



Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften

Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0-4j.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention

Schlussbericht

Prof. Dr. med. Julia Dratva

Susanne Grylka-Bäschlin, PhD

Prof. Dr. phil. Thomas Volken

Dr. phil. Annina Zysset

Diese Studie wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Vertragsnr. 17.017689 erarbeitet

ZHAW Department Gesundheit

Technikumstrasse 71

8401 Winterthur

Datum: 28.02.2019

Inhaltsverzeichnis

1	Executive Summary	1
1.1	<i>Zusammenfassung Deutsch</i>	1
1.2	<i>Résumé en français</i>	3
1.1	<i>Sintesi in italiano</i>	6
2	Ausgangslage	9
3	Gegenstand der Übersichtsarbeit	10
4	Methodisches Vorgehen	11
4.1	<i>Zusammenstellung von bestehendem Wissen und nationalen Daten in der frühen Kindheit: Schwangerschaft bis 4-jährige</i>	11
4.2	<i>Studien und Projekte zur Erreichbarkeit von Familien in vulnerablen Situationen</i>	11
4.3	<i>Schätzung der Krankheitslast</i>	12
4.4	<i>Schätzung des Anteils vulnerabler Familien und betroffene Kinderpopulation</i>	13
5	Ergebnisse	15
5.1	<i>Bestehendes Wissen und nationale Datenquellen in der frühen Kindheit 0 - 4 Jahre einschliesslich der Schwangerschaft</i>	15
5.2	<i>Erreichbarkeit vulnerabler Familien - evaluierte Projekte in der Schweiz</i>	25
5.3	<i>Krankheitslast – Burden of disease</i>	45
	49
5.4	<i>Anteil vulnerabler Familien und betroffene Kinder</i>	50
6	Datenlücken	60
6.1	<i>Empfehlungen weiterführende Forschungsprojekte und Verbesserung der Datenlage</i>	63
7	Fazit	66
8	Referenzen	68
9	Anhang	72
9.1	<i>Tabelle 8: Projekte zur Erreichbarkeit von vulnerablen Familien (evaluierte Projekte)</i>	72
9.2	<i>Tabelle 9: Projekte zur Erreichbarkeit vulnerabler Familien (nicht evaluierte Projekte)</i>	81
9.3	<i>Tabelle 10: Datenquellen zur Kindergesundheit</i>	88
9.4	<i>Tabelle 11: Geschätzte absolute Krankheitslast nach Erkrankung, 2016</i>	89

1 Executive Summary

1.1 Zusammenfassung Deutsch

Die Schwangerschaft und frühe Kindheit (0-4 Jahre) sind Lebensphasen, die für eine gesunde Entwicklung und die Entstehung, aber auch für die Verhinderung von Krankheiten, sehr bedeutsam und wegweisend sind. Da die Familie für ein Kind in den ersten Lebensjahren das entscheidende soziale Bezugssystem darstellt, ist die Unterstützung von Familien ein wesentlicher Bestandteil der frühkindlichen Prävention und Gesundheitsförderung. Familien können wesentlich zur Verringerung von Risikofaktoren und zum Aufbau von Schutzfaktoren beitragen. In der Schweiz leben ca. 344'811 Kinder im Alter von 0 – 4 Jahren (2016). Dieser Bericht trägt in vier Kapiteln aktuelle Datenquellen zu Gesundheit und Wissen zur Gesundheitslast dieser Altersgruppe zusammen, und berichtet über evaluierte Präventionsprojekte sowie die Häufigkeit von Vulnerabilitätsfaktoren, wie z.B. missbräuchlicher Alkoholkonsum, Armut oder Gewalterfahrungen.

1. Datenlage. Um Aussagen über den Gesundheitszustand von jungen Kindern machen zu können, braucht es entsprechende Datengrundlagen. Im ersten Teil wurde daher die Datenlage zur Gesundheit der 0-4-jährigen Kinder erfasst, indem nationale Register-, Survey- und Studiendaten zusammengestellt wurden. Die Datenlage zu Gesundheitsindikatoren von Kindern hat sich in den letzten Jahren ein wenig verbessert, jedoch besteht immer noch ein Mangel an altersspezifischen Erhebungen im Kleinkindalter. Ein Grossteil der vorliegenden Daten wird weder mit einem Fokus auf Gesundheit noch auf das Kindesalter erhoben. Hinsichtlich Gesundheitsdeterminanten oder Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren liegen für Erwachsene Daten vor, jedoch sind diese ohne die Information zu Elternschaft für Kinder nicht aussagekräftig. In den selteneren Datenquellen, die Kinder ab Geburt erfassen, werden Daten in zu grossen Altersspannen aggregiert. Die von Euro-Peristat definierten Hauptindikatoren werden in der Schweiz erhoben, jedoch fehlen Erhebungen zu den empfohlenen Indikatoren wie z.B. Rauchen in der Schwangerschaft, mütterliches Bildungsniveau und BMI, elterliche Berufsklassifizierung.

Fazit/Empfehlung: Für ein Gesundheitsmonitoring von Kleinkindern in der Schweiz sollte ein nationaler Konsens zu einem „minimal set of indicators“ erarbeitet werden. Kurzfristig kann eine grundsätzliche Verbesserung der Datenlage erreicht werden, indem bestehende Routinedaten, Registerdaten und nationalen Surveys um die Erfassung der Elternpflichten und Alter der Kinder ergänzt werden und Elternschaft in den Gewichtungsfaktoren in nationalen Erwachsenensurveys berücksichtigt werden. Es wird vorgeschlagen die von Euro-Peristat empfohlenen Indikatoren zu erfassen und bestehende Surveys und Monitorings um weitere Gesundheitsfaktoren zu erweitern, bestenfalls diese longitudinal erheben. Um Wissen und Prävalenzdaten zu vulnerabler Lebenssituationen und gesundheitlichen Konsequenzen für die betroffenen Kinder zu generieren, bedarf es wissenschaftlicher Studien.

2. Projekte zur Erreichbarkeit von vulnerablen Familien. In einem zweiten Teil wurden evaluierte Projekte zur Erreichbarkeit von Familien in vulnerablen Situationen zusammengestellt. Dazu wurden die kantonalen Gesundheitsdienste nach diesbezüglichen Angeboten angefragt, sowie Angebote von spezifischen Institutionen gesichtet. Die Recherche und Analyse dieser Angebote ergaben, dass es in mehreren Kantonen ein vielfältiges Angebot für vulnerable Familien gibt, darunter auch viele evaluierte Projekte. Die erfassten Angebote beinhalten z.B. Angebote zur frühen Förderung, niederschwellige Elternbildung zu Gesundheit und Erziehung, Informationsvermittlung durch aufsu-

chende Angebote und Netzwerke für Fachpersonen. Die Evaluationen reichen von deskriptiven Angaben der Teilnehmenden bis zu Wirkungsevaluationen. Alle Berichte wiesen einen positiven Effekt auf Kind und/oder Eltern auf. Aufsuchende Angebote und die Vernetzung der Fachpersonen/Projekte untereinander wurden als wichtige Faktoren für die Erreichbarkeit genannt. Die Vernetzung und Koordination von Angeboten ist zentral, da vulnerable Familien oft mehreren Zielgruppen angehören und verschiedene Bedürfnisse haben, die von verschiedenen Angeboten abgedeckt werden. Der Umfang der Angebote ist pro Kanton sehr unterschiedlich. Aufgrund der Vielzahl der Akteure sind (den Kantonen) nicht alle Angebote bekannt, was eine Identifizierung von Versorgungslücken schwierig gestaltet.

Fazit/Empfehlung: Um das Angebot für vulnerable Familien ausbauen zu können wäre eine Charakterisierung der nicht erreichten bzw. nicht versorgten Mütter/Familien wichtig, sowie eine umfassende Übersicht der Angebote auf einer nationalen Plattform und eine Datenbank zu bestehenden Programmen, für Fachpersonen und um Eltern entsprechend beraten zu können.

3. Krankheitslast. Der dritte Teil befasste sich mit der Krankheitslast der 0-4-jährigen und fokusierte dabei auf 11 ausgewählte Krankheitsgruppen mit vergleichsweise hoher Krankheitslast. Neonatale Störungen sind die häufigste Ursache für frühzeitige Todesfälle und Leben mit krankheitsbedingter Einschränkung im Alter 0-4 Jahren. Die Ursachen oder möglichen Risikofaktoren dieser neonatalen Störungen wären aus Public Health Sicht von Interesse. Im Alter von 1-4 Jahren fallen die Anzahl an Unfällen und ernährungsbedingten Mangelerscheinungen auf, beides in hohem Masse präventable Umstände. Mit zunehmendem Alter steigen auch kardiovaskuläre, respiratorische und metabolische Erkrankungen. Eine Schwierigkeit der Krankheitslast im Alter von 0 – 4 Jahren ist deren Datengrundlage. Während die YLL auf Mortalitätsstatistik beruhen, liegen nicht für alle Erkrankungen und Risikofaktoren aktuelle repräsentative Daten für die Schweiz vor.

Fazit/Empfehlung: Wichtig für eine umfassendere Beurteilung der Krankheitslast – und im weiteren Sinne auch der Gesundheitsversorgung – ist, dass Todesursachen und Erkrankungen über Register oder repräsentative Studien erfasst werden, um bessere Datengrundlagen zu schaffen.

4. Anteil vulnerable Familien. Im vierten Teil wurden potentiell risikoreiche Kontexte beleuchtet, die zu einer substantiellen Reduktion des Kindeswohls oder einer ernsthaften Kindeswohlgefährdung beitragen können: 1) Leben in einem von absoluter oder relativer Armut betroffenen Umfeld, 2) Leben mit von Sucht betroffenen Eltern(teilen) und 3) Erfahrung von Gewalt. Das vorrangige Ziel war dabei, die Anzahl der betroffenen Kinder sowie die Anzahl betroffener Haushalte zu schätzen (Prävalenzen). Obgleich die Schätzungen methodisch durchführbar sind und die nötigen Unsicherheiten statistisch berücksichtigt werden können, sind die Ergebnisse mit Vorbehalt zu interpretieren. Die geschätzte Prävalenz der 0 – 4-jährigen Kinder, deren Eltern von Armut betroffen sind (46'189 Kinder) oder missbräuchlich Alkohol konsumieren (8'526), oder Kinder, die Gewalt erfahren haben (11'365), lässt keinen Rückschluss auf die gesundheitlichen Konsequenzen für die Kinder zu. Zudem muss auf Grund einer hohen Dunkelziffer von einer Unterschätzung der Prävalenzen ausgegangen werden.

Fazit/Empfehlung: Nur mit populationsbasierten Studien mit ausreichender Beteiligung der Risikogruppen könnte die tatsächliche Relevanz dieser Vulnerabilitäts-Faktoren im Kontext der Schweiz für die Gesundheit von Kindern erfasst werden.

Zusammenfassend legt der Bericht den Bedarf einer verbesserten Datengrundlage für die Altersgruppe der 0 – 4-Jährigen dar sowie einer Sichtbarmachung und Vernetzung der Angebote für vulnerable Familien und identifiziert Forschungsbedarf zu gezielten Fragestellungen. Die Empfehlungen basieren auf dem Wissen um die Bedeutung der frühen Kindheit für eine gesunde Entwicklung und dessen langfristige Relevanz.

1.2 Résumé en français

La grossesse et la petite enfance (de 0 à 4 ans) représentent deux phases de la vie très importantes et déterminantes non seulement pour le développement sain et la construction de la personne, mais également pour la prévention des maladies. Étant donné que la famille est le principal système de référence social pour un enfant au cours des premières années de sa vie, le soutien familial doit faire partie intégrante de la prévention des maladies infantiles et de la promotion de la santé. Les familles ont la possibilité de contribuer grandement à la réduction des facteurs de risque et au développement de facteurs de protection. La Suisse compte 344 811 enfants de 0 à 4 ans (2016). Ce rapport regroupe sous quatre chapitres les sources d'informations actuelles sur la santé et les connaissances relatives au fardeau des maladies de ce groupe d'âge. Par ailleurs, il présente les projets de prévention évalués, ainsi que la fréquence des facteurs de vulnérabilité, tels que la consommation abusive d'alcool par les parents, la pauvreté ou les expériences de violence.

Le rapport comporte 4 parties :

1. État des données: Pour pouvoir être en mesure de se prononcer sur l'état de santé des jeunes enfants, il est nécessaire de disposer de bases de données appropriées. Dans la première partie, nous avons donc présenté l'état des données relatives à la santé des enfants âgés de 0 à 4 ans en compilant des données issues d'archives, d'enquêtes et d'études nationales. L'état des données relatives aux indicateurs de santé des enfants s'est légèrement amélioré ces dernières années, même si aucune enquête spécifique concernant les nourrissons n'est encore disponible. Une grande partie des données disponibles ont été collectées sans que l'accent ne porte sur la santé ou sur l'âge des enfants. Des données sur les déterminants de santé ou les facteurs de vulnérabilité et de risque sont disponibles pour les adultes, mais sans informations sur le devoir d'éducation des enfants, celles-ci ne sont pas pertinentes. Dans les sources d'informations plus rares, qui enregistrent les enfants dès leur naissance, les données sont agrégées au sein de tranches d'âge trop vastes. Les indicateurs principaux définis par Euro-Peristat ont été saisis en Suisse, mais il manque des données sur les indicateurs recommandés, comme la consommation de tabac pendant la grossesse, le niveau d'éducation et l'IMC de la mère, ainsi que la catégorie professionnelle des parents.

Conclusion/Recommandation: pour pouvoir surveiller la santé des enfants en bas âge en Suisse, il est nécessaire d'obtenir un consensus national au sujet d'un « ensemble minimal d'indicateurs ». À court terme, il est possible d'améliorer fondamentalement l'état de la base de données en intégrant dans les données de routine existantes, les données des registres et les enquêtes nationales les tâches éducatives et l'âge des enfants tout en prenant en compte la condition parentale dans les facteurs de pondération utilisés dans les enquêtes nationales menées auprès des adultes. Il est proposé d'enregistrer les indicateurs recommandés par Euro-Peristat et d'étendre les enquêtes et les suivis existants à d'autres facteurs de santé, au mieux de les collecter de façon transversale. Afin

de multiplier les connaissances et les données de prévalence sur les situations de vulnérabilité et les conséquences sanitaires pour les enfants concernés, il est nécessaire de réaliser des études scientifiques.

2. Projets visant à atteindre les familles vulnérables. La deuxième partie présente des projets ayant été évalués et visant à atteindre les familles en situation de vulnérabilité. Pour cela, les services de santé des cantons ont été invités à présenter des offres dans ce domaine et des propositions émanant d'institutions spécifiques ont été examinées. La recherche et l'analyse de ces offres ont permis de diversifier les services disponibles auprès des familles vulnérables dans plusieurs cantons, dont un grand nombre de projets évalués également. Parmi les propositions figurent, par exemple, des offres concernant un soutien précoce, une formation élémentaire des parents à la santé et à l'éducation, ainsi que la transmission d'informations par le biais d'offres sur le terrain et de réseaux d'experts. Les évaluations prennent des formes très diverses, des informations descriptives fournies par les participants aux évaluations d'impact. Tous les rapports suggèrent un effet positif pour les enfants et/ou les parents. Qu'il s'agisse des offres sur le terrain ou des réseaux d'experts/de projets, ces propositions ont été identifiées comme des facteurs importants en termes d'accessibilité. La centralisation et la coordination des offres sont essentielles, car les familles vulnérables appartiennent souvent à plusieurs groupes cibles et ont des besoins différents qui sont couverts par plusieurs offres. L'étendue des offres proposées varie considérablement d'un canton à un autre. En raison du nombre important d'acteurs, toutes les offres ne sont pas connues (des cantons), ce qui rend difficile l'identification des déficits au niveau des prestations.

Conclusion/Recommandation: pour pouvoir étendre l'offre destinée aux familles vulnérables, il serait important de définir les caractéristiques des mères et des familles qui n'ont pas été atteintes ou prises en charge, ainsi que de disposer d'un aperçu complet des offres disponibles sur une plateforme nationale et d'une base de données des programmes existants à l'attention des professionnels pour leur permettre de conseiller les parents de façon appropriée.

3. Charge de morbidité. La troisième partie porte sur la charge de morbidité des enfants âgés de 0 à 4 ans et se concentre à ce sujet sur 11 groupes de maladies choisis présentant tous un niveau élevé de fardeau comparable. Les troubles néonataux représentent la cause la plus fréquente de décès prématuré et de handicap des suites d'une maladie chez les enfants de 0 à 4 ans. Les causes ou les facteurs de risque possibles de ces troubles néonataux pourraient être intéressants du point de vue de la santé publique. Entre 1 et 4 ans, le nombre d'accidents et les symptômes de carence nutritionnelle, deux situations hautement évitables, ne passent pas inaperçus. Avec l'âge, les maladies cardiovasculaires, respiratoires et métaboliques augmentent également. Xx L'une des difficultés liées à la charge de morbidité entre 0 et 4 ans concerne sa base de données. Bien que le nombre d'années de vie perdues soit basé sur des statistiques de mortalité, les données représentatives actuelles pour la Suisse ne sont pas disponibles pour toutes les maladies et tous les facteurs de risque.

Conclusion/Recommandation: pour permettre une évaluation plus complète de la charge de morbidité et, plus généralement, des soins de santé, il est important que les causes des décès et des maladies soient enregistrées dans des registres ou par le biais d'études représentatives afin de créer de meilleures bases de données.

4. Proportion de familles vulnérables. Dans la quatrième partie, nous avons étudié les contextes potentiellement risqués, susceptibles d'altérer de façon significative le bien-être des enfants ou de représenter un risque important pour leur bien-être : 1) évolution dans un environnement concerné par la pauvreté absolue ou relative, 2) évolution auprès de parents ou de tuteurs souffrant de dépendance et 3) expérience de violence. L'objectif principal était d'estimer le nombre d'enfants et de foyers concernés (prévalences). Bien que les estimations soient réalisables d'un point de vue méthodologique et que les incertitudes nécessaires puissent être prises en compte sur le plan statistique, les résultats doivent être interprétés avec précaution. La prévalence estimée des enfants de 0 à 4 ans touchés par la pauvreté (46 189), victimes de violence (11 365) ou dont les parents ou les tuteurs abusent de boissons alcoolisées (8 526) ne permet pas de tirer de conclusions sur les conséquences sanitaires pour les enfants. Par ailleurs, il convient de supposer que ces données de prévalence ont été sous-estimées en raison du nombre élevé de cas non signalés.

Conclusion/Recommandation: Seules des études de population garantissant une participation suffisante des groupes à risque pourraient déterminer la pertinence réelle de ces facteurs de vulnérabilité pour la santé des enfants dans le contexte de la Suisse.

En résumé, le rapport souligne la nécessité d'améliorer la base de données pour le groupe d'enfants âgés de 0 à 4 ans, ainsi que d'optimiser la visibilité et la mise en réseau des offres destinées aux familles vulnérables. Il identifie également les besoins en termes de recherche au sujet de questions ciblées. Les recommandations s'appuient sur les connaissances dont nous disposons actuellement sur l'importance de la petite enfance dans le développement sain de tout individu et sur leur pertinence à long terme.

1.1 Sintesi in italiano

La gravidanza e la prima infanzia (0–4 anni) sono fasi della vita di fondamentale importanza in quanto pongono le basi per uno sviluppo sano, possono determinare la comparsa di malattie, come pure aiutare nella loro prevenzione. Poiché la famiglia rappresenta il sistema di riferimento sociale decisivo di un bambino nei primi anni di vita, il sostegno dei familiari deve essere parte integrante della prevenzione e della tutela della salute nella prima infanzia. Le famiglie possono contribuire in modo rilevante alla riduzione dei fattori di rischio e allo sviluppo dei fattori di protezione. In Svizzera vivono 344 811 bambini appartenenti alla fascia di età 0 – 4 anni (2016). Il presente rapporto riassume in quattro capitoli le fonti attuali dei dati sulla salute e le conoscenze sul carico di malattia di questo gruppo anagrafico e informa sui progetti di prevenzione valutati nonché sulla frequenza dei fattori di vulnerabilità, come ad esempio l'abuso di alcol da parte dei genitori, la povertà o esperienze di violenza.

Il rapporto si compone di quattro parti:

1. Dati disponibili. Per poter fare affermazioni sullo stato di salute dei bambini piccoli occorre partire da una corrispondente base di dati. Nella prima parte sono pertanto stati raccolti i dati disponibili sulla salute dei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni, combinando i dati di registri, sondaggi e studi. I dati disponibili sugli indicatori di salute dei bambini sono leggermente migliorati negli ultimi anni, tuttavia persiste una carenza di rilevazioni specifiche per età nella prima infanzia. Gran parte dei dati raccolti e disponibili non prendendo in considerazione né la salute né l'età dei bambini. I dati sui determinanti della salute o sui fattori di vulnerabilità e di rischio sono invece disponibili per gli adulti, tuttavia non sono significativi per i bambini in assenza di informazioni riguardo ai doveri educativi. Nelle fonti di dati più rare che seguono i bambini dalla nascita i dati vengono aggregati in fasce d'età troppo ampie. In Svizzera vengono rilevati gli indicatori principali definiti da Euro-Peristat, tuttavia mancano rilevazioni sugli indicatori consigliati come ad es. il fumo in gravidanza, il livello di istruzione e il BMI della madre e la classificazione delle professioni dei genitori.

Conclusione/raccomandazione: Per un monitoraggio della salute dei bambini piccoli in Svizzera occorrerebbe raggiungere un consenso a livello nazionale su un «minimal set of indicators». A breve termine è possibile ottenere un miglioramento sostanziale dei dati disponibili, integrando i dati di routine, i dati dei registri e dei sondaggi nazionali esistenti con la copertura dei doveri di educazione e dell'età dei bambini e tenendo conto della genitorialità nei fattori di ponderazione dei sondaggi sugli adulti a livello nazionale. Si propone di rilevare gli indicatori consigliati da Euro-Peristat e di ampliare i sondaggi e i monitoraggi esistenti con ulteriori fattori della salute, nel migliore dei casi in una rilevazione longitudinale. Per generare conoscenza e dati sulla prevalenza relativi a situazioni di vita vulnerabili e conseguenze per la salute dei bambini interessati servono studi scientifici.

2. Progetti sulla raggiungibilità delle famiglie vulnerabili. Una seconda parte riassume i progetti valutati relativi alla raggiungibilità delle famiglie in situazioni vulnerabili. Sono stati interpellati i servizi sanitari cantonali in merito alla presenza di offerte in tal senso, inoltre sono state valutate le offerte di istituzioni specifiche. La ricerca e l'analisi di queste offerte hanno dimostrato che in molti cantoni esiste un'offerta variegata per le famiglie vulnerabili, tra cui anche molti progetti valutati. Le offerte rilevate comprendono ad esempio programmi per la promozione della prima infanzia, offerte formative a bassa soglia per i genitori in relazione a salute e educazione, divulgazione tramite offerte a domicilio e reti per il personale sul campo. Le valutazioni spaziano dalle informazioni descrittive dei partecipanti alle valutazioni dell'efficacia. In tutti i rapporti emerge un effetto positivo sul bambino e/o

sui genitori. Le offerte a domicilio e il networking dei professionisti/dei progetti sono stati definiti come fattori importati per la raggiungibilità. Il networking e il coordinamento delle offerte sono fondamentali, poiché le famiglie vulnerabili spesso appartengono a più gruppi target e hanno esigenze diverse, che vengono coperte da offerte diverse. L'entità delle offerte è molto diversa a seconda del cantone. A seguito del gran numero di attori, (i cantoni) non sono a conoscenza di tutte le offerte disponibili, cosa che rende difficile l'identificazione delle carenze nei servizi.

Conclusione/raccomandazione: Per poter ampliare l'offerta per le famiglie vulnerabili sarebbe importante riuscire a caratterizzare le madri/ le famiglie non raggiunte o rispettivamente non assistite, nonché avere una panoramica completa delle offerte su una piattaforma nazionale e una banca dati dei programmi esistenti per il personale sul campo e per poter offrire consulenza ai genitori.

3. Carico di malattia. La terza parte si occupa del carico di malattia dei bambini da 0 a 4 anni ed è incentrata su 11 gruppi di malattie selezionate con un carico di malattia alto. I disturbi neonatali nella fascia di età 0 – 4 anni, sono la causa più frequente di morte precoce e di restrizioni nella propria vita. Le cause o i possibili fattori di rischio di tali disturbi neonatali potrebbero essere interessanti dal punto di vista della salute pubblica. Nella fascia di età 1 – 4 anni colpisce il numero di incidenti e sindromi di carenza nutrizionale, entrambe circostanze in larga misura evitabili. Con l'aumentare dell'età aumentano anche le malattie cardiovascolari, respiratorie e metaboliche. Una difficoltà del carico di malattia nella fascia di età 0 – 4 anni è la relativa base di dati. Mentre gli anni di vita perduti (YLL o Years of Life Lost) si basano sulle statistiche sulla mortalità, non per tutte le malattie e i fattori di rischio vi sono dati rappresentativi aggiornati per la Svizzera.

Conclusione/raccomandazione: Per una valutazione più completa del carico di malattia e in senso più ampio anche dell'erogazione dei servizi sanitari, è importante che le cause di morte e le malattie vengano riportate nei registri o in studi rappresentativi, al fine di ottenere basi di dati migliori.

4. Numero di famiglie vulnerabili. La quarta parte getta luce sui contesti potenzialmente ricchi di rischi, i quali possono portare a una sostanziale riduzione del benessere del bambino o metterlo seriamente a repentaglio : 1) vita in un ambiente di povertà assoluta o relativa, 2) convivenza con persone che hanno la responsabilità sul minore affette da una dipendenza e 3) esperienza di violenza. Obiettivo prioritario era quello di valutare il numero di bambini interessati e il numero delle famiglie coinvolte (prevalenze). Sebbene le stime possano essere effettuate metodicamente e le necessarie incertezze prese in considerazione dal punto di vista statistico, i risultati devono essere interpretati con cautela. La prevalenza stimata di bambini nella fascia di età 0 – 4 anni che vivono in povertà (46 189 bambini), hanno sperimentato la violenza (11 365), o convivono con persone che hanno la responsabilità su di loro che abusano di alcol (8 526), non consente di trarre alcuna conclusione sulle conseguenze per la salute. Inoltre, a causa dell'elevato numero di casi non segnalati, si deve ipotizzare una sottostima delle prevalenze.

Conclusione/raccomandazione: Solo con studi basati sulla popolazione e che presentano un numero sufficiente di partecipanti appartenenti ai gruppi a rischio potrebbe essere possibile registrare l'effettiva rilevanza di questi fattori di vulnerabilità per la salute dei bambini nel contesto svizzero.

In sintesi il rapporto evidenzia la necessità di una base di dati migliore per la fascia di età 0 – 4 anni nonché il bisogno di rendere visibile e collegare le offerte per le famiglie vulnerabili e identifica la necessità di ricerca su questioni specifiche. Le raccomandazioni si basano sulla consapevolezza dell'importanza di uno sviluppo sano nella prima infanzia e della sua rilevanza a lungo termine.

2 Ausgangslage

Die Grundlagen für ein gesundes Leben werden früh gelegt. Die Schwangerschaft und die frühe Kindheit (0-4 Jahre) sind prägende Phasen im Leben, die für die Entstehung, aber auch für die Verhinderung von Krankheiten bedeutsam sind. In den vergangenen Jahren, ausgehend von der Barker Hypothese bis zur Developmental Origins of Health and Disease (DOHAD) Hypothese, wurden verschiedene Mechanismen dieser langfristigen Auswirkungen der frühen Kindheit für nicht-übertragbare Erkrankungen erkannt. «Early programming» beruht auf früher Exposition zu Gesundheitsdeterminanten und Umweltfaktoren. «Tracking» von Verhalten ist ein Mechanismus, der insbesondere durch Gesundheitsförderung oder frühe Förderung beeinflusst werden kann.

Im Zentrum der Massnahmen steht die Prävention in der Schwangerschaft und frühen Kindheit. Während in der Schwangerschaft stark auf die Prävention von Schwangerschaftskomplikationen und Reduktion von embryonalen Risikofaktoren, wie mütterliches Rauchen, fokussiert wird, umfasst die Prävention in der frühen Kindheit sowohl Massnahmen aus dem Gesundheits- und dem Sozialbereich, als auch dem Bildungsbereich. Da die Familie für ein Kind in den ersten Lebensjahren das entscheidende soziale Bezugssystem darstellt, ist ein wesentlicher Bestandteil der frühkindlichen Prävention die Unterstützung von Familien. Familien leisten einen zentralen Beitrag zur Verringerung von Risikofaktoren und zum Aufbau von Schutzfaktoren. Weiter spielt die frühkindliche Betreuung durch Fachpersonen, z.B. Pädiater und Pädiaterinnen oder Hebammen, eine Rolle. Sie sind beratend tätig und erbringen präventive Leistungen, z.B. Impfungen oder Stillförderung. Zudem haben sie Einblick in die Familien und deren mögliche Risiken. Neben physischen Risiken sind psychische Risiken nicht selten.

