Bedarfsplanung. Mit diesem Gesetz entfielen für Zahnärztinnen und Zahnärzte Zulassungsbeschränkungen für über- und unterversorgte Bereiche. Entsprechende Regelungen in der Zulassungsverordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte wurden aufgehoben. Nicht davon betroffen waren die gesetzlichen Regelungen zur Feststellung der Unterversorgung durch die jeweiligen Landesausschüsse. Ab diesem Zeitpunkt war es Zahnärztinnen und Zahnärzten demnach möglich, sich in Deutschland wesentlich freier und unabhängiger – auch in deutlich überversorgten Bereichen – niederzulassen. Kritiker befürchteten einen negativen Einfluss auf die Absicherung der wohnortnahen Versorgung besonders in weniger besiedelten Regionen im ländlichen Raum.

In den vergangenen Jahren mehrten sich die Stimmen, die vor einem drohenden Zahnärztemangel in einzelnen Regionen warnen. Eine zunehmende Konzentration von Zahnärztinnen und Zahnärzten in großen Praxen oder Zentren wird von der Bundeszahnärztekammer als potenzielle Gefährdung einer flächendeckenden Versorgung angesehen (Bundeszahnärztekammer, 2025). Teilweise wird vor einem mittelfristigen Mangel an Zahnärztinnen und Zahnärzten vor allem auf dem Land gewarnt, wie beispielsweise in Sachsen (MDR, 2023). Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sieht die wohnortnahe zahnärztliche Versorgung in Deutschland derzeit als gewährleistet an, warnt jedoch vor regionalen Versorgungsengpässen in der näheren Zukunft, besonders in strukturschwachen und ländlichen Regionen (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2025). Vor diesem Hintergrund war es das Ziel der vorliegenden Analysen, die Sicherstellung der Versorgung im vertragszahnärztlichen Bereich zu untersuchen und dabei die Entwicklung der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen in den vergangenen Jahren nachzuverfolgen. Dabei sollten neben den präventiv bedeutsamen Kontrolluntersuchungen exemplarisch auch aufwändige zahnärztliche Leistungen berücksichtigt werden.

Methode

Datenbasis

Basis der vorliegenden Analysen waren zahnärztliche Abrechnungsdaten beziehungsweise Routinedaten der BARMER für den Zeitraum vom 1. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2024. Zusätzlich wurden regionalspezifisch die Zahnarztdichte (nicht: Praxisdichte) und die vertragszahnärztlichen Neuzulassungen genutzt. Diese Daten entstammen dem Zahnarztverzeichnis der Krankenkasse. Verwendete Daten zum mittleren Einkommen einer Region entstammen den offiziellen Tabellen zu Lohn- und Einkommensteuer des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2021.

Messwerte und Kenngrößen

Die Inanspruchnahmeraten wurden alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der oben genannten Routinedaten berechnet. Die Inanspruchnahme der eingehenden Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) wurde aufgrund ihrer sehr großen Häufigkeit gewählt und konnte mit einigen Abstrichen auch als Indikator einer kontrollorientierten Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung interpretiert werden. Zudem wurde die Inanspruchnahme einer zeitlich aufwändigen zahnärztlichen Therapie betrachtet. Als geeigneter Parameter hierfür diente die Inanspruchnahme einer Parodontalbehandlung (jede Leistung aus BEMA-Teil 4). In aller Regel handelt es sich dabei um Leistungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung.

Alle Versicherten ab 20 Jahren wurden einbezogen, da bei jüngeren Personen konkurrierende Abrechnungspositionen zur eingehenden Untersuchung bestehen (Früherkennungsuntersuchungen) und Parodontalbehandlungen kaum vorkommen. Ergebnisse auf Bundesland- und Bundesebene wurden wiederum aus den regionalen Kreisdaten hochgerechnet und zusammengefasst.

Analysen und Statistik

Die Auswertung erfolgte getrennt für alle Kreisregionen in Deutschland und für die Kalenderjahre 2010 bis 2024. Grundlage bildeten die in den jeweiligen Regionen versicherten erwachsenen Personen ab 20 Jahren, die nach Alter sowie nach Geschlecht stratifiziert wurden.

Die Inanspruchnahmeraten der eingehenden Untersuchung und der Parodontalbehandlung wurden als dichotome Variablen operationalisiert. Versicherte galten als Inanspruchnehmende, wenn sie im jeweiligen Kalenderjahr mindestens einmal eine eingehende Untersuchung erhalten hatten beziehungsweise eine parodontale Behandlungsleistung abgerechnet wurde. Auf regionaler Ebene wurde die Anzahl der Inanspruchnehmenden als Zähler und die Summe der Versichertenjahre als Nenner verwendet, so dass sich jährliche Inanspruchnahmeraten pro Region ergaben.

Um die regionale Vergleichbarkeit der Inanspruchnahmeraten sicherzustellen, wurde eine direkte Alters- und Geschlechtsstandardisierung bei allen Analysen vorgenommen. Als Referenzpopulation diente die bundesdeutsche Alters- und Geschlechtsstruktur des Jahres 2024. Hierzu wurden für jede Kreisregion und jedes Jahr die alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeraten mit den entsprechenden relativen Anteilen der Referenzpopulation gewichtet. Die resultierenden standardisierten Raten bilden somit eine hypothetische Inanspruchnahme ab, die sich ergeben würde, wenn jede Kreisregion die Alters- und Geschlechtsstruktur der bundesdeutschen Bevölkerung des Jahres 2024 aufwiese.

Durch die Wahl der bundesdeutschen Alters- und Geschlechtsstruktur des Jahres 2024 als Referenz wird insbesondere der Einfluss demografischer Unterschiede zwischen Regionen und über die Zeit hinweg reduziert. Die so berechneten standardisierten Inanspruchnahmeraten ermöglichen daher primär strukturbereinigte Vergleiche zwischen Kreisregionen sowie die Beschreibung zeitlicher Trends, ohne dass diese durch alters- oder geschlechtsspezifische Verschiebungen der Versichertenpopulation verzerrt werden.

Ergebnisse

Inanspruchnahme der eingehenden zahnärztlichen Untersuchung – regionale Unterschiede

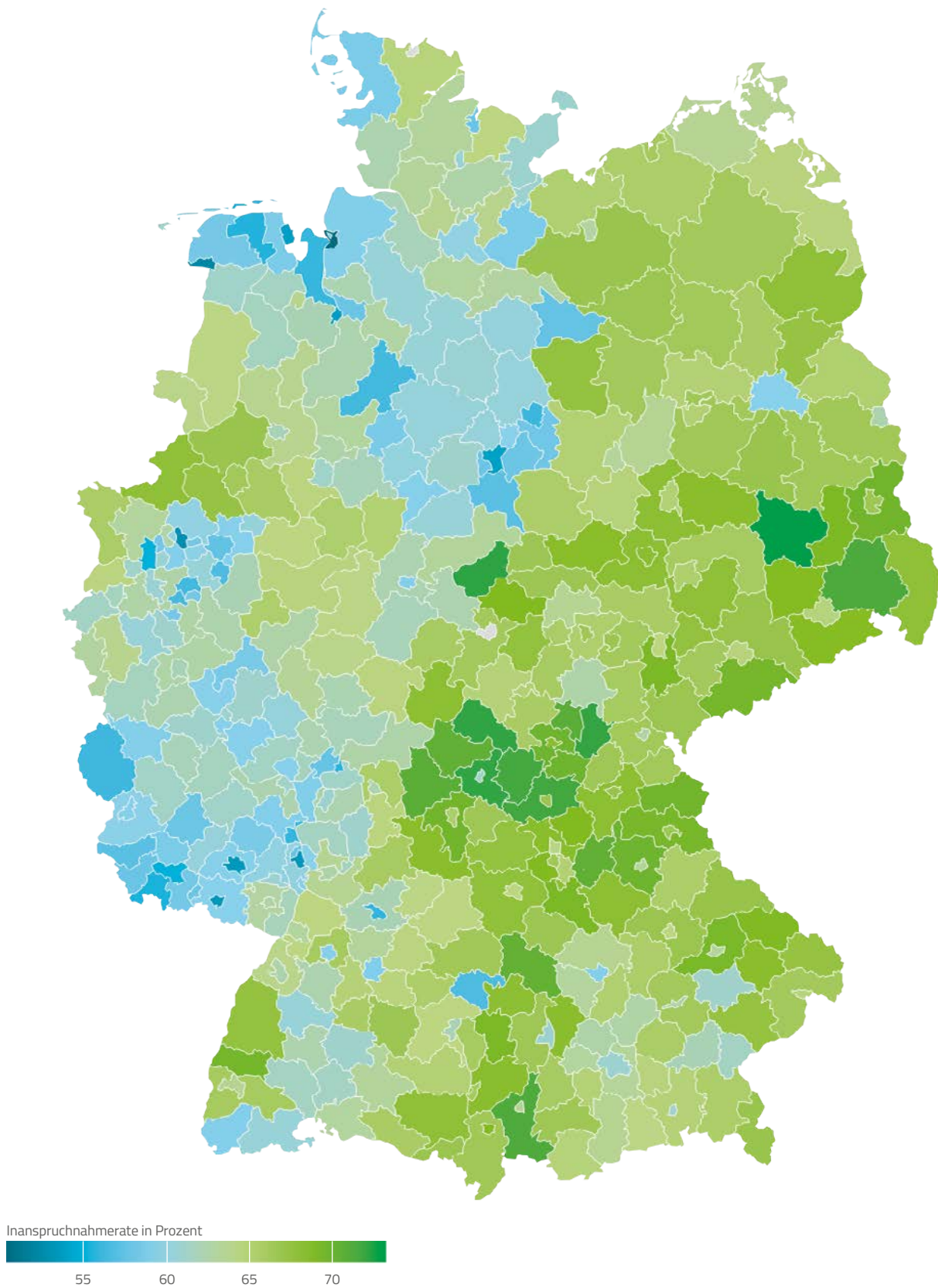
Die Inanspruchnahmerate der eingehenden Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) lag im Jahr 2024 bei 64 Prozent der erwachsenen Versicherten bundesweit. Dieser Wert spiegelt mit einer gewissen Unschärfe auch die Häufigkeit einer kontrollorientierten Inanspruchnahme von vertragszahnärztlicher Versorgung wider. Die regionale Verteilung ist in Abbildung 1 dargestellt. Unterschiede zwischen einzelnen Kreisregionen betragen dabei teilweise über 20 Prozentpunkte mit einer Tendenz zu höherer Inanspruchnahme in den östlichen Bundesländern und in Bayern.

