

Kinderarmut und Kindergesundheit in Winterthur

Referat an der Frühlingskonferenz der Städteinitiative, Bern, 19. Mai 2011



Übersicht

- I. **Kinderarmut und Kindergesundheit**
Zusammenfassung der Ergebnisse des
3. Winterthurer Forums für Gesundheit und Prävention

- II. **Massnahmen in Winterthur**
 - Beispiel 1: Frühförderung
 - Beispiel 2: Zebra
 - Beispiel 3: Jump und Jumpina

- I. Kinderarmut und Kindergesundheit**
Zusammenfassung der Ergebnisse des
3. Winterthurer Forums für Gesundheit und Prävention

Kinderarmut in der Schweiz und in Winterthur 2009

| | Kinderarmut 2009 | |
|---|------------------|------------|
| | Schweiz | Winterthur |
| Anteil Sozialhilfeempfänger/innen 0-17 Jahre: | 31.0% | 33.9% |
| Sozialhilfequote 0-17 Jahre: | 4.5% | 8.3% |

- Kinder unter 18 Jahren sind in der Schweiz besonders häufig von Armut betroffen
- Ein hohes Risiko, mit Sozialhilfeunterstützung leben zu müssen, haben insbesondere Kinder von Alleinerziehenden
- Die Sozialhilfequote (alle Altersgruppen) nimmt mit der Gemeindegrösse zu

Armut als kumulierte Unterversorgung in verschiedenen Lebensbereichen - Lebenslagenkonzept

- Kinderarmut lässt sich nicht allein am Sozialhilfebezug festmachen
- Kinderarmut ist eine Kumulation von Unterversorgung in verschiedenen Lebensbereichen wie z. B.
 - Bildung
 - Gesundheit
 - Partizipation
 - Wohnen
 - Ernährung, etc.

Kinderarmut und Kindergesundheit

- Macht Armut unsere Kinder krank?
Was wissen wir und wo tappen wir noch im Dunkeln?
- Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und erhöhten gesundheitlichen Risiken
 - Bei Kindern gibt es Hinweise auf einen Kausationseffekt.
D. h.: Wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit.
- In der Schweiz wurde bisher kaum geforscht, wie sich Armut auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirkt.

Kinderarmut und Kindergesundheit

- Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich.
Auswertung der Daten des Schuljahres 2008/2009.
- Resultate (Daten von Basel und Bern):
 - Bis viermal so viele Kinder von Eltern ohne Lehrabschluss sind übergewichtig wie Kinder von Eltern mit einem höheren Schulabschluss
 - Bei den adipösen Kindern beträgt dieses Verhältnis bis 1 zu 15

Kinderarmut und Kindergesundheit Studien aus Deutschland I

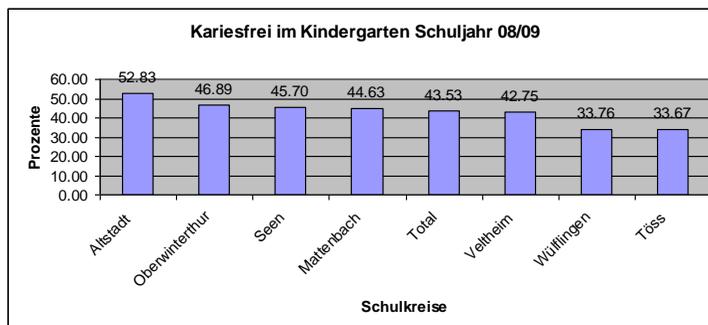
- Verschiedene Studien aus Deutschland zeigen folgende medizinische Aspekte von Kinder- und Jugendarmut:
 - Säuglinge und Kleinkinder aus sozial benachteiligten Familien
 - werden kürzer und seltener gestillt
 - haben eine höhere Zufuhr an Kohlenhydraten (Zucker) und gesättigten Fettsäuren
 - haben eine geringere Zufuhr von Vitaminen, Mineralien, Ballaststoffen
 - Folgen: Häufigeres Vorkommen von Infektionskrankheiten, Anämien, Zuckerkrankheiten und Adipositas

Kinderarmut und Kindergesundheit Studien aus Deutschland II

- Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien zeigen weit häufiger
 - Adipositas
 - Bewegungsmangel
 - ein erhöhtes Unfallrisiko
 - psychische Auffälligkeiten wie:
 - mangelnde Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Aggressivität
 - Angststörungen
 - Depressionen

Kinderarmut und Kindergesundheit

Statistik Schulzahnklinik Stadt Winterthur aus den jährlichen Schuluntersuchungen



Quelle: Dr. med. dent. Teresa Leisebach Minder, MPH. Folie aus der Präsentation: Was haben Zahnschmerzen mit Armut zu tun?

