

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht

Gesundheitsamt Oldenburg – 2020/2021



Impressum

Stadt Oldenburg (Oldb) – Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt, Stand: Mai 2021

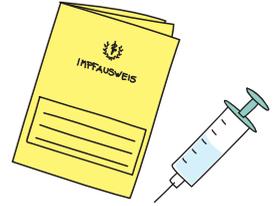
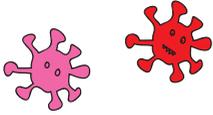
Texte: Dr. Dorothee Adelman, Annika Baum, Klaus-Michael Esch, Dr. Walter Götte, Darjusch Haßfurther,
Maïke Riechen, Dr. Holger Petermann, Heike Schenk

Illustrationen: Liz Mülleneisen

Titelfotos: Gerlinde Dominghaus, porapak-apichodilok/Pexels.com, Oïia-Danilevich/Pexels.com,
Check.fun/Halle, Aron M - Austria/AdobeStock

Allgemeine Anfragen an die Stadt Oldenburg bitte an das ServiceCenter unter
Telefon 0441 235-4444 oder per E-Mail an servicecenter@stadt-oldenburg.de.





Inhalt

Gesund aufwachsen in Oldenburg	7
1. Einleitung	11
2. Hintergrund	13
3. Kinder und Jugendliche in Oldenburg	19
4. Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche	23
5. „Guter Start ins Leben“ (GUSTL)	27
5.1 Kontakte/Beratungen	28
5.2 Zugangswege zu Dauerbetreuungen	29
5.3 Soziale Situation der Eltern in Dauerbetreuung	32
5.4 Zusammenarbeit mit anderen Akteuren	33
6. Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen	37
6.1 Vorsorgeuntersuchungen und Zahngesundheit	37
6.2 Gruppenprophylaxe	40
7. Gemeldete Erkrankungen in Kindertagesstätten	43

8. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung	47
8.1 Beschreibung des Untersuchungsjahrgangs 2019	48
8.2 Vorsorgeuntersuchungen	50
8.3 Impfstatus	53
8.4 Körpergewicht (BMI)	57
8.5 Sprache und Bewegung	60
9. Mediennutzung	65
10. Schwimmfähigkeit	73
11. Kinder- und Jugendsterblichkeit	79
11.1 Säuglingssterblichkeit in der Stadt Oldenburg	79
11.2 Todesursachen der 0 bis 18-Jährigen	80
12. Fazit	85
13. Quellenverzeichnis	91



Foto: Mark Stosberg/Unsplash.de

Gesund aufwachsen

Gesund aufwachsen in Oldenburg



Foto: Hauke-Christian Dittrich



Foto: Stadt Oldenburg

*„Wenn die einen finden, dass man groß ist, und andere, dass man klein ist, so ist man vielleicht gerade richtig.“
(Astrid Lindgren).*

Jedes Kind ist einzigartig und gerade richtig. Kinder sind mit ihren Familien ein Herzstück der Zukunftsvisionen für die Stadt Oldenburg. Ob Ganztagsinitiative, Inklusionsschub, Ausbau der Betreuungsplätze, Kinderschutz oder Sportentwicklung – wir behalten die Kleinsten und ihre Familien in unserer Stadt immer im Blick.

Dies gilt vor allem für den Bereich der Gesundheitsförderung und Präven-

tion. Eine Gesundheitsfürsorge im Sinne von Wohlergehen im Einklang mit einer nachhaltigen und sozialen Infrastruktur stellt die Vision der Gesundheitsförderung und Prävention dar. Erst in solchen Verhältnissen können Angebote der Bewegungsförderung und Möglichkeiten der gesunden Ernährung sowie die Förderung des psychischen Wohlbefindens ihre Wirkung entfalten. Die Vorhaben der integrierten Stadtgestaltung gewährleisten dafür die unterstützenden Rahmenbedingungen.

Dabei bedarf die Chancengleichheit auf Gesundheit, einer Grundvoraussetzung für Teilhabe, der gezielten Förderung der Kinder und Jugendlichen aus benachteiligten Verhältnissen.

Insgesamt ist die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen in Oldenburg als gut zu bezeichnen. Die Einflüsse auf Gesundheit sind dabei vielschichtig.



Daher muss die Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsthema betrachtet und übergreifend getragen werden. Viele solche übergreifende Prozesse der nachhaltigen und sozialen Stadtgestaltung bewähren sich bereits in der Zusammenarbeit. Diese Ausrichtung gewinnt durch die pandemiebedingten Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen eine besondere Dringlichkeit.

Dieser Kinder- und Jugendgesundheitsbericht liefert einen Eindruck der gesundheitlichen Lage zu der Zeit direkt vor der Covid-19 Pandemie.

Er formuliert im Einklang mit der Sozialberichterstattung der Stadt Oldenburg Handlungsnotwendigkeiten und zielt darauf ab, durch die regelmäßige Überprüfung den Veränderungen Rechnung zu tragen.

Er wird für die nächsten Jahre einen Bezugspunkt darstellen, um die Entwicklungen einzuschätzen und gezielt für die gesundheitliche Chancengleichheit zu arbeiten. Eine stärkere Einbeziehung der Perspektive der Kinder und Jugendlichen selbst wird dabei eine wichtige Rolle spielen.



Jürgen Krogmann
Oberbürgermeister



Dagmar Sachse
Sozialdezernentin





foto: lukasz/pxels.com

1. Einleitung

1. Einleitung

Das Ziel, dass allen Kindern und Jugendlichen in Oldenburg ein gesundes Aufwachsen ermöglicht wird, muss gestaltet und in seiner Wirkung überprüft werden.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht des Gesundheitsamts Oldenburg gibt einen Überblick zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in der Stadt Oldenburg. Der Bericht beleuchtet die unterschiedlichen Aspekte, die das gesunde Aufwachsen in der Stadt bedingen und stützt sich hauptsächlich auf Daten des Gesundheitsamts aus den Jahren 2018 und 2019. Dabei werden Erkenntnisse aus ausgewählten wissenschaftlichen Langzeitstudien, zusätzlich zur differenzierten Berücksichtigung der lokalen Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung, bei der Einordnung der Ergebnisse herangezogen.

Da dem Ziel, Krankheiten durch Prävention und Gesundheitsförderung gezielt vorzubeugen, in diesem Bericht zentrale Bedeutung beigemessen wird, schließt jedes Kapitel nach der Betrachtung der Daten aus dem Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg mit entsprechenden konkreten Handlungsempfehlungen, welche im Fazit in eine Gesamtbewertung der gesundheitlichen Lage einfließen.

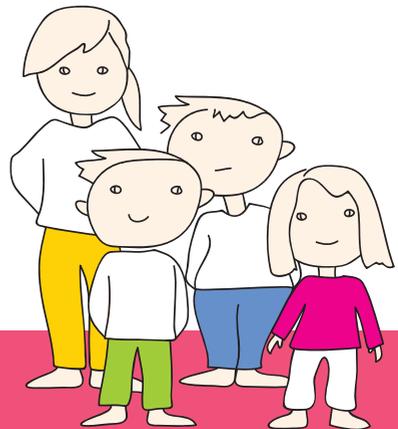




Foto: freestocks.org/Pexels.com

2. Hintergrund

2. Hintergrund

Eine zentrale Größe bei der Betrachtung von Gesundheit und Gesundheitsversorgung stellt die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt eines Menschen dar. Sie gibt die Anzahl der Jahre an, die ein neugeborenes Kind unter den gegenwärtigen Lebensverhältnissen im Durchschnitt leben wird. So haben laut Statistischem Bundesamt 2019 in Deutschland geborene **Mädchen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 83,4 Jahren, Jungen erreichen im Schnitt ein Alter von 78,6 Jahren.**

Durch die Fortschritte in medizinischer Versorgung, Hygiene, Ernährung und Wohnsituation hat sich die Lebenserwartung Neugeborener seit Ende des 19. Jahrhunderts mehr als verdoppelt. Ebenso wirken sich verbesserte Arbeitsbedingungen und gestiegener Wohlstand positiv auf die Lebenserwartung aus (Statistisches Bundesamt 2020). Dabei gilt, dass die Lebenserwartung sozial be-

nachteiliger Menschen in Deutschland um Jahre geringer ist als die von sozial und finanziell bessergestellten Menschen. Durch die Covid-19 Pandemie zeigt sich dies sehr deutlich: Schwere Krankheitsverläufe und die Wahrscheinlichkeit daran zu versterben ist für Menschen mit geringem Sozialstatus deutlich erhöht. Ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen stellen durch geringe Bildung und materielle Ressourcen ein höheres Risiko dar, in schlechterer gesundheitlicher Ausgangslage zu erkranken (Robert Koch-Institut 2020).

Die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen im Speziellen werden durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. So spielen beispielsweise die Wohnsituation, das familiäre und soziale Umfeld, aber auch Schul- und Berufsbildung sowie Umwelteinflüsse hier eine zentrale Rolle: Sie alle beeinflussen die gesundheitliche Lage des Einzelnen sowie seine Chancen auf eine lang-

Durchschnittliche Lebenserwartung

83,4

Jahre bei Mädchen

78,6

Jahre bei Jungen

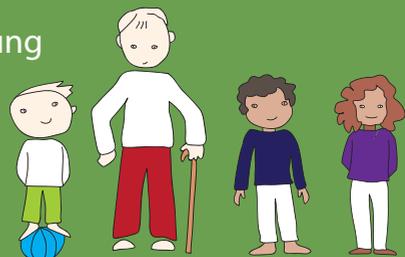


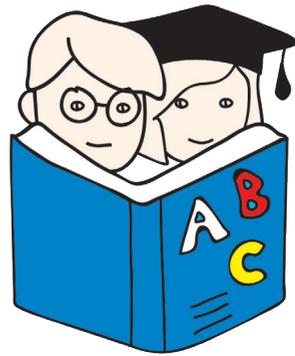


Abbildung 1: Einflüsse auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991)

fristig gute Gesundheit und bilden damit die Grundlage für ein individuelles Gesundheitsverhalten.

Die Kindheit prägt das gesamte spätere Leben - nicht zuletzt wird hier auch der Grundstein für die eigene Gesundheitsbiografie gelegt. Die in der Regenbogengrafik (siehe oben) veranschaulichten Lebensbedingungen haben dabei einen unterschiedlich direkten Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In Familie, Kindergarten, Schule und Freundeskreis entwickelt sich das individuelle Gesundheitsverhalten. Hier können Kompetenzen zur gesunden Lebensführung früh erlernt werden. Aber auch gesundheitliche

Risiken und Probleme, vorrangig verursacht durch Infektionskrankheiten, psychische Auffälligkeiten, Allergien, Unfälle, Bewegungsarmut und Fehlernährung, können im Kindesalter auftreten. Im grünen Ring des Regenbogens werden die gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen ein Kind aufwächst, lebt und lernt verdeutlicht. Die Umweltbedingungen, eine friedlich organisierte Gesellschaft stellen die größeren Rahmenbedingungen im äußersten Ring der Abbildung dar. Auch lokale Umwelteinflüsse können einen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben.



Das frühe Erlernen eines positiven Gesundheitsverhaltens spielt in diesem Kontext eine zentrale Rolle und eröffnet bedeutsame Einflussmöglichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention.

Zentrale Handlungsfelder der Gesundheitsförderung sind:

- Frühe, altersgerechte Entwicklungsförderung
- Förderung einer gesunden Ernährung sowie ausreichender Bewegung, auch in der Wechselwirkung mit Stressbewältigungsfähigkeiten
- Förderung von Sprache und Kommunikation als Grundlage für die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und für den Zugang zu Bildung
- Stärkung von individuellen Ressourcen und Schutzfaktoren der Kinder zur Förderung der Widerstandskraft (Resilienz)

Die positive Einflussnahme auf das gesundheitliche Umfeld schon im frühen Kindesalter stellt einen Schwerpunkt unserer Gesundheits-

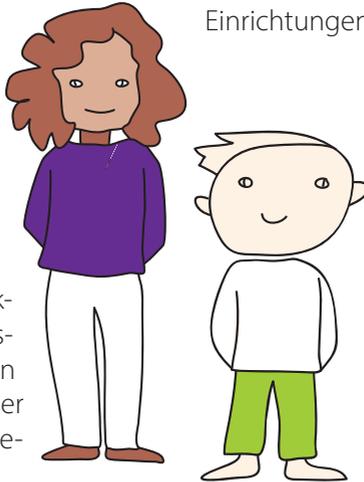
ziele dar. Hier ist nicht zuletzt das nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ zu nennen, das den Einfluss von „Lebenskompetenz, Bewegung und Ernährung“ auf die kindliche Gesundheit in den Fokus rückt. Auch „Gesundheit rund um die Geburt“ hat 2017 Einzug in die nationalen Gesundheitsziele gehalten und betrachtet schwerpunktmäßig neben der medizinischen Versorgung auch die konkreten Rahmenbedingungen für Familien. (Bundesministerium für Gesundheit 2017).

Die größten, nationalen Langzeitbetrachtungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind die KiGGS-Studie („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) des Robert Koch-Instituts und die HBSC-Studie („Health Behaviour in School-aged Children“) der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Sie beschreiben den Gesundheitszustand und das gesundheitsrelevante Verhalten sowie die soziodemographischen und psychosozialen Bedingungsfaktoren

von 11-, 13- und 15-Jährigen in Deutschland. Beide Studien zeigen, dass die Grundlage für Gesundheit und die altersgerechte Entwicklung schon in der (frühen) Kindheit beeinflusst wird.

Ziel dieses Berichtes ist es, ein Schlaglicht auf die gesundheitliche Ausgangssituation von Kindern und Jugendlichen in der Stadt Oldenburg zu werfen. Als Grundlage dienen hier Daten, die dem Gesundheitsamt für die Jahre 2018 und 2019 vorliegen.

Einleitend werden die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention des Gesundheitsamtes der Stadt Oldenburg beschrieben. Dazu zählen insbesondere das im Rahmen der Frühen Hilfen durch den Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit angebotene Programm „Guter Start ins Leben“ (GUSTL) sowie die zahnmedizinische Vorsorgearbeit. Das Programm GUSTL beinhaltet die Begrüßungsbesuche bei allen Eltern von neugeborenen Oldenburger Kindern.



Auf weitergehende Beratung und Betreuung, die ebenfalls von den zuständigen Familienhebammen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern angeboten wird, wird in diesem Kontext ebenfalls eingegangen.

Die zahnmedizinische Vorsorge wird anhand der erreichten Kinder in den Einrichtungen abgebildet.

Zusätzlich werden ausgewählte Daten der gemeldeten Infektionserkrankungen in Kindertagesstätten und der Einschulungsuntersuchungen dargestellt, gefolgt von einem kurzen Einblick in das gesundheitsrelevante Verhalten (Medi-

ennutzung und Schwimmfähigkeit) angehender Schülerinnen und Schüler. Den Abschluss bildet eine statistische Betrachtung der Kinder- und Jugendsterblichkeit für die Stadt Oldenburg.

Jedes Kapitel mündet über Kennzahlen (Indikatoren) zur Gesundheit und zur gesundheitsförderlichen und krankheitspräventiven Arbeit in konkreten Handlungsempfehlungen.

Für diesen Bericht wurden folgende Daten aus den Jahren 2018/2019 ausgewählt, um die gesundheitliche Situation und Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beschreiben:

- Präventionsarbeit durch Frühe Hilfen: GUSTL und Dauerbetreuungen
- Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Prophylaxe
- Gemeldete Infektionskrankheiten in Kindertagesstätten
- Schuleingangsuntersuchungen (SEU)
- Gesundheitsverhalten, Schwimmfähigkeit und Medienutzung
- Säuglingssterblichkeit & Todesursachenstatistik der 0- bis 18-Jährigen



3. Kinder und Jugendliche

3. Kinder und Jugendliche in Oldenburg

In Oldenburg lebten im Jahr 2019 169.960 Menschen. 25.898 sind davon Null bis 17 Jahre. Auf 100 Erwachsene (18 bis 65 Jahre) kommen in Oldenburg 23 Kinder und Jugendliche im Alter von Null bis 17 Jahren. Somit wird das Verhältnis zwischen der jungen Bevölkerung und der Bevölkerung im Erwerbsalter mit einem Jugendquotienten von 23 abgebildet, die Stadt Oldenburg bewegt sich dabei im landesweiten Durchschnitt. (Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik 2019).

Der Anteil der weiblichen Kinder und Jugendlichen (49 Prozent) und der der männlichen (51 Prozent) verteilt sich ausgeglichen, Migrationshintergrund haben knapp 10 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Die Geburtenrate ist in der Tendenz leicht steigend. (Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik 2019).

Die Minderjährigen (0 bis 17-Jährige) machen 15 Prozent der Oldenburgerinnen und Oldenburger aus. Darunter fallen zu 2,6 Prozent Kleinkinder, zu 2,6 Prozent Kindergartenkinder sowie zu 7,3 Prozent schulpflichtige Kinder bis 15 Jahre.

