

Mundgesundheit von Krippen- und Kinder- gartenkindern im Land Brandenburg

Ergebnisse aus der Gesundheitsbericht-
erstattung des Schuljahres 2024/2025



Impressum

Herausgeber



Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
14482 Potsdam, Großbeerenstraße 181-183

Redaktion:

Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst (vom Mai 2026)
LAVG - Dezernat G 2

Layout:

LGB (Landesvermessung und Geobasisinformation Brandenburg)

Titelbild: FAB.1 – stock.adobe.com

Stand: September 2026

Inhalt

1. Datengrundlage und Methodik	4
2. Soziodemographie	5
2.1. Untersuchte Kinder nach Alter und Geschlecht	5
2.2. Untersuchte Kinder nach Region	6
2.3. Untersuchte Kinder nach sozioökonomischer Deprivation	6
3. Ergebnisse	8
3.1. Zahnstatus	8
3.2. Karieserfahrung	11
3.3. Frühbehandlungsrelevante kieferorthopädische Auffälligkeiten	14
3.4. Prävention im Setting: tägliches Zähneputzen und „Kita mit Biss“	16
4. Fazit und Ausblick	17
5. Quellen	18

1. Datengrundlage und Methodik

Dieser Ergebnisbericht beschreibt die aktuellen Entwicklungen der Mundgesundheit von Kindern im Land Brandenburg für das Schuljahr 2024/2025 und knüpft an die bisherige Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg an.

Im Fokus stehen Krippen- und Kindergartenkinder, da in dieser Lebensphase die Grundlagen für eine gesunde Mund- und Zahnentwicklung gelegt werden und sich präventive Maßnahmen positiv auf das spätere Mundgesundheitsverhalten auswirken können.

Ziel des Berichts ist es, die Gruppe der Kinder im Krippen- und Kita-Alter in den Fokus zu nehmen und ihre Mundgesundheit zu betrachten. Dabei soll ein besonderes Augenmerk auf die unterschiedliche Ausprägung der Soziodemographie gelegt werden, um Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung präventiver Maßnahmen, insbesondere im Setting Kindertagesstätte (Kita), aufzuzeigen.

Die Ergebnisse basieren auf standardisierten zahnärztlichen Untersuchungen, die die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter (ZÄD) auf Basis der „Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Abs. 2 SGB V insbesondere in Kindergärten und Schulen des Landes Brandenburg in Verbindung mit § 6 Abs. 3 BbgGDG durchführen. Erfasst werden vor allem der Zahnstatus sowie die Karieserfahrung. Ergänzend wird ein kieferorthopädischer Kurzbefund nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) dokumentiert (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg (MGS), 2026).

Die Untersuchungsergebnisse werden den Sorgeberechtigten schriftlich mitgeteilt. Bei festgestelltem erhöhtem Behandlungs- oder Beratungsbedarf erfolgt eine weitergehende Information.

Die vorliegenden Daten ermöglichen differenzierte Auswertungen nach Alter, Geschlecht, Region und sozioökonomischer Lage. Aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsanteile bestehen jedoch Einschränkungen in der Repräsentativität. Die Ergebnisse können daher nicht als allgemeingültig für die entsprechenden Gruppen angenommen werden.

2. Soziodemographie

Die folgenden Auswertungen basieren auf den durch die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter untersuchten Kindern in Kindertagesstätten.

Im Schuljahr 2024/2025 wurden in 1.439 Kindertagesstätten zahnärztliche Untersuchungen durchgeführt. Dies entspricht einem Betreuungsgrad von **89,3 % der Einrichtungen**.

2.1. Untersuchte Kinder nach Alter und Geschlecht

Im Schuljahr 2024/2025 wurden im Land Brandenburg insgesamt 209.617 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 16 Jahren untersucht, davon **68.271 Kinder in Kindertagesstätten**.

Auf Grund der Altersstruktur von in Kindertagesstätten betreuten Kinder wurden vor allem Kinder in den Altersgruppen 3 bis 5 Jahre untersucht. In dieser Altersgruppe wurden insgesamt **zwei Drittel aller Mädchen (66,9 %) und Jungen (66,5 %)** im Land Brandenburg untersucht.

Aufgrund teilweiser Priorisierungen bei den Untersuchungen und häufiger Betreuung durch die Eltern zuhause bis zu einem Alter von 3 Jahren liegen hier die Anteile der untersuchten Kinder in Kindertagesstätten niedriger. In den Altersgruppen der 6- und noch mehr der 7-jährigen besuchen Kinder bereits die Grundschule und wurden dort durch die Zahnärztlichen Dienste betreut. Entsprechend wurden im Schuljahr 2024/2025 nur 35,2 % der 6-jährigen und 2,2 % der 7-jährigen in Kindertagesstätten untersucht (Abb.1).

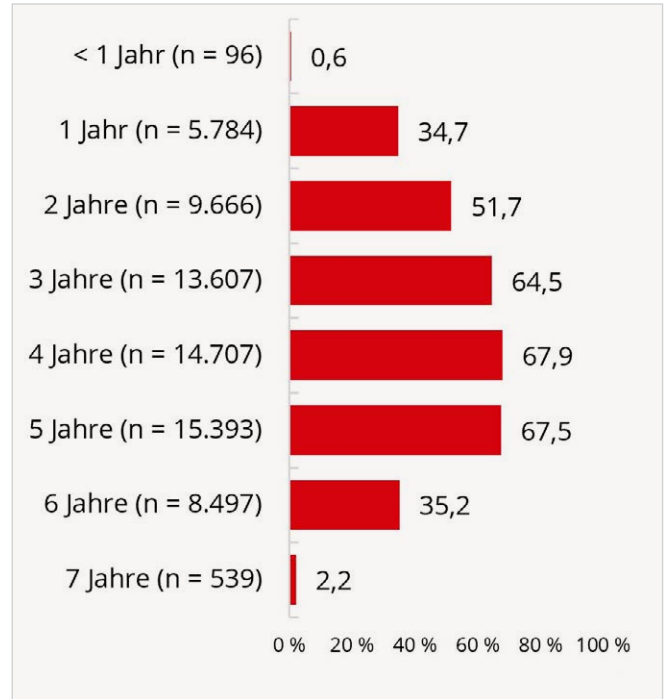


Abb. 1: Anteil untersuchter Kinder in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 an der Bevölkerung am 31.12.2024 nach Alter

Auch die Verteilung der untersuchten Kinder nach Geschlecht entspricht in den jüngeren Altersgruppen der Geschlechterverteilung im Land (48,3 % Mädchen, 51,7 % Jungen). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der untersuchten Jungen an den untersuchten Kindern. Bei den 7-jährigen lag dieser bei 68,3 % und damit deutlich über dem Anteil der Mädchen (Abb. 2). Dies ist unter Beachtung der Fallzahlen darauf zurückzuführen, dass in der Altersgruppe der 6-jährigen und noch mehr bei den 7-jährigen Jungen häufiger noch in Kindertagesstätten betreut werden als Mädchen. Ein Hinweis darauf ergibt sich aus dem größeren Anteil an wiederholt untersuchten und somit für ein weiteres Jahr in der Kita verbleibenden Jungen in der Schuleingangsuntersuchung.