Kinder, die in psychosozial belasteten Familien, insbesondere in Familien mit Migrationshintergrund, aufwachsen, haben erhöhte Risiken für eine spätere beeinträchtigte Gesundheit und Entwicklung (Bauman, Silver et al. 2006, Muzik, Bocknek et al. 2013, Origlia Ikhilor, Hasenberg et al. 2017). Prävention in der frühen Kindheit zielt daher nicht zuletzt darauf ab, eine übermässige Stressbelastung des Kindes zu verhindern, indem Eltern mit psychischen Erkrankungen oder mehrfachbelastete Familien möglichst früh erkannt werden. Hierzu gehören Familien, in denen Gewalt und emotionale Vernachlässigung existiert, Suchtprobleme oder elterliche psychische Erkrankungen vorliegen, sowie Armut neben anderen Stressoren hinzukommen.

Psychosozial belastete Familien haben jedoch einen schlechteren Zugang zu Betreuungsangeboten nach der Geburt ihres Kindes und nutzen die Angebote weniger häufig (Wilcox, Levi et al. 2016). Obgleich Angebote für vulnerable und sozial benachteiligte Familien in der Regelversorgung, wie auch Angebote im Rahmen von Initiativen und Modellversuchen bestehen, ist festzuhalten, dass eine systematische Übersicht über die bestehenden Angebote sowie deren Wirksamkeit bisher nicht vorliegt.

Der Bericht zu Kinder- und Jugend Gesundheitsmonitoring in der Schweiz (2013) (Dratva and Zemp 2013) hat erstmals eine umfassende Übersicht der bestehenden Daten zu Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen erarbeitet. In diesem Bericht wurde der besondere Mangel an Daten zu Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten in der Altersgruppe der 0 – 4-jährigen deutlich. Die nationale Datenlage zu Gesundheitsergebnissen, ebenso zu der Anzahl Kinder, die in vulnerablen Familien leben oder Gesundheitsrisiken gegenüber exponiert sind, hat sich seitdem geringfügig verbessert. Seit 2013 sind weitere Angebote für Familien im Gesundheits- und Sozialbereich hinzugekom-

men und neue Studien und Datenerhebungen zur Gesundheit von Kindern und der Situation von Familien und ihren Kindern liegen vor. Der vorliegende Bericht wird anhand der vorgegebenen Fragestellungen Daten zusammentragen, eine Übersicht erstellen, Schätzungen vorlegen und Datenlücken und -bedarf sowie weitergehende Empfehlungen formulieren.

3 Gegenstand der Übersichtsarbeit

Die Übersichtsarbeit fokussiert auf die Altersgruppe der 0 – 4-jährigen in der Schweiz sowie auf die Erreichbarkeit und Unterstützung deren Familien im Kontext Gesundheit und Gesundheitsförderung. Dies schliesst die «intrauterine» Lebensphase mit ein, bzw. den Gesundheitszustand von Schwangeren in der Schweiz.

Die Zielsetzungen des Berichtes sind:

- 1) Zusammenstellung von bestehendem Wissen und nationalen Datenquellen in der frühen Kindheit 0 - 4 Jahre einschliesslich der Schwangerschaft (auf der Basis von bestehenden Indikatoren, Datenbanken, Berichten, Register und Evaluationen).
- 2) Übersicht über Studien und Projektevaluationen zu Erreichbarkeit von Familien, insbesondere in vulnerablen Situationen.
- 3) Zusammenfassung der aktuellen Schätzungen des «burden of disease» der 0 - 4-jährigen in der Schweiz anhand von Morbiditäts- und Mortalitätsdaten zu Erkrankungen, psychische Gesundheit, und Behinderungen.
- 4) Schätzung des Anteils vulnerabler Familien mit Kindern (Haushalte) und Anzahl betroffener Kinder: sozioökonomische, Sucht- oder Gewalt bedingte Vulnerabilität

Auf der Basis dieser Ergebnisse werden

- 5) Datenlücken identifiziert
- 6) Empfehlungen für weiterführende Projekt- und Forschungsaktivitäten (z.B. Sekundäranalysen, Datenverknüpfungen) in der Schweiz formuliert.

Die Ergebnisse stellen eine wichtige Informationsquelle für den nächsten Nationalen Gesundheitsbericht (NGB), welchen das OBSAN für 2020 plant, und welcher Kinder- und Jugendgesundheit zum Hauptthema hat. Die geforderte Übersichtsarbeit umfasst das Alter 0 - 4 Jahre, somit nur eine kurze Lebensspanne des NGB, der 0-25 Jahre umfasst. Autoren des NGB sind über das Mandat und dessen Zielsetzungen informiert und werden über die Ergebnisse bzw. die identifizierten Datenquellen informiert.

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Zusammenstellung von bestehendem Wissen und nationalen Daten in der frühen Kindheit: Schwangerschaft bis 4-jährige

Die Übersichtstabelle aus dem Bericht Datenlage zu Kinder- und Jugendgesundheit (Dratva and Zemp 2013) wurde überarbeitet, indem einerseits die bereits erfassten Datenquellen auf den Altersbereich 0-4 Jahre eingegrenzt und andererseits diese um neue Datenquellen ergänzt wurden. Einzelne Kategorien wurden ebenfalls ergänzt. So bezieht sich Suchtmittelkonsum oder Risikoverhalten überwiegend auf Daten zum Verhalten der Eltern (Tabelle 1 und Tabelle 2, Risikoverhalten der Eltern)

Für den vorliegenden Bericht wurden Risikofaktoren bzw. Vulnerabilitätsfaktoren, die unter Punkt 4 untersucht werden, getrennt erfasst. Hier wird insbesondere die Unterscheidung gemacht, ob Daten zu den Faktoren auf der Ebene Eltern, Haushalte mit oder ohne Kinder oder «nur» Erwachsene ausgewiesen werden. Die untersuchten Vulnerabilitätsfaktoren in Tabelle 1 und Tabelle 2 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** entsprechen nur einem Teil der möglichen Risiko- oder Vulnerabilitätsfaktoren (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010). Die Peristat-Indikatoren (Euro-Peristat 2018) weisen zum Beispiel weitere aus: BMI der Mutter, mütterliches Rauchen, Alter bei Geburt, sozioökonomischer Status der Eltern (Tabelle 3).

4.2 Studien und Projekte zur Erreichbarkeit von Familien in vulnerablen Situationen

Basierend auf internem Projekt-Wissen der Fachstelle „Hebammenwissenschaften“ und „Gesundheitswissenschaften“ wurde in einem ersten Schritt mittels Literatur- und Dokumentensuche in Datenbanken und im Internet weitere Angebote der Versorgung und der spezifischen „Frühen Förderung“ für werdende Mütter und Familien mit Kindern von 0-4 Jahren gesucht. Um eine möglichst vollständige Übersicht der Angebote in der Schweiz zu erhalten, wurden in allen Kantonen das Kantonale Gesundheitsdepartement, bzw. die Stelle für Gesundheitsförderung und Prävention angefragt, ob sie eine Übersicht zu ihren Präventionsangeboten für Familien und Kinder zur Verfügung stellen könnten. Von 22 der 26 angefragten Kantonen gab es eine Rückmeldung, wobei die wenigsten Kantone eine Übersichtsliste führen und einige Kantone keine entsprechenden Angebote haben. Gezielt wurde auch auf Webseiten von nationalen Organisationen gesucht, die sich um Prävention und Gesundheitsförderung oder eine der Zielgruppen kümmern, wie Gesundheitsförderung Schweiz, BAG, Caritas oder Sucht Schweiz.

Bei der Erstellung der Übersicht für den vorliegenden Bericht wurde ein Schwerpunkt auf evaluierte Schweizer Förder- und Präventionsangebote für werdende Mütter und Familien mit jungen Kindern in vulnerablen Situationen gelegt. Wobei Evaluation weit gefasst wird: von Projekt-Jahresberichte mit Teilnahmequoten bis zu wissenschaftlicher Wirkungsforschung. Da es speziell für die Zielgruppe der vulnerablen Familien viele nicht evaluierte Projekte gibt, wurden auch solche aufgeführt, um einen besseren Überblick über bestehende Angebote zu liefern. Die Ergebnisse wurden tabellarisch zusammengestellt mit den Rubriken Projekinhalt und Ziel, Zielgruppe, Durchführungsorte, Evaluation, Programmart (Hausbesuch, Eltern-Kind-Gruppe, Elternbildung, Netzwerke) sowie Programmfokus (Frühförderung, Erziehungskompetenz fördern, Gesundheit (-skompetenz) fördern). Für ausgewählte

Projekte wurde die Evaluation genauer analysiert, um Erfolgsfaktoren zu identifizieren. Die Ergebnisse der Literaturstudie zu evaluierten Schweizer Angeboten werden hinsichtlich Evidenz und Lücken diskutiert.

4.3 Schätzung der Krankheitslast

Bei der Beschreibung der Krankheitslast bei den unter 5-Jährigen konzentrieren wir uns auf 11 ausgewählte Krankheitsgruppen mit vergleichsweise hoher Krankheitslast. Im Einzelnen sind dies:

- Neonatale Störungen
- Kongenitale Fehlbildungen
- Diabetes, urogenitale und endokrine Krankheiten
- Unfälle
- Neubildungen
- Leukämie
- Neurologische Störungen
- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Chronische Atemwegserkrankungen
- Psychische und substanzbedingte Störungen
- Augen- und Ohrenkrankheiten
- Ernährungsbedingte Mangelerscheinungen

In den vergangenen Jahrzehnten wurden unterschiedliche, zusammenfassende Indikatoren zur vergleichenden Beurteilung der Gesundheit von Populationen bzw. deren Krankheitslast entwickelt. Gemeinsam ist der Mehrzahl dieser Indikatoren, dass sie Informationen zu Sterblichkeit und Krankheit in einer einzigen Zahl zusammenfassen, um Vergleiche zwischen unterschiedlichen Populationen zu ermöglichen. Für die Darstellung der Krankheitslast (engl. *burden of disease*) in der frühen Kindheit verwenden wir einen Indikator, welcher «Gesundheitslücken» erfasst. Eine solche Lücke kann als Verlust an Lebensjahren bei vollständiger Gesundheit beschrieben werden, wobei der Verlust an Lebensjahren durch vorzeitigen Tod mit dem Verlust an Lebenszeit durch Krankheit oder Behinderung kombiniert wird. Die hier verwendeten behinderungsbereinigten Lebensjahre (engl. *disability adjusted life years, DALY*) beschreiben entsprechend die Differenz zwischen einer tatsächlichen Situation und einer idealen Situation, in der jede Person bei voller Gesundheit bis zum dem Alter lebt, das der Standard-Lebenserwartung¹ entspricht. Präziser ausgedrückt erfassen DALY die Summe aus dem jetzigen Wert an zukünftigen verlorenen Lebensjahren aufgrund vorzeitiger Tode (engl. *years of life lost, YLL*) und dem jetzigen Wert an zukünftiger Lebenszeit, gewichtet um den Schweregrad der Behinderung oder Krankheit (engl. *years lived with disease/disability, YLD*).

¹ Die standardisierte Lebenserwartung beträgt für Frauen 82.5 und für Männer 80 Jahre.

Es gilt:

$$DALY = YLL + YLD \quad (1)$$

$$YLL = N \cdot L \quad (2)$$

wobei:

N: Anzahl der vorzeitigen Todesfälle

L: verbleibende Lebenserwartung im Sterbealter

$$YLD = I \cdot W \cdot L \quad (3)$$

wobei:

I: Anzahl der Krankheitsfälle

W: Schwere der Krankheit oder Behinderung

L: durchschnittliche Dauer der Krankheit oder Behinderung

Als Mass für die Beurteilung der Gesundheit einer Population bringen die DALY einen Verlust an behinderungsfreien Lebensjahren zum Ausdruck, der womöglich minimiert werden sollte. Belaufen sich die DALY für eine Behinderung oder Krankheit in einer Altersgruppe auf 5'000, so bedeutet dies, dass in dieser Gruppe *insgesamt* 5'000 Personenjahre nicht bei vollständiger Gesundheit gelebt werden können. Sämtliche nachfolgenden Kennzahlen der Krankheitslast basieren auf Daten und Schätzungen des Global Burden of Disease Collaborative Network (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME) für das Jahr 2016.

4.4 Schätzung des Anteils vulnerabler Familien und betroffene Kinderpopulation

Im vorliegenden Bericht wurden drei Kontexte beleuchtet, die für Kinder ein potentielles Risiko darstellen und zu einer substantiellen Reduktion des Kindeswohls oder einer ernsthaften Kindeswohlgefährdung beitragen können: 1) Leben in einem von absoluter oder relativer Armut betroffenen Umfeld, 2) leben mit von Sucht betroffenen Eltern(teilen) und 3) Erfahrung von Gewalt. Das vorrangige Ziel war dabei, die Anzahl der betroffenen Kinder sowie die Anzahl betroffener Haushalte zu schätzen (Prävalenzen). Entsprechend des beschreibenden Charakters dieses Vorgehens sind keine direkten kausalen Rückschlüsse auf die effektiven Auswirkungen möglich, die sich für die Kinder ergeben, wenn sie in diesen Kontexten leben und aufwachsen. Allerdings existieren zahlreiche Studien, welche belegen, dass Kinder, die in von Armut, Sucht oder Gewalt belasteten Familien aufwachsen, in ihrer kognitiven, emotionalen, sozialen und gesundheitlichen Entwicklung substantiell benachteiligt sind (Zimmermann 1995, Engfer 1997, Christoffersen and Soothill 2003, Lampert, Hagen et al. 2010, Wilson-Simmons, Jiang et al. 2017, Singer, Min et al. 2018). Dementsprechend markieren die drei Kontexte spezifische soziale Felder, in denen Kinder mit einer erhöhten Vulnerabilität konfrontiert sind.

Die spezifischen Lebensumstände der Zielpopulation der 0-4-Jährigen musste aus unterschiedlichen Quellen erschlossen werden. Zunächst liefert die Bevölkerungsstatistik der Schweiz, STATPOP, die notwendigen Angaben zu den Populationen. Informationen zu den Lebensbedingungen und der sozioökonomischen Situation der Eltern bzw. der Haushalte mit Kindern (Armut, Armutsgefährdung) liessen sich aus der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC, 2014-2016) des Bundesamtes für Statistik sowie entsprechender Studien, welche auf diesen Daten beruhen, gewinnen. Primäre Quelle für die Schätzungen der Anzahl suchtbelasteter Familien war das Suchtmonitoring der

Schweiz 2011-2016 (Gmel, Kuendig et al. 2017) und Schätzungen von Kindeswohlgefährdungen der 0-4-Jährigen basierten auf Befunden der Optimus Studie (Schmid 2018).

Monte Carlo Simulation

Daten zu Drogenkonsum, Gewalt und Armut und die damit verknüpften Prävalenzen der betroffenen Personen sind stets mit Unsicherheiten behaftet. Dies hat einerseits damit zu tun, dass Datenerhebungen oft nur auf der Grundlage von Stichproben erfolgen. Andere Ursachen für eine fragwürdige Datenqualität können aber auch die Studiendesigns, ungenügende Testcharakteristika oder die mangelnde Erreichbarkeit der betroffenen Zielpopulation sein. Darüber hinaus kann es durchaus vorkommen, dass spezifische Daten (noch) gar nicht oder nicht in einer der Fragestellung entsprechenden Form vorliegen: So etwa fehlen beispielsweise gesicherte empirische Daten, welche es erlauben den Alkoholkonsum von Eltern(teilen), aufgeschlüsselt nach Anzahl und Alter der Kinder, zu ermitteln. Ebenso ist unklar, ob Eltern und Nichteltern sich in Bezug auf ihren Alkoholkonsum unterscheiden und inwiefern etwaige Unterschiede in Abhängigkeit des Alters auftreten. Auch geben die Daten nicht her, welche Auswirkungen das Risikoverhalten oder der Vulnerabilitätsfaktor auf die Kinder im gleichen Haushalt hat. In all diesen Fällen ist es sinnvoll, Modellparameter nicht als Punktschätzer zu konzipieren, sondern die Parameterwerte über geeignete Wahrscheinlichkeitsverteilungen abzubilden, die deren Ausmass an Unsicherheit reflektieren und einen sinnvollen, erwarteten Bereich von möglichen Parameterwerten ergeben. Dabei orientieren wir uns an einem in der Praxis bereits erprobten Vorgehensmodell (Devleeschauwer, McDonald et al. 2014) und verwenden bei der Modellierung unserer Prävalenzschätzungen unterschiedliche Wahrscheinlichkeitsverteilungen (Beta-Verteilung, Beta-PERT-Verteilung, Gamma-Verteilung), um Parameterunsicherheiten zu integrieren. Die eigentlichen Schätzungen erfolgen mittels Monte Carlo Simulationen mit jeweils 100'000 Iterationen, jeweils getrennt für die belasteten Kinder und Haushalte. Bei der Monte Carlo Methode werden während jeder Iteration für die mit Unsicherheit behafteten Parameter Zufallswerte aus den definierten Zufallsverteilung gezogen und die Zufallswerte für die Berechnung der Anzahl belasteter Kinder und Haushalte verwendet.

5 Ergebnisse

5.1 Bestehendes Wissen und nationale Datenquellen in der frühen Kindheit 0 - 4 Jahre einschliesslich der Schwangerschaft

Die nachfolgenden Übersichten zum aktuellen Wissensstand und Datenquellen zu Gesundheit in der frühen Kindheit basieren auf bestehenden Indikatoren und relevanten Gesundheitsthemen und weisen Datenquellen (Register-, nationale Survey- und Studiendaten) in der Schweiz aus.

Die vollständige Tabelle zu Gesundheitsrelevanten Datenquellen für die frühe Kindheit ist im Anhang (Tabelle 10) zu finden. Der Übersichtlichkeit halber präsentieren wir hier eine Tabelle, die sich auf die Vulnerabilitätsfaktoren beschränkt. Die Tabellen weisen einerseits aus, welche Datenquellen zu welchen Indikator-Kategorien vorliegen (Tabelle 1) und andererseits erfassen sie die methodischen Aspekte und die Repräsentativität der Daten (Tabelle 2). Die Kolonnen *Fokus Kinder* oder *Fokus Gesundheit* beurteilt, mit welcher initialen Intention die Daten erhoben werden. So werden nicht alle Daten, die Angaben zur Lebensrealität oder zur Gesundheit von Kindern machen, mit dem Fokus Kinder oder Gesundheit gesammelt, sondern um z.B. Lebensumstände von Erwachsenen oder Umweltbelastungen per se zu erheben.

Daten zu Vulnerabilitätsfaktoren im Kindesalter

Zu den Vulnerabilitätsfaktoren bestehen grundsätzlich wenige Daten, insbesondere Daten, die mit der Intention «Kindergesundheit» erhoben wären. Gleichweg verbessert sich die Datenlage stetig.

Zu der sozio-ökonomischen Situation von Eltern und Familien können Routinedaten herangezogen werden. Der Bericht *Familien in der Schweiz 2017 (BFS 2017)* trägt detailliert sozio-ökonomische Daten von Eltern zusammen. Demnach liegt bei jüngeren Kindern die Sozialhilfequote höher als bei den Jugendlichen (unter 6 Jahren: 5,3%, 6 bis 12 Jahre: 5,6%, 13 bis 15 Jahre: 4,7%, 16 bis 17 Jahre: 4,2% (BFS 2017)). Sozio-ökonomische Charakteristika, die mit einem erhöhten Risiko der Armutgefährdung assoziiert sind, sind Ein-Eltern Haushalte, Haushalte mit nur einem arbeitstätigen Partner gegenüber zwei, kinderreiche Familien und Haushalte mit jungen Kindern (0-3 Jahre) (CARITAS 2015, BFS 2017). Armut muss nicht zwangsläufig mit einem erhöhten Anteil an Kinder mit gesundheitlichen Problemen und Entwicklungsrückständen eingehen, ist jedoch mit einem erhöhten Risiko assoziiert (Holz, Laubstein et al. 2012). In einem Bericht aus Deutschland wurde 2018 auf eine schlechtere Gesundheitsversorgung von armutsbetroffenen Kindern hingewiesen ((nak) 2018), auch die KIGGS Kohortendaten weisen auf sozio-ökonomisch bedingte Unterschiede in der Gesundheit von Kindern hin (Kuntz, Rattay et al. 2018). Entsprechende representative Daten liegen für die Schweiz nur für wenige Gesundheitsindikatoren vor. Schoeni- Affolter et al. zeigten im Jahr 2008 soziodemographische Unterschiede in der Hospitalisierung von Kindern unter fünf Jahren in der Schweiz (Schoeni-Affolter, Widmer et al. 2008). So waren sowohl Unterschiede nach Urbanität sowie nach Nationalität auffällig. Die Schweizer Studie zu Stillen und Säuglingsernährung (Gross, Späth et al. 2015) wies unterschiedliche Stilldauer und Folsäureeinnahme nach Einkommensgruppen, Bildung und Nationalität aus, wenngleich die Daten mit Vorsicht zu interpretieren sind. Wie in vielen Studien waren potentiell vulnerable Gruppen unterrepräsentiert. Das BMI-Monitoring, welches Kinder ab dem Kindergartenbeginn erfasst und somit die Zielgruppe des Berichts nicht miteinschliesst, weist deutliche soziale Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des kindlichen Übergewichts auf (Stamm, Fischer et al. 2017). Die Auswirkungen des sozio-ökonomischen Status auf die Gesundheit und das

Gesundheitsverhalten von Kindern im Alter von 0-4 Jahren könnte anhand Routinedaten oder Studien gezielter untersucht werden (siehe auch Kapitel 4.4)

Beim Thema «Gewalterleben» konnte neu die Optimusstudie aus dem Jahr 2018 und das Monitoring Häusliche Gewalt aus dem Kanton Basel-Stadt (2012) zu der bestehenden Übersicht von 2013 hinzugefügt werden. Statistiken wie die Polizeistatistik oder Statistics on Income and Living Conditions (SILC) erscheinen jährlich und sind somit auf dem aktuellen Stand. Die Nationale Kinderschutzstatistik der Schweizerischen Kinderkliniken (SGP) erscheint fortlaufend, die neuste Version ist von 2017. Es wurden von 20 Kliniken im Jahr 2017 1'703 Kinder gemeldet². Eine Publikation aus dem Jahr 2014 belegt, dass Kinder unter 6 Jahren die am meisten betroffene Altersgruppen darstellen (Wopman 2014). Die Optimusstudie hat ergeben, dass zwischen 30'000 und 50'000 Kinder in der Schweiz jährlich neu oder erneut an eine Kinderschutzzorganisation gelangen, weil sie direkte oder indirekte Gewalt erleben und Hilfe brauchen. Die Studienautoren gehen sogar von einer Unterschätzung aus (siehe Kapitel 4.4).

Zu der Rubrik psychische Krankheiten der Eltern liegen keine repräsentativen Daten für die Schweiz vor. Jedoch sind anhand von regionalen oder klinischen Studien Schätzungen hervorgegangen. Je nach setting, in dem die Studien erfolgt sind, und psychiatrischer Diagnose, haben 8 -30% der psychiatrisch Patienten Kinder. Schätzungen für die Schweiz liegen bei 10'000 -20'000 bis zu 50'000 betroffenen Kindern- und Jugendlichen unter 18 Jahren vor (Gurny, Cassée et al. 2006). In der Winterthurer Studie aus 2006 lag die durchschnittliche Kinderanzahl pro erkrankten Elternteil bei 1.68 Kindern, etwas höher als der schweizerische Durchschnitt (BFS 2017). Verlässliche altersspezifische Schätzungen der Prävalenz liegen für die Schweiz nicht vor. Das gesundheitliche Risiko der Kinder von Eltern mit psychiatrischer Erkrankung liegt in einer erhöhten Häufigkeit nicht-funktionaler Haushalte und Erziehungssituationen, die zu erheblichen Belastungen und Gefährdung der Kinder führen können, als auch im erhöhten Risiko selber psychisch zu erkranken (Gurny, Cassée et al. 2006).

Zusammenfassend wie schon im Bericht zur Datenlage zu Kinder- und Jugendgesundheit (Dratva and Zemp 2013) erwähnt wurde, besteht weiter ein Bedarf an altersspezifischen Erhebungen im Kleinkindalter. Die vorliegende Daten weisen darauf hin, dass Kinder von 0-4 im Vergleich zu anderen Altersgruppen überdurchschnittlich von Gewalterfahrung oder Armut betroffen sind. Ein Zusammenhang von Gesundheit von Kindern und elterliche Bildung oder sozio-ökonomischer Situation ist teilweise mit den vorliegenden Daten zu belegen. Allerdings würde man sich eine bessere Datenlage wünschen, um die Aussage zu belegen und genauer untersuchen zu können. Ein Grossteil der vorliegenden Daten wird weder mit einem Fokus auf Gesundheit noch auf die Gesundheit im Kindesalter erhoben. Allgemein liegen Daten hinsichtlich Gesundheitsdeterminanten oder Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren mehrheitlich für Erwachsene vor, ohne aber Elternschaft speziell zu erfassen oder die Kinder selbst. Beispielsweise erhob das Suchtmonitoring Schweiz detaillierte Daten zum Suchtverhalten von Erwachsenen, jedoch nicht ob diese Erwachsenen Elternpflichten innehatten. In den seltenen Datenquellen im Erwachsenenalter, die Angaben zu Kindern erfassen, liegen diese zumeist aggregiert in zu grossen Altersspannen vor. Eine Alterskategorie 0-4 ist selten vorhanden. Ausnahmen sind beispielsweise die IV Statistik oder das Sentinella Meldesystem.

