

Niederschrift der 25. Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Oberhausen am 07. Dezember 2016

Anwesende: siehe Anwesenheitsliste

Beginn: 14.00 Uhr **Ende:** 16.15 Uhr

TOP 1 Begrüßung und Eröffnung

Frau Lauxen begrüßte die Anwesenden und stellte fest, dass es zur Niederschrift der letzten Sitzung keine Anmerkungen gibt.

TOP 2 Der kleine Unterschied: Geschlechtersensibilität in Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung

Frau Prof. Hornberg von der Universität Bielefeld führte aus, dass vor allem die Frauen- und Geschlechterforschung durch wissenschaftliche Arbeiten zum Thema "Gender und Gesundheit" dazu beigetragen hat, ein Bewusstsein für die Notwendigkeit zu schaffen, in Diagnostik, Therapie und Wissenschaft zwischen Mädchen und Jungen, Frauen und Männern zu unterscheiden.

So zeigen geschlechterdifferenzierte Untersuchungen im Gesundheitsbereich, dass sich Frauen und Männer in ihrem Gesundheits- und Krankheitsverhalten, ihren Krankheitsprofilen und ihren Lebensbedingungen nicht gleichen.

Erst die systematische und konsequente Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Frauen und Männern und der daraus ermittelte gesundheitliche Bedarf lassen eine zielgruppenorientierte Planung von Versorgungsmaßnahmen und -strukturen zu. Die Gleichwertigkeit der Behandlung - als ein gleichstellungspolitisches Ziel im Gesundheitsbereich - wird gesichert, die Qualität der politischen Entscheidungen steigt und kostenintensive Nachbesserungen entfallen.

Dabei stellte sie anhand beigefügter Powerpoint-Präsentation besonders die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung heraus, die geschlechtersensible Daten und Vergleiche zur Beurteilung von Gesundheitszustand, Verhalten und Nutzung des Versorgungssystems liefere. In der Diskussion teilte Herr Dr. Karbach mit, dass der Bereich Gesundheitswesen aktuell wieder über eine Personalstelle Gesundheitsberichterstattung verfüge und eine kontinuierliche GbE anstrebe.

TOP 3 Vorstellung des Forschungsverbundes „Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder“

Herr Dr. Dennis Dreiskämper vom Institut für Sportwissenschaften der Uni Münster stellte zunächst das interdisziplinäre Forschungsvorhaben von fünf Verbundpartnern (Uni Münster, Sporthochschule Köln, Uni Düsseldorf, BZGA und Uni Duisburg-Essen) vor. Es wird ein integrativer und praxisorientierter Forschungszugang verfolgt. Aus verschiedenen Forschungsperspektiven – Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit sowie Gesundheit bei Schuleingang – werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Primärprävention im Rahmen

von Präventionsketten untersucht. Ein besonderer Schwerpunkt liegt hierbei auf dem Zugang von Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen und/oder mit Zuwanderungsgeschichte und der Frage unter welchen Bedingungen ihre Erreichbarkeit verbessert werden kann.

Zentrale Forschungsfragen sind:

- Führt das Vorhandensein einer Präventionskette zu einer erhöhten Teilnahme von sozial benachteiligten Familien bzw. Kindern an Angeboten der Gesundheitsförderung?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Angeboten der Präventionskette und der Kindergesundheit?
- Welchen Einfluss haben dabei das Quartier und die dort bestehenden Netzwerkstrukturen?

In Oberhausen sind 5 Grundschulen und 7 Familienzentren bzw. KTE's beteiligt, die sogenannte Untersuchungstandems bilden. Anhand der beigefügten Powerpoint-Präsentation stellte Herr Dreiskämper die Ergebnisse der ersten motorischen Testung vor. Der zweite Messzeitpunkt wird im Mai/Juni 2017 durchgeführt. Insgesamt ist das Projekt auf zunächst drei Jahre ausgerichtet mit einer Option zur Verlängerung um zwei Jahren. Eine kontinuierliche Begleitung des Projektes durch die Gesundheitskonferenz wird angestrebt.

TOP 4 Berichte und Verschiedenes

Frau Svenja Ricken und Frau Heike Kehl-Herlyn leiten jetzt die Selbsthilfekoordinationsstelle, da Herr Jötten in den Ruhestand getreten ist. Sie vertreten zukünftig das Netzwerk Selbsthilfe in der Gesundheitskonferenz und stellten ihre Planungen für das Jahr 2017 vor. U.a. ist an der regelmäßigen Herausgabe eines Newsletters gedacht.

Turra-Ebeling

KOMPETENZ
ZENTRUM FRAUEN & GESUNDHEIT
NRW

**Der kleine Unterschied:
Geschlechtersensibilität in Prävention,
Gesundheitsförderung und
Behandlung**

Claudia Hornberg
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Warum Geschlechtersensibilität in Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung?

Frauen und Männer...

- ...sind unterschiedlichen **Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit** ausgesetzt (durch z.B. unterschiedliche **Lebenswelten**)
- ...haben unterschiedliche **Gesundheitsrisiken**, -kapazitäten und -**kompetenzen** (aufgrund biologischer & sozialer Faktoren)
- ...zeigen **unterschiedlichen Umgang** mit Gesundheit & Krankheit (Einfluss von geschlechtsspezifischer Sozialisation)
- ...werden von den **Gesundheitsprofessionen** anders wahrgenommen und behandelt („doing gender“)
- ...haben verschiedene **Zugänge zum Versorgungssystem**, unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse & Nutzungsgewohnheiten

Vgl. Rebscher, 2016; Rásky, Scheipl, 2016

Geschlechtersensibilität in der Gesundheitsberichterstattung

- **Gesundheitsberichte** liefern geschlechtersensible Daten & Vergleiche zur Beurteilung von Gesundheitszustand, Verhalten und Nutzung des Versorgungssystem
- theoriegestützte Interpretation der Daten u.a. auf Basis geschlechterdifferenzierter **Lebenslagen** → zielgruppenspezifische Interventionsplanung im Bereich GHF & Prävention
- Gesundheitsberichterstattung hat auch das Ziel: Verringerung **gesundheitlicher Ungleichheit** zwischen den Geschlechtern und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen

Geschlechterdifferenzen - Beispiele

Einfluss der Gesundheitsprofessionen

- Gender als **Strukturierungsdimension** in der Interaktion zwischen Ärztin/ Arzt und Patientin/ Patient
- **Geschlechtervorstellungen** und geschlechtsspezifische Erwartungen beeinflussen den Behandlungsprozess
- Ärztinnen und Ärzte zeigen **unterschiedliches Kommunikationsverhalten** im Kontakt mit Patientinnen und Patienten
- Wirkung der **Kommunikation & therapeutischen Behandlung** abhängig von der Geschlechtszugehörigkeit der Patientin/ des Patienten

Einfluss des Geschlechts auf die medikamentöse Therapie

- **Geschlechterunterschiede im Körperbau** beeinflussen die medikamentöse Therapie (z.B. Schmerzmittel & entzündungshemmende Substanzen, Psychopharmaka)
- **Frauen sind häufig überdosiert & benötigen andere Wirkstoffe**
- höhere Rate an **unerwünschten Nebenwirkungen bei Frauen** (z.B. häufigere Magenblutungen und –perforationen nach Einnahme von nichtstereoidalen Entzündungshemmern)
- **Frauen** bekommen **häufiger Arzneimittel** verordnet und greifen **mehr zur Selbstmedikation**

Beispiel: Depression bei Frauen und Männern

- **12-Monats-Prävalenz** uni-polare Depression: Frauen 11,4%, Männer 5,% (vgl. Wittchen, Jacobi, 2012)
- Umgang mit psychischen Erkrankungen: Frauen eher internalisierendes, Männer externalisierendes Verhalten
- Psychische Erkrankungen werden von Gesundheits-professionen bei Männern weniger erkannt als bei Frauen
- Aber: **2/3 bis 3/4 aller Suizidopfer sind männlich**
- Vermutung: **hohe Dunkelziffer** an „männlichen Depressionen“
- geschlechtsspezifische Über-, Unter- und Fehlversorgung

Geschlechtersensible Behandlung/ Therapie

- Faktor **Geschlecht** wirkt sich erheblich auf Entstehung, Erkennung, Verlauf, Behandlung und psychosoziale Konsequenzen psychischer Störungen aus
- Trend zu positivieren Behandlungsergebnissen je weniger TherapeutInnen traditionelle Geschlechterkonzepte vertreten
- **Good-Practice /role-model: androgyner Verhaltensstil** aufseiten der BehandlerInnen

Unterschiede im Gesundheits-/ Krankheitsverhalten (1)

(Viele) Männer

- ...nehmen **später Hilfe in Anspruch** als Frauen
- ...wenden sich eher an **enge Vertraute** als an Professionelle im Gesundheitssystem
- ...verhalten sich in vielen Bereichen **gesundheitsriskanter**: Rauchen, Alkohol, riskante Sportarten, Beruf, Ernährung
- ...überschreiten eher körperliche und psychische Grenzen
- ...haben ein eher „**maschinelles**“ **Körperverständnis**
- **Pro: Sport und Bewegung**

Unterschiede im Gesundheits-/ Krankheitsverhalten (2)

(Viele) Frauen

- ...nutzen häufiger **professionelle Versorgungsangebote**
- ...achten stärker auf ihre Gesundheit, nehmen Symptome frühzeitig wahr
- ...sprechen über ihr Befinden
- ...ernähren sich gesünder
- **Überrepräsentation** von Frauen in fast allen medizinischen und psychosozialen Versorgungsinstitutionen

Einfluss der Lebenswelten - Risikofaktoren und Prävention

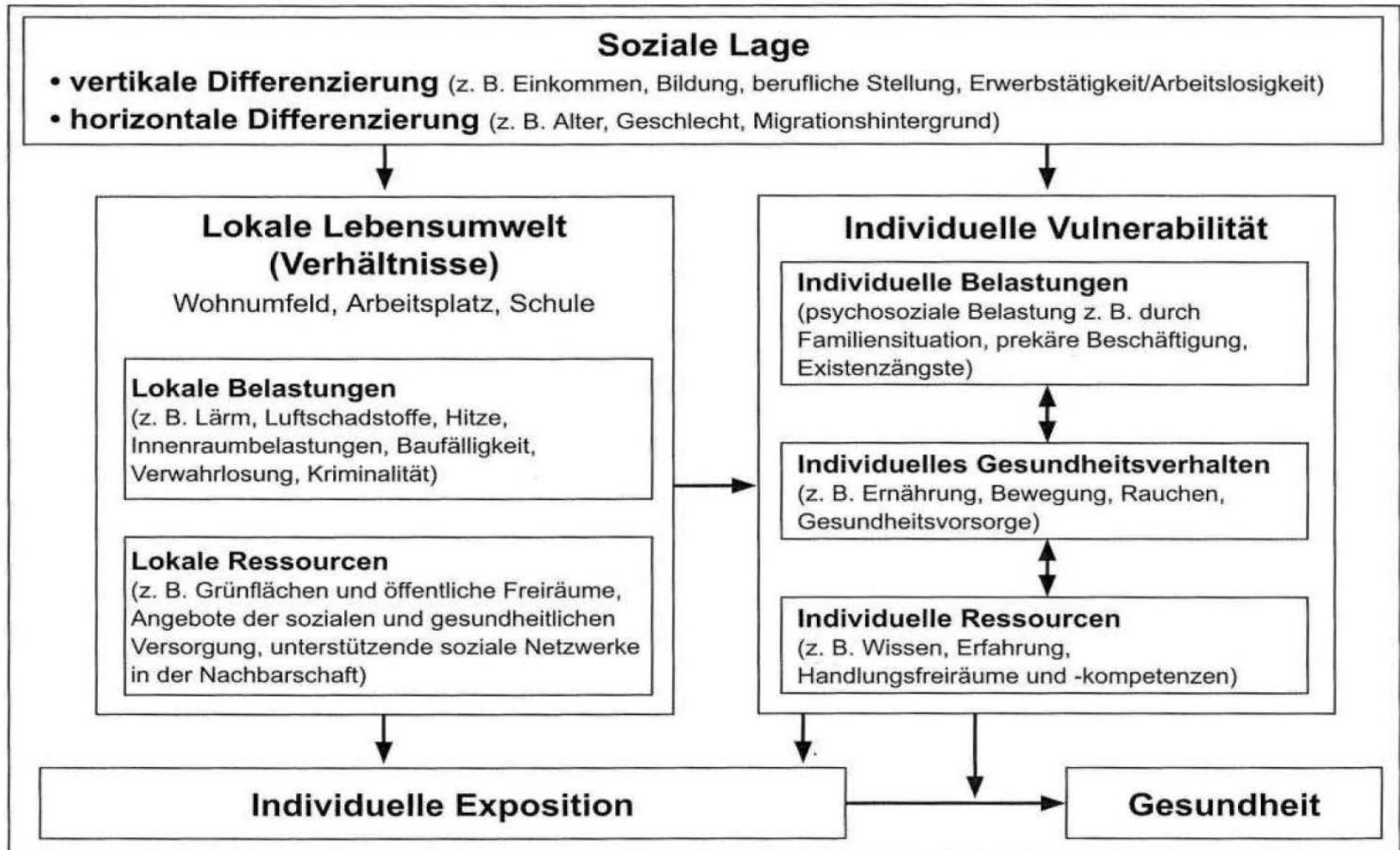


Abb. 1: Modell zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit (Quelle: Bolte et al. 2012a: 26)

Präventive Faktoren für beide Geschlechter

- stabiles soziales Netzwerk & soziale Unterstützung
- Partnerschaft als Ressource & Stärkung
- gelebte Rollenvielfalt als Ressource
- zufriedenstellende Vereinbarkeit von Beruf, Familie, Freizeit
- befriedigende Erwerbsituation & Einkommen
- ökonomische Unabhängigkeit
- Sport, Bewegung & Entspannung

Inanspruchnahme präventiver Leistungen

- **65% der primär-präventiven KV-Leistungen werden von Frauen wahrgenommen.**
- Frauen nehmen überwiegend Angebote im Bereich Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung wahr.
- hoher Anteil von Männern bei der Raucherentwöhnung
- Männer
 - sind schlechter über Gesundheitsthemen informiert
 - lassen sich eher für Präventionsangebote gewinnen, wenn diese keinen zusätzlichen Aufwand erfordern und bspw. am Arbeitsplatz stattfinden.