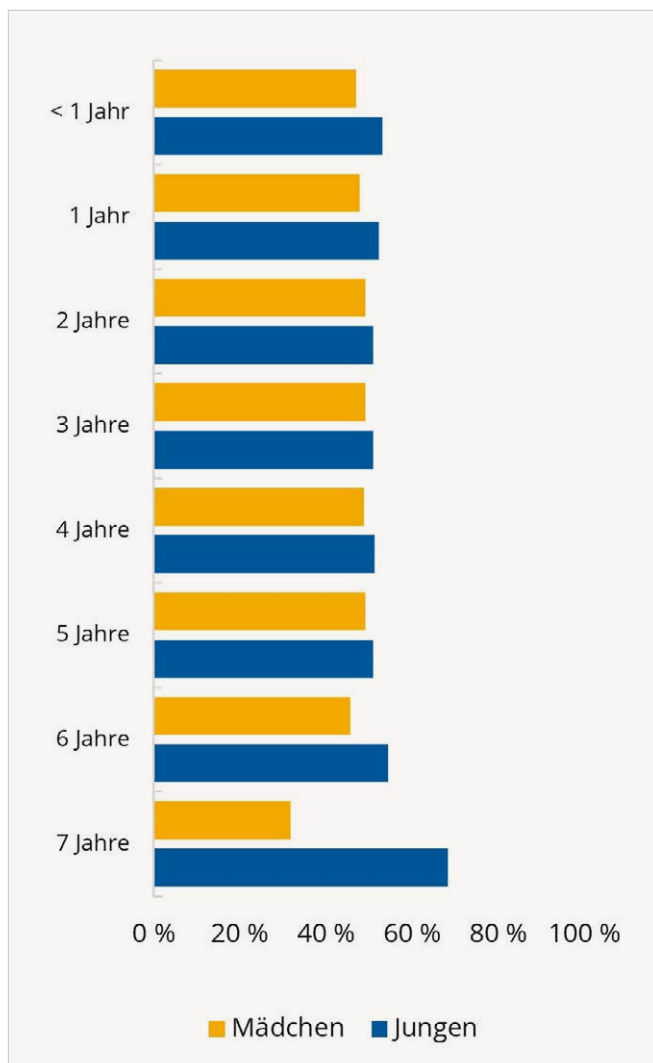


Abb. 2: Anteil untersuchter Kinder in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach Geschlecht

2.2. Untersuchte Kinder nach Region

Für die regionale Auswertung wird zwischen dem **Berliner Umland** und dem **Weiteren Metropolenraum** unterschieden (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS)).

Das Berliner Umland umfasst die an das Land Berlin angrenzenden, stärker verdichteten und infrastrukturell gut angebundenen Städte und Gemeinden. Der Weitere Metropolenraum umfasst den übrigen, überwiegend ländlich geprägten Teil des Landes Brandenburg (AfS).

Unter den untersuchten Kindern in Kindertagesstätten waren 60,1 % dem Weiteren Metropolenraum zuzuordnen, während 39,9 % im Berliner Umland wohnten. Anteilig an den Bevölkerungszahlen entspricht die Untersuchungsquote im Berliner Umland 37,9 % und im Weiteren Metropolenraum 43,9 %. Somit ist der Weitere Metropolenraum leicht überrepräsentiert.

Die Anteile der untersuchten Kinder an den in Kindertagesstätten betreuten Kindern variieren weiterhin zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten sowie nach Altersgruppe deutlich und liegen zwischen 46,6 % und 100 %.

Die untersuchten Kinder stellen daher keine repräsentative Stichprobe aller Kinder im entsprechenden Alter dar. Unterschiede in den Untersuchungsanteilen zwischen Regionen und Altersgruppen sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

2.3. Untersuchte Kinder nach sozioökonomischer Deprivation

Zur Einordnung der Ergebnisse wird die sozioökonomische Deprivation berücksichtigt. Grundlage hierfür ist der **German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)** (Robert-Koch-Institut, 2022). Dieser bildet das relative Ausmaß regionaler sozioökonomischer Deprivation in deutschen Regionen multidimensional auf Bevölkerungsebene über die drei gleich gewichteten Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen ab. An dieser Stelle wird die soziale Benachteiligung auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte dargestellt.¹

Die Darstellung erfolgt in Quintilen, wobei das erste Quintil die geringste und das fünfte Quintil die höchste sozioökonomische Benachteiligung beschreibt.

Die sozioökonomische Deprivation ist im Land Brandenburg regional unterschiedlich ausgeprägt. Beim

¹ Die Zuordnung der untersuchten Kinder erfolgt entsprechend dem jeweiligen Landkreis/der jeweiligen kreisfreien Stadt, in dem die besuchte Kindertagesstätte liegt.

Vergleich der Landkreise und kreisfreien Städte weisen unter anderem Potsdam, Potsdam-Mittelmark, Dahme-Spreewald und Oberhavel eine niedrige Deprivation auf, während Brandenburg an der Havel, Ostprignitz-Ruppin, Prignitz und die Uckermark eine hohe sozioökonomische Deprivation aufweisen (Abb. 3).

Damit können Unterschiede in der Mundgesundheit im Zusammenhang mit der Lebensumwelt der untersuchten Kinder sichtbar gemacht werden, auch wenn kleinräumige Unterschiede innerhalb der Regionen nicht vollständig abgebildet werden.

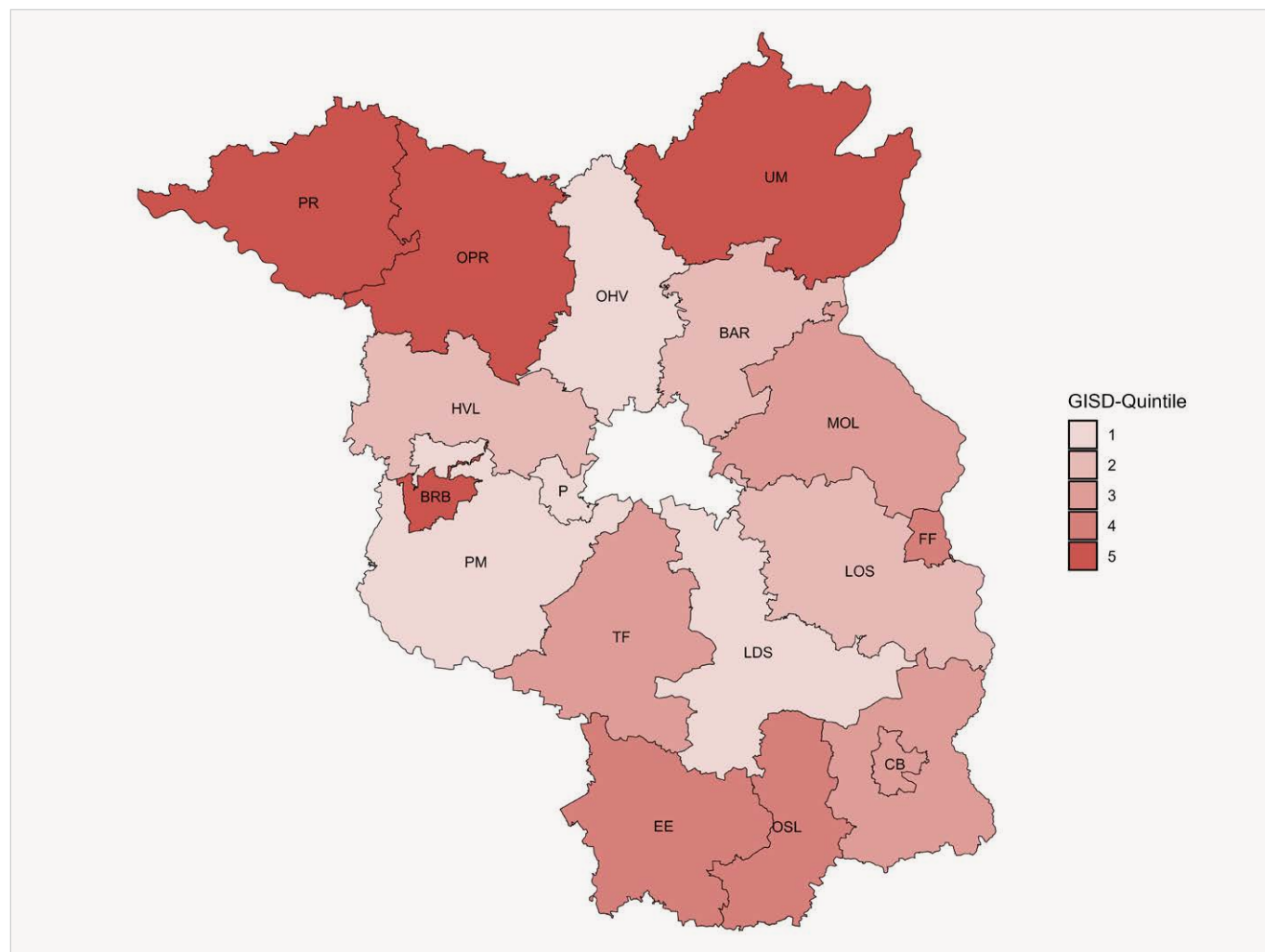


Abb. 3: Zuordnung der Quintile des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) nach Referenz Brandenburg 2021

3. Ergebnisse

3.1. Zahnstatus

Der Zahnstatus beschreibt den aktuellen Gebisszustand der untersuchten Kinder.

