ENNEPE-
RUHR-KREIS



Kinder im Fokus

Daten zur Schuleingangsuntersuchung und zur Zahngesundheit 2026

Impressum

Herausgeber
Ennepe-Ruhr-Kreis
Fachbereich V – Soziales, Gesundheit, Bildung und Integration
Gesundheits-, Sozial- und Pflegeplanung
Hauptstr. 92
58332 Schwelm

Verfasserin
Theresa Thien
Gesundheitsmonitoring, Gesundheitsberichterstattung
T.Thien@en-kreis.de

Redaktion
Dr. Sabine Klinke-Rehbein
Dr. Inka Goddon
Dr. Ann-Kristin Rauer
Petra Steding
Florian Gleis
Joel Stieglitz

© Ennepe-Ruhr-Kreis, Juli 2026

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben sowie Druckfehler übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Liebe Bürgerinnen und Bürger,



Gesundheit ist ein zentrales, vielleicht sogar das zentrale Thema unseres Lebens. Sie betrifft uns alle, in jedem Alter und in vielen Bereichen unseres Alltags: in der Kita, auf dem Schulhof, am Familientisch oder auf der Arbeit. Umso wichtiger ist es, nicht erst im Krankheitsfall zu handeln, sondern unsere Gesundheit aktiv zu fördern, Risiken frühzeitig zu erkennen und Prävention zu stärken.

Der Ennepe-Ruhr-Kreis als Träger des Gesundheitsamtes unterstützt durch unterschiedliche präventive Angebote und Projekte die Gesundheit der im Kreisgebiet lebenden Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen.

Mit diesem Gesundheitsbericht erhalten Sie einen Überblick über die gesundheitliche Lage im Ennepe-Ruhr-Kreis. Gesundheitsberichte machen Entwicklungen sichtbar und helfen dabei, diese anhand verlässlicher Daten besser einzuordnen. Zahlen und Auswertungen sind dabei kein Selbstzweck: Sie liefern eine wichtige Grundlage, um Maßnahmen gezielt weiterzuentwickeln und die präventiven Strukturen dort auszubauen, wo sie besonders gebraucht werden.

Ein Schwerpunkt dieses Berichts widmet sich den Schuleingangsuntersuchungen für die Einschulungen im Jahr 2025. Die Schuleingangsuntersuchung und -beratung hat das Ziel, für unsere Kinder den Übergang in die Schule so gut wie möglich zu gestalten. Bei der Untersuchung durch das Team Kinder- und Jugendgesundheit des Gesundheitsamtes wird daher unter anderem auf die für den Schulalltag wichtigen Aspekte Grob- und Feinmotorik, Sprache und Körperkoordination geachtet. Wir erhalten wertvolle Hinweise zur Entwicklung unserer Vorschulkinder, damit Unterstützungsbedarfe früh erkannt und Kinder bestmöglich auf ihren Schulstart vorbereitet werden.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Zahngesundheit unserer Kinder im Kreis. Die erhobenen Zahngesundheitsdaten aus den zweiten und vierten Klassen zeigen, wie bedeutend frühzeitige Vorsorge und gute Zahnhygiene sind. Karies ist nach wie vor eine häufige Diagnose im Kindesalter und in vielen Fällen vermeidbar. Deshalb ist es wichtig, Kinder früh an regelmäßiges Zähneputzen, gesunde Ernährung und Vorsorgeuntersuchungen heranzuführen. Altersgerechte Präventionsangebote und Aufklärung in den Kitas und Grundschulen durch das gemeinsame Engagement des Arbeitskreises Zahngesundheit im Ennepe-Ruhr-Kreis und dem Sachgebiet Kinder- und Jugendzahngesundheit des Ennepe-Ruhr-Kreises spielen hierbei eine entscheidende Rolle.

Ich danke allen Beteiligten, die durch ihre engagierte Arbeit zur Erstellung dieses Berichts beigetragen haben, und wünsche Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, eine informative Lektüre.



Jan-Christoph Schaberick
Landrat

Inhaltsverzeichnis

Impressum **Seite 2**

Vorwort **Seite 3**

Abbildungsverzeichnis **Seite 5**

Tabellenverzeichnis **Seite 8**

Abkürzungsverzeichnis **Seite 9**

1. Einleitung **Seite 10**

2. Schuleingangsuntersuchung **Seite 13**

2.1 Grundlagen der Schuleingangsuntersuchung Seite 14

2.1.1 Präventionsangebote des Ennepe-Ruhr-Kreises Seite 16

2.2 Zentrale Ergebnisse Seite 17

2.3 Fazit und Handlungsfelder Seite 34

3. Zahngesundheit von Kindern **Seite 39**

3.1 Grundlagen der Zahngesundheit Seite 40

3.1.1 Förderung der Zahngesundheit: Untersuchungs- und Präventionsangebote im Ennepe-Ruhr-Kreis Seite 42

3.1.2 Einfluss von Corona auf die Durchführung zahnärztlicher Untersuchungen und Gruppenprophylaxe Seite 43

3.2 Zentrale Ergebnisse zur Zahngesundheit Seite 45

3.3 Fazit und Handlungsfelder Seite 64

4. Ausblick **Seite 66**

Literaturverzeichnis **Seite 68**

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Allgemeine Angaben zum Einschulungsbefund der Einschülerinnen und Einschüler für das Schuljahr 2025/2026 Seite 17

Abbildung 2: Spezifische Befundergebnisse -medizinisch relevanter Befund- der untersuchten Einschülerinnen und Einschüler für das Schuljahr 2025/2026 Seite 18

Abbildung 3: Spezifische Befundergebnisse - ärztliche Abklärung erforderlich - der untersuchten Einschülerinnen und Einschüler für das Schuljahr 2025/2026 Seite 19

Abbildung 4: Angaben zum Einschulungsbefund der weiblichen und männlichen Untersuchungsgruppe für das Schuljahr 2025/2026 Seite 19

Abbildung 5: Gewichtskategorien nach Kromeyer-Hauschild Seite 21

Abbildung 6: Impfstatus Mumps, Masern, Röteln Seite 23

Abbildung 7: Durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen Seite 24

Abbildung 8: Altersgerechte Sprachkompetenz gesamt Seite 25

Abbildung 9: Altersgerechte Sprachkompetenz nach Erstsprache klassifiziert Seite 26

Abbildung 10: Altersgerechte Sprachkompetenz nach Kitabesuchsdauer Seite 27

Abbildung 11: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen Seite 28

Abbildung 12: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen nach Kitabesuchsdauer Seite 29

Abbildung 13: Auffälligkeiten im Bereich Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen Seite 31

Abbildung 14: Auffälligkeiten im Bereich Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen nach Kitabesuchsdauer Seite 31

Abbildung 15: Auffälligkeiten im Bereich Körperkoordination Seite 32

Abbildung 16: Auffälligkeiten im Bereich Körperkoordination nach Kitabesuchsdauer Seite 33

Abbildung 17: Durchschnittswerte des dmft/DMT-Index der zweiten Klassen nach Städten Seite 46

Abbildung 18: Darstellung des dmft-Index für das Milchgebiss der zweiten Klassen in Prozent (%) Seite 47

Abbildung 19: Darstellung des DMFT-Index für das bleibende Gebiss der zweiten Klassen in Prozent (%) Seite 47

Abbildung 20: Darstellung der d,m und f-Komponenten im Milchgebiss der zweiten Klassen mit Karieserfahrung (dmft ≥ 1) in Prozent (%) Seite 48

Abbildung 21: Darstellung der D, M und F-Komponenten im bleibenden Gebiss der zweiten Klassen mit einem DMFT ≥ 1 in Prozent (%) Seite 49

Abbildung 22: Durchschnittswerte des dmft/DMFT-Index der vierten Klassen nach Städten Seite 51

Abbildung 23: Darstellung des dmft-Index für das Milchgebiss der vierten Klassen in Prozent (%) Seite 51

Abbildung 24: Darstellung des DMFT-Index für das bleibende Gebiss der vierten Klassen in Prozent (%) Seite 52

Abbildung 25:Darstellung der d,m und f-Komponenten im Milchgebiss der vierten Klassen mit einem dmft ≥ 1 in Prozent (%) Seite 53

Abbildung 26: Darstellung der D, M und F-Komponenten im bleibenden Gebiss der vierten Klassen mit einem DMFT ≥ 1 in Prozent (%) Seite 53

Abbildung 27: Durchschnittswerte des dmft/DMFT-Index der zweiten Klassen nach Risikoschulen vs. Nicht-Risikoschulen Seite 54

Abbildung 28: Darstellung des dmft-Index im Milchgebiss der zweiten Klassen in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%) Seite 55

Abbildung 29: Darstellung des DMFT-Index im bleibenden Gebiss der zweiten Klassen in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%) Seite 56

Abbildung 30: Darstellung der d,m und f-Komponenten im Milchgebiss der zweiten Klassen mit einem dmft ≥ 1 in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%) Seite 57

Abbildung 31: Darstellung der D, M und F-Komponenten im bleibenden der zweiten Klasse mit einem DMFT ≥ 1 in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%) Seite 58

Abbildung 32: Durchschnittswerte des dmft/DMFT-Index der vierten Klassen nach Risikoschulen vs. Nicht-Risikoschulen Seite 59

Abbildung 33: Darstellung des dmft-Index im Milchgebiss der vierten Klassen in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%) Seite 60

Abbildung 34: Darstellung des DMFT-Index im bleibenden Gebiss der vierten Klassen in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%) Seite 61

Abbildung 35: Darstellung der d,m und f-Komponenten im Milchgebiss der vierten Klassen mit einem dmft ≥ 1 in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%) Seite 62

Abbildung 36: Darstellung der D, M und F-Komponenten im bleibenden Gebiss der vierten Klassen mit einem DMFT ≥ 1 in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%) Seite 63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Betreute Kitas und putzende Kitas im Vergleich 2019 und 2024/2025 Seite 43

Tabelle 2: Zahnärztliche Betreuung und Durchführung der Gruppenprophylaxe in Kitas 2019-2024 Seite 43

Tabelle 3: Zahnärztliche Betreuung und Prophylaxeunterricht in Grund- und Förderschulen 2019-2024 Seite 44

Tabelle 4: Durchführung des spezifischen Kariespräventionsprogramms ab 2020 Seite 44

Tabelle 5: Soziodemografische Merkmale der untersuchten Kinder der zweiten Klassen im Ennepe-Ruhr-Kreis Seite 45

Tabelle 6: Soziodemografische Merkmale der untersuchten Kinder der vierten Klassen im Ennepe-Ruhr-Kreis Seite 50

Abkürzungsverzeichnis

NRW	Nordrhein-Westfalen
ERK	Ennepe-Ruhr-Kreis
SEU	Schuleingangsuntersuchung
KJD	Kinder- und Jugendgesundheit
SOPESS	Sozialpädiatrische Entwicklungsscreenings
LfGA	Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz
BMI	Body-Mass-Index
mind.	mindestens
u.a.	unter anderem
i.d.R.	in der Regel
Kita	Kindertageseinrichtung

1. Einleitung

Die Gesundheitsberichterstattung ist im Gesetz des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Landes Nordrhein-Westfahlen (NRW) festgelegt. Demnach ist der Ennepe-Ruhr-Kreis (ERK) zu einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung verpflichtet (Land Nordrhein-Westfalen, 2025b). Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Frage, wie es um die Gesundheit von Kindern im Ennepe-Ruhr-Kreis steht. Der Fokus liegt dabei auf den Daten der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) sowie dem Status der Zahngesundheit von Schülerinnen und Schülern der zweiten und vierten Klasse. Mithilfe deskriptiver Analysen der verfügbaren Daten soll der Bericht ein klares Bild der SEU und der Zahngesundheit von Grundschulkindern im Ennepe-Ruhr-Kreis zeichnen. Dabei werden auch vereinzelt Präventionsangebote in den jeweiligen Bereichen erläutert. Aus den Ergebnissen lassen sich Hinweise für mögliche Handlungsfelder ableiten, ohne dass der Bericht kausale Zusammenhänge untersucht.

Kernbotschaften Schuleingangsuntersuchung:

1. Knapp 55% der untersuchten Kinder weisen in mindestens einem untersuchten Bereich der Schuleingangsuntersuchung einen auffälligen Befund auf, der eine individuelle Beratung erforderlich macht.
2. Knapp 1/3 der untersuchten Kinder weisen einen medizinisch relevanten Befund auf.
3. 17% der untersuchten Kinder weisen einen Befund auf, der eine erstmalige Vorstellung bei einer Fachärztin, einem Facharzt oder der Hausärztin/dem Hausarzt erfordert.
4. Rund 16% der untersuchten Kinder weisen kein Normalgewicht auf.
5. Knapp 95% aller Kinder mit vorgelegtem Impfpass weisen einen vollständigen Masernschutz auf.
6. Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist mit prozentualen Anteilen zwischen 90,3% und 93,1% insgesamt hoch.
7. Insgesamt weisen ¾ der Kinder mit Deutsch als Erstsprache eine altersgerechte Sprachkompetenz auf.
8. 70% der untersuchten Kinder mit einer anderen Erstsprache weisen keine altersgerechte Sprachkompetenz auf.
9. Knapp ¼ der Kinder weisen eine auffällige Körperkoordination auf.
10. Insgesamt ist bei einer längeren Kita-Besuchsdauer zu beobachten, dass der Anteil unauffälliger Befunde in den Bereichen „Altersgerechte Sprachkompetenz“ „Umgang mit Zahlen und Mengen”, „Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen” sowie „Körperkoordination” tendenziell steigt.

(Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Kernbotschaften Zahngesundheit - Zweite Klassen:

1. Kinder der zweiten Klasse weisen im Milchgebiss im Durchschnitt 1,78 Milchzähne mit Karieserfahrung auf.
2. Insgesamt liegt der prozentuale Anteil der gesunden Milchgebisse für die zweiten Klassen der untersuchten Schulen bei 53%.
3. Der Anteil der Kinder mit Karieserfahrung im Milchgebiss in den zweiten Klassen der untersuchten Schulen liegt bei 47%.
4. Insgesamt liegt der Anteil unbehandelter Karies bei allen Kindern mit Karieserfahrung im Milchgebiss der zweiten Klassen an den untersuchten Schulen bei 70%.
5. Im bleibenden Gebiss liegt der prozentuale Anteil gesunder Zähne für die Kinder der zweiten Klasse an den untersuchten Schulen insgesamt bei 93%.

(Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Kernbotschaften Zahngesundheit - Vierte Klassen:

6. Kinder der vierten Klasse weisen im Milchgebiss im Durchschnitt 1,11 Milchzähne mit Karieserfahrung auf.
7. Der prozentuale Anteil gesunder Milchgebisse bei Kindern der vierten Klasse an allen untersuchten Schulen liegt bei 56%.
8. In den vierten Klassen der untersuchten Schulen liegt der Anteil der Kinder mit Karieserfahrung im Milchgebiss bei 43 %.
9. Der Anteil unbehandelter Karies bei allen Kindern mit Karieserfahrung im Milchgebiss der vierten Klassen an den untersuchten Schulen liegt insgesamt bei 64%.
10. Im bleibenden Gebiss beträgt der prozentuale Anteil gesunder Zähne bei den Kindern der vierten Klasse an den untersuchten Schulen insgesamt 88%.

(Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Schuleingangsuntersuchung



2. Schuleingangsuntersuchung

Die folgenden Abschnitte skizzieren die rechtlichen Grundlagen sowie Aufgaben der Schuleingangsuntersuchung und stellen die zentralen Ergebnisse der Untersuchungen dar.

2.1 Grundlagen der Schuleingangsuntersuchung

Die SEU wird durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des Ennepe-Ruhr-Kreises durchgeführt. Die rechtliche Basis für die Untersuchung bilden §54 des Schulgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (§54 SchulG NRW) sowie §11 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (§11 ÖGDG NRW).

Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde ist es, bei Kindern vor der Einschulung alle erforderlichen Daten zu erheben, um mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, Entwicklungsauffälligkeiten sowie schulrelevante Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig geeignete Maßnahmen zur Behandlung, Förderung oder Versorgung einzuleiten. Die Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigten werden über die hierbei gewonnenen Ergebnisse informiert und fachlich beraten; zugleich werden diese Ergebnisse an die jeweilige Schulleitung übermittelt (Land Nordrhein-Westfalen NRW, 2025).

Die schulärztlichen Untersuchungen orientieren sich am Bielefelder Modell. Danach können im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen folgende Daten erhoben werden (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2025):

- Befunde der Sinnesorgane und des orthopädischen Bereichs
- Körpermaße
- Befunde der Sinnesorgane und des orthopädischen Bereichs
- Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten
- Allergien
- sonstige schulrelevante Erkrankungen
- Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1–U9
- Impfstatus

Einen großen Teil der Untersuchung bildet das Sozialpädiatrische Entwicklungs-Screening (SOPESS). Es ist ein Verfahren zur Erfassung von Entwicklungsauffälligkeiten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Das Modell wurde vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen sowie der Universität Bremen entwickelt (Petermann et al., 2009). Das Screening gibt der Schulärztin bzw. dem Schularzt Hinweise darauf, ob eine Entwicklungsauffälligkeit vorliegt. Die erhobenen Daten dürfen in anonymisierter Form für das kommunale Gesundheitsmonitoring verwendet werden und sind dem Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz ebenfalls in anonymisierter Form zu übermitteln, unter anderem für die Gesundheitsberichterstattung (Land Nordrhein-Westfalen NRW, 2025).

Die Schuleingangsuntersuchungen im Ennepe-Ruhr-Kreis finden ganzjährig statt und werden individuell terminiert. In der Regel dauert eine Untersuchung etwa 75 Minuten. Eingeladen werden alle Kinder, die im laufenden Jahr das sechste Lebensjahr vollenden und vor dem 1. Oktober geboren wurden. Der Untersuchungszeitpunkt liegt üblicherweise bei etwa 5½ Jahren. Bei besonderen Fragestellungen oder Entwicklungsauffälligkeiten kann die Untersuchung vorgezogen werden.

Im Falle einer möglichen Rückstellung vom Schulbesuch erfolgt die Untersuchung möglichst frühzeitig. In diesem Zusammenhang ist der Erhalt eines Kindergartenplatzes von zentraler Bedeutung, da der fortbestehende Kontakt zu Gleichaltrigen wichtige Impulse für die soziale und kognitive Entwicklung bietet. Erfahrungen im gemeinsamen Spiel und Lernen sind wesentliche Entwicklungsfaktoren, sodass eine Rückstellung ohne entsprechende soziale Einbindung in der Regel nicht zielführend ist. Die Untersuchung umfasst ein Entwicklungs-Screening sowie die Überprüfung von Größe, Gewicht, Hör- und Sehvermögen. Im Anschluss werden die Sorgeberechtigten beraten und erhalten gegebenenfalls Empfehlungen zur weiteren Förderung des Kindes. Bei Bedarf erfolgt eine Weiterleitung an die behandelnde Kinderärztin bzw. den Kinderarzt.

Ein Bestehen oder Nichtbestehen gibt es nicht; Ziel der SEU ist es, jedes Kind bestmöglich beim Übergang in die Schule zu unterstützen. Darüber hinaus dienen die erhobenen Daten nicht nur der Feststellung individueller Förderbedarfe, sondern auch als Grundlage zur Ableitung von Handlungsbedarfen auf Bevölkerungsebene. (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025a)

Der vorliegende Bericht legt den Fokus auf folgende Daten, die als Grundlage für das schulärztliche Gutachten dienen:

- Allgemeine Angaben
- Körpergewicht
- Impfungen (ausschließlich Masern, Mumps und Röteln)
- Früherkennungsuntersuchungen (U1–U9)
- Sprachkompetenz
- Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen,
- Auffälligkeiten beim Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen
- Das visuelle Wahrnehmen und Schlussfolgern im Sinne logischer Zuordnungen
- Auffälligkeiten in der Körperkoordination

Die SEU liefert wichtige Hinweise auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand von Kindern. Gleichzeitig lassen sich daraus Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen ableiten. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Präventionsangebote des Kreises vorgestellt, von denen einige an die Bereiche der SEU anknüpfen.

2.1.1 Präventionsangebote des Ennepe-Ruhr-Kreises

Der ERK hat bereits vor vielen Jahren ein primärpräventives Programm in Kindertageseinrichtungen (Kita) ins Leben gerufen, das in diesem Jahr aktualisiert wurde. In teilnehmenden Kitas wurde zuvor abgefragt, welche Entwicklungsbereiche als besonders kritisch eingeschätzt werden. Dabei wurde die sozial-emotionale Entwicklung am häufigsten genannt, gefolgt von Sprache, kognitiver Entwicklung und Motorik. Das neue Programm konzentriert sich auf diese vier Bereiche.

Das primärpräventive Programm „RückENwind" richtet sich an Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren, pädagogische Fachkräfte sowie Sorgeberechtigte und Familien.

Ziel ist es, die kindliche Entwicklung zu fördern, gesellschaftliche Teilhabe zu unterstützen und eine entwicklungsfördernde Umgebung zu gestalten. Gleichzeitig sollen Fachkräfte in ihrer Arbeit gestärkt und weitergebildet sowie Sorgeberechtigte in ihrer Erziehungskompetenz unterstützt werden.

Modul „Bewegen"
Förderung der Grob- und Feinmotorik, Erkundung der Umwelt und Erhalt der Bewegungsfreude. Positive Körperwahrnehmung wird gestärkt, Fachkräfte erhalten Anregungen zur Gestaltung von Bewegungsangeboten, und exemplarische Kinderaktionen werden gemeinsam mit den Fachkräften durchgeführt.

Modul „Fühlen"
Unterstützung der Kinder beim Bewusstsein für eigene Gefühle und Bedürfnisse, Förderung von Empathie und sozialen Kompetenzen. Fertige Materialsammlungen können in den Gruppenalltag integriert werden. Fachkräfte werden zudem im frühzeitigen Erkennen seelischer Entwicklungsauffälligkeiten geschult.

Modul „Sprechen"
Die ganzheitliche Förderung von Sprache, Interaktion sowie die Begleitung bei Problemen mit dem Ess- und Trinkverhalten sind wesentliche Bestandteile dieses Moduls. Die Sprachförderung erfolgt alltagsintegriert und unter Einbeziehung der Sorgeberechtigten. Fachkräfte vor Ort fungieren als Multiplikator:innen. Exemplarische Kinderaktionen und Medienboxen unterstützen die Umsetzung.

Modul „Entwickeln"
Einsatz des Dortmunder Entwicklungsscreenings (DESK 3-6R) zur systematischen Beobachtung in den Bereichen Motorik, Sprache, Kognition und sozial-emotionales Verhalten. Pädagogische Fachkräfte führen das Screening eigenständig in der Kita durch, Materialboxen werden bereitgestellt. Sorgeberechtigte von Kindern, die im Screening auffällig getestet wurden, erhalten Informationen zu individuellen Fördermaßnahmen. Bei Bedarf erfolgt zudem eine Nachuntersuchung durch Mitarbeiter:innen der Kinder- und Jugendgesundheit. Im Anschluss finden Beratungsgespräche mit den Sorgeberechtigten und den Fachkräften statt. Dabei werden die Fachkräfte in ihrer Rolle als entwicklungsbegleitende Pädagog:innen unterstützt.

Ein zentraler Schwerpunkt liegt auf der Förderung von Resilienz durch den gezielten Aufbau innerer und äußerer Schutzfaktoren. Das Programm basiert auf einem integrativen Ansatz und ist in vier eng miteinander verzahnte Module gegliedert: „Bewegen", „Fühlen", „Sprechen" und „Entwickeln". Diese Module werden direkt in den pädagogischen Alltag der Einrichtungen eingebunden, wobei die Befähigung und Unterstützung der Fachkräfte vor Ort im Vordergrund steht.

Aktuell nehmen 57 Kitas an dem Programm teil, das von Landrat Jan-Christoph Schaberick als Schirmherr unterstützt wird.