Ansatzpunkte für eine geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung

- Erhebung **geschlechterdifferenzierter Daten**
- Berücksichtigung von Geschlecht bei der **Ansprache** von AdressatInnen (Zugangswege)
- Einbezug von Geschlecht bei der Festlegung von Zielen, Zielgruppen, Methoden und Maßnahmen
- **Analyse spezifischer Lebensweisen**, Bedürfnisse und Belastungen von Frauen und Männern
- **Inklusion aller relevanten Faktoren** zur Förderung der gesundheitlichen Ressourcen

**KOMPETENZ
ZENTRUM
NRW** **FRAUEN & GESUNDHEIT**



**Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!**

KOMPETENZ ZENTRUM NRW

FRAUEN & GESUNDHEIT

Kontakt

Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum

Tel. 0234 – 97 888 367

Fax. 0234 – 97 888 369

info@frauenundgesundheit-nrw.de



Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder



Forschungsverbund ,Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder‘

Dr. Dennis Dreiskämper



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Wer wir sind?

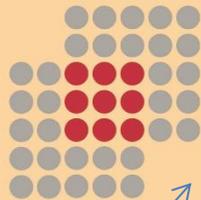
Soziale Teilhabe & Ernährung



**Deutsche
Sporthochschule Köln**
German Sport University Cologne



**institut für
sportwissenschaft**
Universität Münster



Stiftung Zentrum
für Türkeistudien und
Integrationsforschung

Türkiye ve Uyum
Araştırmaları
Merkezi Vakfı

Institut an der
Universität Duisburg-Essen



chs
centre for
health & society
Heinrich Heine Universität Düsseldorf



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Seelische Gesundheit

Gesundheit bei Schuleingang

Wissenstransfer

Integrativer Forschungszugang



Projektschwerpunkt: Gesundheit

Gesundheit wird systemisch und mehrperspektivisch in der Lebenswelt vor Ort betrachtet:

- Körperlich, Psychosozial und Ernährung (bio-psycho-sozial)
- Kinder, Eltern, Fachkräfte und die Lebenswelt ‚Quartier‘
- Gesundheitsfördernde Strukturbildung und Vernetzung im Quartier
- Zusammenhang zwischen Kindergesundheit und Teilnahme an Gesundheitsangeboten
- Gesundheitschancen besonders bedürftiger Bevölkerungsgruppen im Blick
- Fortbildungsangebote zu Bewegung, Ernährung, Seelische Gesundheit

Zentrale Forschungsfragen

- Wie gesund sind die Kinder in den teilnehmenden Schulen und KTE?
- Führt das Vorhandensein vernetzter kommunaler Gesundheitsförderung zu einer erhöhten Teilnahme von sozial benachteiligten Familien bzw. Kindern an Angeboten der Gesundheitsförderung?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsförderung und der Kindergesundheit?
- Welchen Einfluss haben dabei das Quartier und die dort bestehenden Netzwerkstrukturen?

Schritt 1: Partizipative Bestandsaufnahme

- Dokumentenanalyse: Gesundheits- und Sozialberichterstattung
- Identifikation und Auswahl von 5 Quartieren auf Grundlage von Sozial- und Gesundheitsindikatoren
- Experteninterviews mit kommunalen Schlüsselakteuren aus verschiedenen Ressorts (ca. 5 bis 10)
- Erfassung der präventiven Angebotsstruktur in den Quartieren
- Kurzinterviews mit beteiligten Fachkräften im Quartier (ca. 10-15)

Schritt 2: Interdisziplinärer Gesundheitscheck

- Motorik-Testung und Entwicklungsscreening der Kinder in ausgewählten KTE und Grundschulen
 - Urkunde für Kinder
 - Feedback der Ergebnisse an Kinder, Eltern und Fachkräfte
- Erhebung zu seelischer Gesundheit mit Schwerpunkt Resilienz
 - Befragung der Kinder zu ihrem Selbstkonzept, ihrer Selbstwirksamkeit, Selbstregulation, Problemlösefähigkeit und sozialen Kompetenz
 - Befragung der Fachkräfte zu Verhaltensauffälligkeiten und prosozialem Verhalten der Kinder

Schritt 3: Bedarf und Bedürfnisse von Eltern erschließen

- Elternbefragung in ausgewählten KTE und Grundschulen
 - Fragebogenerhebung mit Schwerpunkt auf die Wahrnehmung und Akzeptanz zentraler kommunaler Präventionsangebote, die durch geschulte und mehrsprachige Interviewer begleitet wird
 - Vier Gruppendiskussionen mit Fokus auf sozial benachteiligte Familien und Familien mit Zuwanderungsgeschichte

Warum Oberhausen?

- Interesse der Kommune
- Teilnahme an Landesinitiative „Kein Kind zurücklassen!“
- seit etwa 2012 Bestreben, eine Präventionskette bzw. vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder zu etablieren
- Schulen und KTE waren interessiert, aktiv daran teilzunehmen

Projekt-Übersicht

- Kommunen: Oberhausen, Köln, Moers
- Quartiere: Alsfeld, Lirich, Mitte (HBF), Sterkrade, Heide
- KTE in Oberhausen:
 - Familienzentrum Alsbachtal
 - Familienzentrum Lirich
 - Familienzentrum Nohlstraße
 - KTE Gute Hoffnung
 - KTE Schatzkiste
 - KTE Grashüpfer
- Schulen in Oberhausen:
 - Alsfeldschule
 - Wunderschule
 - Adolf-Feld-Schule
 - Steinbrinkschule
 - Osterfelder Heide-Schule

Projekttablauf

- Nennung der Quartiere und Partner durch Herrn Turra-Ebeling im Juni 2016
- Erste Kontaktaufnahmen zwischen Juli und September
- Motoriktests / Fitness-Olympiaden im September bis November
- Elternveranstaltungen im November bis Januar mit Ergebnispräsentation, Diskussion, und Elternbefragung
- Zweiter Messzeitpunkt im Mai / Juni 2017

Teilnehmer*innen: Übersicht

- KTE: 204 Kinder (Lirich: 79, Alsbachtal: 39, Schatzkiste: 36, Grashüpfer, Nohlstr., Gute Hoffnung 15-20 Kinder zwischen 3 und 6 Jahren, 40.5% Mädchen)
- Schulen:
 - Klasse 1: 172 Kinder (Wunderschule: 62, Steinbrink: 49, Osterfeld: 31, Alsfeld: 30 Kinder zwischen 5 und 7 Jahren, 52.9% Mädchen)
 - Klasse 3: 190 Kinder (Wunderschule: 35, Steinbrink: 35, Osterfeld: 26, Alsfeld: 46, Adolf-Feld: 51 Kinder zwischen 7 und 10 Jahren, 47.2% Mädchen)

Motorische Testung in Schulen

- Standweitsprung
 - Kraft (Schnellkraft)



- Seitliches Hin und Her Springen
 - Koordination und Zeitdruck



- Sit & Reach
 - Beweglichkeitstest



Motorische Testung in Schulen

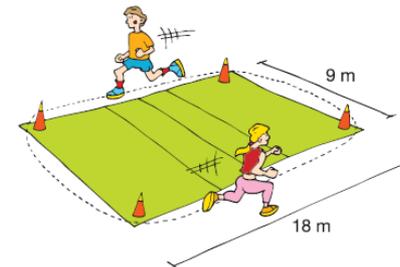
- Sit-Ups
 - Kraftausdauer
- Ein-Bein-Stand
 - Koordination (Gleichgewicht und Konzentration)
- Balancieren Rückwärts:
 - Koordination unter Präzisionsdruck



Motorische Testung in Schulen

- Liegestütz
 - Kraftausdauer, Koordination

- 6min-Lauf
 - Ausdauer



Erläuterungen



- Die Aufgaben stammen aus dem DKT und dem KiMo-Test und bilden die gesundheitsbezogene Fitness der Kinder ab.
- Es gibt Referenzwerte, wie gut die Leistung unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht ist.
- Noten 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schwach)
- Balancieren Rückwärts: 1 bis 5 (aus NRW-Motorik-Test)



Gesundheits-Check

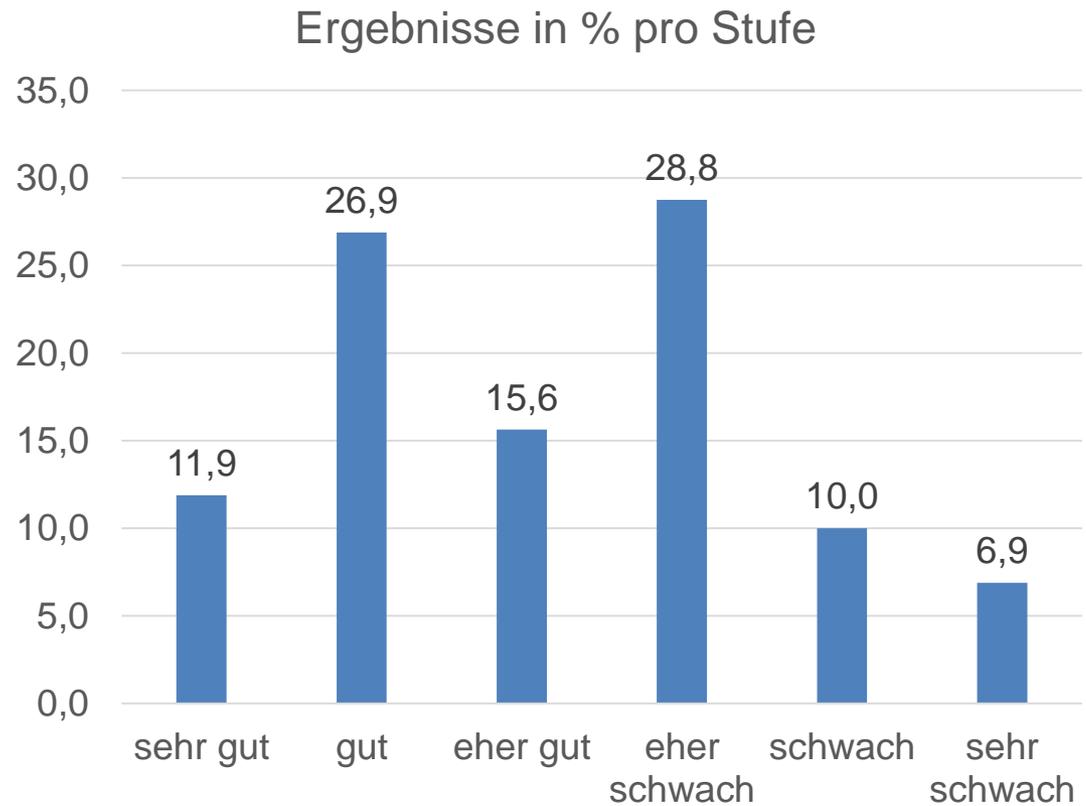
- BIA: Bio-Impedanz-Analyse (Körperfett)
- Taillen-Umfang
- Blutdruck
- Herzfrequenz
- **Größe und Gewicht: BMI**
 - **Referenzwerte nach Cole (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas für Alter und Geschlecht)**

Ergebnisse der Motorik-Testungen im Überblick KTE (Gesamt)