Inanspruchnahme im zeitlichen Verlauf

Übersichtsmäßig betrachtet zeigt sich für die eingehende Untersuchung über die vergangenen 15 Jahre ein nahezu gleichbleibender, regional zum Teil minimal abnehmender Trend (abrufbar über die [interaktiven Grafiken](#)). Genauer analysiert, wird erkennbar, dass dieser Trend maßgeblich durch die Situation der COVID-19-Pandemie geprägt wird.

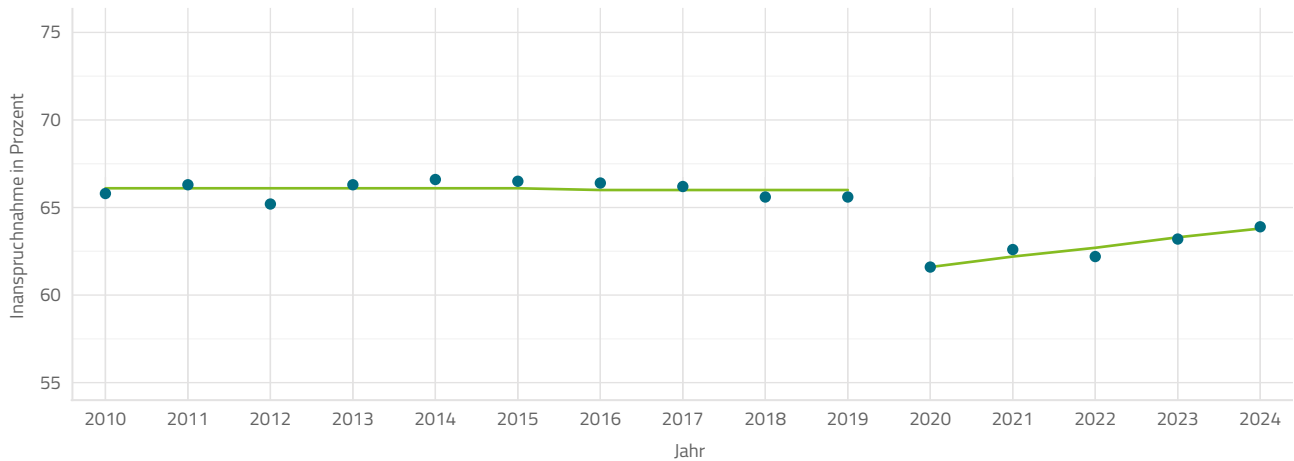
Der bundesweite Trend der kalenderjährlichen Inanspruchnahmerate der eingehenden Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) zeigt sich vor dem Pandemiejahr 2020 relativ homogen um einen Wert von rund 66 Prozent der erwachsenen Versicherten (Abbildung 2). Nach einem offensichtlich mit der COVID-19-Pandemie assoziierten Einbruch im Jahr 2020 auf einen Wert von zirka 61 Prozent ist danach ein leicht steigender Trend sichtbar, welcher mit 64 Prozent im Jahr 2024 das Vorpandemieniveau auf Bundesebene noch nicht wieder vollständig, aber nahezu erreicht hat (Abbildung 2).

Abbildung 1: Regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahmerate der eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (BEMA 01) im Jahr 2024 in Prozent