² https://www.kinderschutz.ch/files/media/Dokumente/Publikationen/Studien/Nationale_Kinderschutzstatistik_2017_D.pdf

Tabelle 1: Datenquellen zu Vulnerabilitätsfaktoren in der frühen Kindheit

Beschreibung	Gewalt- erfahrung	sozioökono- mischer Status	Risikoverhalten El- tern (inkl. Schwan- gerschaft)	psychische/ somatische Erkran- kung der Eltern	Fokus Kinder	Fokus Gesundheit
Swiss Childhood Cancer Registry (SCCR)					X	X
Statistik der sozialmedizinischen Institutio- nen (SOMED)					(X)	
Hebammen Statistik		X	X		X	X
Neugeborenen Screening Statistik					X	X
BFHI, Baby Friendly Hospital Monitoring			X		X	X
Medizinische Statistik der Krankenhäuser / Minimaldatensatz					(X)	X
Medizinische Statistik der Krankenhäuser / Neugeborenen Datensatz					X	X
Swiss Pediatric Surveillance Unit (SPSU): Erfassung von seltenen pädiatrischen Er- krankungen bei hospitalisierten Kindern					X	X
Todesursachenstatistik					(X)	X
TOX (Vergiftungen)					(X)	X
Unfallstatistik des ASTRA					(X)	X
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbe- wegung (BEVNAT)					(X)	
IV Statistik					(X)	
Polizeiliche Kriminalstatistik	X					
Sentinella Meldesystem					(X)	X
Wikip-Studie 2006				X	X	X

Beschreibung	Gewalt- erfahrung	sozioökono- mischer Status	Risikoverhalten El- tern (inkl. Schwan- gerschaft)	psychische/ somatische Erkran- kung der Eltern	Fokus Kinder	Fokus Gesundheit
Statistics on Income and Living Conditions (SILC)		X				
Haushaltsbudgeterhebung (HABE)		X				
Impfstatus (BAG, Schulärztliche Dienste, Durchimpfungserhebung, myvaccines)					X	X
Monitoring der Gewichtsdaten (GF Schweiz/Schulscreening Daten)		X			X	X
Nationale Kinderschutzstatistik der Schweizerischen Kinderkliniken (SGP)	X				X	X
Zürcher Longitudinalstudien (1. Longitudi- nalstudie, Generationenstudie)		X			X	
SPLASHY Swiss Preschoolers' Health Study		X	X		X	X
OPTIMUS Studie 2018 Kindeswohlgefähr- dung in der Schweiz	X				X	X
Eine nationale Studie zur Säuglingsernäh- rung und Gesundheit im ersten Lebensjahr (Stillmonitoring 2003, 2013)		X	X		X	(X)
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) Proxydaten zu Kindern unter 15 J.					X	X
„Monitoring Häusliche Gewalt“ im Kanton Basel-Stadt	X	X	X			
Familien in der Schweiz Statistischer Bericht 2017	(X)	X	(X)		X	
Studie: Epidemiology of Type I diabetes mellitus in Switzerland.					X	X
Suchtmonitoring Schweiz (BAG)			X			(X)

Tabelle 2: Datenquellen zu Vulnerabilitätsfaktoren - Fortführung methodische Aspekte

	Register- daten	Quer- schnitts- daten	Panel- daten	rotating panel data (4y)	lon- gitudi- nal	Self-re- ported	Proxy- daten	Objekti- veDaten	Zielgruppe	natio- nal	regio- nal	Periodizität	
Beschreibung	Statisti- ken	Befragung					Mes- sung						
Swiss Childhood Cancer Registry (SCCR)	x				x			x	0 bis 20 Jahre	x		fortlaufend, seit 1976	
Statistik der sozialmedizinischen Insti- tutionen (SOMED)	x							x	0 bis 20 Jahre	x		jährlich	
Hebammen Statistik	x							x	Neugeborene	x		fortlaufend	
Neugeborenen Screening Statistik	x				x			x	Neugeborene	x		jährlich	
BFHI, Baby Friendly Hospital Monitor- ing	x							x	Neugeborene	x		jährlich	
Medizinische Statistik der Krankenhäu- ser / Minimaldatensatz	x							x	ab Geburt	x		jährlich	
Medizinische Statistik der Krankenhäu- ser / Neugeborenen Datensatz	x							x	Neugeborene	x		jährlich	
Swiss Pediatric Surveillance Unit (SPSU): seltenen pädiatrischen Erkran- kungen bei hospitalisierten Kindern	x							x	Ab Geburt	x		seit 1995 fortlaufend	
Todesursachenstatistik	x				x			x	0-24 Jahre	x		jährlich	
TOX (Vergiftungen)	x				x			x	0 bis 20 Jahre	x		jährlich	
Unfallstatistik des ASTRA	x							x	ab Geburt	x		jährlich	
Statistik der natürlichen Bevölkerungs- bewegung (BEVNAT)	x							x	ab Geburt oder Adoption	x		jährlich	
IV Statistik	x							x	0 bis 20 Jahre	x		jährlich	
Polizeiliche Kriminalstatistik	x							x	ab Geburt	x		jährlich	
Sentinella Meldesystem		x					x		ab Geburt	x		jährlich	
Wikip Studie 2006		x						x	Betroffene		x	Einmalig 2006	

Statistics on Income and Living Conditions (SILC)	x	x		x	x	x	x		Haushalte	x		jährlich, seit 2008
Haushaltsbudgeterhebung (HABE)		x				x	x		Haushalte	x		jährlich
Impfstatus (BAG, Schulärztliche Dienste, Durchimpfungserhebung, myvaccines)		x					x	x	Alle	x		alle 3-4 Jahre
Monitoring der Gewichtsdaten (GF Schweiz und Schulmed. Dienste einiger Kantone)		x						x	ab 4 Jahren		x	alle 4 Jahre
Nationale Kinderschutzstatistik der Schweizerischen Kinderkliniken (SGP)		x	2010 - 2017					x	ab Geburt	x		fortlaufend
Zürcher Longitudinalstudien (1. Longitudinalstudie, Generationenstudie)		x			x			x	Geburt-Erwachsenen		x	1954-2005
SPLASHY Swiss Preschoolers' Health Study		x			x	x		x	2 bis 6 Jahre	x		2014, 2015
OPTIMUS Studie 2018 Kindeswohlgefährdung in der Schweiz		x				x			nicht spezifiziert	x		beendet
Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr (Stillmonitoring 2003, 2013)		x					x		ab Geburt bis 9 Monate	x		1994, 2003.2013
Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) Proxydaten zu Kindern unter 15 J.		x							Kinder < 15 J.	x		jährlich
„Monitoring Häusliche Gewalt“ im Kanton Basel-Stadt	x							x	Betroffene		x	einmalig 2012
Familien in der Schweiz Statistischer Bericht 2017	x	x						x	Familien	x		seit 2004, mehrmals
Studie: Epidemiology of Type I diabetes mellitus in Switzerland	x	x			x				ab Geburt bis 15 Jahre	x		einmalig
Suchtmonitoring Schweiz (BAG)		x	x			x			ab 15 Jahren	x		In aktueller Form seit 2011

Perinatale Daten für die Schweiz

Während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wird ein wichtiger Grundstein für die spätere kindliche Gesundheit und Entwicklung gelegt. Deshalb werden in dieser Übersichtsarbeit auch Datenquellen zur perinatalen Gesundheit vorgestellt. Als Basis diente die Indikatorenliste von Euro-Peristat (2018). Im European Perinatal Health Report mit Daten aus 2015, der 2018 veröffentlicht wurde, waren zum zweiten Mal, nach dem Euro-Peristat Report von 2013, Schweizer Daten enthalten (Swiss Federal Statistical Office 2013). Diese stammten gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) aus verschiedenen Datenquellen: der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, der Statistik der assistierten Reproduktionstechnologie sowie für einige Indikatoren dem Schweizerischen Hebammenverband und der Baby Friendly Hospital Initiative (Euro-Peristat 2013, Swiss Federal Statistical Office 2013). Euro-Peristat unterteilt die Indikatoren in vier Gruppen: neonatale Gesundheit, mütterliche Gesundheit, Bevölkerungsmerkmale oder Risikofaktoren und Gesundheitsversorgung. Sie sind zudem unterteilt in Hauptindikatoren (C) sowie empfohlene (R) und weiter zu entwickelnde (F) Indikatoren. In Tabelle 3 sind die Hauptindikatoren der Gruppen neonatale Gesundheit, Bevölkerungsmerkmale oder Risikofaktoren und Gesundheitsversorgung sowie ausgewählte empfohlene Indikatoren, welche im Zusammenhang mit der kindlichen Gesundheit und Entwicklung stehen, aufgelistet. Die Übersichtstabelle zeigt, ob Schweizer Daten beim BFS, im Euro-Peristat-Report 2018 oder 2013 oder in anderen Quellen gefunden wurden.

Die Hauptindikatoren Totgeburten, neonatale Sterblichkeit, Säuglingssterblichkeit, Geburtsgewicht, Gestationsalter, Mehrlingsgeburten, mütterliches Alter, Parität und Geburtsmodus werden in der Schweiz ausnahmslos erhoben (Euro-Peristat 2013). Die Definitionen von Tot- und Lebendgeburt entsprechen zudem den Euro-Peristat-Kriterien. Für die meisten Hauptindikatoren wurden auch aktuellere Daten auf der Website des BFS gefunden. Schweizer Daten für die empfohlenen Indikatoren R8-Rauchen in der Schwangerschaft und R12-Body Mass Index (BMI) vor der Schwangerschaft fehlten in Euro-Peristat 2018. Gemäss BFS (persönliche Kommunikation, E-Mail vom 10.01.2019) wird der Indikator R8 zum Rauchen nur kodiert, wenn das Neugeborene Symptome zeigt. Der Indikator R12 wird in der Schweiz nicht erhoben. Schweizer Daten zu den empfohlenen Indikatoren R2-Apgar-Score nach 5 Minuten, R9-Verteilung des mütterlichen Bildungsniveaus und R10 Verteilung der elterlichen Berufsklassifizierung nach ISCO-08 fehlten in den letzten beiden Euro-Peristat Reports 2013 und 2018. Gemäss BFS stehen jedoch Daten zum Apgar-Score zur Verfügung, diese sind aber nicht einheitlich kodiert und je nach Erhebungsjahr wurde der Score nach einer oder nach fünf Minuten erfasst. Schweizer Daten zu den Indikatoren R9 und R10 fehlen.

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass die von Euro-Peristat definierten Hauptindikatoren in der Schweiz erhoben werden und aktuelle Daten auf der Website des BFS erhältlich sind. Diese erfüllen eine wichtige Funktion in der Beurteilung der Gesundheit von Mutter und Kind gleich nach der Geburt. Andere von Euro-Peristat empfohlene Indikatoren werden jedoch nicht ausgewertet oder nicht erhoben, wie z.B. Rauchen, mütterliches Bildungsniveau, elterliche Berufsklassifizierung und mütterlicher BMI oder der APGAR nach 5 Minuten, welche entscheidende Risikofaktoren für die kindliche Gesundheit und Entwicklung bedeuten. Dies führt zu einer relevanten Wissenslücke. Daten zu diesen empfohlenen Indikatoren wären wichtig, um die Risiken für Schweizer Kinder genauer abschätzen zu können.

Tabelle 3: Für die Kindergesundheit wichtige obligatorische und empfohlene Euro-Peristat-Indikatoren

Indikator	Bundesamt für Statistik (www.bfs.admin.ch)	Euro-Peristat 2018 (Daten von 2015)	Weitere Literatur
Neonatale Gesundheit			
C1-Totgeburten nach Gestationsalter, Geburtsgewicht, Einlings-/Mehrlingsschwangerschaft	Tabelle Perinatale und Säuglingssterblichkeitsrate 1) nach Gestationsalter seit 2007, BFS, BFS	Schweizer Daten	
C2-Neonatale Sterblichkeit (0-27 Tage) nach Gestationsalter, Geburtsgewicht, Einlings-/Mehrlingsschwangerschaft	Tabelle Perinatale und Säuglingssterblichkeitsrate 1) nach Gestationsalter seit 2007, BFS, BFS	Schweizer Daten	
C3-Säuglingssterblichkeit (0-365 Tage) nach Gestationsalter, Geburtsgewicht, Einlings-/Mehrlingsschwangerschaft	Tabelle Perinatale und Säuglingssterblichkeitsrate nach Gestationsalter seit 2007, BFS, BFS	Schweizer Daten	
C4-Verteilung der Geburtsgewichte nach Alter, Gestationsalter, Vitalstatus	Tabelle Lebendgeburten nach Gewicht seit 1979, BFS, nach Geschlecht, Einlings-/Mehrlingsschwangerschaft, Nationalität Mutter	Schweizer Daten	
C5-Verteilung der Gestationsalter nach Vitalstatus, Mehrlingsschwangerschaft	Tabelle Lebendgeburten seit 2007 nach Gestationsalter, BFS Tabelle Perinatale und Säuglingssterblichkeitsrate nach Gestationsalter seit 2007, BFS	Schweizer Daten	

R2-Verteilung Apgar-Scores nach fünf Minuten	Keine Angaben	Daten nicht in Euro-Peristat 2018 publiziert, Schweizer Daten fehlten in Euro-Peristat 2013	
Bevölkerungsmerkmale oder Risikofaktoren			
C7-Mehrlingsgeburten nach Anzahl der Feten	Tabelle Lebendgeburten seit 2007 nach Gestationsalter, BFS	Schweizer Daten	
C8-Verteilung Alter der Mutter	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Lebendgeburten nach Alter der Mutter	Schweizer Daten	
C9-Verteilung der Parität	Tabelle Lebendgeburten Geburtenfolge und Zivilstand der Mutter, BAG	Schweizer Daten	
R8-Prozentualer Anteil an Frauen, die während der Schwangerschaft rauchten	Keine Angaben	Schweizer Daten fehlen	(Keller, Radke et al. 2009): Tabakmonitoring Schweiz, 2001-2005
R9-Verteilung des mütterlichen Bildungsniveaus	Keine Angaben	Daten nicht in Euro-Peristat 2018 publiziert, Schweizer Daten fehlten in Euro-Peristat 2013	(Erdin, Grylka-Bäschlin et al. 2017): Tätigkeits-erfassung der freipraktizierenden Hebammen, entspricht nicht der in Europeristat 2013 dargestellten ISCED Klassifizierung
R10-Verteilung der elterlichen Berufsklassifizierung, ISCO-08 Klassifizierung	Keine Angaben	Daten nicht in Euro-Peristat 2018 publiziert, Schweizer Daten fehlten in Euro-Peristat 2013, Daten aller Länder fehlten	(Wanner 2006): Sozioprofessionelle Kategorie der Referenzperson zum Zeitpunkt der Geburt, Volkszählung Haushalte mit einem oder mehrere Kinder von 0-11 1970-2000, entspricht nicht der ISCO-08 Klassifizierung

R11-Verteilung Geburtsland der Mutter	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung	Daten nicht in Euro-Peristat 2018 publiziert, Schweizer Daten in Euro-Peristat 2013 publiziert	
R12-Verteilung des mütterlichen Body Mass Indexes (BMI) vor der Schwangerschaft	Keine Angaben	Schweizer Daten fehlen	
Gesundheitsversorgung			
C10-Geburtsmodi nach Parität, Einlings-/Mehrlingsschwangerschaft, Lage des Feten, vorangegangener Kaiserschnitt	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Anzahl Kaiserschnitte nach Entbindung, seit 2007	Schweizer Daten	
R13-Anteil aller Schwangerschaften nach Fertilitätsbehandlung	Medizinisch unterstützte Fortpflanzung: Lebendgeburten, BFS	Daten nicht in Euro-Peristat 2018 publiziert, Schweizer Daten in Euro-Peristat 2013 publiziert	
R20-Anteil Kinder, die bei der Geburt gestillt wurden	Keine Angaben	Daten nicht in Euro-Peristat 2018 publiziert, Schweizer Daten in Euro-Peristat 2013 publiziert (Daten Baby Friendly Hospital Initiative)	(Gross, Späth et al. 2015): SWIFS – Swiss Infant Feeding Study

*C=Core (Hauptindikatoren); **R= Recommended (empfohlene Indikatoren)

5.2 Erreichbarkeit vulnerabler Familien - evaluierte Projekte in der Schweiz

Mütter oder Familien in vulnerablen Situationen sind häufig mit komplexen sozialen und gesundheitlichen Faktoren konfrontiert, die Unterstützung auf verschiedenen Ebenen benötigen. Zusätzlich zu den Regelangeboten wie medizinische Vorsorgeuntersuchungen und Mütter- und Väterberatung besteht ein vielseitiges Angebot an Projekten für Familien in vulnerablen Situationen zu diversen Gesundheitsthemen. Diese Angebote können in verschiedenen Projektgruppen unterteilt werden: Frühe Förderung (*Primano, schritt:weise, PAT – Mit Eltern lernen, Zäme uf ä Wäg*), Eltern-Kind-Angebote (*Mini Move, Maison Verte*), Elternbildung wie *femmesTische* oder Elterntreffs mit Inputs, Sensibilisierung und Information durch aufsuchende Angebote mit interkulturellen Vermittlerinnen (*Migram, Miges balù, Brückenbauerinnen, ZüMEB*), Angebote spezifisch zu Bewegung und Ernährung (*Fit+mami, Buggyfit PEBS*), Patenschaften für Kinder aus schwer belasteten Familien (*mit mir*), Netzwerke für Hebammen und andere Fachpersonen, die mit belasteten Familien in Kontakt sind. Auch Projekte, die die Vernetzung von Angeboten unterstützten, sind zu erwähnen (*wikip, Familystart*). Die vollständigen Tabellen der gefundenen evaluierten (Tabelle 8) und nicht evaluierten (Tabelle 9) Angebote befinden sich im Anhang. Dabei wurden die Angebote anhand der Projektinformationen den genannten Gruppen zu ordnen. Von den total 65 aufgeführten Projekten sind 18% Angebote zur Frühen Förderung, 11% Eltern-Kind-Angebote, 23% Elternbildung/Elterntreffs, 15% aufsuchende Angebote, 8% Ernährung/Bewegungs-Angebote, 8% Projekte zur psychische Gesundheit/Patenschaften, 3% Anlaufstellen und 14% Angebote für Fachpersonen/Netzwerke. Eine gekürzte Version wird hier präsentiert, in Tabelle 5. Die Hebammennetzwerke werden separat aufgeführt und diskutiert, da sie spezifisch auf schwangere Frauen und junge Mütter ausgerichtet sind (siehe Tabelle 6).

Bei der Zusammenstellung der Projektübersicht war es eine grosse Herausforderung, dass Projekte zu früher Förderung, Gesundheitsförderung und Projekte für belastete Familien von verschiedenen Institutionen, Fachstellen und kantonalen Stellen angeboten werden und nicht zentral organisiert sind. Somit besteht in keinem Kanton eine vollständige Liste über alle Projekte und Aktivitäten. Eine Übersicht von Angeboten der frühen Förderung der Mütter- und Väterberatungsstellen wurde gesichtet. Da der Fokus in den wenigsten Angeboten auf vulnerablen Familien lag, konnten nur einzelne Angebote in die Tabelle 5 integriert werden. Entsprechend hat die Übersicht der gefundenen Angebote keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Zielgruppe der Angebote sind meistens Mütter oder Elternpaare. Neu gibt es aber auch Elternkurse speziell für Väter mit Migrationshintergrund (z.B. *hommesTische, Pa-paRat!*). Die im Bericht aufgeführten Projekte richten sich häufig an Eltern mit Migrationshintergrund, teilweise an psychosozial belastete Familien. Einige richten sich allgemein an Eltern, sind aber niederschwellig (geringe oder keine Kostenbeteiligung, Besuch ohne Anmeldung, Kinderbetreuung während des Angebots, Angebot in mehreren Sprachen oder einfacher Sprache durchgeführt) und somit auch für schwer erreichbare Familien zugänglich. Diese niederschweligen Angebote wurden mit in die nachfolgende Analyse aufgenommen, da teilweise darauf verzichtet wird Risikogruppen spezifisch zu kommunizieren, um Stigmatisierung zu vermeiden, die Angebote diese aber mit einschliessen. Diese nicht explizite Nennung der Zielgruppe kann ein Grund sein, weshalb nur wenige Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien oder Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil gefunden wurden. Hier stellt sich die Frage, ob und wie die Zielgruppe die Angebote findet. Ein anderer Grund für die geringe Anzahl an Angeboten ist wahrscheinlich die Einschränkung auf den Altersbereich 0-4 Jahre in

diesem Bericht. Projekte oder Anlaufstellen zur psychischen Gesundheit richten sich vor allem an Schulkinder oder Jugendliche.

Die Durchführungsorte/-regionen der Angebote zu erfassen, ist nicht ganz einfach. Das lizenzierte Programm *femmesTische*, hat beispielsweise einen eigenen Webauftritt, auf dem alle offiziellen Anbieter aufgelistet sind. Das Forschungsprojekt *Zeppelin* wurde in Zürich durchgeführt, das untersuchte Frühförderprogramm *PAT – mit Eltern lernen* hingegen ist in vielen Kantonen Teil des Frühförderangebotes. Niederschwellige Treffpunkte für Frauen oder Eltern gibt es fast überall (z.B. *Elternkaffee*, *Interkultureller Krabbeltreff*). Sie sind meist lokal organisiert und werden unterschiedlich benannt, was die Desktop Recherche und die Zusammenstellung erschwert. Bekannte Programme werden häufig lokal angepasst und unter einem neuen Namen durchgeführt. Die Angaben in Tabelle 8 und Tabelle 9 beziehen sich auf Angaben aus den Rückmeldungen der Kantone und Hinweisen zu Durchführungsorten auf den Webauftritten der Projekte.

Die Definition Evaluation wurde für diesen Bericht breit gefasst, da die gefundenen Evaluationen sehr heterogen sind: von einzelnen Teilnehmerbefragungen bis zu Interventionsstudien mit Kontrollgruppen. Zur Beurteilung der Projekte wurde zwischen externen Evaluationen (A, z.B. Teilnehmerbefragung, Wirkungsevaluation), öffentlichen Schlussberichten der Projekte (B, z.B. mit Angaben zur Teilnehmeranzahl) und nicht öffentlichen Berichten (C, inkl. internen Evaluationen) unterschieden. Alle recherchierten Projekte der frühen Förderung haben externe Evaluationen oder Begleitforschung entweder bereits durchgeführt oder geplant. Alle Evaluationen zur frühen Förderung ergaben positive Wirkungen für Kinder und Eltern. Projekte deren Evaluation in Planung sind, sind mit Klammern (A) in der Tabelle aufgeführt. Für andere Programme, wie Elternbildung oder aufsuchende Angebote, mit anderen Inhalten als ausschliesslich Frühförderung, liegen teilweise externe Evaluationen vor, häufiger jedoch nur interne Evaluationen und Schlussberichte. Für besonders niederschwellige oder informelle Angebote fehlen Evaluationen aber häufig. Naheliegende Gründe dafür können unter anderem die unregelmässige Nutzung der Angebote, geringe Deutschkenntnisse der TeilnehmerInnen und Fehlen eines standardisierten Ablaufs sein, welche eine Evaluation schwierig gestalten. Eltern-treffpunkte folgen selten einem evaluierten Programm. Es sind jedoch wichtige Angebote für schwer erreichbare Familien, da dort auch über Erziehungs- und Gesundheitsthemen informiert wird und sie häufig als Anlaufstelle oder Vermittler für andere Angebote dienen. Daher werden auch einige nicht evaluierte Programme in der Tabelle 9 aufgeführt. Die hohe Heterogenität der Evaluationen erschwert die vergleichende Analyse der Erfolgsfaktoren der verschiedenen Projekte.

Für 4 Projekten wurden die Projektevaluationen detailliert analysiert (Tabelle 4a-d). Diese Evaluationen waren sehr umfangreich, so dass nur eine Auswahl an Ergebnissen hier vorgestellt werden. **Aus unserer Analyse schliessen wir, dass Professionalität, Niederschwelligkeit und eingebundene MultiplikatorInnen sowie Schlüsselpersonen zentrale Erfolgsfaktoren für Projekte für vulnerable Familien sind.** Das Kriterium der Erreichbarkeit wurde in den Evaluationen oft nicht explizit diskutiert. Dort wo dieser Faktor untersucht wurde, stellte sich die Vernetzung der Schlüsselpersonen als wichtig heraus. Der Synthesebericht zur Bedarfsanalyse der kantonalen migrationsgerechten Gesundheitsförderung und Prävention (De Rocchi and Oetterli 2014) bestätigt unsere Einschätzung, dass es für die Erreichbarkeit von Migrationsfamilien zentral ist, interkulturelle ÜbersetzerInnen und VermittlerInnen einzusetzen, um sprachliche bzw. kulturelle Barrieren zu überwinden. Dieser Synthesebericht führt weiter Zielgruppen gerechte Kommunikation, geeignete Kommunikationskanäle und aktive Überbringung von Informationen als Erfolgsfaktoren zur Erreichbarkeit auf. Leider ist aus den

Evaluationen der Projekte nicht immer ersichtlich, wie die Familien zu den Angeboten gelangen, bzw. ob und wie gut die Angebote ihre Zielgruppen erreichen.

Zusammenfassend hat die Recherche und Analyse der Angebote für vulnerable Familien ergeben, dass es ein vielfältiges Angebot für vulnerable Familien gibt, darunter auch viele evaluierte Projekte. Die Angebote beinhalten Frühe Förderung, Aktivitäten für Eltern und Kinder, Informationsvermittlung durch aufsuchende Angebote, Elternbildung (inkl. Förderung von Gesundheits- und Erziehungskompetenz), Angebote zu Ernährung und Bewegung, Projekte zur psychische Gesundheit (z.B. Patenschaften, Netzwerke) und Netzwerke für Fachpersonen. Die Evaluationen sind sehr heterogen, eigentliche Wirkungsevaluationen gibt es eher selten. Aus den Rückmeldungen der Kantone zu ihren Angeboten für vulnerable Familien wird ersichtlich, dass der Umfang der Angebote pro Kanton sehr verschieden ist, je nach Grösse und finanziellen Mitteln.

Nicht in jedem Kanton liegen Angebote speziell für vulnerable Familien vor, bzw. sie sind den Kantonen nicht bekannt. Versorgungslücken konkret zu identifizieren ist schwierig, da die Kantone nicht die einzigen Anbieter solcher Projekte sind und die wenigsten Kantone eine aktuelle Übersicht der Angebote führen. Es zeigt sich an verschiedenen Beispielen wie Vernetzung und Austausch unter den verschiedenen Angeboten, die Erreichbarkeit erhöhen kann. Insbesondere, da vulnerable Familien mehreren Zielgruppen angehören und verschiedene Bedürfnisse haben, erscheint eine Koordination und Vernetzung essentiell. Zentrale Erfolgsfaktoren für den Erfolg von Projekten sind:

- Vernetzung
- Niederschwelligkeit
- eingebundene MultiplikatorInnen
- geschulte Schlüsselpersonen

Tabelle 4a: Evaluation und Ergebnisse von 4 ausgewählten Projekten: PAT

Präventionsprogramm	Institut	Design	Ergebnisse	Erfolgsfaktoren		
				Multiplikatoren	Professionell	Niederschwel-
PAT- mit Eltern lernen (Teil von Zeppelin)	Durch Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, (seit 2015 regelmässig evaluiert). (Lanfranchi, Neuhauser et al. 2018)	Interventions- und Kontrollgruppe; Kleinkinder aus n=132 sozial belasteten Familien wurden während drei Jahren alle zwei bis drei Wochen zu Hause besucht. Kontrollgruppe n=116 sozial belasteten Familien ohne Förderprogramm. Es wird geprüft, ob frühe Förderung ab Geburt bei Familien in schwierigen Lebenssituationen wirksam ist.	Das Hausbesuchsprogramm zur Frühen Förderung hat Effekte auf mehreren Ebenen gezeigt: <u>Kindliche Entwicklung:</u> Die deutlichsten Effekte zeigten sich in Sprache, Kognition und Verhalten, zugunsten der Kinder in der Interventionsgruppe (IG). Sie verfügten über einen grösseren Wortschatz, konnten sich besser ausdrücken, waren weniger ängstlich und schliefen besser durch (Gesundheitsfragebogen). Durchgeführte Experimente zu Belohnungsaufschub zeigten, dass Kinder mit „PAT“ eine bessere Impulskontrolle aufweisen. <u>Erziehungskompetenz:</u> Die Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Eltern der IG ihre Kinder besser anregen und feinfühlicher sind als die Eltern aus der Kontrollgruppe. <u>Partizipation:</u> Eltern mit „PAT“ sind im sozialen Raum besser vernetzt (Soziale Netzwerke). Sie nutzen zum Beispiel signifikant häufiger Angebote wie eine Ludothek/Bibliothek als die Familien aus der Kontrollgruppe. Weiter fühlen sich Mütter mit „PAT“ von ihrem Partner besser unterstützt. Erfolgsfaktoren für den Zugang zu „schwer erreichbaren“ Familien: - Anknüpfung an bestehende Einrichtungen im Frühbereich an (z.B.Mütter- und Väterberatung) - Aufbau von interdisziplinäre Netzwerke „rund um die Geburt“ (mit Fachpersonen aus dem medizinischen und psychosozialen Versorgungsfeld, wie z.B. Kinderärztinnen, Hebammen, etc.) - Kurzscreening zur ersten Einschätzung von Belastungs- und Schutzfaktoren - «Dran bleiben» auch wenn die erste Kontaktaufnahme misslingt, Familien werden zu Hause besucht, bei Bedarf mit Hilfe einer interkulturellen Übersetzerin - Anreize, damit die Eltern ins Programm einsteigen und auch im Programm bleiben (kleine Willkommens- und Geburtstagsgeschenke)		x	x

Tabelle 4b: Evaluation und Ergebnisse von 4 ausgewählten Projekten: Primano

				M	P	N
Primano	Durch das Institut Psychologie an der Universität Bern, Evaluation in Kindergärten 2010/11 und 2011/12 (Tschumper, Gantenbein et al. 2012)	Interventions- und Kontrollgruppe; n=25 Kindergärten; n=32 Kinder mit Hausprogramm schrittweise; n=21 Kontrollkinder ohne Frühförderung aus primano Kita, n=21 Kontrollkinder nicht aus primano. Befragung KitaleiterIn, Kontrolluntersuchung durch Gesundheitsdienst	<p>Dreiteiliges, integratives Förderprogramm mit Quartiervernetzung, Hausbesuchsprogramm, und Fördermodulen in Kita/Spielgruppe/MuKi-Deutsch hat sich als erfolgreiches Konzept herausgestellt.</p> <p>Hausbesuchsprogramm: Die Kinder, die Hausbesuchsprogramm teilgenommen hatten, schnitten besser ab in Fein- und Grobmotorik, Spielverhalten und Sozialverhalten (weniger Aggression und Unaufmerksamkeit).</p> <p>Kinder des Hausbesuchsprogramms könnten besser ihre Wünsche und Bedürfnisse zu formulieren, zeigten mehr Interesse an Bilderbüchern und konnten besser einer kurzen Geschichte zuhören als Kinder ohne Frühförderung.</p> <p>Zugang zum Projekt wurde häufig durch Quartiervernetzung hergestellt.</p> <p>Befragung der Quartierkoordinatorinnen zur Erreichbarkeit der Familien zeigte folgende Erfolgsfaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz von Schlüsselpersonen, welche sprachlich oder kulturell einen Bezug zur Zielgruppe herstellen - erlebnisorientierte Aktionen durchführen («Blickfänger»), dadurch wurde Interesse der Eltern geweckt und Eltern kamen zu den Informationsständen - gute Kenntnisse darüber, wo und zu welchen Tages- und Jahreszeiten sich Eltern mit Kleinkindern im Quartier aufhalten (offen erkunden, da eigene Vorstellungen irreführend sein können) - regelmässige Aktionen mit Wiedererkennungseffekt, somit wurde das Vertrauen von Eltern gestärkt 	x	x	x