Zusätzlich zur Frage, wie Kinder und Jugendliche in Oldenburg zahlenmäßig vertreten sind, muss auch die Armutsgefährdung der unter 18-Jährigen berücksichtigt werden. Im Jahr 2018 war, mit einem Anteil von 19,3 Prozent, jede und jeder fünfte Minderjährige in Oldenburg, von Armut gefährdet.

Als armutsgefährdet gelten dabei Personen, deren Nettoeinkommen weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens (Median) aller beträgt und die sich lebenslang am unteren Ende der Einkommensskala, im Verhältnis zum allgemeinen Einkommens- und Wohlstandsniveau eines Landes oder einer Region, befinden.

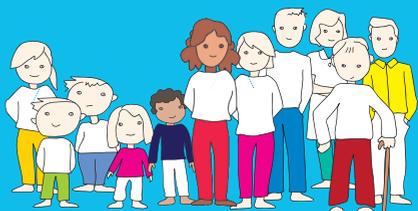
Jugendquotient in Oldenburg

23

Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren

100

Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren



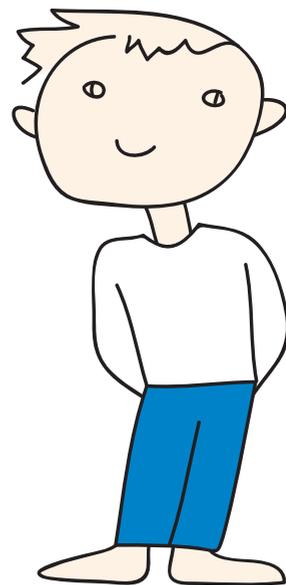
Für Kinder und Jugendliche ist in diesem Kontext die wirtschaftliche Situation der Eltern ausschlaggebend, da sie finanziell nahezu vollständig von ihnen abhängig sind.

Zur weiteren Bewertung der Lebenslage von Kindern und Jugendlichen in Oldenburg werden allgemeine Bedingungen (kulturelle, soziale und finanzielle Einflüsse sowie die physische Umwelt), individuelle Lebensbedingungen und Lebensweisen sowie soziale und kommunale Netzwerke hinzugezogen. Diese bilden in ihrer Gesamtheit eine Vielzahl individueller Faktoren, die sich auf das Leben von Kindern und Jugendlichen auswirken. Nicht zuletzt zählen hierzu auch die Gesundheitsdeterminanten (Einflussfaktoren auf die Gesundheit eines Individuums), wie sie in Kapitel 2 in Form einer Regenbogenabbildung 1 zur Kinder- und Jugendgesundheit veranschaulicht werden.

Nach Artikel 4 der UN-Kinderrechtskonvention ist Deutschland zur Umsetzung der entsprechenden Bestimmungen der UN-Kinderrechtskonvention in nationales Recht verpflichtet. Aus dem Bericht über die Umsetzung der Kinderrechtskonventionen 2019 geht die Forderung nach einem höheren Stellenwert der

UN-Kinderrechtskonvention hervor. Auf kommunaler Ebene sind Kinderrechte unterschiedlich ausgestaltet. In der Stadt Oldenburg wird durch verschiedene Bereiche der Stadtverwaltung, freie Träger und Initiativen über Kinderrechte informiert und ihre Umsetzung vorangetrieben.

Im Sinne der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an allen Aspekten, die sie betreffen, ist auch ihre Rolle und Bedeutung in der Berichterstattung über sie zukünftig stärker zu gestalten.



Handlungsempfehlung

1. Die Strukturen der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche in Oldenburg sollen erfasst und dargestellt werden im Rahmen der Berichterstattung.
2. Die Perspektive von Kindern und Jugendlichen selbst muss eine stärkere Berücksichtigung in der Gesundheitsförderung und Prävention finden.





4. Gesundheitsförderung

4. Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche

Die zentrale Aufgabe von Gesundheitsförderung und Prävention ist es, bei den konkreten Lebensumständen des Menschen anzusetzen. Dafür ist ein ganzheitlicher Überblick, sowohl über die gesundheitsstärkenden Faktoren, als auch über die Erkrankungsrisiken wichtig, mit dem Ziel, Letzteren gezielt vorzubeugen. Die Maßnahmen orientieren sich hierbei gleichermaßen am ermittelten Bedarf vor Ort sowie auch an den geäußerten Bedürfnissen der betroffenen Gruppen selbst. Die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an der eigenen Gesunderhaltung, allem voran in der Feststellung von Bedürfnissen, stellt ein bisher wenig genutztes Potenzial dar. Im Hinblick auf kleine Kinder sind die Eltern entsprechend zu berücksichtigen.

Die unterschiedlichen Ausgangssituationen und Chancen auf Gesundheit von Kindern und Jugendlichen können durch Ge-

sundheitsförderung und Prävention frühzeitig erkannt und verbessert werden, wodurch einem erhöhten Erkrankungsrisiko vorgebeugt wird.

Auch soziale Ungleichheiten und ihre möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Einzelnen, sind relevant für das Handeln im Sinne der Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung.

Die Gesundheitsberichterstattung soll bei dieser Aufgabe unterstützen, indem sie die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung oder Gruppe, die Verbreitung von Risikofaktoren und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen beschreibt. Sie hat das generelle Ziel, Daten für eine gezielte Ausrichtung zur Verfügung zu stellen und bildet die fachliche Informationsgrundlage für den gesundheits- und sozialpolitischen Planungsprozess (Planungskreislauf).



Die mit Gesundheitsförderung und Prävention verbundenen Aufgaben sind im Verlauf der letzten 20 Jahre gesetzlich festgelegt und konkreter benannt worden.

So schreibt das niedersächsische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD 2007) den Landkreisen und kreisfreien Städten eine kommunale Gesundheitsberichterstattung und die Prävention und Gesundheitsförderung nach § 4 und § 5 NGöGD vor. Zudem stärkt das Präventionsgesetz von 2015 die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen (PrävG 2015).

Dieser Bericht möchte diese Entwicklung Rechnung tragen, indem neben Kennzahlen zur Gesundheit auch die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention abgebildet werden. Sie nehmen bereits Einfluss auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen.

Im Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg betreut und berät der Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit Kinder und Jugendliche beziehungsweise deren Eltern und Bezugspersonen von der Geburt bis zum Ende des 18. Lebensjahres. Kernangebote bestehen hier in der

Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge, Prävention und der gesundheitlichen Fürsorge für behinderte und benachteiligte Kinder zum Beispiel im Rahmen der Frühen Hilfen (GUSTL), der zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und der Gruppenprophylaxe, der umfangreichen Beratung im Zusammenhang mit den Schuleingangs-

untersuchungen, der Impfberatung, der Begutachtung von Kindern auf Förder- und Unterstützungsbedarf, der Sprachheilberatung und bei der fachlichen Beratung von Kindertagesstätten anlässlich dort betreuter Kinder mit sozial-emotional herausforderndem Verhalten.

U2		
U3		
U4		
U5		
U6		
U7		
U9		

Neben den stetigen Angeboten wird auch durch andere Ämter, Fachdienste, Projektarbeit und Träger mit ihren Einrichtungen positiver Einfluss auf die Bedingungen des gesunden Aufwachsens in Oldenburg genommen.

Seit 2017 wird das von der Techniker Krankenkasse geförderte Projekt „Gesund aufwachsen und leben in Oldenburg“ (Bewegungsförderung und gesunde Ernährung für Kinder (6 bis 12 Jahre) und Menschen über 65) niedrigschwellig angeboten. Ziel des Projekts ist es, die Strukturen für stetige Angebote der Bewegungsförderung und gesunder Ernährung zu identifizieren, da diese Bestandteil eines umfassenden Verständnisses der Gesundheitsversorgung sind.

Bereits seit 2007 arbeitet die Stadt Oldenburg am Aufbau Lebensalter und Lebenslagen übergreifender Strukturen für Familien mit Kindern, schwerpunktmäßig im Alter von 0 bis sechs Jahren. Im Sinne der Strategie „Communities That Care“ und der Präventionskette wird das Altersspektrum im Sinne einer universellen Prävention bis zur Volljährigkeit berücksichtigt. Hier gilt es die institutionellen Anbindungen (Kindertageseinrichtungen, Grundschule und weiterführende

Schulen), auch für die gesundheitliche Versorgung, zu unterstützen.

Im Bereich Frühe Hilfen wird seit 2019 die Strategie der Präventionskette umgesetzt, um in Form einer lebenslauf- und lebenslagenorientierten Begleitung folgende Ziele zu verfolgen:

- Mit geeigneten primär- und sekundärpräventiven Angeboten die Stärken von Kindern und Jugendlichen erhöhen und belastende Faktoren vermindern.
- Die Präventionskette zu entwickeln, um die gesundheitliche Ausgangslage und die Bildungschancen aller Kinder zu verbessern.
- Gut evaluierte Angebote an den Kindertagesstätten, Grundschulen und gegebenenfalls weiterführenden Schulen speziell mit Blick auf die Übergänge zwischen den Einrichtungen zu implementieren.
- Möglichst universell präventive und niedrigschwellige Angebote zu schaffen.



Foto: Anna-Shvets/Pexels.com

5. Guter Start ins Leben (GUSTL)

5. „Guter Start ins Leben“ (GUSTL)

In der frühesten Lebensphase eines Menschen werden auf vielfältige Art die Weichen für eine gute gesundheitliche Entwicklung gestellt. Die Grundlagen dafür schaffen die Eltern oder die Sorgeberechtigten im Allgemeinen.

Ein treffendes afrikanisches Sprichwort besagt: **„Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen.“**

Dies impliziert, dass Eltern bei der Aufgabe, ein Kind zu einem starken, zufriedenen, sozial kompetenten und schließlich gesunden Menschen zu machen, nicht alleine sind. Auch die Stadt Oldenburg übernimmt eine Mitverantwortung im Rahmen der Umsetzung dieser Ziele.

Das Team „Guter Start ins Leben“ (GUSTL) ist ein zentraler Baustein der Frühen Hilfen in der Stadt Oldenburg, einer Bundesstiftung aus dem Jahr 2007. Ziel dieser Initiative ist es, Hilfemaßnahmen zur Vorbeugung von Kindeswohlgefährdung,

Vernachlässigung, und daraus resultierenden Beeinträchtigungen der gesundheitlichen, emotionalen und sozialen Entwicklung zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt bereitzustellen. Dank der guten Vernetzung im Oldenburger System Frühe Hilfen wissen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um das vielfältige Angebot der Stadt Oldenburg. Sie können den Start mit einem neugeborenen Baby hilfreich und bestärkend begleiten und den Kontakt zu weiteren Institutionen herstellen. Aufgrund der guten Zusammenarbeit mit Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzten, Hebammen, Beratungsstellen, sozialen Diensten und Kliniken, werden bei erkennbarem Beratungsbedarf werdende Eltern bereits in der Schwangerschaft besucht.

In diesem Kapitel werden die Begrüßungsbesuche für alle Neugeborenen sowie die Dauerbetreuungen (bis zum ersten Geburtstag des Kindes) beschrieben.

Anzahl Begrüßungs-Erstbesuche in 2019

1.587

Geburten

1.002

in Anspruch genommene Erstbesuche

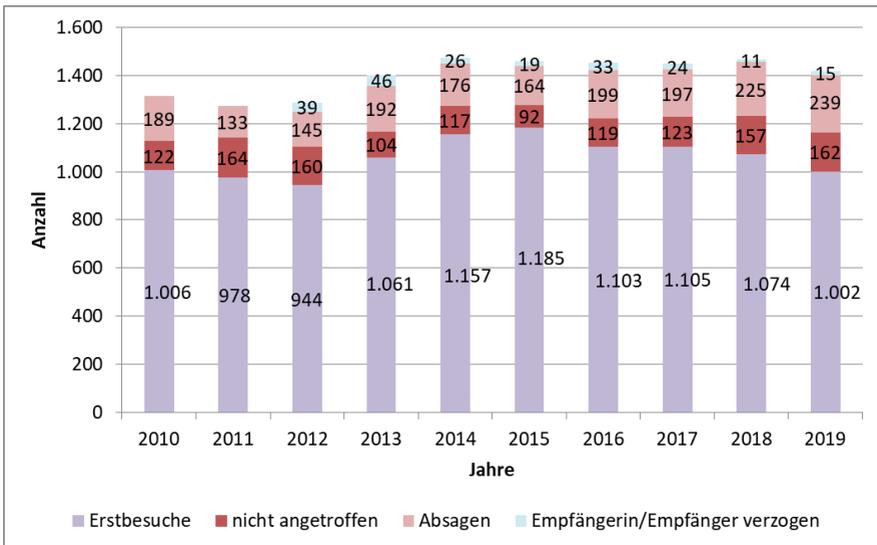


5.1 Kontakte/Beratungen

Das Angebot GUSTL basiert auf der primärpräventiven Idee und setzt damit auf eine frühe gesundheitliche Aufklärung, bevor Krankheiten und Schädigungen auftreten können. Was im Sommer 2009 zunächst als zeitlich begrenztes Projekt begonnen hat, ist mittlerweile eine feste Institution in der Stadt geworden. Allen Familien mit Neugeborenen in Oldenburg wird ein Begrüßungsbesuch der

Familienhebammen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des Gesundheitsamtes der Stadt Oldenburg angeboten. Dabei findet keine Auswahl nach besonderen Kriterien statt, sondern alle Bürgerinnen und Bürger werden absolut gleich und diskriminierungsfrei behandelt. Das Team aus Familienhebammen und dem Gesundheits- und Kinderkrankenpflegepersonal des Gesundheitsamtes verteilt Ordner mit Informationsmaterial zu den Themen

Abbildung 2: Anzahl Begrüßungs-Erstbesuche



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, GUSTL Statistik

kindliche Entwicklung, Ernährung, Kindersicherheit, Zahnpflege und Kinderbetreuung sowie zu Kursen und Treffpunkten mit Babys. Auch die Still- und Wickelmöglichkeiten in der Innenstadt sind dort aufgeführt. Das Angebot ist kostenlos und freiwillig. Bei Bedarf können auch Folgetermine in Anspruch genommen werden. Ziel ist es dabei, die Eltern des neugeborenen Kindes in dieser besonderen Lebensphase über die vielfältigen Angebote der Stadt zu informieren. Zeigt sich ein längerfristiger Bedarf an Unterstützung, wird auch dieser von einer Fachkraft des Teams ermöglicht.

In 2019 wurden 1.587 Kinder geboren, für 1.002 von ihnen haben Eltern das Angebot eines Begrüßungsbesuches (Erstbesuches) angenommen. Innerhalb des betrachteten Zeitraums von zehn Jahren zeigt sich eine konstante Inanspruchnahme der Begrüßungsbesuche durch rund 1.000 Haushalte pro Jahr. Entsprechend ist auch der Anteil der nicht zustande gekommenen Besuche ähnlich geblieben. Zwischen 300 und 400 Personen jährlich sagen die Begrüßungsbesuche aktiv ab, sind nicht anzutreffen oder sind im Zeitraum zwischen Geburt des

Kindes und dem Besuchsangebot mittlerweile aus der Stadt Oldenburg verzogen.

5.2 Zugangswege zu Dauerbetreuungen

Im Rahmen der Begrüßungsbesuche kann ein erweiterter Hilfebedarf der Familien offensichtlich werden. Alternativ kann die Kontaktaufnahme durch andere Institutionen wie den Allgemeinen Sozialen Dienst des Amtes für Jugend und Familie, Jugendhilfeeinrichtungen, Fachärztinnen und Fachärzte oder auch Einzelpersonen erfolgen.

Der Begriff Dauerbetreuung beschreibt eine kontinuierliche, regelmäßige und intensive Begleitung und Beratung einer Familie mit einem Säugling. Zwischen 2017 und 2019 wurden jährlich zwischen 83 und 133 Dauerbetreuungen durchgeführt. Anlass für Dauerbetreuungen können belastende Lebenslagen sein, die durch unterschiedliche Faktoren hervorgerufen werden. Diese können seitens des Säuglings oder Kindes eine gravierende oder chronische Erkrankung, eine Frühgeburtlichkeit oder problematische

Entwicklung sowie ein exzessives Schreiverhalten oder Schwierigkeiten bei der Ernährung und Pflege sein. Ebenso relevant sind Aspekte, die sich auf der Beziehungsebene zwischen Eltern und ihrem Kind abspielen: Wie wird eine gesunde Umgebung für den Säugling geschaffen, wie nehmen die Sorgeberechtigten die Bedürfnisse ihres Kindes wahr und entwickeln sie eine gute Bindung zu ihrem Kind? Von elterlicher Seite wird oft der Wunsch nach Unterstützung geäußert, weil sich durch die eigene gesundheitliche oder persönliche Situation eine Überforderung entwickelt und Fragen im Umgang mit dem Kind entstehen. Hierunter fallen auch Problemlagen wie die Minderjährigkeit der Mutter und/oder des Vaters, alleinerziehend zu sein oder eine schwierige soziale und finanzielle Situation. Die Gesamtheit der genannten Faktoren und Ausgangslagen können einzeln oder bei einem Zusammentreffen entscheidend für das seelisch gesunde Aufwachsen von Kindern sein. An dieser Stelle greift die qualifizierte Betreuung durch die Familienhebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit ihren Zusatzqualifikationen. Während einer Dauerbetreuung werden die Ziele

ausdrücklich gemeinsam mit den Eltern formuliert. Die Zielerreichung wird von Eltern wie auch Unterstützern gleichermaßen in regelmäßigen Abständen reflektiert und bewertet. So erfahren die Eltern eindrücklicher, ob sie ihren Zielen näher gekommen sind und erleben sich als selbstwirksam.