Fitness: Standweitsprung



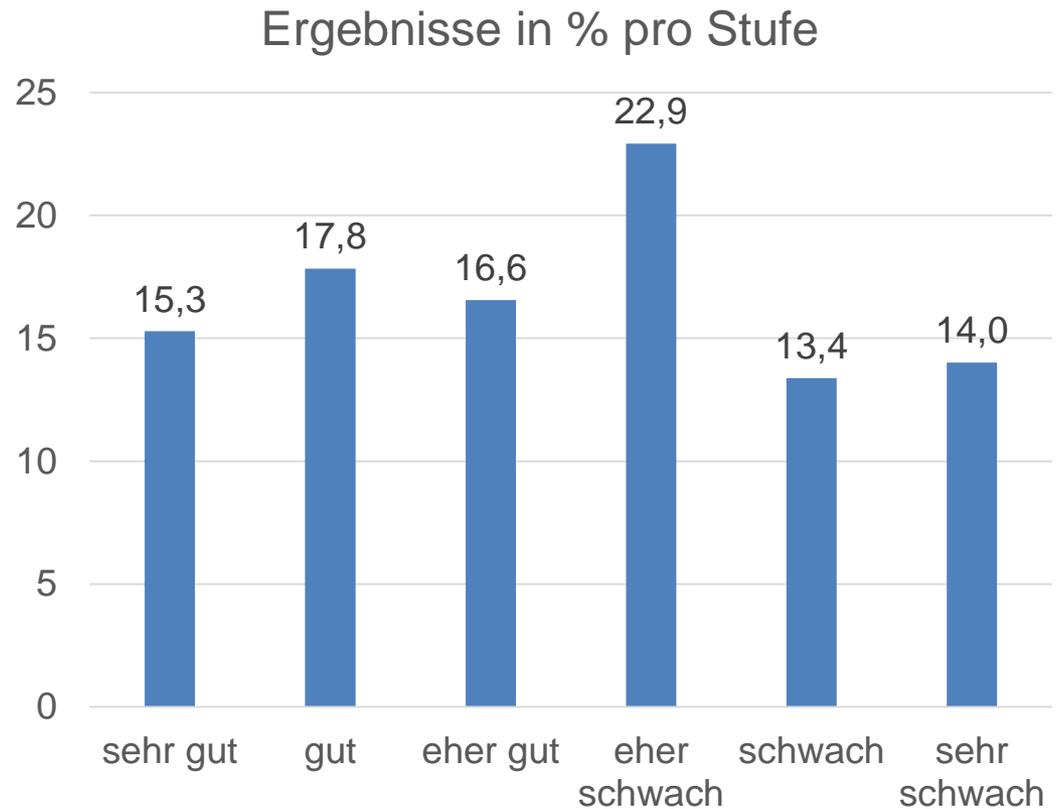
Geschlecht		Standweitsprung in cm
Jungen	Mittelwert	81,30
	SD	24,62
	Maximum	124,00
	Minimum	0,00
Mädchen	Mittelwert	75,80
	SD	23,88
	Maximum	123,00
	Minimum	0,00
Insgesamt	Mittelwert	78,99
	SD	24,39
	Maximum	124,00
	Minimum	0,00



Fitness: Seitliches Hin und Her



		Seitliches Hin- und Herspringen (Versuche in 15 sek.)
Geschlecht		
	Jungen	Mittelwert 22,06
		SD 11,10
		Maximum 57,00
		Minimum 0,00
Mädchen		Mittelwert 22,43
		SD 12,14
		Maximum 75,00
		Minimum 1,00
Insgesamt		Mittelwert 22,22
		SD 11,52
		Maximum 75,00
		Minimum 0,00

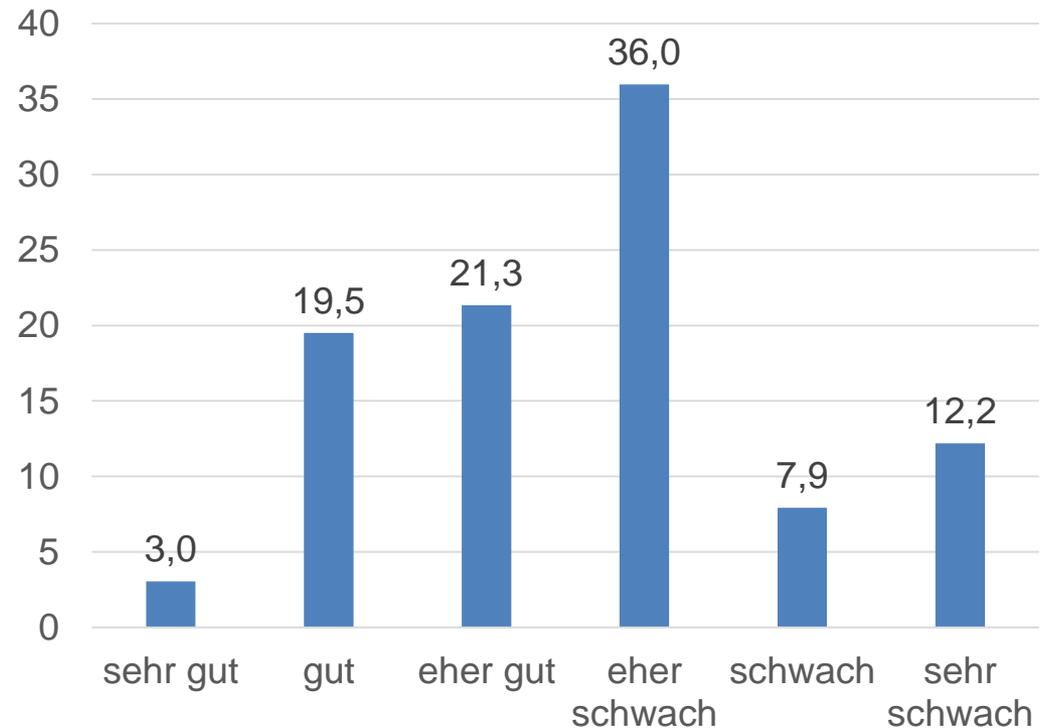


Fitness: Sit & Reach



Geschlecht		Sit and Reach (in cm von 0)
Jungen	Mittelwert	2,92
	SD	4,27
	Maximum	11,00
	Minimum	-11,00
Mädchen	Mittelwert	2,29
	SD	4,70
	Maximum	11,00
	Minimum	-7,00
Insgesamt	Mittelwert	2,66
	SD	4,45
	Maximum	11,00
	Minimum	-11,00

Ergebnisse in % pro Stufe

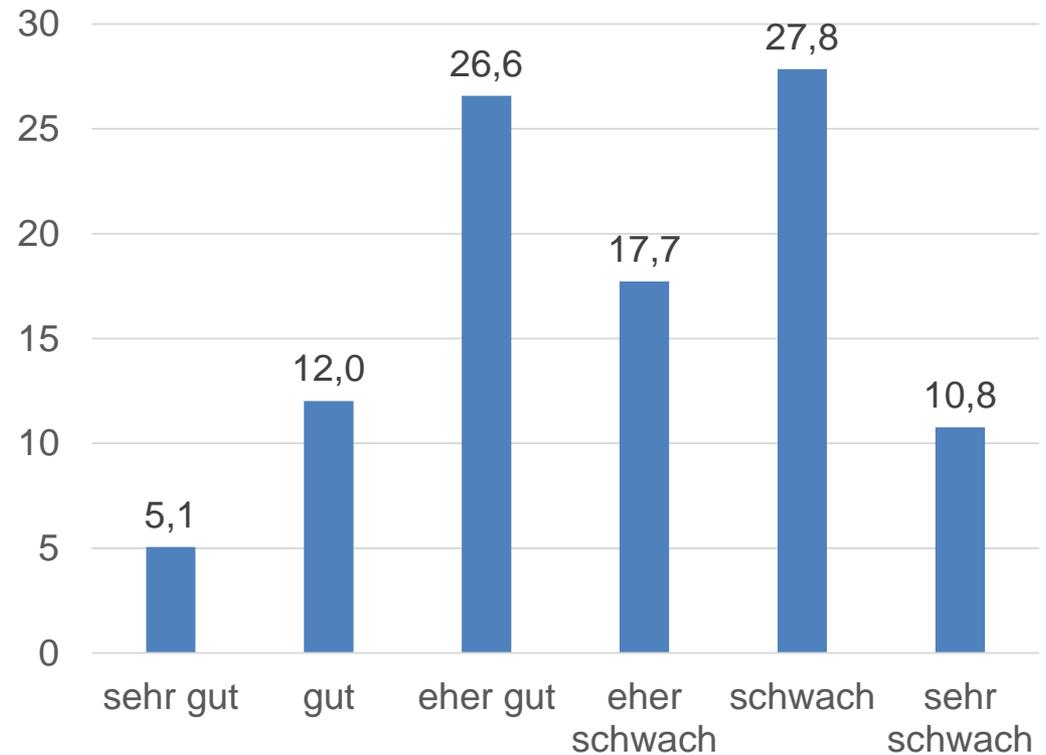


Fitness: Pendellauf



Geschlecht		Pendellauf (Zeit in sek.)
Jungen	Mittelwert	11,43
	SD	3,34
	Maximum	35,50
	Minimum	7,40
Mädchen	Mittelwert	11,89
	SD	3,46
	Maximum	25,71
	Minimum	7,57
Insgesamt	Mittelwert	11,62
	SD	3,38
	Maximum	35,50
	Minimum	7,40

Ergebnisse in % pro Stufe

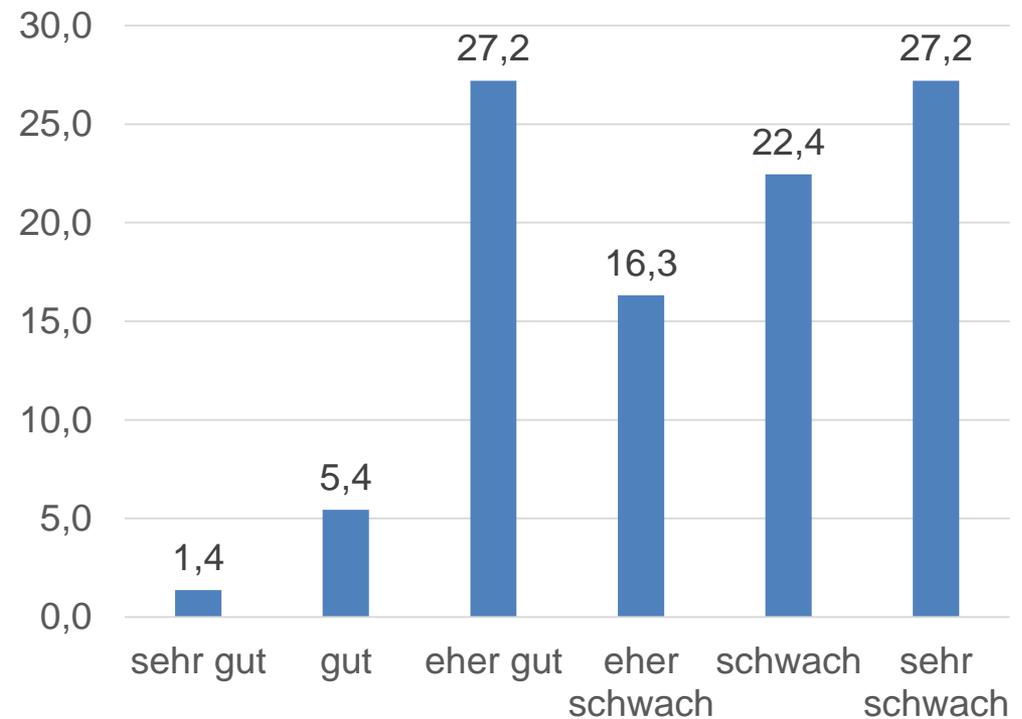


Fitness: Ein-Bein-Stand



Geschlecht		Bodenberührungen in einer Minute
Jungen	Mittelwert	19,29
	SD	8,18
	Maximum	Übung wurde abgebrochen
	Minimum	1,00
Mädchen	Mittelwert	18,50
	SD	8,61
	Maximum	Übung wurde abgebrochen
	Minimum	3,00
Insgesamt	Mittelwert	18,96
	SD	8,34
	Maximum	Übung wurde abgebrochen
	Minimum	1,00