Tabelle 4c: Evaluation und Ergebnisse von 4 ausgewählten Projekten: Schenk mir eine Geschichte

				M	P	N
Schenk mir eine Geschichte – Family Literacy	Durch Marie Meierhof Institut, 2013/2014. (Diez Grieser and Dreifuss 2014)	Leitfadengestützte offene Interviews mit TeilnehmerInnen (Eltern) und Kursleiterinnen (Leseanimatorinnen). Inhaltliche qualitative Auswertung der Interviews. N = 17 Eltern, 7 Leseanimatorinnen (Albanisch oder Portugiesisch als Erstsprache).	Eltern-Kind-Kurs zur Verbesserung der Sprachkompetenz hat Effekte auf mehreren Ebenen gezeigt: Kinderebene: Interesse an Geschichten/Büchern geweckt; Erweiterung Sprachkompetenz/-kenntnisse; Sensibilisierung bzgl. Sprachaspekten; Formen sprachlicher Aktivitäten dazugelernt. Elternebene: Kompetenzerweiterung Literacyförderung; Sensibilisierung bzgl. Erstsprache, Erweiterung der eigenen Erstsprachkenntnisse; Geschichten/ Lieder kennengelernt, Möglichkeit der Ausleihe; praktische Infos: Bsp. Bücher-Empfehlungen Weitere Effekte für Eltern: Kompetenzerweiterung von Aktivitäten mit kleinen Kindern; Wissenszuwachs Entwicklungs- und Erziehungshemen; Aufbau von sozialen Kontakten; Wirkungen auf Familienebene Einschätzung von Kursleiterinnen zur Erreichbarkeit der Familien: insgesamt gut, Schwierigkeiten sind Termin- /Arbeitsbelastung der Eltern. Wichtige Rekrutierungsstrategien waren: persönliche Kontakte der Leseanimatorin, direkte Ansprache von Familien, Verteilen von Flyern und speziell Mund-zu-Mund-Propaganda von erreichten Familien.		x	x

Tabelle 4d: Evaluation und Ergebnisse von 4 ausgewählten Projekten: Femmes-Tische - Tabakmodul

				M	P	N
Femmes-Tische: Tabakmodul	Durch Pädagogische Hochschule Zürich, 2015 (Pfister and Keller 2016)	Interventions- und Kontrollgruppen mit prä-post-Testing und follow-up (2 Mt. Später), n=244, Fragebogen zu Tabakthematik.	<p>Elternbildung zum Thema Tabak:</p> <p>Wissen bezüglich Schädlichkeit des Tabakkonsums bzw. Passivrauchens war signifikant angestiegen. In den jeweiligen Kontrollgruppen konnten diesbezüglich keine positiven Veränderungen festgestellt werden. Weiter zeigten die Teilnehmenden zwei Monate nach der Intervention ein leicht höheres Selbstwirksamkeitserleben und sie fühlten sich sozial besser integriert. Mehr als die Hälfte hat mit den eigenen Kindern über Gefahren des Tabakkonsums gesprochen. 4 von 5 Personen haben zudem nach den Gesprächsrunden mit anderen für das Thema gesprochen.</p> <p>Wichtiger Erfolgsfaktor: die Moderatorinnen wurden als kompetent und glaubwürdig wahrgenommen.</p> <p>Rekrutierung und Erreichbarkeit wurde nicht beurteilt. Femmes-Tische funktionieren nach dem Peer-Education-Ansatz: Eine ausgebildete Moderatorin (Peer) organisiert eine Gesprächsrunde für Personen aus ihrem Bekanntenkreis und übermittelt dort Informationen.</p>	x	x	x

Tabelle 5: Übersicht zu Projekten für schwer erreichbare Familien mit Kinder 0-4 j. (Kurzfassung)

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Zeppelin	Früherkennung von Kindern die in ihrer psychosozialen Entwicklung gefährdet sind. Ziel: Frühe Förderung durch Förderung der elterlichen Kompetenzen (Hausbesuche) und Frühförderung (Home-based/ Center-based). Programm "PAT-Mit Eltern Lernen"	Eltern mit 0-3 j. Kinder	ZH	A	x	x				x	x	
PAT- mit Eltern lernen	Hausbesuchsprogramm zur frühkindlichen Förderung und Elternbildung. Es besteht aus vier Teilen: Hausbesuche, Gruppeangebote, soziale Vernetzung, informelle Screenings. (aus Zeppelin, dort evaluiert)	Schwangere, Familien mit kleinen Kindern, in psychosozialen Risikokonstellationen	BE, SG, TG, TI	A	x	x	x			x	x	
Frühe Förderung (FF3)	Alle Eltern von dreijährigen Kindern werden ein Jahr vor Kindergarteneintritt kontaktiert. Bei einem Hausbesuch werden geeignete Dienste zur gezielten Förderung vorgeschlagen. Ziele: Chancengleichheit fördern, Migration unterstützen, Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Schulabschlusses zu erhöhen, spätere kostenintensive Fördermassnahmen verringern	Eltern von 3 j. Kindern	AG	(A)	x	x				x	x	

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Schritt:weise	Hausbesuchsprogramm durch geschulte Laienhelferinnen. Elternbildung, Spiel und Lernprogramm für Kinder aus sozial benachteiligte Verhältnisse. Ziel: Stärkung der Erziehungskompetenz, Früherkennung Kindeswohlgefährdung, Soziale Integration der Familien, Verbesserung Eltern-Kind-Interaktion.	Eltern mit 1-5 j. Kinder	BL, BS, BE, GE, SO, VD, ZG, ZH	A	x					x	x	
Primano	Aufsuchendes Angebot für frühe Förderung. 3 Teile: Hausbesuche (a:primo), Fördermodule in Spielgruppen, Quartierarbeit.	Eltern mit Kinder im Vorschulalter	BE	A	x			x		x	x	
Spiel mit mir	Hausbesuch Programm puls Gruppenangebote. Den Eltern wird die Wichtigkeit des Spielens für die kindliche Entwicklung aufgezeigt und Unterstützung in der Gestaltung einer kindgerechten Spielumgebung angeboten. «Spiel mit mir» arbeitet mit geschulten Laiinnen und Laien aus verschiedenen Kulturen. Das Programm ist kostengünstig und niederschwellig.	Familien mit 1 j. bis Kindergarten Eintritt. Leicht belastete, bildungsferne Familien	TG	A	x					x	x	

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Zäme uf ä Wäg	Frühförderung. Hausbesuche während 12 Monaten und Gruppentreffen. Zentrale Themen: gesunde Ernährung und Bewegung, Pflege und Erziehung, medizinische Notfälle, kantonale Anlaufstellen und Angebote, Erwartungen der Schule bei der Einschulung. (Basiert auf schrittweise)	Familien mit 2-4 j. Kinder. Bildungsferne, fremdsprachige Familien mit beeinträchtigten elterlichen Ressourcen	OW	A	x		x			x	x	x
HotA Hometreatment Aargau	Aufsuchendes, systemisches Angebot an der Schnittstelle zwischen bestehenden ambulanten und stationären (ausserfamiliären) Behandlungen. Ziel ist Stärkung der Selbstwirksamkeit und Elternkompetent.	Mehrfachbelastete Familien durch z.B. psychische Erkrankung, Sucht, Gewalt	AG	A	x						x	
Schenk mir eine Geschichte – Family Literacy	Frühförderung Verbesserung der Sprachkompetenzen in der Erstsprache. Eltern-Kind-Treffen, Vermittlung der Freude an Sprachen, Zugang zu sprach- und lesefördernde Aktivitäten in Deutsch.	Eltern mit 18 Mt. - 5 j. Kinder, mit Migrationshintergrund	AG, BE, LU, SO, TG, ZH	A		x				x	x	
Purzelbaum Kita/Spielgruppen	Weiterbildung für Kita-/Kindergartenleiterinnen zu Bewegung & Ernährung, Unterstützung der Kinder in ihrer gesunden Entwicklung. Ziel: Gesundheitsförderung und Chancengleichheit von Kindern vor dem Schuleintritt Zusatzmodul für psychische Gesundheit, ab	Spielgruppenleiterinnen, Kinder bis Schuleintritt	21 Kantonen	A				x		x		

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
	2019 (Pilotprojekt). Youp'la Bouge für Französisch sprachige Kantone											
Eltern-Kind-Angebote												
Mini Move von Idée Sport	Niederschwelliges Angebot für Bewegung von Kleinkindern unter Anleitung von Fachpersonen	2-5 j. Kinder	Basel, BE, TI	B		(x)						
Accueil parent-enfant von Association MIA	Großer Spielplatz für Kinder bis 4 Jahre in Begleitung eines Erwachsenen (Elternteil oder Betreuungsperson). Offen für alle ohne vorherige Anmeldung und kostenlos. Ziel des Vereins MIA: Integration von MigrantInnen durch verschiedene Aktivitäten erleichtern.	Kinder bis 4 J.	BE	B		(x)						
Maison Verte	Begegnungs- und Austauschorte, die das sichere Erlernen des sozialen Lebens für das Kind fördern und den Eltern die Möglichkeit geben, ihre Elternkompetenz zu erkennen und festigen.	Eltern mit 0-5 j. Kinder	VD	A		x					x	
Elternbildung/Gruppentreff												

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
femmesTISCHE	Niederschwellige Erwachsenen-Elternbildung durch Moderatorinnen. Gesprächsrunden im informellen Rahmen. Verschiedene Module: - Gesunder Lebensstart - Ernährung und Bewegung - Psychische Gesundheit. Femmes-Tische ist ein lizenziertes nationales, mehrfach preisgekröntes Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm.	Frauen/Mütter mit Migrationshintergrund	In zahlreichen Regionen der Schweiz; 29 Standorte.	A			x				x	x
hommestische	Um die Chancengleichheit zu erhöhen und auch Väter in ihren Fragen anzusprechen, fördert der Verein femmesTische seit 2015 den Aufbau von Gesprächsrunden für Männer.	Männer/ Väter mit Migrationshintergrund	BE, GE, SZ, VD, VS, ZH	(A)			x				x	x
LUANA vom Schweizerischen Roten Kreuz	Gesundheitskurs für MigrantInnen. Praktisches Wissen zum Thema Gesundheit wird vermittelt. Die Teilnehmenden werden ermutigt, Selbsthilfemöglichkeiten im Alltag zu erkennen sowie anzuwenden.	MigrantInnen	SH	C			x					x
Interkultureller Krabbeltreff	Interkulturelles Treffen: wiederholte Veranstaltung für Personen aus dem Migrationssetting. Themenbeispiele: Konsum, Workshop	Eltern von 0-5 j. Kindern, MigrantInnen	ZG	A		x	x					x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
	zum Thema Körperbild, Bewegung und Wahrnehmung für Kleinkinder und Bezugspersonen (Papperla PEP)											
Parlare insieme di salute tra persone migranti	Reihe von Informations-, Sensibilisierungs-, Diskussions- und Austauschveranstaltungen zu Fragen der Kindergesundheit für Eltern (insbesondere Mütter), Asylbewerber und Flüchtlinge. Anwesend sind Fachleute und ein interkultureller Mediator. Weiterführung des Pilotprojektes "Gesundheit in der ersten und zweiten Kindheit".	Mütter/Eltern, Personen mit Migrationshintergrund	TI	k.A.			x					x
Aufsuchende Angebote												
Brückenbauerinnen Gundelin	Aufsuchende Elternarbeit. Interkulturelle Vermittlerinnen unterstützen Eltern, das hiesige Bildungs- und Gesundheitssystem zu verstehen, die Angebote im Vorschul- und Schulbereich kennenzulernen und zu nutzen und ihre Kinder bestmöglich auf ihrem Entwicklungsweg zu begleiten.	Vulnerable Eltern mit Kinder bis Primarschulalter	Beide Basel	(A)			(x)					

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Migram – aufsuchende Tätigkeit von Schlüsselpersonen	Aufsuchendes Angebot. Schlüsselpersonen sensibilisieren vulnerablen Familien für Präventions- und Gesundheitsthemen. Auch Spielsucht.	Familien mit Kindern ab 4 Jahren	BE	A			(x)					x
Miges balù	Interkulturell Vermittelnde ermöglicht Familien mit Migrationshintergrund einen einfachen Zutritt zum Angebot der Mütter- und Väterberatung.	Familien mit Migrationshintergrund	LU, TG, UR	A			x				x	x
Ernährung/Bewegung												
Buggyfit PEBS – Präventive Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Schwangerschaft bis ein Jahr nach Geburt	Informationen und praktische Unterstützung für Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft und bis ein Jahr nach der Geburt.	Mütter	GR, SO, ZH	A			(x)					x
Cours Bien manger à prix de la FRC	Angebot für gesunde Nahrungsmittel zu günstigen Preisen	Vulnerable Bevölkerung	NE	k.A.								(x)
Psychische Gesundheit / Angebote für Kinder aus belasteten Familien												
«mit mir» von Caritas	Patenprojekt für Kinder aus armutsbetroffenen Familien. 1-2 Treffen pro Monat für kleine Ausflüge oder Aktivitäten. Bereitet den Kindern viel Freude und erweitert ihren Horizont.	3-12 j. Kinder	AG, BL, BS, BE, LU, SO, SG, TG, ZH	k.A.								

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
	Durch die ungeteilte Aufmerksamkeit wird das Selbstvertrauen der jungen Menschen gestärkt. Eltern bekommen kurze Auszeit.											
Anlaufstellen												
Müze	Anlaufstelle für Fragen rund um Frauenförderung, Frühförderung der Kinder, Erziehung und Integration. Niederschwelliges Angebot soll Mütter in ihrem Selbstvertrauen bestärken und sie in ihrer Erziehungsaufgabe unterstützen.	Mütter	BE	k.A.							x	
Angebote/Netzwerke für Fachpersonen												
Papperla PEP Junior	Gesundheitsförderungsprojekt zur Integration von emotional-somatischem Lernen und Körpererigenwahrnehmung im Kontext von Ernährung und Bewegung.	Fachpersonen in Kita, 0-5 j. Kinder	ZG	A								x
«rauchfreie Luft – gesunde Kinder»	Schutz vor Passivrauch bei Kleinstkindern in der Familie. Ausbildung von Multiplikatorinnen wie Hebammen, Stillberaterinnen, etc.	Eltern mit Kleinkindern, Fachpersonen	Kanton Bern und weitere Kantone	A			(x)					x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Guter Start ins Kinderleben (GSIK)	Förderung der Vernetzung von Fachpersonen. Unterstützt die systematische Zusammenarbeit. Bietet Broschüren, Notfallflyer für Eltern an. Ziel ist die gelingende frühkindliche Entwicklung Frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren.	Fachpersonen die mit Eltern von Babys und Kleinkinder arbeiten	TG	A					x			

Zugang zu Familien in der perinatalen Phase

Während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden wichtige Grundsteine für den Start ins Leben und für die langfristige Gesundheit des Kindes gelegt (Bundesministerium für Gesundheit 2017). So ist zum Beispiel die kontinuierliche Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft mit einem reduzierten Risiko für Fehl- und Frühgeburt verbunden (Sandall, Soltani et al. 2016). Die ersten Wochen nach der Geburt eines Kindes sind besonders vulnerabel, weshalb die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt, dass Familien nach der Geburt eines Kindes in Form von Hausbesuchen professionell weiterbetreut werden sollten (WHO 2013). In der Schweiz nehmen schätzungsweise 80 Prozent der Familien eine Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme in Anspruch (Erdin, Grylka-Bäschlin et al. 2017, Grylka-Bäschlin, Hollenstein et al. 2018). Wiederholte Hausbesuche erlauben den Fachpersonen, einen tiefen Einblick in die häuslichen Verhältnisse der Familien (Perrenoud 2016). Psychosozial belastete Familien sind mit der Hebammensuche jedoch häufig überfordert und Studienergebnisse zeigen, dass diese Familien einen schlechteren Zugang zur Betreuung haben und die Angebote weniger nutzen (DiBari, Yu et al. 2014, Wilcox, Levi et al. 2016). Hebammennetzwerke, welche die Hebammenvermittlung übernehmen, ermöglichen den frühen Kontakt zu den Familien und übernehmen damit eine wichtige Rolle im Zugang zu Familien in der perinatalen Phase (Grylka-Bäschlin, Hollenstein et al. 2018, Krahl, Radu et al. 2018). In Tabelle 6 sind Hebammennetzwerke ersichtlich, welche auf der ehemaligen Website des Schweizerischen Hebammenverbandes (<http://www.130.ch/de/elt/heb/zentrln.cfm>) aufgelistet waren und die Vermittlung der Wochenbettbetreuung übernehmen. Das Hebammennetzwerk Familystart Beider Basel evaluierte seine Leistungen und zeigte, dass 86% der Anrufe für die Vermittlung einer kurzfristigen Wochenbettbetreuung erfolgten und 14.5% der Anrufe zu einer telefonische Beratung führten (Späth, Kurth et al. 2014). Die Autorinnen fanden zudem, dass 35% der Frauen ihr Kind per Kaiserschnitt bekamen und das mit 14% der vermittelten Frauen die Verständigung erschwert war. Eine Analyse von Krankenkassendaten zeigte, dass die Gesundheitskosten seit der Gründung von Familystart Beider Basel trotz erhöhter Nutzung der Wochenbettbetreuung nicht stiegen, da gleichzeitig die Gesundheitskosten für das Neugeborene im ersten Monat nach der Spitalentlassung sanken (Zemp, Signorell et al. 2017). Familystart Zürich wurde ebenfalls evaluiert und die Ergebnisse zeigen, dass der Verein jährlich rund 3'000 Frauen eine Hebamme vermittelt (Grylka-Bäschlin, Hollenstein et al. 2018). Familystart-Nutzerinnen, die im Kanton Zürich wohnten (n=1'544) wurden mit Zürcher Frauen verglichen, die selber eine Hebamme suchten (n=11'697). Ausländische Staatsangehörige (68.4% vs. 41.3%, p<0.001), Frauen ohne Berufsausbildung (25.7% vs. 9.3%, p<0.001), nicht berufstätige Frauen (37.6% vs. 24.5%, p<0.001) und Frauen nach Kaiserschnitt (42.4% vs. 34.2%, p<0.001) waren signifikant häufiger Familystart-Nutzerinnen. Auch die Thurgauer Hebammen halten im unveröffentlichten Jahresbericht 2017 fest, dass 73% der Nutzerinnen des Angebots ausländischer Nationalität waren. Im Kanton Waadt existiert neben einer Hebammenhotline auch der Verein PanMilar, welcher ein spezielles Programm für Migrantinnen in Schwangerschaft und Wochenbett anbietet und im Jahresbericht 2017 festhält, dass 195 Frauen aus 63 Länder an 47 Kurse teilgenommen hatten (PanMilar 2018). Der Verein pilotiert momentan ein Projekt mit Wochenbettbetreuung durch Hebammen in Begleitung von Übersetzer/innen und ein weiteres, in dem die Auswirkungen des Thematisierens von Ernährung und körperliche Aktivität in den Geburtsvorbereitungskursen untersucht werden. In allen Sprachregionen der Schweiz gibt es Netzwerke, welche Hebammenvermittlung anbieten und damit die jungen Familien, aber auch die Gesundheitsfachpersonen in den Spitäler unterstützen und entlasten. Die Hebam-

mennetzwerke sind jedoch nicht flächendeckend vorhanden und vielen Regionen der Schweiz erhalten die Familien nur Hilfe bei der Suche nach einer Hebammenbetreuung, wenn Pflegefachpersonen der Spitäler Kapazität haben, die Suche zu unterstützen oder zu übernehmen. Leider gibt es keine Schweizer Zahlen, wie viele Familien keine Hebamme finden, aber aus der Praxis ist bekannt, dass es in Spitzenzeiten mit vielen Geburten und in Ferienzeiten zu Engpässen kommt, welche die Hebammensuche massiv erschweren. Psychosozial belastete Familien, die selber keine Hebamme suchen können, sind in solchen Situationen häufig auf sich gestellt.

Zusammenfassend zeigen die Evaluationen deutlich, dass Hebammennetzwerke psychosozial belastete Familien erreichen, damit diese nicht durch die Maschen des Versorgungsnetzes fallen. Die Hebammennetzwerke sind in der Schweiz jedoch nicht flächendeckend vorhanden, auch liegen keine Daten vor wie gut der Zugang und die Abdeckung des Bedarfs gewährleistet ist.

Tabelle 6: Hebammennetzwerke und Programme mit Zugang zu Familien in der perinatalen Phase

Organisation/ Präventionspro- gramme	Inhalte und Ziele	Alter der Ziel- gruppe	Schweiz Region	Bemerkungen	Evaluation			
					Extern evaluiert öffentlich	Jahresbericht	Selbstevaluation	Keine Angaben
Hebammennetz- werke								
Familystart Zürich www.familystart-zh.ch/	Garantierte Hebammenvermittlung während der Schwangerschaft und nach der Geburt für die Wochenbettbetreuung, 24 Stundentelefon	Schwangere und Eltern nach der Geburt ihres Kindes	Zürich	Der Verein wurde 2015 gegründet und hat ca. 130 Mitglieder. Er bezweckt eine Versorgungsgarantie von Familien nach der Geburt eines Kindes	X			
Familystart beider Basel www.familystart.ch/	Garantierte Hebammenvermittlung, Fragen zur Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Versorgung des Neugeborenen	Schwangere und Eltern nach der Geburt ihres Kindes	Basel	Helpline von 8-20 Uhr, Information zu Angeboten, Entlassungsdiensten und Kursen	X			
Vermittlungshotline Verein Thurgauer Hebammen www.thurgauer-hebammen.ch/	Garantierte Hebammenvermittlung	Eltern nach der Geburt ihres Kindes	Thurgau	Evaluation 2019/2020 in Planung		X		

Hebammenzentrale Zentralschweiz www.hebammen-zentralschweiz.ch/	Garantierte Hebammenvermittlung, Onlineanmeldung für Hebammensuche	Eltern nach der Geburt ihres Kindes	Luzern, Nidwalden, Obwalden					X
Arcades des Sages-Femmes www.arcade-sages-femmes.ch/	Hebammenvermittlung, Schwangerschaftsberatung, Geburtsvorbereitung für Migrantinnen, Nachbetreuung	Schwangere und Eltern nach der Geburt ihres Kindes	Genf	Ziel ist Präventionsmassnahmen anzubieten		X		
Permanence téléphonique, Vaud Keine Homepage gefunden	Hebammenvermittlung	Eltern nach der Geburt ihres Kindes	Waadt, Neuenburg, Jura	Hotline 10-18 Uhr				X
Permanenza telefonica levatrici della Svizzera italiana http://levatrici-ti.ch/trova-la-tua-levatrice_new/	Telefonzentrale	Schwangere und Eltern nach der Geburt ihres Kindes	Tessin	Hotline Mo-Fr: 10-20 Uhr, Sa-So: 10-12 Uhr				X
Angebot für Migrantinnen								
PanMilar https://www.panmilar.ch/	Spezielles Angebot für schwangere Migrantinnen und Wöchnerinnen im Kanton Waadt	Schwangere Migrantinnen Wöchnerinnen	Waadt	Geburtsvorbereitung in 18 Sprachen, Pilotprojekt für Wochenbettbetreuung seit 2017		X		

5.3 Krankheitslast – Burden of disease

Das Konzept des «burden of disease» beruht darauf, dass sowohl die Mortalität als auch die Morbidität berücksichtigt wird und einzelne Erkrankungen sowie Behinderungen unterschiedliche gewichtet werden, bzw. mit unterschiedlicher Krankheitslast einhergehen. Damit unterscheiden sich DALY's wesentlich von den üblichen Prävalenzschätzern.

Neonatale Störungen, kongenitale Fehlbildungen sowie Unfälle stellen bei den unter 5-Jährigen mit 14'591, 10'677 und 2202 DALY die mit Abstand höchste Krankheitslast dar (Abbildung 1). Dabei ist auffällig, dass die vorzeitigen Todesfälle (YLL) bei allen dreien den Löwenanteil an den DALY ausmachen und die aufgrund von Krankheit und Behinderung verlorenen gesunden Lebensjahre (YLD) deutlich tiefer liegen.

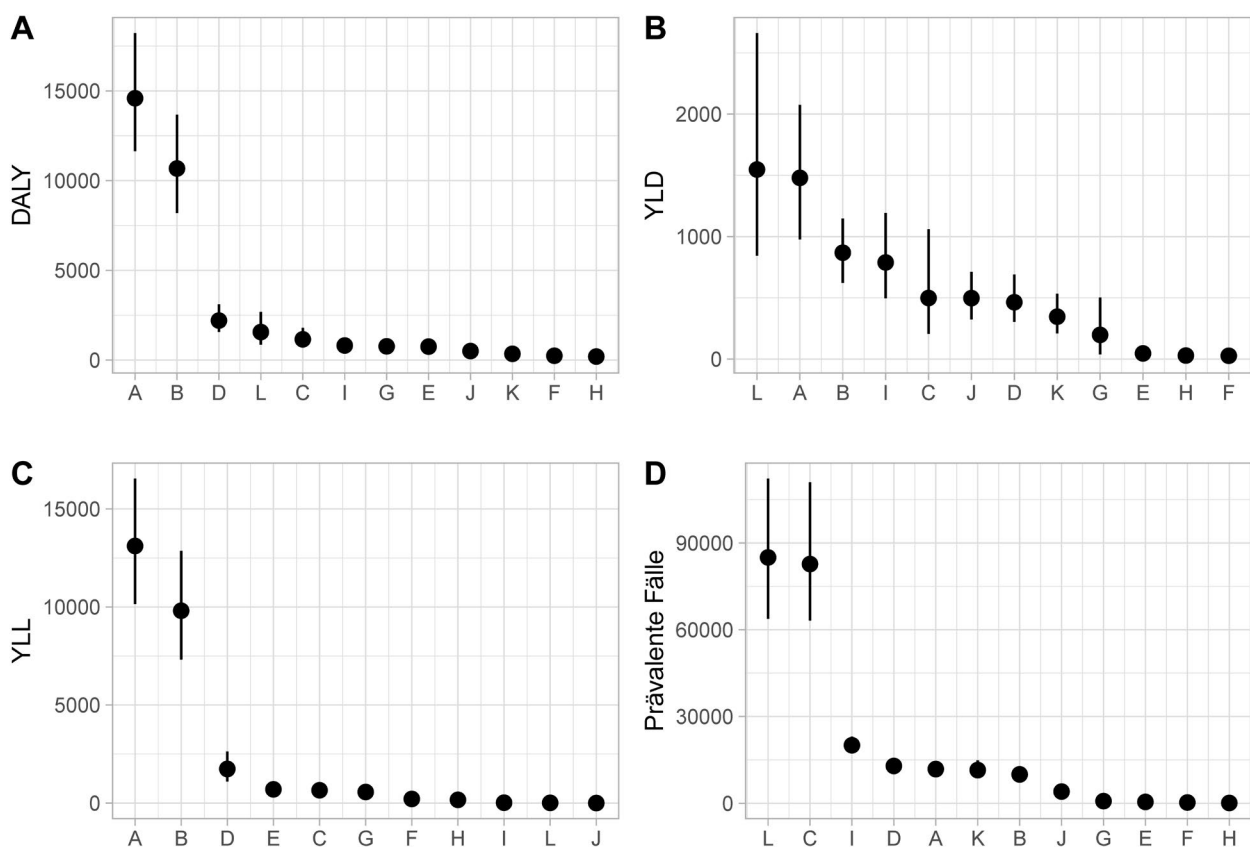


Abbildung 1: Absolute Krankheitslast der unter 5-Jährigen in absoluten Jahren, 2016

Quelle: Global Burden of Disease Collaborative Network, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Punktschätzer mit zugehörigem 95% Vertrauensintervall. DALY: Disability adjusted life years, YLL: Years of life lost, YLD: Years lived with disability. **A** Neonatale Störungen, **B** Kongenitale Fehlbildungen, **C** Diabetes, urogenitale und endokrine Krankheiten, **D** Unfälle, **E** Neubildungen, **F** Leukämie, **G** Neurologische Störungen, **H** Kardiovaskuläre Erkrankungen, **I** Chronische Atemwegserkrankungen, **J** Psychische und substanzbedingte Störungen, **K** Augen- und Ohrenkrankheiten, **L** Ernährungsbedingte Mangelerscheinungen (genaue Werte siehe Tabelle 11 im Anhang 9.1.4)

Neonatale Störungen und kongenitale Fehlbildung rangieren jedoch auch bei den YLD auf den Plätzen 2 und 3. Ernährungsbedingte Mangelerscheinungen sind mit einer Prävalenz von 85'000 auf 100'000 unter 5-Jährige die häufigste Krankheit und belegen Rang 4 bei den DALY (1'560); dies mit einem geringen Anteil an vorzeitigen Todesfällen. Diabetes, urogenitale und endokrine Krankheiten (1'154 DALY), chronische Atemwegserkrankungen (810 DALY), neurologische Störungen (764 DALY) und Neubildungen (749) folgen auf den Rängen 5 bis 8. Leukämie (239 DALY) als eine Untergruppe der Neubildungen sowie kardiovaskuläre Erkrankungen (195 DALY) belegen die beiden letzten Plätze.