Die Betreuungen nehmen einen sehr unterschiedlichen Zeitumfang ein. So kann es nur zu einzelnen Folgebesuchen kommen. Erst ab einem Umfang von mehr als drei Beratungsterminen wird die Begleitung als Dauerbetreuung bezeichnet. Der Zeitumfang beläuft sich dabei bei circa einem Drittel auf maximal drei Monate (kürzer als ein Quartal). Diese bilden den Großteil der Betreuungen ab.

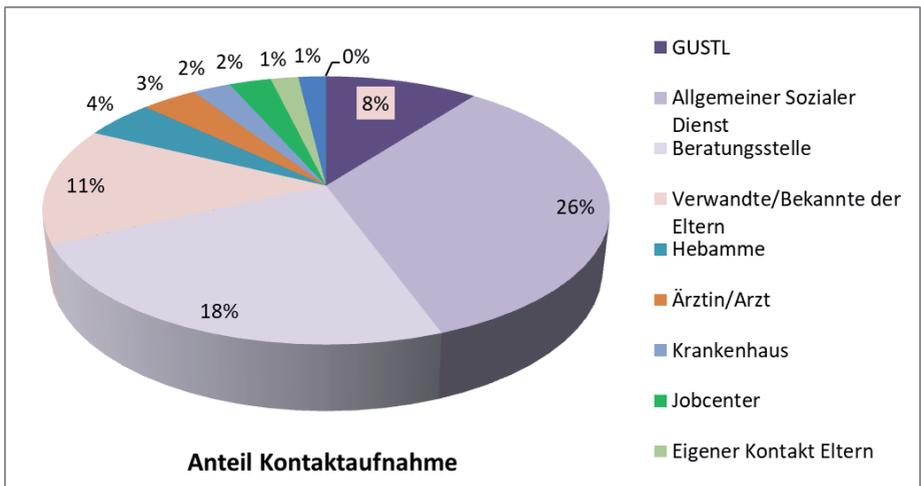
Eine Dauerbetreuung kann durch die Kontaktaufnahme unterschiedlichster Personen und Institutionen zustande kommen. An erster Stelle ist der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) der Jugendämter zu nennen.

Beratungsstellen sind der zweitgrößte Vermittler. Auch Hebammen, Ärztinnen und Ärzte (Gynäkologinnen und Gynäkologen in Praxis und Klinik,

Kinderärztinnen und Kinderärzte) und zu einem geringeren Anteil das Jobcenter vermitteln weiter in das Angebot der Dauerbetreuung. Vereinzelt kommt der Hinweis aus dem Arbeitskreis Alleinerziehende, aus dem Sozialdienst katholischer Frauen/Babylotsen oder aus ähnlichen sozialen Einrichtungen. Ein regelmäßiges Beratungsangebot besteht in der Mutter-Kind-Einrichtung der Stadt Oldenburg.

Acht Prozent der Dauerbetreuungen entstehen über die GUSTL-Erstbesuche, Eltern nehmen häufig auch ein zweites oder drittes Mal einen Hausbesuch einer Familienhebamme oder einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin zur Unterstützung wahr (über die Jahre 2017 bis 2019 jeweils um die vier Prozent). Zudem werden weitere Formen der Beratung, zum Beispiel E-Mail- oder Telefonberatungen sowie die allgemeine Sozialberatung, angefragt.

Abbildung 3: Zugangswege zur Betreuung 2017 bis 2019



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, GUSTL Statistik

Die Vielfältigkeit der Zugangswege (siehe Abbildung 3) zeigt, dass es einer breiten Streuung des Wissens um das Angebot bedarf. Aufgrund personeller Fluktuation in den Institutionen ist es immer wieder von Neuem wichtig, sich in das Bewusstsein der genannten Initiatoren zu bringen. Auch aus diesem Grund ist das Team bei den Treffen der Hebammen, beim Oldenburger System Frühe Hilfen (OSFH) und beim Arbeitskreis Präventionskette vertreten. Da ein gewisser Anteil aus der Eigeninitiative der Eltern heraus erfolgt, kann der Betreuungsbeginn im Einzelfall durchaus auch verspätet erfolgen und beispielsweise erst im achten Lebensmonat des Kindes liegen. In manchen Fällen beginnen Betreuungen wiederum bereits in der Schwangerschaft. Eine Betreuung wird in begründeten Fällen auch für Kinder bis zum dritten Lebensjahr angeboten.

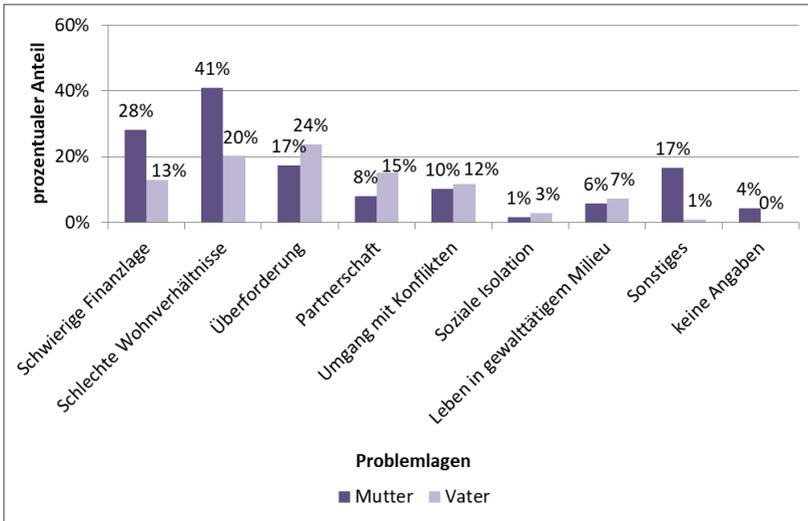
Bei der Benennung von Betreuungsgründen sind häufig mehrere Faktoren gleichermaßen ausschlaggebend. **Im Zeitraum 2018 und 2019 wurde hier überwiegend als ausschlaggebender Betreuungsgrund die gesundheitliche oder persönliche Situation der Eltern be-**

nannt, gefolgt von Problemen auf der Eltern-Kind-Beziehungsebene. Vergleichsweise selten ist ein kindlicher Risikofaktor vorhanden.

5.3 Soziale Situation der Eltern in Dauerbetreuung

Als Hauptproblem der betroffenen Sorgeberechtigten hat sich über die Jahre das Bestehen einer schwierigen psychosozialen Lage erwiesen. Darunter fallen im Speziellen Problemlagen wie Überforderung, Schwierigkeiten in der Partnerschaft und schlechte Wohnverhältnisse. Eine schwierige finanzielle Situation, der problematische Umgang mit Konflikten sowie soziale Einsamkeit machen weitere Belastungen im Leben von Eltern, die die Betreuungen in Anspruch nehmen, aus. Existenziell wichtig wird die Betreuung in solchen Fällen, bei denen Gewalt im Familienleben eine große Rolle spielt. Wie aus dem obenstehenden Balkendiagramm (Abbildung 4) ersichtlich, unterscheiden sich dabei die Problemlagen bei den betroffenen Müttern von denen der Väter teilweise beträchtlich. So sind Mütter häufiger von finanziellen Belastungen und schlechten Wohnverhältnissen be-

Abbildung 4: Problemlagen der Mütter und Väter



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, GUSTL Statistik

troffen, Väter eher von Überforderung und Partnerschaftskonflikten.

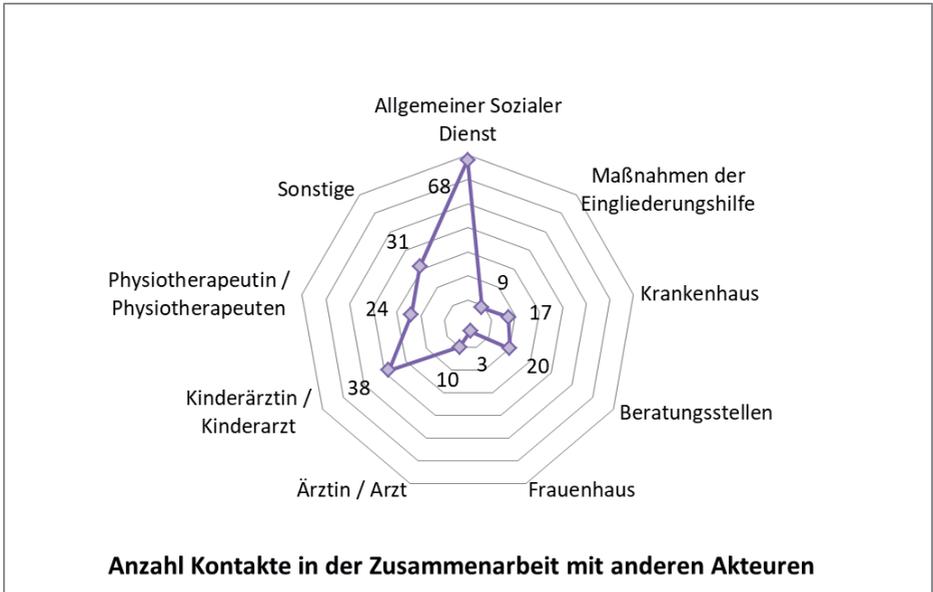
Dabei fallen zwei besondere psychosoziale Belastungen auf: Alleinerziehende Mütter machten im Jahr 2017 einen Anteil von 27 Prozent der betreuten Oldenburgerinnen und Oldenburger aus, 2018 einen Anteil von 25 Prozent sowie 2019 einen Anteil von 44 Prozent. Auch einzelne alleinerziehende Väter von Neugeborenen wurden betreut. Die Falldokumentationen zeigen,

dass der Anteil minderjähriger Mütter in der Betreuung vergleichsweise gering war, mit einem Fall bis zu maximal sechs Fällen pro Jahr im Zeitraum 2015 bis 2019.

5.4 Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Im Verlauf einer Dauerbetreuung erfolgt immer wieder die Vernetzung mit anderen Akteuren. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgrup-

Abbildung 5: Kontakte in der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, GUSTL Statistik

pen und Institutionen sowie die Verbindung von Kinderschutz und Kindergesundheit stellen dabei wichtige Bausteine dar. Zum Tragen kommen hier vor allem der Allgemeine Soziale Dienst und verschiedene Jugendhilfeeinrichtungen. Auch die Kinderärztinnen und Kinderärzte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Beratungsstellen werden in die Betreuungen miteinbezogen. Es können aber auch wei-

tere Institutionen oder Anlaufstellen zum Einsatz kommen und Maßnahmen der Eingliederungshilfe initiiert werden.

Die Abbildung 5 verdeutlicht durch den Abstand zum Zentrum die Häufigkeit einer genannten Zusammenarbeit. Mehrfachnennungen sind hierbei inbegriffen.

Betreuungsende

Der überwiegende Teil der Betreuungen wird bis zum ersten Geburtstag beendet. Eine von zehn Familien bricht die Hilfe vorzeitig ab. Insgesamt viermal wurden die Hilfen in den Jahren 2018 und 2019 durch eine Inobhutnahme des Kindes beendet (kein Fall im Jahr 2017). Am Ende der Dauerbetreuung kann für die Hälfte der betreuten Familien kein weiterer Hilfebedarf festgestellt werden, 20 Prozent benötigen weitere Unterstützung. Wurden Empfehlungen ausgesprochen, kam die Betreuung durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) zur Sprache, die Überleitung an eine Beratungsstelle, eine Eingliederungshilfemaßnahme über Sozialleistungen für das Kind, oder beispielsweise eine psychologische Betreuung der Mutter.



Handlungsempfehlung

1. Das Team GUSTL strebt an, das Angebot frühestmöglich bekannt zu machen, zum Beispiel für alle Familien bei Anmeldung des Neugeborenen beim Standesamt.
2. Die Familienhebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sind in den Stadtteilen präsent, um die Vernetzung mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst zu verstärken und gemeinsam zu wirken. Zum Beispiel soll die Offene Mütterberatung ausgebaut werden.
3. In der Zusammenarbeit von Gesundheitsamt und Jugendamt erfolgt eine neue Dokumentation und Evaluation der Arbeit, um – auf Basis einer sozialräumlichen Erfassung der Bedürfnisse – die richtigen Angebote am richtigen Ort bereitzustellen.





Foto: FAB.T/AdobeStock

6. Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung

6. Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen

Gesunde Zähne sind aus vielen Gründen ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität eines Menschen, seinen allgemeinen Gesundheitszustand und nicht zuletzt auch für die Akzeptanz in seinem sozialen Umfeld.

Der Jugendzahnärztliche Dienst (JZD) der Stadt Oldenburg unterstützt die Kinder und Jugendlichen in Kindergärten, Schulen und den verschiedenen Fördereinrichtungen dabei, die Voraussetzungen für den Erhalt einer guten Mundgesundheit, unter anderem auch in Verbindung mit einer geeigneten Ernährung und Lebensweise, zu schaffen.

Die gesetzliche Grundlage hierzu ergibt sich aus § 21 des SGB V mit der Sicherstellung von Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen. Bei der Finanzierung leistet die zuständige Landesarbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Oldenburg einen erheblichen Anteil.

6.1 Vorsorgeuntersuchungen und Zahngesundheit

Um Zahnschäden sowie Fehlstellungen von Zähnen bei Kindern frühzeitig festzustellen, machen Kinder- und Jugendzahnärztinnen und -zahnärzte Vorsorgeuntersuchungen in den Einrichtungen, die den Kindern viel Freude bereiten.

Im spielerischen Austausch wird der Grundstein für einen angstfreien Umgang mit dem Thema Zahngesundheit gelegt, oder bereits bestehende Ängste werden abgebaut. Dies beruht zum Einen auf den etablierten Beziehungen zwischen dem Jugendzahnärztlichen Dienst und den Einrichtungen sowie zum Anderen auch auf dem Wissen und dem Vertrauen der Einrichtungen, dass es sich bei den Untersuchungen um fröhliche und spannende Veranstaltungen für die Kinder handelt.

Zahnärztliche Vorsorge im Schuljahr 2018/2019

1.765

Kindergartenkinder

3.018

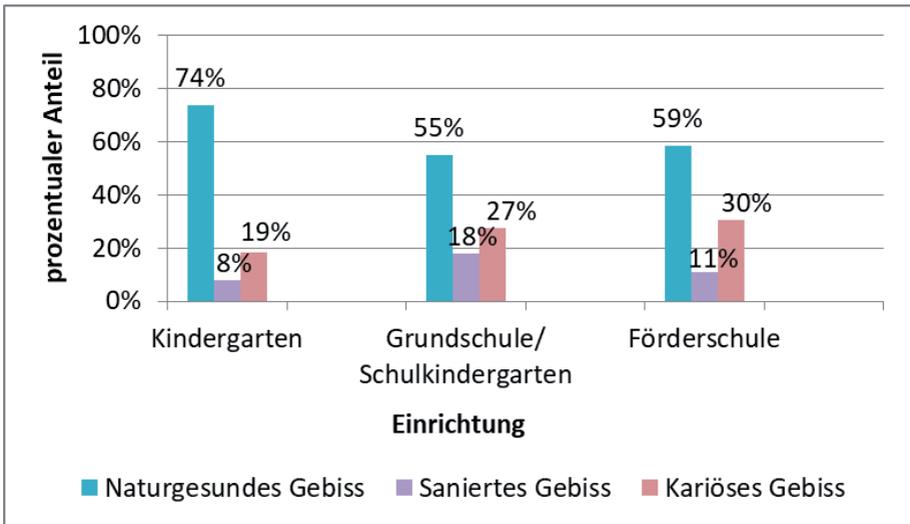
GrundschulKinder



Die auf Basis der Untersuchungsergebnisse abgegebenen Handlungsempfehlungen tragen maßgeblich zur weiteren Zahnpflege sowie allen damit verbundenen, zukünftigen Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Zähne bei.

Im Schuljahr 2018/ 2019 wurden 1.765 Kindergartenkinder, 216 Förderschulkinder (zusätzliche Fluoridlackbehandlung bei 132 Kindern) sowie 3.018 GrundschulKinder (zusätzliche Fluoridlackbehandlung bei 1.842 Kindern) in der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung erreicht.