Im Bereich der seelischen Gesundheit hat der ERK gemeinsam mit dem LfGA das Elternprogramm „Schatzsuche" auf den Weg gebracht. Das ressourcenorientierte Programm für Kitas stärkt die seelische Gesundheit und Resilienz von Kindern. Erzieher:innen werden zu Schatzsuche-Referent:innen weitergebildet, um Eltern in sechs Elternabenden zu ausgewählten Themen rund um die seelische Gesundheit zu schulen.

Bisher haben 12 Kitas die Weiterbildung durchlaufen (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche, ERK,2026).

Das folgende Kapitel stellt die zentralen Ergebnisse der im Rahmen der SEU erhobenen Daten vor.

Darüber hinaus hat der Ennepe-Ruhr-Kreis einen Informationsflyer für die Sorgeberechtigten zur Vorbereitung auf die SEU entwickelt.

Flyer Schuleingangsuntersuchung

Ergänzend dazu gibt es einen weiteren Flyer, der den Sorgeberechtigten konkrete Anregungen liefert, wie sie die verschiedenen Kompetenzen ihrer Vorschulkinder im Alltag gezielt fördern können.

Flyer „Fit für die Schule?"

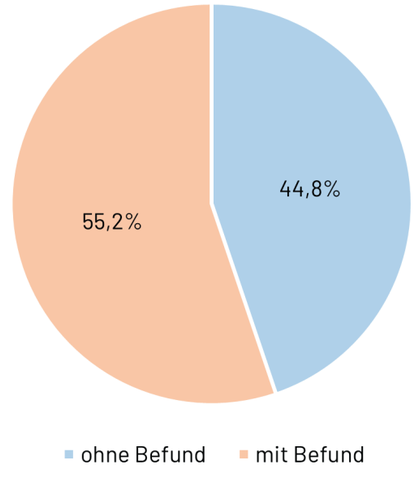
2.2 Zentrale Ergebnisse



Allgemeine Angaben
Die Untersuchungen für das Schuljahr 2025/2026 mit Einschulung im Sommer 2025 fanden vom 1. August 2024 bis zum 31. Juli 2025 statt. Es wurden insgesamt 3073 Kinder (100 %) aus den 9 kreisangehörigen Städten untersucht; bei zwei Kindern lagen fehlende Werte vor (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025).

Die Ergebnisse der allgemeinen Angaben zur Schuleingangsuntersuchung (Abbildung 1) zeigen, dass über die Hälfte der untersuchten Kinder einen auffälligen Befund aufweisen. Dieser beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit nur geringfügig oder vorübergehend (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025). Bei Kindern mit einem sogenannten auffälligen Befund in mindestens einem der untersuchten Bereiche findet noch vor Ort ein Beratungsgespräch statt. Es dient dazu, den Entwicklungsstand der Kinder zu fördern und konkrete, alltagsnahe Verhaltensänderungen anzustoßen, die von den Eltern oder Sorgeberechtigten unterstützt werden (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025a).

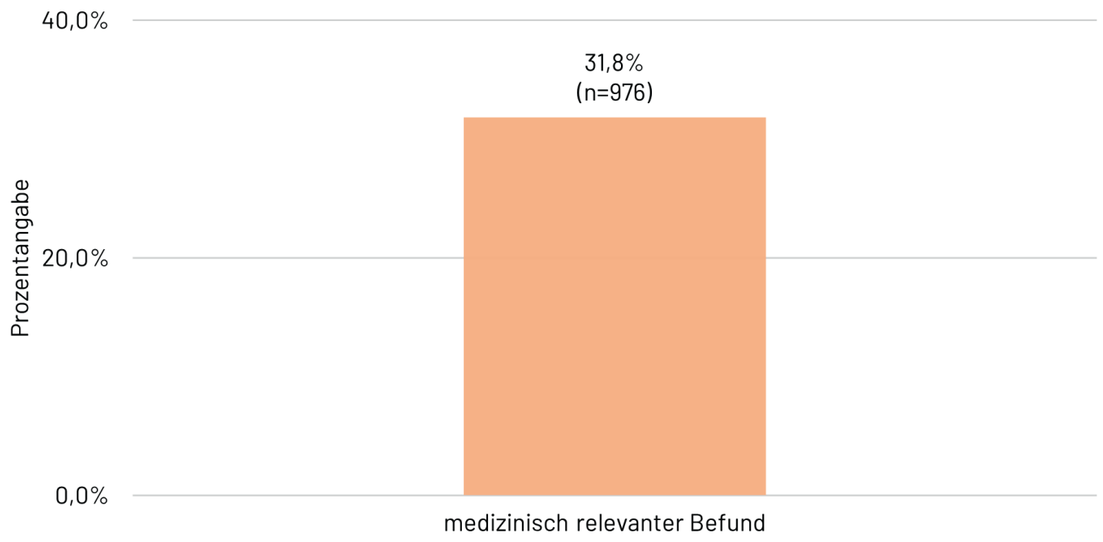
Abbildung 1: Allgemeine Angaben zum Einschulungsbefund der Einschülerinnen und Einschüler für das Schuljahr 2025/2026



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Weitere Berechnungen zeigen (Abbildung 2), dass knapp ein Drittel (31,8%, n=976) aller untersuchten Kinder mindestens einen medizinisch relevanten Befund aufweist, der entweder eine weitere ärztliche Abklärung erfordert, auf eine bereits bestehende Behandlung hinweist oder eine dauerhafte Erkrankung darstellt.

Abbildung 2: Spezifische Befundergebnisse-medizinisch relevanter Befund der untersuchten Einschülerinnen und Einschüler für das Schuljahr 2025/2026



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

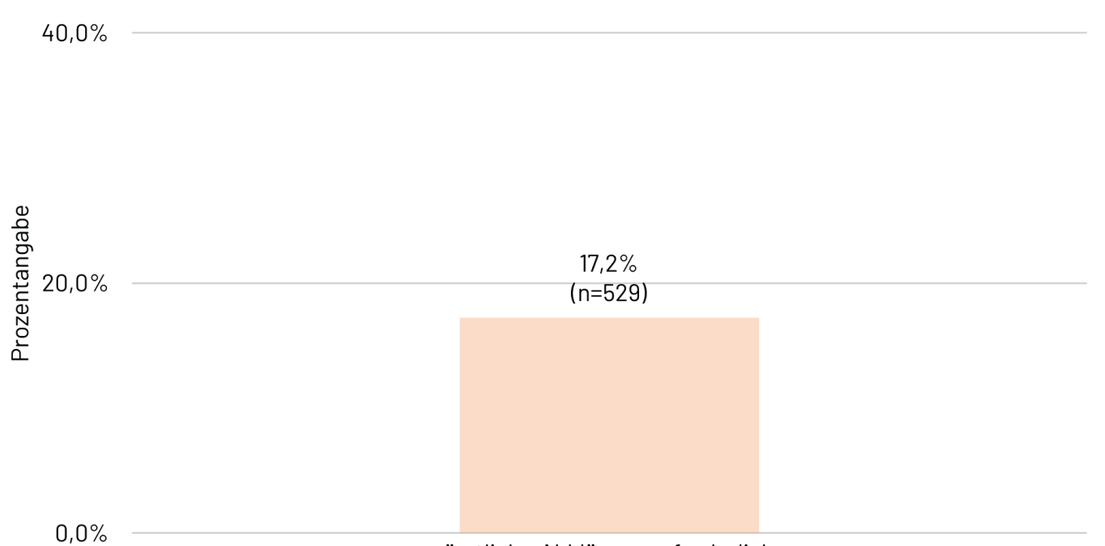
Bei knapp 17 % (n=529) aller untersuchten Kinder liegt entweder ein unzureichend versorgter oder ein neu festgestellter Befund vor, der eine erneute oder erstmalige Vorstellung bei einer niedergelassenen Fachärztin bzw. einem niedergelassenen Facharzt erforderlich macht (Abbildung 3). Ziel ist die Sicherstellung einer adäquaten medizinischen Versorgung, sodass ein bestmöglich versorgter Gesundheitszustand beim Eintritt in die Schulzeit gewährleistet ist.

Berücksichtigt werden nur Befunde, die nach den Standards der jugendärztlichen Definitionen des Bielefelder Modells erhoben wurden:

- Mit Befund: Untersuchte mit Befunden, welche die Leistungsfähigkeit nicht erheblich oder nur vorübergehend beeinträchtigen
- Medizinisch relevanter Befund: Untersuchte mit mindestens einem med. relevanten Befund
- Ärztliche Abklärung erforderlich: Untersuchte, für die mindestens bei einem Befund erstmalig oder erneut fachärztliche Beratung empfohlen/ initiiert wurde

(Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Abbildung 3: Spezifische Befundergebnisse - ärztliche Abklärung erforderlich - der untersuchten Einschülerinnen und Einschüler für das Schuljahr 2025/2026



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Sowohl in der weiblichen (n=1517) als auch in der männlichen (n=1554) Untersuchungsgruppe (Abbildung 4) weist jeweils über die Hälfte der untersuchten Kinder einen auffälligen Befund in der Schuleingangsuntersuchung auf (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025). Die Beeinträchtigung ist nicht erheblich bzw. nur vorübergehend, führt jedoch im Rahmen der Untersuchung zu einer weiterführenden Beratung der Sorgeberechtigten (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025a).

Gewicht

Übergewicht und Adipositas sind ein weltweites Problem, das bereits im Kindesalter beginnt (Robert Koch-Institut, 2018). Adipositas ist ein medizinischer Befund, der durch einen krankhaft erhöhten Anteil an Körperfett definiert wird (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2021). Zur Einschätzung des Körperfettanteils haben sich leicht erfassbare Kennzahlen wie Körpergröße und Körpergewicht sowie der daraus berechnete Body-Mass-Index (BMI = Körpergewicht in kg / Körpergröße in m^2) etabliert, da sich der exakte Fettanteil des Körpers nur mit aufwendigen Untersuchungsmethoden bestimmen lässt (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2021).

Im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern im selben Alter weisen Kinder mit Übergewicht und Adipositas häufiger Risikofaktoren für u. a. erhöhten Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Störungen des Glukosestoffwechsels auf (Friedemann et al., 2012; Robert Koch-Institut, 2018). Ebenso führt ein hoher BMI im Kindes- und Jugendalter mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Erkrankungen wie Diabetes Typ 2, Bluthochdruck oder Herz-Kreislauferkrankungen im erwachsenen Alter (Llewellyn et al., 2016; Robert Koch-Institut, 2018). Zudem birgt Übergewicht das Risiko der Stigmatisierung, des Mobbings und der Diskriminierung im eigenen sozialen Umfeld. Die Betroffenen sind anfälliger für negative Folgen wie soziale Isolation, schulische Nachteile, ein beeinträchtigtes psychisches Wohlbefinden sowie ungesunde Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten.
(Puhl & King, 2013)

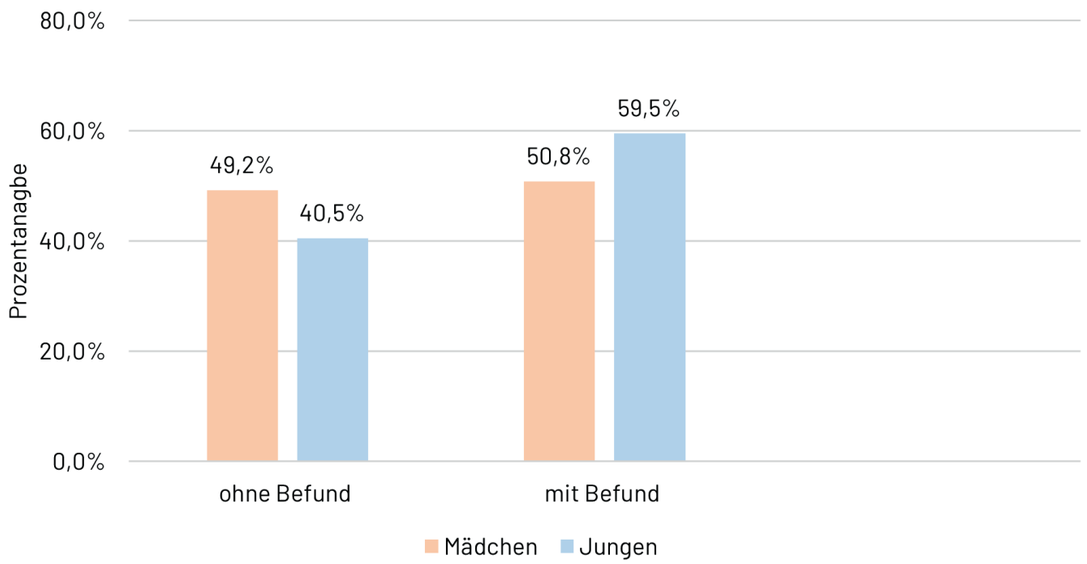
Eine Studie zur Kindergesundheit in Deutschland zeigt, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als Gleichaltrige aus Familien mit höherem Sozialstatus (Robert Koch-Institut, 2018). Vergleichbare Unterschiede zeigen sich auch im Bewegungsverhalten sowie beim Konsum gesüßter Softdrinks, die beide einen Einfluss auf Gewicht und Gesundheit haben (Robert Koch-Institut, 2018). Diese Befunde verdeutlichen, dass Übergewicht und Adipositas nicht ausschließlich als individuelle Probleme zu betrachten sind, sondern maßgeblich durch soziale und strukturelle Faktoren beeinflusst werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, politische Rahmenbedingungen und Lebenswelten von Kindern gesundheitsförderlich zu gestalten, gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken und präventive Maßnahmen gezielt auszubauen (Loss et al., 2025).

Insgesamt konnten 2.989 gültige Werte in die Untersuchung einbezogen werden (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025). Die Einteilung der Gewichtskategorien erfolgte nach Kromeyer-Hauschild (s. Infobox). Dabei wird der BMI altersabhängig bewertet und anhand von Perzentilen eingeordnet. Die Perzentilen bilden die Grundlage für die Zuordnung zu den jeweiligen Gewichtskategorien (Kromeyer-Hauschild et al., 2001).

Die Auswertung der Gewichtskategorien zeigt, dass der überwiegende Anteil der untersuchten Kinder (83,9 %) dem Normalgewicht zuzuordnen ist (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025). Insgesamt weisen 16,1 % der Kinder kein Normalgewicht auf. Die folgende Abbildung stellt ausschließlich Kinder dar, die nicht dem Normalgewicht zuzuordnen sind (Abbildung 5). Ein Anteil von 5,2% der Kinder wird als übergewichtig und 4,1% als adipös eingestuft, während 5,1% als untergewichtig und 1,7% als stark untergewichtig klassifiziert werden. Zwischen Jungen und Mädchen zeigten sich keine deutlichen Unterschiede in den prozentualen Anteilen der einzelnen Gewichtskategorie.
(Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

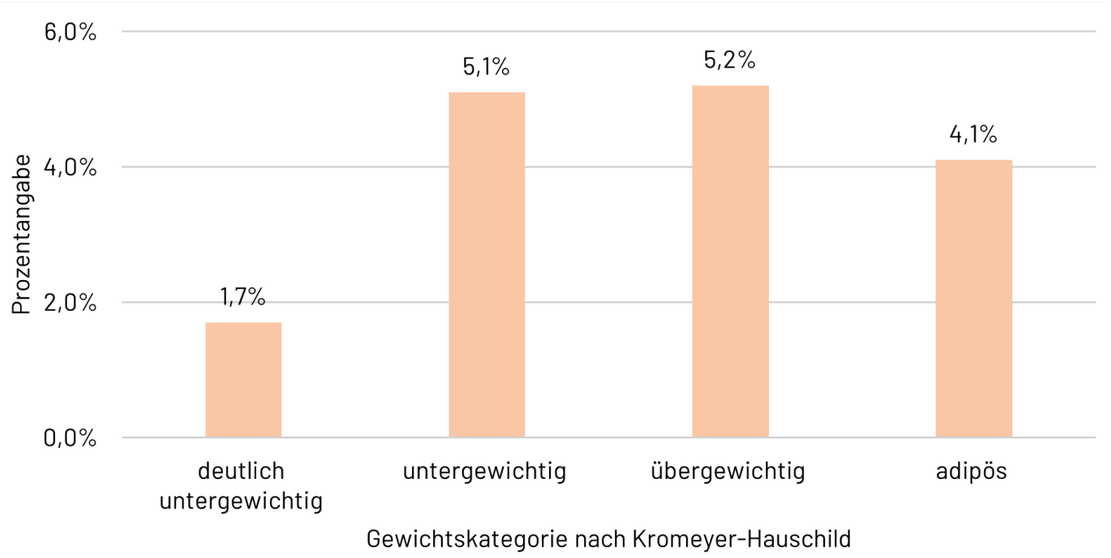
- Deutliches Untergewicht:
  bis unter 3. Perzentile
- Untergewicht:
  3. bis unter 10. Perzentile
- Übergewicht:
  größer 90. bis 97. Perzentile
- Adipositas:
  größer 97. Perzentile

Abbildung 4: Angaben zum Einschulungsbefund der weiblichen und männlichen Untersuchungsgruppe für das Schuljahr 2025/2026



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Abbildung 5: Gewichtskategorien nach Kromeyer-Hauschild



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Impfungen
Impfungen sind eine der wirksamsten und kosteneffizientesten Maßnahmen zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten. Ihr zentrales Ziel ist es, die einzelne geimpfte Person vor einer Infektion, schweren Krankheitsverläufen und möglichen Komplikationen zu schützen. Gleichzeitig senken sie die Krankheitslast und Todesfälle. Bei hoher Impfquote entsteht Gemeinschaftsschutz: Ist ein großer Teil der Bevölkerung immun, wird die Ausbreitung von Erregern deutlich gebremst oder unterbrochen. Dadurch sind auch besonders gefährdete Personen geschützt, die nicht oder nicht ausreichend geimpft werden können, etwa immunsupprimierte Menschen oder Neugeborene (Robert-Koch-Institut, 2025).

Das Masernschutzgesetz schreibt vor, dass alle Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr spätestens beim Eintritt in eine Gemeinschaftseinrichtung, wie beispielsweise eine Kita oder Schule, einen Nachweis über die von der Ständigen Impfkommission empfohlene Masernimpfung erbringen müssen (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), infektionsschutz.de, 2025) (Bundesministerium für Gesundheit, 2025).

Die Impfung gegen Masern erfolgt mit dem Kombinationsimpfstoff, der gleichzeitig auch gegen Mumps und Röteln schützt; das Auftreten dieser Krankheiten wird im Folgenden kurz erläutert (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), infektionsschutz.de, 2026a).

Masern zählen zu den hochansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Eine Erkrankung kann zu schweren Komplikationen und Spätfolgen führen, weshalb Kinder frühzeitig durch zwei Impfungen geschützt werden sollten. (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), infektionsschutz.de, 2026a)

Masern
Die Erkrankung beginnt mit Fieber, Bindehautentzündung, Schnupfen und Husten. Typisch sind zudem weiße Flecken auf der Mundschleimhaut (Koplik-Flecken). Im weiteren Verlauf tritt ein bräunlich-roter, ineinanderfließender Hautausschlag auf, der im Gesicht beginnt und sich über den ganzen Körper ausbreitet. Nach dem Abklingen kann es zu einer feinen Schuppung der Haut kommen. (gesund.bund.de, 2025)

Für weitere Informationen klicken Sie bitte auf den Link.: Masern

Röteln
Auch bei Röteln handelt es sich um eine ansteckende Viruserkrankung, die typischerweise mit einem Hautauschlag im Gesicht bis hin zum ganzen Körper auftritt. Röteln gelten in Deutschland als eliminiert, was bedeutet, dass die Viruszirkulation unterbrochen werden konnte. Um diesen Zustand aufrechtzuerhalten, ist eine hohe Immunität von 95% in allen Altersgruppen durch Impfungen notwendig (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), infektionsschutz.de, 2026c).

Detaillierte Informationen zum Thema „Röteln" finden Sie hier: Röteln

Mumps
Unter Mumps ist eine übertragbare Viruserkrankung zu verstehen, die vor allem durch eine Entzündung der Ohrspeicheldrüse gekennzeichnet ist (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), infektionsschutz.de, 2026b).

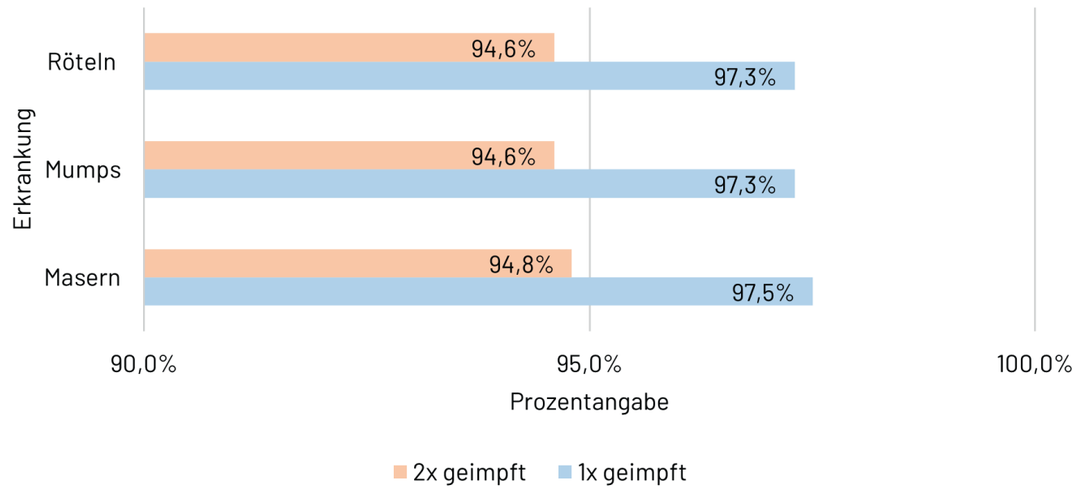
Weiterführende Informationen zum Thema „Mumps" finden sie hier: Mumps

Der prozentuale Anteil der Impfungen (Abbildung 6) bezieht sich auf die Personen, die ihren Impfpass vorgelegt haben. Insgesamt wurden von den 3.071 untersuchten Personen 2.922 Impfpässe vorgezeigt. Es lassen sich keine Aussagen zum Impfstatus derjenigen treffen, die ihren Impfpass nicht vorgelegt haben.

Die Erstimpfungen erreichen insgesamt einen hohen prozentualen Anteil zwischen 97,3 % und 97,5 %, bei der Zweitimpfung werden Anteile zwischen 94,6 % und 94,8 % erreicht. Insgesamt ist die Quote der Zweitimpfungen niedriger als die der Erstimpfungen.

Auf Grundlage der ausgewerteten Daten können keine Begründungen für die Unterschiede zwischen Erst- und Zweitimpfungen abgeleitet werden.

Abbildung 6: Impfstatus Mumps, Masern, Röteln



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Früherkennungsuntersuchungen
Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche handelt es sich um die sogenannten U-Untersuchungen. Der Umfang der Früherkennungsuntersuchungen umfasst die Überprüfung der altersgerechten Entwicklung des Kindes, die gezielte Suche nach frühen Anzeichen möglicher Erkrankungen sowie das Erkennen von Entwicklungsstörungen. Zudem erfolgt, insbesondere ab der U3, eine Beratung zu anstehenden Schutzimpfungen sowie gegebenenfalls deren Durchführung entsprechend den aktuellen Empfehlungen.

Ein wesentlicher Bestandteil ist darüber hinaus das Gespräch zwischen der Ärztin bzw. dem Arzt und den Sorgeberechtigten, das dazu dient, die Entwicklung und das Verhalten des Kindes umfassender einschätzen zu können.

Sollten Auffälligkeiten festgestellt werden oder ein entsprechender Verdacht bestehen, werden die notwendigen weiteren diagnostischen Maßnahmen sowie die anschließende Behandlung in enger Abstimmung mit den Sorgeberechtigten geplant und eingeleitet. (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), kindergesundheit-info.de, 2026b)

Insgesamt wurden 2688 Untersuchungshefte bei der SEU vorgelegt und konnten somit in die Auswertung eingeschlossen werden (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025).