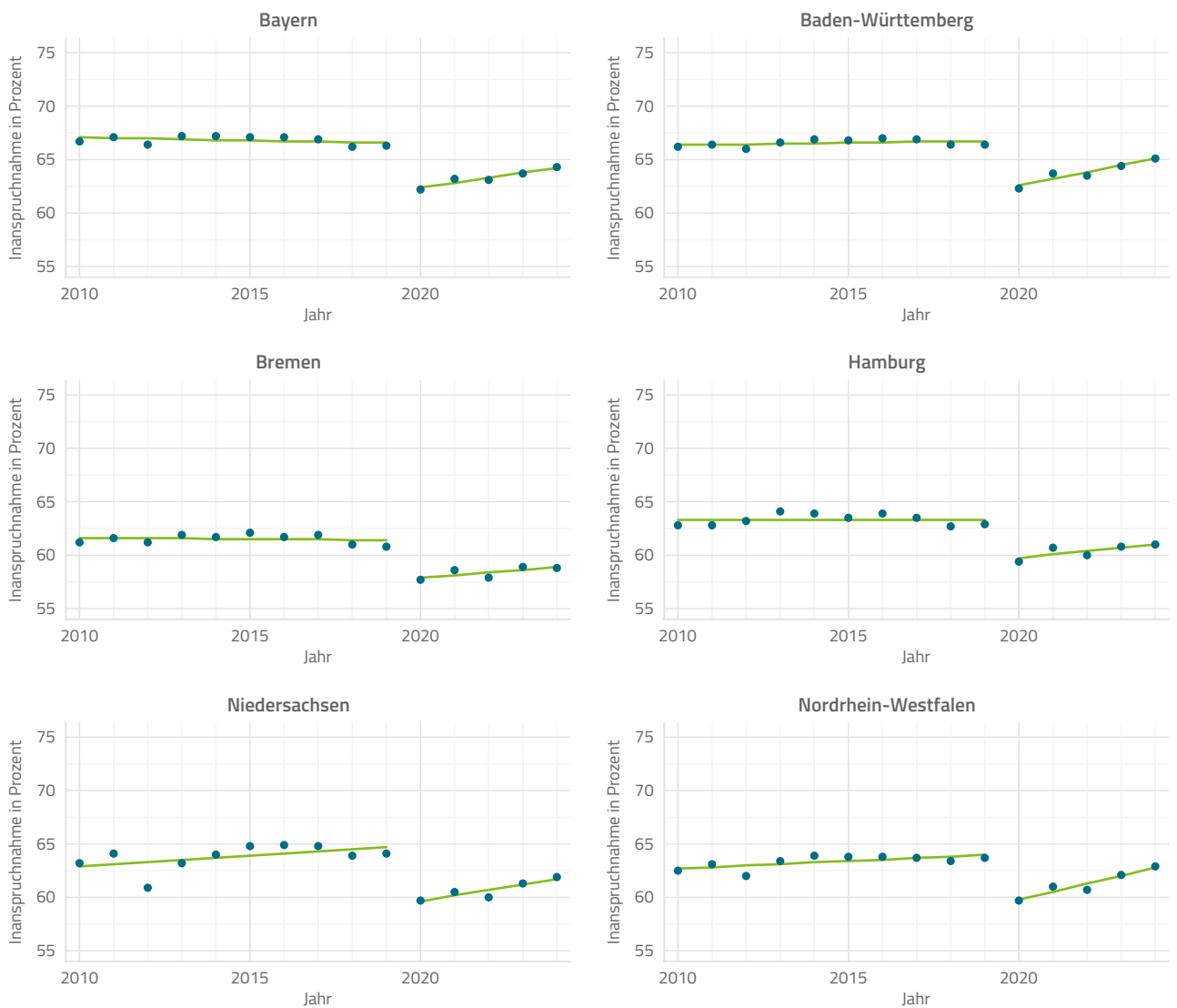
Quelle: BARMER-Daten 2024

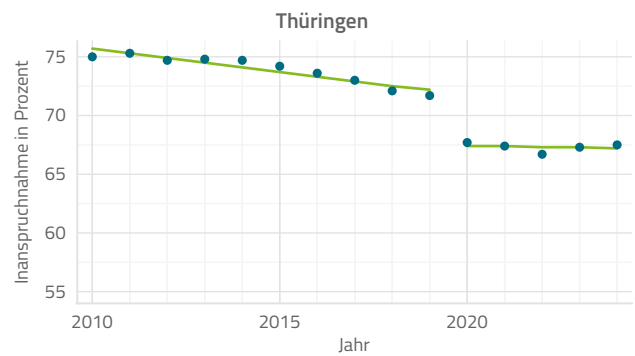
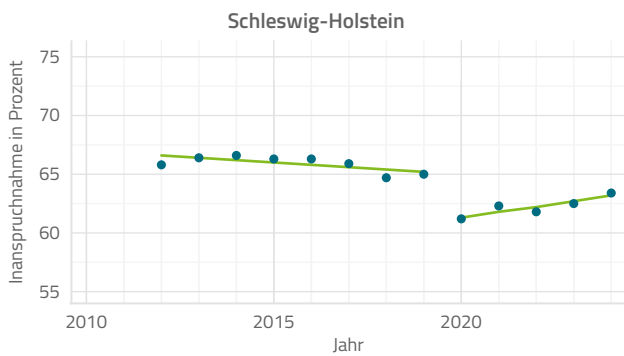
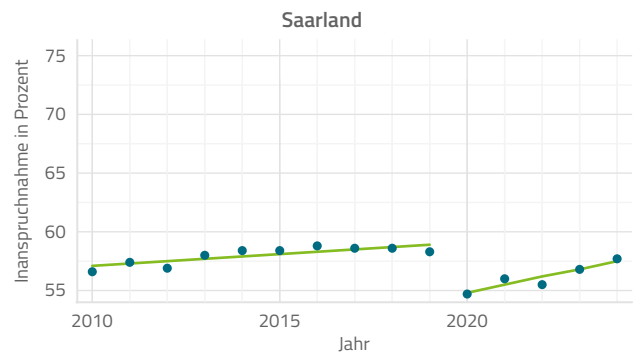
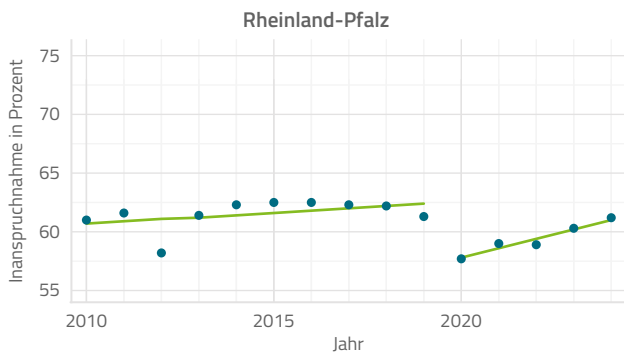
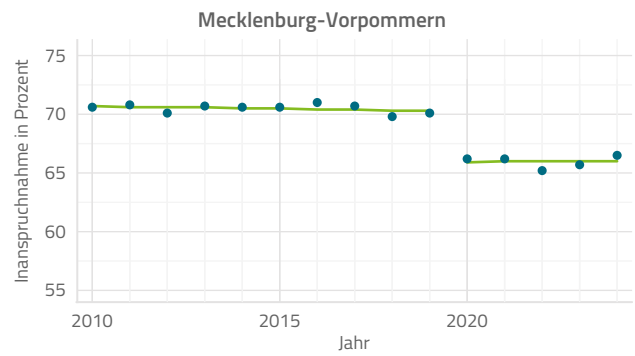
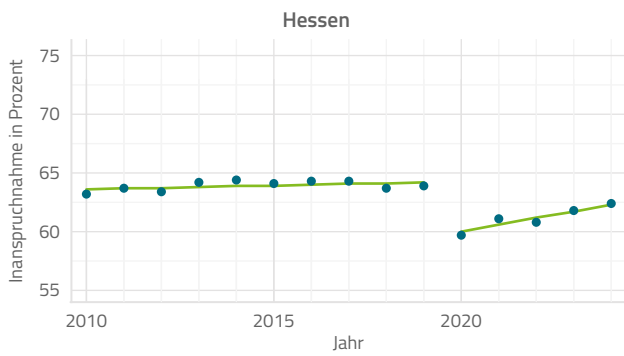
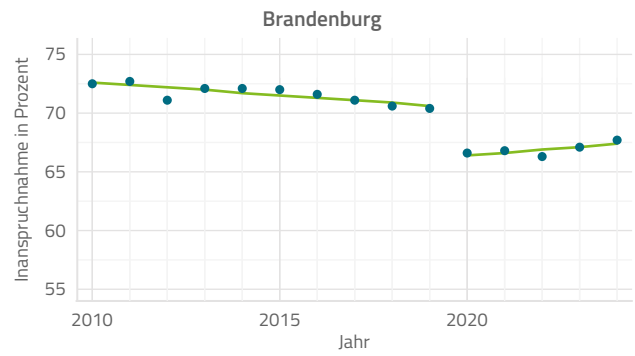
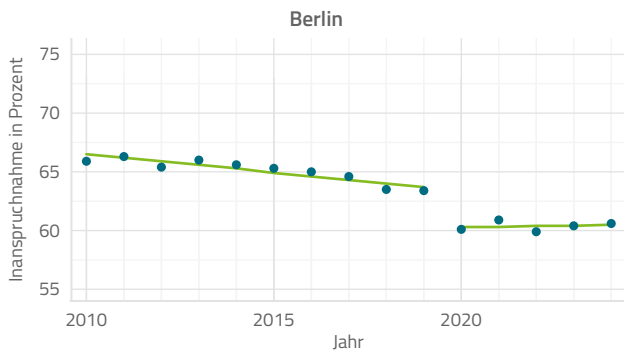
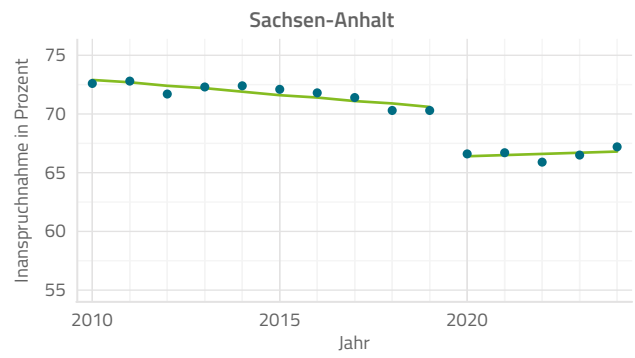
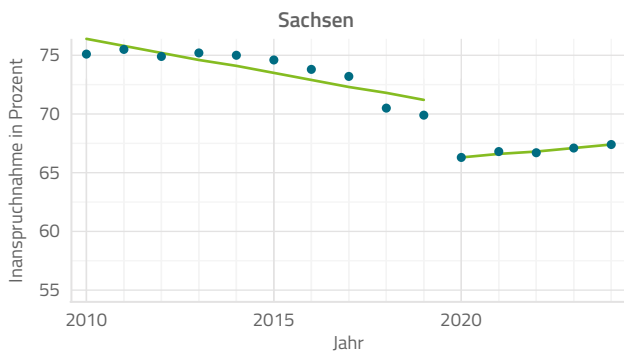
Abbildung 2: Jährliche Inanspruchnahmerate einer eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) bundesweit von 2010 bis 2024 in Prozent



Anmerkung: Die Regressionsgeraden zeigen den Trend über die Jahre bis 2019 und ab 2020.
 Quelle: BARMER-Daten 2010–2024

Abbildung 3: Jährliche Inanspruchnahmerate einer eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) in den Bundesländern von 2010 bis 2024 in Prozent