Im Schuljahr 2024/2025 betrug der Anteil naturgesunder Gebisse (Milch- und Wechselgebisse) bei Krippen- und Kindergartenkindern 83,7 % und lag damit auf einem nahezu unveränderten Niveau im Vergleich zum Schuljahr 2023/2024 (83,9 %).

Den altersabhängigen Rückgang **naturgesunder** Gebisse sowie den gleichzeitigen Anstieg **saniert** und **behandlungsbedürftiger** Gebisse zeigt Abb. 4.

Mit zunehmendem **Alter** sinkt der Anteil naturgesunder Gebisse deutlich: von nahezu 100 % bei den 1-jährigen Kindern, über fast 90 % bei den 3-jährigen auf 45,3 % bei den 7-jährigen. Parallel steigt der Anteil sanierter und behandlungsbedürftiger Gebisse kontinuierlich an. Während sanierte Gebisse bei sehr jungen Kindern kaum vorkommen (2-Jährige: 0,5 %), erreichen sie bei den 7-jährigen einen Anteil von 18,0 %. Auch die Behandlungsbedürftigkeit nimmt zu und liegt bei den 6-jährigen Kindern bei 21,4 %.

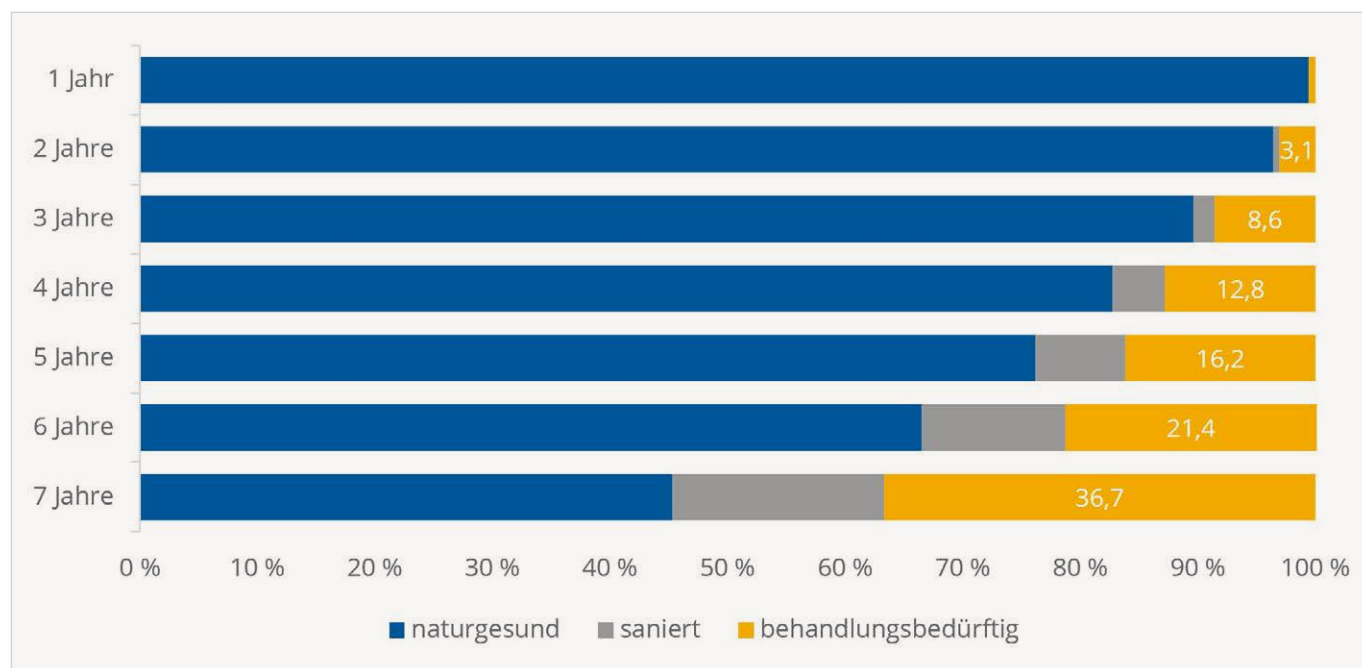


Abb. 4: Gebisszustand bei untersuchten Kindern in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach Alter

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind gering, zeigen jedoch ein konsistentes Muster:

Jungen weisen mit 82,8 % etwas seltener naturgesunde Gebisse auf als Mädchen (84,6 %) und sind häufiger behandlungsbedürftig (12,2 % gegenüber 10,9 %). Dieses Muster zeigt sich in allen Altersgruppen (Abb.5).

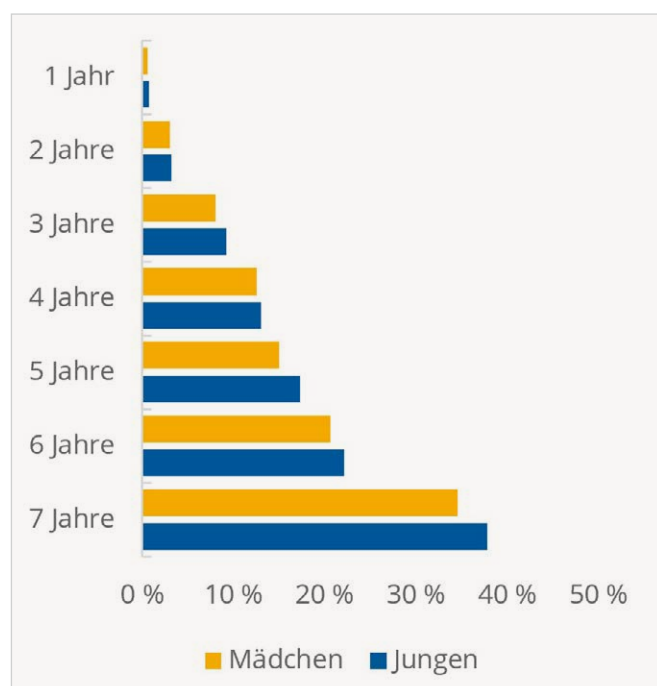


Abb. 5: Behandlungsbedürftige Gebisse bei untersuchten Kindern in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach Alter und Geschlecht

Im **regionalen** Vergleich ist die Mundgesundheit im Berliner Umland besser als im Weiteren Metropolitanraum. Der Anteil naturgesunder Gebisse liegt im Berliner Umland bei 86,8 % und damit über dem Niveau des Weiteren Metropolitanraums (81,6 %). Entsprechend ist die Behandlungsbedürftigkeit im Weiteren Metropolitanraum höher (Abb. 6).