Je nach Untersuchung liegen die Teilnahmequoten zwischen 90,3 % bei der U7a und 93,1 % bei der U1. (Abbildung 7).

Auf Basis der ausgewerteten Daten der Früherkennungsuntersuchungen lassen sich keine Erklärungen für die prozentualen Unterschiede zwischen den einzelnen Ergebnissen ableiten.

Altersgerechte Sprachkompetenz
Eine gut ausgeprägte Ausdrucksfähigkeit sowie ein sicheres Sprachverständnis in der deutschen Sprache bilden die Grundlage für schulischen Erfolg und eine aktive Teilnahme am Unterricht. Darüber hinaus ist die Fähigkeit, sich in deutscher Sprache zu verständigen, ein zentraler Faktor für soziale Integration und ein erfolgreiches Aufwachsen im schulischen Umfeld (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.A.a).

Die sprachliche Entwicklung eines Kindes ist nicht nur entscheidend für das spätere Lesen- und Schreibenlernen und somit für den schulischen Erfolg, sondern von zentraler Bedeutung für die gesamte kindliche Entwicklung. Sprachfähigkeiten ermöglichen es dem Kind, seine Umwelt wahrzunehmen, zu verarbeiten und sich anzueignen. Sie unterstützen den Aufbau und die Gestaltung von Beziehungen, den Ausdruck und Umgang mit Gefühlen sowie die Orientierung im sozialen Umfeld – in der Familie, unter Gleichaltrigen, in der Kita oder in der Schule. Je stärker ein Kind sprachlich agieren kann, desto besser ist es in der Lage, Gesetzmäßigkeiten zu erkennen, Zusammenhänge zu verallgemeinern und zu ordnen. Gleichzeitig ist die geistige Entwicklung eng mit dem Erwerb der Sprache verknüpft: Sie ermöglicht dem Kind, Vorstellungen von Dingen und Handlungen zu entwickeln, sich zu erinnern, Unterschiede und Zuordnungen zu erkennen sowie Mengen-, Raum- und Zeitbegriffe und abstrakte Konzepte wie „Glück" zu verstehen. (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), kindergesundheit-info.de, 2026a)

Die Ergebnisse der Übungen „Pluralbildung", „Präpositionen erkennen" und „Pseudowörter nachsprechen" werden bewertet. Die Punkte werden als Cut-off-Werte genutzt, um das Ergebnis als auffällig, grenzwertig oder unauffällig einzustufen.

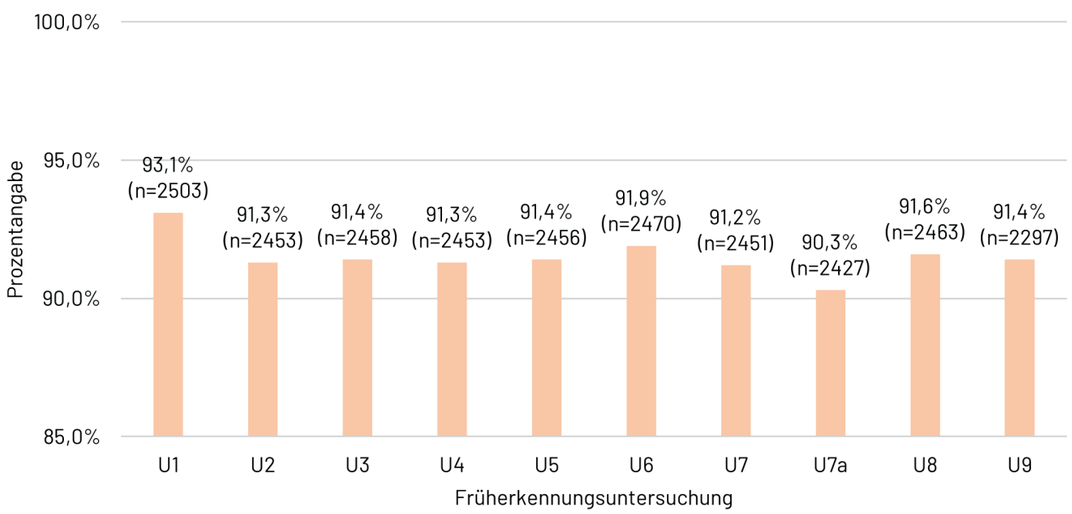
Bei Kindern, die zwei- oder mehrsprachig aufwachsen, ist sorgfältig zu unterscheiden, ob eine Sprachentwicklungsstörung besteht oder ob die beobachteten Schwierigkeiten auf den Prozess des (Zweit-)Spracherwerbs zurückzuführen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Probleme beim Erlernen der Zweitsprache ebenfalls Ausdruck einer zugrunde liegenden Sprachentwicklungsstörung sein können. (Rothweiler & Ruberg, 2011)

Einen auffälligen Befund für den Indikator „altersgerechte Sprachkompetenz" erhalten Kinder dann, wenn sie in mindestens einem der Screeningbereiche ein auffälliges Ergebnis erzielen:
1. Pluralbildung
2. Präpositionen erkennen
3. Pseudowörter nachsprechen

Bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch wird darüber hinaus berücksichtigt, ob sie beim spontanen Sprechen noch Schwierigkeiten in der deutschen Sprache zeigen.

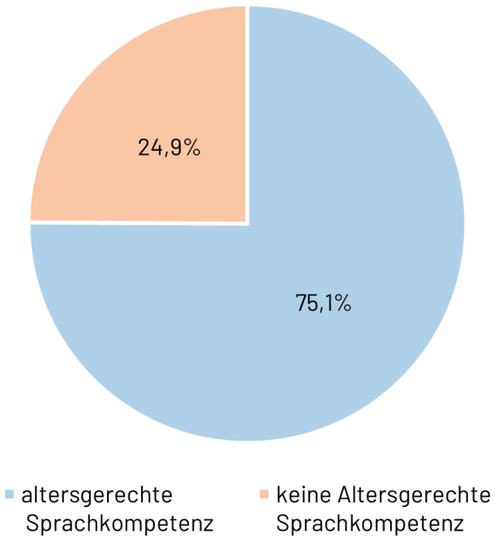
In die Untersuchung sind die gültigen Werte von 2.854 Kindern eingeflossen. Es zeigt sich, dass insgesamt 75% der Kinder eine altersgerechte Sprachkompetenz aufweisen (Abbildung 8).

Abbildung 7: Durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

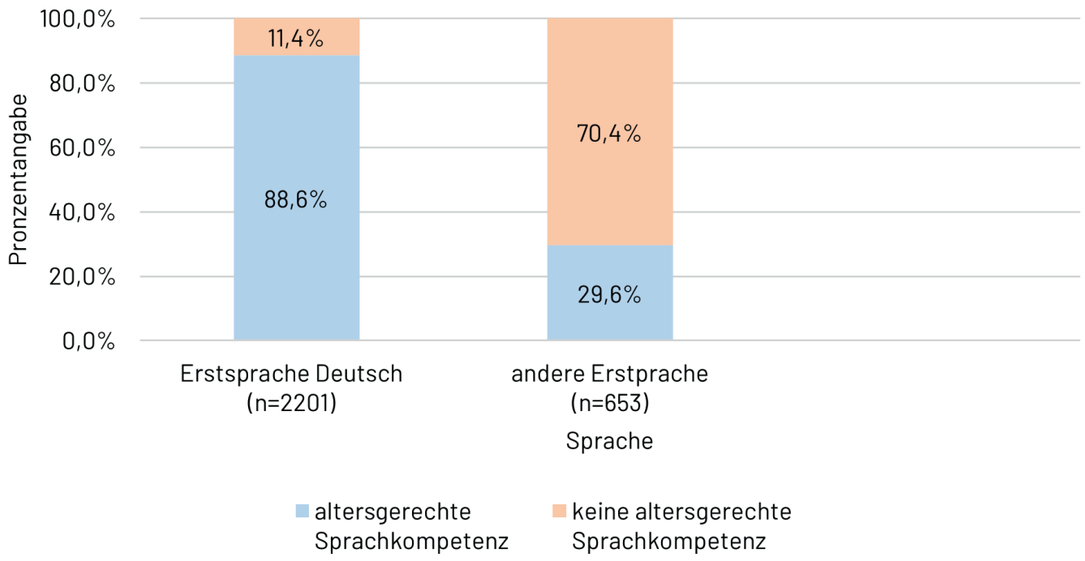
Abbildung 8: Altersgerechte Sprachkompetenz gesamt



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Abbildung 9 zeigt die Unterschiede in der Sprachkompetenz, wenn diese nach Erstsprache differenziert betrachtet wird. Kinder, die Deutsch als Erstsprache sprechen, weisen eine altersgemäße Sprachkompetenz von etwas über 88 % auf. 70 % der Kinder mit einer anderen Erstsprache weisen keine altersgemäße Sprachkompetenz auf.

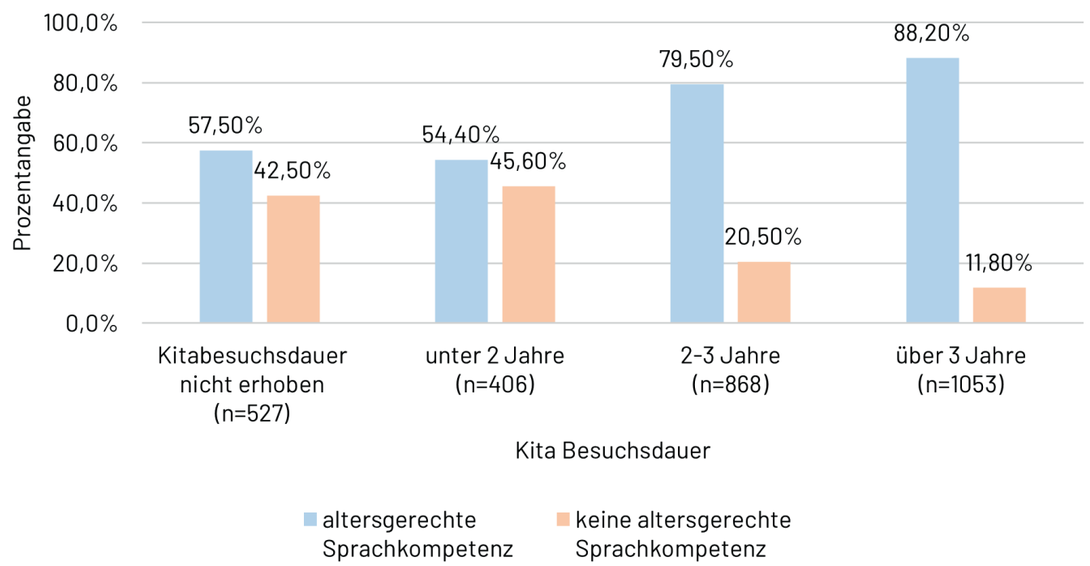
Abbildung 9: Altersgerechte Sprachkompetenz nach Erstsprache klassifiziert



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Abbildung 10 zeigt die Unterschiede in der altersgerechten Sprachkompetenz, die sich ergeben, wenn diese nach der Dauer des Kitabesuchs differenziert betrachtet wird. Es zeigt sich, dass der prozentuale Anteil altersgerechter Sprachkompetenz mit zunehmender Kitabesuchsdauer steigt.

Abbildung 10: Altersgerechte Sprachkompetenz nach Kitabesuchsdauer



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen

Ein sicherer Umgang mit Zahlen und Mengen stellt eine wesentliche Grundlage für schulischen Erfolg und eine aktive Mitwirkung im Unterricht dar. Mathematische Vorläuferfähigkeiten sind grundlegende kognitive Kompetenzen, die Kinder vor der Einschulung erwerben, um später erfolgreich rechnen zu lernen. Zentrale Bereiche sind das Zählverständnis, die Mengenlehre (z. B. Vergleichen und Sortieren), die räumliche Wahrnehmung sowie die Mustererkennung. Diese Fähigkeiten bilden die Grundlage für das Verständnis von Zahlen und Rechenoperationen (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025a).

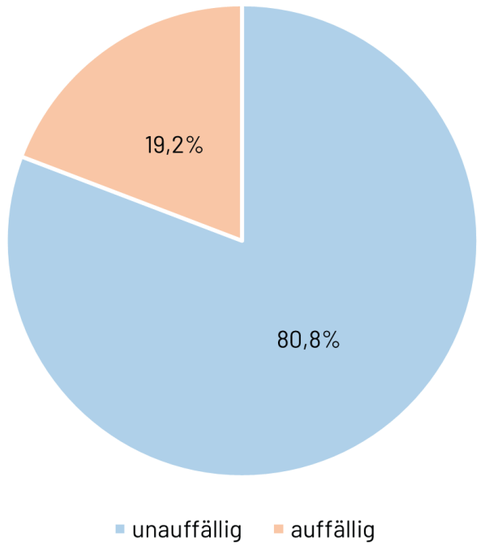
Einen auffälligen Befund für den Indikator „Zahlen und Mengen" erhalten Kinder dann, wenn sie in einem der abgefragten Bereiche mindestens einen auffälligen Wert erzielen:

Merkmal	Erfasste Kompetenzen
Zählen	• Zahlenwissen • Eins-zu-eins-Zuordnung von Objekten
Mengenvorwissen	• Automatische • Mengenerfassung • Schneller Mengenvergleich

(Quelle: Petermann et al., 2009)

In die Untersuchung sind die gültigen Werte von 2.971 Kindern (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025) eingeflossen. Davon weisen rund 80 % der Kinder unauffällige Ergebnisse im Umgang mit Zahlen und Mengen auf, während rund 20 % auffällige Werte vorweisen (Abbildung 11).

Abbildung 11: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen

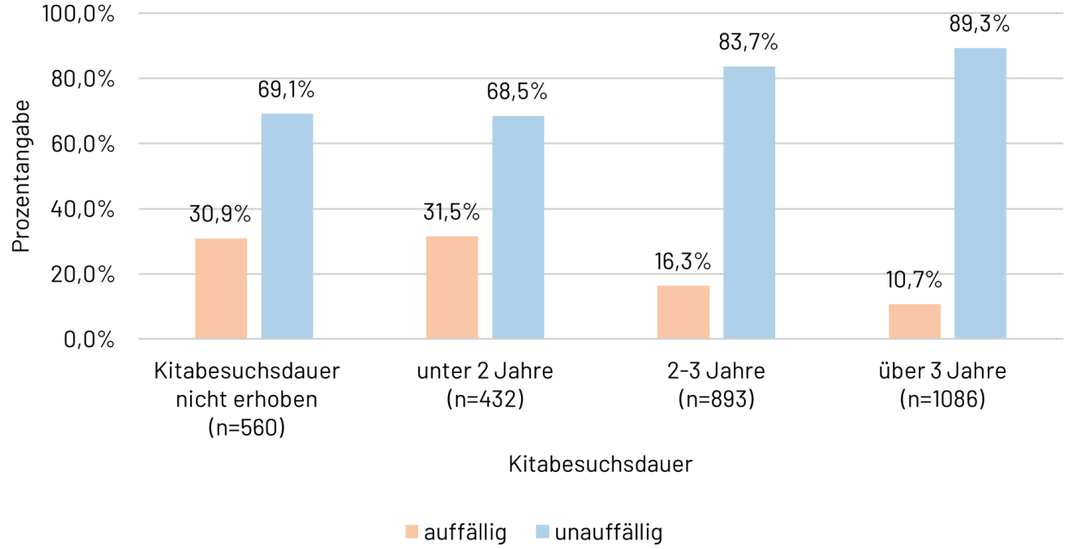


Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Abbildung 12 zeigt die Unterschiede bei Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen, die sich ergeben, wenn diese nach der Dauer des Kita-Besuchs differenziert betrachtet werden. Es zeigt sich, dass der prozentuale Anteil unauffälliger Werte im Umgang mit Zahlen und Mengen mit zunehmender Kitabesuchsdauer steigt.

Die Ergebnisse der Untersuchung „Zählen" und „Mengenvorwissen" werden bewertet. Die Punkte werden als Cut-off-Werte genutzt, um das Ergebnis als auffällig, grenzwertig oder unauffällig einzustufen.

Abbildung 12: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen nach Kitabesuchsdauer



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Auffälligkeiten im Bereich Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen
Auch das Erkennen und zeichnerische Darstellen von Objekten und Formen ist eine wichtige Grundlage für schulischen Erfolg und aktive Beteiligung am Unterricht. Sie sind die Vorläuferfähigkeiten für das Schreiben und den schulischen Lernprozess (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.A.b).

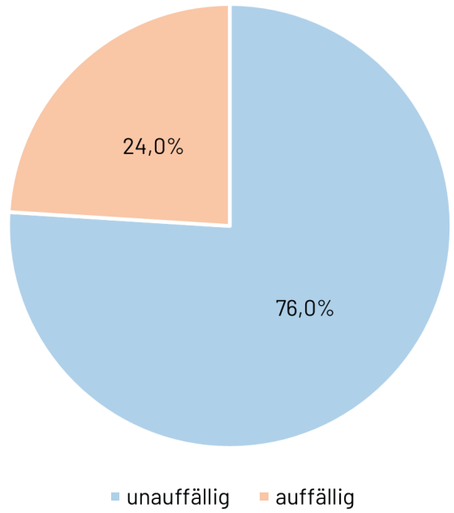
Einen auffälligen Befund für den Indikator „Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen" erhalten Kinder dann, wenn sie in einem der abgefragten Bereiche mindestens einen auffälligen Wert erzielen:

Die Ergebnisse der Untersuchung „Visuomotorik", „Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern " und „Selektive Aufmerksamkeit" werden bewertet. Die Punkte werden als Cut-off-Werte genutzt, um das Ergebnis als auffällig, grenzwertig oder unauffällig einzustufen.

Merkmal	Erfasste Kompetenzen
Visuomotorik	• Auge-Hand-Koordination • Graphomotorische Leistungen • Visuelles Absuchen • Visuelle Perzeptionsfähigkeit
Visuelles Wahrnemen und Schlussfolgern	• Formen und Größenzuordnung • Analyse feinstruktureller visueller Reize • Bildung von Kategorien und Analogien • Sprachunabhängiges, induktives Denken

Quelle: (Petermann et al., 2009)

Abbildung 13: Auffälligkeiten im Bereich Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen

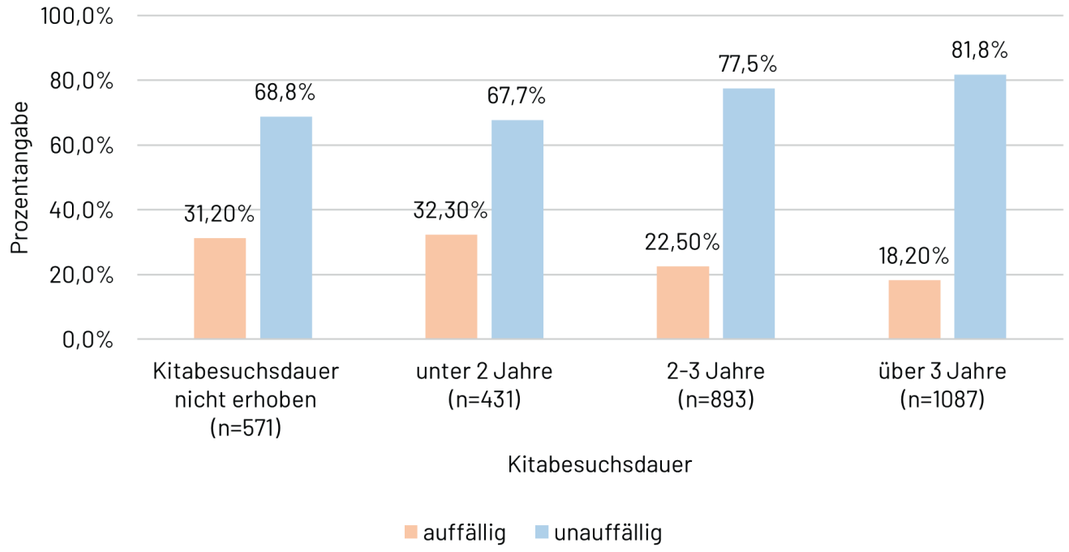


Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

In die Untersuchung sind die gültigen Werte von insgesamt 2.982 Kindern eingeflossen (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025). Es weisen 76 % der Kinder unauffällige Werte für den Indikator „Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen" auf, während 24 % auffällige Werte aufweisen (Abbildung 13).

Abbildung 14 zeigt die Unterschiede der Auffälligkeiten im Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen, die sich ergeben, wenn diese nach der Dauer des Kita-Besuchs differenziert betrachtet werden. Es zeigt sich, dass der prozentuale Anteil unauffälliger Werte im Umgang mit zunehmender Kitabesuchsdauer steigt.

Abbildung 14: Auffälligkeiten im Bereich Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen nach Kitabesuchsdauer



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Auffälligkeiten im Bereich Körperkoordination
Störungen der Motorik bzw. der Körperkoordination können sich im Kindesalter auf die psychosoziale Entwicklung auswirken. Der Indikator der Körperkoordination wird mithilfe einer gezielten Hüpfübung überprüft (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2011). Dabei werden sowohl die Ganzkörperbewegung, Geschwindigkeit und Koordination als auch Aspekte von Kraft und Ausdauer erfasst. Auffälligkeiten in der Körperkoordination treten häufig in Verbindung mit anderen Entwicklungsstörungen auf.

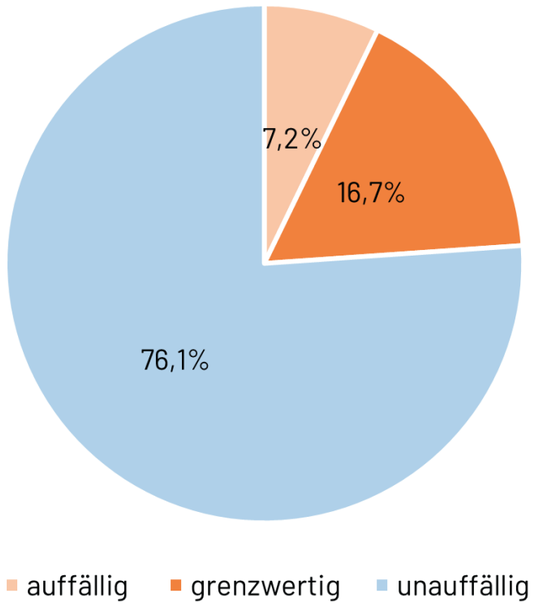
Darüber hinaus spielt die körperliche Geschicklichkeit eine wichtige Rolle für den sozial-emotionalen Status des Kindes sowie für die Integration in die Altersgruppe. (Landeszentrum für Gesundheit NRW, 2021)

Das Ergebnis der Anzahl der Sprünge wird bewertet. Die Punkte werden als Cut-off-Werte genutzt, um das Ergebnis als auffällig, grenzwertig oder unauffällig einzustufen.

In die Untersuchung sind 2.853 Kinder mit gültigen Werten eingeflossen (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025).

Wie Abbildung 15 zeigt, weisen 76 % der Kinder einen unauffälligen Befund im Bereich der Körperkoordination auf. Es folgen 16,7 % mit grenzwertigen und 7,2 % mit auffälligen Werten.