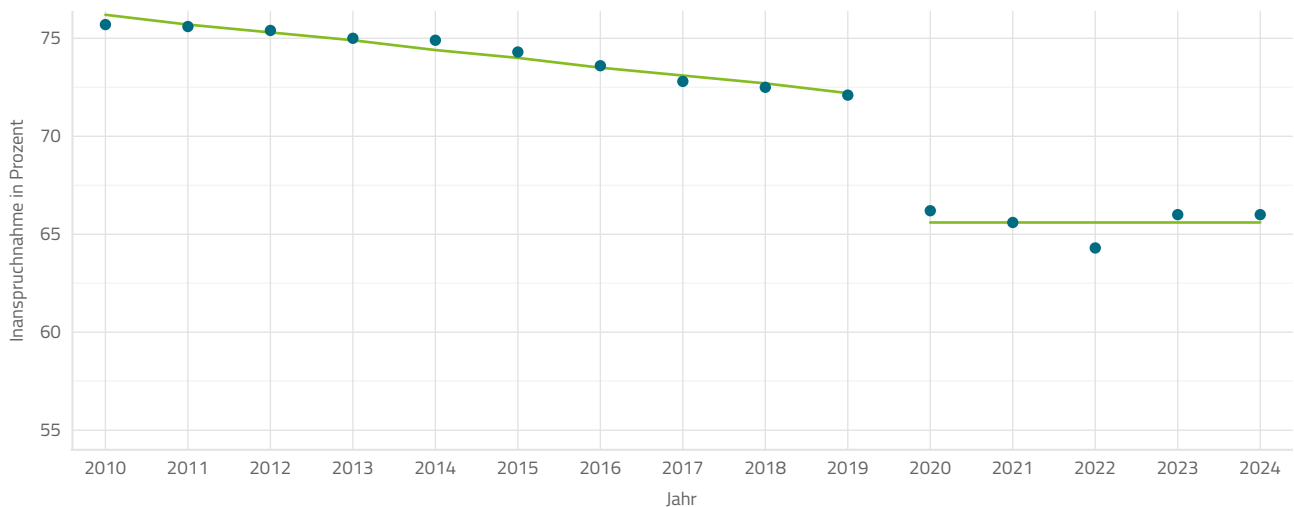


Anmerkung: Die Regressionsgeraden zeigen den Trend über die Jahre bis 2019 und ab 2020.
 Quelle: BARMER-Daten 2010–2024

Bei Betrachtung dieser Verläufe aus Abbildung 2 auf der Ebene der Bundesländer fällt auf, dass diese sich deutlich unterscheiden, wie die bundeslandspezifischen Verläufe in Abbildung 3 zeigen. Bereits das Ausgangsniveau im Jahr 2010 variiert stark. Auch die potenzielle Auswirkung der Pandemie ist regional sehr unterschiedlich. In einigen Bundesländern war demnach das präpandemische Versorgungsniveau 2024

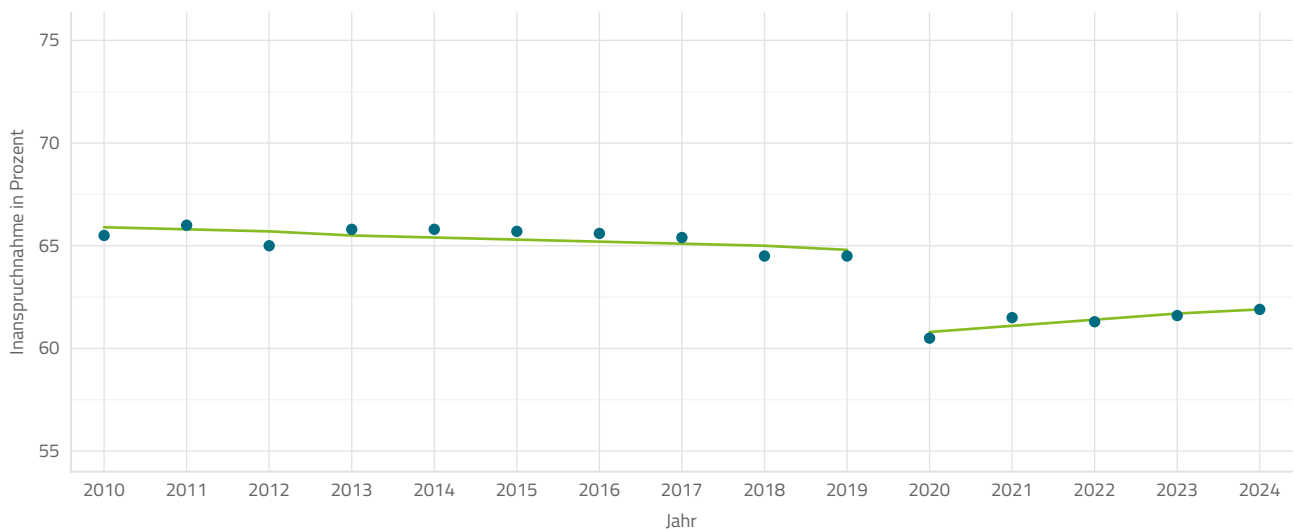
bereits wieder erreicht. In anderen Bundesländern ist zumindest der Trend erkennbar, dass das präpandemische Niveau vermutlich bald wieder erreicht werden wird. In wenigen Bundesländern wie zum Beispiel Thüringen ist dieser Trend noch nicht absehbar. Noch heterogener sind Betrachtungen auf Kreisebene, wie sie für zwei sehr unterschiedliche Beispiele exemplarisch in Abbildung 4 und Abbildung 5 dargestellt sind.

Abbildung 4: Jährliche Inanspruchnahmerate einer eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) im Kreis Schmalkalden-Meiningen von 2010 bis 2024 in Prozent



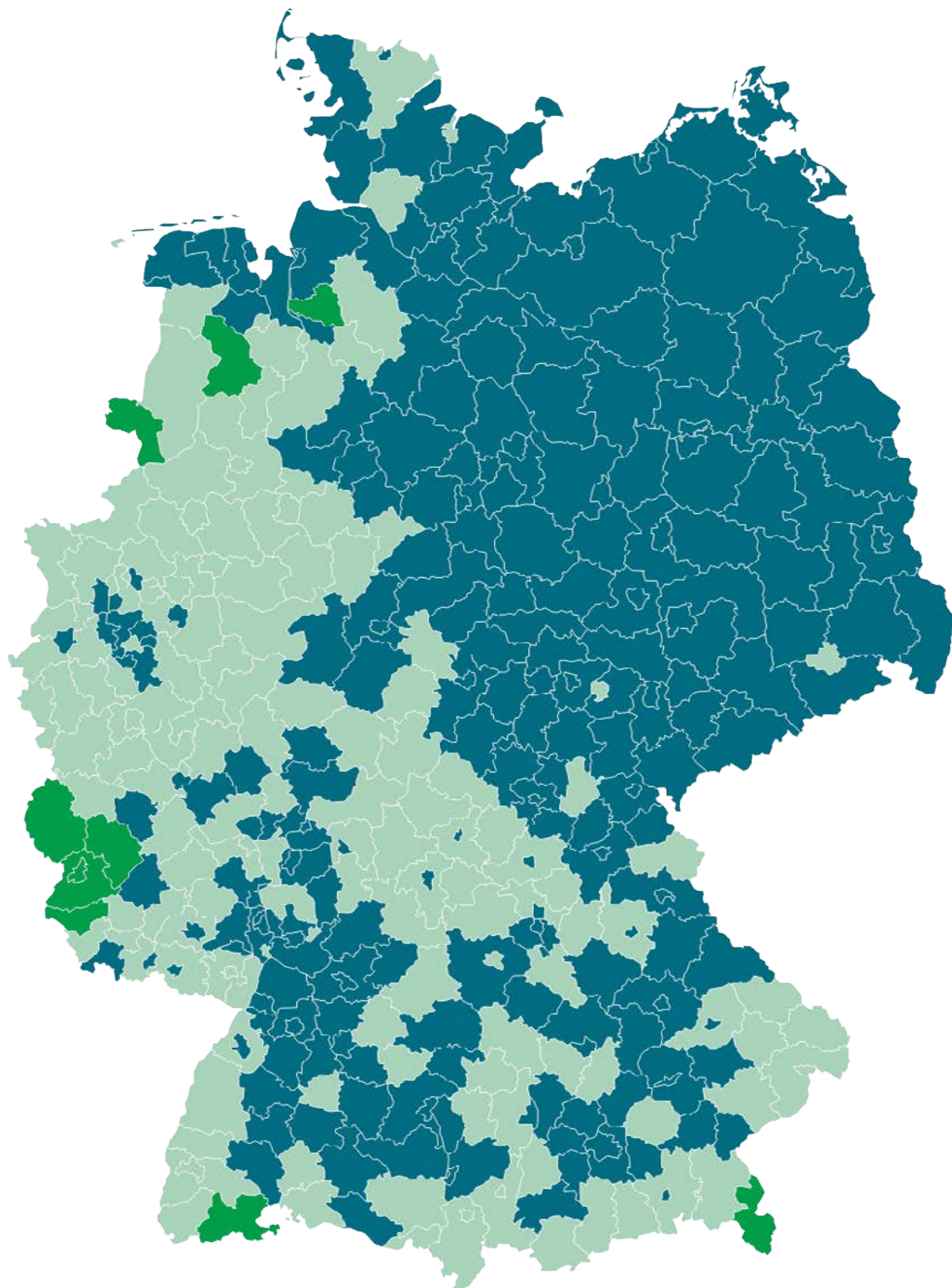
Anmerkung: Die Regressionsgeraden zeigen den Trend über die Jahre getrennt bis 2019 und ab 2020.
Quelle: BARMER-Daten 2010–2024

Abbildung 5: Jährliche Inanspruchnahmerate einer eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) in der kreisfreien Stadt München von 2010 bis 2024 in Prozent

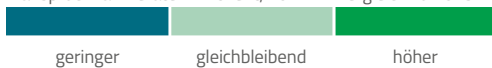


Anmerkung: Die Regressionsgeraden zeigen den Trend über die Jahre getrennt bis 2019 und ab 2020.
Quelle: BARMER-Daten 2010–2024

Abbildung 6: Regionale Darstellung der Inanspruchnahmerate der eingehenden Untersuchung im Jahr 2024 im Vergleich zu 2019 (vor der COVID-19-Pandemie)



Inanspruchnahmerate in Prozent, 2024 im Vergleich zu 2019.