Mit Blick auf die Krankheitslast infolge frühzeitiger Todesfälle belegen neonatale Störungen (13'112 YLL), kongenitale Fehlbildungen (10'677 YLL), Unfälle (unabhängig der Ursache, 1'738 YLL), Neubildungen (703 YLL) sowie Diabetes, urogenitale und endokrine Krankheiten (656 YLL) die vordersten Ränge. Ernährungsbedingte Mangelerscheinungen sowie psychische und substanzbedingte Störungen belegen die letzten Ränge bei den YLL (13 und 3).

Bei der mit Krankheit und Behinderung gelebten Lebenszeit belegen ernährungsbedingten Mangelerscheinungen (1'547 YLD) den ersten Platz, gefolgt von neonatalen Störungen (1'479 YLD), kongenitalen Fehlbildungen (868 YLD) und chronischen Atemwegserkrankungen (YLD 789). Die tiefsten YLD weisen kardiovaskuläre Erkrankungen (19) und Leukämie (27) auf. Letzteres mag erstaunen, hängt aber mit der vergleichsweise geringen Prävalenz, also Verbreitung, von Leukämie und kardiovaskulären Erkrankungen bei unter 5-Jährigen zusammen (279 von 100'000 und 116 von 100'000) und dementsprechend gering fällt die absolute Krankheitslast aus.

Der Vergleich der Krankheitslast pro 100'000 Personenjahre zeigt ein der absoluten Krankheitslast vergleichbares Resultat (Tabelle 7). Bei den unter 5-Jährigen belegen wiederum die neonatalen Störungen (3'501 DALY), die kongenitalen Fehlbildungen (2'562 DALY) sowie die Unfälle (528 DALY) die ersten drei Ränge bei der Krankheitslast. Kardiovaskuläre Erkrankungen (47 DALY) sind erneut auf dem letzten Rang. Werden Neugeborene im Alter 0 – 6 Tage sowie 7 – 27 Tage betrachtet, so schieben sich vor die Unfälle auf Rang 3 der DALY pro 100'000 Personen Diabetes, urogenitale und endokrine Krankheiten. Gleichzeitig wird ersichtlich, dass die relative Krankheitslast der Neugeborenen bei neonatalen Störungen, kongenitalen Fehlbildungen, Unfällen sowie Diabetes, urogenitale und endokrine Krankheiten deutlich höher ist als etwa die der unter 5-Jährigen, was dem Umstand geschuldet ist, dass viele der betroffenen Neugeborenen früh versterben (vgl. YLL / DALY).

Tabelle 7: Geschätzte relative Krankheitslast pro 100'000 Personenjahre nach Erkrankung und Altersgruppe, 2016

Art der Erkrankung	Alter	DALY	YLD	YLL	Inzi- denz	Prävalenz
Neonatale Störungen	0 - 6 Tage	664607	438	664169	1920	8303
	7 - 27 Tage	27403	396	27007	1875	8056
	28 - 364 Tage	1451	370	1081	1308	7826
	1 - 4 Jahre	370	350	19	642	1546
	< 5 Jahre	3501	355	3146	787	2834
Kongenitale Fehlbildungen	0 - 6 Tage	322646	281	322365	-	2889
	7 - 27 Tage	23807	256	23552	-	2867
	28 - 364 Tage	3311	241	3070	-	2728
	1 - 4 Jahre	490	200	290	-	2305
	< 5 Jahre	2562	208	2354	-	2394
Diabetes, urogenitale und endokrine Krankheiten	0 - 6 Tage	5744	17	5727	-	18703
	7 - 27 Tage	1096	34	1062	-	18816
	28 - 364 Tage	490	178	312	-	20222
	1 - 4 Jahre	187	108	80	-	19782
	< 5 Jahre	277	120	157	-	19849
Neubildungen	0 - 6 Tage	2715	0	2715	-	-
	7 - 27 Tage	267	0	267	-	-
	28 - 364 Tage	156	9	147	23	32
	1 - 4 Jahre	171	12	159	29	138
	< 5 Jahre	180	11	169	27	116
Leukämie	0 - 6 Tage	356	-	356		
	7 - 27 Tage	49	-	49		
	28 - 364 Tage	45	5	40	11	22
	1 - 4 Jahre	59	7	52	14	79
	< 5 Jahre	57	7	51	13	67

Art der Erkrankung	Alter	DALY	YLD	YLL	Inzidenz	Prävalenz
Kardiovaskuläre Erkrankungen	0 - 6 Tage	2167	0	2167	20	0
	7 - 27 Tage	345	0	345	20	1
	28 - 364 Tage	81	0	81	19	1
	1 - 4 Jahre	24	9	15	53	35
	< 5 Jahre	47	7	40	46	28
Neurologische Erkrankungen	0 - 6 Tage	19	0	19	107	1
	7 - 27 Tage	28	1	27	107	4
	28 - 364 Tage	465	19	446	103	58
	1 - 4 Jahre	119	55	64	62	214
	< 5 Jahre	183	47	136	70	181
Chronische Atemwegserkrankungen	0 - 6 Tage	-	-	-	-	-
	7 - 27 Tage	-	-	-	-	-
	28 - 364 Tage	-	-	-	-	-
	1 - 4 Jahre	244	238	6	2505	6040
	< 5 Jahre	194	189	5	1993	4806
Unfälle	0 - 6 Tage	3365	2	3363	324	36
	7 - 27 Tage	540	6	534	970	126
	28 - 364 Tage	640	90	549	15543	1815
	1 - 4 Jahre	488	118	369	11322	3452
	< 5 Jahre	528	111	417	11953	3091
Augen- und Ohrenkrankheiten	0 - 6 Tage	18	18	0	-	739
	7 - 27 Tage	18	18	0	-	753
	28 - 364 Tage	28	28	0	-	1068
	1 - 4 Jahre	98	98	0	16123	3189
	< 5 Jahre	83	83	0	12829	2750
Psychische und substanzbedingte Krankheiten	0 - 6 Tage	92	74	18	38	484

Art der Erkrankung	Alter	DALY	YLD	YLL	Inzidenz	Prävalenz
	7 - 27 Tage	135	75	60	38	488
	28 - 364 Tage	80	80	0	38	517
	1 - 4 Jahre	130	130	0	423	1092
	< 5 Jahre	120	119	1	344	974
Ernährungsbedingte Mangelerscheinungen	0 - 6 Tage	155	155	0	800	3555
	7 - 27 Tage	181	181	0	743	5130
	28 - 364 Tage	540	533	7	674	25965
	1 - 4 Jahre	339	337	2	2225	19386
	< 5 Jahre	374	371	3	1909	20397

Quelle: Global Burden of Disease Collaborative Network, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

* alle Werte sind Raten pro 100'000 Personenjahre. Raten bei Neugeborenen können grösser als 1 sein, weil mehr Todesfälle in einer Alterskategorie vorkommen können als die Alterskategorie Personenjahre umfasst. Beispielsweise sind 52 Neugeborene, die durchschnittlich 7 Tage unter Beobachtung sind, notwendig, um ein Personenjahr (365/7) zu erzeugen. Stirbt mehr als ein Neugeborenes, so wird die Rate grösser 1.

DALY: Disability adjusted life years, YLL: Years of life lost, YLD: Years lived with disability.

Zusammenfassend zeigt sich, dass wenngleich der Grossteil der Kinder im Alter 0 -4 Jahren an keiner chronische Erkrankungen leidet, die Krankheitslast nicht vernachlässigbar ist. Neonatale Störungen sind, wie zu erwarten, die häufigste Ursachen für frühzeitige Todesfälle und Leben mit krankheitsbedingter Einschränkung im Alter von 0-4 Jahren. Auf Grund der hohen Zahl verlorener Lebensjahre durch neonatale Mortalität sind sowohl die YLL als auch die DALYs im Vergleich zu anderen Diagnosen sehr hoch. Die Ursachen oder möglichen Risikofaktoren dieser neonatalen Störungen sind aus Public Health Sicht von Interesse. Im Alter von 1-4 Jahren fällt die Krankheitslast durch Unfälle und Ernährungsbedingte Mangelerscheinungen auf, beides in hohem Masse präventable Umstände. Mit zunehmendem Alter steigen auch kardiovaskuläre, respiratorische und metabolische Erkrankungen. Die Zahl wäre noch höher würden den Berechnungen nicht klinische Diagnosen sondern subklinische Manifestationen zu Grunde liegen. Eine Schwierigkeit der vorliegenden Krankheitslast im Alter von 0 – 4 Jahren ist deren Datengrundlage. Während die YLL auf Mortalitätsstatistik beruhen, liegen nicht für alle Erkrankungen und Risikofaktoren liegen aktuelle repräsentative Daten für die Schweiz vor. In die Berechnungen fliessen einzelne Studienergebnisse und teils Daten vergleichbarer Länder ein. Nichts desto trotz stellen die Angaben in Tabelle 7 eine gute Annäherung an die tatsächliche Krankheitslast dar.

5.4 Anteil vulnerabler Familien und betroffene Kinder

Das nachfolgende Kapitel beschreibt eine alternative Herangehensweise anhand von Routinedaten bzw. allgemein nationalen Daten die Anzahl von Vulnerabilitätsfaktoren betroffener Kinder im Alter von 0-4 Jahren zu schätzen. Voranzustellen ist, dass sowohl die Datenqualität als auch die nötigen Annahmen diskussionsbedürftig sind und die Modelle keinerlei Aussagen zu den Konsequenzen der Betroffenheit machen.

Laut der Statistik «Einfamilienhaushalte nach Anzahl und Alter der Kinder und Sprachgebiet» gab es 2016 372'143 Paarhaushalte und 26'079 Einelternhaushalte (Alleinerziehende) mit einem jüngsten Kindern im Alter von 0-6 Jahren (BFS 2018). Bei den Einelternhaushalten handelt es sich in 84% - 86% um alleinerziehende Frauen (CARITAS 2015, BFS 2017). Die Anzahl der 0-6-jährigen Kinder in der ständigen Wohnbevölkerung belief sich 2016 auf 600'251, die Anzahl der 0-4-Jährigen lag bei 430'115 (BFS 2016). Die geschätzte Anzahl der Haushalte mit 0-4-Jährigen beläuft sich auf 285'349.

Armut

Materielle Armut kann sich in unterschiedlicher Weise auf die Teilhabe und die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern auswirken. Nicht zuletzt haben Kinder und Jugendliche, die in materieller Armut leben, öfter gesundheitliche Probleme wie Übergewicht und Karies, weisen häufiger psychische Auffälligkeiten auf und zeigen ein schlechteres Gesundheitsverhalten (Hackauf 2003, Lampert, Hagen et al. 2010, Pfister, Keller et al. 2015, Guggisberg, Häni et al. 2016). Um der Mehrdimensionalität des Armutskonzepts Rechnung zu tragen, folgen wir der gängigen Praxis (BFS 2016) und verwenden drei unterschiedliche Konzepte. Dabei beschreiben zwei Konzepte die absolute und relative Einkommensarmut (Armutquote und Armutsgefährdungsquote) und ein drittes Konzept die materiellen Entbehrungen (Quote der materiellen Entbehrungen). Hierbei gelten die nachfolgenden, vom Bundesamt für Statistik festgelegten Definitionen:

„Die **Armutquote** basiert auf einer «absoluten» Grenze: Als arm gelten demnach Personen, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um die für ein gesellschaftlich integriertes Leben notwendigen Güter und Dienstleistungen zu erwerben. Die verwendete Armutsgrenze leitet sich von den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) ab. Sie setzt sich zusammen aus dem Grundbedarf für den Lebensunterhalt, den individuellen Wohnkosten sowie monatlich 100 Franken pro Person ab 16 Jahren im Haushalt für weitere Auslagen.

Die **Armutsgefährdungsquote** basiert auf einer «relativen» Grenze: Als armutsgefährdet gelten Personen mit einem verfügbaren Äquivalenzeinkommen, das deutlich unter dem üblichen Einkommensniveau in dem betreffenden Land liegt. Armut wird somit als eine Form der Ungleichheit betrachtet: Ob eine Person als armutsgefährdet gilt, hängt nicht allein von ihrer eigenen wirtschaftlichen Situation ab (resp. derjenigen ihres Haushalts), sondern auch vom landesspezifischen Wohlstandsniveau. Die Europäische Union setzt die Armutsgefährdungsgrenze bei 60% des Medians des verfügbaren Äquivalenzeinkommens an.

Die **Quote der materiellen Entbehrung** wird beschrieben als finanziell bedingter Mangel in mindestens drei von neun europaweit koordinierten Kategorien: in der Lage sein, innerhalb eines Monats unerwartete Ausgaben in der Höhe von 2500 Franken zu tätigen; in der Lage sein, eine Woche Ferien pro Jahr weg von zu Hause zu finanzieren; keine Zahlungsrückstände zu haben; in der Lage sein, jeden zweiten Tag eine fleisch- oder fischhaltige Mahlzeit (oder

vegetarische Entsprechung) einzunehmen; in der Lage sein, die Wohnung ausreichend zu heizen; Zugang zu einer Waschmaschine haben; im Besitz eines Farbfernsehers, eines Telefons und eines Autos sein.“ (BFS 2016)

Wie unschwer zu erkennen ist, ist die Konzeption von Armut bei der Armutsquote am engsten und bei der Quote der materiellen Entbehrungen am breitesten. Letztere fasst dementsprechend Armut als «Unterversorgung in wichtigen Lebensbereichen (materiell, kulturell und sozial), so dass die betroffenen Personen nicht den minimalen Lebensstandard erreichen, der im Land, in dem sie leben, als annehmbar empfunden wird» (p. 57, BFS 2017).

Als Datengrundlage für die Schätzung der von Armut betroffenen Haushalte mit 0-4-Jährigen sowie der Anzahl der betroffenen Kinder dient die vom Bundesamt für Statistik durchgeführte Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) der Jahre 2014-2016. Sämtliche Schätzungen beziehen sich auf das Jahr 2016.

Armutsquote: Geschätzte 30'822 (80% PI: 27'926 – 33'784) Haushalte mit Kindern zwischen 0-4 Jahre lebten 2016 an der Armutsgrenze. Damit waren 46'189 (80% PI: 41'792 – 50'709) Kinder betroffen, was einer Armutsquote von 10.74% (80% PI: 9.72% – 11.78%) in dieser Altersgruppe entspricht (Abbildung 2).

Das BFS publiziert keine vergleichbare Armutsquote für Kinder, um die Schätzung einzuordnen. Die Armutsquote für Paare mit Kindern zwischen 0-3 liegt bei 5.0 (BFS 2017).

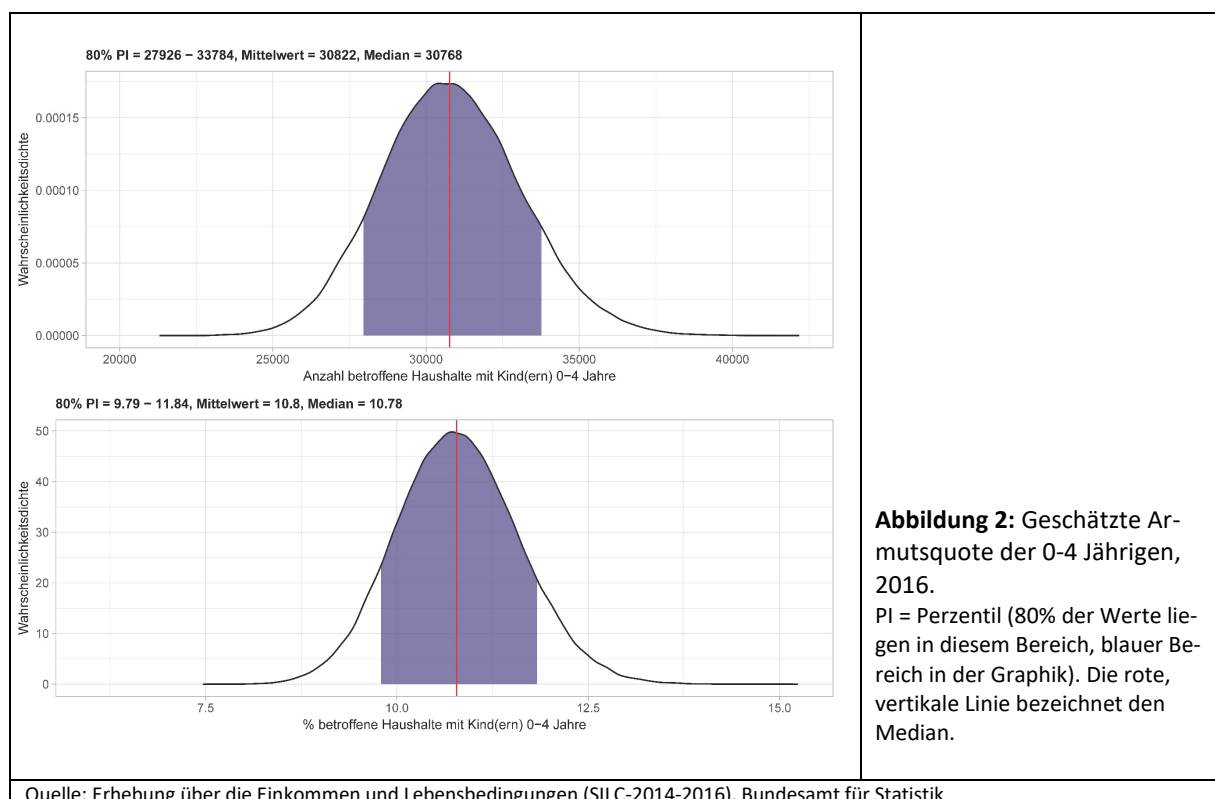


Abbildung 2: Geschätzte Armutsquote der 0-4 Jährigen, 2016.
PI = Perzentil (80% der Werte liegen in diesem Bereich, blauer Bereich in der Graphik). Die rote, vertikale Linie bezeichnet den Median.

Armutsgefährdungsquote: Geschätzte 57176 (80% PI: 53393 – 61032) Haushalte mit Kindern zwischen 0-4 Jahre waren 2016 Armutsgefährdet. Damit waren 85884 (80% PI: 80132 – 91772) Kinder

betroffen, was einer Armutsgefährdungsquote von 19.97% (80% PI: 18.63% – 21.34%) in dieser Altersgruppe entspricht (Abbildung 3). Zum Vergleich liegt die Armutsgefährdungsquote für Paare mit Kindern zwischen 0-3 bei 17.9% (BFS 2017).

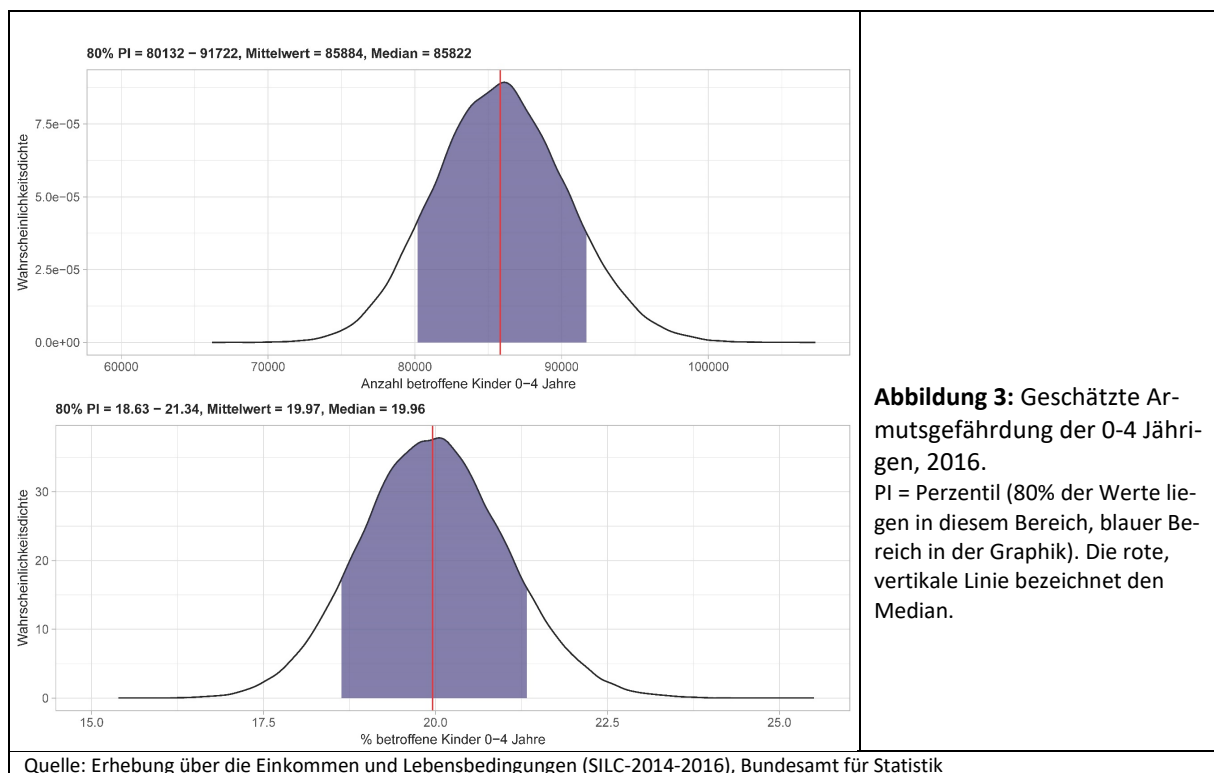
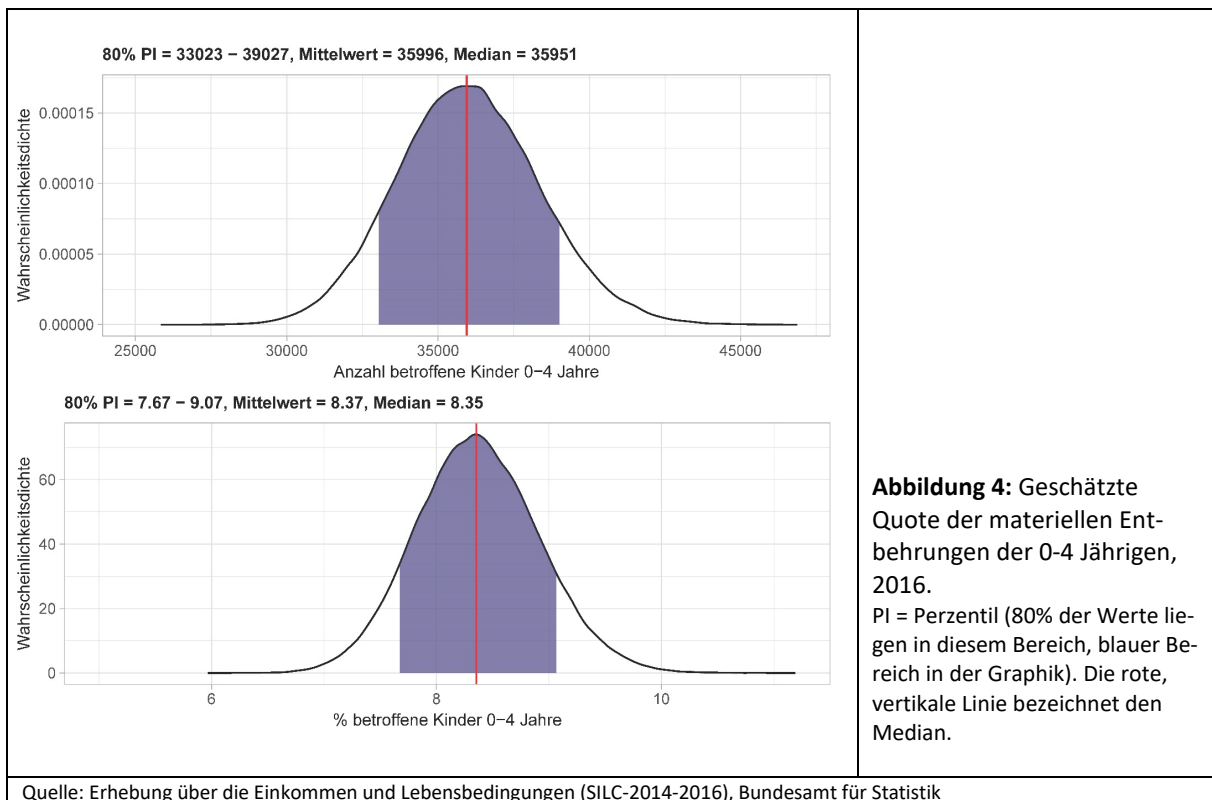


Abbildung 3: Geschätzte Armutsgefährdung der 0-4 Jährigen, 2016. PI = Perzentil (80% der Werte liegen in diesem Bereich, blauer Bereich in der Graphik). Die rote, vertikale Linie bezeichnet den Median.

Quote der materiellen Entbehrung: Geschätzte 24'182 (80% PI: 22'214 – 26'190) Haushalte mit Kindern zwischen 0-4 Jahre wiesen 2016 einen finanziell bedingten Mangel in mindestens drei der neun europaweit koordinierten Kategorien auf. Damit waren 35'996 (80% PI: 33'023 – 39'027) Kinder betroffen, was einer Quote der materiellen Entbehrungen von 8.37% (80% PI: 7.67% – 9.07%) in dieser Altersgruppe entspricht (Abbildung 4). Die Quote der materiellen Entbehrung gemäss dem Bericht *Familien in der Schweiz 2017* liegt bei 6.7 % (BFS 2017)



Unabhängig davon, welches Armutskonzept verwendet wird, sind substantielle Teile der 0-4-Jährigen von Einkommensarmut oder materieller Entbehrung betroffen. Hinzu kommt, dass insbesondere Kinder, die in Einelternhaushalten aufwachsen, besonders betroffen sind: Paarhaushalte mit Kindern (alle Altersgruppen) weisen gemäss SILC 2016 eine Armutsquote von 4.46% (95% KI 3.43 – 5.49) auf, während es bei Einelternhaushalten mit Kindern 13.05% (95% KI 8.87 – 17.23) sind. Die entsprechenden Armutsgefährdungsquoten belaufen sich auf 12.82% (95% KI 11.33 – 14.30) gegenüber 25.10 (95% KI 18.83 – 30.36) und die Quote der materiellen Entbehrungen betrug 5.42% (95% KI 4.35 – 6.48) gegenüber 19.79% (95% KI 15.28 – 24.29) Einelternhaushalte, bzw. Alleinerziehende, befinden sich demnach überdurchschnittlich oft in einer prekären wirtschaftlichen Situation. Dies vor allem wegen unterbrochener Berufsbiographien, Unvereinbarkeit von Berufstätigkeit und Kindererziehungspflichten. (Wanner 2012) Weiterführende Analysen zu Armut und materieller Entbehrung von Kindern (Guggisberg, Häni et al. 2016) zeigen zudem, dass die Armutsquote und Armutsgefährdungsquote von Kindern höher liegt, wenn kein Elternteil Schweizer/in ist oder kein Elternteil über einen nachobligatorischen Schulabschluss verfügt.