Ergebnisse in % pro Stufe

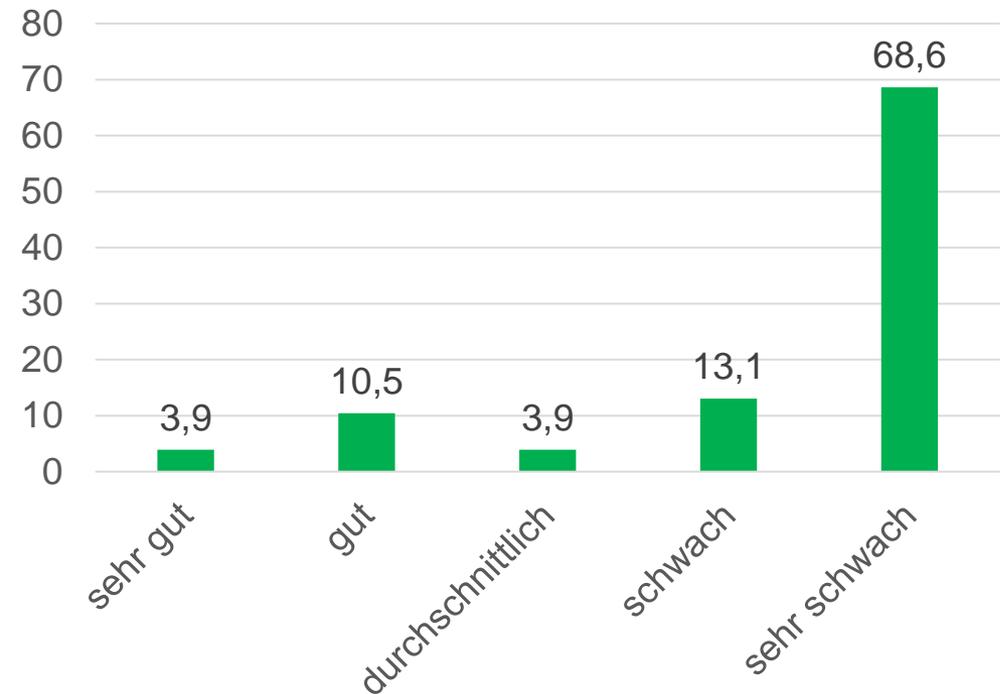


Fitness: Balancieren Rückwärts



Geschlecht		Summe balancierter Schritte (max. 48)
Jungen	Mittelwert	11,33
	SD	8,67
	Maximum	38,00
	Minimum	0,00
Mädchen	Mittelwert	10,04
	SD	7,16
	Maximum	28,00
	Minimum	0,00
Insgesamt	Mittelwert	10,78
	SD	8,06
	Maximum	38,00
	Minimum	0,00

Ergebnisse in % pro Stufe

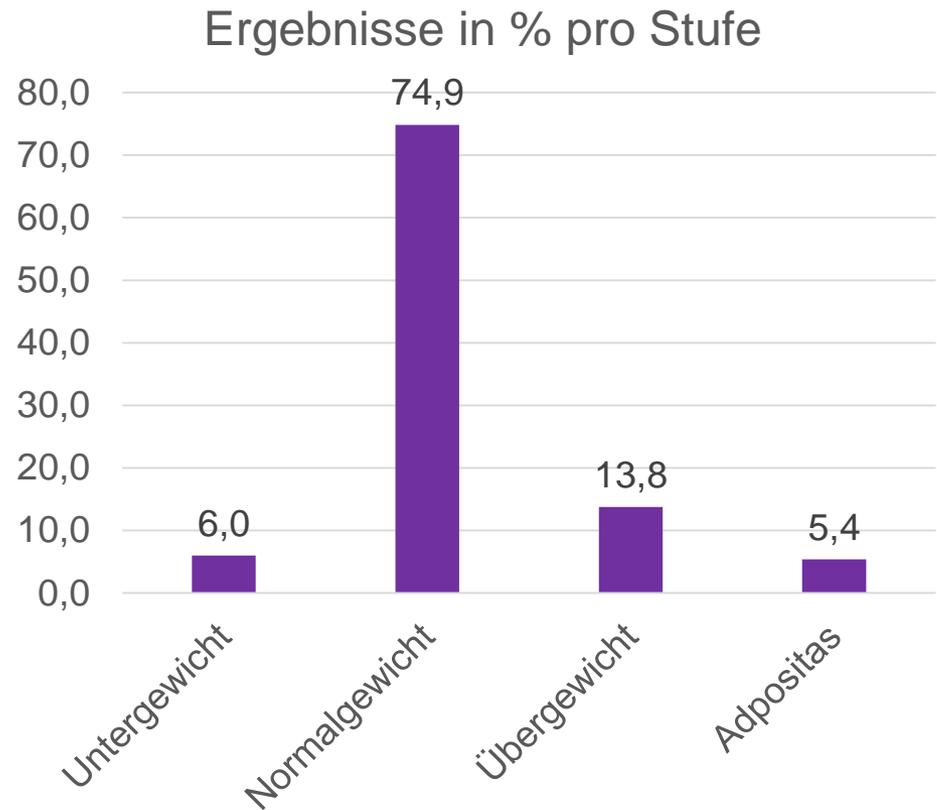


* Bezugsnorm ist hier Einschulungsalter



Gesundheit: BMI und Taillen-Umfang

Geschlecht		BMI	Cole-Wert	SDS-Wert	Taillen-Umfang in cm
Jungen	Mittelwert	16,47	2,20	0,55	52,98
	SD	1,84	0,62	0,93	5,56
	Maximum	24,37	4,00	3,43	74,00
	Minimum	13,35	1,00	-1,47	40,00
Mädchen	Mittelwert	15,95	2,17	0,22	51,68
	SD	1,73	0,62	0,89	5,24
	Maximum	21,40	4,00	2,65	68,00
	Minimum	13,23	1,00	-1,68	41,00
Insgesamt	Mittelwert	16,26	2,19	0,42	52,43
	SD	1,81	0,62	0,93	5,45
	Maximum	24,37	4,00	3,43	74,00
	Minimum	13,23	1,00	-1,68	40,00



Zusammenfassung

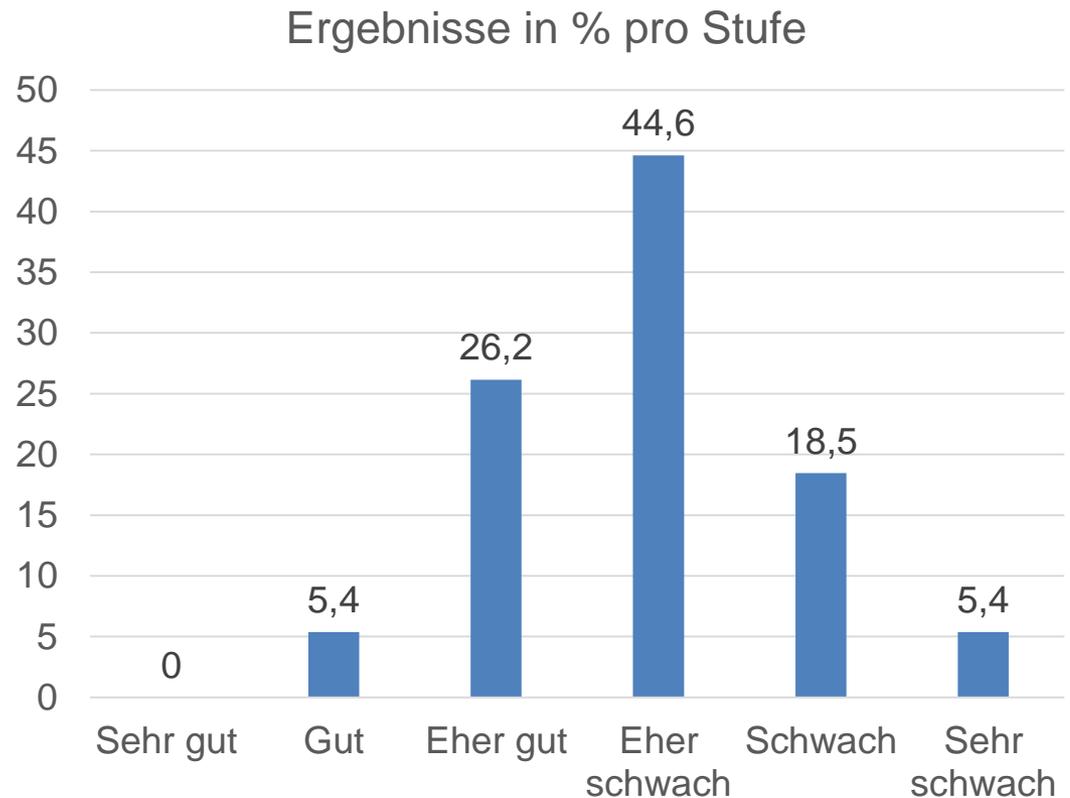
- Defizite vor allem in koordinativen Bereich überdurchschnittlich hoch
- Sehr große Differenzen zwischen den Kitas (Bsp. Grashüpfer)
- BMI ca. im NRW-Schnitt
- Große Akzeptanz der Messungen
- Zweiter Messzeitpunkt notwendig in diesem Entwicklungsstatus

Ergebnisse in den Schulen (nach Klassen)

Fitness: Standweitsprung Klasse 1



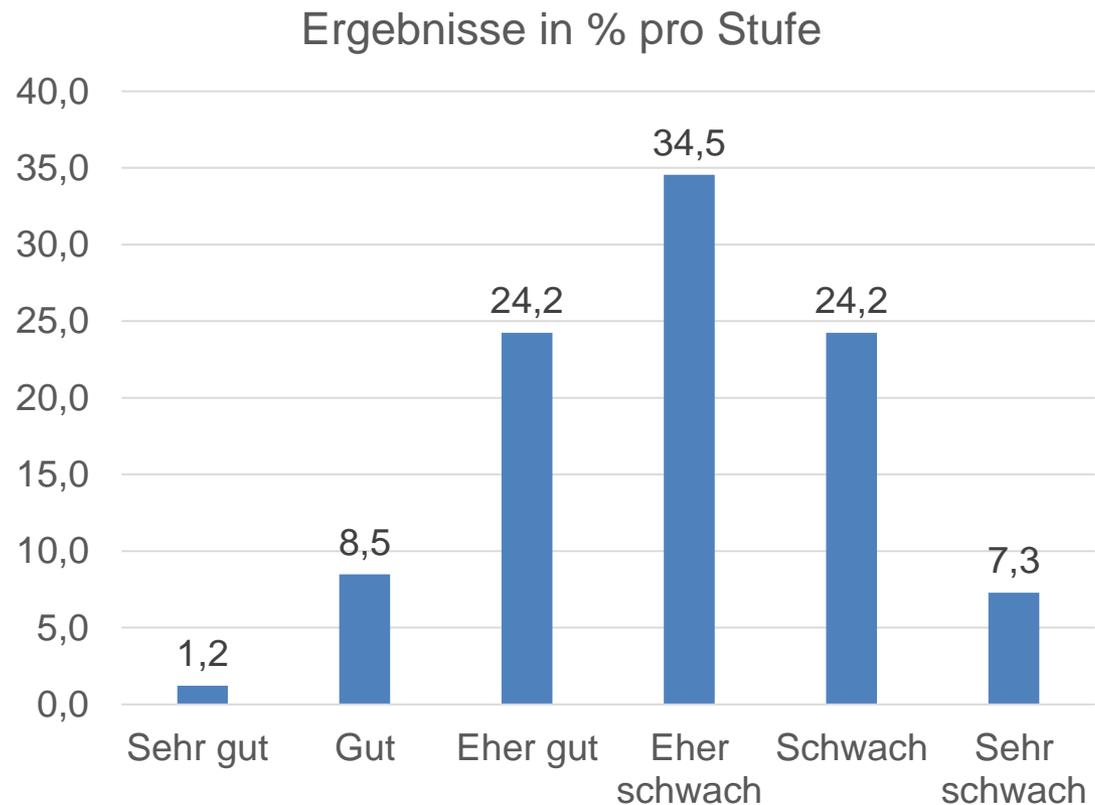
Geschlecht		Standweitsprung in cm
Jungen	Mittelwert	105,68
	SD	17,84
	Maximum	160,00
	Minimum	61,00
Mädchen	Mittelwert	97,20
	SD	16,97
	Maximum	125,00
	Minimum	57,00
Insgesamt	Mittelwert	101,09
	SD	17,83
	Maximum	160,00
	Minimum	57,00