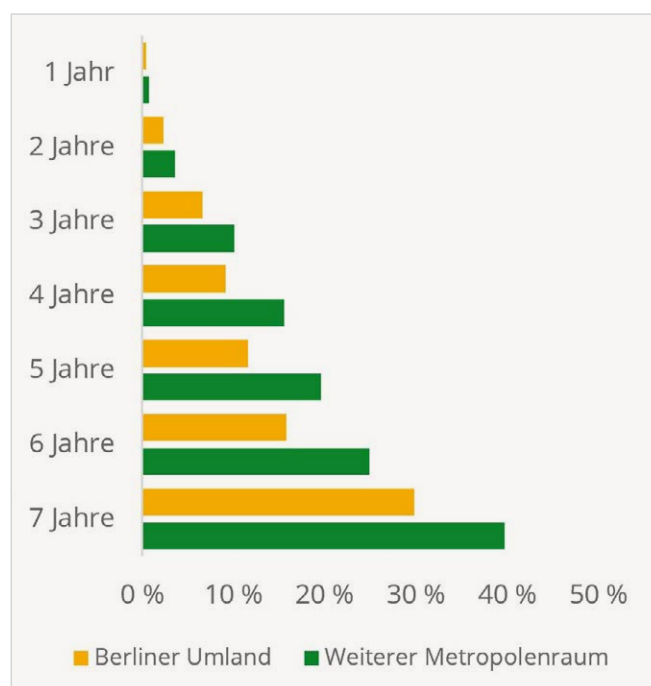


Abb. 6: Behandlungsbedürftige Gebisse bei untersuchten Kindern in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach Alter und Region

Auch nach Ausprägung **sozioökonomischer Deprivation** zeigen sich Unterschiede. Die Behandlungsbedürftigkeit steigt in allen Quintilen des GISD mit dem Alter an und liegt in Regionen mit einer höheren sozioökonomischen Deprivation tenden-

ziell höher. Die Spannweite zwischen den Quintilen nimmt mit dem Alter zu und scheint bei den 7-jährigen Kindern besonders ausgeprägt (Abb. 7). Dies könnte in den vergleichsweise geringen Fallzahlen begründet liegen.

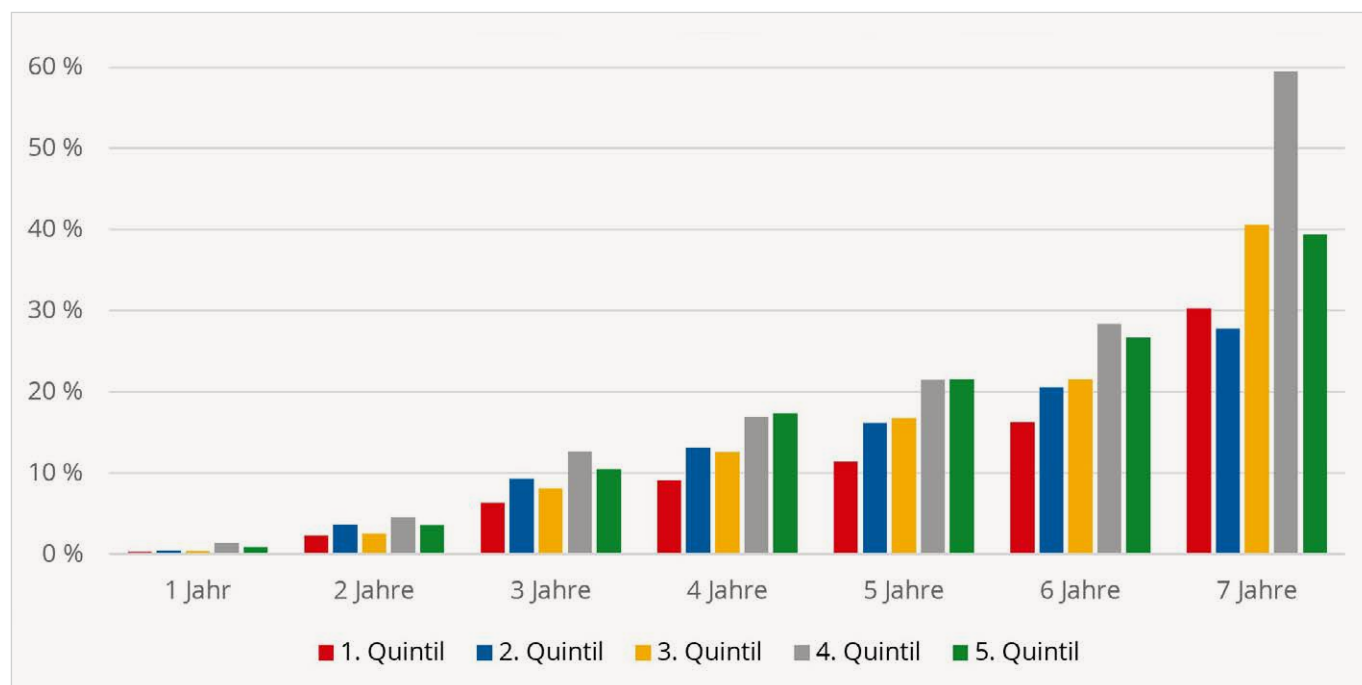


Abb. 7: Behandlungsbedürftige Gebisse bei untersuchten Kindern in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach Alter und GISD (Referenz Brandenburg 2021)

Parallel dazu sinkt der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen im Altersverlauf. Der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen ist in stärker

benachteiligten Regionen niedriger als in weniger benachteiligten Regionen (Abb. 8).

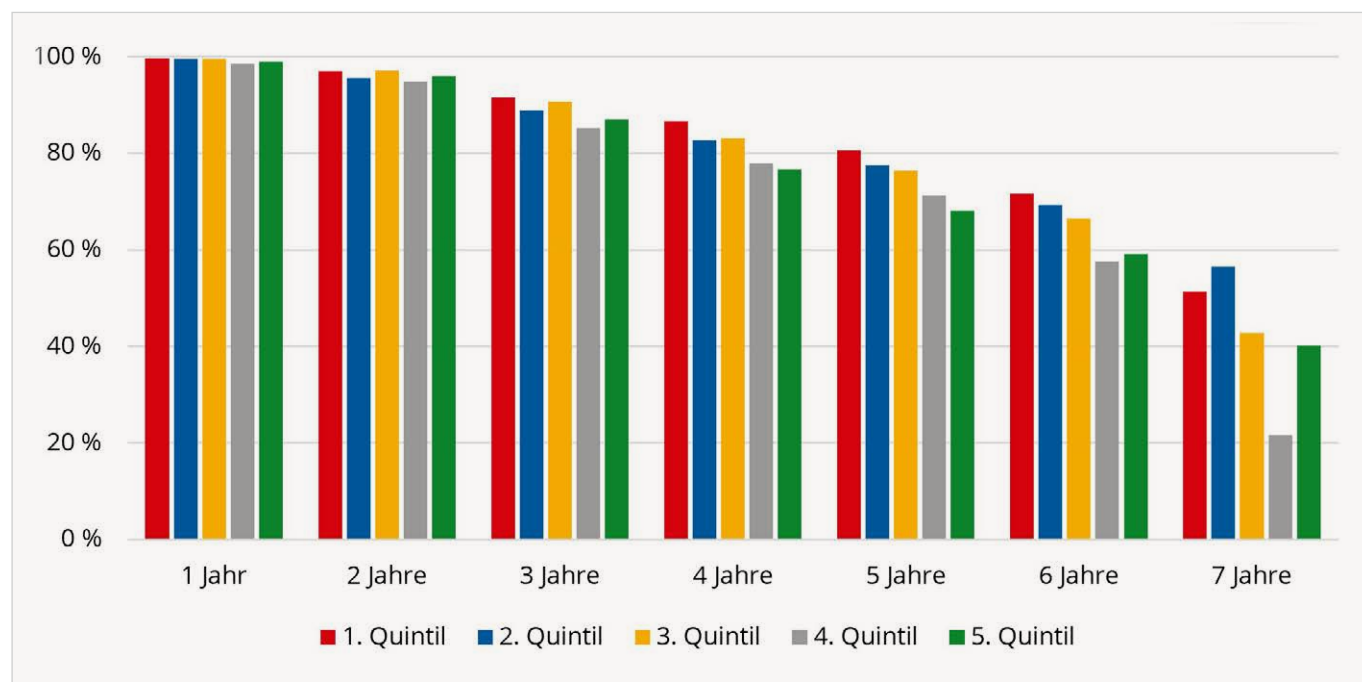


Abb. 8: Naturgesunde Gebisse bei untersuchten Kindern in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach Alter und GISD (Referenz Brandenburg 2021)

3.2. Karieserfahrung

Die Karieserfahrung beschreibt, ob und in welchem Ausmaß Kinder bereits von Karies betroffen waren und ergänzt damit die Betrachtung des aktuellen Zahnstatus.