Sucht

Der Konsum der Eltern von Alkohol, Tabak, Cannabis und anderen Drogen, beeinflussen die Gesundheit der Kinder auf verschiedenen Ebenen. Pränatale Alkohol- und Drogenexposition haben einen negativen Einfluss auf kognitive Leistungsbereiche der Kinder und führen zu neurokognitiven Defiziten (Singer, Min et al. 2018). Diese neurokognitiven Defizite, die auch die Fähigkeit zum Planen und Steuern beinhalten, hängen wiederum mit dem späteren Substanzkonsum der Kinder selbst zusammen (Singer, Min et al. 2018).

Kinder, die während der Schwangerschaft moderatem bis starkem Alkoholkonsum der Mutter ausgesetzt waren, haben das Risiko eines Fetalen Alkoholsyndrom oder einer Alkohol Embryopathie. Dies beinhaltet körperliche und kognitive Entwicklungsstörungen wie Gehirnabnormitäten, Störung des zentralen Nervensystems und Entwicklungsstörungen von Organen. Alkohol Embryopathie verursacht Störungen im Bereich des Lernens, Emotionen, Kognition, Motorik und kann zu Verhaltensstörungen führen (Caputo, Wood et al. 2016). Allgemein wird durch pränatale Alkoholexposition am stärksten das Gehirn des Kindes beeinflusst; weiter können Anomalitäten des Herzens, der Nieren, der Leber, des Verdauungstraktes und des endokrinen Systems auftreten. Auch nach der Geburt gelten Kinder in Familien mit hohem Alkoholkonsum als Risikogruppe. Mehrere Studien haben gezeigt, dass Kinder deren Eltern Alkohol missbrauchen im Vergleich zu Kindern, die in einer Familie ohne risikoreichen Alkoholkonsum aufwachsen, einer Vielzahl von belastenden Faktoren ausgesetzt sind. Sie erleben häufiger elterliche Gewalt (zwischen den Eltern und als Opfer), Trennung der Eltern und werden häufiger von Pflegefamilien betreut. Die Kinder selbst zeigen eine erhöhte Sterblichkeit und selbstzerstörerisches Verhalten (z.B. Selbstmordversuch oder Drogenabhängigkeit). Sie haben mehr Krankenhausaufenthalte wegen Gewalt, zeigen ein erhöhtes Risiko für eine Teenager-Schwangerschaft und Arbeitslosigkeit. Im Vergleich zum Alkoholmissbrauch von Vätern scheint der Alkoholmissbrauch von Müttern mit einem höheren Vorkommen aller genannten Nachteile verbunden zu sein (Christoffersen and Soothill 2003).

Zur Ermittlung der Anzahl 0-4-Jähriger, die in einem Kontext mit risikoreichem Alkoholkonsum von Eltern(teilen) leben, wurde auf Daten aus dem Sucht Monitoring der Schweiz 2011-2016 (Gmel, Kuendig et al. 2017) zurückgegriffen. Personen mit 'hohem Risikokonsum' wurden dabei wie folgt definiert: mehr als 40 Gramm pro Tag bei Frauen und mehr als 60 Gramm pro Tag bei Männern, wobei 10-12 g Reinalkohol etwa einem Standardgetränk entsprechen, z.B. 3 dl Bier oder 1 dl Wein. Dabei ist zu beachten, dass diese Statistik keine kausalen Rückschlüsse darüber zulässt, wie sich der Risikokonsum auf die Konsumenten selbst und ihr Umfeld, insbesondere die Kinder auswirkt. Auf der Grundlage bisheriger Studienergebnisse kann aber vermutet werden, dass ein hoch risikoreicher Alkoholkonsum von Eltern(teilen) potentiell die Vulnerabilität von Kindern, die in solchen Kontexten leben, erhöht.

Hoch risikoreicher Alkoholkonsum: Unserer Schätzung nach konsumierten 2016 in 5'633 (80% PI: 5'202 – 6'075) Haushalten mit Kindern zwischen 0-4 Jahre Eltern(teile) risikoreich Alkohol. Damit lebten 8'526 (80% PI: 7'879 – 9'184) der Kinder in dieser Altersgruppe in solchen Haushalten, was einem Anteil von 1.98% (80% PI: 1.83% – 2.14%) in dieser Altersgruppe entspricht (Abbildung 5).

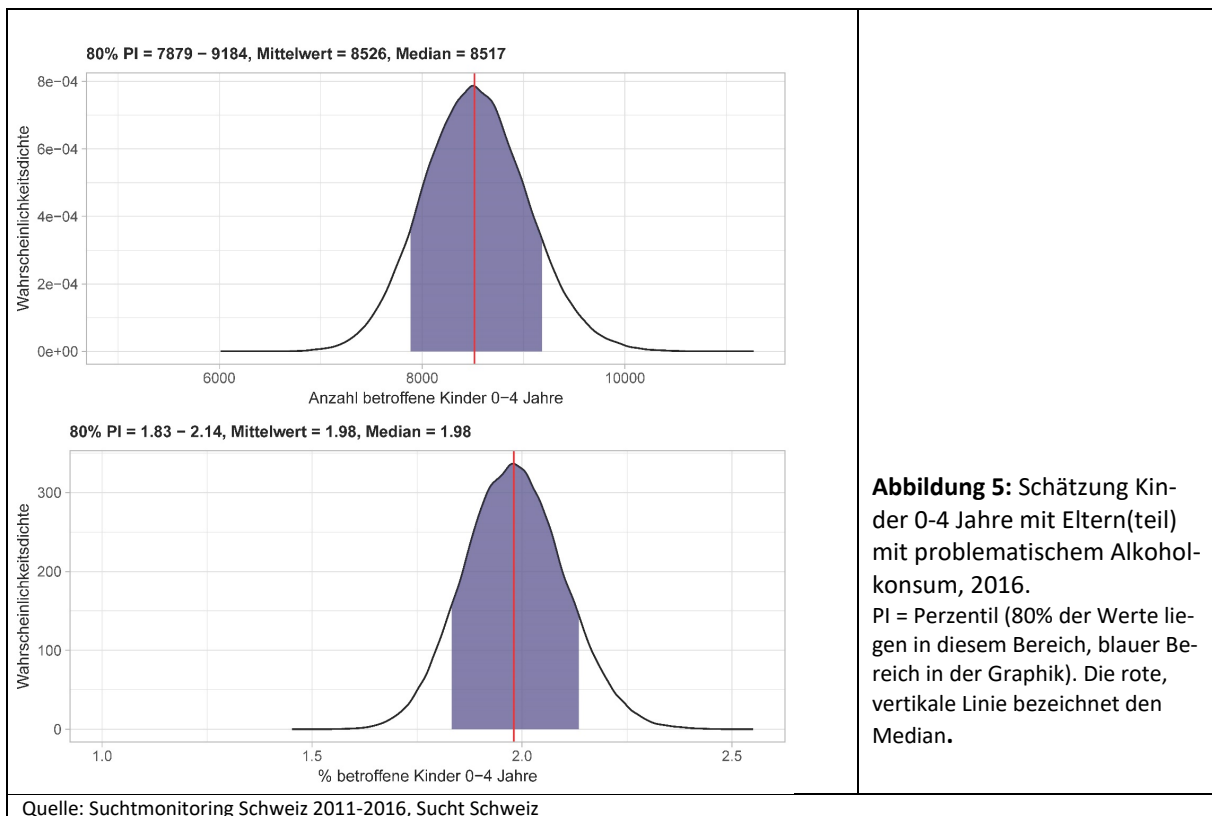


Abbildung 5: Schätzung Kinder 0-4 Jahre mit Eltern(teil) mit problematischem Alkoholkonsum, 2016. PI = Perzentil (80% der Werte liegen in diesem Bereich, blauer Bereich in der Graphik). Die rote, vertikale Linie bezeichnet den Median.

Im Sucht Monitoring 2016 wurde zusätzlich zum normalen Konsum der problematische Cannabiskonsum erfasst. Von einem problematischen Cannabiskonsum wird gesprochen, wenn ein bestimmter Wert auf einem allgemein anerkannten Instrument der Früherkennung (Screening) des problematischen Cannabiskonsums erreicht wird. Hierfür wurde im Sucht Monitoring der *Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT)* mit einem Schwellenwert von 8 oder mehr Punkten verwendet (Adamson and Sellman 2003). Die Prävalenz von problematischem Cannabiskonsum lag 2016 bei 1.1% der Schweizer Bevölkerung und veränderte sich seit 2012 nur unwesentlich. Männer sind mit einer Prävalenz von 2.0% deutlich häufiger betroffen als Frauen mit 0.3% (Marmet and Gmel 2017).

Problematischer Cannabiskonsum: Unserer Schätzung nach hatten 2016 in 6'227 (80% PI: 4'820 – 7'729) Haushalten mit Kindern zwischen 0-4 Jahre Eltern(teile) einen problematischen Cannabiskonsum. Damit waren 9'441 (80% PI: 7'309 – 11'724) Kinder betroffen, was 2.2% (80% PI: 1.70% – 2.72%) der entsprechenden Altersgruppe entspricht (Abbildung 6).

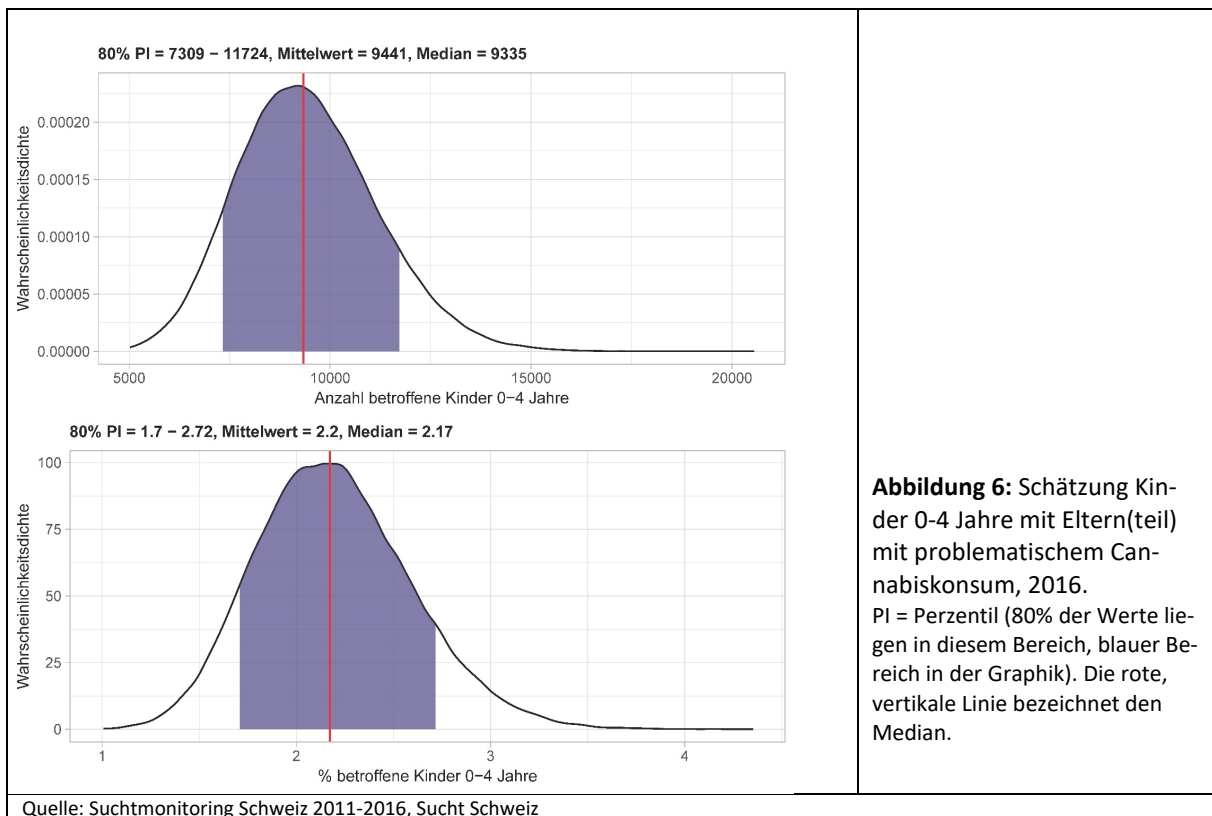


Abbildung 6: Schätzung Kinder 0-4 Jahre mit Eltern(teil) mit problematischem Cannabiskonsum, 2016. PI = Perzentil (80% der Werte liegen in diesem Bereich, blauer Bereich in der Graphik). Die rote, vertikale Linie bezeichnet den Median.

Tabakkonsum

Zu Tabakkonsum wären theoretisch ähnliche Berechnungen möglich, national repräsentative Daten zu Tabakkonsum stammen u.a. aus dem Suchtmonitoring oder SGB. Diese Surveys erfragen nicht, wo geraucht wird (im Haus, ausserhalb), wer im Haus raucht (Eltern, Geschwister, Grosseltern, Freunde) sowie wie viele Stunden das Kind exponiert ist. Diese Informationen wären aber für eine Beurteilung der Exposition von Bedeutung. Somit kann sowohl eine Unter- als auch eine Überschätzung resultieren. Dass die Ausprägung der Exposition einen Effekt hat belegt u.a. eine Schweizerische Studie aus dem Jahr 2006, die einen Dosis-Wirkung Zusammenhang zwischen der umfassenderen Ausprägung des kantonalen Passivrauchgesetz und einem sinkendem Risiko einer Frühgeburt (Vicedo-Cabrera, Schindler et al. 2016).

Gewalt

Elterliche Gewalt und Gewaltanwendung können nicht nur unmittelbar physische und psychische Verletzung hervorrufen. Vielmehr zeigen Studien, dass innerfamiliäre Gewalt soziale Lernprozesse begünstigen und die davon geprägten Kinder eher dazu neigen, Situationen als feindselig oder bedrohlich zu interpretieren und aggressiv zu reagieren (Zimmermann 1995). Ebenso weisen Studien bei Kindern mit früher biographischer Gewalterfahrung Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungs-

fähigkeit und Leistungsmotivation sowie tiefere Bildungsabschlüsse und geringeren beruflichen Erfolg nach (Engfer 1997, Kaufman and Widom 1999). Die Erfahrung von elterlicher Gewalt stellt damit eine erhebliche Bedrohung der Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen dar.

Aus dem Bericht *Familien in der Schweiz 2017* (BFS 2017) geht hervor, dass im Bereich der häuslichen Gewalt die Belastungsrate der 0-3-Jährigen von den Eltern geschädigten Mädchen bei 2.8 und bei den Knaben bei 2.9 pro 10'000 Personen in der entsprechenden Bevölkerungsgruppe liegt. Allerdings reflektieren diese Zahlen ausschliesslich polizeilich registrierte Formen häuslicher Gewalt. Um ein umfassenderes Bild von Gewalt betroffenen Kindern zu erhalten, ist es zwingend notwendig, Fälle ausserhalb des strafrechtlichen Bereichs zu identifizieren und unterschiedliche Formen der Kindeswohlgefährdung zu erfassen. Bedauerlicherweise sind Daten hierzu nur spärlich vorhanden. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts stellt die Optimus Studie (Schmid 2018) unseres Wissens die einzige Hellfeld-Untersuchung dar, welche hierzu in der gesamten Schweiz systematisch Daten erhoben hat. Dazu luden die Autoren 432 Organisationen aus dem zivilrechtlichen Kinderschutz (KESB), dem Sozial- und Gesundheitswesen sowie dem strafrechtlichen Bereich ein, ihre Daten zur Verfügung zu stellen. Mit einer Rücklaufquote von 81 Prozent war die Teilnahmebereitschaft ausserordentlich hoch. Die untersuchten Formen der Kindeswohlgefährdung umfassten fünf Bereiche: körperliche Gewalt, psychische Gewalt, Vernachlässigung, sexuelle Gewalt sowie Zeuge von Partnergewalt.

Prävalenz von Kindeswohlgefährdung: Insgesamt berichten die Autoren, dass im Untersuchungszeitraum (September bis November 2016) von den teilnehmenden Organisationen insgesamt 7'651 neue Fälle erfasst wurden. Hochgerechnet auf alle Kinderschutzorganisationen in der Schweiz entspricht dies 10'035 Fälle oder 66 Fälle pro 10'000 Kinder in drei Monaten. Die Studie hält weiter fest, dass jährlich 2 bis 3.3 Prozent aller in der Schweiz lebenden Kinder wegen Kindeswohlgefährdung an eine darauf spezialisierte Organisation gelangen, d.h. es sind zwischen 30'000 und 50'000 Kinder und Jugendliche betroffen (Schmid 2018).

Unseren Schätzungen auf Basis der Optimus Studie zufolge müssten 11'365 (80% PI: 10'025 – 12'743) Kinder in der Altersgruppe 0-4 Jahre aus 7'538 (80% PI: 6'645 – 8'464) Haushalten wegen Kindeswohlgefährdung an eine spezialisierte Organisation gelangt sein, was einem Anteil von 2.64% (80% PI: 2.33 – 2.97) in der entsprechenden Altersgruppe entspricht (Abbildung 7). Allerdings dürfte die tatsächliche Anzahl der gemeldeten Fälle in dieser Alterskategorie deutlich tiefer ausgefallen sein, da die Kinder im Schnitt über 10-jährig waren, wenn sie an eine Kinderschutzorganisation gelangten; im strafrechtlichen Bereich waren sie im Schnitt sogar 12 Jahre alt (Schmid 2018). Es ist daher zu befürchten, dass die insgesamt hohe Dunkelziffer bei den jüngsten Kindern nochmals höher liegt. Auffällig ist in dieser Hinsicht auch, dass im Jahr 2015 von 13'88 Kindern, die wegen vermuteter oder sicherer Kindesmisshandlung ambulant oder stationär an einer Kinderklinik behandelt wurden³, 25% jünger als zwei Jahre und 45% jünger als sechs Jahre alt waren (Wopman 2016).

Die Spitze des Eisbergs stellen die Schätzungen auch deshalb dar, weil es sich hier um eine Schätzung der gemeldeten Fälle handelt. Eine Befragung von Jugendlichen in Schulklassen ergab (Baier, Manzoni et al. 2018), dass 20% von schwerer Gewalt betroffen waren, wobei Migrationshintergrund

³ Daten von 20 Kinderkliniken, was 77% aller Kliniken entspricht.

und tiefe Bildung elterliche Gewaltanwendung begünstigten. Geht man davon aus, dass sich elterliche Gewaltanwendung über alle Altersgruppen von Kindern und Jugendlichen gleichermassen verteilt, so läge der Anteil betroffener 0-4-Jähriger Kinder um einen Faktor 10 höher als die Fälle, die an eine Kinderschutzorganisation gelangen.

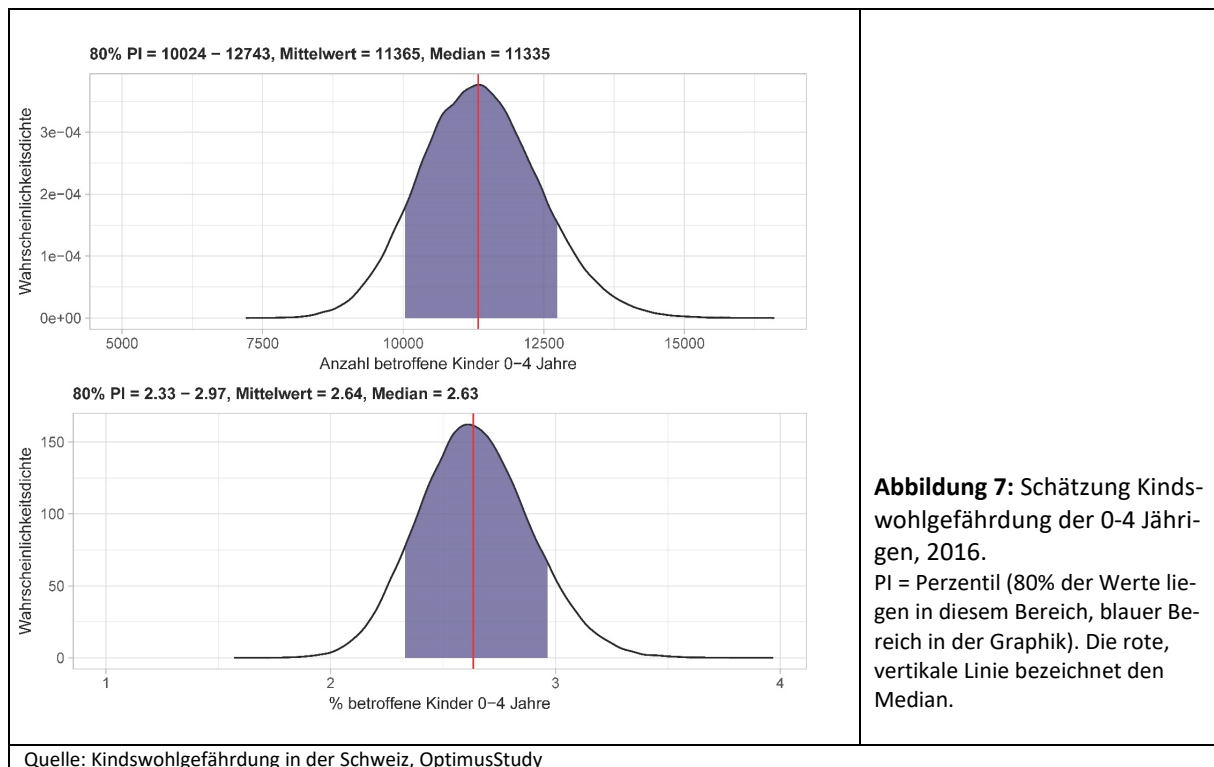


Abbildung 7: Schätzung Kindswohlfährdung der 0-4 Jährigen, 2016. PI = Perzentil (80% der Werte liegen in diesem Bereich, blauer Bereich in der Graphik). Die rote, vertikale Linie bezeichnet den Median.

Psychische Erkrankung

Perinatale und postnatale psychische Störung der Mutter sind assoziiert mit einem höheren Risiko für psychologischen Auffälligkeiten und Entwicklungsstörungen der Kinder. Beispielsweise wurde bei pränataler sowie postnataler Depression der Mutter ein erhöhtes Risiko für emotionale Probleme der Kinder festgestellt. Auch haben diese Kinder ein erhöhtes Risiko später selbst an einer Depression zu erkranken. Neben internalisierenden Problemen wurde auch eine Beziehung zwischen prä- und postnataler Depression der Mutter und späteren externalisierenden Verhaltensproblemen, wie Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Defizit Syndrom, bei den Kindern festgestellt (Stein, Pearson et al. 2014). Weiter wurden Zusammenhänge von mütterlicher Depression und unsicherem Bindungsverhalten, sowie schwächeren kognitiven Fähigkeiten gefunden. Der Grossteil der Literatur beschäftigt sich mit den Auswirkungen der psychischen Gesundheit der Mutter, seit einiger Zeit gibt es nun Befunde, dass auch psychische Erkrankungen der Väter mit Entwicklungsstörungen der Kinder zusam-

menhängen. Ähnliche wie bei Müttern, sind depressive Symptome auf Seite des Vaters mit erhöhtem Risiko für emotionale- und Verhaltensstörungen der Kinder verbunden. Die psychische Gesundheit der Väter kann die Kinder direkt beeinflussen, durch die Qualität der Interaktion zwischen Vater und Kind und Vererbung der Veranlagung, aber auch indirekt, durch die Unterstützung der Familie und der Mutter (Stein, Pearson et al. 2014).

Im Bericht vom Obsan «Diagnose von Depressionen in Hausarztpraxen» wurde die Häufigkeit von Elternpflicht bei Eltern mit Depressionen berichtet. Etwa ein Drittel (30.8%) der Personen, die mit Depressionssymptomen behandelt wurden hatten Elternpflichten. Der Bericht spezifiziert nicht, wie viele Kinder die erkrankten Eltern betreuten, so dass das Resultat, vorausgesetzt nur ein Elternteil/Haushalt ist erkrankt, der Anzahl betroffener Haushalte. Der Anteil war noch grösser in 35- bis 54- jährigen Eltern (50-65%) (Obsan 2009). Da allerdings die Erfassung von Elternpflichten bei psychischen Krankheiten nicht Standard ist, sind die Daten nicht repräsentativ für Eltern in der Schweiz.

Zusammenfassung Die Schätzungen der Kinder, die von Vulnerabilitätsfaktoren oder elterlichen Risikofaktoren betroffen sind, erweisen sich zwar als machbar, jedoch als höchst unsicher. Je kleiner die Prävalenz des Faktors in der Bevölkerung, je mehr die Expositionsdauer oder -art von Bedeutung ist und je unsicherer die Konsequenzen für Kinder sind, desto wenig aussagekräftig sind die Schätzungen. Schätzer könnten deutlich verbessert werden, wären Daten nicht aggregiert und die SGB Erhebungen würden für Elternschaft eine entsprechende Gewichtung vornehmen. Wenngleich die Schätzer von anderen zahlen zur Problematik nicht deutlich abweichen, kann die Zahl an Betroffenen allenfalls einen Anhalt für den potentiellen Bedarf an Programmen oder Interventionen auf Bevölkerungsebene sein, aber auf Grund der Komplexität von Vulnerabilitätsfaktoren, die auch multiple vorkommen, keine Aussage über die eigentliche Auswirkung auf die Gesundheit der Kinder machen.

6 Datenlücken

Die vorliegende Bestandsaufnahme zur Gesundheit von Kindern im Alter von 0-4 Jahren hat einerseits bestehende Datenquellen zu Vulnerabilitäten, Gesundheit und Krankheit erhoben, Projekte für vulnerable Familien erfasst und analysiert, sowie Daten zur Krankheitslast („burden of disease“) zusammengetragen. Der Fokus der Bestandsaufnahme lag auf Kindern aus vulnerablen und schwer erreichbaren Familien im Alter von 0 – 4 Jahren, sowohl was ihre Erreichbarkeit angeht, als auch die Datenlage. Es zeigen sich verschiedene Datenlücken und Optimierungspotential, die nachfolgend aufgeführt werden (Tabelle 8).

Tabelle 8: Datenlücken - Übersichtstabelle

	Datenlücken	Daten	Methodik/Vorgehen
1	Verlässliche Daten zu Elternschaft und Anzahl Kinder in allen Routinedaten und Surveys	Elternschaft, Anzahl Kinder <18 Jahren, Kinder im gleichen Haushalt lebend	Anpassung Routinedaten und Surveys
2	Erfragen und Dokumentation von Elternpflichten bei Erwachsenen in Behandlung oder Beratung.	Elternschaft, Anzahl Kinder <18 Jahren, Kinder im gleichen Haushalt lebend	Anpassung Richtlinien stationäre und ambulante Daten, Querschnittstudien
3	Daten und Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustands von 0-4-Jährigen	Siehe Indikatoren (Tabelle 9)	Indikatoren festlegen (Expertenbefragung); Indikatoren in Routinedaten, Register, Quer- und Längsschnitt- oder Monitoringstudien
4	Charakteristika der nicht-erreichten Zielgruppen	z.B. Sozio-ökonomischer Status, Bildungsstatus, Nationalität, Anzahl Kinder, Zivilstand, Alter	Querschnittstudie (Dunkelfeldstudie)
5	Elterliche Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz (z.B. mit HLS-EU)	Querschnittstudie

Daten zu Elternschaft

Datenlücke 1: verlässliche und nicht-aggregierte Daten zu Elternschaft und Anzahl Kinder in allen Routinedaten und Surveys.

Datenlücke 2: Erfragen und Dokumentation von Elternpflichten bei Erwachsenen in Behandlung oder Beratung.