Fitness: Standweitsprung Klasse 3



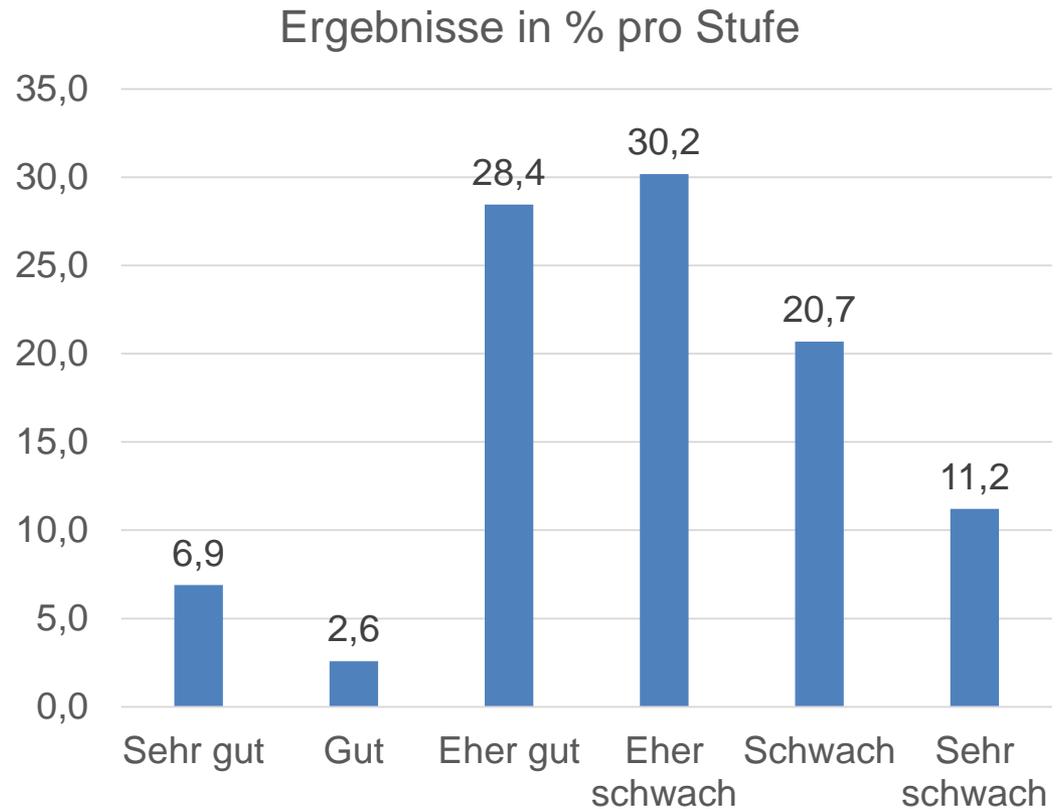
Geschlecht		Standweitsprung in cm
Jungen	Mittelwert	136,15
	SD	111,05
	Maximum	888,00
	Minimum	65,00
Mädchen	Mittelwert	118,47
	SD	20,46
	Maximum	170,00
	Minimum	57,00
Insgesamt	Mittelwert	127,79
	SD	81,68
	Maximum	888,00
	Minimum	57,00



Fitness: Seitliches Hin und Her Klasse 1



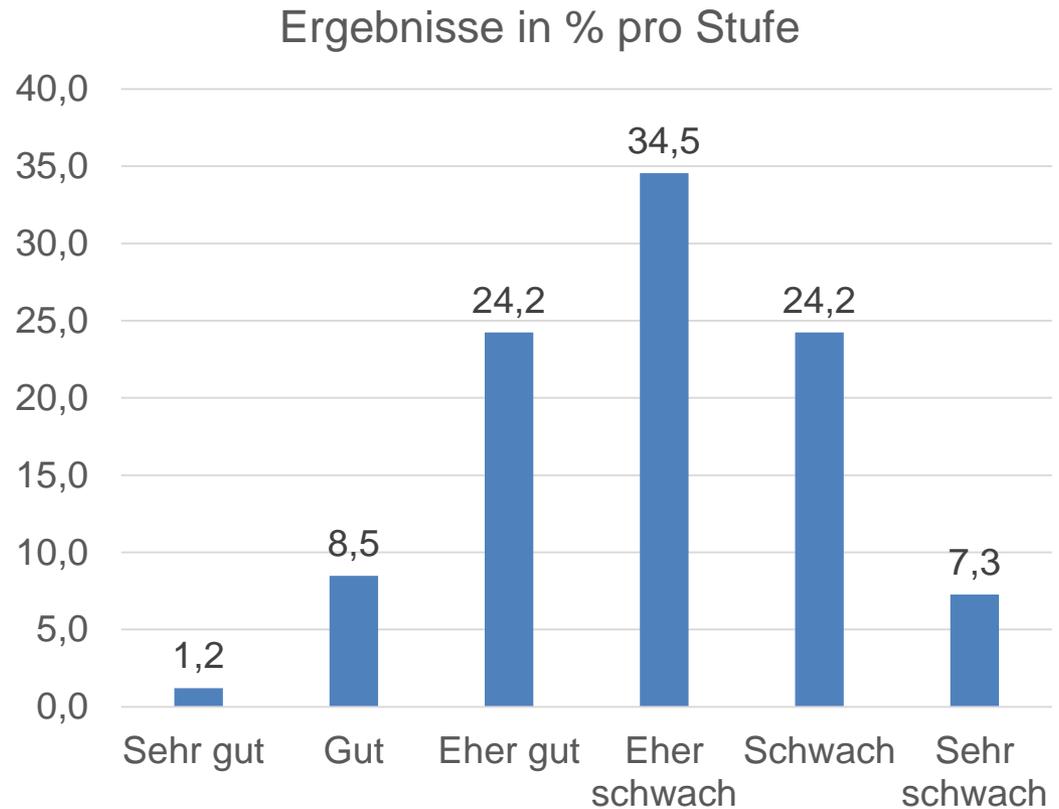
		Seitliches Hin- und Herspringen (Versuche in 15 sek.)
Geschlecht		
	Jungen	Mittelwert 34,61
		SD 10,39
		Maximum 60,00
		Minimum 7,00
Mädchen		Mittelwert 32,98
		SD 12,63
		Maximum 64,00
		Minimum 13,00
Insgesamt		Mittelwert 33,72
		SD 11,65
		Maximum 64,00
		Minimum 7,00



Fitness: Seitliches Hin und Her Klasse 3



		Seitliches Hin- und Herspringen (Versuche in 15 sek.)
Geschlecht		
	Jungen	Mittelwert 49,15
		SD 14,07
		Maximum 83,00
		Minimum 15,00
Mädchen		Mittelwert 49,79
		SD 13,32
		Maximum 77,00
		Minimum 22,00
Insgesamt		Mittelwert 49,50
		SD 13,66
		Maximum 83,00
		Minimum 15,00

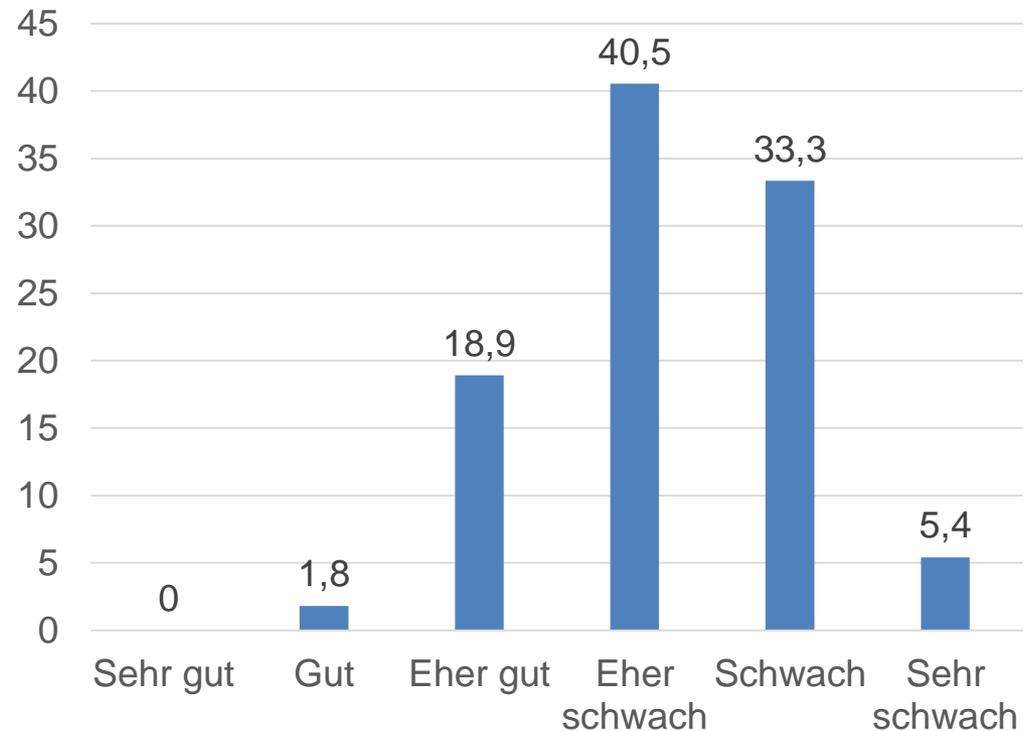


Fitness: Sit & Reach Klasse 1



Geschlecht		Sit and Reach (in cm von 0)
Jungen	Mittelwert	0,88
	SD	4,67
	Maximum	9,00
	Minimum	-12,50
Mädchen	Mittelwert	2,66
	SD	5,26
	Maximum	13,00
	Minimum	-12,00
Insgesamt	Mittelwert	1,82
	SD	5,05
	Maximum	13,00
	Minimum	-12,50

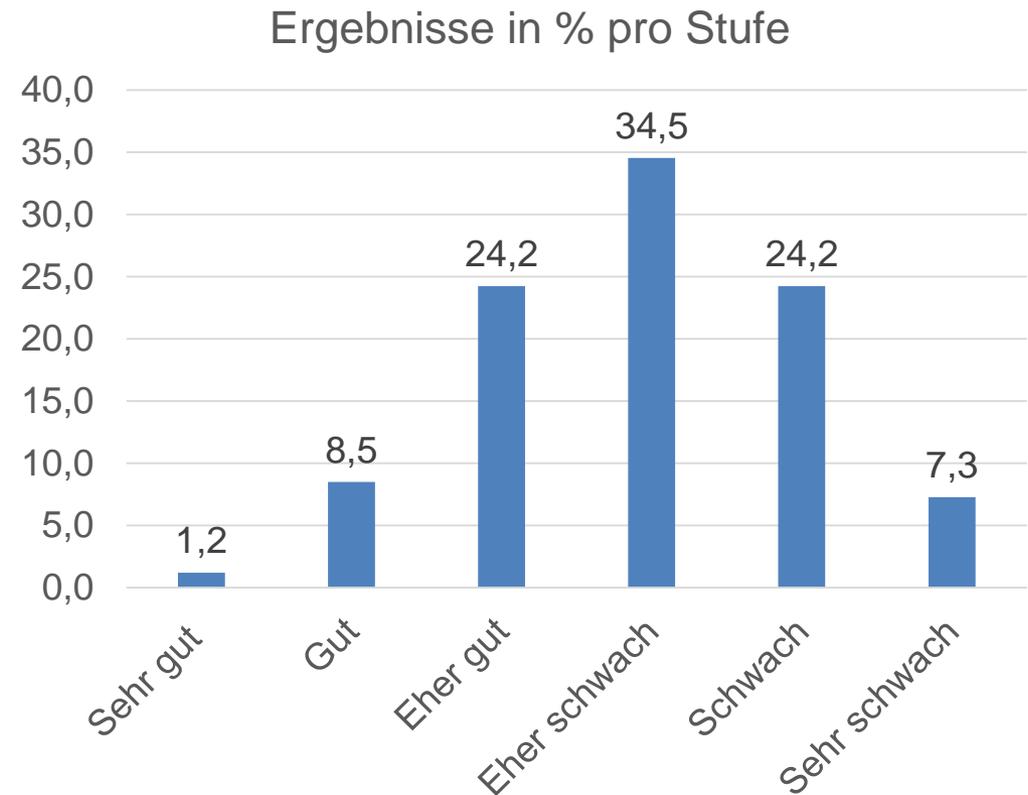
Ergebnisse in % pro Stufe



Fitness: Sit & Reach Klasse 3



Geschlecht		Sit and Reach (in cm von 0)
Jungen	Mittelwert	-1,30
	SD	6,73
	Maximum	16,50
	Minimum	-15,00
Mädchen	Mittelwert	0,77
	SD	6,75
	Maximum	14,00
	Minimum	-14,00
Insgesamt	Mittelwert	-0,25
	SD	6,83
	Maximum	16,50
	Minimum	-15,00