Abbildung 6: Zahngesundheit in den Einrichtungen



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, Statistik Jugendzahnärztlicher Dienst

Aus der nebenstehenden Abbildung ist ersichtlich, dass die Zahngesundheit der Oldenburger Kinder mit zunehmendem Alter abnimmt. In diesem Zusammenhang ist eine Einordnung der Begrifflichkeiten „naturgesundes Gebiss“, „saniertes Gebiss“ und „kariöses Gebiss“ wichtig. Kinder mit einem naturgesunden Gebiss sind kariesfrei und haben weniger unter den möglichen Folgeerkrankungen zu leiden. Kinder mit einem sanierten Gebiss profitieren von einer wiederhergestellten Kaufunktion und weniger Kariesfolgeerkrankungen und somit einer höheren Lebensqualität, oft auch in der sozialen Interaktion. Wichtig ist das Wissen, dass wenn die Ursachen des Kariesbefalls (Putzgewohnheiten, Ernährung und andere) sich nicht ändern, ein höheres Risiko als bei Kindern mit naturgesunden Zähnen für einen erneuten Kariesbefall besteht.

Im niedersächsischen Vergleich zeigt sich, dass der Anteil der Kindergartenkinder mit naturgesunden Zähnen in der Stadt Oldenburg mit 73 Prozent etwas niedriger als der Landesdurchschnitt ist, in Grundschule/Schulkindergarten und Förderschule liegt er vier bis fünf Prozent höher. Die Anzahl der Kinder mit saniertem

Gebiss in Grundschulen/Schulkindergärten und Förderschulen machen in Oldenburg in dem betrachteten Jahrgang einen geringeren Anteil als in Niedersachsen aus. Kariöse Zähne bei Kindern in Oldenburg liegen im Landesdurchschnitt, lediglich die Förderschulen haben ein um drei Prozent höheres Kariesaufkommen.

Auch wenn bundesweit seit Jahren ein Rückgang von Karieserkrankungen beobachtet wird, fällt auf, dass sich die bestehenden Zahnschäden häufig bei Kindern aus ohnehin benachteiligten Verhältnissen finden. Auch ist die lokale Verteilung der Zahnschäden im Stadtgebiet sehr unterschiedlich. Der Jugendzahnärztliche Dienst nutzt die Chance seiner lokalen Kenntnisse und bietet Schulen mit einem erhöhten Kariesauftreten zusätzlich zur zahnärztlichen Untersuchung und der regelmäßigen Gruppenprophylaxe eine Behandlung mit Fluoridlack an, was zu einer deutlichen Kariesreduzierung führen kann.



6.2 Gruppenprophylaxe

Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche wird als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen von den Mitarbeitenden des Jugendzahnärztlichen Dienstes in den Einrichtungen umgesetzt.

Ziele sind:

- den Kindern ein Bewusstsein und Verantwortungsgefühl für die Gesundheit ihrer Zähne zu vermitteln
- die Mundhygiene zu verbessern
- Zahnerkrankungen vorbeugen
- Eltern zu informieren und sie auf Wunsch zu beraten

Die Gruppenprophylaxe, von der im Schuljahr 2018/2019 insgesamt 15.818 Kinder, davon 4.634 in Krippen

und Kindergärten, 6.341 in Grundschulen, 4.379 in weiterführenden Schulen und 464 in Förderschulen profitieren konnten, lebt in hohem Maße von ihren umfangreichen zielgruppenspezifischen Programmen, die den Kindern spielerisch Kenntnisse und Übungen zu den Themen Zahnpflege und Ernährung vermitteln. Diese speziell entwickelten Programme sind besonders dort hilfreich, wo der jugendzahnärztliche Dienst auf Kinder trifft, die noch nie zuvor Berührungspunkte mit (zahn-)medizinischem Personal hatten. Aber auch in den Bereichen Behinderung und Migration können die Programme durch die ansprechende Gestaltung vorhandene Barrieren abbauen und den Spaß an der Zahnpflege erfolgreich vermitteln.

Die hohe Effektivität und intensive Mitarbeit der betreuten Einrichtungen ist der langjährigen vertrauensvollen und professionellen

Erreichte Kinder durch Gruppenprophylaxe

4.634

Krippen und Kindergärten

5.341

Grundschulen

4.379

weiterführende Schulen



Außendienstarbeit der Gruppenprophylaxe-Fachkräfte zu verdanken. Sie stehen den Einrichtungen auch bei organisatorischen Fragen, zum Beispiel zum Zähneputzen im Einrichtungsalltag, jederzeit zur Verfügung.

Zum Nutzen aller Beteiligten und zur Fokussierung auf die fachliche Arbeit bedarf es einer gesetzlichen Grundlage, um den erheblichen Verwaltungsaufwand (umfangreiche Einwilligungserklärungen) für die zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und die Prophylaxe deutlich zu reduzieren.

Handlungsempfehlung

1. Basierend auf den erhobenen Befunden der Vorsorgeuntersuchungen werden bei erkannten Versorgungsdefiziten Schwerpunkte in der Arbeit des Jugendzahnärztlichen Dienstes gesetzt und gegebenenfalls ausgebaut.
2. Die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen ansprechende Formate der Gruppenprophylaxe werden durch Mitarbeitende des Jugendzahnärztlichen Dienstes entwickelt, verfügbare Medien zur Vermittlung werden dabei erprobt.





Foto: Aron M. - Austria/AdobeStock

7. Gemeldete Erkrankungen

7. Gemeldete Erkrankungen in Kindertagesstätten

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen und Kindertagesstätten kommen Säuglinge, Kinder und Jugendliche täglich miteinander und mit dem betreuenden Personal in engen Kontakt. Enge Kontakte begünstigen die Übertragung von Krankheitserregern. Zudem können bestimmte Krankheiten bei Kindern teilweise besonders schwere Krankheitsverläufe nehmen. Daher sieht das Infektionsschutzgesetz (IfSG) spezielle Regelungen, wie zum Beispiel die Belehrung des Personals in Gemeinschaftseinrichtungen, vor.

Die Meldung von Erkrankungen in Gemeinschaftseinrichtungen hat eine wichtige Funktion für den Schutz vor der unkontrollierten Verbreitung innerhalb und außerhalb der Einrichtungen. Einige Erkrankungen stellen zwar nicht primär eine große Gefahr für erkrankte Kinder dar, können aber für das Umfeld ein Risiko darstellen. Um insbesondere schwere Grippewellen

(Influenza-Pandemien) frühzeitig zu erkennen, wird das Auftreten von Atemwegserkrankungen (akuten respiratorischen Erkrankungen) in Kindertagesstätten erfasst und wöchentlich an das Gesundheitsamt gemeldet. Kindertagesstätten spielen somit eine wesentliche Rolle bei der Weiterverbreitung der Influenza und vieler weiterer Infektionskrankheiten, da sie einerseits als Gemeinschaftseinrichtungen eine Verbreitung von Krankheiten fördern und andererseits durch ihre Meldepflicht maßgeblich an deren Eindämmung beteiligt sind: Sobald Krankheitssymptome bei mehr als zwei Kindern auftreten und sich Zusammenhänge der Verbreitung erkennen lassen, werden diese Fälle meldepflichtig.

Die Mehrzahl der 2019 gemeldeten Erkrankungen bezieht sich auf unspezifischen Symptome wie Fieber, Husten, Schnupfen und Durchfall.

Gemeldete Infektionen in Kitas 2019

17

Windpocken

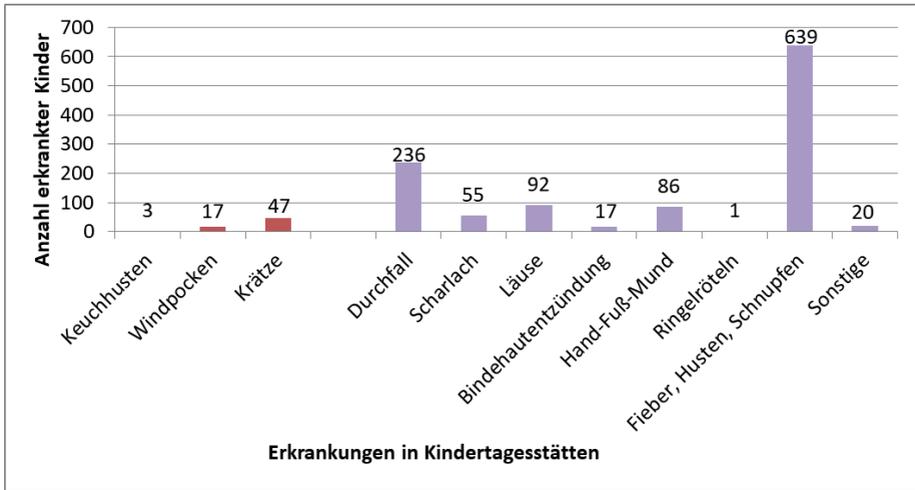


639

Fieber, Husten, Schnupfen



Abbildung 7: Gemeldete Infektionszahlen in Kindertagesstätten 2019



Quelle: Stadt Oldenburg Gesundheitsamt, IFS Statistik 2019

Neben den üblichen Erkrankungen im Kleinkindalter gibt es auch Fälle von Erkrankungen, die schwere Verläufe nehmen können. So treten trotz der Impfpflicht der Ständigen Impfkommission (STIKO) Windpocken (Varizellen, Impfpflicht seit 2009) und Keuchhusten (Pertussis, Impfpflicht seit 1991) mit geringen Fallzahlen auf.

Sogenannte „Kinderkrankheiten“ wie Mumps, Masern, Röteln, Keuchhusten und Windpocken, die laut Infektionsschutzgesetz meldepflich-

tig sind, sind durch den Impfschutz vermeidbar. Im Jahr 2019 gab es in Oldenburg keinen bestätigten Fall von Masern bei Kindern.

Fälle von Krätze sind von Bedeutung, da sie zum einen ein starkes Verbreitungspotenzial in Einrichtungen haben und zum anderen schwere Verläufe nehmen können. Für den Befall von Läusen kann es insbesondere in Einrichtungen zu einer starken Verbreitung kommen, die medizinischen Folgen sind hier jedoch nicht schwerwiegend.

Ein konsequentes Hygienemanagement in Kindertageseinrichtungen ist wichtig, um Kinder und Personal vor Ansteckung zu schützen. Zur Unterbrechung von Infektionsketten sind Schutzmaßnahmen, die von der Arbeitsplatzgestaltung über allgemeine und persönliche Hygienemaßnahmen bis hin zur arbeitsmedizinischen Vorsorge mit Impfangebot reichen, unabdingbar. Ein umfassendes Konzept, das Personal, Kinder und Eltern miteinbezieht, schafft hierfür die Basis.

Wie später in Kapitel 8.3 zu sehen, ist der Masernschutz der Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit 83 Prozent als eher niedrig einzuschätzen, im Landesvergleich liegt er im unteren Drittel. **Auf Grund des neuen Masernschutzgesetzes, das 2020 in Kraft getreten ist, ist zu erwarten, dass der Masernschutz in der Bevölkerung deutlich steigen wird.**

Handlungsempfehlung

1. Erkrankungszahlen müssen nach Infektionsschutzgesetz stetig kontrolliert werden.
2. Gehäufte Erkrankungen müssen mit Präventionsmaßnahmen, beispielsweise vorrangig die Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), im Gesundheitsamt verknüpft werden.
3. Eltern und Familien müssen generell durch Öffentlichkeitsarbeit und anlassbezogen über Infektionskrankheiten und Impfprävention aufgeklärt werden.





Foto: Ollia-Danilevichy/Pexels.com

8. Schuleingangsuntersuchung

8. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung

Vor Eintritt in die Grundschule ist in allen deutschen Bundesländern die Schuleingangsuntersuchung (SEU) üblich. In Niedersachsen wird diese durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, mit landesweit gleichen Zielen und Inhalten, übernommen. Die Teilnahme an der Untersuchung im letzten Kindergartenjahr ist für alle Kinder (in Begleitung der Personensorgeberechtigten) verpflichtend, die zum Start des Schuljahres das sechste Lebensjahr vollendet haben oder es bis zum folgenden 30. September vollenden werden.

Das vorrangige Ziel dieser Untersuchung ist die medizinische Beurteilung der Schulfähigkeit eines Kindes. Dabei wird der körperliche, geistige sowie auch der emotional-soziale Entwicklungsstand jedes schulpflichtigen Kindes individualmedizinisch bestimmt. Bei Bedarf werden medizinische und weitere, auf unterschiedlichem Gebiet fördernde, pädagogi-

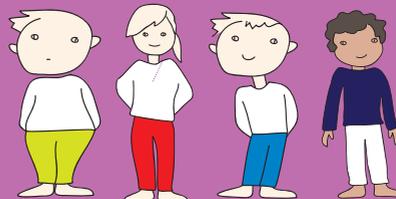
sche Maßnahmen empfohlen. Die Personensorgeberechtigten und die Schulen werden mit dem Ziel beraten, jedem Kind die schulischen Bedingungen zu ermöglichen, die es braucht, um erfolgreich lernen zu können.

Die Erhebung der medizinischen Vorgeschichte eines Kindes stellt einen wichtigen Teil der Untersuchung dar und liefert einen umfassenden Überblick über die Inanspruchnahme präventiver, pädagogischer und medizinischer Versorgungsangebote im Vorschulalter. Die Schuleingangsuntersuchung fungiert in diesem Zusammenhang als die epidemiologisch wichtigste Gesundheitserhebung im Kindesalter, da sie - anders als die Früherkennungsuntersuchung durch die Kinderärztin/den Kinderarzt - alle Kinder eines Jahrgangs erfasst. Die Daten werden anonymisiert elektronisch erfasst und stehen regional und auf Landesebene zur Auswertung zur Verfügung.

Untersuchte Kinder für den Schulbeginn 2019

678 Mädchen

769 Jungen



Damit stellen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung die Grundlage für notwendige Verbesserungen im Bereich von Prävention, Gesundheitsplanung und schulischer Strukturplanung dar.

Die Stadt Oldenburg führt die Schuleingangsuntersuchung jährlich für circa 1.600 Kinder in 28 Grundschulen nach dem standardisierten „Weser-Ems-Modell“ durch. Neben der Dokumentation der Vorgesichte und Gesamtsituation der Kinder besteht die Untersuchung aus einer körperlichen Untersuchung, Bestimmung von Körpergröße und Gewicht, Hör- und Sehtest sowie aus Tests zur Ermittlung der Sprachentwicklung, der Grob- und Feinmotorik, der Farben- und Formenkenntnis, des Mengenverständnisses sowie des Zahlen- und Wortfolgedächtnisses.

Im Folgenden wird über eine Auswahl der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen des Untersuchungsjahres 2018/2019, die Schulanfängerinnen und Schulanfänger von August 2019, berichtet.

Neben einer kurzen Beschreibung des untersuchten Jahrgangs an schulpflichtigen Kindern sind Daten

zu den folgenden, aussagekräftigsten Ergebniskategorien dargestellt.

- Vorsorgeuntersuchungen
- Impfungen
- Körpergewicht (Unter- und Übergewicht)
- Sprachentwicklung
- Fein- und Grobmotorik

8.1 Beschreibung des Untersuchungsjahrgangs 2019

Für den Schulbeginn im Jahr 2019 wurden in der Stadt Oldenburg insgesamt 1.447 Kinder erstmalig im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersucht. Darunter fallen 769 Jungen (53 Prozent) und 678 Mädchen (47 Prozent) (SEU 2019).

In den Auswertungen werden nur diejenigen Kinder berücksichtigt, die zum ersten Mal untersucht worden sind. Grund dafür ist die andernfalls entstehende Ungenauigkeit der Daten durch Doppelerfassungen. Es ist allerdings festzuhalten, dass die tatsächliche Zahl der durch den

Öffentlichen Gesundheitsdienst untersuchten Kinder um etwa fünf bis 10 Prozent höher liegt und dass insbesondere diese vom Schulbesuch zurückgestellten Kinder oft einen erhöhten Untersuchungsaufwand benötigen.

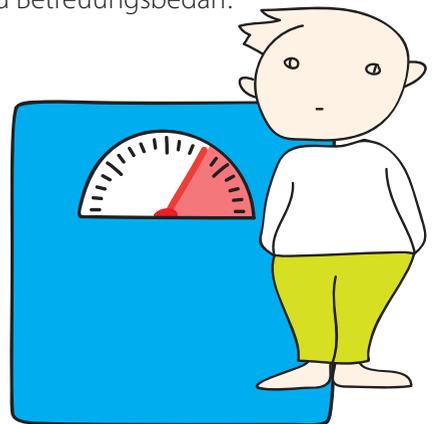
Für knapp 80 Prozent der Kinder ist Deutsch die Familiensprache, knapp 14 Prozent sprechen Deutsch mit leichten oder schweren Fehlern. Ein weiterer Anteil an Kindern (4,5 Prozent) spricht gebrochenes Deutsch, 1,7 Prozent der Kinder sprechen gar kein Deutsch.

Kurdisch ist neben Deutsch die am meisten gebräuchliche Familiensprache in den Familien der Schulanfängerinnen und Schulanfänger der Stadt Oldenburg.

Ein weiterer wichtiger Einfluss auf die kindliche Entwicklung ist die (früh-) kindliche pädagogische Betreuung außerhalb der Familie, die mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt. Es zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen der Dauer des Kindergartenbesuchs und dem frühzeitigen Erkennen von zum Beispiel Hör- und Seheinschränkungen, den Fördermöglichkeiten und

der sozial-emotionalen Entwicklung (NLGA 2017).