Die Beschreibung erfolgt anhand etablierter Indizes. Der **dmf-t-Index** bildet die Karieserfahrung im Milchgebiss ab, der **DMF-T-Index** die Karieserfahrung im bleibenden Gebiss (Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, 2019). Berücksichtigt werden kariöse, behandelte oder aufgrund von Karies fehlende Zähne. Ein Indexwert größer Null zeigt eine Karieserfahrung an.²

Da Krippen- und Kindergartenkinder überwiegend Milchzähne haben, stellt der dmf-t-Index die

zentrale Kennzahl dar. Mit dem Durchbruch der ersten bleibenden Zähne ab etwa dem 6. Lebensjahr wird für die Betrachtung der frühen Wechselgebissphase ergänzend der DMF-T-Index herangezogen.

Im Schuljahr 2024/2025 hatten 83,7 % der untersuchten Kinder keine Karieserfahrung, während 16,3 % bereits betroffen waren. Im Vorjahr lag der Anteil kariesfreier Kinder bei 83,9 %, der Anteil mit Karieserfahrung bei 16,1 %. Damit zeigt sich im Vorjahresvergleich eine geringfügige Zunahme der Karieserfahrung um 0,2 Prozentpunkte.

Der altersabhängige Anstieg der Karieserfahrung wird in Abb. 9 deutlich: Während bei den 1-jährigen Kindern lediglich 0,6 % betroffen sind, nimmt der Anteil kontinuierlich zu und liegt bei den 7-jährigen Kindern in Kitas bei 54,7 %.

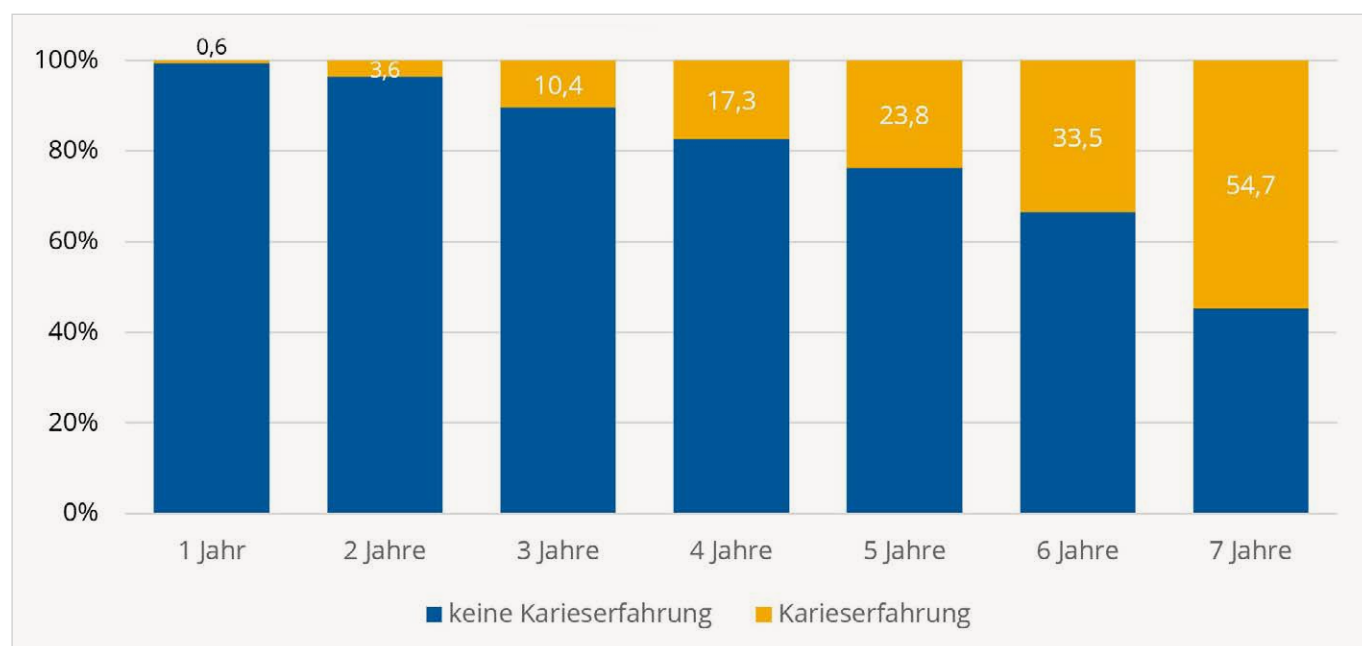


Abb. 9: Karieserfahrung von untersuchten Kindern in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach Alter

² **dmf-t-Index bzw. DMF-T-Index:** von der WHO empfohlener Indikator zur Beschreibung der Zahngesundheit. Für das Milchgebiss werden Kleinbuchstaben (dmf-t) und für das bleibende Gebiss Großbuchstaben (DMF-T) verwendet: d/D = decayed (kariös), m/M = missing (fehlend wegen Karies), f/F=filled (gefüllt wegen Karies), t/T = tooth (Zahn)

Auch im Zusammenhang mit der **sozioökonomischen Deprivation** zeigt sich eine Tendenz: Kinder aus stärker benachteiligten Regionen weisen häufiger Karieserfahrung auf als Kinder aus weniger benachteiligten Regionen (Abb. 10).

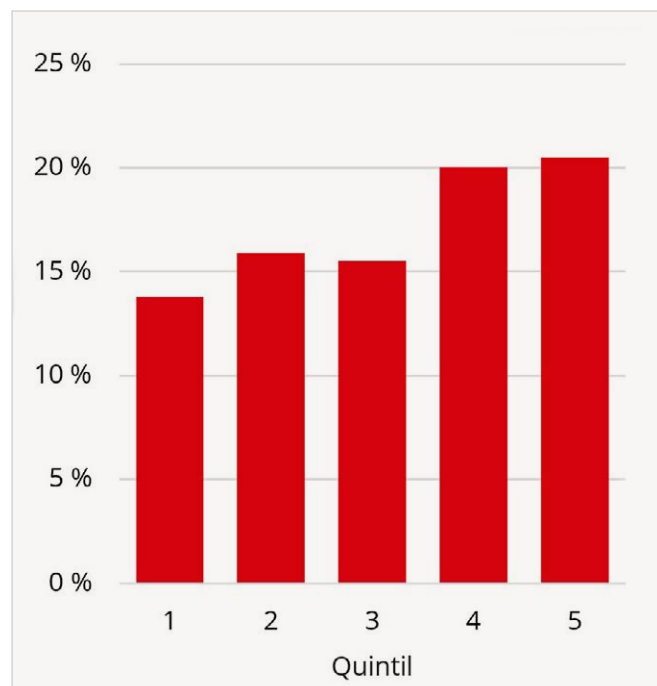


Abb. 10: Karieserfahrung untersuchter Kinder in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach GISD (Referenz Brandenburg 2021)

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich insgesamt eine leicht positive Entwicklung. Bei den 2-Jährigen verbesserte sich der dmft-Indexwert zum Vorjahr von 0,13 auf 0,11 und bei den 6-Jährigen von 1,42 auf 1,35 im Land Brandenburg. Lediglich bei den 4-jährigen Kindern ist ein leichter Anstieg des dmft-t von 0,63 auf 0,65 zu beobachten.

Im **Wechselgebiss** liegt der DMF-T-Indexwert bei den 6-Jährigen im Vergleich zum Vorjahr unverändert auf minimalem Niveau (0,01), bei den 7-Jährigen mit minimalem Anstieg von 0,05 auf 0,08.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind bis zum 4. Lebensjahr gering ausgeprägt und werden ab dem 5. Lebensjahr deutlicher. Der dmft-t-Index bei 5-jährigen Mädchen lag mit 0,86 deutlich geringer als bei den Jungen mit 1,03 (Abb. 11).