Abbildung 15: Auffälligkeiten im Bereich Körperkoordination

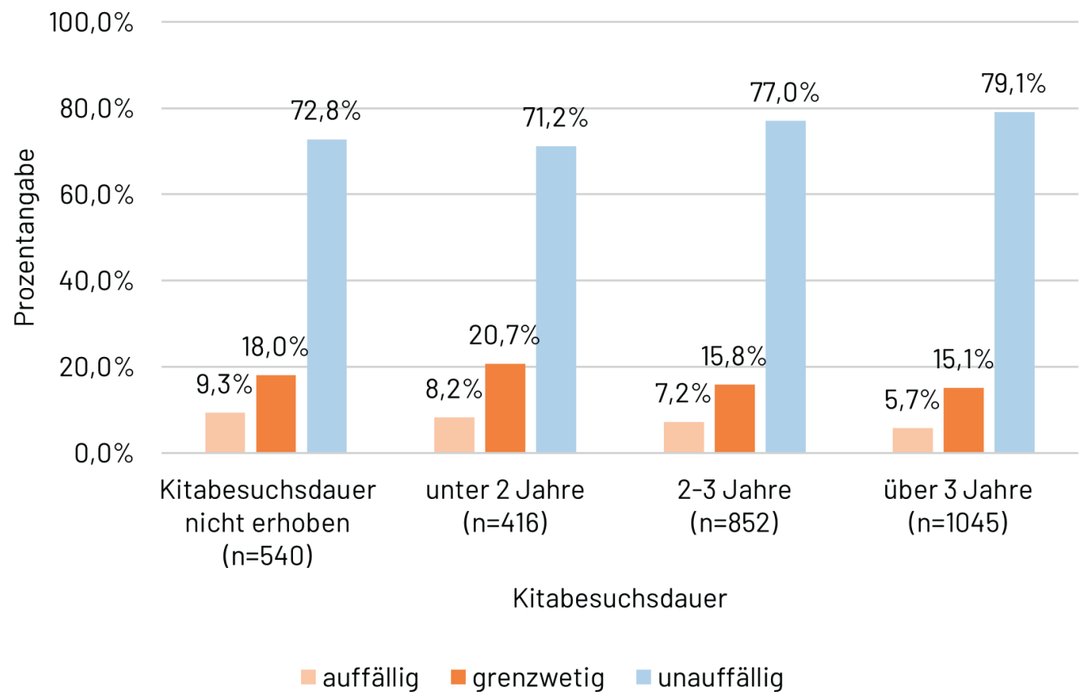


Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

Abbildung 16 zeigt die Unterschiede der Auffälligkeiten im Bereich der Körperkoordination, die sich ergeben, wenn diese nach der Dauer des Kita-Besuchs differenziert betrachtet werden. Es zeigt sich, dass der prozentuale Anteil der unauffälligen Werte mit zunehmender Kitabesuchsdauer steigt, während die grenzwertigen und auffälligen Werte sinken.

Auf Grundlage der zuvor dargestellten Ergebnisse werden im folgenden Kapitel mögliche Handlungsfelder aufgezeigt, die gezielte Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ermöglichen.

Abbildung 16: Auffälligkeiten im Bereich Körperkoordination nach Kitabesuchsdauer



Quelle: (Ennepe-Ruhr-Kreis, 2025)

2.3 Fazit und Handlungsfelder

Die Schuleingangsuntersuchung stellt ein zentrales Instrument zur Erfassung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes von Kindern im Ennepe-Ruhr-Kreis dar. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass in mehreren Gesundheitsbereichen ein Großteil der Kinder entsprechende Vorsorge- und Präventionsangebote in Anspruch nimmt. So liegen die Impfquoten insgesamt auf einem hohen Niveau, ebenso die Teilnahme an den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen. Auch im Bereich des Körpergewichts weist der überwiegende Teil der Kinder altersgerechte Befunde auf, wobei dennoch einige Kinder Übergewicht oder Adipositas aufweisen.

Gleichzeitig wird deutlich, dass in einzelnen Entwicklungsbereichen vor Schuleintritt weiterhin auffällige Befunde bestehen. Dies betrifft insbesondere die sprachliche Entwicklung, das Zahlen- und Mengenverständnis, das Zeichnen von Objekten und Formen sowie die Körperkoordination. Diese Bereiche stehen in engem Zusammenhang mit dem späteren schulischen Erfolg, der aktiven Teilnahme am Unterricht sowie der sozialen Integration. Die Ergebnisse verdeutlichen damit, dass die Schuleingangsuntersuchung nicht nur der Erfassung des Entwicklungsstandes dient, sondern zugleich Hinweise auf präventive und zu fördernde Bedarfe liefert. Vor diesem Hintergrund kommt einer frühzeitigen, bedarfsgerechten und möglichst alltagsintegrierten Förderung eine besondere Bedeutung zu. Ziel ist es, bestehende gesundheitliche und entwicklungsbezogene Ressourcen zu stabilisieren, identifizierte Risiken zu reduzieren und die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schuleintritt zu unterstützen.

Ein zentrales Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung im Ennepe-Ruhr-Kreis ist der Zusammenhang zwischen der Dauer des Besuchs einer Kita und dem Entwicklungsstand der Kinder. In mehreren untersuchten Entwicklungsbereichen – darunter die sprachliche Entwicklung, der Umgang mit Zahlen und Mengen, das Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen sowie die Körperkoordination – zeigt sich, dass Kinder mit einer längeren Kitabesuchsdauer altersgerechtere und unauffälligere Ergebnisse aufweisen. Diese Ergebnisse weisen auf einen Zusammenhang zwischen der Dauer des Kitabesuchs und der kindlichen Entwicklung hin. Eine kausale Interpretation dieses Zusammenhangs ist auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht möglich. Die Ergebnisse legen jedoch nahe, dass Kitas eine relevante Rolle für die Förderung zentraler Entwicklungsbereiche einnehmen können.

Die folgenden Handlungsfelder leiten sich aus den dargestellten Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung sowie den beschriebenen theoretischen Grundlagen ab. Sie dienen als mögliche Ansatzpunkte für zukünftiges Handeln. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen als Einstieg in die weiterführende fachliche Diskussion sowie die Entwicklung geeigneter Maßnahmen dienen.

1. Förderung eines gesunden Körpergewichts im Kindesalter

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zeigen, dass weiterhin ein Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder besteht, sodass im Bereich der Prävention nach wie vor Handlungsbedarf gegeben ist. Es ist erforderlich, frühzeitig auf gesundheitsförderliche Lebensweisen hinzuwirken, um einer möglichen weiteren Zunahme von Übergewicht entgegenzuwirken.

- Förderung einer ausgewogenen Ernährung und regelmäßiger Bewegung bereits im frühen Kindesalter durch spezifische Angebote in Kitas.
- Stärkung bewegungsförderlicher Alltagsstrukturen in Kitas und im familiären Umfeld.
- Unterstützung von Sorgeberechtigten durch zielgerichtete Informations- und Beratungsangebote.
- Weiterer Ausbau und Implementierung von Ernährung- und Bewegungsangeboten in bestehende Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote.

2. Sicherung und Weiterentwicklung hoher Impfquoten

Die Impfquoten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung liegen insgesamt auf einem guten Niveau. Dies ist als Ausdruck einer insgesamt guten Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsangebote zu bewerten. Gleichzeitig zeigen die geringfügig niedrigeren Quoten bei den Zweitimpfungen, dass mögliche Impflücken bestehen, die gezielt adressiert werden sollten. Ziel sollte es sein, das hohe Impfniveau langfristig zu sichern.

- Aktive Nutzung der Schuleingangsuntersuchung zur Identifikation und Beratung von Impflücken.
- Weiterhin eine gezielte Ansprache von Familien mit unvollständigem Impfstatus
- Kontinuierliche Information und Aufklärung von Sorgeberechtigten über die Bedeutung vollständiger Impfserien.
- Enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten.
- Bereitstellung von Gesundheitsinformationen.
- Aufklärungskampagnen zum Thema Impfen.

3. Sicherstellung einer kontinuierlichen Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Die Inanspruchnahme der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen liegt insgesamt auf einem guten Niveau. Die Beteiligung ist als positives Ergebnis einer gut etablierten Versorgungsstruktur sowie einer hohen Sensibilität der Sorgeberechtigten für kindliche Gesundheitsvorsorge zu bewerten. Gleichzeitig sollte auch bei späteren Früherkennungsuntersuchungen auf eine möglichst hohe Teilnahme hingewirkt werden. Durch eine kontinuierliche Inanspruchnahme aller Früherkennungsuntersuchungen können Entwicklungsauffälligkeiten frühzeitig erkannt und gegebenenfalls weiterführende Fördermaßnahmen eingeleitet werden.

- Stärkung der Informationen über die Bedeutung der vollständigen Untersuchungsreihe von U1 bis U9 und darüber hinaus.
- Nutzung der Schuleingangsuntersuchung zur Identifikation möglicher Versorgungslücken.
- Gezielte Ansprache von Familien mit unvollständiger Teilnahme.
- Weitere Kooperationen mit Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten für eine kontinuierliche Aufklärungsarbeit.
- Erweiterte Aufklärungskampagnen oder Erinnerungsmöglichkeiten.
- Bereitstellung von Gesundheitsinformationen.

4. Förderung der Sprachentwicklung

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Teil der Kinder keine altersgerechte Sprachkompetenz in der deutschen Sprache aufweist. Wie zuvor dargelegt, bilden eine gut ausgeprägte Ausdrucksfähigkeit sowie ein sicheres Sprachverständnis in der deutschen Sprache jedoch eine wesentliche Grundlage für schulischen Erfolg und eine aktive Teilnahme am Unterricht. Darüber hinaus ist die Fähigkeit, sich in deutscher Sprache zu verständigen, ein zentraler Faktor für soziale Integration und ein erfolgreiches Aufwachsen im schulischen Umfeld. Zugleich ist bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern sorgfältig zu unterscheiden, ob beobachtete Schwierigkeiten Ausdruck des Zweitspracherwerbs oder Hinweis auf eine zugrunde liegende Sprachentwicklungsstörung sind.

- Frühzeitige und systematische Sprachförderung bereits im Vorschulalter.
- Stärkung der alltagsintegrierten Sprachförderung in Kitas und gezielte Unterstützung von Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache, beispielsweise durch bilinguale Bücher, korrektives Feedback oder Sprachpartnerschaften.
- Einbindung und Unterstützung von Sorgeberechtigten im Bereich der Sprachförderung, beispielsweise durch das Vorlesen von Büchern.
- Sensibilisierung von Fachkräften für die Unterscheidung zwischen Zweitspracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen sowie ggf. Hinweis auf die mögliche Inanspruchnahme der unabhängigen Sprachkoordinatorin des Kreises.
- Enge Verzahnung von Kitas, Schule und Gesundheitsdiensten für einen kontinuierlichen Austausch.

5. Förderung mathematischer Vorläuferfähigkeiten

Im Bereich Zahlen und Mengen zeigt ein Teil der Kinder Auffälligkeiten, die auf einen Förderbedarf hinweisen. Ein sicherer Umgang mit Zahlen und Mengen ist, wie bereits beschrieben, eine wesentliche Grundlage für schulischen Erfolg und eine aktive Mitwirkung im Unterricht. Mathematische Vorläuferfähigkeiten wie Zählverständnis, Mengenvergleich, räumliche Wahrnehmung und Mustererkennung bilden die Basis für das Verständnis von Zahlen und Rechenoperationen. Durch eine frühzeitige Förderung könnten Entwicklungsrisiken reduziert und die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schuleinstieg sowie für das Verständnis von Zahlen und Rechenoperationen gestärkt werden.

- Frühzeitige Förderung mathematischer Vorläuferfähigkeiten im Vorschulalter.
- Integration alltagsnaher Lerngelegenheiten wie Zählen, Sortieren, Vergleichen und Mustererkennen in die Lebenswelt der Kinder.
- Sensibilisierung der Sorgeberechtigten für die Bedeutung mathematischer Basiskompetenzen.
- Einbindung und Unterstützung von Sorgeberechtigten.
- Gezielte Unterstützung von Kindern mit Auffälligkeiten in diesem Entwicklungsbereich.
- Kontinuierlicher Austausch zwischen Kitas, Schule und Gesundheitsdiensten.

6. Förderung visuomotorischer und visueller Fähigkeiten

Im Kontext des Zeichnens von Objekten und Formen zeigen knapp 1/4 der Kinder Auffälligkeiten in diesem Entwicklungsbereich. Wie bereits beschrieben, stellen das Erkennen sowie das zeichnerische Darstellen von Objekten und Formen eine wichtige Grundlage für schulischen Erfolg und die aktive Beteiligung am Unterricht dar. Sie gelten als Vorläuferfähigkeiten für das Schreiben und den schulischen Lernprozess. Durch eine frühzeitige Förderung könnten die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schriftspracherwerb gestärkt und schulische Startchancen verbessert werden.

- Förderung visuomotorischer sowie visueller Fähigkeiten bereits im Vorschulalter.
- Integration entsprechender Übungen wie: Malen, Nachzeichnen und Formen erkennen, in den Alltag.
- Gezielte Unterstützung der Kinder mit Vermeidungshaltung durch die Sorgeberechtigten, beispielsweise durch gemeinsames Malen.
- Sensibilisierung pädagogischer Fachkräfte für die Bedeutung grafomotorischer Kompetenzen.
- Kontinuierlicher Austausch zwischen Kitas, Schule und Gesundheitsdiensten.

7. Förderung der motorischen Entwicklung und Körperkoordination

Im Bereich der Körperkoordination bestehen bei einem Teil der Kinder Auffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten in der Körperkoordination können im Kindesalter auch in Kombination mit anderen Entwicklungsauffälligkeiten, zum Beispiel im Bereich der Sprache, auftreten. Die körperliche Geschicklichkeit spielt zudem eine wichtige Rolle für die Integration in die Altersgruppe und für den sozial-emotionalen Status des Kindes. Durch eine frühzeitige Förderung motorischer Kompetenzen können nicht nur körperliche, sondern auch soziale und emotionale Entwicklungsprozesse positiv unterstützt werden.

- Informationsangebote zu alltagstauglichen und niederschwelligen Bewegungsangeboten in der Nähe des Wohnortes.
- Integration gezielter Bewegungsangebote in Kitas.
- Frühzeitige Identifikation und Förderung von Kindern mit motorischen Auffälligkeiten.
- Sensibilisierung pädagogischer Fachkräfte für die Bedeutung der motorischen Entwicklung.
- Sensibilisierung und Motivation der Sorgeberechtigten, Bewegung aktiv in den Alltag der Kinder zu integrieren.
- Enge Zusammenarbeit zwischen Kitas, Schulen, Sportvereinen und Gesundheitsdiensten.

8. Stärkung und Weiterentwicklung integrierter Präventionsangebote im Vorschulalter

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung verdeutlichen, dass die Mehrzahl der Kinder in zentralen Entwicklungsbereichen altersgerechte Kompetenzen aufweist, jedoch ein nicht unerheblicher Anteil weiterhin einen erhöhten Unterstützungsbedarf zeigt. Vor diesem Hintergrund kommt bestehenden präventiven Angeboten im Vorschulalter eine zentrale Bedeutung zu.

Der Ennepe-Ruhr-Kreis hat mit dem aktualisierten primärpräventiven Kitaprogramm „RückENwind" bereits ein umfassendes und integratives Angebot etabliert, das gezielt an diesen Entwicklungsbedarfen ansetzt. Die in den Einrichtungen benannten Schwerpunkte – sozial-emotionale Entwicklung, Sprache, kognitive Entwicklung und Motorik – decken sich in hohem Maße mit den im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung festgestellten Bedarfen. Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung integrierter Präventionsansätze kann ein Beitrag dazu geleistet werden, Entwicklungsrisiken frühzeitig zu erkennen, die gesellschaftliche Teilhabe zu unterstützen und eine entwicklungsfördernde Umgebung für Kinder langfristig zu fördern.

- Eruierung der bestehenden Präventionsangebote im ERK sowie deren Zusammenführung und Vernetzung.
- Sensibilisierung und Weitergabe von Informationen über bestehende Präventionsangebote.
- Ausweitung des Programms „RückENwind" auf weitere Einrichtungen.
- Fachspezifische Fortbildungen und Beratung pädagogischer Fachkräfte.
- Stärkere Einbindung und Aktivierung von Sorgeberechtigten.
- Ausbau niedrigschwelliger Informations- und Unterstützungsangebote.
- Systematische Verzahnung von Präventionsprogrammen mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung.
- Weiterführung und Ausbau ergänzender Angebote wie des Elternprogramms „Schatzsuche".

Zahngesundheit



3. Zahngesundheit von Kindern

Im Folgenden werden die wesentlichen Grundlagen der Zahngesundheit sowie die spezifischen Angebote zur Untersuchung und Prävention im Ennepe-Ruhr-Kreis vorgestellt. Zudem wird der Einfluss der Corona-Pandemie auf die Durchführung der Angebote dargestellt und die zentralen Ergebnisse zur Zahngesundheit präsentiert. Abschließend werden ein Fazit gezogen und mögliche Handlungsfelder aufgezeigt.

3.1 Grundlagen der Zahngesundheit

Die zahnärztlichen Untersuchungen in Schulen des Landes Nordrhein-Westfalen basieren auf landes- und bundesrechtlichen Regelungen. Die Untersuchung der Mundhöhle durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt ist gemäß § 54 SchulG NRW verpflichtend. Die Durchführung der Untersuchungen obliegt gemäß § 12 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 12 ÖGDG) der unteren Gesundheitsbehörde.

Ziel der Untersuchungen ist die frühzeitige Erkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie die Beratung und Information der Sorgeberechtigten. Darüber hinaus stellt die im Sozialgesetzbuch verankerte Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V einen zentralen Baustein zur Prävention der Zahngesundheit dar. Sie umfasst unter anderem (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 1988):

- Die Erhebung des Zahnstatus
- Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung (Fluoridierung)
- Ernährungsberatung
- Anleitung zur Mundhygiene
- Gesundheitserziehung mit dem Ziel: die individuelle Kompetenz und Selbstverantwortung zu fördern, um langfristige und nachhaltige Verhaltensänderungen zu erreichen (DAJ - Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., Bonn, 2026)

Die Maßnahmen richten sich grundsätzlich an Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr. In Einrichtungen wie Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko überproportional hoch ist, können die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden. Für Kinder mit einem besonders hohen Kariesrisiko gilt es, spezifische Programme zu entwickeln. (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 1988)

Die Gruppenprophylaxe, die gezielt in Settings wie Kitas und Schulen durchgeführt wird, erreicht Kinder unabhängig von ihrer sozialen Herkunft. Dadurch stellt sie einen wichtigen Ansatz zur Förderung der Zahngesundheit dar. Studien belegen, dass die Kariesbelastung stark von sozialen Faktoren beeinflusst wird, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien besonders häufig betroffen sind. Im Gegensatz dazu tritt Karies bei Kindern aus Familien mit höherem sozialem Status seltener auf. Präventive

> Fluorid ist ein Spurenelement, welches der Körper zum Aufbau von Knochen und Zähnen benötigt (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2025).
>
> Heute gilt als wissenschaftlich gesichert, dass vor allem die nach dem Zahndurchbruch lokal auf die Zahnoberfläche einwirkenden Fluoride für den kariesprophylaktischen Effekt verantwortlich sind. Vor diesem Hintergrund zielen Fluoridierungsmaßnahmen darauf ab, durch eine regelmäßige Anwendung einen möglichst wirksamen Schutz vor Karies zu gewährleisten. Die Milchzähne sollten ab dem ersten Zahn mit einer reiskorngroßen Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpasta geputzt werden. Für Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren wird empfohlen, zwei- bis dreimal täglich mit einer fluoridhaltigen Kinderzahnpasta in erbsengroßer Menge zu putzen. Ergänzend kann die Zahnärztin oder der Zahnarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen Fluoridlack auftragen, um den Zahnschmelz zu härten, somit das Kariesrisiko zusätzlich zu reduzieren und die Reparatur beginnender Kariesschäden zu fördern.
> Quelle: (Bundeszahnärztekammer, 2024)

Maßnahmen im Lebensumfeld der Kinder tragen somit maßgeblich zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten bei und fördern die Mundgesundheit im Kindes- und Jugendalter. (Niekusch & Möller-Scheib, 2024)

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben wird bei der Erhebung des Zahnstatus insbesondere das Kariesgeschehen dokumentiert, da Karies die häufigste nicht übertragbare Zahnkrankheit weltweit darstellt (Nutrition and Food Safety (NFS) Department, 2017) Die Entstehung von Karies ist dabei das Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer Faktoren die nun im Detail betrachtet werden sollen (gesund.bund.de, 2024):

- Zahnbelag
- häufiger Zuckerkonsum
- unzureichende Mundhygiene

Der Zahnbelag legt sich als dünner Film auf die Zähne und setzt sich aus Bakterien, Speichel und Nahrungsresten zusammen. Diese Bakterien bauen Zucker ab und bilden dabei Säuren, die den Zahnschmelz angreifen. Werden die Zähne nicht regelmäßig und gründlich gereinigt, können diese Säuren den Zahnschmelz nach und nach schädigen und so die Entstehung von Karies begünstigen. (gesund.bund.de, 2024)

Bei der Beurteilung des Kariesgeschehens muss berücksichtigt werden, dass sich das Gebiss im Kindesalter in unterschiedlichen Entwicklungsphasen befindet. Zunächst ist das Milchgebiss mit seinen 20 Milchzähnen vollständig, bevor später das bleibende Gebiss mit insgesamt 32 Zähnen (einschließlich der vier Weisheitszähne) nachwächst (Schmitz & Schwarz, 2020).

Wird Karies nicht behandelt, kann dies nicht nur zu Veränderungen im (Milch-)Gebiss führen, sondern auch den vorzeitigen Verlust von Milchzähnen zur Folge haben. Darüber hinaus können erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität auftreten, wie Zahnschmerzen, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, Schlafprobleme, Verhaltensänderungen und eine reduzierte Aktivität.

Diese Symptome können sich zudem auf das bleibende Gebiss auswirken und langfristige Folgen haben. Umso wichtiger ist die Prävention frühkindlicher Karies, die durch zahnärztliches Fachpersonal, Kitas und Sorgeberechtigte aktiv unterstützt werden sollte. (Heinrich-Weltzien & Kühnisch, 2019)

> Karies zeigt sich zunächst durch weißliche oder bräunliche Flecken auf den Zähnen. Später können Löcher entstehen, die tiefere Zahnschichten, einschließlich Nerven und Wurzeln, schädigen (gesund.bund.de, 2024).
>
> Milchzähne sind besonders anfällig für Karies. Das liegt daran, dass ihr Schmelz dünner ist und einen geringeren Mineralstoffgehalt aufweist. Dadurch sind sie insgesamt empfindlicher und anfälliger. Doch auch bleibende Zähne können weiterhin von Karies betroffen sein (gesund.bund.de, 2024).
>
> Ab etwa dem sechsten Lebensjahr findet der Wechsel vom Milch- zum bleibenden Gebiss statt. Die Wurzeln der Milchzähne lösen sich auf, sodass diese ausfallen. Dieser Prozess dauert bis zum etwa 12. Lebensjahr.
> (Schmitz & Schwarz, 2020)

Das Ausmaß von Karies lässt sich anhand des dmft/DMFT-Index beurteilen, der im Folgenden definiert und dargestellt wird.

Grundlagen dmft/DMFT Index
Der dmft/DMFT-Index dient als Grundlage für den vorliegenden Bericht.

Zur standardisierten Erfassung der Kariesbelastung des (Milch-)Gebisses wird der dmft/DMFT-Index verwendet (SPITTA VERLAG, o.A.). Der dmft-Index bezieht sich auf das Milchgebiss, der DMFT-Index auf das bleibende Gebiss. Beide geben Auskunft über die Karieserfahrung eines Kindes. Dabei werden alle Zähne gezählt, die aktuell kariös sind, infolge von Karies entfernt wurden oder aufgrund von Karies eine Füllung aufweisen.

Bei der Befundung der Zähne umfasst der Index im Detail folgende Kennbuchstaben: d/D: kariös, m/M: wegen Karies fehlend/extrahiert, f/F: wegen Karies gefüllt/überkront, t/T Zahn (auf den ganzen Zahn bezogen)

Aus der Summe dieser betroffenen (Milch-)Zähne ergibt sich der jeweilige Indexwert. Im Milchgebiss kann dieser maximal 20 betragen, im bleibenden Gebiss maximal 28.