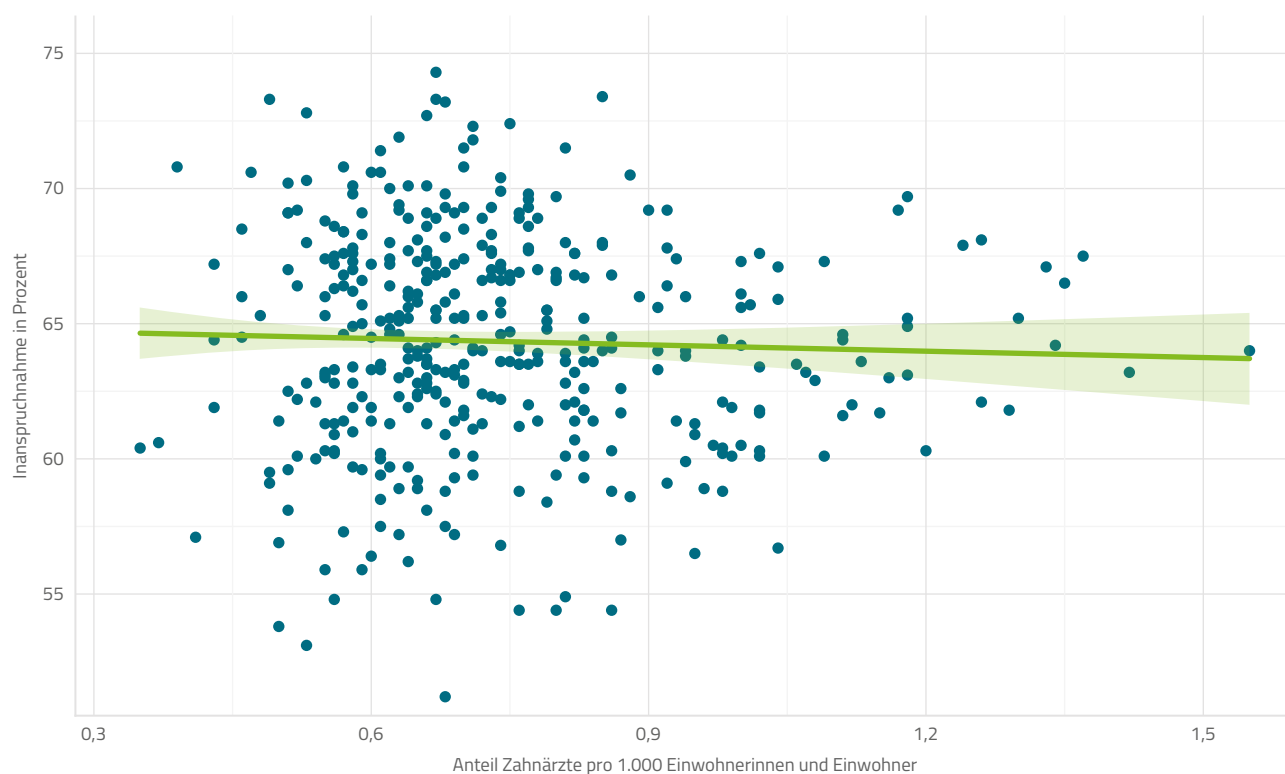
Anmerkung: Als gleichbleibend zählt ein Unterschied von maximal zwei Prozent relativ.
Quelle: BARMER-Daten 2019, 2024

In Abbildung 6 ist dargestellt, in welchen Regionen auf Kreisebene das präpandemische Versorgungsniveau bis 2019 im Jahr 2024 wieder erreicht wurde. Eine Differenz von plus oder minus zwei Prozent (relativ) wurde hier als gleichbleibendes Niveau gewertet. Dabei zeigten 42 Prozent der Kreise eine gleichbleibende Inanspruchnahme im Vergleich zum präpandemischen Niveau. Zahlreiche Regionen besonders im Osten und in Mitteldeutschland erreichten das präpandemische Versorgungsniveau bezogen auf die einmal jährliche Inanspruchnahmerate der eingehenden Untersuchung noch nicht. Insgesamt wiesen 60 Prozent der Kreise eine geringere Inanspruchnahme im Vergleich zum präpandemischen Niveau auf. Allerdings zeigten einige davon bereits präpandemisch ein deutlich höheres Niveau als der Bundesdurchschnitt, wie aus der auf die Bundesländer bezogenen Darstellung ersichtlich wird (vergleiche Abbildung 2 und Abbildung 3). Einzelne Regionen im Westen, Norden und Süden übertrafen 2024 das präpandemische Versorgungsniveau. Sie machten jedoch nur drei Prozent der Kreise aus.

Zusammenhänge zwischen vertragszahnärztlicher Versorgung und Zahnärztdichte

In einem nächsten Schritt wurde der Zusammenhang zwischen regionaler Inanspruchnahme, der eingehenden Untersuchung und regionaler Zahnärztdichte, also dem Anteil der Zahnärztinnen und Zahnärzten pro 1.000 Einwohner, geprüft. Das Ergebnis ist in Abbildung 7 dargestellt. Es wurde ein Korrelationskoeffizient von $-0,04$ bestimmt. Es können also rechnerisch nur 1,6 Promille der Varianz erklärt werden. Demnach bestand zwischen der Inanspruchnahme der eingehenden Untersuchung und der Zahnärztdichte kein relevanter Zusammenhang. Auch zwischen der Inanspruchnahme der eingehenden Untersuchung im Jahr 2024 und der Zahl der vertragszahnärztlichen Neuzulassungen in den Jahren 2023 und 2024 in einer Region fand sich kein relevanter Zusammenhang.

Abbildung 7: Darstellung der Korrelation (Regressionsgerade mit 95-Prozent-Vertrauensbereich) zwischen Inanspruchnahmerate der eingehenden Untersuchung (BEMA 01), aufgetragen gegen die Zahnärztdichte auf Kreisebene im Jahr 2024. Es konnte kein relevanter Zusammenhang gefunden werden.