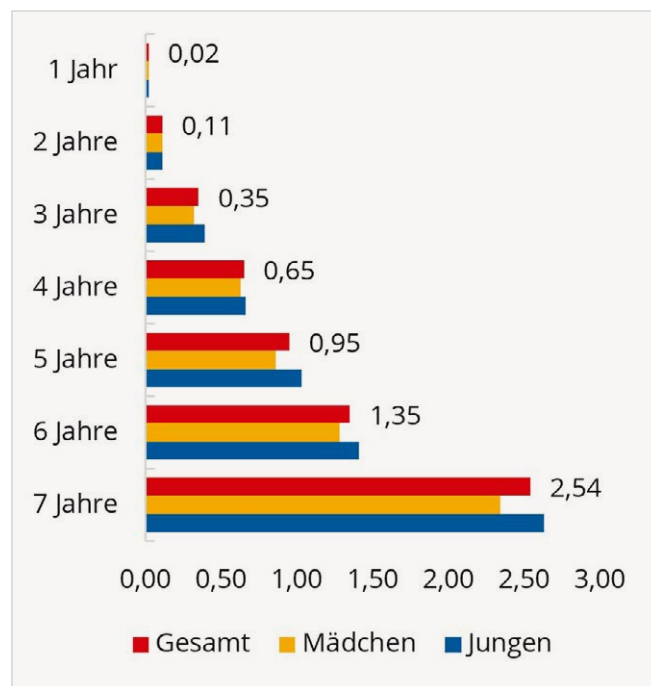


Abb.11: dmft-t-Index bei untersuchten Kindern in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach Alter und Geschlecht

Im **regionalen** Vergleich liegt die Karieserfahrung bei untersuchten Kindern im Weiteren Metropolitanraum mit 18,4 % insgesamt höher als im Berliner Umland mit 13,2 %.

Kinder mit hoher Karieserfahrung

Um ein differenziertes Bild für **Kinder mit erhöhter Karieserfahrung** zu erhalten, kann der **Specific Affected Caries Index (SaC)** herangezogen werden (Schmoeckel, et al., 2019). Dieser beschreibt die durchschnittliche Karieserfahrung innerhalb der Gruppe der **Kinder mit Karieserfahrung (dmft-t > 0)**. Im Schuljahr 2024/2025 lag der SaC-Wert im Land Brandenburg bei 3,85. Dies bedeutet, dass Kinder mit einem dmft-t > 0 im Durchschnitt an nahezu vier Milchzähnen Karieserfahrung gemacht haben. Insgesamt haben etwa ein Drittel der Kinder mit Karieserfahrung mindestens fünf betroffene Zähne (hohe Karieserfahrung) (Abb. 12).

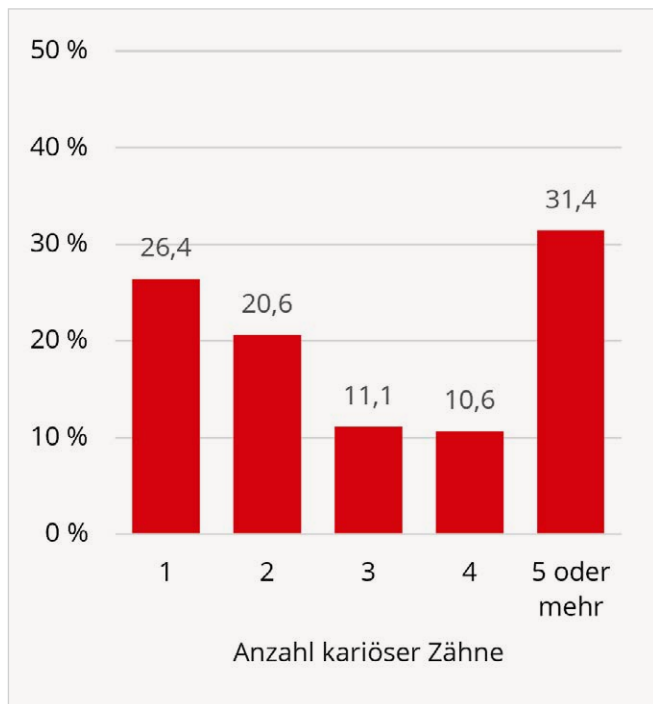


Abb. 12: Anteil kariöser Zähne bei untersuchten Kindern mit Karieserfahrung (dmf-t > 0) in Kindertagesstätten im Milchgebiss im Schuljahr 2024/2025

Betrachtet man darüber hinaus den Zahnstatus der betroffenen Kinder, so zeigen die Ergebnisse, dass anteilig 72,3 % der Gebisse behandlungsbedürftig sind und gegenüber den Gebissen im sanierten Zustand mit 27,7 % überwiegen.

Mit zunehmendem **Alter** steigt der Anteil stark betroffener Kinder in Kindertagesstätten deutlich an. Bei den 4- bis 6-jährigen haben etwa ein Drittel der Kinder mit Karieserfahrung diese an fünf oder mehr Zähnen, bei den 7-jährigen sind es nahezu die Hälfte der betroffenen Kinder (Abb. 13).

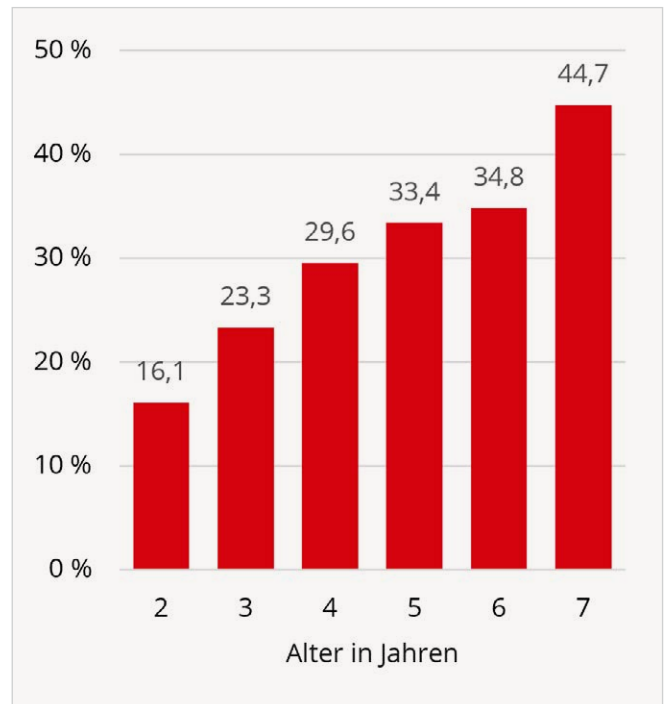


Abb. 13: Anteil der Kinder mit hoher Karieserfahrung (dmf-t > 5) an Kindern mit einem dmf-t von > 0 in Kindertagesstätten im Schuljahr 2024/2025 nach Alter

Jungen weisen etwas häufiger eine hohe Karieserfahrung auf als Mädchen.

Im **regionalen** Vergleich liegt der Anteil von Kindern mit hoher Karieserfahrung unter den Kindern mit jeglicher Karieserfahrung bevölkerungsbezogen im Weiteren Metropolenraum insgesamt höher (32,6 %) als im Berliner Umland (28,5 %).

Insgesamt wird deutlich, dass Karies im frühen Kindesalter ca. ab dem 2. Lebensjahr entsteht und sich mit zunehmendem Alter sowohl in ihrer Häufigkeit als auch in ihrer Ausprägung verstärkt.

3.3. Frühbehandlungsrelevante kieferorthopädische Auffälligkeiten

Kieferorthopädische Auffälligkeiten sind Abweichungen von einer regelrechten Verzahnung (eugnathes Gebiss). Im frühen Kindesalter sind solche Befunde häufig entwicklungsbedingt und nicht in jedem Fall behandlungsbedürftig.

Die Erhebung erfolgt anhand der **kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)**. Dabei werden Auffälligkeiten systematisch erfasst und nach Art und Ausprägung klassifiziert.