Berücksichtigt werden ausschließlich (Milch-)Zähne, die aufgrund von Karies fehlen. Mithilfe dieses Indexes wird nicht nur die Karieshäufigkeit erfasst, sondern auch die Grundlage für die Planung gezielter Präventionsmaßnahmen geschaffen (Baumeister-Henning, 2012).

Der erhobene dmft-/DMFT-Index lässt sich dann folgendermaßen interpretieren:

- Ein (Milch-)Gebiss gilt als **gesund**, wenn keine Karieserfahrung vorliegt (dmft/DMFT = 0).
- Ein (Milch-)Gebiss gilt als **saniert**, wenn eine zuvor bestehende Karieserkrankung vollständig behandelt wurde. In diesem Fall zeigen sich behandlungsbedingte Veränderungen wie kariös bedingte (Milch-) Zahnverluste (m/M ≥ 1) und/oder Füllungen (f/F ein≥ 1), während keine unbehandelte Karies mehr vorhanden ist (d/D = 0).
- Ein Gebiss wird als **behandlungsbedürftig** eingestuft, wenn unbehandelte Karies vorhanden ist (d/D ≥ 1) und somit zahnärztlicher Behandlungsbedarf besteht.

Sobald eine der Komponenten d/D, m/M oder f/F den Wert 1 oder höher erreicht, liegt eine Karieserfahrung vor (Hantzsche et al., 2019).

Zur Analyse des (Milch-)Zahnstatus von Gruppen kann aus den einzelnen dmft-/DMFT-Indexwerten ein durchschnittlicher Gesamtwert gebildet, der als Maß für die Kariesbelastung der untersuchten Gruppe dient (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b).

> Beispiel: Weist ein Kind einen DMFT von 4 auf und drei Kinder einen DMFT von 0, so liegt der berechnete durchschnittliche DMFT bei 1. Kariesfreie Gebisse haben somit einen enormen Einfluss auf den gesamten DMFT-Wert. Daher ist eine Betrachtung des DMFT > 1 notwendig, um den genauen Anteil der Kinder mit Karieserfahrung ermitteln zu können. (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Neben der Bestimmung des aktuellen Kariesstatus ermöglicht der dmft/DMFT-Index auch eine Einschätzung des individuellen Kariesrisikos. Er beschreibt die Wahrscheinlichkeit, mit der bisher kariesfreie Zähne in Zukunft an Karies erkranken könnten, basierend auf der bisherigen Karieserfahrung eines Individuums und in Abhängigkeit des Alters (Niekusch & Möller-Scheib, 2024).

Das folgende Kapitel erläutert, wie der Ennepe-Ruhr-Kreis die gesetzlichen Vorgaben zur Zahngesundheit umsetzt und zugleich gezielte Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit bietet.

3.1.1 Förderung der Zahngesundheit: Untersuchungs- und Präventionsangebote im Ennepe-Ruhr-Kreis

Das Sachgebiet Kinder- und Jugendzahngesundheit des Gesundheitsamts des Ennepe-Ruhr-Kreises, in dem auch die Geschäftsstelle des Arbeitskreises Zahngesundheit angesiedelt ist, setzt die Vorgaben gemeinsam um. Dabei werden praxisnahe Präventionsmaßnahmen, edukative Angebote und direkte Behandlungsmöglichkeiten bereitgestellt. So wird die Mundgesundheit von Kindern systematisch von der Kita bis zur Grundschule gefördert – sowohl durch Wissensvermittlung als auch durch praktische Umsetzung im Alltag (Ennepe-Ruhr-Kreis, o.A.):

- Ernährungsberatung für Kitas und Grundschulen, um eine zahngesunde Ernährung im Alltag zu fördern.
- Zahnärztliche Untersuchung in Grundschulen: Die Kinder der Klassen 2 und 4 werden in der Regel (i.d.R.) einmal jährlich zahnärztlich untersucht, wobei eine Befunderhebung durchgeführt und dokumentiert wird.
- Zahnärztliche Untersuchungen in Förderschulen: I.d.R. werden Kinder von Förderschulen in den Klassenstufen 1 bis 4 untersucht und der Befund dokumentiert.
- Prophylaxeangebote für Grund- und Förderschulen: Unterricht zur Zahngesundheit und zahngesunden Ernährung für die Jahrgangsstufen 1 und 3, inklusive der Bereitstellung von pädagogischen Unterrichtsmaterialien für Lehrkräfte.
- Gruppenprophylaxe in Kitas: Versorgung der Kitas mit Zahnbürsten, Zahnpasta und Zahnputzbechern sowie die Bereitstellung einer Medienbox; Durchführung von Kinderaktionen mit Stuhlkreisgeschichten, Gruppenspielen, angeleitetes Zähneputzen und Einführung der KAI-Zahnputzsystematik.
- Kreiseigenes Zahnmobil: Die Zahnarztpraxis auf Rädern betreut die Klassen 1 bis 4 von 13 Grundschulen sowie einer Förderschule, deren Schülerinnen und Schüler ein erhöhtes Kariesrisiko aufweisen. Die Schulen werden dabei zwei- bis dreimal jährlich aufgesucht. Nach der zahnärztlichen Untersuchung wird zur zusätzlichen Kariesvorsorge ein Fluoridlack aufgetragen. Für diese Fluoridierung ist das Einverständnis der Sorgeberechtigten erforderlich.

Der Arbeitskreis Zahngesundheit bietet zudem folgende Initiativen an: Kita mit Biss und Schule mit Biss.

Die Initiative Kita mit Biss zeichnet Kitas aus, die sich besonders für die Zahngesundheit einsetzen, und bietet praxisnahe Handlungsleitlinien für einen zahnfreundlichen Alltag. Dazu gehören tägliches angeleitetes Zähneputzen, zuckerfreie Vormittage, Trinken aus offenen Gefäßen ab 2 Jahren, das Abgewöhnen von Lutschgewohnheiten bis spätestens 3 Jahre sowie die Beratung der Sorgeberechtigten. Ziel ist es, ein gesundes Aufwachsen zu fördern und Qualität in der Zahnpflege zu sichern. Für das Kitajahr 2026/2027 nehmen im Sommer 2026 insgesamt 64 Kitas teil.

Aufbauend darauf unterstützt Schule mit Biss Grundschulen dabei, sich im Unterricht und offenen Ganztag zu gesundheitsförderlichen Lebensorten zu entwickeln. Diese Initiative wird im Ennepe-Ruhr-Kreis aktuell noch nicht umgesetzt. Bei Interesse steht sie jedoch zur Verfügung. Beide Programme bieten präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen, welche die Chancen für ein gesundes Aufwachsen aller Kinder erhöhen.

> Weitere Details zu den Inhalten der Angebote sind der Homepage zu entnehmen: AK Zahngesundheit Ennepe-Ruhr-Kreis. Wenn Sie Interesse an den Angeboten und Initiativen des Arbeitskreises Zahngesundheit haben, können Sie gerne Kontakt mit uns aufnehmen.

Im vorliegenden Bericht wird auf die Daten der zahnärztlichen Untersuchungen der zweiten und vierten Klassen sowie auf die Ergebnisse der Untersuchungen im Zahnmobil derselben Jahrgangsstufen Bezug genommen. Diese Untersuchungen bilden die Datengrundlage für den Gesundheitsbericht zur Zahngesundheit im Ennepe-Ruhr-Kreis.

Das nachfolgende Kapitel erläutert in Kürze, wie sich die Corona-Pandemie auf die Durchführung zahnärztlicher Untersuchungen und der Gruppenprophylaxe ausgewirkt hat, da pandemiebedingte Einschränkungen zeitweise den Zugang zu Schulen und Kitas erschwerten.

3.1.2 Einfluss von Corona auf die Durchführung zahnärztlicher Untersuchungen und Gruppenprophylaxe

Die Ergebnisse des Untersuchungszeitraums sind vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie einzuordnen, da diese die Lebensumstände der Kinder sowie die Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Prävention nachhaltig beeinflusst hat. Die Kinder der zweiten Klassen des Untersuchungszeitraums waren während der Corona-Pandemie im Kitaalter. Diese Phase war geprägt von wiederholten Schließungen, eingeschränktem Regelbetrieb und langen Aufenthalten im häuslichen Umfeld. In vielen Einrichtungen wurde das tägliche Zähneputzen zeitweise eingestellt und auch danach nicht wieder flächendeckend aufgenommen. Insgesamt liegt der Anteil der Kitas, in denen täglich die Zähne geputzt werden, bis heute unter dem Niveau vor der Pandemie (Tabelle 1). Während der prozentuale Anteil der putzenden Kitas vor der Pandemie bei 84 % lag, liegt dieser im Untersuchungsjahr 2024/2025 bei 55 %.

Auch die zahnärztliche Prävention und die Durchführung der Gruppenprophylaxe in den Kitas war massiv betroffen (Tabelle 2). Im Jahr 2020 konnten zahnärztliche Untersuchungen und Gruppenprophylaxen nur bis zum ersten Lockdown stattfinden. In den Folgejahren wurden die Angebote unter strengen Schutzauflagen schrittweise wieder aufgenommen – zunächst jedoch ohne angeleitetes Zähneputzen. Besonders im Jahr 2021 kam es zu einem Einbruch der Betreuungszahlen. Seit 2023 ist eine deutliche Zunahme der zahnärztlichen Untersuchungen und der gruppenprophylaktischen Betreuung zu verzeichnen.

Tabelle 1: Betreute Kitas und putzende Kitas im Vergleich 2019 und 2024/2025

2019 betreute Kitas	2019 putzende Kitas	2024/25 betreute Kitas	2024/25 putzende Kitas
177	149 (84%)	195	107 (55%)

Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Tabelle 2: Zahnärztliche Betreuung und Durchführung der Gruppenprophylaxe in Kitas 2019-2024

Jahr	Zahnärztliche Untersuchungen	Gruppenprophylaktische Betreuung
2019	Keine Angabe möglich	97%
2020 vor Lockdown (Jan-März)	Keine Angabe möglich	35%
2020	0%	0%
2021	10%	24%
2022	32%	48%
2023	77%	86%
2024	81%	91%

Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Die Kinder der 4. Klasse waren zum Untersuchungszeitraum bereits eingeschult, dennoch waren auch sie von der Pandemie betroffen (Tabelle 3). Sie verbrachten viel Zeit zu Hause und erlebten die Auswirkungen der allgemeinen Belastungssituation. Präventive Angebote in den Schulen mussten im Jahr 2020 vollständig ausgesetzt werden. Ab 2021 wurden sowohl die Gruppenprophylaxe als auch die zahnärztlichen Untersuchungen wieder eingeführt. Insgesamt gelang die Rückkehr zur nahezu flächendeckenden Betreuung im schulischen Bereich schneller als im Kita-Bereich.

Das spezifische Kariespräventionsprogramm (Zahnmobil) pausierte ebenfalls im ersten Pandemiejahr, erreichte jedoch kurz nach der Wiederaufnahme wieder nahezu alle kooperierenden Schulen und läuft seither stabil auf hohem Niveau (Tabelle 4).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Pandemie zu erheblichen Unterbrechungen der Präventionsarbeit im zahnmedizinischen Bereich des Ennepe-Ruhr-Kreise geführt hat.

Das folgende Kapitel stellt die zentralen Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen zum (Milch-)Zahnstatus von Kindern der zweiten und vierten Klassen im festgelegten Untersuchungszeitraum dar. Dabei wird der Zustand der (Milch-)Zähne nach dem dmft/DMFT-Index bewertet.

Tabelle 3: Zahnärztliche Betreuung und Prophylaxeunterricht in Grund- und Förderschulen 2019-2024

Jahr	Zahnärztliche Untersuchungen	Prophylaxeunterricht
2019	Keine Angabe möglich	98%
2020 vor Lockdown (Jan-März)	Keine Angabe möglich	34%
2020 Lockdown ab März	0%	0%
2021	59%	45%
2022	79%	79%
2023	85%	91%
2024	97%	87%

Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Tabelle 4: Durchführung des spezifischen Kariespräventionsprogramms ab 2020

Jahr	Erreichte Schulen
2020 vor Lockdown (Jan-März)	33%
2020 Lockdown ab März	0%
2021	93%
ab 2022	100%

Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

3.2 Zentrale Ergebnisse zur Zahngesundheit

Der Ennepe-Ruhr-Kreis besteht aus neun kreisangehörigen Städten mit insgesamt 60 Grundschulen. Die hier dargestellten Ergebnisse der Zweit- und Viertklässler:innen wurden vom 01.08.2024 bis 31.07.2025 erhoben und umfassen insgesamt 51 der 60 Grundschulen. Kinder, für die im System keine Adresse hinterlegt war, wurden der Kategorie ohne Adresse zugeordnet.

Zweite Klassen:
Insgesamt wurden 2.612 Kinder der zweiten Klassen untersucht (Tabelle 5). Der Anteil der Jungen betrug 46,9%, der Anteil der Mädchen 53,1%. Das Durchschnittsalter der Kinder lag bei 8,1 Jahren (SD = 0,7), was auf eine recht gleichmäßige Altersstruktur hinweist.

Die kleinste Gruppe untersuchter Kinder wurde in Breckerfeld mit 2,5% ermittelt, die größte Gruppe in Witten mit 19,5%. Das Durchschnittsalter variiert in den einzelnen Städten zwischen 7,5 und 8,1 Jahren (SD 0,4 bis 0,5), was ebenfalls auf eine ausgeglichene Altersstruktur hinweist. Die Geschlechterverteilung in den einzelnen Städten ist annähernd ausgeglichen.

Tabelle 5: Soziodemografische Merkmale der untersuchten Kinder der zweiten Klassen im Ennepe-Ruhr-Kreis

	Anzahl Kinder n (%)	Jungs gesamt n (%)	Mädchen gesamt n (%)	Durchschnittsalter	Standardabweichung Alter
Breckerfeld	64 (2,5 %)	29 (45,3 %)	35 (54,7%)	7,5	0,4
Ennepetal	290 (11,1 %)	129 (44,5 %)	161 (55,5%)	8	0,5
Gevelsberg	266 (10,2 %)	116 (43,6 %)	150 (56,4%)	7,6	0,5
Hattingen	478 (18,3 %)	230 (48,1 %)	248 (51,9%)	7,9	0,5
Herdecke	73 (2,8 %)	37 (50,7 %)	36 (49,3%)	8	0,5
Schwelm	261 (10,0 %)	126 (48,3 %)	135 (51,7%)	8,1	0,5
Sprockhövel	223 (8,54 %)	120 (53,8 %)	103 (46,2%)	7,9	0,5
Wetter	236 (9,0 %)	121 (51,3 %)	115 (48,7%)	8,1	0,5
Witten	508 (19,5 %)	227 (44,7 %)	281 (55,3%)	7,9	0,5
Untersuchte Personen gesamt	**2612 (100 %)**	**1226 (46,9 %)**	**1386 (53,1%)**	**8,1**	**0,7**
davon ohne Adresse	212 (8,1 %)	91 (42,9 %)	121 (57,1%)	7,9	0,5

Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

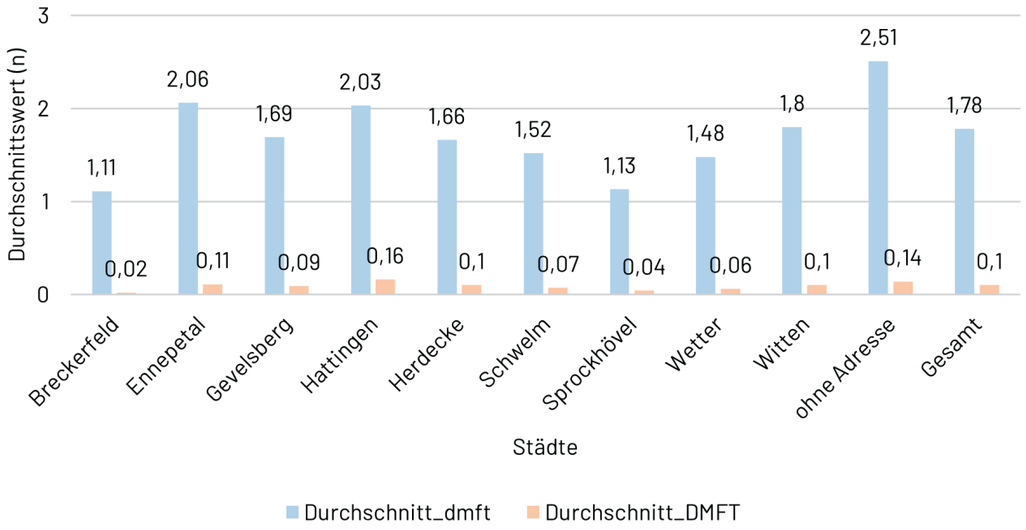
In den zweiten Klassen variiert die Karieserfahrung der insgesamt 2612 Kinder zwischen den einzelnen Städten (Abbildung 17). Die durchschnittliche Karieserfahrung im Milchgebiss, also die Anzahl kariöser, fehlender oder gefüllter Milchzähne, liegt in Ennepetal mit einem durchschnittlichen dmft-Wert von 2,06 am höchsten, ausgenommen die Personengruppe, der keine Adresse zugeordnet werden konnte. Demnach sind dort durchschnittlich rund zwei Milchzähne pro Kind betroffen. Den geringsten durchschnittlichen dmft-Wert weist Breckerfeld mit 1,11 auf. Somit ist hier im Mittel etwas mehr als ein kariöser, fehlender oder gefüllter Milchzahn pro Kind zu verzeichnen.

Der durchschnittliche DMFT-Wert für das bleibende Gebiss ist in allen Städten insgesamt sehr gering. Dies ist vermutlich unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Kinder zum Untersuchungszeitpunkt erst seit kurzem über wenige, bleibende Zähne verfügten. Den höchsten Anteil zeigt Hattingen mit einem DMFT von 0,16, während Breckerfeld mit 0,02 den niedrigsten Wert aufweist.

Abbildung 18 zeigt die prozentualen Anteile der Kinder der zweiten Klassen mit kariesfreiem Milchgebiss (dmft = 0) sowie der Kinder mit Karieserfahrung im Milchgebiss (dmft ≥ 1), getrennt nach Städten. Zwischen den Städten bestehen Unterschiede in den prozentualen Anteilen. Sprockhövel weist mit 66% den höchsten Anteil kariesfreier, also gesunder Milchgebisse auf. Demgegenüber zeigt Ennepetal mit 52%, nach der Gruppe ohne Adresszuordnung, den höchsten Anteil an Kindern mit einer Karieserfahrung.

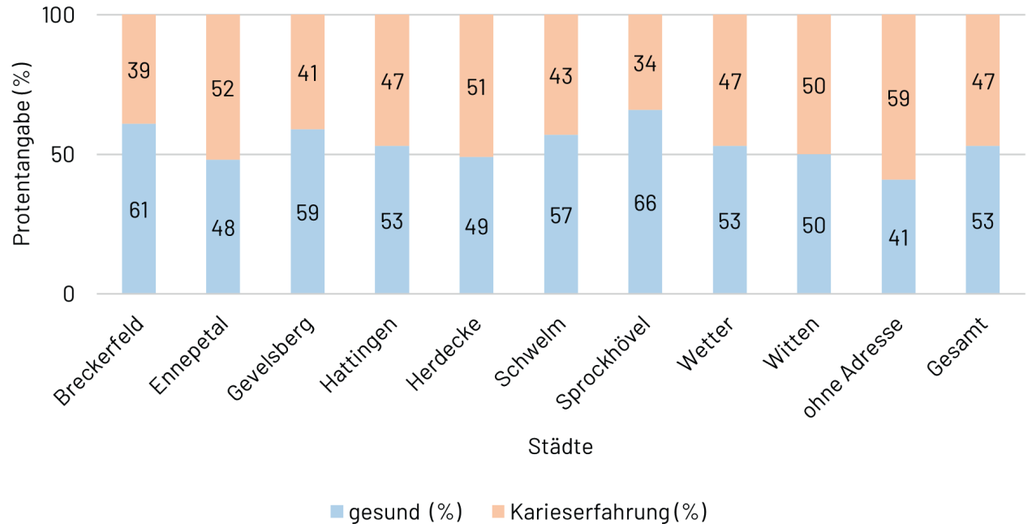
Die darauffolgende Abbildung 19 stellt die durchschnittliche Karieserfahrung derselben Zielgruppe im bleibenden Gebiss dar. In allen Städten liegt der Anteil der Kinder mit kariesfreiem Gebiss bei über 90% und stellt damit jeweils den größeren Anteil dar. Der Anteil der Kinder mit Karieserfahrung variiert zwischen den Städten zwischen 10% in Hattingen und 2% Breckerfeld. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die untersuchten Kinder erst seit kurzer Zeit über eine teilweise geringe Anzahl bleibender Zähne verfügen.

Abbildung 17: Durchschnittswerte des dmft/DMFT-Index der zweiten Klassen nach Städten



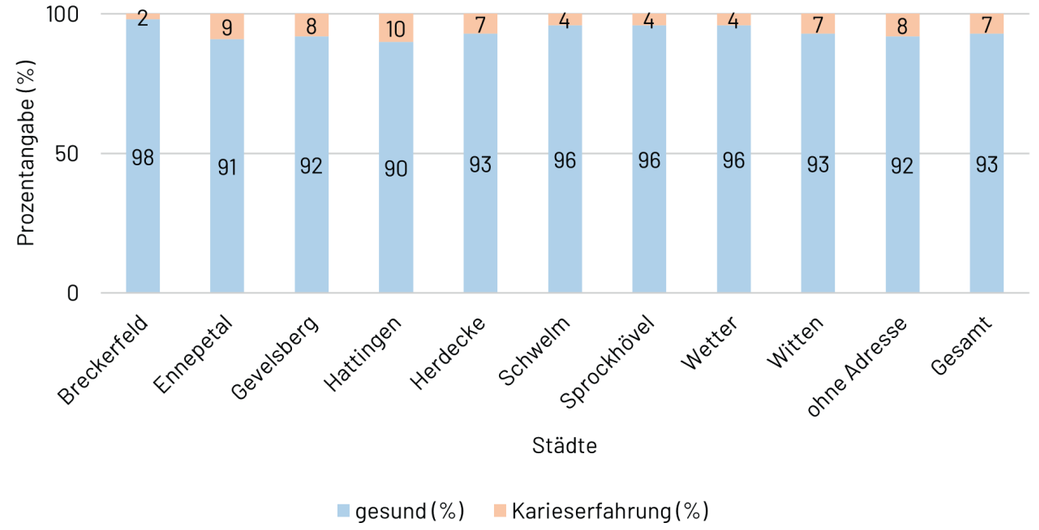
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 18: Darstellung des dmft-Index für das Milchgebiss der zweiten Klassen in Prozent (%)



Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 19: Darstellung des DMFT-Index für das bleibende Gebiss der zweiten Klassen in Prozent (%)



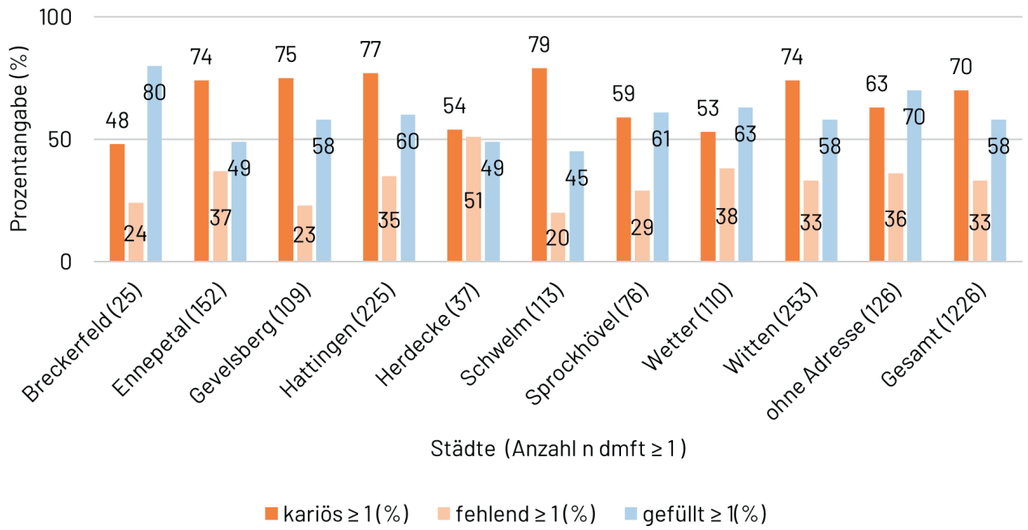
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 20 stellt die Art der Karieserfahrung bei den Kindern der zweiten Klasse zum Untersuchungszeitpunkt im Milchgebiss dar. Die Abbildung zeigt die einzelnen Komponenten d, m und f für alle Kinder, die in der Kategorie dmft ≥ 1 erfasst wurden (n = 1226), d. h. Kinder mit Karieserfahrung.