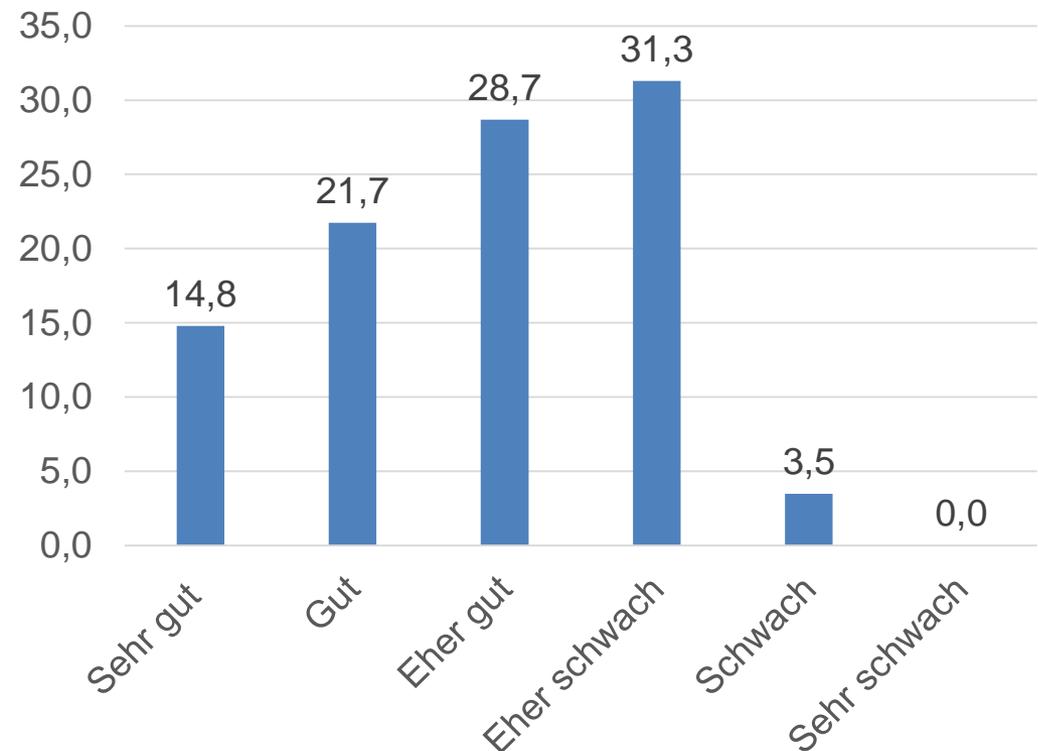


Fitness: Sit-Ups Klasse 1



Geschlecht		Anzahl in 40 sek.
Jungen	Mittelwert	12,57
	SD	6,72
	Maximum	26,00
	Minimum	0,00
Mädchen	Mittelwert	11,93
	SD	6,49
	Maximum	25,00
	Minimum	0,00
Insgesamt	Mittelwert	12,24
	SD	6,58
	Maximum	26,00
	Minimum	0,00

Ergebnisse in % pro Stufe

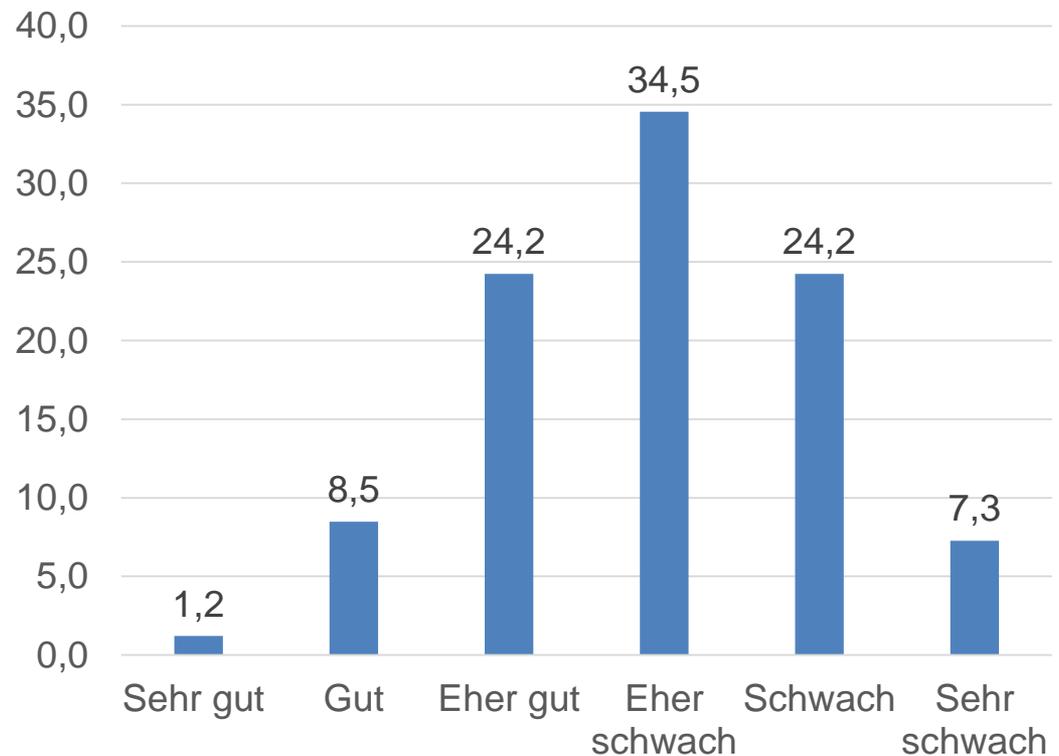


Fitness: Sit-Ups Klasse 3



Geschlecht		Anzahl in 40 sek.
Jungen	Mittelwert	16,73
	SD	7,19
	Maximum	28,00
	Minimum	0,00
Mädchen	Mittelwert	15,91
	SD	5,85
	Maximum	29,00
	Minimum	0,00
Insgesamt	Mittelwert	16,36
	SD	6,57
	Maximum	29,00
	Minimum	0,00

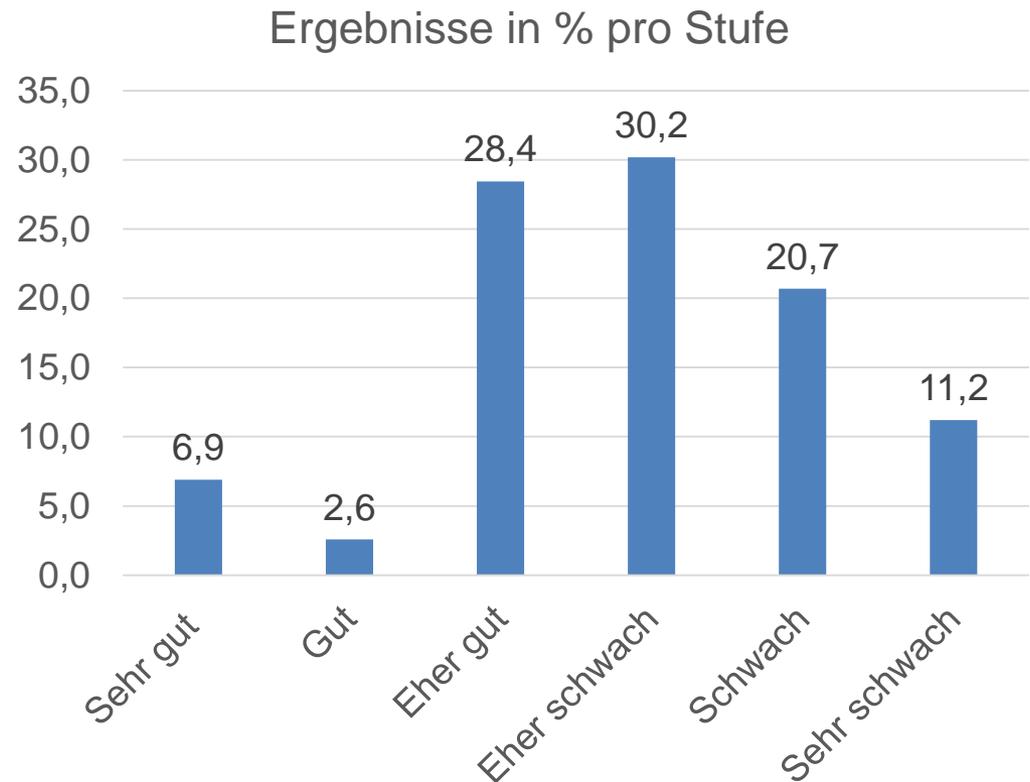
Ergebnisse in % pro Stufe



Fitness: Ein-Bein-Stand Klasse 1



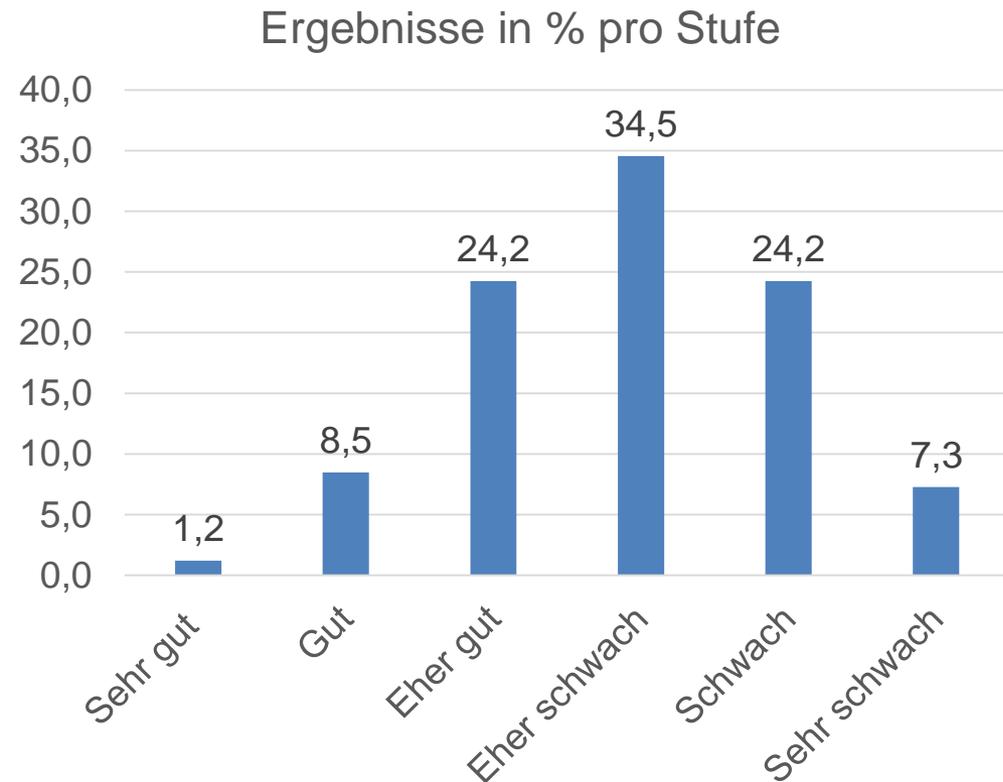
Geschlecht		Bodenberührungen in einer Minute
Jungen	Mittelwert	8,97
	SD	6,43
	Maximum	33,00
	Minimum	0,00
Mädchen	Mittelwert	9,31
	SD	9,02
	Maximum	Übung wurde abgebrochen
	Minimum	0,00
Insgesamt	Mittelwert	9,15
	SD	7,89
	Maximum	Übung wurde abgebrochen
	Minimum	0,00



Fitness: Ein-Bein-Stand Klasse 3



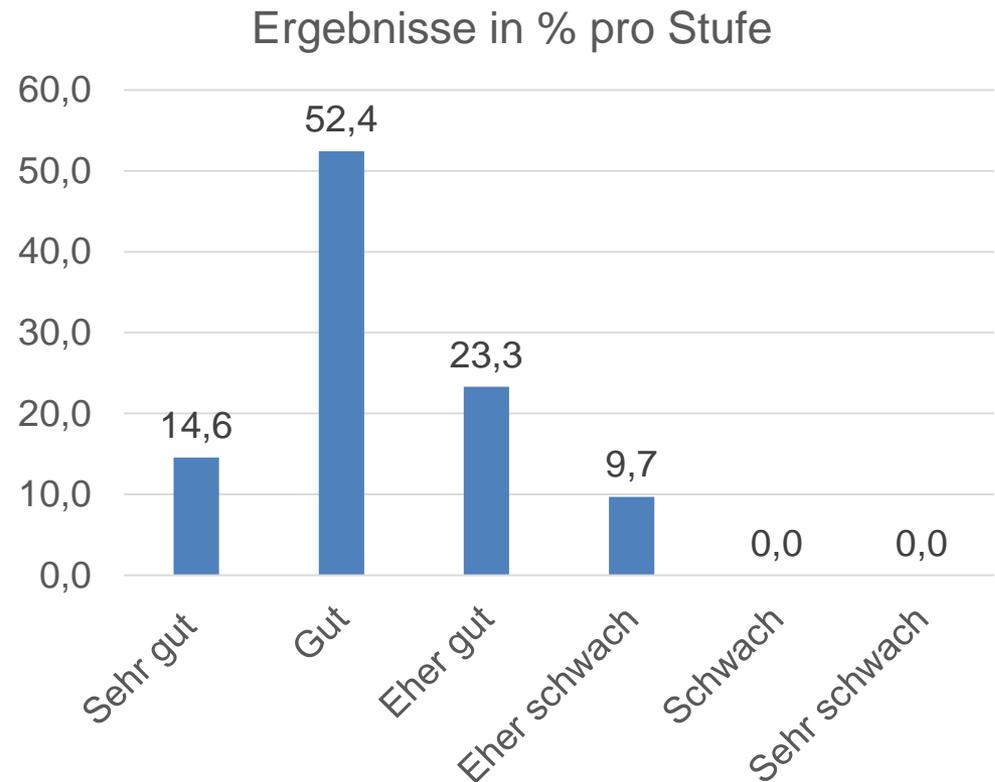
Geschlecht		Bodenberührungen in einer Minute
Jungen	Mittelwert	4,73
	SD	6,16
	Maximum	Übung wurde abgebrochen
	Minimum	0,00
Mädchen	Mittelwert	3,35
	SD	5,46
	Maximum	Übung wurde abgebrochen
	Minimum	0,00
Insgesamt	Mittelwert	4,06
	SD	5,85
	Maximum	Übung wurde abgebrochen
	Minimum	0,00