Im Schuljahr 2024/2025 wiesen 76,9 %³ der untersuchten Krippen- und Kindergartenkinder ein **eugnathes Gebiss** auf. Bei 22,5 % der Kinder wurde eine kieferorthopädische Auffälligkeit festgestellt, die noch unbehandelt war. 0,5 % der Kinder befanden sich bereits in kieferorthopädischer Behandlung.

Das Vorkommen kieferorthopädischer Anomalien im Alter von 1 Jahr war mit 4,3 % sehr gering. Im Alter von 2 Jahren lag der Anteil bei 19,3 %, stieg bei den 3-Jährigen auf 26,6 % an und entwickelte sich leicht schwankend bis zum Alter von 7 Jahren auf einen Anteil von 33,2 % (Abb. 14). Diese Entwicklung ist auch vor dem Hintergrund der altersabhängigen Gebissentwicklung zu interpretieren, da bei jüngeren Kindern häufig noch kein vollständiges Milchgebiss vorliegt.

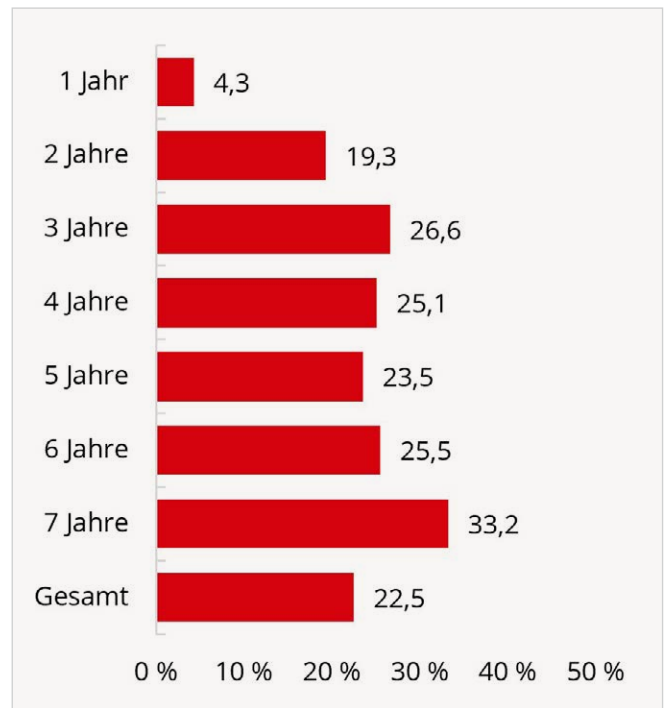


Abb. 14.: Anteil von untersuchten Kindern in Kindertagesstätten mit erstmalig festgestellten kieferorthopädischen Auffälligkeiten nach Alter im Schuljahr 2024/2025

Die überwiegende Mehrheit der festgestellten Auffälligkeiten weist einen geringen bis mittleren Ausprägungsgrad auf. Rund 70 % der Befunde liegen in den Schweregraden 1 bis 2 und sind in der Regel nicht unmittelbar behandlungsbedürftig. Das bedeutet, dass bei 22,5 % der Kindergartenkinder eine kieferorthopädische Anomalie festgestellt wurde, von denen bei rund 30 % ein Behandlungsbedarf gemäß KFO Richtlinie besteht (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2003). Dies entspricht 6,9 % aller Kinder.

³ Rundungsbedingt können in der Summe der Anteile minimale Abweichungen von 100 % entstehen.

Die Auswertung nach Art der Auffälligkeit zeigt, dass insbesondere sagittale (z.B. „Überbiss“) und vertikale (z.B. offener Biss) Abweichungen am

häufigsten vorkommen. Die transversalen Abweichungen wie Kreuzbisse treten ebenfalls gehäuft auf (Abb. 15).

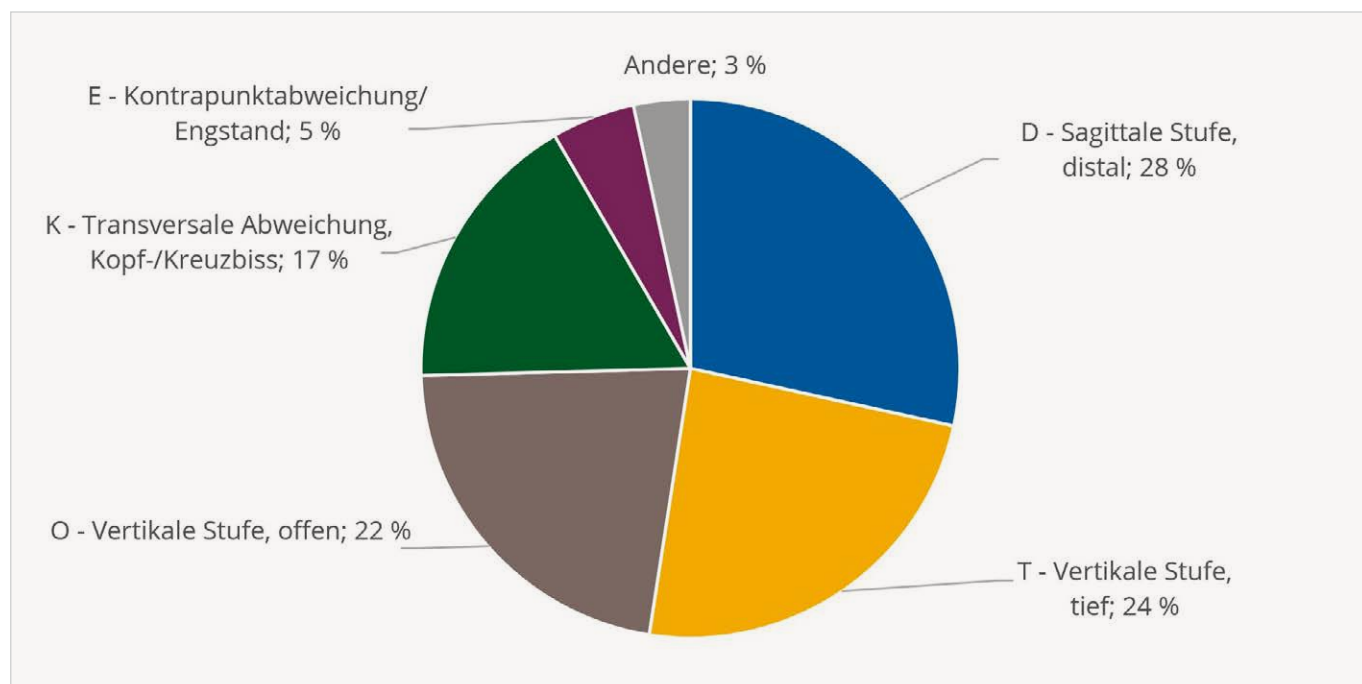


Abb. 15: Verteilung der kieferorthopädischen Auffälligkeiten bei untersuchten Kindern in Kindertagesstätten nach Art und Ausprägungsgrad im Schuljahr 2024/2025

Für die Einordnung sind vor allem die Auffälligkeiten relevant, die eine frühzeitige Behandlung vor Beginn der zweiten Wechselgebissphase erforderlich machen können. Dazu zählen insbesondere ausgeprägte sagittale Abweichungen, Kreuzbisse sowie offene Bisse, die häufig mit Lutschgewohnheiten in Zusammenhang stehen.

Diese Befunde können die Entwicklung von Kiefer, Gebiss und Funktionen wie Kauen, Schlucken und Sprechen beeinflussen und stellen einen wichtigen Ansatzpunkt für möglichst frühzeitig einsetzende präventive Maßnahmen dar.

Von dem Anteil der Kinder, die gemäß KFO-Richtlinie einen Behandlungsbedarf mit einem Schweregrad > 2 aufwiesen, stellte sich bei 18,5 % auch die Indikation für eine Frühbehandlung vor Beginn der zweiten Wechselgebissphase.