Es zeigt sich, dass in nahezu allen Städten mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder mit Karieserfahrung mindestens einen unbehandelten kariösen Milchzahn (d-Komponente) hat und somit einen akuten Behandlungsbedarf aufweist. Der Anteil variiert zwischen 79% in Schwelm und 48% in Breckerfeld.

Ebenso variiert der Anteil der Kinder mit mind. einem gefüllten Milchzahn (f) zwischen den Städten. In Breckerfeld liegt der Anteil bei 80 %, während in Schwelm 45% der Kinder mind. einen gefüllten Milchzahn aufweisen. Im Gegensatz dazu sind die Anteile der Kinder mit mind. einem fehlenden Milchzahn auf Grund von Karies (m) insgesamt niedriger und schwanken zwischen 51% in Herdecke und 20% in Schwelm. Die Werte geben Aufschluss darüber, wie häufig Milchzähne aufgrund von Karies behandelt wurden.

Abbildung 20: Darstellung der d,m und f-Komponenten im Milchgebiss der zweiten Klassen mit Karieserfahrung (dmft ≥ 1) in Prozent (%)



Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

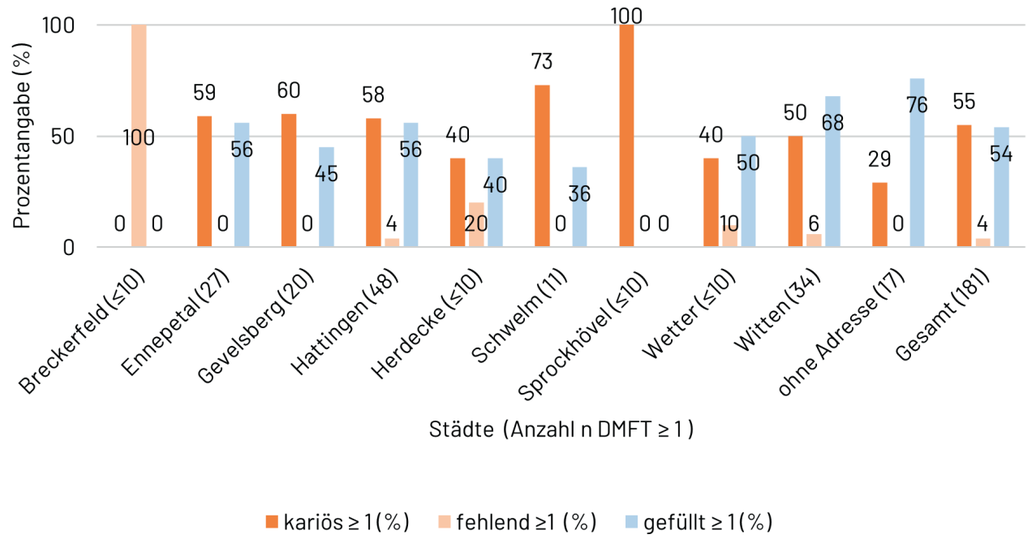
Abbildung 21 zeigt die Karieserfahrung der Kinder der zweiten Klasse im bleibenden Gebiss. Gezeigt werden ebenfalls die drei Komponenten D, M und F für Kinder mit DMFT ≥ 1 (n=181), also für Kinder, die bereits Karies erlebt haben.

Bei den meisten Städten hat mehr als die Hälfte der Kinder mit Karieserfahrung mindestens einen unbehandelten kariösen Zahn, wie die D-Komponente (kariös) zeigt. Die Anteile variieren dabei zwischen 100% in Sprockhövel (bei einer absoluten Zahl ≤ 10) und 40% in Herdecke und Wetter (ebenfalls bei einer absoluten Zahl ≤ 10), was auf einen akuten Behandlungsbedarf hinweist.

Der Anteil gefüllter Zähne (F) unterscheidet sich bei Kindern mit Karieserfahrung zwischen den Städten. In Witten haben 68% dieser Kinder mindestens einen gefüllten Zahn, in Schwelm 36%. Fehlende Zähne (M) aufgrund von Karies treten insgesamt seltener auf. In Breckerfeld hatten alle Kinder mit Karieserfahrung mindestens einen fehlenden Zahn (100%), die absolute Zahl der betroffenen Kinder war jedoch kleiner als 10. In anderen Städten liegt der Anteil betroffener Kinder deutlich niedriger, zum Beispiel 4% in Hattingen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass insgesamt weniger Kinder einen DMFT ≥ 1 aufweisen. Daher hat jeder einzelne Fall in den Komponenten D, M oder F bei den betroffenen Kindern einen größeren Einfluss auf die Werte.

Abbildung 21: Darstellung der D, M und F-Komponenten im bleibenden Gebiss der zweiten Klassen mit einem DMFT ≥ 1 in Prozent (%)n



Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Vierte Klassen:
Insgesamt wurden 2.379 Kinder der vierten Klassen untersucht (Tabelle 6). Der Anteil der Jungen betrug 45,9%, der Anteil der Mädchen 54,1%. Das Durchschnittsalter der untersuchten Kinder lag bei 9,9 Jahren (SD = 0,5), was auf eine recht gleichmäßige Altersstruktur hinweist.

Die kleinste Gruppe untersuchter Kinder wurde in Breckerfeld mit 2,8% ermittelt, die größte Gruppe in Witten mit 20,0%. Das Durchschnittsalter variiert in den einzelnen Städten zwischen 9,7 und 10,1 Jahren (SD 0,4 bis 0,5), was ebenfalls auf eine einheitliche Altersstruktur hinweist. Die Verteilung der Geschlechter in den einzelnen Städten ist, genau wie in den zweiten Klassen, annähernd ausgewogen.

In der nachfolgenden Abbildung 22 sind die durchschnittlichen dmft-Werte für das Milchgebiss und die durchschnittlichen DMFT-Werte für das bleibende Gebiss bei den untersuchten Kindern der vierten Klassen dargestellt. Wie bereits bei den zweiten Klassen zeigt sich, dass die durchschnittlichen DMFT-Werte insgesamt geringer sind als die dmft-Werte. Die dmft-Werte liegen zwischen 1,36 in Gevelsberg und 0,62 in Herdecke. Die Werte weisen darauf hin, dass Kinder in Gevelsberg im Mittel etwas mehr als einen Milchzahn mit Karieserfahrung haben, während Kinder in Herdecke im Mittel weniger als einen betroffenen Milchzahn aufweisen. Die durchschnittlichen DMFT-Werte sind insgesamt niedrig und reichen von 0,28 in Gevelsberg bis 0,04 in Herdecke. Dies zeigt, dass im bleibenden Gebiss bisher nur wenige Zähne von Karies betroffen sind.

Für die Kinder der vierten Klassen zeigt Abbildung 23, nach Städten getrennt, den prozentualen Anteil der Kinder mit kariesfreiem Milchgebiss (dmft = 0) sowie der Kinder mit Karieserfahrung im Milchgebiss (dmft ≥ 1).

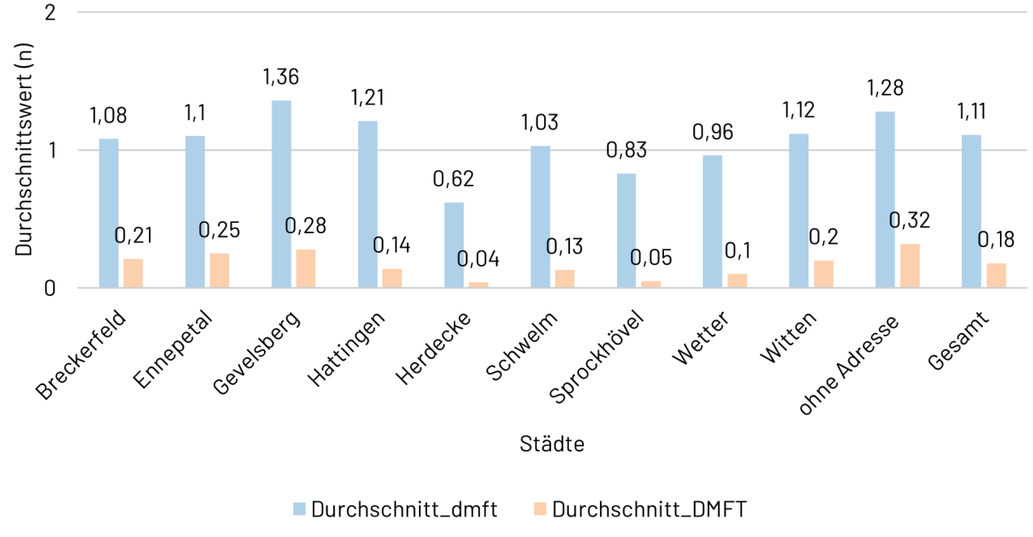
Der Anteil der Kinder mit einem kariesfreien Milchgebiss liegt zwischen 70% in Herdecke und 52% in Breckerfeld. Bei den Kindern mit Karieserfahrung (mindestens ein betroffener Milchzahn, dmft ≥ 1) variiert der Anteil zwischen 48% in Breckerfeld und 30% in Herdecke.

Tabelle 6: Soziodemografische Merkmale der untersuchten Kinder der vierten Klassen im Ennepe-Ruhr-Kreis

	Anzahl Kinder n (%)	Jungs gesamt n (%)	Mädchen gesamt n (%)	Durch-schnitts-alter	Standard-abweichung Alter
Breckerfeld	66 (2,8%)	36 (54,4%)	30 (45,6%)	9,7	0,4
Ennepetal	269 (11,3%)	119 (44,2%)	150 (55,8%)	10	0,5
Gevelsberg	255 (10,7%)	129 (50,6%)	126 (49,4%)	9,7	0,5
Hattingen	407 (17,1%)	194 (47,7%)	213 (52,3%)	9,9	0,4
Herdecke	74 (3,1%)	36 (48,6%)	38 (51,4%)	10	0,6
Schwelm	240 (10,1%)	118 (49,2%)	122 (50,8%)	10	0,4
Sprockhövel	162 (6,8%)	87 (53,7%)	75 (46,3%)	9,9	0,5
Wetter	199 (8,4%)	86 (43,2%)	113 (56,8%)	10,1	0,4
Witten	475 (20,0%)	181 (38,1%)	294 (61,9%)	9,9	0,5
Untersuchte Personen gesamt	**2379 (100%)**	**1093 (45,9%)**	**1286 (54,1%)**	**9,9**	**0,5**
davon ohne Adresse	232 (9,8%)	107 (46,0%)	125 (54,0%)	9,9	0,5

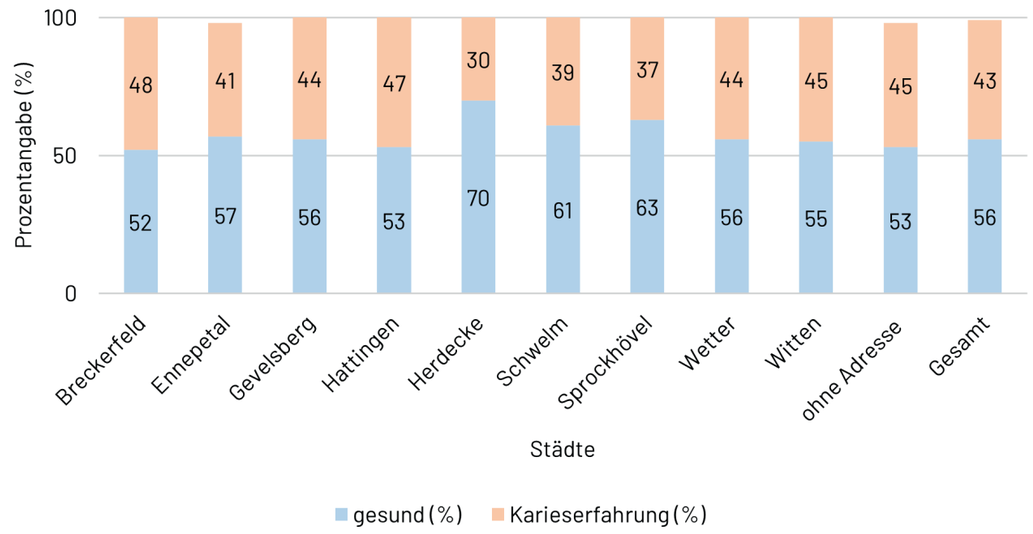
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 22: Durchschnittswerte des dmft/DMFT-Index der vierten Klassen nach Städten



Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 23: Darstellung des dmft-Index für das Milchgebiss der vierten Klassen in Prozent (%)



Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 24 stellt die entsprechenden Anteile im bleibenden Gebiss (DMFT = 0 bzw. DMFT ≥ 1) dar. Die prozentualen Anteile der Kinder mit kariesfreiem Gebiss liegen zwischen 96% in Herdecke sowie Sprockhövel und 83% in Ennepetal. Die Karieserfahrung (DMFT ≥ 1) variiert zwischen 15% in Gevelsberg und 4% in Herdecke, was die Unterschiede zwischen den Städten aufzeigt.

Abbildung 25 zeigt für Kinder der vierten Klassen mit Karieserfahrung im Milchgebiss (dmft ≥ 1, n = 1022) die prozentuale Verteilung der einzelnen dmft-Komponenten. Dargestellt sind die Anteile unbehandelter Karies (d), sowie die Anteile der aufgrund von Karies fehlenden (m) oder gefüllten (f) Milchzähnen bei Kindern mit Karieserfahrung (dmft ≥ 1).

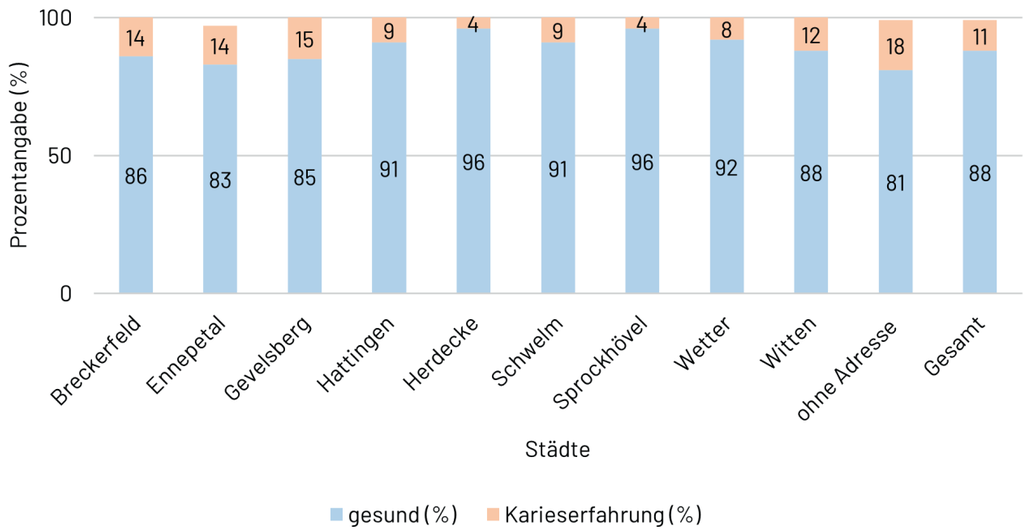
Es zeigt sich, dass die d-Komponente in allen Städten dominiert: Über die Hälfte der Kinder mit Karieserfahrung hat in jeder Stadt mindestens einen unbehandelten Milchzahn. Dies deutet darauf hin, dass ein akuter zahnärztlicher Behandlungsbedarf in allen Städten vorhanden ist.

Auch der Anteil der Kinder mit mindestens einem gefüllten Milchzahn liegt in allen Städten über 50%. Der höchste Anteil entfällt u.a. auf Wetter mit 67%, während Hattingen mit 54% den niedrigsten Wert aufweist. Der Anteil der Kinder mit mindestens einem aufgrund von Karies fehlenden Milchzahn ist insgesamt geringer als der Anteil der Kinder mit unbehandelter Karies oder gefüllten Milchzähnen. Während in Witten 29% der Kinder mindestens einen aufgrund von Karies fehlenden Milchzahn aufweisen, liegt der entsprechende Anteil in Breckerfeld bei 9%.

Abbildung 26 zeigt die einzelnen Komponenten (D, M, F) im bleibenden Gebiss der Kinder der vierten Klassen, bei denen eine Karieserfahrung vorliegt (DMFT ≥ 1, n = 271). Der Anteil der Kinder mit Karieserfahrung und mindestens einem behandlungsbedürftigen kariösen Zahn ist in Breckerfeld mit 78% (n≤ 10) am höchsten und in Wetter mit 19% am niedrigsten. Aufgrund der geringen absoluten Zahlen ist ein Vergleich der einzelnen Städte untereinander deutlich eingeschränkt.

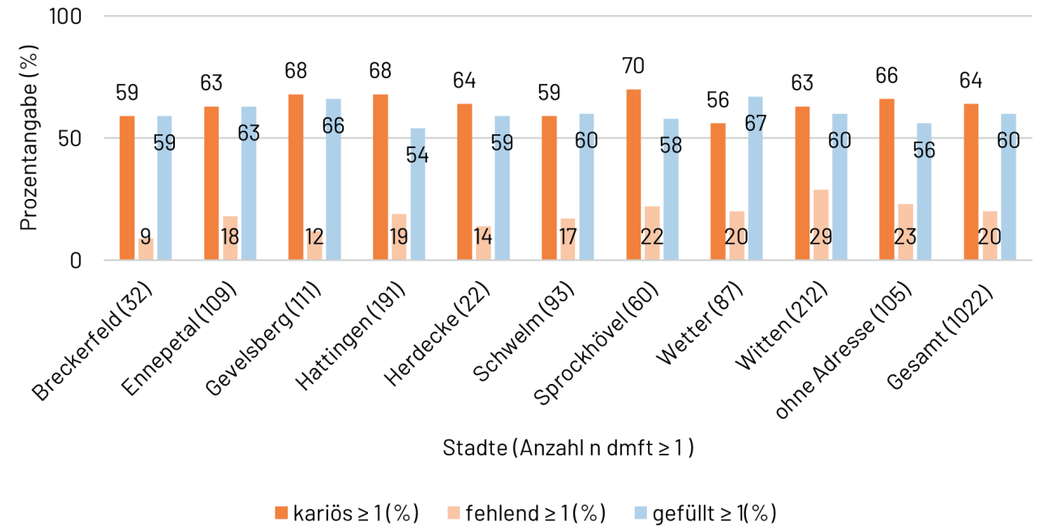
Höhere Werte zeigt der Anteil der Kinder mit Karieserfahrung und mindestens einer Füllung im bleibenden Gebiss. Dieser liegt zwischen 88% in Wetter und 43% in Sprockhövel. Auch der Anteil der Kinder mit Karieserfahrung und mindestens einem fehlenden Zahn unterscheidet sich zwischen den Städten und reicht von 33% in Herdecke bis 3% in Ennepetal und Hattingen. In Herdecke, Breckerfeld und Wetter gibt es kein Kind, dem aufgrund von Karies ein Zahn im bleibenden Gebiss fehlt.

Abbildung 24: Darstellung des DMFT-Index für das bleibende Gebiss der vierten Klassen in Prozent (%)



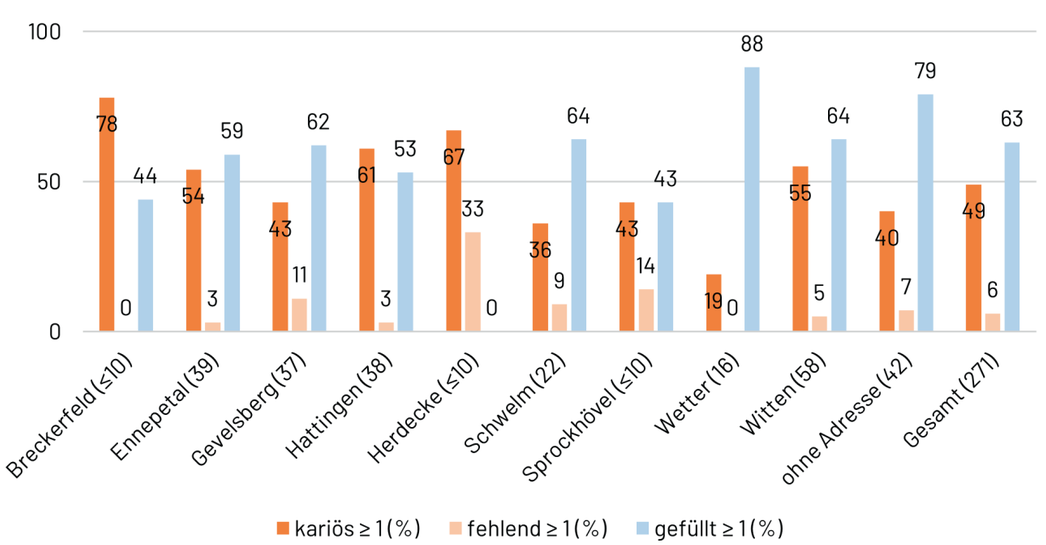
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 25: Darstellung der d,m und f-Komponenten im Milchgebiss der vierten Klassen mit einem dmft ≥ 1 in Prozent (%)



Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 26: Darstellung der D, M und F-Komponenten im bleibenden Gebiss der vierten Klassen mit einem DMFT ≥ 1 in Prozent (%)



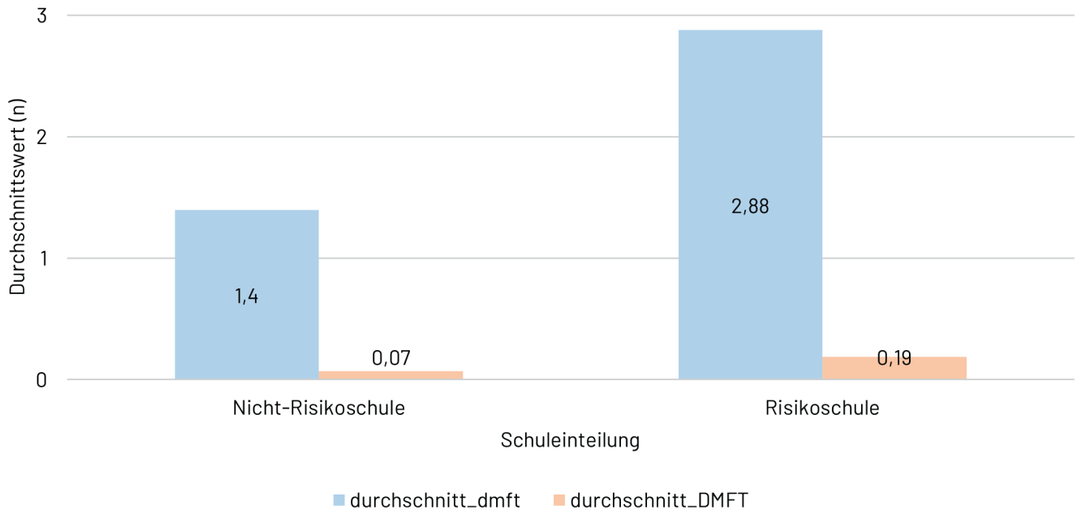
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Risikoschule vs. Nicht-Risikoschule
Die folgenden Daten beziehen sich auf die Zahngesundheit von Kindern der zweiten und vierten Klassen. Sie unterscheiden zwischen Schulen, die aufgrund eines erhöhten Kariesrisikos der Kinder zwei- bis dreimal jährlich mit dem zusätzlichen Angebot einer Fluoridierung der bleibenden Zähne betreut werden. Sie werden im Folgenden Risikoschulen genannt. Alle weiteren Grundschulen werden in diesem Zusammenhang als Nicht-Risikoschulen bezeichnet.