Der Großteil der Kinder (87 Prozent) besuchte für eine Zeitspanne von drei bis fünf Jahren eine Form der Kindertagesstätte (Kita). Zehn Prozent der Kinder besuchten die Einrichtung für eine verhältnismäßig kurze Dauer von ein bis zwei Jahren. Drei Prozent der angehenden Schülerinnen und Schüler haben aus unterschiedlichen Gründen keine Kindertagesstätte besucht. Zu diesen Gründen gehören: Wohnortwechsel der Kinder und ihrer Familie, Migration aus dem Ausland sowie Auffälligkeiten der Kinder und daher keine Integrationsmöglichkeit dieser in die Einrichtungen. Insbesondere für letztgenannte Kinder besteht ein hoher Beratungs- und Betreuungsbedarf.



8.2 Vorsorgeuntersuchungen

Die Vorsorgeuntersuchungen (aktuell U1 bis U9 sowie J1) stellen eine wichtige Begleitung der kindlichen Gesundheitsentwicklung dar. Besonders im Kontext des Kinderschutzes nehmen sie eine zentrale Rolle ein.

Diese Früherkennungsuntersuchungen dienen außerdem der Vorbeugung von physischen und psychischen Erkrankungen sowie Entwicklungsverzögerungen, indem Kinderärztinnen und Kinderärzte frühestmöglich darauf aufmerksam machen können. Um mögliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen, wird die Entwicklung des Kindes im Rahmen der „U“-Untersuchungen dokumentiert und begleitet. Hierfür werden unterschiedliche Kennzahlen wie zum Beispiel Gewicht, Größe und altersgerechte Entwicklung untersucht und bewertet. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt im Kinderuntersuchungsheft (auch bekannt

als „gelbes Vorsorgeheft“), sodass die regelmäßige Teilnahme des Kindes an den „U“-Untersuchungen gegenüber Dritten (Kindergärten, Schulen und weitere) nachgewiesen werden kann.

In Niedersachsen gibt es ein verbindliches Einladungs- und Meldewesen für die Vorsorgeuntersuchungen von Kindern (NFrüherkUG). Dieses regelt zum einen, dass Eltern zur Teilnahme ihres Kindes an der Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden, zum anderen, dass Ärztinnen und Ärzte zur Rückmeldung verpflichtet sind, ob das Kind zur Untersuchung erschienen ist. Sofern keine Rückmeldung eingegangen ist, erfolgen Erinnerungen an die Eltern und nach letztem Fristablauf auch eine Information an das Jugendamt.

Für den Großteil (94,7 Prozent) der untersuchten Kinder liegt das Vorsorgeheft zur Schuleingangsuntersuchung vor. 5,3 Prozent der Kinder

Vorsorgeheft

94,7 %

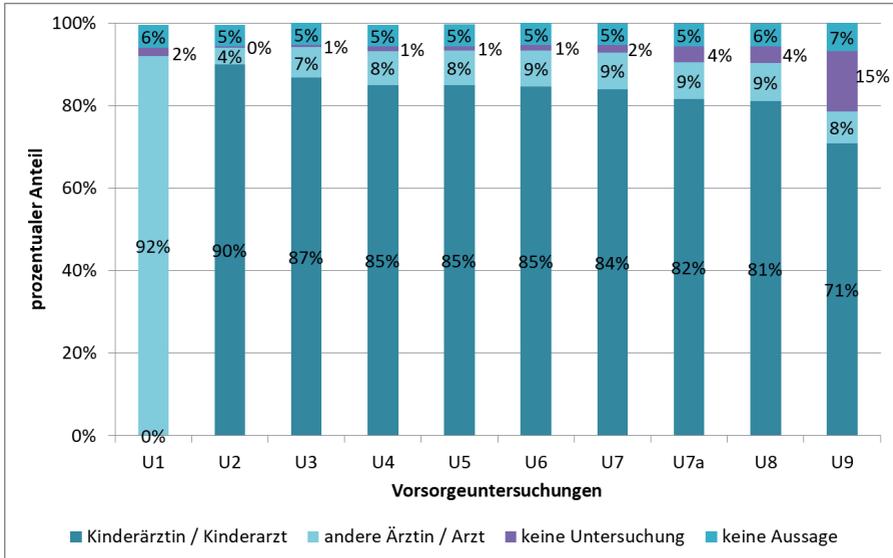
Vorgelegt

5,3 %

Insgesamt nicht vorgelegt



Abbildung 8: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019

können das Heft aus unterschiedlichen Gründen nicht vorlegen, darunter fallen zu 4,9 Prozent Kinder mit Migrationshintergrund. Migrationshintergrund bedeutet bei der Schuleingangsuntersuchung, dass das Kind nicht in Deutschland geboren wurde oder beide Eltern nicht in Deutschland geboren wurden und/oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind.

Mit Blick auf die wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich, dass die Teilnahme der Kinder zwischen den einzelnen Untersuchungen variiert. Da sowohl die U1 als auch die U2 in der Regel noch in der Geburtsklinik durchgeführt werden, liegen sie bei nahezu allen Kindern vor.

Mit fortschreitendem Alter sinkt jedoch die Teilnahme an den Untersuchungen zur Früherkennung. Diese

Entwicklung ist auch auf Landesebene zu beobachten.

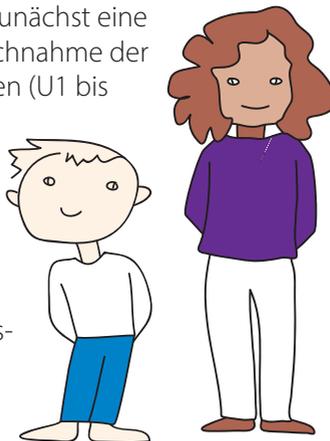
Ab der U9 greift das verbindliche Einladungs- und Meldewesen nicht mehr.

Die Inanspruchnahme der Untersuchungen sinkt im Anschluss an die Neugeborenenzeit deutlich. Während an der U8 noch 81 Prozent der Oldenburger Kinder teilnahmen, waren es an der U9 nur noch 71 Prozent.

Landesweit nahmen 2019 75 Prozent der Kinder an der U9 teil (U8: 86 Prozent), sodass die Stadt Oldenburg hier leicht unterhalb des Landesdurchschnitts lag. Die Untersuchungen U1 bis U9 werden im Rahmen der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt. Mit seiner Einführung war zunächst eine Zunahme der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) zu verzeichnen. In den letzten Jahren blieben die Quoten weitgehend stabil.

Um die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen auf

einem hohen Niveau zu halten, sie ab der U7 auch noch zu erhöhen, wird das Einladungs- und Meldewesen als ein wichtiges Instrument bewertet. Die Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 (während der Grundschulzeit und im Jugendalter) werden bisher nicht von allen Krankenkassen finanziert. Erst die J1 im Alter von 12 bis 14 Jahren ist dann wieder Teil der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und stellt beispielsweise einen guten Zeitpunkt für eine erneute Impfberatung dar. Um die Inanspruchnahme aller Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche auf einem hohen Niveau zu halten oder zu erhöhen, sollten für alle gesetzlich Versicherten die gleichen Untersuchungen übernommen und das Einladungs- und Meldewesen entsprechend vereinheitlicht werden.



Handlungsempfehlung

1. Neu zugezogene Familien mit ihren Kindern sollten frühestmöglich in die kinderärztliche Vorsorge der niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte aufgenommen werden. Eine initiale Untersuchung von Seiteneinsteigenden, aus dem Ausland nach Oldenburg zugezogenen Kindern und Jugendlichen, durch den Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit wird etabliert.
2. Weitere Untersuchungen, wie die U10, U11 oder J2, sollten bezüglich ihrer Inanspruchnahme anhand von Daten der Krankenkassen betrachtet werden. Eine entsprechende Anfrage wird seitens der Gesundheitsberichterstattung bearbeitet.



8.3 Impfstatus

Impfungen gelten als eine der wirksamsten und wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Übertragung ansteckender Krankheiten. Dabei dient ein vollständiger Impfschutz der Kinder nicht nur dem eigenen Schutz, sondern auch dem Schutz der Mitmenschen. Zudem dient die Durchimpfung der Bevölkerung nachweislich dem Schutz von Menschen, die, beispielsweise aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, nicht selbst geimpft werden können (NLGA 2019).

Bei der Ermittlung des Impfstatus der Kinder gilt die Vorlage des Impfpasses als verlässliche Datengrundlage. Im Rahmen der jährlichen Schuleingangsuntersuchungen wird es diesbezüglich ermöglicht, den Impfstatus eines gesamten Jahrgangs zu erfassen. Zum Zeitpunkt der Erhebung sollte die Grundimmunisierung bereits abgeschlossen sein. Durch die Erhebung der Daten entsteht andernfalls die Möglichkeit der Intervention, indem Impflücken (möglichst noch vor dem Schuleintritt) geschlossen werden (RKI, Epidemiologisches Bulletin 32/33 2020).

Das Robert Koch-Institut (RKI) erfasst für die Impfquoten der Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland in den Jahren 2015 bis 2018 die folgende Entwicklung: Bei den Impfquoten gegen Diphtherie, Tetanus sowie Keuchhusten ist ein leichter Rückgang zu erkennen. Unverändert bleiben die Impfquoten gegen Kinderlähmung sowie gegen Hib (*Haemophilus influenzae* Typ b), einer schweren Infektion, die zu Hirnhautentzündungen führen kann. Die Impfquote gegen Hepatitis B erreicht hingegen erstmals einen leichten Anstieg (RKI, Epidemiologisches Bulletin 32/33 2020).

Die Durchimpfungsquote bezeichnet den Anteil der Personen, die gemessen an der Gesamtbevölkerung gegen eine Krankheit geimpft sind. **Eine hohe Durchimpfungsquote in der Bevölkerung sorgt für eine sogenannte Herdenimmunität. Diese beschreibt eine kollektive Immunität gegen einen Krankheits-**

erreger, die auch Nicht-Geimpfte schützt und durch die die soziale Teilhabe gesundheitlich gefährdeter Gruppen unterstützt werden kann. Nach dem Infektionsschutzgesetz muss der Impfstatus des Kindes bei der Aufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule durch das Gesundheitsamt erhoben werden. Da Impfungen ausschließlich in den persönlichen Impfpässen dokumentiert werden und keine zentrale Speicherung erfolgt, stellt die Schuleingangsuntersuchung den ersten und einzigen Zeitpunkt dar, an dem der Grad der frühkindlichen Grundimmunisierung erhoben wird.

2019 haben im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 92 Prozent der Eltern einen Impfpass für ihr Kind vorgelegt. Sofern kein Impfpass vorgelegt wird, liegt die Vermutung nahe, dass ein vollständiger Impfschutz nicht gewährleistet ist. Dies betrifft in diesem Jahr acht Prozent der Kinder.

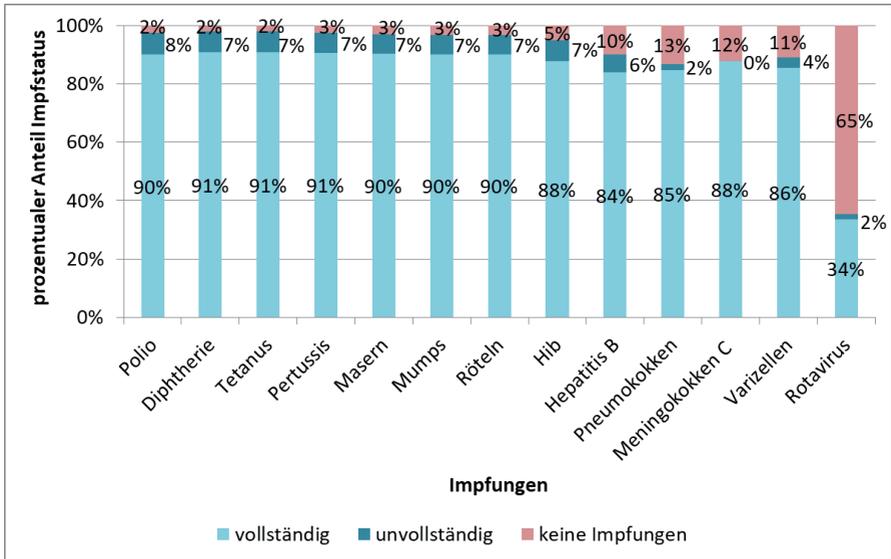
Impfausweis

92 % vorgelegt

8 % nicht vorgelegt



Abbildung 9: Impfstatus vor Einschulung



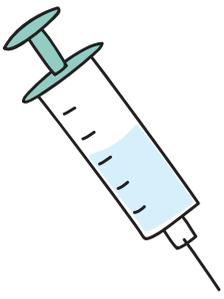
Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019

Aus der oben stehenden Abbildung geht hervor, dass sich die durchschnittlichen Impfquoten der einzelnen Impfungen bei Schulbeginn auf einem hohen, wenn auch kritischen Niveau befinden. Auf niedersächsischer Landesebene besteht der vollständige Impfschutz bei 93,3 Prozent der Kinder (in Deutschland zeigt sich ein genereller Rückgang für alle Impfquoten).

Die Impfquoten in Oldenburg entsprechen grundsätzlich dem

niedersächsischen Landesdurchschnitt, liegen jedoch im niedersächsischen Vergleich im unteren Viertel (NLGA Impfstatistik 2019).

Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht sind hohe Impfquoten im Rahmen des Bevölkerungsschutzes erstrebenswert. Die tendenziell rückläufigen Entwicklungen der Impfquoten sind insofern besorgniserregend, als dass von einem systematischen Abwärtstrend aus-



zugehen ist. Als möglicher Grund für den Rückgang der Impfquoten wird unter anderem eine zunehmende Impfskepsis vermutet. Der Zuzug von Kindern, deren Grundimmunisierung im Ausland begonnen wurde, macht sich ebenfalls in der Statistik bemerkbar.

Einerseits liegen für einige Kinder keine Informationen über die Impfungen in ihren Herkunftsländern vor, andererseits stammen sie teils aus Ländern mit anderen Impfschemata als in Deutschland.

Handlungsempfehlung

3. Impfpass-Sichtungen von Schülerinnen und Schülern weiterführender Schulen und verstärkte Impfberatung sind wichtige Instrumente zur Stabilisierung und Steigerung von Durchimpfungsquoten und werden vom Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit stark befürwortet.
4. Für ein frühestmögliches Schließen von Impflücken sind – neben den Schülerinnen und Schülern weiterführender Schulen – Eltern zum Beispiel im Rahmen einer zu etablierenden Reihenuntersuchung in Kindertagesstätten zu Impfungen vom Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit zu beraten.
5. Im Rahmen einer Untersuchung von neu aus dem Ausland nach Oldenburg zugezogenen Kindern und Jugendlichen erfolgt durch den Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit eine Impfberatung, möglichst in der jeweiligen Muttersprache.



8.4 Körpergewicht (BMI)

Das Körpergewicht spielt für die gesunde Entwicklung des Menschen eine wichtige Rolle.

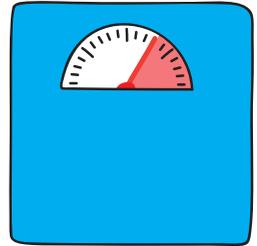
Sowohl ein zu hohes als auch ein zu niedriges Körpergewicht können im sensiblen Wachstumsalter akute und langfristige Auswirkungen auf die Entwicklung und Gesundheit haben und zu nachhaltigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Laut der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS Welle 2, 2014 bis 2017) sind 15,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland von Übergewicht betroffen, 5,9 Prozent leiden unter Adipositas.

Als Ursachen für (starkes) Übergewicht gilt eine länger anhaltende Energiezufuhr, die über dem Verbrauch der Kinder und Jugendlichen liegt. Als Gründe für ein erhöhtes Körpergewicht können viele unterschiedliche Umstände wie die körperliche Ausgangssituation, die zunehmend körperlich inaktiven Tätigkeiten (Mediengebrauch) und das Überangebot an energiereicher Nahrung angeführt werden.

Für Kinder kann dies Einschränkungen in der körperlichen, aber auch sozialen Entwicklung sowie eine Erhöhung des Risikos für spätere Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Erkrankungen der Gefäße oder Diabetes Typ II bedeuten.

Auch (starkes) Untergewicht sollte sorgsam beobachtet werden. Untergewicht kann mit einer erhöhten Infektanfälligkeit, geringerer körperlicher Belastbarkeit oder auch psychosozialen Schwierigkeiten einhergehen. In Deutschland spielt Untergewicht als Indikator für eine Unter- beziehungsweise Mangelernährung im Vergleich zu Übergewicht und Adipositas aus bevölkerungsmedizinischer Sicht eher eine untergeordnete Rolle und wird häufiger im Kontext von Essstörungen thematisiert (Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018)).



Zur Orientierung bei der Bewertung des Körpergewichts dient das Vorgehen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendal-

ter (AGA). Der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) wird als Maß für die Gesamtkörperfettmasse verwendet und stellt Körpergewicht- und Größe ins Verhältnis. Dabei werden Kinder, da sie sich unterschiedlich im Wachstum entwickeln, in ihren alters- und geschlechtsbezogenen Vergleichsgruppen betrachtet.