Hier war im Schuljahr 2024/2025 die transversalen Abweichungen (einseitige und beidseitige Kreuzbisse) mit 68,5 % die häufigste Indikation bei festgestelltem frühen Behandlungsbedarf.

3.4. Prävention im Setting: tägliches Zähneputzen und „Kita mit Biss“

Für eine gute Mundgesundheit ist es entscheidend, dass Kinder frühzeitig Mundhygiene erlernen und regelmäßig anwenden. Bereits im frühen Alter können Kinder schrittweise an die Nutzung von Zahnbürste und fluoridhaltiger Zahnpasta herangeführt werden.

Das **tägliche Zähneputzen** in Kindertagesstätten ist eine zentrale Maßnahme der Gruppenprophylaxe sowie der Verhältnisprävention in Einrichtungen. Es ergänzt das tägliche Zähneputzen im häuslichen Umfeld und trägt dazu bei, dass alle Kinder, unabhängig von ihrem familiären Hintergrund, Zugang zu altersgerechtem Training der Mundhygiene erhalten (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., 2020).

Im Schuljahr 2024/2025 wurde das tägliche Zähneputzen in 59,2 % der Kindertagesstätten im Land Brandenburg durchgeführt, im Vorjahr waren es noch 62,6 %. Der Anteil an Kitas, die Zahnputztrainings durchführen, variiert zwischen den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten zwischen 28,7 % und 95 %.

Insgesamt ist die Durchführung des täglichen Zähneputzens in Kindertagesstätten seit dem Schuljahr 2017/2018 rückläufig und ist auch nach der COVID-19-Pandemie nicht wieder auf das vorherige Niveau angestiegen. In nahezu allen Landkreisen und kreisfreien Städten zeigt sich seit dem Schuljahr 2019/2020 ein Rückgang des täglichen Zähneputzens zwischen 2 und 40 Prozentpunkten. Im Schuljahr 2020/2021 während der Pandemie war dieser am stärksten ausgeprägt. (Abb.16)

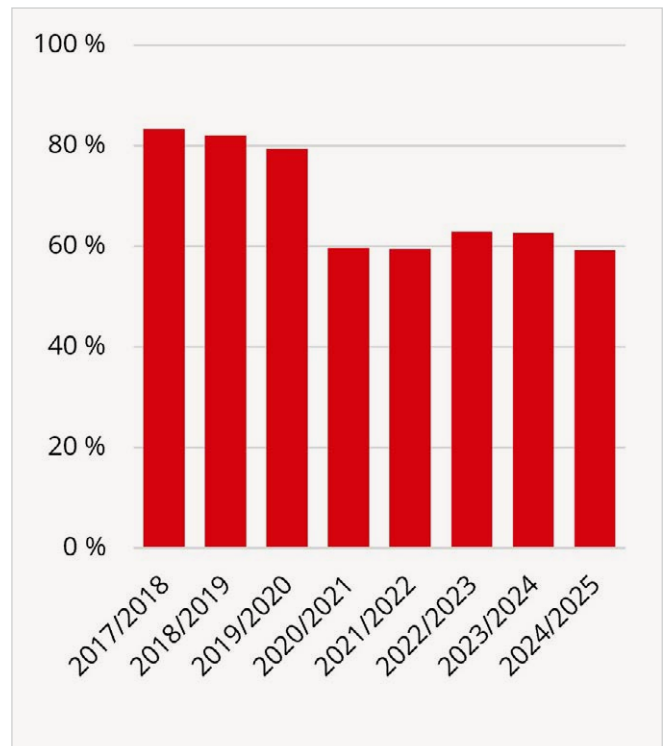


Abb. 16.: Anteil von Kindertagesstätten, in denen täglich Zähne geputzt werden

Das tägliche Zähneputzen ist Bestandteil des Präventionsprogrammes **„Kita mit Biss“**. Dieses umfasst weitere Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit, wie beispielsweise einen zuckerfreien Vormittag, das Angebot ungesüßter Getränke sowie die Unterstützung beim Abgewöhnen von Lutschgewohnheiten.

Zum 31.12.2025 nahmen 609 von insgesamt 1.611 Kindertagesstätten im Land Brandenburg an dem Programm teil, was einem Anteil von 37,8 % entspricht. Gegenüber den Vorjahren ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen (2024: 37,5 %, 2023: 36 %).

Auch hier zeigen sich deutliche regionale Unterschiede in der Umsetzung, mit Anteilen zwischen 0 % und 97 % der Einrichtungen.

4. Fazit und Ausblick

Anknüpfend an die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes des Landes Brandenburg setzt sich die positive Entwicklung der Mundgesundheit fort. Über 80 % der untersuchten Krippen- und Kindergartenkinder haben naturgesunde Gebisse. Insgesamt bestätigt sich damit weiterhin ein gutes Niveau der Mundgesundheit im Land Brandenburg.

Gleichzeitig zeigen sich bekannte Muster weiterhin deutlich: Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil naturgesunder Gebisse ab, während Behandlungsbedürftigkeit und Sanierungsgrad entsprechend ansteigen.

Auch regionale Unterschiede bestehen fort. Die Mundgesundheit im Berliner Umland ist tendenziell besser als im Weiteren Metropolenraum.

Circa die Hälfte der Kinder macht in den Jahren der Betreuung in Kindertagesstätten bis zum Eintrittsalter in die Schule eine Karieserfahrung. Bei fast einem Drittel der Kinder mit Karieserfahrung sind 5 oder mehr Zähne betroffen.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, Risikogruppen für eine hohe Karieserfahrung zu identifizieren, präventive Maßnahmen gezielt auf diese Gruppen auszurichten und vor Entstehung von Behandlungsbedarfen Angebote zu intensivieren, gesundheitliche Bildung zu fördern und die Gesundheitskompetenz in diesem Bereich zu erhöhen.

Dem Setting Kindertagesstätte kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Die Förderung gesundheitsbezogener Kompetenzen ist Teil des Bildungsauftrags (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg). Maßnahmen wie das tägliche Zähneputzen sind in diesem Zusammenhang alltagsintegrierte Bildungsangebote, welche die Entwicklung von Selbstfürsorge und gesundheitsbewusstem Verhalten unterstützen sowie gesundheitliche Chancengleichheit stärken.

Die Ergebnisse dieses Berichts lassen sich mit den im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht dargestellten Entwicklungen im Gesundheitsverhalten zusätzlich einordnen (MGS, 2025). Dort werden unter anderem Unterschiede in Ernährungsgewohnheiten, insbesondere im Zuckerkonsum, sowie in der Inanspruchnahme präventiver Angebote beschrieben, die mit sozialen Lebenslagen zusammenhängen.

Auch für die vorliegenden Ergebnisse zeigen sich bereits im frühen Kindesalter Unterschiede in der Mundgesundheit im Zusammenhang mit den sozialen Rahmenbedingungen

Die bestehenden präventiven Ansätze und Maßnahmen sind vor diesem Hintergrund sinnvoll und sollten fortgeführt und weiterentwickelt werden.

5. Quellen

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 21 - Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe), aktuelle Fassung.

Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG): Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst, 2019.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe, 2020.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie über die kieferorthopädische Behandlung gemäß § 29 SGB V, 24.09.2003 BAnz. Nr. 226 (S. 24 966) vom 03.12.2003.

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Brandenburg (LAVG): Gesundheitsplattform der Landesregierung Brandenburg.

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (MBJS): Bildungsplan, Erweiterte Grundsätze elementarer Bildung in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung im Land Brandenburg, 2024.

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg: Brandenburger Leitfaden für die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter, 2026.

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg: Kinder- und Jugendgesundheitsbericht des Landes Brandenburg, 2025.

Robert Koch-Institut (RKI): German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)

Schmoeckel J, Santamaría RM, Basner R, Schüler E, Splieth CH (2019): Introducing a specific term to present caries experience in populations with low caries prevalence: specific affected caries index (SaC) Caries Res.

Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
14482 Potsdam, Großbeerenstraße 181-183