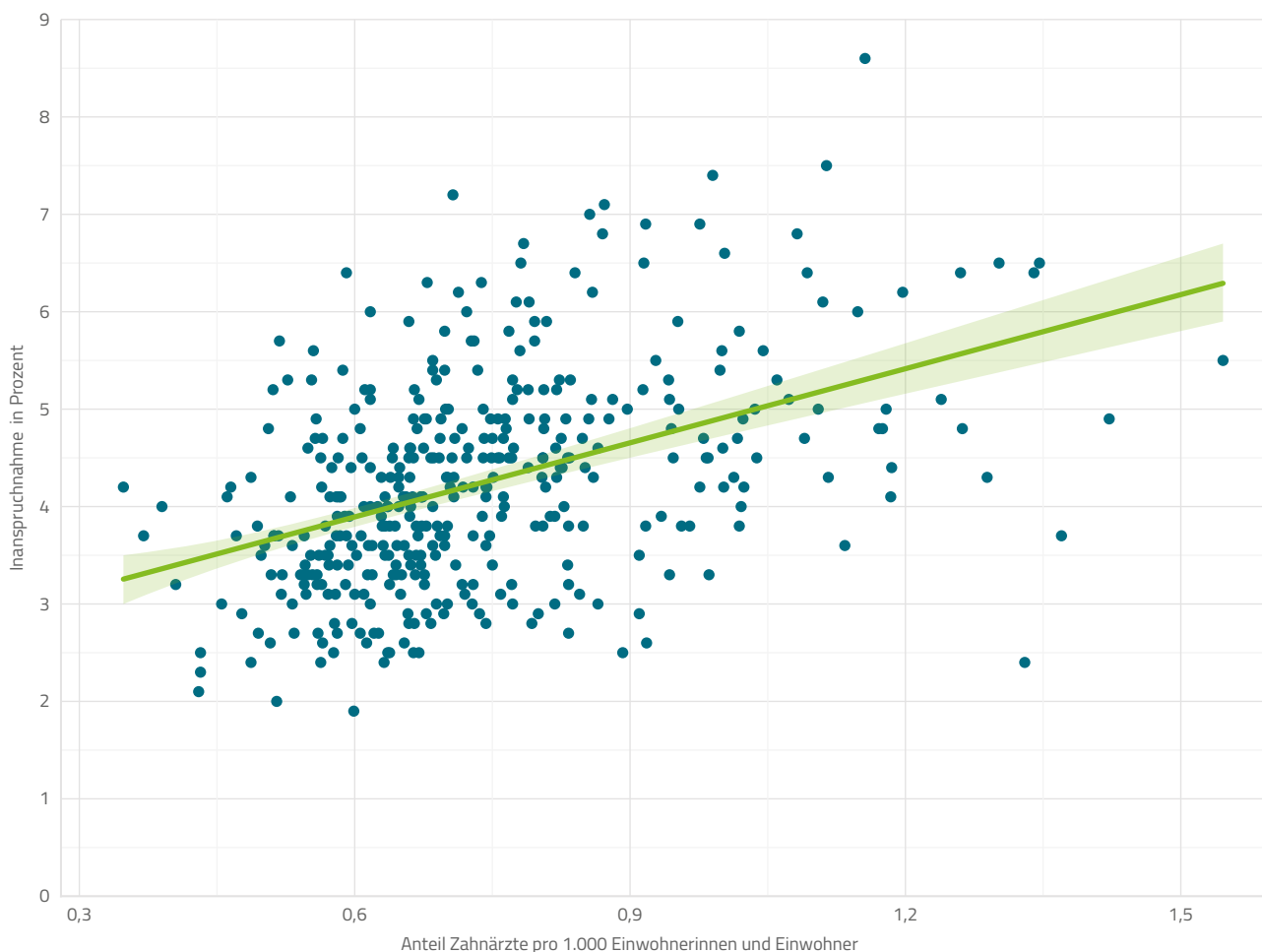


Quelle: BARMER-Daten 2024

Sekundär wurde auch der Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme einer relativ aufwändigen, zeitintensiven vertragszahnärztlichen Therapie und der Zahnarztichte geprüft. Die wissenschaftliche Intention war dabei, eine Therapie zu wählen, welche bei Zeit- und/oder Personalmangel einerseits beziehungsweise Patientenüberlastung in zahnärztlichen Praxen andererseits möglicherweise am ehesten nicht mehr durchgeführt würde. Beispielhaft wurde dafür die Durchführung einer Parodontalbehandlung (BEMA-Teil 4) im Jahr 2024 gewählt. Die Ergebnisse dazu sind in Abbildung 8 dargestellt. Dabei wurde auf Kreisebene ein Korrelationskoeffizient von 0,44 ermittelt. Es besteht also eine moderate positive Korrelation (Zusammenhang) zwischen der Inanspruchnahme einer Parodontalbehandlung und der regionalen Zahnarztichte auf Kreisebene.

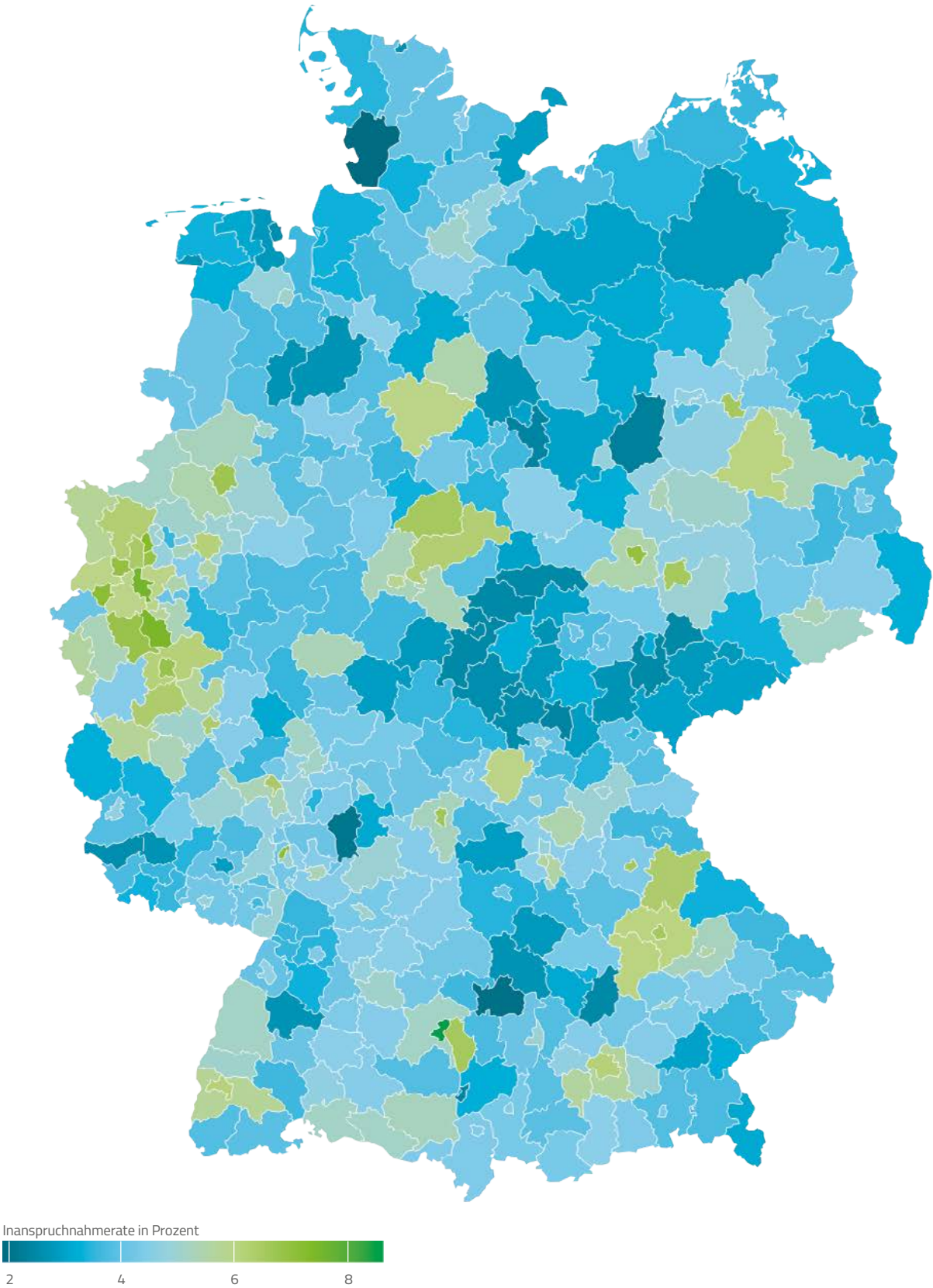
Ergänzend dazu wurden die standardisierten regionalen Inanspruchnahmeraten der Parodontalbehandlung in Abbildung 9 dargestellt. Es ergaben sich sehr große regionale Differenzen. So zeigen einzelne Regionen im Westen eine nahezu viermal so hohe Inanspruchnahme im Vergleich zu Regionen in Mittel- oder Norddeutschland. Über Ursachen für die regionalen Unterschiede können nur spekulative Aussagen getroffen werden. Möglich sind beispielsweise die Ausstrahlung von Universitäten auf ihr Umfeld, unterschiedliche Inanspruchnahmeraten von Zahnersatz, bei dem häufig eine Parodontalbehandlung im Vorfeld erforderlich ist, Unterschiede in den Behandlungskonzepten, soziale Faktoren und natürlich auch Unterschiede in der Patientenbehandlungskapazität von Zahnarztpraxen,

Abbildung 8: Darstellung der Korrelation (Regressionsgerade mit 95-Prozent-Vertrauensbereich) zwischen Inanspruchnahmerate einer Parodontalbehandlung und der Zahnarztichte auf Kreisebene im Jahr 2024. Es konnte ein relevanter Zusammenhang gefunden werden.