In dieser Altersgruppe lassen sich insbesondere die sozialen und Umwelt bezogenen Gesundheitsdeterminanten und -faktoren im Wesentlichen anhand familiärer Faktoren und Charakteristika der Eltern beschreiben. So ist der sozioökonomische Status der Kinder eben der gleiche wie der der Familie

oder die soziale und biologisch-physische Umwelt des Kindes entspricht denen der Eltern. Auch betreffend der eigentlichen Kinderdaten, kindliche Ernährung, Bewegung, Wohlempfinden etc., sind die Eltern zentral. In aller Regel wird auf Proxydaten von Eltern oder anderen Bezugspersonen zurückgegriffen. Dies erklärt u.a. den relativen Mangel an repräsentativen Daten in der Altersgruppe der 0-4-Jährigen. Auf Grund der Vielzahl an Vulnerabilitätsfaktoren, haben wir uns auf vier konzentriert. Auch diese Vulnerabilitätsfaktoren sind überwiegend Daten, die sich auf Eltern beziehen: Sozio-ökonomische Situation (Armut), psychische Erkrankung und Suchtverhalten der Eltern, sowie Gewalterfahrung oder -ausübung in der Familie. Gewalterfahrungen, deren Datenlage wir untersucht haben, ist eine Zwischenform, da hier die Daten zwar über Drittpersonen oder Institutionen, weniger aber über die Eltern, gemeldet werden. Daten von Erwachsenen sind nur dann für Kinder auswertbar, wenn bekannt ist, ob die Befragten Kinder haben und in welchem Alter sie sind. Zudem bedarf es bei Gewichtungen zur Repräsentativität den Faktor Kind, um von einem SGB auf die Anzahl betroffener Kinder schliessen zu können. Weitere Vulnerabilitätsfaktoren, welche wir nicht untersucht haben, sind z.B. Alleinerziehende Eltern, Alter der Mutter < 20 Jahre oder Asylstatus, auch haben wir nicht das «clustering» an Vulnerabilitätsfaktoren (zeitgleiche Auftreten von Faktoren) untersuchen können.

Minimal set of indicators

Datenlücke 3: Daten und Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustands von 0-4-Jährigen

Weitere Datenlücken bestehen hinsichtlich Gesundheitsindikatoren. Es bedarf eines „minimal set of indicators“ für das Gesundheitsmonitoring in allen Altersgruppen. Auf Europäischer Ebene gibt es eine Einigung zu den zu erhebenden Daten rund um die Geburt (Euro-Peristat), denen die Schweiz sich angeschlossen hat. Die Indikatoren sind nach Hauptindikatoren (C) sowie empfohlenen (R) und weiter zu entwickelnden (F) Indikatoren eingeteilt. Die Schweiz erfasst alle Hauptindikatoren, weist aber bei den empfohlenen Indikatoren erhebliche Lücken auf. Beispielhaft sei R12-Body Mass Index genannt. Für die Bedeutung des mütterlichen prä-, intra, und postpartalen Gewichts im Zusammenhang mit der Gesundheit des Kindes im Langzeitverlauf besteht ausreichend wissenschaftliche Evidenz (Montazeri, Vrijheid et al. 2018).

Für das Kindesalter bestehen für die Schweiz keine entsprechenden Indikatoren-Listen. In den vergangenen Jahren haben die EU und einzelne europäische Länder Indikatoren der Kindergesundheit entwickelt, z.B. Schweden (siehe Tabelle 9), Großbritannien oder insgesamt die EU (Dratva, Stronski et al. 2018, Köhler and Eriksson 2018, Network. 2018); <https://gateway.euro.who.int/en/>). Basierend auf dem EU Projekt Child Health Indicators for Life and Development (CHILD) (Rigby, Köhler et al. 2003) haben Köhler et al. zum Beispiel das folgende Indikatoren Set (Tabelle 9) erarbeitet. Auch die EU-Strategie zu Kinder- und Jugendgesundheit haben alle beteiligten Länder aufgefordert einen „health fact sheet“ zu erstellen. Die erfragten Indikatoren liegen für die Schweiz oftmals nicht vor oder nur in einer selektiven Altersgruppe (Aleman-Diaz, Backhaus et al. 2018). Wenngleich Indikatoren anderer Länder als Vorlage dienen könnten, sind die spezifischen Rahmenbedingungen zu beden-

ken und Gesundheitssysteme. So haben Köhler et al. nur Indikatoren benannt, für die in der EU Register oder Routinedaten vorliegen sollten. Andere Indikatoren mögen aus spezifischen Bedürfnissen resultieren. Daher wird empfohlen, Vorschläge zu Indikatoren Fachexperten aus Pädiatrie und Public Health vorzulegen bzw. zu erarbeiten.

Tabelle 9: Swedish Child Health indicators for municipalities

Sub-index 1
A. Socio-economy
 1. Children in poverty (children living in households with low national income standard or in households with means tested social assistance)
 2. Pupils leaving compulsory school not eligible for higher studies

Sub-index 2
B. Health and well-being
 1. Children hospitalized for external injuries
 2. Children with mental health problems (national survey)

Sub-index 3
C 1. Determinants - Risk-factors
 1. Low birthweight (under 2500 g)
 2. Children exposed to tobacco in utero (mothers smoking)
 3. Infants in smoking households
 4. Adolescents daily smoking
 5. Adolescents heavy drinking
 6. Teenage abortions

Sub-index 4
C 2. Determinants - Protective factors
 1. Children breastfed for 4 months
 2. Children vaccinated against measles, mumps and morbilli (MPR)

Sub-index 5
D. Service and support
 1. Children attending preschool

Summary Composite index
 Sub-indices 1 – 5 added and divided by 5

Quelle: Köhler and Eriksson (2018)

Erreichbarkeit:

Datenlücke 4: Charakteristika der nicht-erreichten Zielgruppen

Datenlücke 5: Elterliche Gesundheitskompetenz

Es zeigt sich, dass eine Vielzahl von Angeboten für schwer erreichbare Familien mit jungen Kindern bestehen, sowohl mit einer spezifischen Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen, als auch Angebote, die schwer erreichbaren Familien mit einschliessen. Erfreulich ist, dass die allermeisten irgendeine Art der Evaluation durchgeführt haben. Es besteht jedoch eine grosse Heterogenität der Evaluatio-

nen. Diese Evaluation weisen teilweise aus, welche Personen teilnehmen, seltener welche Zielgruppen es nicht tun und warum. Allgemein haben wir mehr Daten über die erreichten als die nicht-erreichten Personen.

Eltern übernehmen mit der Geburt eines Kindes Verantwortung für dessen Wohlbefinden, Entwicklung und Gesundheit. Nicht alle Eltern sind gleichermaßen vorbereitet oder fühlen sich befähigt diese Verantwortung zu übernehmen. International wurde der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheitskompetenz (Sorensen, Pelikan et al. 2015), sowie zwischen der Gesundheitskompetenz von Eltern und kindlichen Gesundheit beschrieben (DeWalt and Hink 2009). Die elterliche Gesundheitskompetenz im Kanton Zürich weist Unterschiede in Sozial- und Bildungsstatus auf (unveröffentlichte Resultate der Studie „Digitaler Elternratgeber“ Auskunft Dratva). Diese Zusammenhänge, Methoden und Potential der Stärkung elterlicher Gesundheitskompetenz sind noch unzureichend erforscht.

6.1 Empfehlungen weiterführende Forschungsprojekte und Verbesserung der Datenlage

Auf Grund der bestehenden lückenhaften Datenlage lautet die übergeordnete Empfehlung, die Datenlage zu Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten in der Altersgruppe 0-4 Jährige zu verbessern und Vernetzungen von Angeboten und Zuständigkeiten zu fördern. Gleichzeitig besteht Bedarf, die eigentlichen Erfolgsfaktoren der Angebote und Programmen genauer zu studieren, sowie die elterlichen Kompetenzen zu stärken. Die nachfolgenden Vorschläge zu Forschungs- und Implementierungsprojekten dienen diesen Zielen. Eine Kostenschätzung erfolgt mittels drei Kategorien:

tief (< CHF 100'000)

mittel (CHF 100'000 -250'000)

hoch (> CHF 250'000).

Unabhängig von der gewählten Strategie, um die Datenlage zu verbessern, schlagen die Autoren vor, eine Delphi- Umfrage durchzuführen, um einen nationalen Konsens zu einem «minimal set of health indicators» für die Schweiz und diese 0-4-jährigen (als auch ältere) Kinder zu erstellen.

Verbesserung der Datenlage bei bestehenden Surveys

Die nachfolgenden Vorschläge gehen alle von bestehenden Surveys/Routineerhebungen aus. Die Empfehlung lautet diese anzupassen oder um weitere Variablen zu ergänzen. Eine Kostenschätzung ist für die Autoren fast nicht möglich, da es sich einerseits um einmalige Implementierungskosten und andererseits fortbestehende Kosten handelt, die durch die Erfassung, Analyse und Publikation an verschiedenen Stellen anfallen. Die reinen Implementierungskosten erachten wir für gering. (*tiefe Kosten*)

- ➔ **Repräsentative Erfassung von Elternpflichten**, Anzahl und Alter der Kinder in der Erhebung von Routinedaten, Registerdaten und nationalen Surveys

➔ **Anpassung der Gewichtungsfaktoren in nationalen Erwachsenensurveys:** Einschluss der Anzahl abhängiger Kinder, um repräsentative Prävalenzen der betroffenen Kinder zu errechnen

- Auswertungen relevanter Daten nach Elternschaft und Alter der Kinder

➔ **Erweiterung der Geburtsstatistiken** um empfohlene Indikatoren und Auswertung der Daten

- Regelmässige Erhebung des Indikators: R8-Prozentualer Anteil an Frauen, die während der Schwangerschaft rauchten
- Erhebung der Indikatoren: R9-Verteilung des mütterlichen Bildungsniveaus, R10-Verteilung der elterlichen Berufsklassifizierung, ISCO-08 Klassifizierung; und R12-Verteilung des mütterlichen Body Mass Indexes (BMI) vor der Schwangerschaft
- Standardisierung der Datenerhebung (R2-Apgar-Score nach 5 Minuten)
- Regelmässige Veröffentlichung der erhobenen Daten.
- Kommt hier noch mehr, falls nicht löschen

Verbesserung der Datenlage mittels Forschungsprojekten bzw. zusätzlichen Erhebungen

Einige Fragestellungen lassen sich nur über Forschungsprojekte bzw. zusätzliche Erhebungen beantworten. Kosten sind damit höher als diejenigen, die bei der Nutzung von administrativen Daten oder der Integration von neuen Fragen in laufende Surveys entstehen (*Kosten mittel bis hoch*).

Da erfreulicherweise die Prävalenz der in diesem Bericht diskutierten Risikofaktoren (z.B. missbräuchlicher elterlicher Suchtkonsum) tief ist, werden betroffene Kinder bzw. Eltern jedoch in Gesundheitssurveys der Allgemeinbevölkerung nicht ausreichend erfasst. Die Schätzungen sind mit Unsicherheiten behaftet und können die eigentliche «Betroffenheit» und «Krankheitslast» nicht wiedergeben. Insbesondere um Schätzungen der Krankheitslast substantiell zu verbessern, müssten vor allem deren Datengrundlage – die Inzidenz- und Prävalenzraten in einzelnen Altersgruppen – deutlich verbessert werden. Ein möglicher Ansatz hierzu besteht in der Schaffung nationaler Register für bestimmte Erkrankungen, wo Akteure des Gesundheitswesens aktuelle Daten regelmässig einpflegen und im Gegenzug auch Informationen abrufen können. Bei Krebserkrankungen geschieht dies über das Nationale Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung (NICER) bereits heute; entsprechend liegen bei Krebserkrankungen epidemiologische Daten von hervorragender Qualität vor. Extrem seltene Erkrankungen werden im Register der seltenen Krankheiten (www.kosekschweiz.ch) dokumentiert. Nicht für jede Erkrankung kann ein Register geführt werden. Doch wichtig für eine umfassendere Beurteilung der Krankheitslast – und im weiteren Sinne auch der Gesundheitsversorgung – ist aber, dass auch andere weniger häufige Erkrankungen über Register oder repräsentative Studien erfasst werden, um bessere Datengrundlagen zu schaffen.»

Die Prävalenz von Gesundheitsverhalten oder Risiko-Expositionen lassen sich mit Studien in der Alters- und Zielgruppe untersuchen, die eine ausreichende statistische Aussagekraft besitzen, um verlässliche Daten zu erheben. Zielgruppen-Studien kann bedeuten, dass repräsentative Studien in Kindern erfolgen, oder in Familien mit bestimmten vulnerablen Lebensbedingungen.

- **Register** für chronische Erkrankungen mit relevanter Krankheitslast im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (z.B. Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen (Register fehlen), Neubildungen ((wie z.B. NICER) (*Kosten hoch*))
- **Querschnittsstudien:** Zielgruppen/Altersgruppen spezifische Querschnittserhebungen um Prävalenz der Risikofaktoren/Krankheiten sowie in Zusammenhang stehende Gesundheits- und Entwicklungsindikatoren zu erheben. Sie können aber keine Kausalität belegen. (*Kosten mittel*)
- **Längsschnittstudien:** Mit nationale Längsschnittstudien können kausale Zusammenhänge zwischen Faktoren/Krankheitsentstehung und Gesundheits- und Entwicklungsindikatoren untersucht werden und Interventionen besser evaluiert werden. (*Kosten hoch*)

Konkret könnten für diese Altersgruppe 0 – 4-Jährige das nationale Stillmonitoring ausgedehnt werden, von einer initialen Querschnittsstudie zu einer Längsschnittstudie. Bereits in 2014 wurden in der Swiss Infant Feeding Study (Gross, Späth et al. 2014) zusätzlich zur Stillprävalenz, Beikost-Ernährung und Vitamin D Supplementierung weitere Daten Eltern und Kind erhoben. Eine Folgestudie von SWIFS, welche u.a. Erkrankungen und Unfälle im Alter 1 - 2.5 Jahren erfasste, hat eine hohe Akzeptanz eines longitudinalen Studiendesigns der Teilnehmerinnen gezeigt: 70% der Teilnehmenden nahmen an der Folgestudie teil (Dratva, Späeth et al. 2015).

Verbesserung Zugang/Erreichbarkeit von vulnerablen Familien

Grundsätzlich erscheint den Autoren, dass nicht die Zahl der Angebote im Fokus steht, sondern deren geographische Verteilung und die Erreichbarkeit von vulnerablen Familien. Für eine ausreichende Erreichbarkeit ist eine Sichtbarkeit und die Vernetzung der Akteure und Angebote zentral. Nichts destotrotz werden bestimmte Mütter nicht erreicht. Die Gründe dafür sollten Gegenstand einer Studie sein.

-> **Sichtbarkeit und Vernetzung** der Akteure und Angebote (*Kosten mittel*)

- ➔ **Charakterisierung der nicht erreichten bzw. nicht versorgten** Mütter/Familien/Erziehungsberechtigter (z.B. Erfassung der Mütter ohne Hebammennachbetreuung, vulnerable Familien ohne Zugang zu entsprechenden Programmen) (*Kosten mittel*)
- ➔ **Systematisches Review zu „Erfolgsfaktoren“** von Projekten und wissenschaftliche **Evaluation** der „Erfolgsfaktoren“ zur Erreichbarkeit von vulnerablen Familien in der Schweiz. (*Kosten tief*)
- ➔ Etablierung einer **nationalen Plattform und Datenbank** zu bestehenden Programmen für vulnerable Familien für Fachpersonen (zusätzliche Informationen wie Evaluationsergebnisse) und Betroffene. (*Kosten tief*)

Verbesserung Gesundheit/Gesundheitskompetenz

Die nationale Studie zu Gesundheitskompetenz weist in der Schweiz keinen Bildungsgradienten aus wie aus anderen Europäischen Ländern bekannt (Bieri, Kocher et al. 2015). Nichts desto trotz weisen verschiedene Schweizer Surveys bzw. Daten auf deutliche Bildungs- und Sozialgradienten hinsichtlich Gesundheitsverhalten, Gesundheit und Mortalität aus (www.bfs.admin) Kinder teilen mit ihren Familien die gleiche Umwelt und erlernen im Familienkontext Gesundheitsverhalten bereits in den ersten 4 Jahren. Eine Steigerung der Gesundheitskompetenz und elterlichen Erziehungs Kompetenzen kann daher einen positiven Einfluss auf die gesunde Entwicklung eines Kindes haben. Eine Studie der ZHAW/Dept. Gesundheit hat kürzlich gezeigt, dass Eltern in der Deutschschweiz in der Umsetzung von Gesundheitsinformationen die grössten Schwierigkeiten haben (Artikel in Vorbereitung)

- ➔ **Review** zu Umsetzung von **erfolgreichen Interventionen zur Stärkung der elterliche Gesundheitskompetenz** (*Kosten tief*).

7 Fazit

Die hohe Relevanz der Frühen Kindheit ist unbestritten und der individuelle und gesellschaftliche Gewinn durch Früherkennung und Frühförderung gut belegt. Ein Grossteil der Kinder erlebt die frühe Kindheit ohne ernsthafte Erkrankung oder Gefährdung. Nichtsdestotrotz tragen Kinder eine hohe Krankheitslast, gemessen an ihrem jungen Alter, und früh werden Verhaltensmuster oder erste Krankheitsrisiken angelegt. Insbesondere neonatale Störungen, kongenitale Erkrankungen und Unfälle sind für die hohe Krankheitslast in der frühen Kindheit verantwortlich. Zu frühen protektiven und Risikofaktoren besteht ein recht grosser Mangel, vor allem auch bezüglich der Relevanz dieser

Faktoren für eine gesunde Entwicklung in der Schweiz und Schweizerischen Gesundheitssystemen. Trotz punktueller Zunahme an Daten zu Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten, bestehen weiterhin Datenlücken oder Unsicherheiten hinsichtlich der Anzahl an Kindern, die erkrankt oder Risiken exponiert sind. Es gibt verschiedene Möglichkeiten mehr Informationen zur Gesundheit, protektiver und belastender Faktoren in der Frühen Kindheit zu gewinnen. Neben naheliegenden Ergänzungen bestehender Surveys und Datenregister, sind Studien- und Registerdaten sowie ein Konzept für ein Kindergesundheits-Monitoring unerlässlich, um den aktuellen und zukünftigen Informationsbedarf zu decken. Angebote für Kinder aus vulnerablen Familien, bzw. Angebote für diese Familien sind vielfältig, aber es besteht der Verdacht, dass diese ungleich verteilt sind und somit der Zugang bzw. die Erreichbarkeit der Betroffenen nicht in allen Kantonen gleich gewährleistet ist. Eine Übersicht und Vernetzung der Angebote ist notwendig, um den verschiedenen Bedürfnissen von Familien in vulnerablen Lebensumständen gerecht zu werden.

8 Referenzen

- (nak), N. A. (2018). Armut stört - Schattenbericht der nationalen Armutskonferenz.
- Adamson, S. J. and J. D. Sellman (2003). "A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample." Drug and Alcohol Review **22**(3): 309-315.
- Aleman-Diaz, A. Y., S. Backhaus, L. L. Siebers, O. Chukwujama, F. Fenski, C. N. Henking, K. Kaminska, A. Kuttumuratova and M. W. Weber (2018). "Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of services." Lancet Child Adolesc Health **2**(12): 891-904.
- Baier, D., P. Manzoni, S. Haymoz, A. Isenhardt, M. Kamenowski and C. Jacot (2018). Elterliche Erziehung unter besonderer Berücksichtigung elterlicher Gewaltanwendung in der Schweiz. Zürich, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Bauman, L. J., E. J. Silver and R. E. Stein (2006). "Cumulative social disadvantage and child health." Pediatrics **117**(4): 1321-1328.
- BFS (2016) "Armut und materielle Entbehrung. Ergebnisse 2007 bis 2014. BFS Aktuell."
- BFS (2016). Statistik der Bevölkerung und der Haushalte STATPOP: Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach Jahr, Kanton, Bevölkerungstyp, Anwesenheitsbewilligung, Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Alter.
- BFS (2017). Die Bevölkerung der Schweiz 2017. Lausanne, Bundesamt für Statistik.
- BFS (2017). Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2017. Statistik der Schweiz, Bundesamt für Statistik.
- BFS (2018). Einfamilienhaushalte nach Anzahl und Alter der Kinder und Sprachgebiet, 2016.
- Bieri, U., J. Kocher, C. Gauch, S. Tschöpe, A. Venetz, M. Hagemann, J. Schwab, S. Schüpbach and A. Frind (2015). Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015". BAG, Bern.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017). Gesundheit rund um die Geburt. Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses.
- Caputo, C., E. Wood and L. Jabbour (2016). "Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review." Birth Defects Res C Embryo Today **108**(2): 174-180.
- CARITAS (2015). Gegen die Armut Alleinerziehender. Caritas-Positionspapier Juni 2015.
- Christoffersen, M. N. and K. Sothill (2003). "The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark." J Subst Abuse Treat **25**(2): 107-116.
- De Rocchi, A. and M. Oetterli. (2014). "Kantonale Bedarfsanalysen migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Synthesebericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern." Retrieved 12.04.2018, from http://www.interface-politikstudien.ch/wp-content/uploads/2016/08/Be_Synthese_M-G.pdf.
- Devleeschauwer, B., S. McDonald, J. Haagsma, N. Praet, A. Havelaar and N. Speybroeck (2014). "DALY: The DALY Calculator - A GUI for stochastic DALY calculation in R. R package version 1.3.0." <http://cran.rproject.org/package=DALY>.
- DeWalt, D. A. and A. Hink (2009). "Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature." PEDIATRICS **124**(Supplement): S265-S274.
- DiBari, J. N., S. M. Yu, S. M. Chao and M. C. Lu (2014). "Use of Postpartum Care: Predictors and Barriers." Journal of Pregnancy **2014**: 8.
- Diez Grieser, M. T. and C. Dreifuss (2014). Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung des Angebots Schenk mit eine Geschichte - Family Literacy Marie Meierhofer Institut für das Kind.
- Dratva, J., A. Späeth and E. Zemp (2015). Erste Ergebnisse der Swiss Infant Feeding Study plus (SWIFS+) online/<https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/forschung/gesundheitswissenschaften/#c14343>, funded by SANA Foundation (report), data on request

Dratva, J., S. Stronski and A. Chiolero (2018). "Towards a national child and adolescent health strategy in Switzerland: strengthening surveillance to improve prevention and care." Int J Public Health **63**(2): 159-161.

Dratva, J. S. A. and E. Zemp (2013). Child and Adolescent Health Monitoring - Report for the Federal Office of Statistics (Kinder- und Jugend- Gesundheitsmonitoring in der Schweiz - Bericht z.H. des BFS). Swiss Public Health Conference.

Engfer, A. (1997). Gewalt gegen Kinder in der Familie. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. U. T. Egle, S. O. Hoffmann and P. Joraaschky. Stuttgart, Schattauer.

Erdin, R., S. Grylka-Bäschlin, M. Schmid and J. Pehlke-Milde. (2017). "Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz: Bericht zur Erhebung 2016." from <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/1577>.

Euro-Peristat. (2013). "European Perinatal Health Report, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.", from <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>.

Euro-Peristat. (2018). "European Perinatal Health Report, Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015." from http://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf.

Gmel, G., H. Kuendig, L. Notari and C. Gmel (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne, Schweiz, Sucht Schweiz.

Gross, K., A. Späth, J. Dratva and E. Zemp (2014). Swiss Infant Feeding Study 2014. Bern, CH, Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BVL).

Gross, K., A. Späth, J. Dratva and E. Zemp Stutz (2015). SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr, Basel/Bern: Swiss TPH/BAG.

Grylka-Bäschlin, S., E. Hollenstein, A. Angerer, R. Erdin and J. Pehlke-Milde (2018). Evaluation Familystart Zürich : Abschlussbericht, Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Guggisberg, M., S. Häni and L. Berger (2016). Armut und materielle Entbehrung von Kindern. Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2014. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.

Gurny, R., K. Cassée, S. Gavez, B. Los and K. Albermann (2006). Kinder psychisch kranker Eltern: Prävalenz und Versorgungslage. Winterthurer Studie, Fachhochschule Zürich Hochschule für Soziale Arbeit.

Hackauf, H. (2003). Soziale Benachteiligung und Gesundheitsförderung – europäischer Stand und Perspektiven. Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. Nationale Armutskonferenz. Wege und Handlungsstrategien gegen Armut und soziale Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Nr. 21/03. Bern, Bundesamt für Sozialversicherungen.

Holz, G., C. Laubstein and E. Sthamer (2012). Lebenslagen und Zukunftschances von (armen) Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 15 Jahre AWO-ISS-Studie, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik

Kaufman, J. G. and C. S. Widom (1999). "Childhood victimization, running away, and delinquency." Journal of Research in Crime and Delinquency **36**(4): 347-370.

Keller, R., T. Radke, D. Füllemann, H. Krebs and R. Hornung (2009). Rauchen in der Schwangerschaft, Tabakmonitoring - Schweizer Umfrage zum Tabakkonsum. Universität Zürich.

Köhler, L. and B. Eriksson (2018). "A Child Health Index for Sweden's 290 Municipalities." Child Indicators Research **11**(6): 1889-1906.

Krahl, A., I. Radu, R. Erdin, S. Grylka-Bäschlin and J. Pehlke-Milde (2018). Netzwerkarbeit der freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz : Zugang der Familien mit Neugeborenen zu weiteren Angeboten der Frühen Förderung. Abschlussbericht, Winterthur: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Kuntz, B., P. Rattay, C. Poethko-Müller, R. Thamm, H. Hölling and T. Lampert (2018). "Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2." Journal of Health Monitoring **3**(3).

Lampert, T., C. Hagen and B. Heizmann (2010). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, Robert Koch-Institut.

Lanfranchi, A., A. Neuhauser, S. Schaub, S. C. A. Burkhardt and E. Ramseier (2018). *Förderung ab Geburt: ZEPPELIN 0-3 und erstes Follow-up ZEPPELIN 5-9, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik*.

Marmet, S. and G. Gmel (2017). *Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016*. Lausanne, Schweiz, Sucht Schweiz.

Montazeri, P., M. Vrijheid, D. Martinez, M. Basterrechea, A. Fernandez-Somoano, M. Guxens, C. Iñiguez, A. Lertxundi, M. Murcia, A. Tardon, J. Sunyer and D. Valvi (2018). "Maternal Metabolic Health Parameters During Pregnancy in Relation to Early Childhood BMI Trajectories." Obesity **26**(3): 588-596.

Muzik, M., E. L. Bocknek, A. Broderick, P. Richardson, K. L. Rosenblum, K. Thelen and J. S. Seng (2013). "Mother-infant bonding impairment across the first 6 months postpartum: the primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories." Arch Womens Ment Health **16**(1): 29-38.

Network., N. C. a. M. H. I. (2018). *Local authority child health profiles 2018 Indicator guide*. U. P. Health.

Obsan (2009). *Diagnose von Depressionen in Hausarztpraxen*.

Origlia Ikhilor, P., G. Hasenberg, E. Kurth, B. Stocker Kalberer, E. Cignacco and e. Pehlke-Milde (2017). "Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen - BRIDGE."

PanMilar (2018). *Rapport Annuel 2017*.

Perrenoud, P. (2016). *Construire des savoirs issus de l'expérience à l'ère de l'évidence-base médecine: une enquête anthropologique auprès de sages-femmes indépendantes en suisse romand*.

Pfister, L. and R. Keller (2016). Evaluation der Tabakmodule von Femmes--Tische Schweiz. Forschungsbericht im Auftrag von Femmes--Tische Schweiz und der Stiftung aebi--hus, Pädagogische Hochschule Zürich.

Pfister, L., R. Keller, T. Bauer and E. Achermann (2015). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich. Datenlage und Forschungsergebnisse*. Zürich, Pädagogische Hochschule Zürich.

Rigby, M. J., L. I. Köhler, M. E. Blair and R. Metchler (2003). "Child health indicators for Europe: a priority for a caring society." European Journal of Public Health **13**(3 Suppl): 38-46.

Sandall, J., H. Soltani, S. Gates, A. Shennan and D. Devane (2016). "Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women." Cochrane Database of Systematic Reviews(4).

Schmid, C. (2018). Kindeswohlgefährdung in der Schweiz - Optimus Studie, UBS Optimus Foundation.

Schoeni-Affolter, F. V., M. Widmer and A. Busato (2008). "Hospital use of young children in Switzerland: A nation-wide study based on a complete survey over 4 years." BMC Health Services Research **8**(1): 267.

Singer, L. T., M. O. Min, S. Minnes, E. Short, B. Lewis, A. Lang and M. Wu (2018). "Prenatal and concurrent cocaine, alcohol, marijuana, and tobacco effects of adolescent cognition and attention." Drug Alcohol Depend **191**: 37-44.

Sorensen, K., J. M. Pelikan, F. Rothlin, K. Ganahl, Z. Slonska, G. Doyle, J. Fullam, B. Kondilis, D. Agrafiotis, E. Uiters, M. Falcon, M. Mensing, K. Tchamov, S. van den Broucke, H. Brand and H.-E. Consortium (2015). "Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)." Eur J Public Health **25**(6): 1053-1058.

Späth, A., E. Kurth and E. Zemp Stutz. (2014). "Helpline und postpartale Nachsorgeorganisation: Bericht zur Evaluation des ersten Betriebsjahres FamilyStart beider Basel." Retrieved 10.04.2018, from www.familystart.ch.