Das Körpergewicht der Schulanfängerinnen und Schulanfänger wird in fünf Kategorien gefasst: starkes Untergewicht, Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und starkes Übergewicht.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2019 zeigen, dass knapp 83 Prozent der Mädchen und Jungen normalgewichtig sind. (Starkes) Untergewicht ist für eine geringe Anzahl Kinder festzustellen, Übergewicht

wird für jeweils 6,6 Prozent der Mädchen und Jungen festgestellt, starkes Übergewicht für 3,6 Prozent der Mädchen und 4,1 Prozent der Jungen.

Weder im Zeitverlauf noch zwischen den Geschlechtern sind starke Unterschiede in der Verteilung zu erkennen.

Durch die bundesweite Erhebung der Daten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen lässt sich zudem erkennen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien häufiger an Übergewicht und Adipositas leiden (Schienkiewitz A, Damerow S, Schaf-frath Rosario A 2018). Die Gesundheitsförderung und Prävention muss sich als Teil der gesundheitlichen Grundversorgung etablieren.

Körpergewicht vor Einschulung

83 %

Normalgewicht



7 %

Übergewicht



5 %

Untergewicht



Handlungsempfehlung

6. „Es müssen Angebote und Infrastruktur für Bewegungsförderung (wie „check.fun) und gesunde Ernährung (Kita- und Schulverpflegung) sowie Stressbewältigung (beispielsweise bei Lärmbelastung) im Kindes- und Jugendalter geschaffen werden und zuverlässig bestehen.
7. Für ein frühestmögliches Erkennen von Fehlentwicklungen des Körpergewichts und zur Beratung der Eltern wird eine zu etablierende Reihenuntersuchung in Kindertagesstätten durch den Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit genutzt.
8. Bewegungsförderung muss zudem durch die aktive Teilnahme von Kindern im Verkehr mittels Zufußgehen und Radfahren als eigenständige Fortbewegung ermöglicht werden sowie das Spielen im öffentlichen Raum gefördert werden. Dies muss als gesamtstädtisches Ziel im Sinne einer gesundheits- und bewegungsförderlichen, kindgerechten Infrastruktur für das Leben in der Stadt verfolgt werden.
9. Medienbildung mit der Zielsetzung, Eltern und Kinder für die Auswirkungen einer ungesunden Mediennutzung auf Bewegung, Ernährung und Körpergewicht zu sensibilisieren, einsetzen und die entwicklungsförderliche Nutzung von Medien unterstützen (siehe Kapitel 9 Mediennutzung)



8.5 Sprache und Bewegung

Die zentrale Voraussetzung für den reibungslosen Einstieg in den Schulalltag ist eine dem Alter entsprechende Entwicklung von Bewegungsfähigkeit (Motorik) und Sprache. Hierzu zählen die Sprach-, Sprech- und Stimmfähigkeit sowie ein angemessenes Sprachverständnis und ein altersgerechter Wortschatz. Bei der Bewertung der motorischen Entwicklung der Schulanfängerinnen und Schulanfänger wird zwischen Grob- und Feinmotorik unterschieden.

Sprache

Als sprachlich unauffällig gelten Kinder dann, wenn sie sich in ihrer Muttersprache verständlich mitteilen können, grammatikalisch sinnvolle Sätze bilden und über einen altersgerechten Wortschatz verfügen.

56 Prozent der Kinder weisen eine altersgerechte Sprachentwicklung auf, für 20 Prozent werden leichte Befunde ohne Therapiebedarf festgehalten, sodass 76 Prozent der Kinder ohne jeglichen Bedarf an Therapie eingeschult werden können. Für elf Prozent der Kinder wird anlässlich der Schuleingangsuntersuchung eine Diagnostik und Behandlung empfohlen, weitere elf Prozent befinden sich bereits in Sprachheilbehandlung oder fachärztlicher Behandlung.

Bewegung (Motorik)

Bei der Untersuchung der Grobmotorik wird primär ein Augenmerk auf die Körperkoordination gelegt. Hierzu gehören zum Beispiel Laufen, Hüpfen und Springen. Die altersgerechte Entwicklung der Grobmotorik ist jedoch nicht nur für die Teilnahme am Schulsport besonders wichtig, sondern auch für das Erlernen von Lesen und Schreiben.

Sprachstand vor Einschulung

20 %

Leichte Befunde



11 %

Behandlung empfohlen

11 %

Bereits in Behandlung

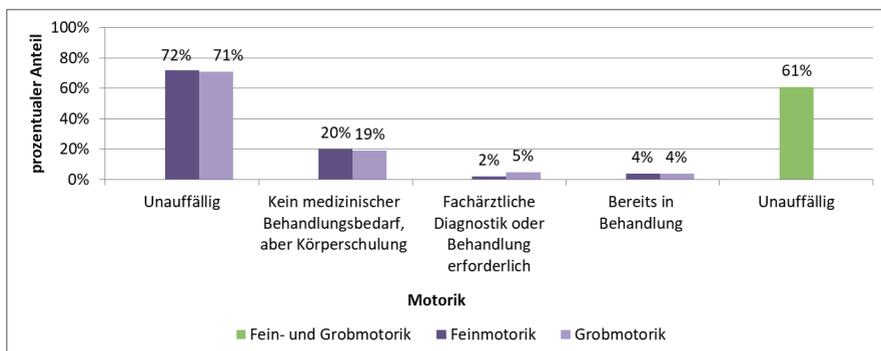
Die Feinmotorik beschreibt die Beweglichkeit der Hände, des Gesichts (Mimik und Mundmotorik) sowie die Fuß-/Zehenmotorik und wird getrennt von der Grobmotorik beurteilt. Treten Störungen in der Feinmotorik auf, kann dies bei Aktivitäten wie Schreiben oder Zeichnen zu Schulproblemen führen. Bei den Schuleingangsuntersuchungen wird daher großer Wert auf die Überprüfung der feinmotorischen Fähigkeiten gelegt. Diese können bei leichten Auffälligkeiten im familiären Umfeld, ohne weitere ärztliche Anleitung, gut und gezielt gefördert werden.

Bei einer gemeinsamen Betrachtung von Fein- und Grobmotorik zeigt sich für 61 Prozent der Kinder keine Auffälligkeit.

Knapp 40 Prozent aller Kinder zeigen zum Zeitpunkt der **Schuleingangsuntersuchungen** in Fein- und/oder Grobmotorik unterschiedliche Ausprägungen kleinerer bis hin zu medizinisch behandlungsbedürftigen Auffälligkeiten.

Diese Defizite frühestmöglich zu erkennen, um vorbeugend handeln zu können und größeren Problemen,

Abbildung 10: Motorik vor Einschulung



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019

vor allem durch Benachteiligung im Schulalltag (beispielsweise beim Schreiben, Sprechen, Bewegen), entgegen zu wirken, ist ein Ziel der Schuleingangsuntersuchungen .

Die Einschulung aller Kinder wird bezüglich der Schuleingangsuntersuchungen an den jeweiligen zukünftigen Schulen in einem Austausch der Schulleitung mit dem Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit über das Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung vorbereitet.

In einigen Fällen werden den Kindergärten, in Abstimmung mit den Eltern, Befunde zurückgemeldet, um auch die dort verbleibende Zeit

hinsichtlich der Vorbereitung auf die Schule gezielt nutzen zu können. Auch können die Eltern Befundbögen an ihre Kinderärztinnen und Kinderärzte weitergeben, sodass die gesundheitliche Entwicklung umfassend begleitet werden kann.

Weitere Reihenuntersuchungen gesamter Jahrgänge von Schülerinnen und Schülern für den Übergang an weiterführende Schulen sind im Hinblick auf den weiteren Bildungsweg, bezüglich des Ausgleichs von Bildungsnachteilen, ein wichtiges Instrument der Gesundheitsförderung und Prävention.



Handlungsempfehlungen

10. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen insbesondere im Hinblick auf Sprache und Motorik frühestmöglich für die Prävention und Entwicklungsförderung nutzen. Dafür muss der enge Austausch (beispielsweise durch Schulgesundheitsfachkräfte) mit Eltern, Schulen und Kinderärzten nach der Schuleingangsuntersuchung aufrechterhalten werden.
11. Die Entwicklungsbereiche Motorik und Sprache von Kindern in Kindertagesstätten werden im Rahmen einer Reihenuntersuchung durch den Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit zur noch früheren Beratung und Intervention betrachtet.
12. Motorische Fertigkeiten werden unter anderem im Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheit in unterschiedlichen Altersgruppen beobachtet, insbesondere seit der COVID-19-Pandemie, um Prävention gezielter zu verstärken.





Foto: Harrison Haines/Pexels.com

9. Mediennutzung

9. Mediennutzung

Digitale Medien spielen im Leben von Kindern und Jugendlichen eine zunehmend wichtige Rolle. Je älter die Kinder und Jugendlichen sind, desto stärker prägen dabei digitale Formate ihren Alltag. Seit 1999 werden im Rahmen der Basisstudie zum Stellenwert der Medien im Alltag von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Daten erhoben. So gehörte im Jahr 2018 für 74 Prozent der 1.231 befragten Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren das Fernsehen zur täglichen Freizeitaktivität. 42 Prozent der Kinder nutzten das Handy/Smartphone jeden oder fast jeden Tag, 22 Prozent griffen täglich auf digitale Spiele zurück (KIM-Studie 2018).

Für Kleinkinder zeigt die miniKIM Studie, dass Kinder im Alter von zwei bis drei Jahren bereits durchschnittlich 34 Minuten am Tag fernsehen, die Vier- bis Fünfjährigen kommen auf 52 Minuten pro Tag (miniKIM-Studie 2014).

Das Projekt „BLIKK-Medien – Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz und Kompetenz, Kommunikation – Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien“ aus dem Jahr 2017 zeigt, dass 76 Prozent der Kinder im Alter von zwei bis fünf Jahren (U7 bis U9) bereits bis zu 30 Minuten täglich das Smartphone nutzen (BLIKK 2017). In dieser Altersgruppe wird von einer fehlenden digitalen Mediennutzungskompetenz der Kinder selbst ausgegangen, sodass diese in der Verantwortung der Eltern liegt.

- **Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Sprachentwicklungsstörungen und der Nutzungsdauer digitaler Medien der Kinder beziehungsweise der Eltern.**
- **Es besteht eine Wechselbeziehung zwischen der Nutzungsdauer digitaler Medien und dem BMI des Kindes, dem**

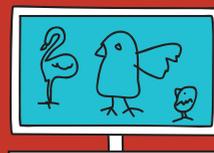
Fernsehkonzum von Kleinkindern pro Tag in Minuten

34

Zwei- bis Dreijährige

52

Vier- bis Fünfjährige



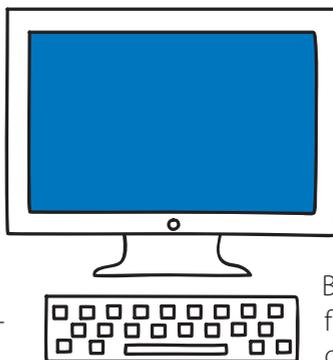
Bewegungsumfang sowie dem Genuss von Süßgetränken.

- **Insbesondere in der Altersgruppe der Kinder im Alter von 8 bis 14 Jahren (U10, U 11, J1) zeigen sich Zusammenhänge bei Lese-/Rechtschreibschwäche, Aufmerksamkeitschwäche, Aggressivität sowie Schlafstörungen und einer fehlenden Kompetenz im Umgang mit digitalen Medien. (BLIKK 2017)**

Mit der Mediennutzung gehen je nach Alter der Kinder und Jugendlichen und der Art des Gebrauchs (Geräte, Dauer, Inhalte) Risiken und Nachteile einher. Als besonders schwerwiegend wird hier der negative Zusammenhang zwischen Bewegungsarmut und der körperlich inaktiven Zeit vor Bildschirmen gesehen (RKI 2018).

Dass 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen sich nach WHO-Empfehlungen nicht ausreichend bewegen, wird als Ursache und Risiko für Entwicklungsnachteile bis hin zu gesundheitlichen Problemen wie Übergewicht erachtet (Schlack et al. 2016).

Der Nutzen und die Notwendigkeit eines bewussten, kompetenten Umgangs mit digitalen Medien sind vor allem für die Schule eindeutig. Beschäftigen sich Kinder kreativ und selbstständig mit Medien, fördert dies Kompetenzen wie Lesen, Schreiben und Hören, verfeinert die Motorik und fördert die Medienkompetenz, technisch, aber auch kognitiv. Kinder werden vom Konsumenten zum Produzenten, erleben sich als aktiver Teil der Medienwelt, die sie mitgestalten können.



Die Initiative „SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht.“ ist eine gemeinsame Initiative des

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der beiden

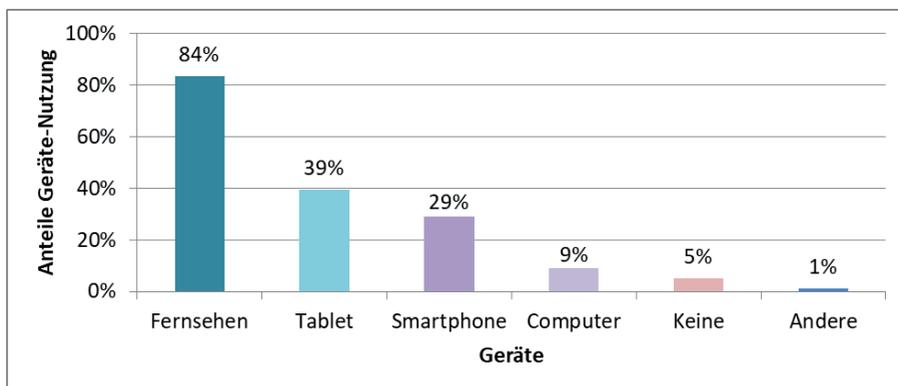
öffentlich-rechtlichen Sender Das Erste und ZDF sowie der AOK – Die Gesundheitskasse. Sie wollen Eltern und Erziehenden mit alltagstauglichen Tipps und Empfehlungen unterstützen, ihre Kinder im Umgang mit Medien zu stärken.

Um die Bedeutung der digitalen Medien für Kinder bei Schulbeginn in Oldenburg einschätzen zu können, wurde die Schuleingangsuntersuchung um einige Fragen zu diesem Thema ergänzt. Ziel ist es, über die Selbstauskunft der Eltern in den folgenden Jahren gegebenenfalls Beratungsangebote zu verstärken und Präventionsbedarf zu erkennen. Mit diesem Ziel wurde ein anonymer Fragebogen (in verschiedenen Sprachen) im Verlauf der Schuleingangsuntersuchung an die Eltern ausgegeben und auf freiwilliger Basis vor Ort, zum Beispiel im Wartebe-

reich, ausgefüllt. Insgesamt ist der Bogen für 692 Kinder von ihren Eltern ausgefüllt worden und ermöglicht somit einen ausreichenden Gesamteindruck für die Gruppe der 2019 eingeschulten Kinder.

Der erste Teil des Fragebogens geht auf die Mediennutzung des Kindes aus Sicht der Eltern ein. Unter Angabe verschiedener Antwortmöglichkeiten wird erfragt, welche Geräte das Kind nutzt und wofür es diese verwendet. Es folgen Fragen zur täglichen Nutzung in Stunden sowie zu Art der Nutzung – ob allein oder

Abbildung 11: Mediennutzung vor Einschulung



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019

imBeisein von Erwachsenen. Ebenfalls wird erfragt, in welcher Sprache das Kind die Geräte nutzt.

Für die Kinder im Einschulungsalter ist das Fernsehen laut der Eltern in 85 Prozent der Fälle das meistgenutzte Medium. Das Tablet wird von 39 Prozent der Kinder genutzt, das Smartphone zu 29 Prozent. Es ist davon auszugehen, dass die Begrifflichkeiten nicht immer gleich verwendet worden sind, sich eine Tendenz jedoch ableiten lässt.

Für die überwiegende Anzahl der Kinder gilt, dass die oben genannten Geräte in erster Linie zum Filme gucken genutzt werden (87 Prozent). Zudem geben die Eltern an, dass die Hälfte der Kinder mit den Geräten Spiele spielt, 23 Prozent nutzen sie zum Lernen und von weiteren 13 Prozent werden sie für die Kommunikation durch Sprachnachrichten eingesetzt. Dabei fällt auf, dass Mädchen deutlich mehr spielen (87

Prozent) als Jungen (52 Prozent), die ihre Geräte in deutlich höherem Maße zum Filme gucken nutzen. Jungen nutzen die genannten Geräte in dieser Altersgruppe außerdem häufiger zum Lernen (24 Prozent) und für Sprachnachrichten (13 Prozent) als Mädchen (10 Prozent/4 Prozent).

90 Prozent der Kinder nutzen die Geräte auf Deutsch, sieben Prozent auf Englisch, ein geringer Anteil nutzt die Geräte auf Russisch und Arabisch.

Die Eltern geben weiter an, dass die Kinder die Geräte zu 46 Prozent in Gesellschaft (Eltern und ältere Geschwister) nutzen. Knapp ein Drittel der Kinder nutzen die Geräte im Wissen ihrer Eltern alleine.