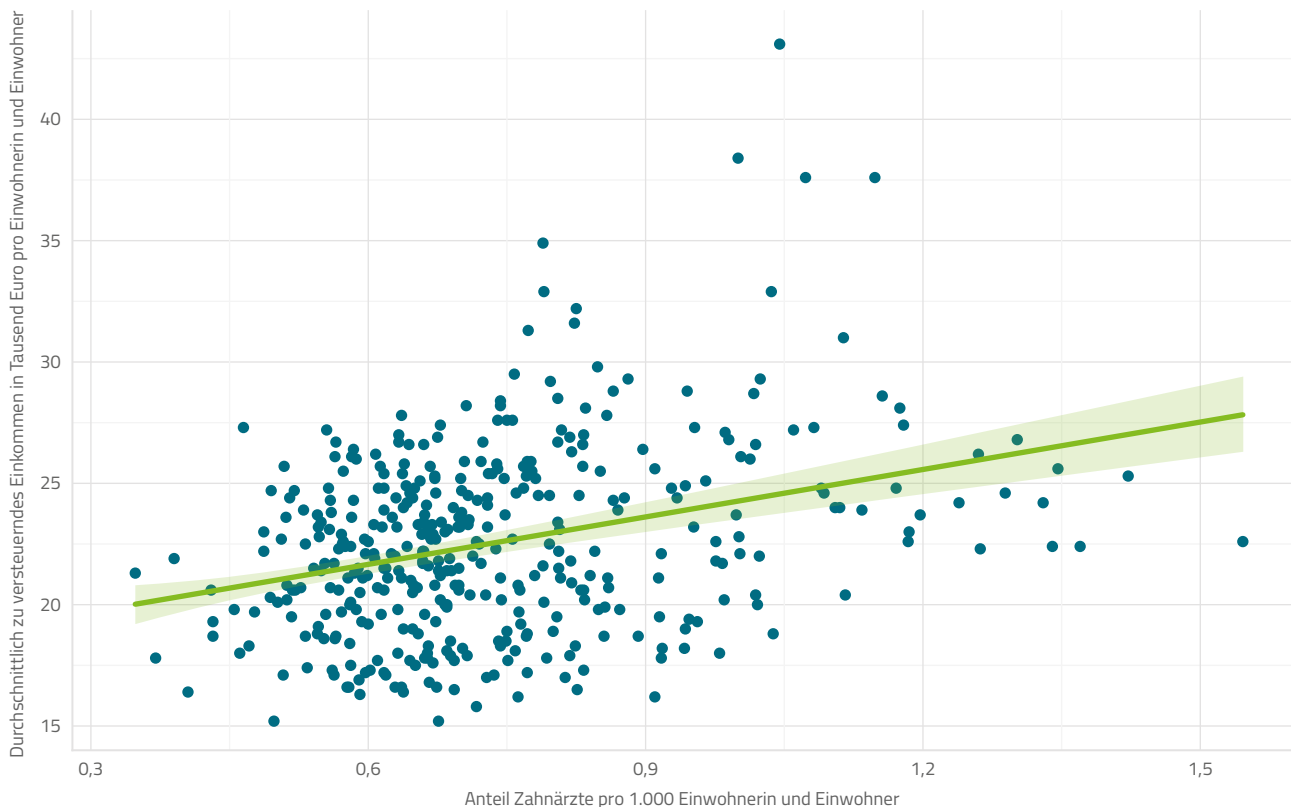
Quelle: BARMER-Daten 2024

Abbildung 9: Regionale Inanspruchnahmeraten einer Parodontalbehandlung im Jahr 2024 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2024

Abbildung 10: Zusammenhang zwischen durchschnittlich zu versteuerndem Einkommen 2021 und Zahnarztdichte auf Kreisebene (Regressionsgerade mit 95-Prozent-Vertrauensbereich)



Quelle: BARMER-Daten 2024; Daten des Statistischen Bundesamtes 2021

Regionales Einkommen und Zahnarztdichte

Ergänzend zu den Analysen der Zusammenhänge zwischen Zahnarztdichte, Neuzulassungen und Inanspruchnahme von Versorgung erschien es sinnvoll, die Zahnarztdichte in Abhängigkeit von dem durchschnittlichen Einkommen zu betrachten. Dabei wurde die Hypothese überprüft, dass die Zahnarztdichte in Kreisen mit höherem Durchschnittseinkommen größer ist. Das in Abbildung 10 dargestellte Ergebnis bestätigt diese Hypothese. Der Korrelationskoeffizient beträgt hier 0,32. Es liegt demnach eine moderate positive Korrelation (Zusammenhang) vor.

Diskussion

Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen ist eine wichtige Kenngröße, die indirekt für eine Einschätzung der flächendeckenden Versorgung, des Mund-

gesundheitsbewusstseins und der Mundgesundheit herangezogen werden kann. Ziel der vorgestellten Analysen war eine differenzierte Langzeitbetrachtung der bei der BARMER Versicherten. Daten über einen 15-Jahres-Zeitraum von 2010 bis 2024 ermöglichten diesen Ansatz. Bereits 2007 entfielen die Zulassungsbeschränkungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte. Auf dieser Grundlage waren regionale Veränderungen der Zahnarztdichte mit Auswirkungen auf den Zugang zur Versorgung nicht auszuschließen. Als Hauptzielgröße unserer Analysen wurde die kalenderjahresbezogene Inanspruchnahmerate der eingehenden Untersuchung als Indikator für Vorsorge und Basisversorgung definiert (Gebührennummer 01 des BEMA). Die eingehende Untersuchung wird ganz überwiegend bei einem kontrollorientierten Zahnarztbesuch abgerechnet. Das kann aus den Ergebnissen der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie abgeleitet werden, in denen kontrollorientierte Inanspruchnahmen (regelmäßige Kontrollen) von 79 Prozent bei 35- bis 44-Jährigen und 84 Prozent bei 65- bis 74-Jährigen angegeben werden

(Jordan et al., 2025). Die eingehende Untersuchung ist als Kontrolluntersuchung aus präventiver Sicht besonders relevant. Beispielhaft für eine aufwändige Therapie wurde zusätzlich die Inanspruchnahme einer Parodontalbehandlung ausgewertet. Die Parodontalbehandlung bot sich an, da die Prävalenz der Parodontitis nach wie vor hoch ist und sich eine Behandlung komplex und zeitaufwändig darstellt (Eickholz et al., 2025).

Die grundsätzlich hohe Inanspruchnahme der eingehenden Untersuchung ist bekannt und wurde über den Analysezeitraum bestätigt (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2025). Dies zeigen auch die [interaktiven Grafiken des Zahnreports](#). Vor dem Hintergrund einer möglichst breiten, alle Bevölkerungsschichten umfassenden Früherkennung gibt es hier natürlich immer noch „Luft nach oben“. Charakteristisch war ein deutliches Absinken im Jahr 2020, dem ersten Jahr der COVID-19-Pandemie. Auf Bundesebene war vor der Pandemie über zehn Jahre ein gleichbleibend stabiles und hohes Niveau der jährlichen Inanspruchnahmeraten von eingehenden Untersuchungen bei Erwachsenen ab 20 Jahren mit 66 Prozent in 2019 nachweisbar. Nach dem pandemiebedingten Tiefpunkt von 61 Prozent im Jahr 2020 stieg der Wert wieder auf 64 Prozent im Jahr 2024. Er lag damit etwa zwei Prozentpunkte unter dem Ausgangsniveau vor der Pandemie. Die pandemiebedingte Absenkung war damit nur sehr moderat ausgeprägt, mit einer kontinuierlichen, aber noch nicht ganz vollständigen Erholung in den Folgejahren. In einer anderen Studie wurde bei Terminen bei Fachärztinnen und Fachärzten, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und Zahnärztinnen und Zahnärzten über eine erhebliche Nichtinanspruchnahme von Terminen während der COVID-19-Pandemie berichtet (Heidemann et al., 2022). In der GEDA-Studie wurde zwischen 2022 und 2023 ein nicht signifikanter Anstieg der Zwölf-Monats-Prävalenz von zwei Prozentpunkten festgestellt, der als mögliches Zeichen einer Erholung nach der COVID-19-Pandemie gewertet wurde (Krause et al., 2024). Zu beachten ist, dass diese Autorinnen und Autoren die Jahre 2020, 2021 und 2022 der Pandemie zuordneten.

Die Dynamik der Inanspruchnahme eingehender Untersuchungen über einen Beobachtungszeitraum von 15 Jahren wies auf Bundesländer- und Kreisebene er-

hebliche Unterschiede auf. Auf Bundesländerebene nahezu einheitlich erkennbar waren ein offensichtlich pandemiebedingtes Absinken und ein Wiederanstieg danach. Die höchsten Jahreswerte vor der Pandemie wurden mit rund 75 Prozent in den Bundesländern Sachsen und Thüringen gefunden, die niedrigsten im Saarland mit etwa 55 Prozent.