Zweite Klassen
Abbildung 27 zeigt die durchschnittliche Karieserfahrung der Zweitklässler:innen im Milchgebiss (dmft) und im bleibenden Gebiss (DMFT), aufgeschlüsselt nach Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen.

Im Milchgebiss weisen Kinder der Risikoschule (n=674) im Durchschnitt etwas mehr als zwei Milchzähne mit Karieserfahrung auf, während Kinder der Nicht-Risikoschulen (n=1938) durchschnittlich etwas mehr als einen Milchzahn mit Karieserfahrung ausweisen. Die Werte für das bleibende Gebiss sind vergleichsweise gering, wobei der Mittelwert der Risikoschulen mit 0,19 etwas höher liegt als der der Nicht-Risikoschulen mit 0,07.

Abbildung 27:Durchschnittswerte des dmft/DMFT-Index der zweiten Klassen nach Risikoschulen vs. Nicht-Risikoschulen

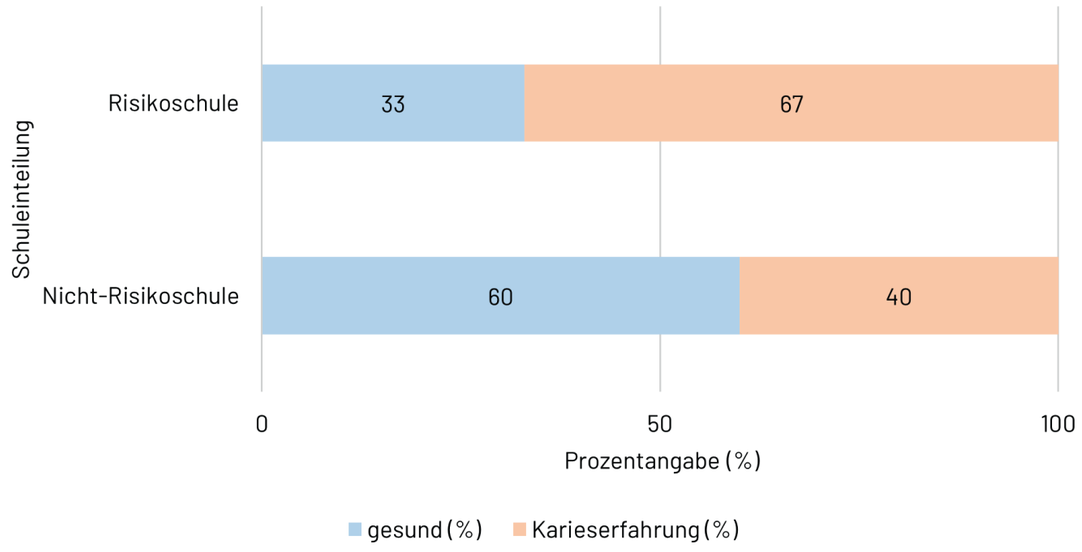


Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 28 zeigt den prozentualen Anteil der untersuchten Kinder der zweiten Klassen mit kariesfreiem Milchgebiss und Karieserfahrung im Milchgebiss in Risikoschulen (n=674), sowie in Nicht-Risikoschulen (n=1938). Der prozentuale Anteil der Kinder mit einem gesunden Milchgebiss liegt für Nicht-Risikoschulen bei 60% und bei Risikoschulen bei 33 %.

Der Anteil der Kinder mit Karieserfahrung im Milchgebiss beträgt bei Risikoschulen 67% und bei Nicht-Risikoschulen 40%.

Abbildung 28: Darstellung des dmft-Index im Milchgebiss der zweiten Klassen in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%)



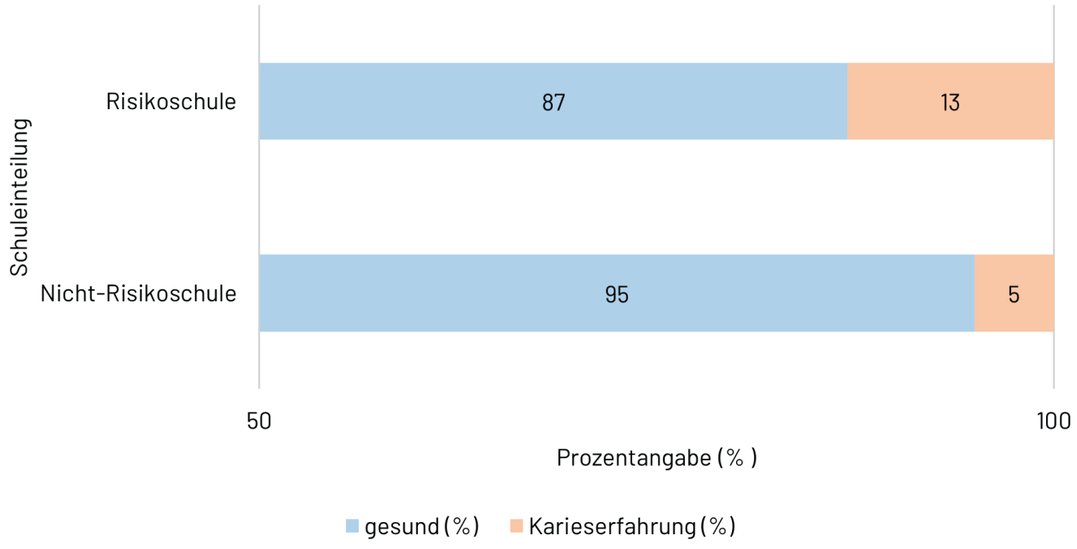
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Wie Abbildung 28 zeigt Abbildung 29 ebenfalls den prozentualen Anteil der Kinder mit einem gesunden Gebiss und mit Karieserfahrung, diesmal jedoch für das bleibende Gebiss. Auch hier wird zwischen Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen unterschieden.

Bei den Kindern der Nicht-Risikoschulen weisen 95% ein gesundes Gebiss auf und bei 5% der Kinder liegt mind. eine Karieserfahrung vor.

Für die Risikoschulen zeigen sich etwas abweichende Werte. Hier weisen 87% ein gesundes Gebiss und 13% ein Gebiss mit Karieserfahrung auf.

Abbildung 29: Darstellung des DMFT-Index im bleibenden Gebiss der zweiten Klassen in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%)



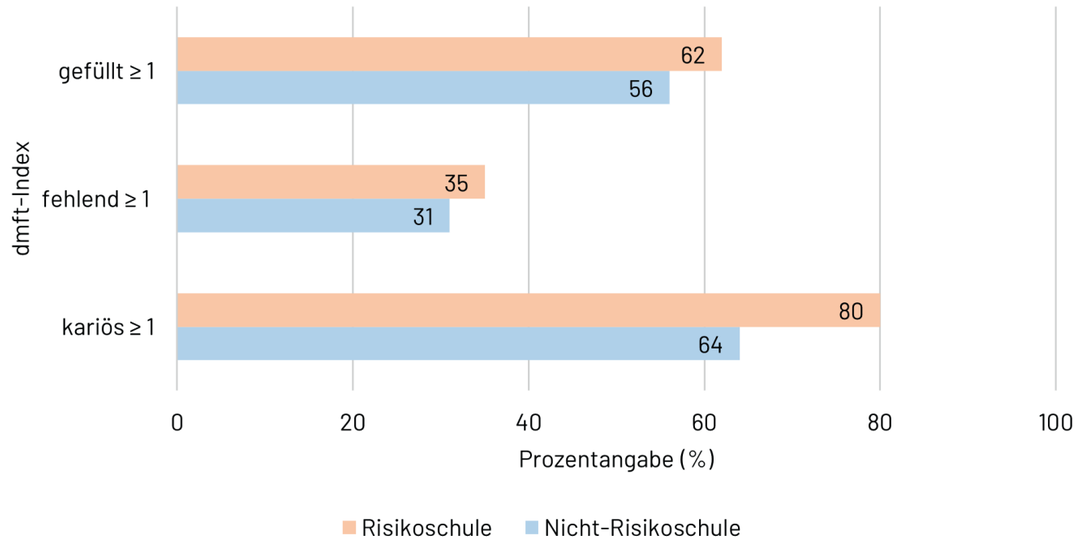
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 30 stellt die Art der Karieserfahrung bei den Kindern der zweiten Klasse zum Untersuchungszeitpunkt im Milchgebiss dar. Die Abbildung zeigt die einzelnen Komponenten d, m und f für alle Kinder, die in der Kategorie dmft ≥ 1 erfasst wurden. Dabei wird zwischen Risikoschulen (n=453) und Nicht-Risikoschulen (n=773) unterschieden.

Es zeigen sich für alle Komponenten höhere Werte bei den Risikoschulen. Insgesamt weisen 80% der betroffenen Kinder mindestens eine unbehandelte Karies auf. Der Anteil der sanierten Milchzähne setzt sich zu 62% aus Fällen zusammen, bei denen mindestens ein Milchzahn gefüllt wurde. 35% der Kinder haben mindestens einen fehlenden Milchzahn.

Bei den Kindern der Nicht-Risikoschulen liegt der prozentuale Anteil der Kinder, die mindestens einen unbehandelten kariösen Milchzahn haben, bei 64%. Zudem weisen 56% der Kinder mindestens einen gefüllten Milchzahn auf, während 31% mind. einen fehlenden Milchzahn aufgrund von Karies haben.

Abbildung 30: Darstellung der d,m und f-Komponenten im Milchgebiss der zweiten Klassen mit einem dmft ≥ 1 in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%)

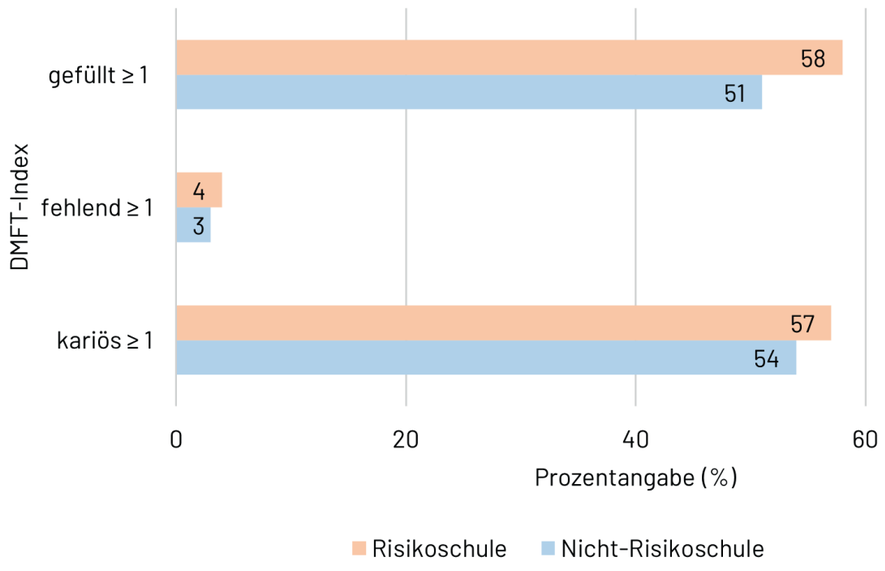


Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Auch im bleibenden Gebiss der Kinder der zweiten Klasse zeigen sich Unterschiede in der Karieserfahrung zwischen den Risikoschulen (n=90) und den Nicht-Risikoschulen (n=91) hinsichtlich der einzelnen Komponenten (Abbildung 31).

57% der Kinder mit Karieserfahrung von Risikoschulen weisen mindestens eine behandlungsbedürftige Karies auf, während 58% mindestens eine Füllung und 4% mindestens einen fehlenden Zahn aufgrund von Karies haben. Bei den Kindern mit Karieserfahrung der Nicht-Risikoschulen haben 54% mindestens eine unbehandelte Karies. 51% weisen mindestens eine Füllung auf, und 3% haben mindestens einen fehlenden Zahn aufgrund von Karies.

Abbildung 31: Darstellung der D, M und F-Komponenten im bleibenden Gebiss der zweiten Klasse mit einem DMFT ≥ 1 in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%)

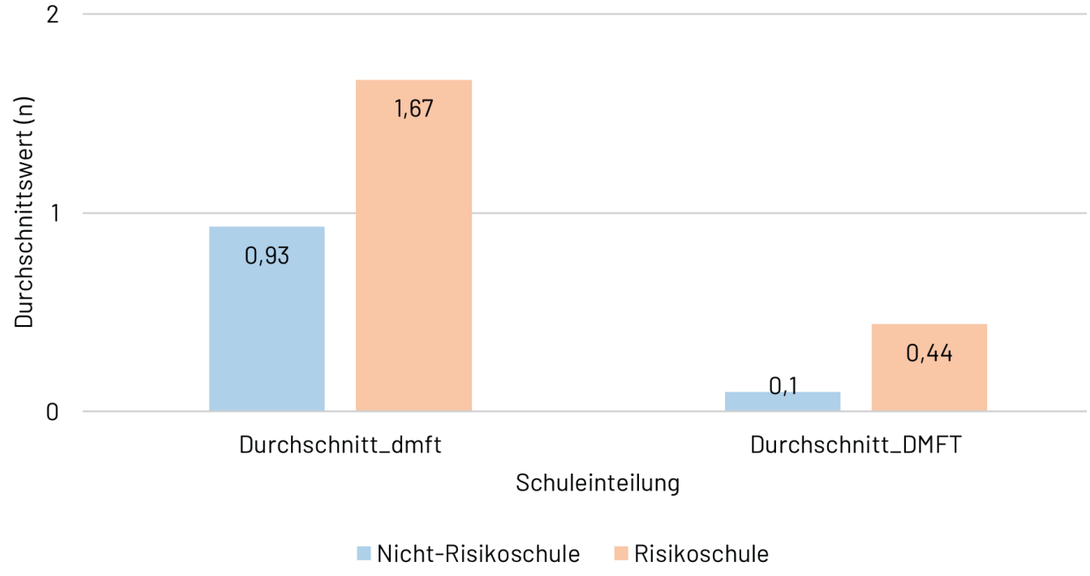


Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Vierte Klassen:
Die folgenden Abbildungen nehmen Bezug zu den Kindern der vierten Klassen. Unterschieden wird dabei wieder zwischen Kindern von Risikoschulen (n = 595) und Nicht-Risikoschulen (n = 1784).

Im Milchgebiss weisen Kinder der Risikoschulen im Durchschnitt 1,67 Milchzähne mit Karieserfahrung auf, während Kinder der Nicht-Risikoschulen durchschnittlich 0,93 Milchzähne betroffen haben. Im bleibenden Gebiss sind die Werte insgesamt niedriger, wobei der Wert für die Risikoschulen mit 0,44 Zähnen mit Karieserfahrung etwas höher liegt als der der Nicht-Risikoschulen mit 0,1 Zähnen.

Abbildung 32: Durchschnittswerte des dmft/DMFT-Index der vierten Klassen nach Risikoschulen vs. Nicht-Risikoschulen



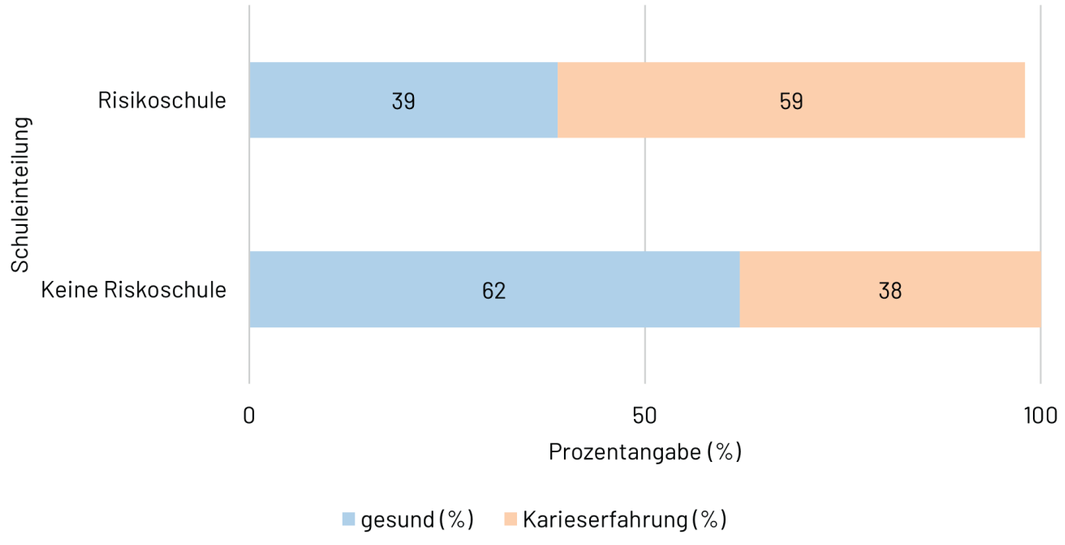
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 33 zeigt den Anteil der Kinder der vierten Klassen mit einem gesunden Milchgebiss sowie mit Karieserfahrung.

Mehr als die Hälfte der Kinder an Risikoschulen (59%) weist ein von Karies betroffenes Milchgebiss auf, während 39% der Kinder ein gesundes Milchgebiss haben.

An den Nicht-Risikoschulen weist ein größerer Anteil der Kinder ein gesundes Milchgebiss auf (62 %), während 38% Karieserfahrungen im Milchgebiss haben.

Abbildung 33: Darstellung des dmft-Index im Milchgebiss der vierten Klassen in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%)



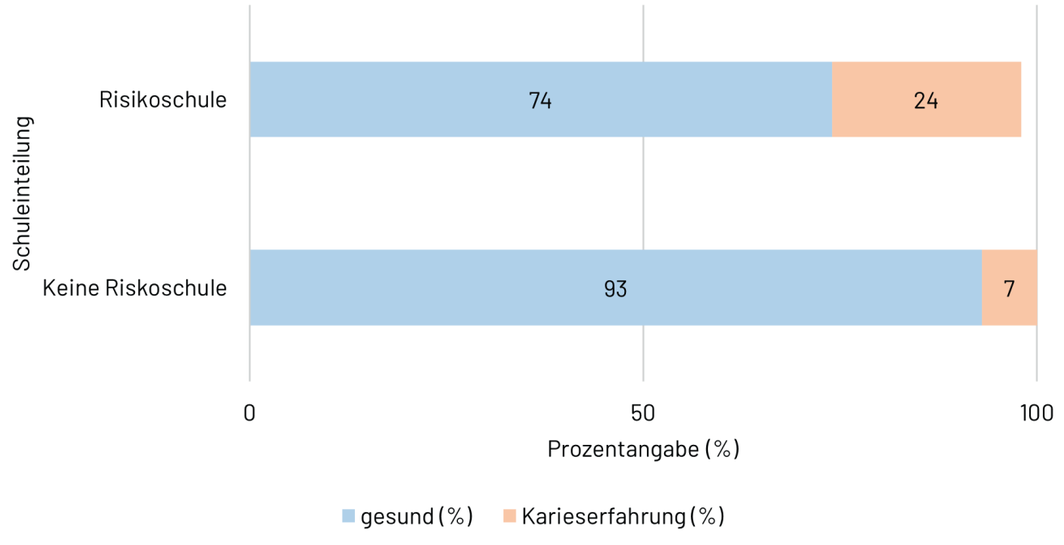
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 34 zeigt den Anteil der Viertklässler:innen mit einem kariesfreien, gesunden bleibenden Gebiss und mit Karieserfahrung im bleibenden Gebiss. Insgesamt zeigt sich bei beiden Gruppen ein hoher Anteil gesunder Gebisse.

Bei den Kindern der Risikoschulen liegt der Anteil gesunder bleibender Gebisse bei 74%, während 24% Karieserfahrung aufweisen.

93% aller Kinder der Nicht-Risikoschulen weisen ein gesundes bleibendes Gebiss auf, während 7% ein Gebiss mit Karieserfahrung haben.

Abbildung 34: Darstellung des DMFT-Index im bleibenden Gebiss der vierten Klassen in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%)



Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 35 zeigt die Verteilung der Karieserfahrung bei den Kindern der vierten Klassen im Milchgebiss im Untersuchungszeitraum. Gezeigt werden die einzelnen Komponenten d, m und f für alle Kinder, deren dmft-Wert ≥ 1 ist, also die Kinder mit Karieserfahrung.

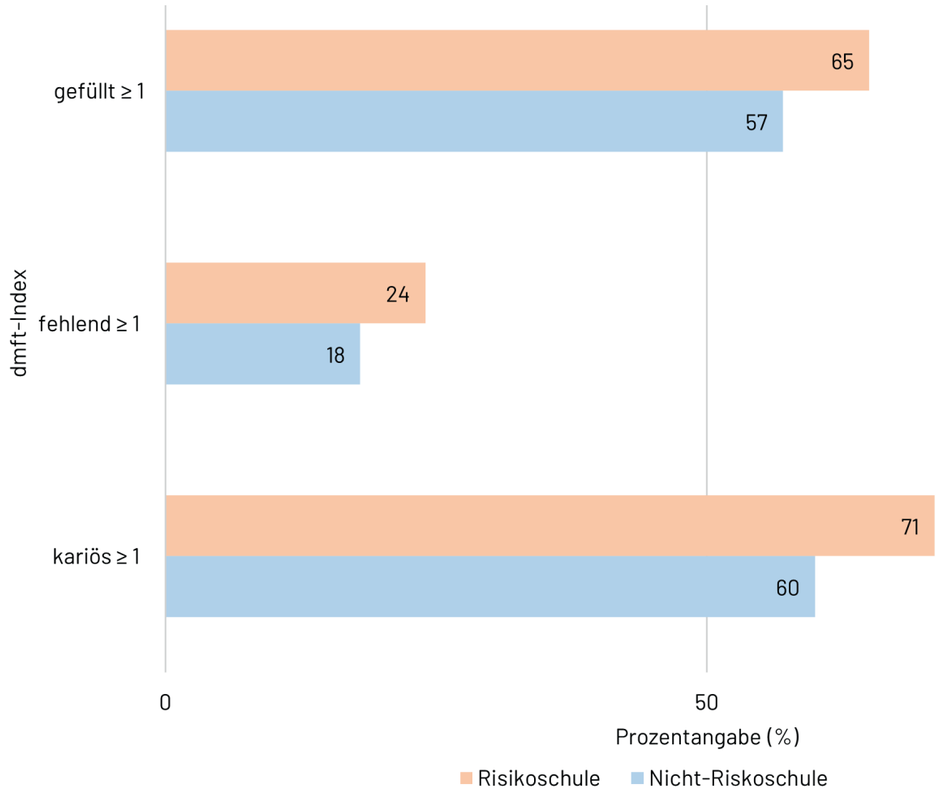
Dabei wird zwischen Kindern der Risikoschulen (n=352) und Nicht-Risikoschulen (n=670) unterschieden.

Für alle Komponenten weisen die Kinder der Risikoschulen höhere Werte auf. Diese sind jedoch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Anzahl der untersuchten Kinder zu interpretieren.

Die Kinder mit Karieserfahrung der Risikoschulen weisen mit 71% mindestens eine unbehandelte Karies im Milchgebiss auf, 65% haben mindestens eine Füllung und 24% haben mindestens einen fehlenden Milchzahn als Folge von Karies.