Fitness: Liegestütz Klasse 1



Geschlecht		Anzahl in 40 sek.
Jungen	Mittelwert	13,80
	SD	4,85
	Maximum	27,00
	Minimum	5,00
Mädchen	Mittelwert	12,61
	SD	4,19
	Maximum	18,00
	Minimum	2,00
Insgesamt	Mittelwert	13,25
	SD	4,55
	Maximum	27,00
	Minimum	2,00

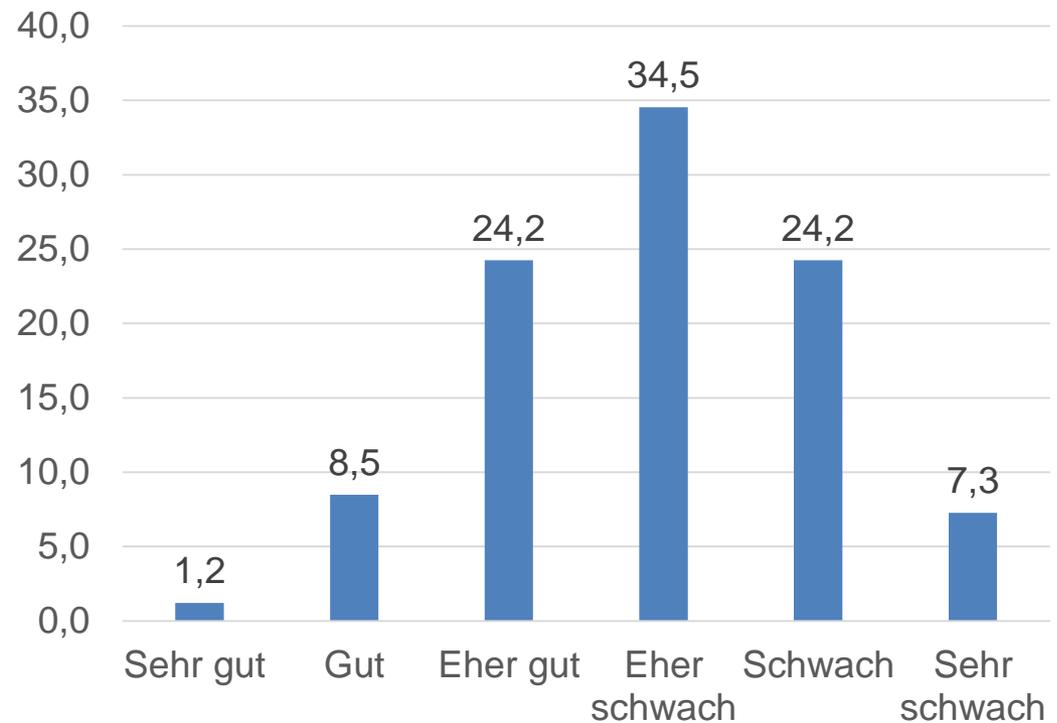


Fitness: Liegestütz Klasse 3

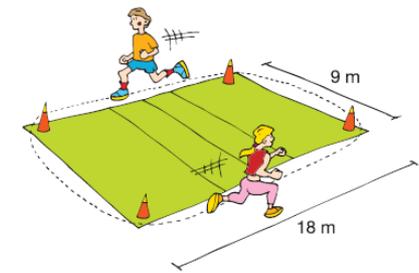


Geschlecht		Anzahl in 40 sek.
Jungen	Mittelwert	9,80
	SD	4,85
	Maximum	22,00
	Minimum	0,00
Mädchen	Mittelwert	9,61
	SD	4,19
	Maximum	19,00
	Minimum	0,00
Insgesamt	Mittelwert	9,75
	SD	4,55
	Maximum	22,00
	Minimum	0,00

Ergebnisse in % pro Stufe

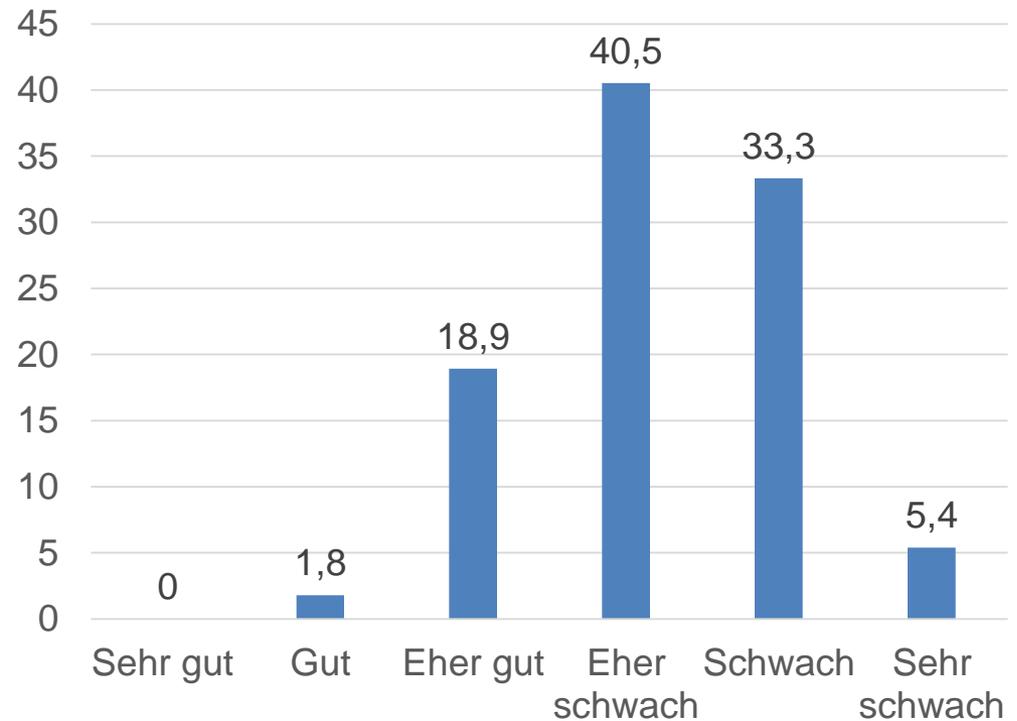


Fitness: 6min-Lauf Klasse 1

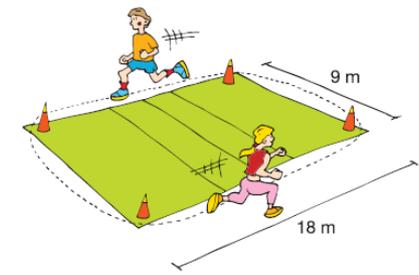


Geschlecht		Gelaufene Meter
Jungen	Mittelwert	791,83
	SD	142,96
	Maximum	1051,00
	Minimum	385,00
Mädchen	Mittelwert	738,96
	SD	113,86
	Maximum	918,00
	Minimum	486,00
Insgesamt	Mittelwert	762,54
	SD	129,88
	Maximum	1051,00
	Minimum	385,00

Ergebnisse in % pro Stufe

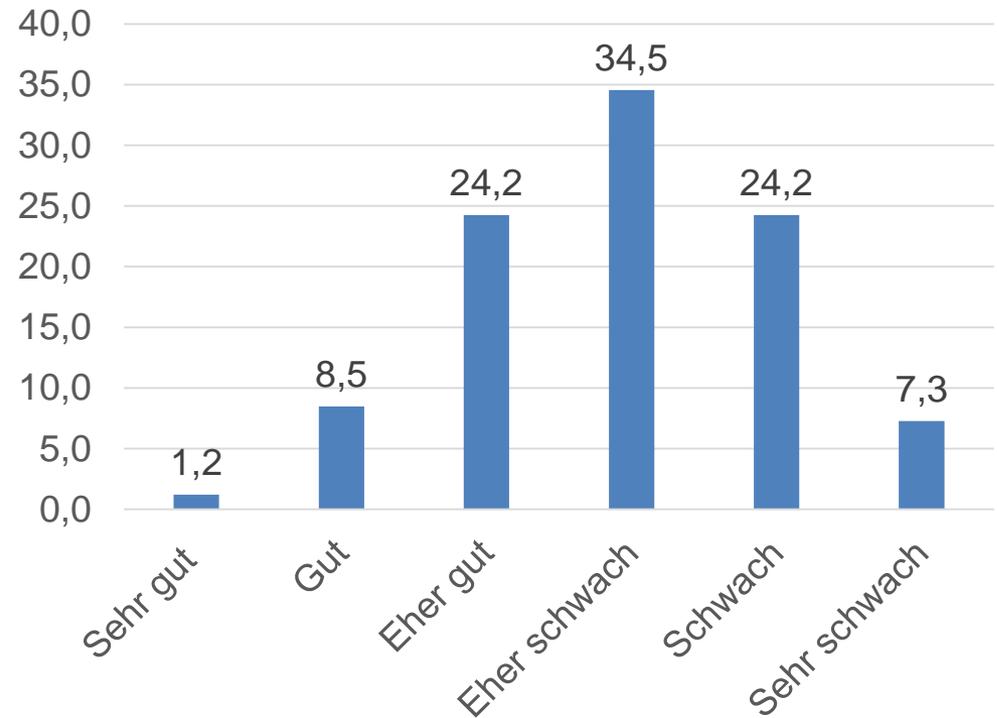


Fitness: 6min-Lauf Klasse 3



Geschlecht		Gelaufene Meter
Jungen	Mittelwert	896,32
	SD	149,45
	Maximum	1253,00
	Minimum	486,00
Mädchen	Mittelwert	836,09
	SD	129,16
	Maximum	1134,00
	Minimum	486,00
Insgesamt	Mittelwert	868,73
	SD	143,56
	Maximum	1253,00
	Minimum	486,00