42 Prozent der Kinder im Schuleingangsalter nutzen die unterschiedlichen Medien bis zu 30 Minuten am Tag, ein Drittel der Kinder kommt auf bis zu eine Stunde Medienzeit täglich. Zehn Prozent der Kinder verbrin-

Tägliche Medien-Nutzungsdauer vor Einschulung

42 % bis 30 Minuten

8 % mehr als 60 Minuten

32 % 30 bis 60 Minuten



gen bereits im Vorschulalter mehr als 60 Minuten mit den genannten Medien.

Die Angaben der Eltern zu den Schulanfängerinnen und Schülern im Jahr 2019 zeigen, dass schon für einen beträchtlichen Anteil die angegebene Dauer der Mediennutzung oberhalb des empfohlenen Zeitrahmens liegt. Auch nutzt circa ein Drittel der Kinder die Geräte im Wissen der Eltern eigenständig, ohne Gesellschaft beziehungsweise Aufsicht.

Von Fachleuten sind Empfehlungen zur Orientierung im Umgang mit den unterschiedlichen Medien im Alltag formuliert worden. So empfiehlt beispielsweise die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2018) für Kinder bis zu einem Alter von zehn Jahren eine Nutzung der Bildschirmmedien (TV, Video, PC, Tablets und Smartphones) für maximal 45 bis 60 Minuten täglich in Gesellschaft. Für das Alter von drei bis sechs Jahren wird eine Höchstzeit von 30 Minuten empfohlen.

Auch für die Hörmedien wie Musik und Hörgeschichten wird zu Höchstzeiten von bis zu 45 Minuten für Drei-

bis Sechsjährige sowie maximal 60 Minuten für Sechs- bis Zehnjährige geraten.

Die Bibliotheken der Stadt Oldenburg haben ihr Nutzerinnen- und Nutzerverhalten von Medien differenziert analysiert und bieten unterschiedliche Formate auf Basis der aktuellen Forschungserkenntnisse an. Der Präventionsrat Oldenburg bietet Schutz und Beratung für Eltern und stellt kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner als Vertrauenspersonen zur Verfügung. Zudem stärken Informationsabende und Aufklärung die Begleitkompetenzen in der Mediennutzung. Die Auswirkungen des Medienkonsums in der Covid-19 Pandemie durch die Digitalisierung der Schule und der Freizeitgestaltung bleibt kritisch zu beobachten.

Handlungsempfehlung

1. Fachpersonal aus Kindergesundheits und Jugendhilfe muss generelle Beratung/Information bei allen Kontaktanlässen anbringen und bei Auffälligkeiten (Konzentrationsstörungen, Übergewicht) Beratung verstärken.
2. Mediennutzung in unterschiedlichen Altersgruppen zum Beispiel mittels einer Abfrage in den Grundschulen durch die Gesundheitsberichterstattung beobachten, insbesondere seit der COVID-19-Pandemie, um Prävention gezielter zu verstärken
3. Elternabende an Kindertagesstätten und (Grund-)Schulen sollten flächendeckend anbieten: Eltern jedes Jahrgangs sollten mindestens einmal pro Grundschulzeit einen Infoabend zur Mediennutzung erhalten (durch Lehrkräfte oder Medienpädagoginnen und -pädagogen).
4. Fortbildungen zu Medienpädagogik für Mitarbeitende der Ganztagsschulangebote.
5. Weitere Verknüpfung der Angebote durch die Präventionskette.



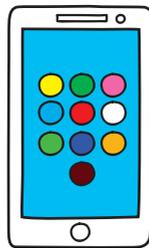
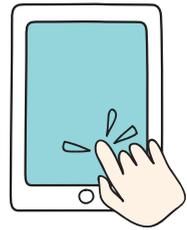
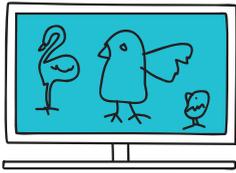
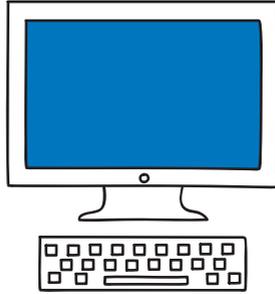




Foto: gopapalk-epichodhok/Pexels.com

10. Schwimmfähigkeit

10. Schwimmfähigkeit

Die Schwimmfähigkeit der Kinder ist für die Stadt Oldenburg ein wichtiges Anliegen.

Die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft (DLRG) empfiehlt, dass Kinder ab dem vierten Lebensjahr beginnen, schwimmen zu lernen. Für jüngere Kinder hingegen wird der Wassergewöhnung rund um das Verhalten im und am Wasser eine große Bedeutung beigemessen (DLRG 2017).

Umfragen der DLRG (Meinungsforschungsinstitut FORSA 2009, 2010 und 2017) zeigen, dass die Schwimmfähigkeit der Kinder und Jugendlichen zum Ende der Grundschulzeit nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist. So konnten im Jahr 2017 fast 60 Prozent der zehnjährigen Kinder nicht sicher schwimmen oder haben die Anforderungen nach dem Deutschen Jugendschwimmabzeichen Silber entsprechend noch nicht überprüfen lassen können.

Dass Kinder und Jugendliche über die sogenannten schwimmerischen Grundfertigkeiten (Tauchen, Atmen, Springen, Auftreiben und Fortbewegen) verfügen, ist aus unterschiedlichen Gründen wichtig. Durch die Schwimmfertigkeiten erschließt sich ihnen eine besondere Bewegungswelt im Element Wasser, sie gewährleistet aber vor allem, dass Kinder sich angstfrei und sicher im und am Wasser bewegen können, wodurch Badeunfällen vorgebeugt werden kann.

Die Statistik der DLRG für 2020 zeigt, dass tödliche Badeunfälle auf einem hohen Niveau sind. Besonders betroffen sind dabei Kinder, junge Menschen und Geflüchtete. Somit ist das Ertrinken, nach den Verkehrsunfällen, die zweithäufigste Art tödlich verlaufender Unfälle im Kindesalter. Noch weitaus höher ist die Zahl der „Beinahe-Ertrinkungsunfälle“ mit nicht selten schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen. Besonders

Schwimmfähigkeit in der vierten Klasse in Deutschland

60 %

konnten 2017 nicht sicher schwimmen

10 %

konnten in den 1980er Jahren nicht sicher schwimmen



gefährdet sind dabei Kinder bis ins Grundschulalter hinein.

Zu den Ursachen für die geringen Schwimmfähigkeiten von Kindern werden insbesondere die nachteilige Auswirkung einer sich verändernden Freizeitgestaltung, aber auch Bäderschließungen und der damit verbundene schlechte Zugang zu Schwimmbädern gezählt (DLRG 2020). Zudem kann auch der kulturelle Hintergrund Einfluss auf das Schwimmenlernen von Kindern haben. Zudem sind Heranwachsende mit beidseitigem Migrationshintergrund häufiger Nichtschwimmer als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (Kuntz B et al. 2016). Benachteiligte Kinder können häufiger nicht schwimmen. Betrachtet man die Schwimmfähigkeit geschlechtsspezifisch, weisen Jungen häufiger Defizite auf als Mädchen. Nicht zuletzt sind es häufig Kostengründe, die die Kinder daran hindern, schwimmen zu lernen. (DLRG 2017)

Das Frühschwimmerabzeichen „Seepferdchen“, sowie die Jugendschwimmabzeichen Bronze (Freischwimmer), Silber und Gold können aufeinander aufbauend erworben werden und geben Auskunft über

die Schwimmfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. Während das Schwimmabzeichen „Seepferdchen“ bestätigt, dass sich ein Kind für eine bestimmte Strecke über Wasser halten kann, fordern die Abzeichen Bronze (Freischwimmer) und Silber darüber hinaus Ausdauer und Leistung. Das Schwimmabzeichen Gold ist in der Altersgruppe der Schulanfängerinnen und Schulanfänger auf Grund der hohen Leistungsanforderungen in der Regel für Kinder nicht zu erreichen.

Ein sicheres Schwimmen ist, laut DLRG, mit den Fähigkeiten, die für den Erwerb des Schwimmabzeichens Bronze verlangt werden, gewährleistet.

Nach Erhebungen der DLRG aus dem Jahr 2019 konnten 40 Prozent aller Kinder zum Ende der vierten Klasse sicher schwimmen. In den 1980er Jahren waren es nach Einschätzung der DLRG noch mehr als 90 Prozent.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2019 wurden Oldenburger Eltern gebeten, anonym Auskunft zu den Schwimmfähigkeiten ihrer Kinder zu geben. Erfragt wurde, ob es ein Schwimmbad oder Kursangebote

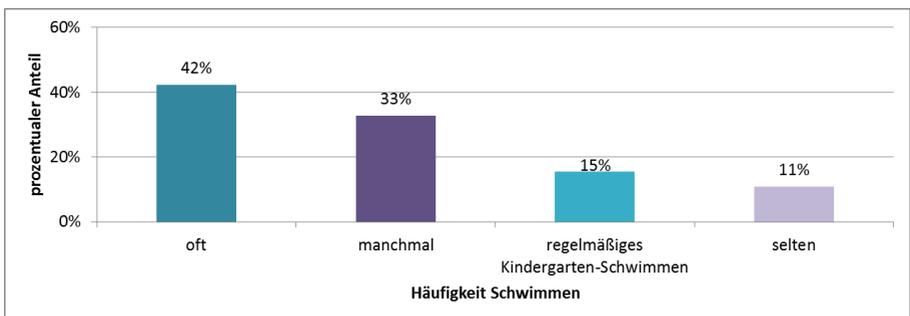
in der direkten (Wohn-)Nähe (zehn Minuten oder drei Kilometer) gibt.

Darüber hinaus wurde erfragt, wie oft das Kind schwimmen geht, oder, falls nicht, welche Gründe aus Sicht der Eltern gegen das Schwimmen sprechen. Die Schwimmfähigkeit wurde über die Abfrage der Schwimmabzeichen (Keins, Seepferdchen, Bronze, Silber) erfasst.

80 Prozent der Eltern gaben an, ein Schwimmbad oder Kursangebot zur Verfügung zu haben, das innerhalb von zehn Minuten Wegdauer oder einer Distanz von drei Kilometern zu erreichen ist.

Auf die Frage nach der Häufigkeit des Schwimmens gaben 42 Prozent der Eltern an, dass die Kinder oft schwimmen gehen, 33 Prozent der Kinder gehen manchmal schwimmen sowie elf Prozent selten. Für 15 Prozent der Kinder findet ein regelmäßiges Schwimmen durch den Kindergarten statt. Der Anteil der Kinder, die nie schwimmen gehen, war im Rahmen der Befragung nicht genau zu erfassen. Hier haben sich die Angaben mit grundsätzlichen Aussagen zu den Beweggründen, nicht schwimmen zu gehen, vermischt.

Abbildung 12: Häufigkeit Schwimmen vor Einschulung



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt, Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019

Zu den Gründen, die gegen das Schwimmen sprechen, wurden von den Eltern vorrangig individuelle Aussagen getroffen (unter „anderer Grund“). Darunter finden sich viele Aussagen dazu, dass Kinder es nicht wollen, es saisonabhängig sei und, dass häufige Infekte dagegen sprächen. Eine zu große Entfernung zum nächsten Schwimmbad oder Schwimmkurs sind für 14 Prozent ein Hindernisgrund, 4 Prozent geben an, die Kosten seien zu hoch. Fehlende Kursplätze und mangelnde Zeit stellen weitere Hinderungsgründe dar.

Die Schwimmfähigkeit lässt sich einheitlich am zuverlässigsten über den Erwerb der Schwimmabzeichen erfassen. Der überwiegende Anteil (67 Prozent) der Kinder hat im Vorschulalter noch kein Abzeichen erworben, 28 Prozent haben im Sinne des Abzeichens Seepferdchen schwimmen gelernt, fünf Prozent können im Sinne der Anforderungen des Bronze-Abzeichens (vier Pro-

zent) und des Silberabzeichens (ein Prozent) sicher schwimmen. Zehn Prozent derer, die kein Abzeichen haben, geben an, im Begriff zu sein, einen Schwimmkurs zu besuchen, sind angemeldet, auf der Warteliste oder Ähnliches.

Die Schwimmfähigkeit von Kindern ist aus der Sicht von Public Health von großer Bedeutung. Sie ist verbunden mit einer umfassenden Strategie der Bewegungsförderung und dient der Prävention von Badeunfällen. Durch die Gefährdung für Kinder bis in das Grundschulalter ist eine besondere Dringlichkeit gegeben, diese Gruppe darin zu unterstützen, das Schwimmen zu erlernen und in der Wassersicherheit zu fördern.

Schwimmfähigkeit vor Einschulung in Oldenburg

67 %

kein Abzeichen

28 %

Seepferdchen

4 %

Bronze/Freischwimmer



Handlungsempfehlung

1. Die AG „Oldenburg lernt schwimmen“ verfolgt das Ziel allen Kindern in Oldenburg das Schwimmenlernen zu ermöglichen, damit jedes Kind spätestens am Ende der Grundschulzeit sicher schwimmen kann.
2. Die Erreichbarkeit (kurze Wege zu Schwimmbädern) wird dabei als eine wichtige Voraussetzung für den Schwimmunterricht an Schulen und auch im Privaten berücksichtigt.
3. Die Gesundheitsberichterstattung will diese Zielerreichung zum Beispiel mittels einer Abfrage der Schwimmfähigkeit in den Grundschulen in der zweiten und/oder vierten Klasse unterstützen.
4. Ausreichende Schwimmkurskapazitäten werden im Rahmen der AG „Oldenburg lernt schwimmen“ überprüft. Auch Zusammenarbeit der entsprechenden Akteure wird hier gefördert.





Foto: shutterphoto/Adobe Stock

11. Kinder- und Jugendsterblichkeit



11. Kinder- und Jugendsterblichkeit

Die Kinder- und Jugendsterblichkeit ist einer der wichtigsten Indikatoren, um die sozialen und gesundheitlichen Entwicklungen eines Landes, die Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Versorgung zu beschreiben und bewerten zu können (Razum/Breckenkamp 2007). Es lässt sich ein Zusammenhang von sozialer Lage und der Sterblichkeit in einem Land feststellen.

Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland ist während der letzten Jahrzehnte, vor allem seit den 80er und 90er Jahren, drastisch gesunken (RKI 2011). Zielwerte der Weltgesundheitsorganisation (WHO), für Europa bis zum Jahr 2020 eine Säuglingssterblichkeit von weniger als 20 und – wenn möglich – weniger als zehn Kinder je 1.000 Lebendgeburten zu erreichen, werden in Deutschland seit Jahrzehnten unterschritten. Dennoch bleibt die Senkung der Zahlen auch in Deutschland weiterhin ein wichtiges Anliegen (Gesundheitsbe-

richtserstattung des Bundes 2015).

11.1 Säuglingssterblichkeit in der Stadt Oldenburg

Die medizinische und soziale Versorgung von Mutter und Kind sowie die vielfältigen Präventionsprogramme (vergleiche für Oldenburg: Kapitel 5, GUSTL) haben in den letzten Jahrzehnten zu einer starken Senkung der Säuglingssterblichkeit in Oldenburg und Niedersachsen geführt. Von besonderer Bedeutung für den Rückgang der Sterblichkeit direkt nach Geburt (postneonatal) war hier die Senkung der Sterbefälle durch den Plötzlichen Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome) in den 80er und 90er Jahren, die durch eine intensive Aufklärung der Eltern erreicht werden konnte. Der anhaltende, leichte Rückgang der Säuglingssterblichkeit im Allgemeinen deckt sich mit dem bundesweiten Trend.

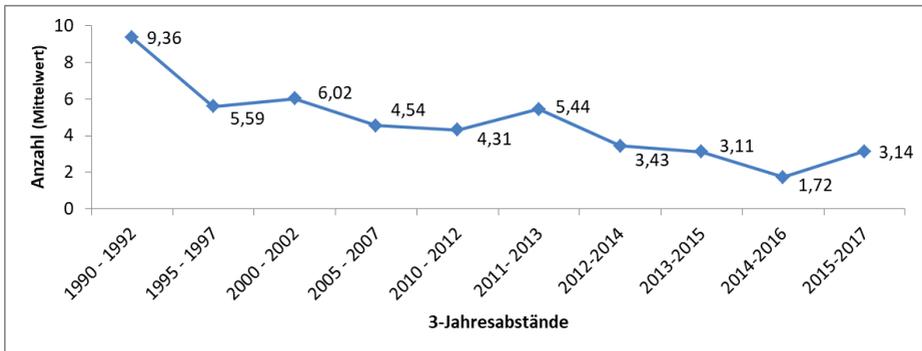
Anzahl verstorbener Säuglinge je 1.000

9,36 im Jahr 1990

3,14 im Jahr 2017



Abbildung 13: Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene in 3-Jahres-Mittelwerten



Quelle: NLGA 2020

Im internationalen Vergleich befindet sich Deutschland im Bereich der Länder mit den niedrigsten Werten (NLGA 2017).