Bei Kindern mit Karieserfahrung von Nicht-Risikoschulen liegt der prozentuale Anteil mit mindestens einer unbehandelten Karies im Milchgebiss bei 60%, 57 % weisen mindestens eine Füllung auf und 18% haben mindestens einen fehlenden Milchzahn aufgrund von Karies.

Abbildung 35: Darstellung der d,m und f-Komponenten im Milchgebiss der vierten Klassen mit einem dmft ≥ 1 in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%)



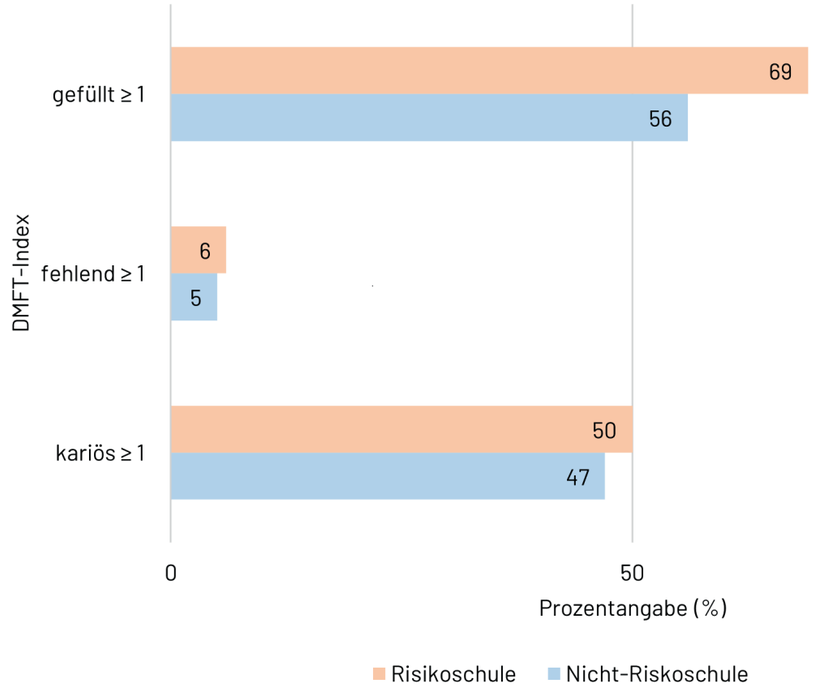
Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

Abbildung 36 zeigt ebenfalls die Verteilung der Karieserfahrung der Viertklässler, jedoch im bleibenden Gebiss. Gezeigt werden die einzelnen Komponenten D, M und F für alle Kinder, deren DMFT-Wert ≥ 1 ist, also die Kinder mit Karieserfahrung. Dabei wird ebenso zwischen Risikoschulen (n=143) und Nicht-Risikoschulen (n=128) unterschieden.

Bei den Risikoschulen lässt sich ein Anteil von 50% mit mindestens einer unbehandelten Karies verzeichnen. Über die Hälfte der Kinder hat mindestens eine Füllung, während 6% mindestens einen fehlenden Zahn aufgrund von Karies haben.

Die Kinder der Nicht-Risikoschulen weisen etwas weniger unbehandelte Karies auf. Auch hier hat mehr als die Hälfte der Kinder mindestens einen gefüllten Zahn, während 5% einen fehlenden Zahn aufgrund von Karies haben.

Abbildung 36: Darstellung der D, M und F-Komponenten im bleibenden Gebiss der vierten Klassen mit einem DMFT ≥ 1 in Risikoschulen und Nicht-Risikoschulen in Prozent (%)



Quelle: (Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK, 2025b)

3.3 Fazit und Handlungsfelder

Die Ergebnisse zur Zahngesundheit der Kinder im Ennepe-Ruhr-Kreis zeigen insgesamt ein differenziertes Bild. In beiden untersuchten Klassenstufen wird deutlich, dass das bleibende Gebiss überwiegend gesund ist, während im Milchgebiss bereits früh Karieserfahrungen auftreten und teilweise bis in die vierte Klasse fortbestehen.

Hervorzuheben ist, dass in den zweiten und vierten Klassen jeweils ein erheblicher Anteil der Kinder mit Karieserfahrung mindestens eine unbehandelte Karies aufweist. Gleichzeitig zeigen vorhandene Füllungen, dass zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich erfolgen. Da jedoch weiterhin unbehandelte Karies vorhanden ist, kann dies auf unregelmäßige Kontrollen und eine schlechte Mundhygiene hindeuten.

Die Betrachtung der Risikoschulen verdeutlicht darüber hinaus, dass die betroffenen Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko in allen Bereichen höhere Karieserfahrungen aufweisen als Kinder an Nicht-Risikoschulen. Gleichzeitig erfolgt an Risikoschulen eine intensivere zahnärztliche Betreuung, was auf eine bedarfsorientierte Ausrichtung der Maßnahmen hinweist. Unterschiede zwischen Risiko- und Nicht-Risikoschulen bestehen weiterhin.

Die im Ennepe-Ruhr-Kreis etablierten Präventions- und Versorgungsangebote leisten einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Zahngesundheit. Durch Maßnahmen in Kitas, regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen, Gruppenprophylaxe sowie Programme wie „Kita mit Biss“ und „Schule mit Biss“ wird eine kontinuierliche Begleitung der Kinder ermöglicht.

Die Prävention und Versorgung von Karies ist ein wichtiger Baustein für das gesunde Aufwachsen von Kindern und stellt zugleich einen bedeutenden Beitrag zur Förderung der Lebensqualität dar. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die bestehenden Angebote eine wichtige Grundlage bilden, bestehende Unterschiede in der Zahngesundheit jedoch nicht vollständig ausgleichen können. Angesichts der weiterhin aufgezeigten Karieserfahrungen lassen sich daher die nachfolgenden Handlungsfelder ableiten. Diese erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sind vielmehr als Impuls für fachliche Diskussionen sowie für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen zu verstehen.

1. Präventive und gesundheitsförderliche Angebote in den Lebenswelten der Kinder stärken
Die Ergebnisse zeigen, dass Karieserfahrungen bereits früh auftreten und über die Grundschulzeit hinweg bestehen bleiben können. Maßnahmen in den Lebenswelten der Kinder bieten die Möglichkeit, diese frühzeitig und kontinuierlich zu erreichen.
- gesetzlich verpflichtende Teilnahme an zahnärztlichen Untersuchungen und einem gesetzlich verpflichtenden Zähneputzen in Kitas und Schulen.
- Ausbau präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote in Kitas und Schulen.
- Stärkung und Sensibilisierung für alltagsintegrierte Maßnahmen (z.B. angeleitetes Zähneputzen, gesunde Ernährung).
- Förderung zahngesunder Ernährung im Kita- und Schulalltag.
- Integration von Zahngesundheit in den Bildungs- und Betreuungsalltag.

2. Kontinuität und Nachhaltigkeit präventiver Maßnahmen sichern
Eine kontinuierliche und altersübergreifende Begleitung der Kinder erscheint sinnvoll, um Karies frühzeitig vorzubeugen, eine dauerhafte Zahngesundheit zu sichern und die Grundlage für ein langfristig gesundes Milch- und späteres bleibendes Gebiss zu schaffen.
- Sicherstellung regelmäßiger Gruppenprophylaxe in allen Klassenstufen.
- Kontinuierliche zahnärztliche Untersuchungen im Schulverlauf.
- Verstetigung bestehender Programme und Maßnahmen.

3. Aufklärung und Information von Sorgeberechtigten stärken
Das häusliche Umfeld nimmt einen wesentlichen Einfluss auf die Zahngesundheit der Kinder. Durch gezielte Informationsweitergabe und Aufklärung von Sorgeberechtigten können präventive Maßnahmen im Alltag unterstützt werden.
- Ausbau von Informations- und Beratungsangeboten für Sorgeberechtigte.
- Aufklärung über die Erkrankung Karies.
- Aufklärungsarbeit zur Bedeutung der Mund- und Zahnhygiene.
- Zugang zu Gesundheitsinformationen bieten.
- Sensibilisierung für regelmäßige Zahnarztbesuche.
- Unterstützung bei der Umsetzung zahngesunder Routinen.

4. Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung fördern
Der Anteil unbehandelter Karies könnte darauf hinweisen, dass bestehende Versorgungsangebote nicht von allen Kindern gleichermaßen genutzt werden. Eine gezielte Verbesserung des Zugangs zu zahnärztlichen Leistungen sowie ihrer Inanspruchnahme erscheint daher sinnvoll, um frühzeitig präventive Maßnahmen zu ermöglichen und eine langfristige, nachhaltige Zahngesundheit zu fördern.
- Förderung der regelmäßigen Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, z. B. durch sechs Früherkennungsuntersuchungen von dem sechsten Lebensmonat bis zum sechsten Lebensjahr, die seit 2026 im U-Heft vermerkt sind.

5. Programme ausweiten und weiterentwickeln
Bestehende Programme stellen bereits eine wichtige Grundlage für die Förderung der Zahngesundheit dar. Eine Ausweitung und Weiterentwicklung dieser Ansätze könnten deren Wirkung weiter erhöhen.
- Ausweitung und Weiterentwicklung der Initiativen „Kita mit Biss“ und „Schule mit Biss“.
- Kombination von Prävention, Aufklärung und Versorgung.
- Ausbau gezielter Angebote (z. B. Zahnmobil).

6. Niedrigschwellige und lebensweltorientierte Ansätze ausbauen
Die Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass nicht alle Kinder gleichermaßen von bestehenden Angeboten profitieren und mögliche Zugangsbarrieren bestehen. Ein möglicher Ansatz könnte daher in der Entwicklung und Stärkung niedrigschwelliger sowie zielgruppenspezifischer Maßnahmen liegen, um diese Barrieren zu reduzieren und mehr Kinder zu erreichen.
- Identifikation möglicher Zugangsbarrieren zu Präventions- und Versorgungsangeboten.
- Weitere Ausrichtung an den Lebenswelten der Kinder.
- Identifikation sowie gezielte Ansprache schwer erreichbarer Zielgruppen.

4. Ausblick

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass gesundheitliche Auffälligkeiten bereits früh auftreten können, die sich im weiteren Verlauf der Grundschulzeit teilweise verstetigen. Gleichzeitig wird deutlich, dass bestehende Präventions- und Versorgungsangebote einen wichtigen Beitrag leisten, jedoch nicht alle Kinder ausreichend erreichen und versorgen. Dies verweist auf die Notwendigkeit, Maßnahmen der Verhaltensprävention und der Verhältnisprävention stärker aufeinander abzustimmen und gezielt weiterzuentwickeln.

Vor diesem Hintergrund kommt der Identifikation von Unterstützungsbedarfen sowie der kontinuierlichen Begleitung von Kindern eine zentrale Bedeutung zu. Schuleingangsuntersuchungen sowie zahnärztliche Untersuchungen bilden hierfür eine wichtige Grundlage, da gesundheitliche Risiken frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können. Viele der untersuchten Kinder weisen aufgrund auffälliger Befunde einen erhöhten Beratungsbedarf bei den Sorgeberechtigten auf, was die Bedeutung verhaltenspräventiver Ansätze – etwa in Form von Aufklärung, Beratung und Wissensvermittlung im Sinne der Förderung von Gesundheitskompetenz – unterstreicht.

Schulen und Kitas stellen zentrale Lebenswelten dar, in denen Kinder frühzeitig erreicht werden können. Sie ermöglichen einen niedrigschwelligen Zugang zu Präventions- und Versorgungsangeboten und sprechen Kinder weitgehend unabhängig von ihrem sozialen Status an. Damit bieten sie Ansatzpunkte sowohl für Verhaltensprävention als auch insbesondere für Verhältnisprävention, da gesundheitsförderliche Strukturen und Rahmenbedingungen direkt im Alltag der Kinder verankert werden können. Eltern werden dabei grundsätzlich mit adressiert, jedoch variiert deren Erreichbarkeit je nach Lebenslage und Rahmenbedingungen. Vor diesem Hintergrund liegt ein besonderes Potenzial in der weiteren Stärkung und gezielten Nutzung dieser Strukturen, um bestehende Unterschiede zu reduzieren.

Der Besuch einer Kita spielt für die kindliche Entwicklung eine zentrale Rolle, da er vielfältige Entwicklungsprozesse in unterschiedlichen Kompetenzbereichen frühzeitig unterstützt. Daher sollte die Bedeutung eines regelmäßigen Kitabesuches gegenüber den Sorgeberechtigten stärker vermittelt werden.

Um die Zahngesundheit und damit zugleich ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu fördern, ist insbesondere die Verhältnisprävention von zentraler Bedeutung. Sie ermöglicht es, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen verbindlich im Alltag von Kindern zu verankern. Eine politische bzw. gesetzliche Verpflichtung von Kitas und Schulen in Nordrhein-Westfalen zum täglichen Zähneputzen wäre in diesem Zusammenhang ein vielversprechender Schritt. Darüber hinaus erscheint die Einführung verpflichtender zahnärztlicher Untersuchungen in Kitas über das Kinderbildungsgesetz NRW – analog zu den bereits im Schulgesetz NRW geregelten Untersuchungen – als sinnvoll und zielführend.

Auch wenn sich auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse keine direkten Aussagen zu Zusammenhängen zwischen sozialer Lage und Gesundheit treffen lassen, ist aus der Fachliteratur bekannt, dass soziale Faktoren die gesundheitliche Entwicklung von Kindern beeinflussen. Dies betrifft sowohl die Zahngesundheit als auch weitere Bereiche der Kindergesundheit, beispielsweise die Entstehung von Adipositas.

Vor diesem Hintergrund ist es aus gesundheitspolitischer Perspektive dringend geboten, die angeführten Handlungsfelder sowohl in weiterführenden Analysen als auch bei der Planung und Weiterentwicklung von Maßnahmen zu berücksichtigen. Dabei ist es zentral, bestehende Präventions- und Versorgungsangebote weiter zu stärken, politisch zu verankern und besser miteinander zu verzahnen sowie verhaltens- und verhältnispräventiv auszurichten. Ziel sollte es sein, Maßnahmen gezielt an den Bedarfen unterschiedlicher Kindergruppen sowie ihrer Sorgeberechtigten auszurichten, um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und Zugangsbarrieren abzubauen. In diesem Zusammenhang sollte Gesundheit im Sinne eines „Health in All Policies"-Ansatzes in allen Politikfeldern – insbesondere in Bildung, Soziales, Jugendhilfe und Stadtplanung – mitgedacht werden.

Die vorliegenden Ergebnisse bilden eine wichtige Grundlage und können als Ausgangspunkt für die weitere fachliche Diskussion sowie die Weiterentwicklung gesundheitsfördernder und präventiver Strukturen im Ennepe-Ruhr-Kreis dienen.

Literaturverzeichnis

Baumeister-Henning (2012). Diagnoseverfahren zur Kariesdetektion. Dentalhygiene Journal 4/2012, 34–37.

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), infektionsschutz.de (Hrsg.). (2025). Infomaterialien zum Impfen: Impfkalender 2025 - Empfehlungen der STIKO. https://www.infektionsschutz.de/mediathek/impf-materialien/#c25555

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), infektionsschutz.de (Hrsg.). (2026a). Masern-Impfung bei Kindern: Masern: Impfung. Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG). https://www.infektionsschutz.de/impfen/fuer-kinder-0-12-jahre/masern-impfung-bei-kindern/

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), infektionsschutz.de (Hrsg.). (2026b). Mumps-Impfung bei Kindern. Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG). https://www.infektionsschutz.de/impfen/fuer-kinder-0-12-jahre/mumps-impfung-bei-kindern/

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), infektionsschutz.de (Hrsg.). (2026c). Röteln-Impfung bei Kindern. Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG). https://www.infektionsschutz.de/impfen/fuer-kinder-0-12-jahre/roeteln-impfung-bei-kindern/

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), kindergesundheit-info.de. (2026a). Bedeutung und Grundlagen der sprachlichen Entwicklung. https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/entwicklungsschritte/sprachentwicklung/spracherwerb-bedeutung/

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG), kindergesundheit-info.de (Hrsg.). (2026b). U1 bis U9: U1 bis U9 umfassen zehn Untersuchungstermine. Bis zum 6. Lebensjahr wird das Kind somit regelmäßig untersucht und seine Entwicklung begleitet. https://www.kindergesundheit-info.de/themen/frueherkennung-u1-u9-und-j1/untersuchungen-u1-bis-u9/die-untersuchungen-u1-bis-u9/

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2025). Impfpflicht soll Kinder vor Masern schützen: Schul- und Kindergartenkinder sollen wirksam vor Masern geschützt werden. Das ist Ziel des Masernschutzgesetzes, das am 1. März 2020 in Kraft getreten ist. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht.html

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (Hrsg.). (1988). § 21 SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe). https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__21.html

Bundeszahnärztekammer (Hrsg.). (2024). Fluoridierungsmaßnahmen zur Prophylaxe von Zahnkaries. https://www.bzaek.de/service/positionen-statements/einzelansicht/fluoridierungsmassnahmen-zur-prophylaxe-von-zahnkaries.html

DAJ - Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., Bonn. (2026). Definition und Inhalte – DAJ – Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., Bonn: Was ist Gruppenprophylaxe? https://daj.de/gruppenprophylaxe/definition-und-inhalte/

Ennepe-Ruhr-Kreis. (o.A.). Kinder- und Jugendzahngesundheit: Dienstleistungen. https://www.enkreis.de/gesundheit-soziales/gesundheit/kinder-und-jugendzahngesundheit

Ennepe-Ruhr-Kreis (Hrsg.). (2025). Standardisierte Auswertung für den Ennepe-Ruhr-Kreis durch das Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz.

Friedemann, C., Heneghan, C., Mahtani, K., Thompson, M., Perera, R. & Ward, A. M. (2012). Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.), 345, e4759. https://doi.org/10.1136/bmj.e4759

gesund.bund.de. (2024). Karies: Ursachen, Vorbeugung und Behandlung. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). https://gesund.bund.de/karies#weitere-informationen

gesund.bund.de (Hrsg.). (2025). Masern: Ansteckung, Symptome, Therapie. Bundesministerium für Gesundheit. https://gesund.bund.de/masern

Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK. (2025a). Schuleingangsuntersuchungsdaten. Ennepe-Ruhr-Kreis.

Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche ERK. (2025b). Zahngesundheitsdaten. Ennepe-Ruhr-Kreis.

Hantzsche, G., Holliger, C., Petrakakis, P., Rojas, G., Sauerland, C., Schäfer, M., Starke, D., Ulonska, S. & Wempe, C. (2019). Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Heinrich-Weltzien, R. & Kühnisch, J. (2019). Frühkindliche Karies-Folgen der Nichtbehandlung: Zahnschmerzen, dentogene Infektionen und vorzeitiger Milchzahnverlust beeinträchtigen die mundbezogene Lebensqualität. https://www.quintessence-publishing.com/deu/de/news/zahnmedizin/-/fruehkindliche-karies-folgen-der-nichtbehandlung?

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2025). Fluoride für Kinder. https://www.kzbv.de/patienten/medizinische-infos/vorsorge/fluoride-fuer-kinder/

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, V., Hippel, A. von, Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, J. M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., . . . Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149(8), 807–818. https://doi.org/10.1007/s001120170107

Land Nordrhein-Westfalen. (2025a). Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen: § 12 Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen. https://recht.nrw.de/lrgv/gesetz/17072025-gesetz-ueber-den-oeffentlichen-gesundheitsdienst-des-landes-nordrhein/?suchbegriff=%C3%B6ffentliher%20gesundheitsdienst#ss-11-kinder-und-jugendgesundheit

Land Nordrhein-Westfalen. (2025b). Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen: § 20 Kommunaler Gesundheitsbericht. Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen. https://recht.nrw.de/lrgv/gesetz/17072025-gesetz-ueber-den-oeffentlichen-gesundheitsdienst-des-landes-nordrhein/?suchbegriff=%C3%B6ffentliher%20gesundheitsdienst#ss-20-kommunaler-gesundheitsbericht

Land Nordrhein-Westfalen NRW. (2025). Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) | RECHT.NRW.DE: § 11 Kinder- und Jugendgesundheit. Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen. https://recht.nrw.de/lrgv/gesetz/17072025-gesetz-ueber-den-oeffentlichen-gesundheitsdienst-des-landes-nordrhein/?suchbegriff=%C3%B6ffentliher%20gesundheitsdienst#ss-11-kinder-und-jugendgesundheit

Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (Hrsg.). (o.A.a). Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS Altersgerechte Sprachkompetenz (deutsche Sprache): Defizite in der Sprachkompetenz (in der deutschen Sprache) zum Zeitpunkt der schulärztlichen Untersuchung zur Einschulung. https://www.lzg.nrw.de/nocms/jahresberichte/reports/2024/up3/sopess_punkte/spr.xml

Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (Hrsg.). (o.A.b). Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS: Auffälligkeiten im Bereich des Erkennens und Zeichnens von Objekten und Formen. https://www.lzg.nrw.de/nocms/jahresberichte/reports/2024/up3/sopess_punkte/fak1.xml

Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (Hrsg.). (2011). Jugendärztliche Definitionen: Eine Loseblattsammlung für die schulärztlichen Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen.

Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (Hrsg.). (2021). Indikator 3.57_02 (L) Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr. https://www.lzg.nrw.de/00indi/00neu/dist/index.html#/keywords/indicators/030570205

Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (Hrsg.). (2025). Das Bielefelder Modell zur Schuluntersuchung.

Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz. https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/monit_kinderges/bielefelder-modell/index.html

Landeszentrum für Gesundheit NRW (Hrsg.). (2021). Indikator 3.57_01 (L); Metadaten: Auffälligkeiten bei Einschulungsuntersuchungen im Bereich Körperkoordination nach Geschlecht, Nord rhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr. https://www.lzg.nrw.de/00indi/00neu/dist/index.html#/keywords/indicators/030570105

Llewellyn, A., Simmonds, M., Owen, C. G. & Woolacott, N. (2016). Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 17(1), 56–67. https://doi.org/10.1111/obr.12316

Loss, J., Hölling, H. & Lemcke, J. (2025). Neue Herausforderungen und Handlungsfelder der Kinder- und Jugendgesundheit. Public Health Forum, 33(2), 90–92. https://doi.org/10.1515/pubhef-2025-0001

Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-westfalen (Hrsg.). (2005). BASS Bereinigte Amtliche Sammlung der Schulvorschriften NRW Schulgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen: § 54 Abs. 2 und 4 Schulgesundheit. https://bass.schule.nrw/6043.htm#1-1p54

Niekusch, U. & Möller-Scheib, C. (2024). Gruppenprophylaxe - ein wesentlicher Beitrag zur Zahn- und Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen. Oralprophylaxe & Kinderzahnmedizin, 46(2), 127–135. https://doi.org/10.1007/s44190-024-1031-8

Nutrition and Food Safety (NFS) Department. (2017). Sugars and dental caries. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.12

Petermann, F., Daseking, M., Oldenhage, M. & Simon, K. (2009). Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS): Handanweisung zur Durchführung und Auswertung.

Puhl, R. M. & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism, 27(2), 117–127. https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002

Robert Koch-Institut. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005.2

Robert-Koch-Institut (Hrsg.). (2025). Bedeutung von Impfungen. Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Bedeutung/bedeutung-node.html

Rothweiler, M. & Ruberg, T. (2011). Der Erwerb des Deutschen bei Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache. Sprachliche und außersprachliche Einflussfaktoren. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). Deutsches Jugendinstitut. https://doi.org/10.25656/01:28584

Schmitz, F. & Schwarz, K. (2020). I care Anatomie Physiologie: Zähne. Georg Thieme Verlag KG. https://doiorg/10.1055/b-006-163254

SPITTA VERLAG (Hrsg.). (o.A.). DMF_Merkblatt. https://www.spitta.de/fileadmin/tt_news/shop/pdf/DMF/DMFMerkblatt.pdf

ENNEPE-
RUHR-KREIS