Die Unterschiede in der Dynamik der Inanspruchnahmeraten auf Kreisebene erscheinen unerwartet hoch. Vergleicht man die regionalen Werte in den deutschen Kreisen von 2024 mit den Werten vor der Pandemie im Jahr 2019, zeigten 60 Prozent der Kreise immer noch eine geringere Inanspruchnahme als vor der Pandemie, 37 Prozent eine gleiche Inanspruchnahme, und ein geringer Anteil von drei Prozent zeigte eine höhere Inanspruchnahme. Eine Abweichung von plus/minus zwei Prozent (relativ) galt dabei als ein gleichbleibendes Niveau. Auf Kreisebene zeigte sich bei Betrachtung der Inanspruchnahme von eingehenden Untersuchungen im Jahr 2024 eine Tendenz zu höherer Inanspruchnahme in den östlichen Bundesländern und Bayern. Trotz dieser höheren Inanspruchnahme wurde in den östlichen Bundesländern das Niveau vor der Pandemie bisher eher seltener als in anderen Regionen erreicht. Zahlreiche Regionen besonders im Osten, in denen das präpandemische Niveau noch nicht erreicht ist, starteten allerdings von einem vergleichsweise höheren präpandemischen Ausgangsniveau. Entsprechende regionale Ost-West-Unterschiede mit höherer Inanspruchnahme im Osten wurden bei gepoolten Daten 2009–2012 auch in der GEDA-Studie festgestellt (Krause et al., 2024). Zudem gibt es wenige Regionen, besonders im äußersten Westen, in denen das präpandemische Niveau zwar deutlich übertroffen wird, das Ausgangsniveau jedoch zum Teil deutlich unter dem Bundesdurchschnitt lag.

Bei der Inanspruchnahme der eingehenden Untersuchung im 15-Jahres-Verlauf kann somit kein deutschlandweit gültiges Muster erkannt werden. Gründe für die zum Teil sehr unterschiedlichen Trends gilt es näher zu identifizieren, wobei eine Überinterpretation vermieden werden sollte. Insgesamt ist aber festzustellen, dass die zahnmedizinische Versorgung sehr gut durch die Pandemie gekommen ist.

Die hohen regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme der zahnärztlichen eingehenden Untersuchung sind nicht mit der Zahnarztdichte korreliert. Es konnten keine Hinweise auf einen relevanten Zusammenhang zwischen der aktuellen regionalen Inanspruchnahme der eingehenden Untersuchung im Jahr 2024 und der Zahnarztdichte festgestellt werden. Das heißt, weniger Zahnärztinnen und Zahnärzte in einer Region bedeuten nicht, dass dort auf die Versicherten bezogen weniger Kontrolluntersuchungen stattfinden. Auch wenn das Kriterium der Wohnortnähe nicht berücksichtigt werden konnte, erscheint der gewählte Ansatz über die Zahnarztdichte valide. In Übereinstimmung mit verschiedenen Statements von Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind demnach derzeit auf regionaler Ebene keine Versorgungslücken in Bezug auf zahnärztliche Basisleistungen wie die eingehende Untersuchung festzustellen. Anders sieht es offenbar bei komplexeren und zeitaufwändigen Behandlungen aus. Wir sehen dabei eine Korrelation zwischen der Inanspruchnahme einer Parodontalbehandlung und der Zahnarztdichte auf regionaler Ebene. Die aktuellen Publikationen zur Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie berichten zwar eine relativ hohe Prävalenz der Parodontitis in Deutschland, beinhalten jedoch keine regionalen Analysen (Eickholz et al., 2025). Bei einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung auf Bundeswerte gehen wir von einer regional wenig unterschiedlichen Prävalenz der Parodontitis aus, auch wenn es dazu keine genauen epidemiologischen Daten gibt. Wir vermuten daher eine höhere Erkrankungsprävalenz nicht als Ursache der höheren Inanspruchnahme bei größerer Zahnarztdichte. In Regionen mit weniger Zahnärztinnen und Zahnärzten

stehen offenbar zeitaufwändige Behandlungen nicht in dem Umfang zur Verfügung wie in anderen Regionen. Dies könnte bei aller interpretatorischen Vorsicht ein Zeichen für eine sich anbahnende Unterversorgung sein, wie es auch von mehreren Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen derzeit postuliert wird (Bundeszahnärztekammer, 2025; Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2025; MDR, 2023). Bezieht man die Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Durchschnittseinkommen der Bevölkerung und Zahnarztdichte mit ein, so könnte eine solche potenzielle Unterversorgung vermutlich zuerst in Regionen mit niedrigerem Durchschnittseinkommen auftreten.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend betrachtet, deuten die hohen Werte der Inanspruchnahme eingehender Untersuchungen auf ein gut entwickeltes Mundgesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung hin. Im Sinne der zahnärztlichen Früherkennung und der Minimierung invasiver und aufwändiger Behandlung gilt es, die noch bestehenden Rückgänge nach der Pandemie durch gezielte Motivation schnell wieder aufzuholen. Es ist aktuell aber von einer grundsätzlich gewährleisteten flächendeckenden Versorgung auszugehen. Bei aufwändigen Behandlungen könnte sich allerdings eine Unterversorgung andeuten. Die aktuell vorliegenden Daten erlauben lediglich eine Momentaufnahme der Versorgungssituation. Die weitere Entwicklung sollte daher auf der Grundlage von realen Versorgungsdaten und Projektionen im Blick behalten werden.

Literaturverzeichnis

Bundeszahnärztekammer (2025). Nachgezählt. Verfügbar unter: <https://www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/nachgezaehlt.html> [09.12.2025]

Eickholz, P., Holtfreter, B., Kuhr, K., Dannewitz, B., Jordan, A. R. & Kocher, T. (2025). Prevalence of the periodontal status in Germany: results of the 6th German Oral Health Study (DMS ■ 6). Quintessence International, 56 (11), 40–47.

Heidemann, C., Reitzle, L., Schmidt, C., Fuchs, J., Prütz, F. & Scheidt-Nave, C. (2022). Non-utilisation of health care services during the COVID-19 pandemic: results of the CoMoLo study. Journal of Health Monitoring, 7 (1), 2–17.

Jordan, A. R., Frenzel Baudisch, N., Ohm, C., Zimmermann, F., Sasunna, D., Cholmakow-Bodechtel, C., Krämer, M. & Kuhr, K. (2025). 6th German Oral Health Study (DMS ■ 6): rationale, study design, and baseline characteristics. Quintessence International, 56 (11), 4–12.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2025). Flächen-deckende und wohnortnahe Versorgungsstrukturen fördern – Beschluss der 6. Vertreterversammlung. Verfügbar unter: <https://www.kzbv.de/vertreterversammlung/flaechendeckende-und-wohnortnahe-versorgungsstrukturen-foerdern/> [09.12.2025]

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2025). Jahrbuch 2025 – Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Krause, L., Seeling, S. & Kuhnert, R. (2024). Prävalenzen und Trends zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der GEDA-Studien zwischen 2009 und 2023. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 79 (5), 310–323.

MDR (2023). Immer weniger Zahnarztpraxen in Sachsen. Verfügbar unter: <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen/zahnarzt-praxen-uebernahmen-rente-versorgung-100.html> [09.12.2025]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahmerate der eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (BEMA 01) im Jahr 2024 in Prozent	5
Abbildung 2:	Jährliche Inanspruchnahmerate einer eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) bundesweit von 2010 bis 2024 in Prozent	6
Abbildung 3:	Jährliche Inanspruchnahmerate einer eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) in den Bundesländern von 2010 bis 2024 in Prozent	6
Abbildung 4:	Jährliche Inanspruchnahmerate einer eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) im Kreis Schmalkalden-Meiningen von 2010 bis 2024 in Prozent	8
Abbildung 5:	Jährliche Inanspruchnahmerate einer eingehenden zahnärztlichen Untersuchung (Gebührennummer 01 des BEMA) in der kreisfreien Stadt München von 2010 bis 2024 in Prozent	8
Abbildung 6:	Regionale Darstellung der Inanspruchnahmerate der eingehenden Untersuchung im Jahr 2024 im Vergleich zu 2019 (vor der COVID-19-Pandemie)	9
Abbildung 7:	Darstellung der Korrelation (Regressionsgerade mit 95-Prozent-Vertrauensbereich) zwischen Inanspruchnahmerate der eingehenden Untersuchung (BEMA 01), aufgetragen gegen die Zahnarzt-dichte auf Kreisebene im Jahr 2024. Es konnte kein relevanter Zusammenhang gefunden werden. .	10
Abbildung 8:	Darstellung der Korrelation (Regressionsgerade mit 95-Prozent-Vertrauensbereich) zwischen Inanspruchnahmerate einer Parodontalbehandlung und der Zahnarzt-dichte auf Kreisebene im Jahr 2024. Es konnte ein relevanter Zusammenhang gefunden werden.	11
Abbildung 9:	Regionale Inanspruchnahmeraten einer Parodontalbehandlung im Jahr 2024 in Prozent	12
Abbildung 10:	Zusammenhang zwischen durchschnittlich zu versteuerndem Einkommen 2021 und Zahnarzt-dichte auf Kreisebene (Regressionsgerade mit 95-Prozent-Vertrauensbereich)	13

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autoren

Michael Rädel
Heinz-Werner Priess
Steffen Bohm
Michael H. Walter

Design und Realisation

Satzweiss.com GmbH

Veröffentlichungstermin

Februar 2026

DOI

10.30433/zahn.2026.01

Copyright



Lizenziert unter CC BY-ND 4.0