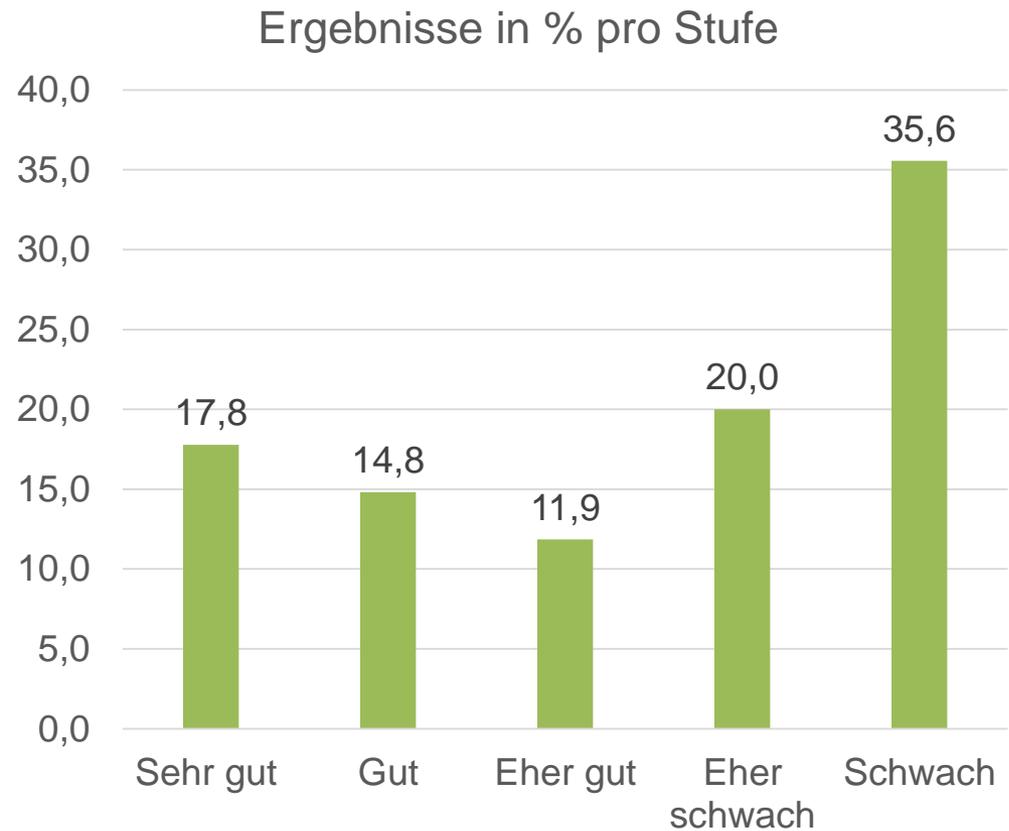
Ergebnisse in % pro Stufe



Fitness: Balancieren Rückwärts Klasse 1



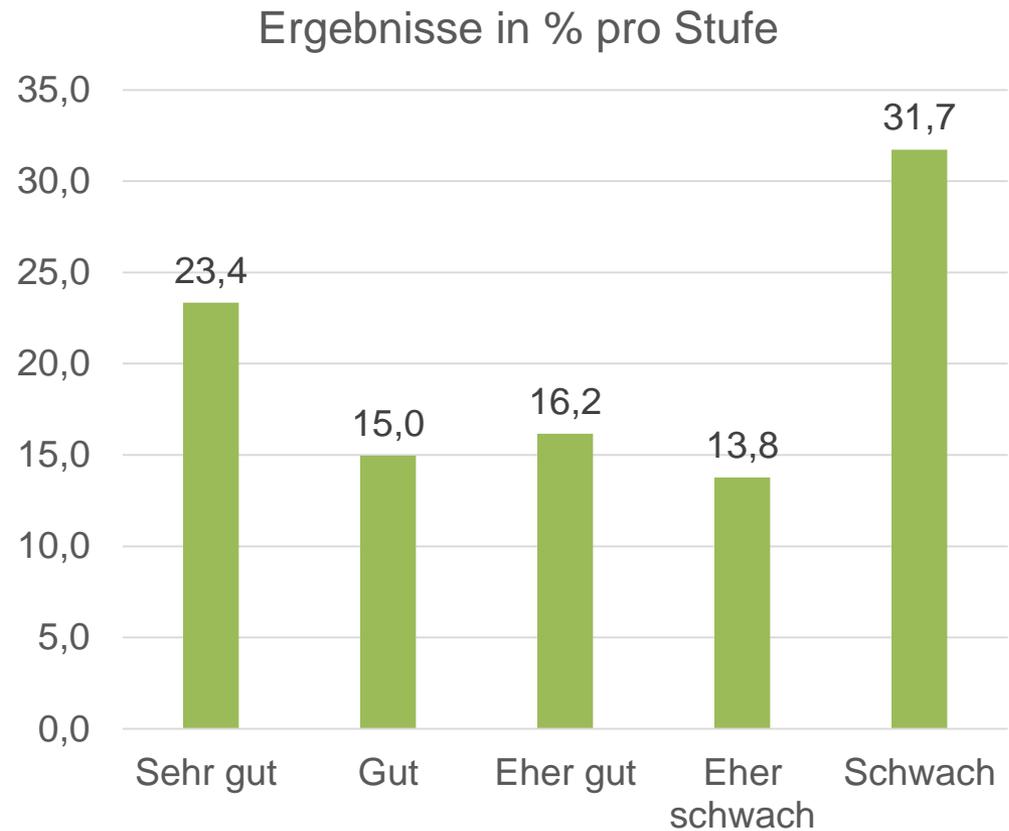
Geschlecht		Summe balancierter Schritte (max. 48)
Jungen	Mittelwert	19,35
	SD	11,48
	Maximum	45,00
	Minimum	3,00
Mädchen	Mittelwert	18,08
	SD	9,40
	Maximum	37,00
	Minimum	2,00
Insgesamt	Mittelwert	18,70
	SD	10,37
	Maximum	45,00
	Minimum	2,00



Fitness: Balancieren Rückwärts Klasse 3



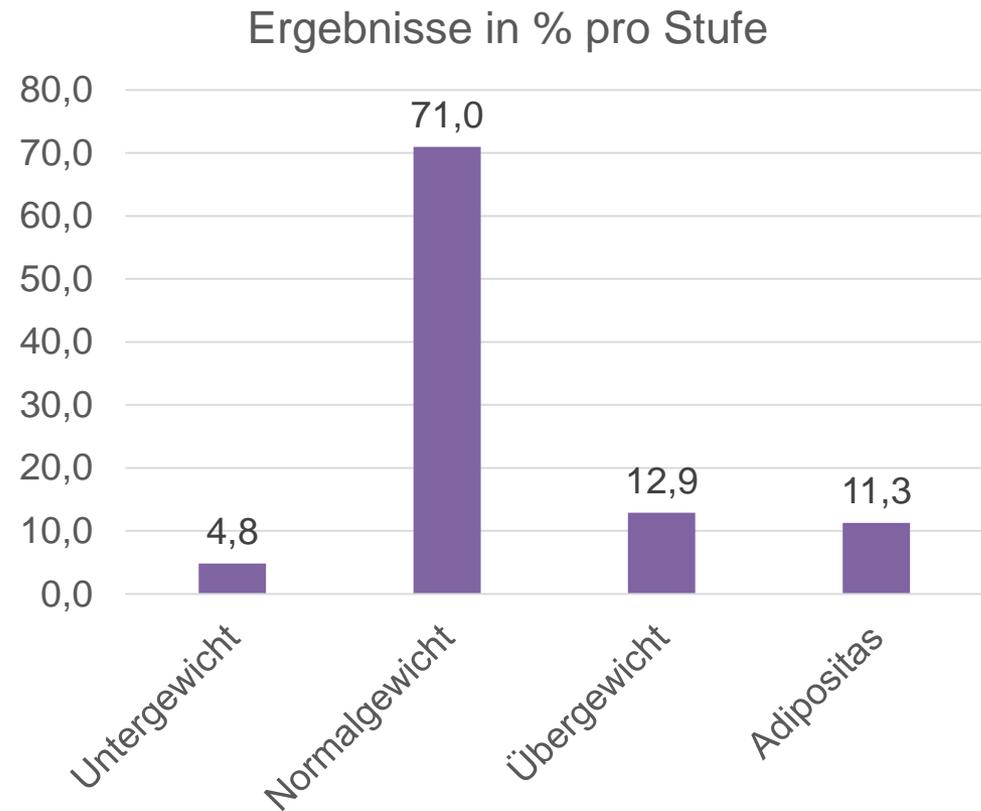
Geschlecht		Summe balancierter Schritte (max. 48)
Jungen	Mittelwert	16,66
	SD	9,16
	Maximum	45,00
	Minimum	0,00
Mädchen	Mittelwert	20,26
	SD	10,50
	Maximum	48,00
	Minimum	2,00
Insgesamt	Mittelwert	18,58
	SD	10,03
	Maximum	48,00
	Minimum	0,00





Gesundheit: BMI Klasse 1

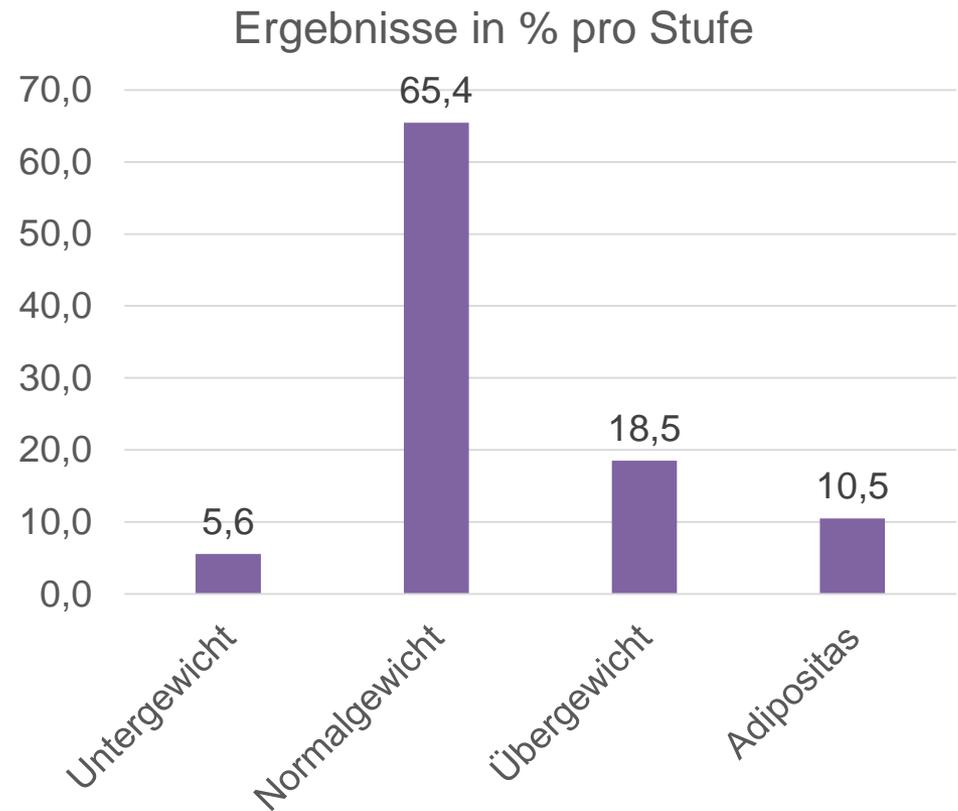
Geschlecht		BMI	BMI Perzentil	Cole-Wert	SDS-Wert
Jungen	Mittelwert	16,67	5,04	2,20	0,36
	SD	2,39	1,44	0,67	1,01
	Maximum	26,20	8,00	4,00	3,30
	Minimum	13,32	2,00	1,00	-1,73
Mädchen	Mittelwert	16,65	5,16	2,40	0,45
	SD	2,65	1,71	0,78	1,16
	Maximum	25,13	8,00	4,00	3,03
	Minimum	12,20	1,00	1,00	-2,55
Insgesamt	Mittelwert	16,66	5,10	2,31	0,41
	SD	2,53	1,59	0,73	1,09
	Maximum	26,20	8,00	4,00	3,30
	Minimum	12,20	1,00	1,00	-2,55





Gesundheit: BMI Klasse 3

Ca. 29% Übergewicht



Zusammenfassung

- Größtenteils normalverteilte Ergebnisse
- Stärken im Bereich Kraft
- Schwächen in Ausdauer und Koordination
- BMI-Werte über Landesschnitt (ca. 24 % bzw. 29 %)
- Unterschiede zwischen Schulen deutlich erkennbar

Gewinn & Nutzen für Kinder, Eltern und KTE

Entwicklungsscreening und Motorik-Testung

- Ein ressourcenorientiertes Feedback an die Kinder mit Überreichung einer Urkunde
- Eine detaillierte Rückmeldung an die Eltern zum Gesundheitsstatus der Kinder mit Erläuterungen der Messergebnisse und individuellen Empfehlungen für weiterführende Sport-, Bewegungs- und Ernährungsangebote
- Empfehlungen für die Fachkräfte zur Gestaltung von Sportunterricht und Bewegungszeiten

Perspektiven

- Analyse auf Einrichtungs- und Quartiersebene
- Zweiter Messzeitpunkt (Konstanz und Entwicklung)
- Relation zu anderen Daten (Elterndaten, psychosoziale Gesundheit)
- Defizite lassen sich tw. auf spezifische Aspekte zurückführen (mangelnde Sportangebote etc.).
 - Ableitung von Handlungsempfehlungen
 - Aufdecken von Potentialen und Schwächen
- Einrichtungen wünschen z.T. mehr Kooperation
 - Chancen und Möglichkeiten

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Kontakt

„Gesund aufwachsen“ –

Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder

Ansprechpartner Dr. Dennis Dreiskämper

dreiskaemper@uni-muenster.de

Praxispartner

- **Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW**
- **Landschaftsverband Rheinland LVR, Köln**
Koordinationsstelle Kinderarmut, Landesjugendamt Rheinland
- **Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.**
Website Provider von Inforo-online und Geschäftsstelle für den kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“

Gewinn & Nutzen für Kinder, Eltern und KTE

Resilienzförderung

Zur Auswahl stehen zwei Schulungskonzepte zur Resilienzförderung in KTE und Grundschulen unter besonderer Berücksichtigung von Kindern mit Zuwanderungsgeschichte:

- Inhouse-Schulungen für teilnehmende Einrichtungen, Dauer: ca. 4,5 Stunden oder
- Multiplikatoren-Schulungen für „Beauftragte“ der Einrichtungen, Dauer: zwei Tage