11.2 Todesursachen der 0 bis 18-Jährigen

Das Risiko, zu versterben, nimmt mit zunehmendem Alter für Kinder stetig ab. Das statistische Bundesamt formuliert 2017, dass bei Säuglingen ein hohes Risiko für Verletzungen mit Todesfolge und schwere Unfälle im häuslichen Umfeld sowie für Verletzungen durch Gewalt besteht. Für Jugendliche hingegen besteht inner-

halb der Gruppe der Unter-21-Jährigen das höchste Risiko, durch einen Unfall im Straßenverkehr zu sterben. Darüber hinaus gilt auch Suizid in diesem Alter als eine der häufigsten Todesursachen.

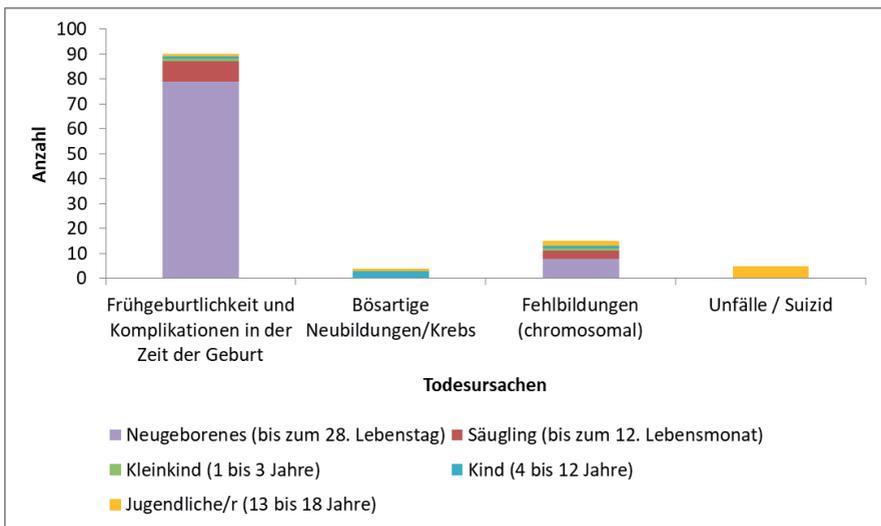
Das Risiko für Neugeborene, direkt nach der Geburt zu sterben, nimmt von Tag 28 bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres stetig ab.

In Oldenburg sind im Zeitraum zwischen 2009 und 2019 90 Neugeborene und Säuglinge in Folge von (extremer) Frühgeburtlichkeit, Komplikationen rund um die Geburt sowie durch (chromosomale) Fehlbildungen verstorben.

An den Folgen von Fehlbildungen, bösartigen Neubildungen und Krebs starben in dem Zeitraum von zehn Jahren 18 Oldenburger Kinder (acht Neugeborene, drei Säuglinge, ein Kleinkind) und zwei Jugendliche.

Unfälle sowie Suizide führten in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen zu 12 Todesfällen in den letzten 10 Jahren. Bei acht Kindern und Jugendlichen war die Todesursache nicht eindeutig zuzuordnen.

Abbildung 14: Todesursachen nach Altersgruppen im Zeitraum von 2009 bis 2019



Quelle: Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt

Handlungsempfehlung

1. Angebote im Rahmen von GUSTL im Zusammenspiel mit Kinderschutz und Frühen Hilfen entlang der Bedürfnisse im Stadtgebiet Oldenburg kleinräumig ausrichten.
2. Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen schon während der Schwangerschaft und im Kleinkindalter durch die Arbeit der Frühen Hilfen und GUSTL mit dem Schwerpunkt schwer Erreichbarer unterstützen.
3. Unfallprävention im Privaten und in Einrichtungen, an neuen Entwicklungen (Verkehrssicherheit, Gesundheitsverhalten, Mediennutzung) orientiert, überprüfen.
4. Die AG „Oldenburg lernt schwimmen“ verfolgt das Ziel, die Schwimmfähigkeit im Grundschulalter für alle Kinder in der Stadt Oldenburg im Sinne der Unfallverhütung zu fördern und eine erhöhte Schwimmfähigkeit zu überprüfen.

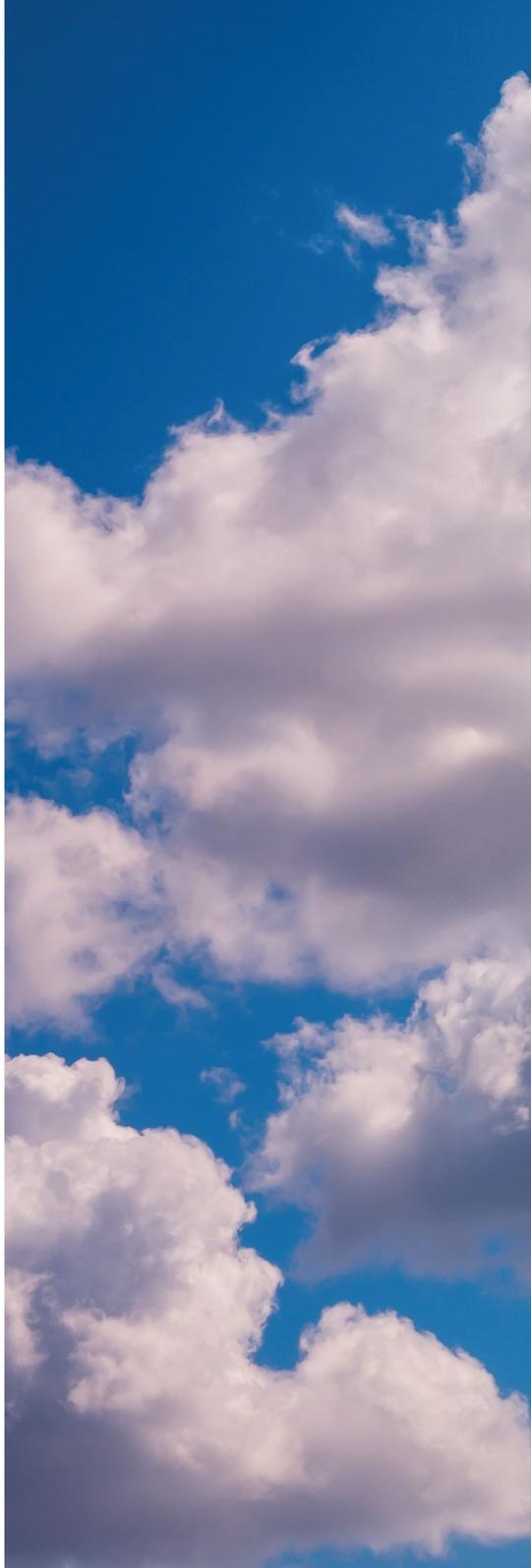






Foto: pixels-rodnee-productions

12. Fazit

12. Fazit

Anhand der ausgewählten Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Oldenburg lassen sich die Grundvoraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen als grundsätzlich gut beschreiben. Wie sich dies durch die Covid-19-Pandemie und ihre monatelangen Einschränkungen verändert, muss in den folgenden Jahren differenziert aufgearbeitet und bewertet werden.

Dabei müssen die unterschiedlichen Lebensumstände der Kinder und Jugendlichen in Oldenburg, wo und wie sie leben, berücksichtigt werden. Das Ziel ist es, diese Unterschiede zu erkennen und gesundheitliche Chancengleichheit für alle zu ermöglichen. Ein wichtiges Instrument, um Gebiete mit strukturellen Nachteilen und gesundheitlichen Risikofaktoren wie beispielsweise Entwicklungsrückstände oder Übergewicht der Kinder zu erkennen, ist in diesem Zusammenhang die sozialräumliche Zuordnung von Daten.

Alle Angebote in Oldenburg verfolgen dabei die Ansprüche von Gesundheitsförderung und Prävention, mit dem Ziel, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bestmöglich zu fördern und zu erhalten, sowie akuten und späteren gesundheitlichen und sozialen Benachteiligungen vorzubeugen.

Neben den gesetzlich verankerten Daueraufgaben wie der Schuleingangsuntersuchung stellen Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention wie das mittlerweile verstetigte Angebot GUSTL in Oldenburg einen wichtigen Baustein für die Säuglings- und Kleinkindgesundheit dar. Im Rahmen der Arbeit von GUSTL ist es zentral zu erkennen, dass selten Risikofaktoren, die die Kinder und Jugendlichen selbst



betreffen, Anlass zu Betreuung und Beratung geben. Häufiger ist der individuelle Hilfebedarf in der Belastung und Überforderung der Eltern begründet. In diesem Zusammenhang strebt das GUSTL-Team eine optimale Vernetzung in der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren und der Bekanntmachung ihrer Angebote an.

Um die Zahngesundheit für alle Kinder bestmöglich erhalten und schützen zu können, sollen in Zukunft auch andere Formate der Vermittlung erprobt und der



derzeitige, erhebliche Verwaltungsaufwand im Kontext von Vorsorge und Prophylaxe reduziert werden.

Das Infektionsgeschehen im Kindes- und Jugendalter soll weiterhin überwacht und mit Präventionsmaßnahmen, wie der Impfaufklärung

und Beratung sowie Hygieneschutzkonzepten für Einrichtungen, abgestimmt werden.

Die Schuleingangsuntersuchungen münden in unterschiedlichen Handlungsempfehlungen. Eine besondere Bedeutung muss hier den Vorsorgeuntersuchungen beigemessen werden, da sie die kindliche Entwicklung von Anfang an dokumentieren. Die Aufrechterhaltung der hohen Inanspruchnahme im Kleinkindalter sowie eine Erhöhung der Teilnahme bei zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen sind anzustreben.

Für das Impfverhalten lässt sich insgesamt ein Bedarf an Aufklärung und Beratung feststellen. Besonders in Bezug auf die weiterführenden Schulen wären hier entsprechende Formate für Eltern und Schülerinnen und Schüler zu empfehlen.

Die Gewichtsverteilung der Kinder in Oldenburg zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung liegt im Landesdurchschnitt, die Gewichtszunahme im jugendlichen Alter ist durch bundesweite Erhebungen auch in Oldenburg zu erwarten. Hier wird eine deutliche Veränderung durch die pandemiebedingten

Einschränkungen des Lebens der Kinder und Jugendlichen erwartet. Dabei wirken sich soziale Benachteiligungen eindeutig negativ auf die Gewichtsentwicklung von Kindern und Jugendlichen aus.

Ein sich in unterschiedlicher Weise bewährendes Angebot sind die Schulgesundheitsfachkräfte, alltags-sprachlich auch Schulgesundheits-schwestern (Böhm J, Ellsäßer G (Hrsg.) 2021). Ihre Aufgaben können in den Grundschulen an dieser Stelle den entscheidenden Unterschied für einen Chancenausgleich auf eine gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen machen. Sie können Hindernisse der Teilnahme an Schutzimpfungen und den Vorsorge-untersuchungen reduzieren. Vor allem können sie mit ihrer Arbeit an den Ergebnissen der Schuleingangs-untersuchungen anknüpfen und die konsequente Entwicklungsförderung nach Einschulung, in der Grundschulzeit begleitend unterstützen.

Die Gesundheitsförderung, mit der gezielten und nach-

haltigen Förderung von Bewegung und Ernährung für benachteiligte Kinder und Jugendliche ist dabei unerlässlich.

Die Rolle des steigenden Medienkonsums muss, bei einem Mangel an Alternativen in der Freizeitgestaltung, vor allem im Jahr 2020, zukünftig genauer betrachtet und berücksichtigt werden. Nicht zuletzt muss der Blick auf eine gesunde Entwicklung von Sprache und motorischen Fähigkeiten fokussiert werden, da sie essenziell für Bildungschancen sind. Durch den engen Austausch mit Eltern, Schulen und Kinderärztinnen und Kinderärzten muss in diesem Zusammenhang eine frühestmögliche Prävention und Entwicklungsförderung aufrechterhalten werden. Im Hinblick auf den weiteren Bildungsweg und den Ausgleich von Bildungsnachteilen werden weitere Reihenunter-

suchungen in Kindertagesstätten, für den Übergang an weiterführende Schulen und für aus dem Ausland nach



Oldenburg zugezogene Kinder und Jugendliche empfohlen.

Die Empfehlung der zusätzlichen Reihenuntersuchungen gewinnt durch die großen Herausforderungen, die sich aus der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 und 2021 ergeben, stark an Gewicht.

Aus der Betrachtung des Gesundheitsverhaltens im Kontext des Medienkonsums geht hervor, dass ein erhöhter Bedarf an Aufklärung und Beratung zum gesunden Umgang mit unterschiedlichen Medien für Kinder, Jugendliche, Eltern und das Fachpersonal besteht. So ist auch für die Kinder im Einschulungsalter in Oldenburg ein negativer Trend bezüglich des Nutzens der Geräte ohne

Aufsicht zu beobachten. Auch diesen gilt es besonders in den nächsten Jahren in den Blick von Prävention und Gesundheitsförderung zu nehmen.

Das Ziel, allen Kindern in Oldenburg das Schwimmenlernen zu ermöglichen, um eine Schwimmfähigkeit zum Ende der Grundschulzeit hin sicherzustellen, wird von verschiedenen Akteuren verfolgt. Die Schwimmfähigkeit der Kinder im Schuleingangsalter in Oldenburg ist gering. Eine Bestandsaufnahme dieser in den zweiten und/oder vierten Klassen der Grundschulen ist für eine bessere Einschätzung geplant.

Eine Betrachtung der Kinder- und Jugendsterblichkeit in Oldenburg zeigt,



dass das Sterberisiko bei Minderjährigen in der Zeit um die Geburt herum am höchsten ist. Hier sowie auch hinsichtlich der Unfallprävention im privaten Bereich und in Institutionen, wird die Bedeutung der niedrigschwelligen Angebote der Frühen Hilfen, wie unter anderem der Arbeit von GUSTL, deutlich.

Abschließend kann für die Betrachtung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Oldenburg, auf der Basis der Daten des Gesundheitsamtes für die Jahre 2018 und 2019, eine erfreuliche Ausgangssituation festgestellt werden. Diesen Gesundheitszustand gilt es durch eine bedarfsgerechte Förderung und gesundheitliche Versorgung zu stabilisieren und auszubauen. Doch trotz der insgesamt guten gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Oldenburg sind ihre Chancen auf ein gesundes Aufwachsen nicht gleich verteilt. Weiteren Aufschluss soll eine Betrachtung der Strukturen der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Oldenburg bringen.

Es ist, wie im Bericht an vielen Stellen angekündigt, von einem sehr stark steigenden Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention durch die Covid-19-Pandemie auszugehen.

Zu betonen ist dabei, dass das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit um die gesellschaftlichen Teilhabechancen für alle Kinder und Jugendlichen in Oldenburg zu ermöglichen, eine dauerhafte Aufgabe ist. Die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen selbst an der Gesundheitsplanung sind dafür unerlässlich.



13. Quellenverzeichnis

13. Quellenverzeichnis

Bundesministerium (2017). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_BLIKK_Medien.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2017). Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. https://gesundheitsziele.de/nationale_gz/geburt

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

DLRG (2017). Schwimmfähigkeit der Bevölkerung. <https://www.dlrg.de/informieren/die-dlrg/presse/schwimmfaehigkeit/>

DLRG (2019). <https://www.dlrg.de/informieren/die-dlrg/presse/statistik-ertrinken/presseinfo-statistik-ertrinken/>

KIM-Studie (2018). Kindheit, Internet, Medien. Hrsg.: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, c/o Landesanstalt für Kommunikation (LFK), Stuttgart

<https://www.mpfs.de/studien/kim-studie/2018/>

miniKIM-Studie (2014). Kleinkinder und Medien. Hrsg.: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, c/o Landesanstalt für Kommunikation (LFK), Stuttgart <https://www.mpfs.de/studien/minikim-studie/2014/>

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2019). Impfstatistik der Schuleingangsuntersuchungen 2019. Abzurufen unter: https://www.apps.nlga.niedersachsen.de/05_gue/gesundheitsindikatoren2/indikator/7.14

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2017). Kindergesundheit im Einschulungsalter Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017. Gesundheitsberichterstattung für Niedersachsen

Razum, O., & Breckenkamp, J. (2007). Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich. Deutsches Ärzteblatt, 104(43), A2950-A2956. Robert Koch-Institut (2020), Epidemiologisches Bulletin 32/33

Robert KochInstitut (Hrsg) (2011) Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. RKI, Berlin

Kuntz B, Frank L, Manz K, Rommel A, Lampert T. Soziale Determinanten der Schwimmfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus KiGGS Welle 1. Dtsch Z Sportmed. 2016; 67: 137-143.
Robert Koch-Institut (2020). Journal of Health Monitoring 2020 5(S7) DOI 10.25646/7058. RKI, Berlin

Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):16–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2
Robert Koch-Institut (2017) KiGGS Welle 2, 2014–2017

Schlack R, Kuntz B, Lampert T (2016) Bildschirmmediennutzung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 1: Erste Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS). In: Dadaczynski K, Schiemann S, Paulus P (Hrsg). Gesundheit spielend fördern? Potentiale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, S 115–142