Kinderarmut und Kindergesundheit

- Die Präsentationen des 3. Winterthurer Forums für Gesundheit und Prävention zum Thema „Kinderarmut und Kindergesundheit“ mit weiteren Angaben finden Sie unter

www.soziales.winterthur.ch/default.asp?Sprache=D&Thema=0&Rubrik=0&Gruppe=16&Seite=383



II Massnahmen in Winterthur

- **Beispiel 1: Frühförderung**
- **Beispiel 2: Zebra**
- **Beispiel 3: Jump und Jumpina**



Bsp. 1: Frühförderung in Winterthur für Kinder aus sozial benachteiligten Familien

- Konzept für Frühförderung: 2007-2009
- Umsetzung: seit Mitte 2009
- 3 Erfolgsfaktoren:
 - 1. Kooperation und Vernetzung
 - 2. Gemeinsame Haltung und Standards entwickeln
 - 3. Case Management in Stafettenform

Erfolgsfaktor 1: Kooperation und Vernetzung I

- Kooperations- und Vernetzungsprojekt zwischen
 - Stadt
 - Kanton
 - Fachstellen
 - Angeboten für Kleinkinder und Ihre Eltern

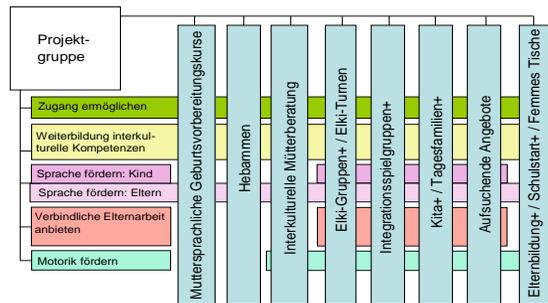
Erfolgsfaktor 1: Kooperation und Vernetzung II

Modell Frühförderung Winterthur



Erfolgsfaktor 2: Gemeinsame Haltungen und Standards

Standards (horizontal)
und Umsetzung in den Angeboten (vertikal)



Erfolgsfaktor 3: Case Management in Stafettenform

- Die Fachstelle Frühförderung gewährleistet die Kontinuität der Frühfördermassnahmen bis zum Kindergarteneintritt
- Fallbeispiel

Bsp. 2: Zebra - Therapieangebot für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien



- Start 2005 als Pilotprojekt
- Seit 2008 festes Angebot
- Hintergrund
 - Kinder aus suchtblasteten Familien tragen ein sechsfach höheres Risiko, später Suchtprobleme oder psychische Beschwerden zu entwickeln
- Zielgruppe
 - Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 18 Jahren aus Familien mit einer Suchtblastung



- Angebot
 - Intensive psychosoziale und therapeutische Unterstützung der Kinder und ihrer Eltern
 - Das Besondere an Zebra:
 - Angebot an der Schnittstelle zwischen Sozialem und Gesundheit
 - Mischfinanzierung durch Stadt und Krankenversicherung.
- Ziele
 - Familiensystem stabilisieren
 - Symptome der Kinder frühzeitig behandeln

Bsp. 3: jump und jumpina

- Start als Pilotprojekte
 - jump 1999 für männliche Jugendliche und
 - jumpina 2001 für weibliche Jugendliche
- Seit 2003 festes Angebot der Stadt Winterthur

- Hintergrund
 - Schwierige Ausgangslage und gefährdete berufliche Integration für Jugendliche mit tiefem Bildungsniveau sowie persönlichen und sozialen Schwierigkeiten

- Zielgruppe
 - Jump: 14 – 18-jährige männliche Jugendliche
 - Jumpina: 13 -17-jährige weibliche Jugendliche an der Schnittstelle Schule/Ausbildung- und Erwerbsleben
- Angebot
 - Je 18 Plätze für ambulante, sozialpädagogische Angebote
 - Einzelfallhilfe: Coaching/Beratung/ Förderung
Dazu gehört auch die Gesundheitsberatung, z.B. Fragen zu Sexualität, zu Essverhalten etc.
 - Unterstützung bei der Berufswahl und Lehrstellensuche etc.
 - Gruppenangebote (Mittagstisch, Kurse, Aktivitäten)
 - Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 4.5 bis 9 Monate

- Ziele

- Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen und Minimalisierung von Risikofaktoren
- Erarbeitung von konkreten Lösungen zur Integration ins Ausbildungs- oder Erwerbsleben, resp. Anschlusslösung an die Schule
- Individuelle Teilziele, z.B.
 - regelmässiger Schulbesuch und schulische Leistungsverbesserung
 - Entschärfung aktueller Konflikte in der Familie,
 - Stärkung des Selbstwertgefühls
 - positive Veränderung des Sozialverhaltens

- Zuweisung:

- Empfehlung/Auflage
- im Auftrag der Jugendanwaltschaft
- durch Eigeninitiative

- Netzwerkarbeit:

- Zusammenarbeit mit involvierten Stellen
- Beratung und Unterstützung der Bezugspersonen (Eltern, Lehrpersonen)
- Migrationsspezifische, interkulturelle Beratung



III Fazit



Soziales und Gesundheit

- Gesundheit und Soziales sind eng verknüpft
 - Ein grosser Teil der gesundheitlichen Probleme lässt sich auf die sozialen Bedingungen, in denen Menschen leben, zurückführen. Sozial benachteiligte Kinder sind auch gesundheitlich benachteiligt.
 - Andererseits: Gesundheitliche Probleme sind oft Ursache für soziale Probleme, insbesondere im Erwachsenenalter. So ist z. B. der Grund für den Bezug von Sozialhilfeleistungen oft auch Krankheit.

Reduktion von gesundheitlicher Ungleichheit

- Wer ist zuständig für die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit?
- Gesundheitsdeterminanten:
 - Sozioökonomische Verhältnisse
 - Umwelt
 - Personale Ressourcen und Verhaltensmuster
- Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit ist eine thematische Querschnitts- und eine Verbundaufgabe von Bund, Kantonen, Gemeinden und Privaten.

Erfolgsfaktoren für Projekte für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche

- Es braucht:
 - Ressourcen
 - Partner
 - Vernetzung
 - politische Abstützung

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!