Stamm, H., A. Fischer and M. Lamprecht (2017). Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, Analyse von Daten aus Basel-Stadt, Bern, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg und Zürich., Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 41, Bern und Lausanne.

Stein, A., R. M. Pearson, S. H. Goodman, E. Rapa, A. Rahman, M. McCallum, L. M. Howard and C. M. Pariante (2014). "Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child." Lancet **384**(9956): 1800-1819.

Swiss Federal Statistical Office. (2013). "Switzerland average overall with a few exceptions, Press Release 2010 European Perinatal Health Report." from <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>.

Tschumper, A., B. Gantenbein, F. D. Alsaker, M. Baumann, M. Scholer and R. Jakob (2012). Schlussbericht primano - Frühförderung in der Stadt Bern: Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis zum Pilotprojekte 2007-2012, Direktion für Bildung, Soziales und Sport der Stadt Bern.

Vicedo-Cabrera, A. M., C. Schindler, D. Radovanovic, L. Grize, F. Witassek, J. Dratva, M. Roosli and L. Perez (2016). "Benefits of smoking bans on preterm and early-term births: a natural experimental design in Switzerland." Tob Control **25**(e2): e135-e141.

Wanner, P. (2006). "Demografische Indikatoren der Kindheit und der Generationenbeziehungen." from http://www.nfp52.ch/files/download/NFP52_Wanner_1_06_D.pdf.

Wanner, P. (2012). Die wirtschaftliche Situation von Alleinerziehenden und Alleinlebenden im Kanton Bern. BSV. Bern.

WHO. (2013). "Postnatal care of the mother and newborn." from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/.

Wilcox, A., E. E. Levi and J. M. Garrett (2016). "Predictors of Non-Attendance to the Postpartum Follow-up Visit." Matern Child Health J **20**(Suppl 1): 22-27.

Wilson-Simmons, R., Y. Jiang and Y. Aratani (2017). Strong at the Broken Places: The Resiliency of Low-Income Parents. Policy Report, National Center for Children in Poverty.

Wopman, M. (2014). "Nationale Kinderschutzstatistik der schweizerischen Kinderkliniken." Pädiatrie **14**(1).

Wopman, M. (2016). "Gleich viele Fälle von Kindsmisshandlung. Bericht der Fachgruppe Kinderschutz der Schweizerischen Kinderkliniken." Schweizerische Ärztzeitung **97**(97 (26-27)): 967-968.

Zemp, E., A. Signorell, E. Kurth and O. Reich (2017). "Does Coordinated Postpartum Care Influence Costs?" International Journal of Integrated Care **17**(1): 7.

Zimmermann, P. (1995). Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Aufbau von Freundschaftsbeziehungen. Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. G. Spangler and P. Zimmermann. Stuttgart, Klett-Cotta.

9 Anhang

9.1 **Tabelle 8: Projekte zur Erreichbarkeit von vulnerablen Familien (evaluierte Projekte)**

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Zeppelin	Früherkennung von Kindern die in ihrer psychosozialen Entwicklung gefährdet sind. Ziel: Frühe Förderung durch Förderung der elterlichen Kompetenzen (Hausbesuche) und Frühförderung (Home-based/ Center-based). Programm "PAT-Mit Eltern Lernen"	Eltern mit 0-3 j. Kinder	ZH	A	x	x				x	x	
PAT- mit Eltern lernen	Hausbesuchsprogramm zur frühkindlichen Förderung und Elternbildung. Es besteht aus vier Teilen: Hausbesuche, Gruppeangebote, soziale Vernetzung, informelle Screenings. (aus Zeppelin, dort evaluiert)	Schwangere, Familien mit kleinen Kindern, in psychosozialen Risikokonstellationen	BE, SG, TG, TI	A	x	x	x			x	x	
Frühe Förderung (FF3)	Alle Eltern von dreijährigen Kindern werden ein Jahr vor Kindergarteneintritt kontaktiert. Bei einem Hausbesuch werden geeignete Dienste zur gezielten Förderung vorgeschlagen. Ziele: Chancengleichheit fördern, Migration unterstützen, Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Schulabschlusses zu erhöhen, spätere kostenintensive Fördermassnahmen verringern	Eltern von 3 j. Kindern	AG	(A)	x	x				x	x	

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Schritt:weise	Hausbesuchsprogramm durch geschulte Laienhelferinnen. Elternbildung, Spiel und Lernprogramm für Kinder aus sozial benachteiligte Verhältnisse. Ziel: Stärkung der Erziehungskompetenz, Früherkennung Kindeswohlgefährdung, Soziale Integration der Familien, Verbesserung Eltern-Kind-Interaktion.	Eltern mit 1-5 j. Kinder	BL, BS, BE, GE, SO, VD, ZG, ZH	A	x					x	x	
Primano	Aufsuchendes Angebot für frühe Förderung. 3 Teile: Hausbesuche (a:primo), Fördermodule in Spielgruppen, Quartierarbeit.	Eltern mit Kinder im Vorschulalter	BE	A	x			x		x	x	
Spiel mit mir	Hausbesuch Programm puls Gruppenangebote. Den Eltern wird die Wichtigkeit des Spielens für die kindliche Entwicklung aufgezeigt und Unterstützung in der Gestaltung einer kindgerechten Spielumgebung angeboten. «Spiel mit mir» arbeitet mit geschulten Laiinnen und Laien aus verschiedenen Kulturen. Das Programm ist kostengünstig und niederschwellig.	Familien mit 1 j. bis Kindergartenbeginn. Leicht belastete, bildungsferne Familien	TG	A	x					x	x	
Zäme uf ä Wäg	Frühförderung. Hausbesuche während 12 Monaten und Gruppentreffen. Zentrale Themen: gesunde Ernährung und Bewegung, Pflege und Erziehung, medizinische Notfälle, kantonale Anlaufstellen und Angebote, Erwartungen der Schule bei der Einschulung. (Basiert auf schritt:weise)	Familien mit 2-4 j. Kinder. Bildungsferne, fremdsprachige Familien mit beeinträchtigten elterlichen Ressourcen	OW	A	x		x			x	x	x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
HotA Hometreatment Aargau	Aufsuchendes, systemisches Angebot an der Schnittstelle zwischen bestehenden ambulanten und stationären (ausserfamiliären) Behandlungen. Ziel ist Stärkung der Selbstwirksamkeit und Elternkompetent.	Mehrfachbelastete Familien durch z.B. psychische Erkrankung, Sucht, Gewalt	AG	A	x						x	
Schenk mir eine Geschichte – Family Literacy	Frühförderung Verbesserung der Sprachkompetenzen in der Erstsprache. Eltern-Kind-Treffen, Vermittlung der Freude an Sprachen, Zugang zu sprach- und lesefördernde Aktivitäten in Deutsch.	Eltern mit 18 Mt. - 5 j. Kinder, mit Migrationshintergrund	AG, BE, LU, SO, TG, ZH	A		x				x	x	
Schulstart +	Ausländische Familien und deren Kinder sollen auf den Eintritt in den Kindergarten und die Schule vorbereitet werden. Kurs dauert jeweils 8 Wochen a 2h, Eltern und Kind besuchen gemeinsam Bastel- Spielnachmittage, Kindergärten etc.	Eltern mit 2-5 j. Kinder, mit Migrationshintergrund	ZH	(A)		x				x	x	
ping:pong	Frühförderung im Übergang von den Familien in den Kindergarten, «Guter Start im Kindergarten», Elternbildung - Austausch über Erziehungsthemen, Vernetzung, Eltern u. Fachpersonen engagieren sich gemeinsam für einen gelungenen Einstieg	3-6 j. Kinder: von Vorschule bis Einschulung	AG, BE, ZG, ZH	(A)			x			x	x	
Purzelbaum Kita/Spielgruppen	Weiterbildung für Kita-/Kindergartenleiterinnen zu Bewegung & Ernährung, Unterstützung der Kinder in ihrer gesunden Entwicklung. Ziel: Gesundheitsförderung und Chancengleichheit von Kindern vor dem Schuleintritt	Spielgruppenleiterinnen, Kinder bis Schuleintritt	21 Kantone	A				x		x		

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
	Zusatzmodul für psychische Gesundheit, ab 2019 (Pilotprojekt). Youp'la Bouge für Französisch sprachige Kantone											
Eltern-Kind-Angebote												
Hopp-La von Stiftung Hopp-La	Integratives Bewegungs- und Gesundheitsförderungsprojekt: Begegnung durch Bewegung. Vernetzung mit bestehenden aufsuchenden Angeboten (z.B. Vitalina).	Familien, Kinder, SeniorInnen	Basel	A		(x)						
MIMUKI von Sport Union Schweiz	Zusatz für bestehende Vorschulturn-Angebote (wie MUKI/VAKI), mit Fokus Integration. Sozioökonomisch schwächeren Familien soll der Einstieg in das Vereinswesen und die Bewegungsförderung erleichtert werden.	Sozioökonomisch schwächere Familien und Kinder	LU, OW, NW	A		x						
Maison Verte	Begegnungs- und Austauschorte, die das sichere Erlernen des sozialen Lebens für das Kind fördern und den Eltern die Möglichkeit geben, ihre Elternkompetenz zu erkennen und festigen.	Eltern mit 0-5 j. Kinder	VD	A		x					x	
PEKiP Prager-Eltern-Kind-Programm	Sinnes-, Bewegungs- und Spielanregungen für Kinder im ersten Lebensjahr. Ziel: Kompetenzförderung und Sicherheit der Eltern im Umgang mit dem Baby (Kommunikation und Spiel)	Eltern mit Babys ab dem Alter von 4 bis 8 Wochen	Schweizweit	A		x	(x)				x	

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs- orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Elternbildung/Gruppentreff												
femmesTISCHE	Niederschwellige Erwachsenen-Elternbildung durch Moderatorinnen. Gesprächsrunden im informellen Rahmen. Verschiedene Module: - Gesunder Lebensstart - Ernährung und Bewegung - Psychische Gesundheit. Femmes-Tische ist ein lizenziertes nationales, mehrfach preisgekröntes Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm.	Frauen/Mütter mit Migrationshintergrund	In zahlreichen Regionen der Schweiz; 29 Standorte.	A			x				x	x
hommesTische	Um die Chancengleichheit zu erhöhen und auch Väter in ihren Fragen anzusprechen, fördert der Verein femmesTische seit 2015 den Aufbau von Gesprächsrunden für Männer.	Männer/ Väter mit Migrationshintergrund	BE, GE, SZ, VD, VS, ZH	(A)			x				x	x
padre - aba - pai – babai	Angebot für Väter mit Migrationshintergrund. In der Gruppe diskutieren sie Fragen zur Gesundheit sowie Erziehung und tauschen sich mit anderen Vätern aus. Ziel: Migranten einen Austausch zu ermöglichen über das Vatersein in der Schweiz.	Väter mit Migrationshintergrund	AG, BE, FR, LU, SG und ZH, die Hälfte davon im Kanton Bern.	A			x				x	x
Interkultureller Krabbel-treff	Interkulturelles Treffen: wiederholte Veranstaltung für Personen aus dem Migrationssetting. Themenbeispiele: Konsum, Workshop zum Thema Körperbild, Bewegung und Wahrnehmung für Kleinkinder und Bezugspersonen (Papperla PEP)	Eltern von 0-5 j. Kindern, MigrantInnen	ZG	A		x	x					x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Mamamundo	Geburtsvorbereitungskurs für schwangere Frauen mit Migrationshintergrund. Ziele: verbesserte Gesundheitskompetenz, Stärkung von physischen und psychischem Wohlbefinden und erleichterte Integration	Schwangere Frauen mit Migrationshintergrund	BE	A			x					x
Aufsuchende Angebote												
Brückenbauerinnen Gundelin	Aufsuchende Elternarbeit. Interkulturelle Vermittlerinnen unterstützen Eltern, das hiesige Bildungs- und Gesundheitssystem zu verstehen, die Angebote im Vorschul- und Schulbereich kennenzulernen und zu nutzen und ihre Kinder bestmöglich auf ihrem Entwicklungsweg zu begleiten.	Vulnerable Eltern mit Kinder bis Primarschulalter	Beide Basel	(A)			(x)					
Migram – aufsuchende Tätigkeit von Schlüsselpersonen	Aufsuchendes Angebot. Schlüsselpersonen sensibilisieren vulnerablen Familien für Präventions- und Gesundheitsthemen. Auch Spielsucht.	Familien mit Kindern ab 4 Jahren	BE	A			(x)					x
Miges balù	Interkulturell Vermittelnde ermöglicht Familien mit Migrationshintergrund einen einfachen Zutritt zum Angebot der Mütter- und Väterberatung	Familien mit Migrationshintergrund	LU, TG, UR	A			x				x	x
Bewegungstipps für Kinder mit den Eltern von PAPRICA	Bewegungstipps für Eltern nach verschiedenen Altersstufen der Kinder: 0-9 Monate bis 4-6 Jahre. Broschüre in vielen Sprachen erhältlich und kostenlos.	Familien mit 0-6 j. Kindern.	VD, JU und mehrere Deutschschweizer Kantone	A			(x)					x
Ernährung/Bewegung												

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Fit+ mami (ursprünglich PEBS, ZH)	1-2 kostenlose Beratungen zu Ernährung. Zusätzlich werden Bewegungskurse angeboten.	Schwangere Frauen	SO	A			(x)					x
Buggyfit PEBS – Präventive Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Schwangerschaft bis ein Jahr nach Geburt	Informationen und praktische Unterstützung für Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft und bis ein Jahr nach der Geburt.	Mütter	GR, SO, ZH	A			(x)					x
Psychische Gesundheit /Angebote für Kinder aus belasteten Familien												
Patenschaften für Kinder mit psychisch belasteten und erkrankten Eltern von Help! For Families	Patenschaft. Patenschaften haben zum Ziel, die Entwicklungsmöglichkeiten dieser Kinder zu erweitern, indem ihnen eine stabile und verlässliche Bezugsperson zur Seite gestellt wird.	Kinder mit psychisch belasteten Eltern	Basel	A								
«Wie geht's Dir?»	Kampagne möchte dafür sensibilisieren, dass es wichtig und richtig ist, auch über psychische Gesundheit und Erkrankungen offen zu sprechen. Familien und deren Bezugspersonen stehen dieses Jahr im Fokus der Kampagne.	Betroffenen und Angehörige von psychisch erkrankten (auch Kinder)	AG, BE, GR, LU, SZ, SO, TG, ZH	A								x
Anlaufstellen												
Anlaufstelle für Kinder und Angehörigen psychisch kranker Menschen	Noch dieses Jahr (2018) eröffnet das Gesundheitsdepartement in Zusammenarbeit mit dem Erziehungsdepartement eine Anlaufstelle für Angehörige psychisch kranker	Angehörige (auch Kinder) psychisch kranker Menschen	BS	(A)								x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
	Menschen. Die Anlaufstelle richtet sich auch an Kinder psychisch kranker Eltern.											
Angebote/Netzwerke für Fachpersonen												
Papperla PEP Junior	Gesundheitsförderungsprojekt zur Integration von emotional-somatischem Lernen und Körpererigenwahrnehmung im Kontext von Ernährung und Bewegung.	Fachpersonen in Kita, 0-5 j. Kinder	ZG	A								x
«rauchfreie Luft – gesunde Kinder»	Schutz vor Passivrauch bei Kleinstkindern in der Familie. Ausbildung von Multiplikatorinnen wie Hebammen, Stillberaterinnen, etc.	Eltern mit Kleinkindern, Fachpersonen	Kanton Bern und weitere Kantone	A			(x)					x
Guter Start ins Kinderleben (GSIK)	Förderung der Vernetzung von Fachpersonen. Unterstützt die systematische Zusammenarbeit. Bietet Broschüren, Notfallflyer für Eltern an. Ziel ist die gelingende frühkindliche Entwicklung Frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren.	Fachpersonen die mit Eltern von Babys und Kleinkinder arbeiten	TG	A					x			
Wikip - Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern	Netzwerkaufbau mit dem Ziel die psychiatrische und psychosoziale Versorgung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil nachhaltig zu verbessern, und Früherkennung von problematischen Entwicklungen in der Familie zu optimieren.	Fachpersonen und beteiligte Akteure	ZH	A					x			x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Tina und Toni	Lebenskompetenz und psychosoziale Kompetenzen stärken. Frühprävention gegen spätere Sucht.	Fachpersonen und Eltern von Kinder zwischen 4 und 6 J.	Schweizweit (F und D, I)	(A)						x		x
KIG III – Kinder im seelischen Gleichgewicht	Ziel: Prävention von psychischen Erkrankungen, psy. Gesundheit fördern. Verbesserung der institutionellen Zusammenarbeit durch Kooperationsstruktur im Bereich psychischer Gesundheit. Qualifizierung und Sensibilisierung von Fachpersonen für die Arbeit mit Eltern und Kindern.	Fachpersonen	Bodensee-region (Ostschweiz – Kanton Thurgau)	(A)					x			x

9.2 Tabelle 9: Projekte zur Erreichbarkeit vulnerabler Familien (nicht evaluierte Projekte)

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Eltern-Kind-Angebote												
Mini Move von Idée Sport	Niederschwelliges Angebot für Bewegung von Kleinkindern unter Anleitung von Fachpersonen	2-5 j. Kinder	Basel, BE, TI	B		(x)						
Accueil parent-enfant von Association MIA	Großer Spielplatz für Kinder bis 4 Jahre in Begleitung eines Erwachsenen (Elternteil oder Betreuungsperson). Offen für alle ohne vorherige Anmeldung und kostenlos. Ziel des Vereins MIA: Integration von MigrantInnen durch verschiedene Aktivitäten erleichtern.	Kinder bis 4 J.	BE	B		(x)						
ElmiKi-Kurs von Heilsarmee Schweiz/Lern.Punkt	Unterstützt fremdsprachige Eltern, die Beziehung zu ihren Kindern intensiv und bewusst zu gestalten und so ihren Kindern gute Startchancen für Spielgruppe und Schule zu vermitteln.	Eltern mit Kinder von 3 Mt. - 4 J. Insbesondere für MigrantInnen, Asylsuchende und Flüchtlinge.	BE	k.A			x				x	
Elternbildung/Gruppentreff												
Pa-paRat!	Rolle des Vaterseins stärken. Kurse von Vätern mit Migrationshintergrund für Väter von Kleinkindern bis Pubertierende.	Väter mit Migrationshintergrund	BE	B			x				x	x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Wissensvermittlung und Sensibilisierung im Rahmen von Workshops - primano	Gruppentreffen von primano. Diverse Themen (Gewalt, Sucht, Lebenskompetenzen, etc.)	Eltern	BE	C			x				x	x
Workshops in interkulturellen Frauentreffs und Frauenvereinen	Förderung der Lebens- (u.a. psych. Gesundheit) und Erziehungskompetenzen für Mütter mit Migrationshintergrund (Asylsuchende)	Mütter mit Migrationshintergrund	BE	k.A.			x				x	x
Elternkaffee	Bietet Inputs zu verschiedenen Themen für Eltern, Ideen und Anregungen für den Alltag mit Kindern. Die Möglichkeit für Austausch und Kontakte knüpfen zwischen den Eltern. Niederschwellig: Keine Anmeldung und kostenfrei	Eltern	UR	k.A.							x	
Generationentreff	Im Vordergrund steht Zusammensein und Vernetzung. Einmal im Monat finden Thementreffs statt, in Workshops oder Themengesprächen zu gesundheitsrelevanten Themen sollen Gesundheitskompetenzen der Zielgruppen gefördert werden. Thementreffs werden von Fachpersonen durchgeführt.	Migrationsfamilien, SeniorInnen	OW	B			x					x
LUANA vom Schweizerischen Roten Kreuz	Gesundheitskurs für MigrantInnen. Praktisches Wissen zum Thema Gesundheit wird vermittelt. Die Teilnehmenden werden ermutigt, Selbsthilfemöglichkeiten im Alltag zu erkennen sowie anzuwenden.	MigrantInnen	SH	C			x					x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Interkultureller Frauentreff KARIBU	Vielseitige Angebote für Frauen (Sprachkurs, Stricken, Ausflüge, Fitness). Dabei findet Austausch und Vernetzung statt.	Frauen und Kinder	BE	B		x	x				x	x
Parlare insieme di salute tra persone migranti	Reihe von Informations-, Sensibilisierungs-, Diskussions- und Austauschveranstaltungen zu Fragen der Kindergesundheit für Eltern (insbesondere Mütter), Asylbewerber und Flüchtlinge. Anwesend sind Fachleute und ein interkultureller Mediator. Weiterführung des Pilotprojektes "Gesundheit in der ersten und zweiten Kindheit".	Mütter/Eltern, Personen mit Migrationshintergrund	TI	k.A.			x					x
«slackline»	Förderung der Erziehungskompetenzen für alleinerziehende Mütter und Väter	alleinerziehende Mütter und Väter	BE	C			x				x	
Réseau Mères de contact vom Roten Kreuz	Netzwerk für Mütter mit Kleinkinder. Ziel: eine soziale Verbindung zwischen Frauen in der Region herzustellen, die möglicherweise isoliert leben.	Mütter mit 0-4 j. Kinder	NE	k.A.					x			
Aufsuchende Angebote												
Vitalina	Vitalina vermittelt Wissen rund um Ernährung, Bewegung und Passivrauchschutz an fremdsprachige Eltern. Diese werden von Interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittlern direkt überall dort angesprochen, wo sich Familien aufhalten - auf Spielplätzen, in Quartier-treffpunkten oder in Vereinen.	Migrationsfamilien mit 0-5 j. Kindern	BL, BS	C			(x)					x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Infomesse	Infomesse für Eltern mit Kleinkindern, bei der man sich über regionale Angebote zu Gesundheits- und Erziehungsthemen informieren kann. Während der Messe finden jeweils Führungen in Fremdsprachen statt.	Eltern mit Kleinkindern	BS	C			(x)				x	x
ZüMEB – Zürcher Migrationsprojekt für Ernährung und Bewegung	Interkulturelle VermittlerInnen informieren im öffentlichen Raum. Migrationsbevölkerung soll über gesunde Ernährung und den Einfluss von Bewegung auf ein gesundes Körpergewicht von Kindern sensibilisiert werden.	Eltern mit 0-3 j. Kinder, mit Migrationshintergrund.	ZH	C			(x)					x
SUKSES	Integrationsbegleitung. Unterstützt und informiert zu Themen rund um Schule, Lernen, Erziehung und Integration.	Familien mit Kindern bis 12 Jahre	Stadt Thun	C			x				x	
Transkulturelle Familienbegleitung von Help! For Families	HELP! unterstützt fremdsprachige Familien und ihre Kinder und Jugendlichen bei kultur- oder migrationspezifischen Problemen wie unterschiedlichen Wertvorstellungen oder fehlender sozialer Integration.	Fremdsprachige Familien	Basel	k.A.								
Promotion Vorsorgeuntersuchungen	allen Eltern von 2- und 4-jährigen Kindern wird eine Erinnerung für die Vorsorgeuntersuchungen verschickt. Als Motivationsanschub erhalten die Eltern nach dem Besuch beim Pädiater ein Gutschein für 2 Eintritte in den Zoo oder für ein Holzspielzeug. Die Erinnerungskarten werden in 11 Sprachen.	Eltern mit 2 und 4 j. Kindern	BS	C								x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Ernährung/Bewegung												
Strumento domestico - Il piatto equilibrato	konkrete Ideen für die Zusammenstellung von ausgewogenen Gerichten und Wochenmenüs. Die wichtigsten Nationalitäten im Tessin wurden berücksichtigt, kulturell angepasste Rezepte auszuwählen. Die Rezepte werden in einer einfachen, bildhaften Sprache präsentiert.	Allg. Bevölkerung	TI	k.A.			(x)					x
Ernährungsberatung während und nach der Schwangerschaft	Persönliche Ernährungsberatung. Kosten werden von «Thurgau bewegt» übernommen	Mütter während der Schwangerschaft bis 1 Jahr nach der Geburt.	TG	k.A.			(x)					x
Cours Bien manger à prix de la FRC	Angebot für gesunde Nahrungsmittel zu günstigen Preisen	Vulnerable Bevölkerung	NE	k.A.								(x)
Psychische Gesundheit /Angebote für Kinder aus belasteten Familien												
Chinderlicht	Kunsttherapeutisches Angebot, um Kinder und Jugendliche von psychisch- oder suchtblasteten Eltern zu unterstützen. Durch regelmässiges Malen und Gestalten können schwierige Situationen unmittelbar verarbeitet werden und die Kinder finden ihr inneres Gleichgewicht.	Kinder und Jugendliche von psychisch- oder suchtblasteten Eltern	UR	k.A.								x

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
«mit mir» von Caritas	Patenprojekt für Kinder aus armutsbetroffenen Familien. 1-2 Treffen pro Monat für kleine Ausflüge oder Aktivitäten. Bereitet den Kindern viel Freude und erweitert ihren Horizont. Durch die ungeteilte Aufmerksamkeit wird das Selbstvertrauen der jungen Menschen gestärkt. Eltern bekommen kurze Auszeit.	3-12 j. Kinder	AG, BL, BS, BE, LU, SO, SG, TG, ZH	k.A.								
Tous concernés	Förderung eines Lebensumfelds, welches die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördert. Sensibilisierung und Aufklärung über die Thematik und Hilfsangebote dazu. Schulung von Fachkräften zum Thema psychische Gesundheitsförderung.	Kinder und Jugendliche	NE (Kantonales Aktionsprogramm NE)	k.A.								x
Anlaufstellen												
MüZe	Anlaufstelle für Fragen rund um Frauenförderung, Frühförderung der Kinder, Erziehung und Integration. Niederschwelliges Angebot soll Mütter in ihrem Selbstvertrauen bestärken und sie in ihrer Erziehungsaufgabe unterstützen.	Mütter	BE	k.A.							x	
Angebote/Netzwerke für Fachpersonen												

Präventionsprogramm	Inhalte und Ziele	Zielgruppe	Durchführungs-orte	Evaluation	Hausbesuchsprogramm	Eltern-Kind-Gruppe	Elternbildung	Spielgruppe	Netzwerk	Frühförderung Kind	Erziehungskompetenz	Gesundheit (-skompetenz)
Schritte der Früherkennung «hinschauen und handeln»	Entwicklung eines betriebsinternen Handlungsleitfadens für Kitas/ Kinderbetreuung. Verknüpfung mit den Vorgaben zur Früherkennung von Kindeswohlgefährdung	Betreuungspersonen in Kitas	BE, AG, OW	B								x
Kompetenz-netzwerk «Frühe Kindheit»	Das Netzwerk baut Brücken zwischen Wissenschaft und Praxis und leistet die dafür nötige «Übersetzungsarbeit»	Fachpersonen aus der Praxis und Forschende	TG	k.A.					x			
TIPI e TIPI-Resilienza della Supsi	Projekt (bis 2020) zur Frühen Kindheit im Tessin, an dem alle Verbände, Dienstleistungen und Strukturen des Gebietes beteiligt sind. Ziel: eine unter den Fachleuten gemeinsame Kindheitskultur und eine strukturelle Zusammenarbeit mit den Familien zu fördern, um die Identitätsentwicklung des Kindes und die gemeinsame Gestaltung einer integrativen Kultur (interprofessionell, intersektoral und interinstitutionell) in Bezug auf die Übergangsprozesse zu schützen.	Fachpersonen aus der Praxis und Forschende, Eltern	TI	k.A.					x			

9.4 **Tabelle 11: Geschätzte absolute Krankheitslast nach Erkrankung, 2016**

Art der Erkrankung	DALY	YLD	YLL	Prävalente Fälle
Neonatale Störungen	14591	1479	13112	11809
Kongenitale Fehlbildungen	10677	868	9808	9974
Unfälle	2202	464	1738	12880
Ernährungsbedingte Mangelerscheinungen	1560	1548	13	85001
Diabetes, urogenitale und endokrine Krankheiten	1154	499	656	82719
Chronische Atemwegserkrankungen	810	789	21	20028
Neurologische Störungen	764	197	566	756
Neubildungen	749	46	702	482
Psychische und substanzbedingte Störungen	501	498	3	4059
Augen- und Ohrenkrankheiten	346	346	0	11462
Leukämie	239	27	212	279
Kardiovaskuläre Erkrankungen	195	29	167	116

Quelle: Global Burden of Disease Collaborative Network, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

* alle Werte in absoluten Zahlen.

DALY: Disability adjusted life years, YLL: Years of life lost, YLD: Years lived with disability.